



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN  
PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ-  
VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2014**

**PRESENTADA POR  
LIC. OLINDA SILVANA MACHADO COLLAZOS**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA ESPECIALISTA EN  
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y ALTO RIESGO**

**LIMA – PERÚ**

**2017**



Este símbolo corresponde a la Licencia que el autor (a) (usted) autoriza para su obra.



**Reconocimiento - No comercial**

**CC BY-NC**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD  
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE  
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

**SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN  
PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ-  
VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2014**

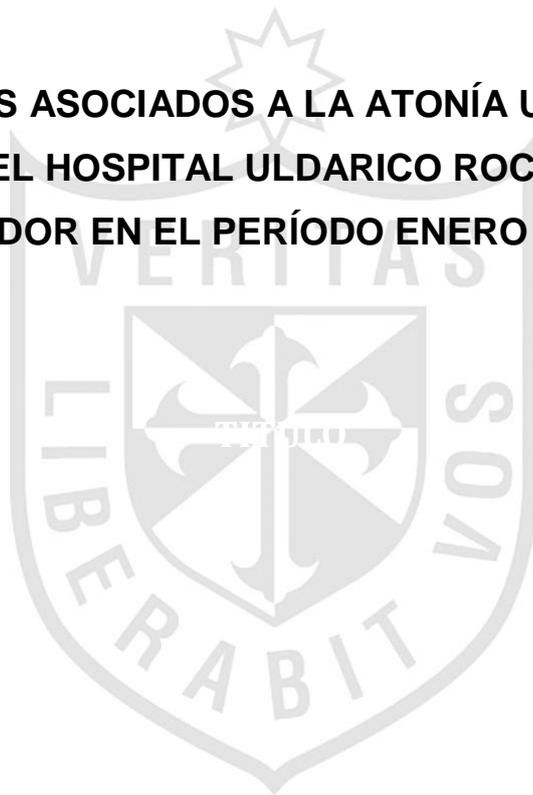
**PRESENTADA POR  
LIC. OLINDA SILVANA MACHADO COLLAZOS**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA ESPECIALISTA EN  
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y ALTO RIESGO**

**LIMA – PERÚ**

**2017**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN  
PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULDRICO ROCCA FERNANDEZ-  
VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2014**

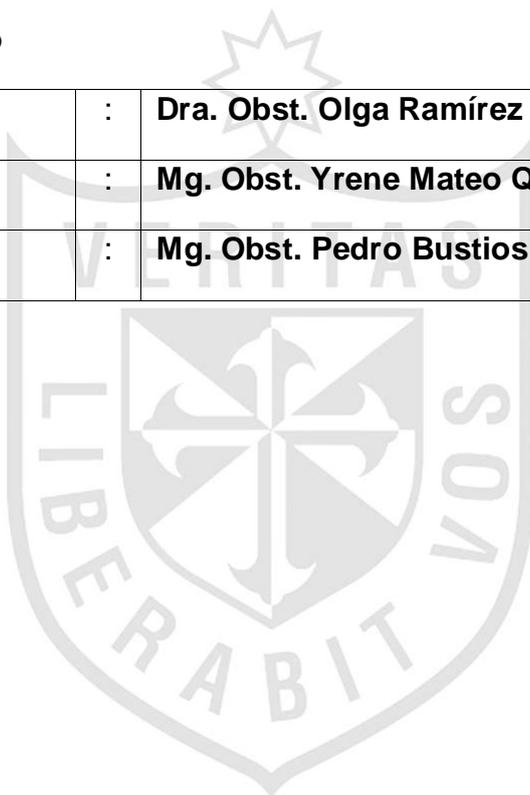


## **ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO**

**Asesor (a):**

### **Miembros del jurado**

Presidente	:	<b>Dra. Obst. Olga Ramírez Antón</b>
Vocal	:	<b>Mg. Obst. Yrene Mateo Quispe</b>
Secretaria	:	<b>Mg. Obst. Pedro Bustios Rivera</b>



## DEDICATORIA

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban; a mis padres, Erasmo y Olinda, porque me han dado todo lo que soy como persona, valores, principios, carácter, perseverancia, coraje para conseguir mis objetivos; A mi hijo Renato por ser el motivo de mi superación día a día; y ser su mejor ejemplo.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO .....	4
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO .....	5
DEDICATORIA.....	6
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	8
RESUMEN .....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	18
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	18
MATERIAL Y MÉTODO .....	20
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO .....	20
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	20
2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	20
2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	22
2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION .....	23
2.7. ASPECTOS ÉTICOS .....	24
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXOS.....	46

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Nº de la tabla</b>	<b>Nombre de la tabla</b>	<b>Nº de pagina</b>
Tabla N° 1 A	Edad Materna de 19 a 35 años como Factor Asociado a la Atonía Uterina	23
Tabla N° 1 B	Edad Materna mayor de 35 años como Factor Asociado a la Atonía Uterina	24
Tabla N° 2 A	Nuliparidad como Factor Asociado a la Atonía Uterina	25
Tabla N° 2 B	Multiparidad como Factor Asociado a la Atonía Uterina	26
Tabla N° 3	Anemia como Factor Asociado a la Atonía Uterina	27
Tabla N° 4	Trabajo de Parto Disfuncional como Factor Asociado a la Atonía Uterina	28
Tabla N° 5	Uso de Oxitocina como Factor Asociado a la Atonía Uterina	29
Tabla N° 6	Macrosomía Fetal como Factor Asociado a la Atonía Uterina	30
Tabla N° 7	Tratamiento Usado en Casos de Atonía Uterina	31

## RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la atonía uterina en Puérperas del Hospital Uldarico Rocca Fernández – Villa el Salvador en el período de enero a diciembre del 2014.

Material y Métodos: Se realizó una investigación retrospectiva, analítico caso control, diseño descriptivo transversal; el universo lo constituyeron todas las puérperas atendidas en el año 2014; la muestra estuvo conformada por 45 puérperas que cursaron con atonía uterina, y los casos controles lo conformaron las puérperas inmediatas.

