



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Tesis para optar a título de Medicina y Cirugía

**“Atonía Uterina en Hemorragia Postparto de Mujeres que dieron a Luz en el Hospital
Bertha Calderón Roque, 2019-2020”**

Autores:

Br. José Daniel Escobar.

Br. Carlos Francisco Vargas.

**Dra. Auxiliadora Ayala Ríos
Tutor Metodológico**

Managua, Nicaragua, abril 2021

INDICE

DEDICATORIA		
AGRADECIMIENTO	I	
CARTA DEL TUTOR	II	
RESUMEN	III	
CAPITULO I: GENERALIDADES		
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1	
1.2.ANTECEDENTES	2	
1.3. JUSTIFICACIÓN	6	
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7	
1.5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	8	
1.6. MARCO DE REFERENCIA	9	
CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO		
2.1. DISEÑO METODOLOGICO.....	14	
CAPITULO III. DESARROLLO		
3.1. ANALISIS DE RESULTADOS.....	20	
3.2. CONCLUSIONES.....	25	
3.4 RECOMENDACIONES.....	26	
CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA.....		27
CAPITULO V. ANEXOS		29

DEDICATORIA

Con todo el corazón a mis Padres:

José Daniel Escobar y María Adilia Briceño Meza

Los cuales me han apoyado de forma incondicional en todo el transcurso de mi vida estudiantil y que gracias a ello he logrado culminar cada reto que se me presenta.

BR. JOSÉ DANIEL ESCOBAR.

DEDICATORIA

Con todo el corazón a:

Yeni del Carmen Vargas y Karla Mercado García

La cual me ha apoyado en el transcurso de mi vida universitaria, donde gracias a sus consejos me ha permitido convertirme en el profesional que hoy soy.

A mi amada esposa Karla Mercado García, quien me ha respaldado en los momentos más difíciles de mi carrera, se ha convertido en mi mejor amiga y apoyo en mi vida.

BR. CARLOS FRANCISCO VARGAS.

AGRADECIMIENTO

Le agradecemos a nuestros Docentes del Áreas Básicas y Áreas clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN Mangua, ya que gracias a sus enseñanzas y consejos nos permitieron adquirir los conocimientos necesarios para culminar los estudios universitarios.

¡A todos ustedes nuestro profundo agradecimiento!

BR. JOSÉ DANIEL ESCOBAR.
BR. CARLOS FRANCISCO VARGAS.

Opinión del tutor

“*Atonia Uterina*”, se define como la incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento, lo que conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, con la consiguiente hemorragia excesiva en el postparto inmediato (más de 500 ml de sangre tras parto vaginal o más de 1000 ml tras cesárea en las primeras 24 horas).

Constituye una verdadera emergencia, ya que este sangrado está asociado a clínica, originando hipovolemia, inestabilidad hemodinámica y shock. Siendo la principal causa de muerte materna en todo el mundo, especialmente en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Se estima que el 8,2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión. (Peralta)

Según la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)- Una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto. Cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son una de sus principales causas.

Esta preocupación es compartida por los autores del presente estudio, quien aborda en el mismo la “*Atonía Uterina en Hemorragia Postparto de Mujeres que dieron a Luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019-2020*”. El documento ofrece una amplia información sobre las principales causas de atonía uterina en mujeres, que permite visualizar los ejes sobre los que se podrían impulsar planes de mejoras que fortalezcan y disminuyan el número de pacientes afectadas por esta patología.

Felicidades a José Daniel Escobar y Carlos Francisco Vargas, por ofrecer este nuevo conocimiento y por haber alcanzado un logro personal que brindara beneficio a la población y al personal médico, donde ustedes realizaron el estudio de investigación.

Dra. Auxiliadora Ayala R.
Profesor Titular
Msc. Salud Pública.

RESUMEN

La hemorragia posparto es una de las primeras causas de muerte materna a nivel nacional de esta el 50 al 70% corresponde con atonía uterina según datos MINSA 2013. Por lo que se realizó un estudio de investigación con el **Objetivo** de describir las principales causas de atonía uterina en mujeres que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019-2020.

Material y Método: estudio de tipo Descriptivo de corte transversal, con un universo de 197 puérperas, muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, siendo 85 puérperas seleccionada de acuerdo a criterio de inclusión. La fuente de información es el expediente clínico.

Resultados obtenidos: condiciones sociodemográficas reflejaron que procedencia urbana 81.%, un 55.3% se encuentra entre las edades de 20 a 34 años, escolaridad secundaria 48.%, antecedentes gineco- obstétrico periodo intergenesico de 2 a 5 años con 45.%, primigestas 34.% nuliparidad 34.%, cesárea previa un 18%, miomatosis en 2.4%, previos y posterior al nacimiento, vía vaginal 82.4% y 100% de cumplimiento del Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto MATEP SHG 17.6%, polihidroamnios 12%, antecedente de cirugía de perfil GO 9.4%, macrosomia 6 %, agotamiento uterino en 6 %, embarazo múltiple 2.4%.

Conclusión: predominan edades de 20 – 34 años, la mayoría eran primigesta, y finalizaron gestación por vía vaginal, de los factores de riesgo previo al nacimiento no existen valores de importancia.

Recomendación: intervenir en la vigilancia estricta tanto a nivel primario como secundario dado que no existe un patrón específico, por tanto, toda paciente es potencial para complicarse.

Palabras claves: *hemorragia posparto, atonía uterina, oxitocina, factores de riesgos*

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1%), si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados. De todos modos, sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable (Solari, 2014)

En países desarrollados y en vías de desarrollo la hemorragia posparto (HPP) es la principal causa de morbilidad materna severa y mortalidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud OMS, la hemorragia obstétrica complica el 10.5% de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representan 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año. En Latinoamérica constituye la segunda causa de mortalidad materna con un 20.8%, tras la enfermedad hipertensiva siendo las secuelas más importantes derivadas de esta complicación las coagulopatías de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia. (Solari, 2014)

La mayor parte de las muertes maternas atribuidas a esta complicación son evitables, dado que existen intervenciones médicas efectivas demostradas como son. La administración de oxitocina inmediatamente después del parto. La extracción manual de la placenta, Una intervención quirúrgica, Transfusión sanguínea entre otras. La cantidad de sangre que se puede perder sin alterar el estado hemodinámico es variable, depende del estado físico de la paciente, de la velocidad y cantidad de sangre perdida. Por lo tanto, establecer cuando una hemorragia requiere una intervención activa estará determinado no solo por la evaluación del sangrado, sino que de la paciente en su conjunto.

La mayor parte de las muertes maternas ocurren dentro de las cuatro primeras horas posparto y se deben a complicaciones que se presentan durante el tercer período del parto. Es por eso que la proporción de madres que necesitan atención hospitalaria depende en cierta medida de la calidad de la atención de primer nivel que se presta a las mujeres; por ejemplo, la identificación y corrección de la anemia en el embarazo, así como el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP), y las acciones inmediatas cuando se presenta una hemorragia. La proporción de madres que mueren depende de que se dispense rápidamente la atención adecuada. (OMS,2008)

I. ANTECEDENTES

A Nivel Internacional

Colombia