Resultados: Los Factores de Riesgo encontrados para desarrollar atonía uterina fueron; edad entre 19 y 35 años; Odds ratio de 2,2. Nuliparidad; Odds ratio 2,47; labor de parto disfuncional; Odds ratio de 5,09. uso de oxitocina; Odds ratio de 12,5. El tratamiento más usado fue la combinación de Oxitocina, Ergometrina y Misoprostol en conjunto, en 60%.

Estadísticamente se evidencia que: No son factores asociados: edad mayor de 35 años; Odds ratio de 0,7; al igual que anemia; Odds ratio 1,00; y macrosomía fetal; Odds ratio 0,831; Primiparidad, Odds ratio 0,9; Multiparidad Odds ratio 0,2.

Conclusiones: Los factores asociados a atonía uterina; Edad entre 19 a 35 años, Nuliparidad, labor de parto disfuncional, uso inadecuado de oxitocina; tratamiento más usado es la combinación de oxitocina con ergometrina y misoprostol.

Palabras Claves; Factores Asociados, Atonía Uterina, Puérperas

## ABSTRACT

Objective: To determine factors associated uterine atony in puerperal in the Hospital Uldarico Rocca Fernández in Villa el Salvador in the January period – December 2014.

Material and Methods: An investigation was carried out retrospective, transversal analytical and descriptive, design, case control; the universe constituted all the puerperas attended in the year 2014, the sample consisted of 45 puerperal who were enrolled with uterine atony, cases and controls was formed with immediate postpartum women after the case.

Results: The Risk factors found develop uterine atony were: The age between 19 and 35 years' age; Odds ratio from 2,2; Nulliparity; Odds ratio 2,47; dysfunctional labor from 5,09; The use of oxytocin; Odds ratio of 12,5; The treatment used was the combination of oxytocin, ergometrine and misoprostol together by 60%.

Statistically it is evident that they are not factors associated: Age over 35 years; Odds ratio from 0,7; As well as anemia; Odds ratio 1,00; and fetal macrosomía; Odds ratio 0,831; The primiparity; Odds ratio 0,9; The multiparity; Odds ratio 0,2.

Conclusions: Factors associated with uterine atony; age between 19 to 35 years; nulliparity; dysfunctional labor; inadequate use of oxytocin; the most used is treatment with the combination of oxytocin and ergometrine, misoprostol.

Keywords; Associated factors, Uterine atony, Puerperal.

## INTRODUCCIÓN

La Atonía Uterina es una de las complicaciones más graves de la hemorragia puerperal, que se presenta en el posparto inmediato; que lleva a la muerte de la paciente; cuadro en el que el útero, luego de haber expulsado la placenta, no se retrae ni se contrae, habiendo pérdida del tono muscular, y pérdida sanguínea mayor de 500 ml., en un parto vaginal, y en cesárea mayor de 1000 ml. (1)

Se debe de tener en cuenta algunos factores de riesgo que pudieran predisponer estos cuadros de atonía; edad; mayores de 35 años, gran multiparidad, que genera sobre distensión uterina, trabajo de parto prolongado o precipitado, macrosomía fetal, retención de placenta, mal uso de medicamentos como oxitocina, sulfato de magnesio, nifedipino, sedantes que pueden provocar cuadros muchas veces de coagulopatía dilucional, hipovolemia severa, hipoxia tisular y acidosis; desprendimiento prematuro de placenta, infección intraamniótica, miomatosis uterina, obesidad. (2)

La Organización Mundial de la Salud en el 2014, reporta un promedio de 830,000 muertes maternas al año, en primer lugar, hemorragia posparto, principalmente son originados por atonías uterinas lo que representa 24% de muertes maternas. Más de 50% de estas muertes se presentan en las primeras 4 horas posparto, cerca del 99% ocurren en países en vías de desarrollo; Estos porcentajes difieren entre países por los sistemas de salud y nivel de desarrollo industrial. La razón de la mortalidad materna mundial en el año 2015 fue de 216 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. (3)

En 60% de los casos de Hemorragia posparto, no se logra identificar ningún factor de riesgo. La hemorragia temprana es la que se presenta durante las primeras 24 horas del período posparto generalmente en las 2 primeras horas; siendo la más frecuente y grave; la atonía uterina.

Su clasificación según el tono es en 70%. Según su etiología: Sobre distensión Uterina, Parto Prolongado y/o Precipitado; Fatiga Muscular Uterina; Entre los Factores de Riesgo: Embarazo Múltiple, Macrosomía, Polihidramnios, Gran Múltipara Trabajo de Parto Prolongado, Corioamnionitis. (4)

La Atonía Uterina en obstetricia se refiere a la pérdida del tono muscular del útero que lleva a la ausencia de contracción del mismo músculo e involución posparto.

En el Tercer período del parto, tras la expulsión de la placenta se produce un mecanismo de contracción del miometrio (miotaponamiento) cuya función es el cierre de los vasos sanguíneos, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina; cuando dicho mecanismo no se produce se origina la Atonía uterina, / Hipotonía; como resultado tenemos la hemorragia posparto; que puede ser letal pues el flujo uterino por el espacio intervelloso supera los 600 cc/ minuto

La Atonía Uterina tiene por característica propia su aparición tras el desprendimiento de la placenta, que puede producir un sangrado activo y continuo; según pasa el tiempo el volumen sanguíneo se hace más considerable, repercutiendo en la hemodinámica de la paciente, cuando se hace muy considerable; En muchas ocasiones el sangrado uterino no se evidencia, quedando retenida en el interior del útero o como coágulos abundantes en la vagina.

Es importante la evaluación de la puérpera inmediata; funciones vitales, involución uterina y pérdida sanguínea. El porcentaje que esta pérdida representa para cada paciente; sobre todo actuar con prontitud frente a un cuadro de atonía uterina; así

que cada minuto cuenta mucho. Es importante conocer los signos que podrían aparecer frente a un cuadro de atonía uterina.

El manejo de primera opción hasta el día de hoy es alumbramiento dirigido, uso de uterotónicos; y tratar la hemorragia posparto; representa un paso necesario para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (5)

Factores asociados a atonía uterina

ANEMIA: Los nutrientes y el oxígeno son necesarios para el trabajo muscular, por lo tanto, la acidosis metabólica, hipoxia e hipocalcemia influirán directamente en la contracción uterina.(6) La anemia en el embarazo se define como el nivel de hemoglobina por debajo de 10.9 g/dl; según la organización mundial de la salud la prevalencia de la anemia en el embarazo en los países en desarrollo es superior al 50%, y es principalmente debido a la deficiencia dietética de hierro; aumenta el riesgo de complicaciones en el parto causando hemorragias como atonía, aumentando el riesgo de mortalidad materna. (7)

TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL: Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas.

Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha.

Fase Latente Prolongada: Evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por un período mayor de 20 horas en primíparas y 14 horas en multíparas.

Fase Activa Prolongada: La dilatación avanza menos de 1 cm por hora; se considera prolongada si esta dura más de 12 horas en primíparas y 8 horas en multíparas.

Alteraciones del Expulsivo: Se considera prolongado más de 2 horas en nulíparas, y más de 1 hora en multíparas.

Etiología: Mala presentación o situación fetal anormal; Desproporción Céfalo Pélvica; Uso de Sedantes Uterinos; Ayuno Prolongado; Distocias Cervicales, etc.

Fisiopatología: Detención o enlentecimiento de la progresión del trabajo de parto debido a la disminución de las contracciones uterinas en su frecuencia, intensidad o duración debido a la disminución del metabolismo de la actina para su conversión en miosina y presentación de la contracción uterina, en unos casos por carencia de dichas proteínas y/o calorías. (1)

**INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO:** La inducción del trabajo de parto es un procedimiento común en obstetricia, y se define como la iniciación del trabajo de parto por medios artificiales antes del comienzo espontáneo a una edad gestacional viable, con el objetivo de lograr el parto vaginal en la embarazada con membranas intactas; , después del inicio del trabajo de parto espontaneo es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones. Se ha usado frecuentemente para tratar un trabajo de parto prolongado en el que se ha determinado que las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o que no están bien coordinadas como para dilatar el cérvix. Tradicionalmente, la conducción del trabajo de parto se ha realizado utilizando una infusión de oxitocina intravenosa y/o con la ruptura artificial de las membranas amnióticas. El procedimiento busca abreviar el trabajo de parto para evitar complicaciones relacionadas con una prolongación indebida, y para evitar la cesárea. Si bien la conducción del trabajo de parto puede ser beneficiosa para evitar un trabajo de parto prolongado, su uso inapropiado puede ser nocivo. (1)

**USO DE OXITOCINA:** Es el fármaco más usado para la inducción del trabajo de parto, mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas.

La oxitocina activa el camino de la fosfolipasa C- inositol y aumenta los niveles de calcio intracelular, estimulando las contracciones en el miometrio. La vida media plasmática de la oxitocina es de 3 a 4 minutos.

Condiciones:

Pelvis materna suficiente, relación céfalo pélvica normal, cuello favorable, embarazo de término o feto con maduración del surfactante pulmonar, gestación única, situación longitudinal. El término cuello favorable refiere a un índice de Bishop adecuado para iniciar una inducción. Se considera favorable para la indicación cuando el índice de Bishop es igual o mayor a 8, intermedio entre 5 y 8 y desfavorable cuando es inferior a 5.

Dosis y administración:

En forma de goteo continuo por vía endovenosa, 500 centímetros cúbicos de solución dextrosa al 5% o solución salina, con 5 UI de oxitocina. Comenzar con 1 a 2 mU de oxitocina, o 4 gotas por minuto, incrementando las dosis gradualmente cada 15 minutos hasta el máximo de 32 mU o 60 gotas por minuto. Cuando la infusión de oxitocina produzca un patrón contráctil eficiente, se debe mantener la misma dosificación hasta el parto. No se debe exceder más allá de 32 mU por minuto; Si no responde la contractibilidad uterina descansar la inducción por 6 horas, y volver a iniciar la inducción; Si a pesar de ello no se obtiene la respuesta uterina, se considerará inducción fallida, por consiguiente, indicación de cesárea.

Se debe tener un control estricto sobre la frecuencia cardíaca fetal, para ello escuchar los latidos cada 30 minutos siempre después de una contracción, Ante la aparición de un estado de bradicardia fetal, se debe detener la inducción. También se debe detener la inducción ante la presencia de una hiperestimulación contráctil, más de 4 contracciones en 10 minutos y/o falta de relajación uterina o hipertoniá.

La conducción con oxitocina sintética puede provocar, el riesgo de una hemorragia posparto por el agotamiento de las fibras musculares; y de intervenciones durante el trabajo de parto y el parto. (8)

**MACROSOMÍA FETAL:** Macrosomía, etimológicamente significa tamaño grande del cuerpo. Tradicionalmente, la macrosomía fetal ha sido definida por un peso arbitrario al nacer, tal como 4000 o 4500 gramos. El parto de estos fetos grandes ocasiona traumatismo tanto en la madre como en el feto. Históricamente, la macrosomía fetal ha estado asociada a una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, dos veces mayor que la de la población general; el peso de nacimiento es una característica que ha preocupado permanentemente al equipo de salud de la atención primaria. Este, al sobrepasar los límites de normalidad, por déficit o por exceso, se convierte en un factor de riesgo para el niño, la madre o ambos.

En relación con los factores de riesgo significativos para macrosomía fetal en el Perú, se encontró: antecedente de macrosomía fetal, antecedente de diabetes, edad mayor a 35 años, multiparidad, polihidramnios, diabetes, hipertensión previa, trabajo de parto obstruido. (1)

**PARIDAD:** Cuando una mujer ha tenido un parto, independiente de la vía del parto, uno o más productos, que pesan 500 gramos o más o más de 20 semanas de gestación.

**Nulípara:** Mujer que no ha parido nunca.

**Primípara:** Mujer que ha parido una vez.

**Múltipara:** Mujer que ha parido dos o cuatro veces. (9)

La Multiparidad y la Macrosomía fetal constituye un alto riesgo obstétrico, por la sobre distensión uterina, que provoca la disrupción de las fibras actina miosina

debilitando su posterior fuerza contráctil; ello predispone a complicaciones durante el parto como la atonía uterina.

En el Perú, según el ministerio de Salud en el 2014, la mortalidad materna se reduce progresivamente desde hace 10 años, Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014. (10)

La mortalidad materna alcanzó la cifra de 83.6 por 100,000 nacidos vivos; El año 2015 el 80% de las muertes maternas se debieron a causas directas del embarazo, principalmente hemorragias 41%; pre eclampsia 19%; infecciones diversas 6%. El índice de mortalidad materna más alto se dio entre las gestantes de 20 y 24 años. (11)

En el año 2015; Essalud reporta las hemorragias posparto como la segunda causa de mortalidad materna, mientras que el Ministerio de Salud la reporta en primer lugar; entre ellas la más importante las atonías uterinas con 70% (12)

En el estudio realizado por Pranita Solanke en la India en el 2014; concluyó que: La atonía uterina es la principal causa de la hemorragia posparto; En 70.83% de los casos de hemorragia posparto ha tenido más de un factor predisponente como la anemia, la labor de parto prolongada, placenta previa, la multiparidad, gestaciones múltiples, macrosomía, inversión uterina, fibroma uterino. (13)

En el estudio de hemorragia puerperal en el 2011 por Ortiz Gavilán; en la búsqueda bibliográfica a partir de buscadores médicos Pubmed, Biblioteca Cochrane, NEJM, FIGO, FASGO. Se determinó que la atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia puerperal. (14)

En el Hospital Uldarico Rocca Fernández; se atendieron 45 casos de atonía uterina en el año 2014; de una población de 2520 partos entre vaginales y cesáreas; la población gestante es de alto riesgo, por el nivel socioeconómico bajo; que conlleva

a la atención de pacientes gestantes nulíparas y/o multíparas con enfermedades asociadas y anemias en común.

La prevención de la atonía posparto es preferible al mejor tratamiento, por ello se debe conocer los factores asociados con riesgos de desarrollar atonía uterina, para que toda paciente en trabajo de parto sea evaluada, a fin de evitar y/o disminuir el riesgo de desarrollar atonía uterina.

### **1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores asociados a la atonía uterina en Puérperas del Hospital Uldarico Rocca Fernández – Villa el Salvador en el período enero-diciembre 2014?

### **1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **GENERAL**

Determinar los factores asociados a la atonía uterina en Puérperas del Hospital Uldarico Rocca Fernández – Villa el Salvador en el período de enero a diciembre del 2014.

#### **ESPECÍFICOS**

1. Identificar la asociación entre el factor de riesgo edad materna con la atonía uterina.
2. Identificar la asociación entre el factor de riesgo paridad con la atonía uterina.
3. Identificar la asociación entre el factor de riesgo anemia materna con la atonía uterina.
4. Identificar la asociación entre el factor de riesgo de trabajo de parto disfuncional con la atonía uterina.
5. Identificar la asociación entre el factor de riesgo uso de oxitocina con la atonía uterina.
6. Identificar la asociación entre el factor de riesgo macrosomía fetal con la atonía uterina.



## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **2.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo cuantitativo de diseño Descriptivo, Caso control, Transversal y Retrospectivo.

### **2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

El estudio lo constituyeron todas las puérperas atendidas en el Hospital Uldarico Rocca Fernández en el período enero a diciembre del año 2014 y fueron 2520.

La población y la muestra la conformaron todas las puérperas que cursaron con atonía uterina, 45 casos; y 45 controles; durante el año 2014; en el Hospital Uldarico Rocca Fernández de Villa el Salvador.

Tipo de Muestreo: No probabilístico intencionado.

### **2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **CRITERIO DE INCLUSIÓN**

##### **CASOS:**

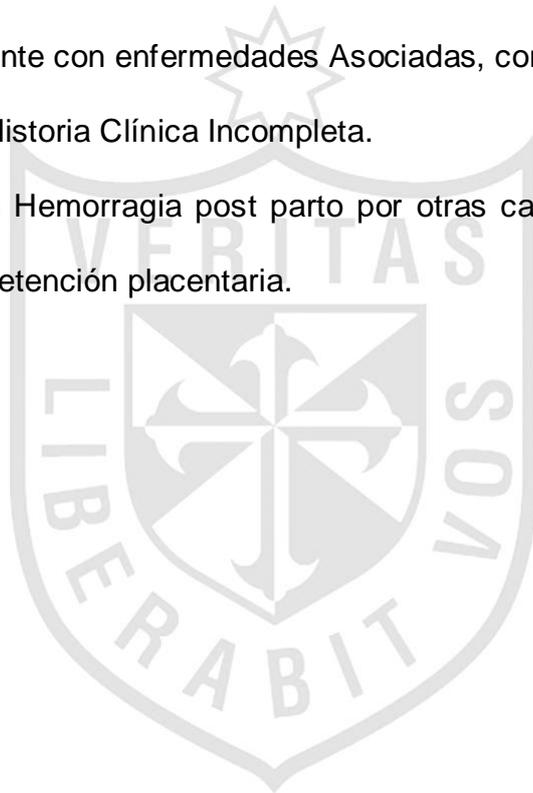
- Puérperas inmediatas, que cursaron con atonía uterina Atendidas en el Hospital Uldarico Rocca Fernández en el período enero- diciembre 2014.
- Partos Intrahospitalarios.
- Partos vía Vaginal.
- Partos por Cesárea

## CONTROLES

- Puérperas inmediatas, que no presentaron atonía uterina, atendidas en el Hospital Uldarico Rocca Fernández; en el período enero - diciembre 2014.
- Partos por vía Vaginal.
- Partos por Cesárea

## CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Paciente gestante con enfermedades Asociadas, como Coagulopatía.
- Paciente con Historia Clínica Incompleta.
- Puérperas con Hemorragia post parto por otras causas, como desgarros, episiotomías, retención placentaria.



## 2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	ESCALA DE MEDIDA	INSTRUMENTO
<p><b>Variable Independiente</b></p> <p><b>Factores asociados</b></p>	<p>Edad Materna                      19 – 35 años    &gt; 35 años</p> <p>Paridad                              Nulípara: 0 hijos    Multípara: 2-4 hijos</p> <p>Anemia                                Si - No</p> <p>Trabajo Parto Disfuncional:    Si - No</p> <p>   Primípara</p> <p>Multípara</p> <p>   En cualquier Fase Latente: &gt; 20 hrs hrs</p> <p>   Fase Activa: &gt; 12 hrs 8hrs</p> <p>   Expulsivo: &gt; 2 hrs hrs</p> <p>Uso de oxitocina &gt; de 6 hrs. Si - No</p> <p>Macrosomía Fetal                Si - No</p>	<p>Intervalo</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>-Ficha clínica de datos</p> <p>-Historia Clínica</p>
VARIABLES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
<p><b>Variable Dependiente</b></p> <p><b>Atonía uterina</b></p>	<p>Atonía Uterina                      Si – No</p>	<p>Nominal</p>	<p>-Ficha clínica de datos</p> <p>-Historia Clínica</p>

## **2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se presentó una carta emitida por la universidad San Martín de Porres facultad de Obstetricia y Enfermería al Hospital Uldarico Rocca Fernández; solicitando permiso para realizar la investigación.

Para el grupo de puérperas que cursó con atonía uterina (caso); Se buscó en el Libro de Partos del año 2014; Se apuntó el número de Historias Clínicas.

Para el grupo control se tomó a la puérpera inmediata posterior respetando las características de la que cursó con atonía uterina.

Se asistió 3 veces por semana, 2 a 3 semanas para la recolección de datos.

El instrumento usado para la recolección de datos fue elaborado por la investigadora y validado por juicio de expertos.

## **2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION**

Los Datos se recogieron en la ficha de Recolección de Datos; Toda esta información será llevada al Programa SPSS versión 23, para realizar el análisis estadístico

Se obtuvo promedios y porcentajes y para el análisis utilizamos la prueba de monomios también llamada Odds ratio; esta prueba nos determinó hallar el riesgo asociado a atonía uterina.

Se trabaja con el nivel de confianza del 95%

## **2.7. ASPECTOS ÉTICOS**

### **A.- ANONIMATO**

Todas las pacientes serán identificadas por fichas con el número de historia clínica, de modo tal que se mantiene el anonimato de la paciente; y la información está estrictamente bajo responsabilidad de la autora de la investigación.

### **B.- VERACIDAD**

Toda la información de la investigación es reflejo de los datos adquiridos de las historias clínicas estudiadas; lo que garantiza la veracidad del estudio.

### **C.- CONFIABILIDAD**

Se respeta todos los datos obtenidos, para garantizar que la investigación cumpla con los parámetros de confianza en su aplicación.

## RESULTADOS

Tabla N° 01.- A

### FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ - VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2014

#### Edad Materna de 19 a 35 años como factor asociado a la atonía uterina

Edad materna de 19 a 35 años	Atonía Uterina en Puérperas		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
	Si	No			Inferior	Superior
Si	41	37	78	2,216	,616	7,970
No	4	8	12			
Total	45	45	90			

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Silvana Machado Collazos

En la Tabla N° 1 A Se puede evidenciar estadísticamente que la edad 19 a 35 años

**SI es un factor asociado a la atonía uterina**

Tabla N° 01.-B

**FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ - VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2014**

**Edad Materna mayor de 35 años como factor asociado a la atonía uterina**

Edad materna mayor de 35 años	Atonía Uterina en Puérperas		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
	Si	No			Inferior	Superior
Si	4	5	9	,780	,195	3,118
No	41	40	81			
Total	45	45	90			

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Silvana Machado Collazos.

En la Tabla N° 1 B; Se observa estadísticamente que la edad mayor de 35 años

**NO es un factor asociado a la atonía uterina**

Tabla N° 02.-A

**FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ - VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2014**

**Nuliparidad como factor asociado a la atonía uterina**

Nuliparidad	Atonía Uterina en Puérperas		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
	Si	No			Inferior	Superior
Si	27	17	44	2,471	1,058	5,768
No	18	28	46			
Total	45	45	90			

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Silvana Machado Collazos.

En la Tabla N° 2 A Se puede evidenciar estadísticamente que Nuliparidad,

**Si es un factor asociado a la atonía uterina**

Tabla N° 02.-B

**FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ - VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2014**

**Multiparidad como factor asociado a la atonía uterina**

Multiparidad	Atonía Uterina en Puérperas		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
	Si	No			Inferior	Superior
Si	4	13	17	,240	,071	,807
No	41	32	73			
Total	45	45	90			

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Silvana Machado Collazos.

En la Tabla N° 2 B; Se observa estadísticamente que Multiparidad;

**NO es un factor asociado a la atonía uterina**

**Tabla N° 03**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL UL DARICO ROCCA FERNÁNDEZ - VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2014**

**Anemia como factor asociado a la atonía uterina**

<b>Anemia</b>	<b>Atonía Uterina en Puérperas</b>		<b>Total</b>	<b>Odds ratio</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
	<b>Si</b>	<b>No</b>			<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Si	13	13	26	1,000	,402	2,488
No	32	32	64			
Total	45	45	90			

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos.

**Elaboración:** Investigadora Silvana Machado Collazos.

En la Tabla N° 3 se puede evidenciar estadísticamente que Anemia;

**No es un factor asociado a la atonía uterina**

**Tabla N° 04.**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL UL DARICO ROCCA FERNÁNDEZ - VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2014**

**Trabajo de Parto Disfuncional como factor asociado a la atonía uterina**

Trabajo de Parto Disfuncional	Atonía Uterina en Puérperas		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
	Si	No			Inferior	Superior
Si	12	3	15	5,091	1,327	19,536
No	33	42	75			
Total	45	45	90			

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Silvana Machado Collazos.

En la Tabla N° 4; Se puede evidenciar estadísticamente que Trabajo de Parto

Disfuncional **Si es un factor asociado a la atonía uterina**

Tabla N° 5.

**FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ - VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2014**

**Uso de oxitocina como factor asociado a la atonía uterina**

Uso de oxitocina	Atonía Uterina en Puérperas		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
	Si	No			Inferior	Superior
Si	10	1	11	12,571	1,535	102,970
No	35	44	79			
Total	45	45	90			

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Silvana Machado Collazos.

En la Tabla N° 5; Se puede evidenciar estadísticamente que el uso de la oxitocina **Si es un factor asociado a la atonía uterina**

Tabla N° 6.

**FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ - VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2014**

**La Macrosomía como factor asociado a la atonía uterina**

Macrosomía	Atonía Uterina en Puérperas		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
	Si	No			Inferior	Superior
Si	17	19	36	,831	,357	1,933
No	28	26	54			
Total	45	45	90			

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Silvana Machado Collazos.

En la Tabla N° 6; Se puede evidenciar estadísticamente que Macrosomía;

**No es un factor asociado a la atonía uterina**

**Tabla N° 7.**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL UL DARICO ROCCA FERNÁNDEZ - VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2014**

**Tratamiento usado en casos de atonía uterina**

		Nro.	%
TRATAMIENTO REALIZADO	oxitocina+ergometrina	7	16%
	oxitocina+ergometrina+misoprostol	27	60%
	oxitocina + misoprostol	10	22%
	técnica de. B. Lynch	1	2%
TOTAL		45	100%

En la Tabla N° 7; El Tratamiento más usado en 60% de casos de Atonía Uterina fue uso combinado de Oxitocina 30 UI; Ergometrina 1 amp. I/M stat; y Misoprostol 800 mcg. vía rectal;

## DISCUSIÓN

### Tabla N° 1 A

En Relación a la Edad Materna como factor asociado a atonía uterina se puede observar que el promedio de edad 19 a 35 años en las puérperas que cursaron con atonía uterina obtuvo un Odds ratio de 2,2; lo cual expresa que las puérperas que tuvieron un rango entre 19 a 35 años de edad tienen 2,2, veces más probabilidades de realizar atonía uterina, en la presente investigación.

Resultados semejantes halló Paula Altamirano en el 2012 en Perú; respecto a la edad se encontró que la mayoría de las pacientes que presentaron hemorragia posparto fueron las que se encontraban entre las edades de 19 a 35 años; con 78,5%; con un promedio de edad de 27 años. (15)

Igualmente, Magaly Ruiz Quinga, en Ecuador el 2012; observa que con un rango de edad entre 19 a 35 años presentaron mayor número de hemorragias posparto, con un 64%. (16)

### Tabla N° 1 B

En Relación a la edad materna mayor de 35 años como factor asociado a la atonía uterina se evidencia en esta investigación que no es un factor asociado pues obtuvo un Odds ratio 0,7, lo cual expresa que no hay riesgo de atonía en esta edad materna.

Datos que coinciden con el estudio de Magaly Ruiz Quinga, en el 2012 en el Ecuador, halló que un número menor de mujeres mayores de 35 años desarrollaron hemorragias posparto con un 12%. (16)

Caso contrario con los encontrados por Gil Cusirramos; donde halló entre los factores de riesgo estadísticamente significativos para desarrollar hemorragia posparto por atonía uterina fue la edad mayor a 30 años, obtuvo un O.R 3,64; lo que infiere que la edad materna es un factor de riesgo para desarrollar atonía uterina. (17)

#### Tabla N° 2 A

La Nuliparidad como factor asociado a atonía uterina; se evidencia que Si es un factor asociado a la atonía uterina pues se obtuvo Odds ratio de 2,4 lo cual expresa que las gestantes nulíparas tienen 2 veces más probabilidades de realizar atonía uterina.

Resultados que se asemejan al estudio de Chica Mendoza en el 2013 en Ecuador; encontró de acuerdo a la paridad el mayor porcentaje se concentró en nulíparas que representa 60% de los casos; quedando demostrado que la complicación de hemorragia posparto y post cesárea es predominante en pacientes nulíparas. (18)

Igualmente se asemeja a los datos hallados por Magali Ruiz en el 2012 en el Ecuador; donde el 54% de nulíparas presentaron hemorragias posparto. (16)

Igualmente Vela Coronado en el 2016 en Perú; halló que las nulíparas son las que presentaron atonía uterina con mayor frecuencia 51.76%. (19)

#### Tabla N° 2 B

Se Puede evidenciar estadísticamente que la multiparidad No es un factor asociado a la atonía uterina, obtuvo Odds ratio de 0,2.

Hallazgos que coinciden con el estudio de Sosa en el 2012, en el Uruguay, donde encontró que la multiparidad era un factor protector en casos de hemorragia posparto; entre 1 a 3 partos obtuvo un Odds 1.00 y mayor de 3 partos 0.56 Odds ratio. (20)

Resultados diferentes a los hallados por Gil Cusirramos en Perú el 2015, en relación al número de gestaciones se observó que la multiparidad obtuvo O.R 2,17; por lo que se infiere que ser multigestas es un factor de riesgo. (17)

### Tabla N° 3

La Anemia como factor asociado a la atonía uterina se evidencia que no es un factor asociado a atonía uterina, se obtuvo Odds ratio de 1,00.

Caso contrario ocurrió en el estudio realizado en el 2013 por la Dra. Verónica López en Ecuador; donde halló que en las parturientas con hemorragia intraparto el antecedente de anemia se presentó en 40.5%, mientras que en las pacientes sin hemorragia intraparto este antecedente se presentó 20,7%, por ello el factor antecedente de anemia está asociado con hemorragia intraparto, con resultados significativos. (21)

Hallazgo diferente al estudio de, Kaima Frass en Alexandria en el 2015; El estudio apoyó la asociación entre niveles bajos de hemoglobina en el embarazo hemoglobina menor de 10 mg/dl y riesgo de atonía uterina. (6)

Asimismo, Magaly Ruiz Quinga en Ecuador el 2012, halló que predominó la anemia como factor de riesgo en la hemorragia posparto; la principal causa de hemorragia fue la atonía uterina. (16)

#### Tabla N° 4

El Trabajo de Parto Disfuncional es un Factor Asociado a Atonía Uterina pues obtuvo Odds ratio de 5,09; lo cual quiere decir que las puérperas que tuvieron trabajo de parto disfuncional tienen 5 veces más probabilidades de realizar atonía uterina.

Igualmente halló Vela Coronado el 2016, en el estudio sobre Trabajo de Parto Disfuncional como Factor de Riesgo para Atonía Uterina que las puérperas que presentaron trabajo de parto disfuncional como factor de riesgo mediante el análisis del Odds ratio 3,8; se determinó que presentaban más riesgo de presentar atonía uterina que las gestantes que no presentaban este riesgo. (19)

Otro hallazgo similar fue el de López Alvarado el 2013 en Ecuador; En las parturientas que presentaron hemorragia intraparto 31.3% cursaron con un parto distócico con número igual o mayor a 4 horas de conducción; en la muestra de estudio está asociada con hemorragia intraparto. Igualmente, la fase activa prolongada más de 4 horas en 51.3% presentaron hemorragia intraparto. (21)

Coincide igualmente con el estudio de Altamirano Girano, en el 2012 en Perú; donde halló que fue el parto precipitado con OR de 2.706, un factor de riesgo para desarrollar hemorragia posparto. (15)

#### Tabla N° 5

El Uso de Oxitocina es un Factor Asociado a la Atonía Uterina se obtuvo un Odds ratio de 12,5 lo cual indica que en las puérperas que se usó oxitocina tienen 12 veces más probabilidad de realizar atonía uterina.

Coincide con el Estudio realizado por Grotegut en el 2015, en Carolina del Norte Estados Unidos sobre la Máxima Infusión de Oxitocina en la Labor de Parto

Asociado con Atonía Uterina; al hallar que; La exposición de oxitocina durante el trabajo de parto es un factor de riesgo para hemorragia posparto por atonía uterina; La infusión máxima en el trabajo de parto de más de 20 mU/min se asoció con la atonía uterina. En el estudio se incluyó a 41.941 mujeres que estaban en labor de parto de las cuales 2108 (5,0%) tuvieron diagnóstico de atonía uterina; (22)

Hallazgo diferente al encontrado por Blanco H, y Ramírez M, en el 2013 en Cajamarca; donde el 97,62% no presentó ninguna complicación materna asociadas al uso de oxitocina, solo un 2,38% cursó con atonía uterina. (23)

Igualmente, Palomo Tercero en su estudio sobre Incidencia de la Hemorragia Posparto por Atonía Uterina, en Guatemala el 2014; halló que los principales factores de riesgo Intraparto para desarrollar atonía uterina fueron la oxitocina en 52.24% de los casos. (24)

Tabla N° 6

En Relación a la Macrosomía Fetal encontramos que no es un factor asociado a atonía uterina, pues se obtuvo un Odds ratio de 0,831.

Hallazgo diferente encontró Castro E. en México en el 2013; en su estudio halló que la atonía uterina, ocupó el segundo lugar de las complicaciones maternas en 13.2%, de fetos macrosómicos. (25)

También diferente al estudio de Correa Martínez el 2014 en México, encontró que la frecuencia de macrosomía fetal en mujeres con hemorragia posparto fue 12.4% y en las mujeres sin hemorragia posparto fue 4.7%. (26)

Tabla N° 7

En relación al tratamiento usado en casos de atonía uterina; podemos apreciar en 60% es una combinación de oxitocina, ergotrate y misoprostol.

Tratamiento que coincide con el usado en el estudio de Jorge Benigno en el 2014 en Guatemala; ante la hemorragia uterina al 73.13% de las pacientes que se les administró misoprostol 800 mcg rectal única dosis, más oxitocina intravenosa.

(27)

En una Revisión de Cochrane en el 2014 Se recomienda la infusión de oxitocina para el tratamiento de la hemorragia postparto, el misoprostol no proporciona beneficios adicionales en las mujeres que han recibido oxitocina para el tratamiento de la hemorragia posparto. (28)



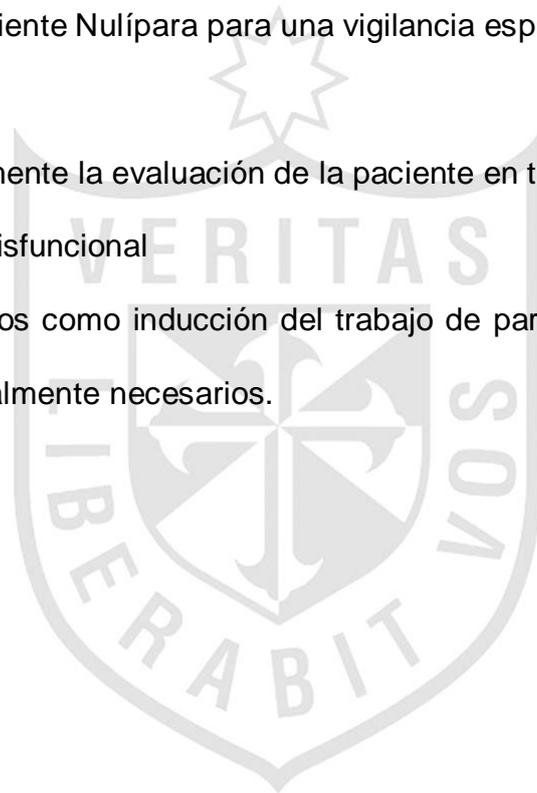
## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

- Los casos presentados de atonía uterina en el período enero a diciembre del 2014, en el Hospital Uldarico Rocca Fernández, fueron 45 casos de 2520 partos atendidos.
- La edad entre 19 y 35 años es factor de riesgo para casos de atonía uterina
- La Nuliparidad es un factor de riesgo asociado a atonía uterina.
- El Trabajo de Parto Disfuncional es un factor asociado a atonía uterina, las puérperas que tienen trabajo de parto disfuncional tienen 5 veces más posibilidades de cursar con atonía uterina.
- En el caso del uso de la Oxitocina en forma inadecuada, se pudo evidenciar que es un factor asociado a la atonía uterina; indica que el uso inadecuado de la oxitocina tiene 12 veces más probabilidad de realizar atonía uterina.

## RECOMENDACIONES

- A las profesionales obstetricias, que laboran en el hospital Uldarico Rocca Fernandez
- Considerar los factores de riesgo asociados a atonía uterina presentados en este estudio para evitar la incidencia de esta patología.
- Identificar a la paciente Nulípara para una vigilancia especial durante la atención del parto
- Realizar correctamente la evaluación de la paciente en trabajo de parto e Identificar la labor disfuncional
- El uso de oxitócicos como inducción del trabajo de parto, debe ser selectivo valorando casos realmente necesarios.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Ministerio de Salud; Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. Hemorragia Intraparto y Posparto. Pág. 37 – 45. Lima- Perú.2007
- 2.- Essalud; Clave Roja. Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias. Manejo de la Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo y Posparto. Pag.47-52 Lima –Perú 2014.
- 3.- Organización Mundial de la Salud Nota descriptiva N° 348, Pág. 323 – 333. Ginebra – Suiza. Mayo 2014.
- 4.- Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquín D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Organización Panamericana de la Salud. Pág. 47 – 58. Montevideo – Uruguay. 2012.
- 5.- Organización Mundial de la Salud; Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Pág. 5 Ginebra Suiza 2014.
- 6.- Kaima A. Frass. Postpartum hemorrhage is related to the hemoglobin levels at labor: Observational study Alexandria Journal of Medicine Volume 51, Issue 4 , Yemen, , Pages 333–337. Alexandria Egipto. December 2015
- 7.- Organización Mundial de la Salud; Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Indicadores de Micronutrientes. Pág. 1. Ginebra Suiza 2011.
- 8.- Organización Mundial de Salud; Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la conducción del trabajo de parto. Pág. 10 – 15. Ginebra Suiza 2015.

- 9.- Williams Gineco – Obstetricia Edición 23; Capítulo 8; Atención Prenatal. EE.UU. 2015
- 10.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Pág. 413. Lima - Perú. ENDES 2014.
- 11.- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud Iniciativa busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Americas.paho.org. Pág. 1 Washington D.C. USA2015.
- 12.- Essalud; Plan Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en Essalud 2016 – 2021. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Pág. 19 – 23. Lima – Perú. Agosto 2016.
- 13.- Pranita S, Swapnali P, Prithviraj P. Estudio de la Hemorragia Posparto en el Centro de Tercer Nivel. Pág. 1 - 6. La India 2014.
- 14.- Ortiz A, Miño L, Ojeda P, Medina S, Iratí G. Hemorragia Puerperal. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina Nro. 206 abril. Pág. 16 – 19. Argentina 2011.
- 15.- Altamirano P. Factores de Alto Riesgo Asociados a Hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009. Lima – Perú 2012.
- 16.- Ruiz M. Factores de Riesgo que Inciden en Hemorragias Posparto Vaginal en Mujeres Indígenas atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Ecuador 2012.
- 17.- Gil-Cusirramos M. Factores Asociados a Hemorragia Posparto por Atonía Uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el período Enero – Septiembre del 2015 Lima – Perú.

- 18.- Chica K. Frecuencia de la Hemorragia Postparto y post cesárea en pacientes del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta durante el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Ecuador 2013.
- 19.- Vela S. Trabajo de Parto Disfuncional como Factor de Riesgo para Atonía Uterina y Hemorragia Posparto en puérperas del H.N.H.U. período enero – noviembre. Lima Perú 2015.
- 20.- Sosa C, Althabe F, Belizán J, Buekens P. Factores de Riesgo de hemorragia postparto vaginales en una población latinoamericana. Uruguay 2012
- 21.- López V. Determinación del sangrado durante el parto y Factores Asociados a Hemorragia. Hospital Vicente Corral Moscoso. Ecuador 2013.
- 22.- Grotegut C, Gilner J, Brancazio L, James A, Swamy G. The maximal oxytocin infusion rate in labor is associated with uterine atony. American Journal of Obstetrics; Gynecology Supplement January 2015. Pág. 86. Carolina del Norte USA 2015.
- 23.- Blanco H, Ramírez M, Inducción del Trabajo de Parto con Oxitocina o Misoprostol y Complicaciones Materno Perinatales. Hospital Regional de Cajamarca 2013.
- 24.- Palomo J, Incidencia de la Hemorragia Posparto por Atonía Uterina. Guatemala 2014.
- 25.- Castro E. Macrosomía Fetal: Incidencia, Factores de Riesgo Asociados y Complicaciones Maternas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, de julio 2010 a julio 2013. México 2014.

26.- Correa Martínez G. Gran Multiparidad y Macrosomía Fetal como Factores de Riesgo para Hemorragia posparto Hospital Distrital Santa Isabel. El Porvenir 2007 – 2013. Trujillo Perú 2014.

27.- Benigno-Palomo J. Incidencia de la Hemorragia post parto por atonía uterina; universidad de San Carlos. Guatemala 2014.

28.- Mousa, H. A.; Blum, J.; Abou El Senoun, G.; Shakur, H.; Al, Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. Número 2. Ginebra – Suiza.2014.



## ANEXOS

### FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ - VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2014

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### I.- DATO GENERAL

1.- edad: 19 – 35 años mayor 35 años

##### II.- FACTORES DE RIESGO

1.- paridad: nulípara: 0 hijos multípara: 2 - 4 hijos

2.- Hb. en gestación: leve: 10 -10.9g/dl moderada: 7 - 9.9 g/dl severa: < 7 g/d

3.- trabajo de parto disfuncional: a.- Fase Latente b.- Fase Activa c.- Expulsivo

4.- uso de oxitocina en trabajo de parto: Mayor 6 hrs a.-si b.-no

##### IV.-ATENCIÓN DEL PARTO:

1.- parto: a.- vaginal b.- cesárea

2.- macrosomía fetal: a.- si > o =4000gr b.- no <4000gr

V.-CURSO CON ATONÍA UTERINA: a.- si b.- no

1.- tratamiento usado para atonía: a.- oxitocina b.-ergometrina c.- misoprostol  
d.-sutura b-lynch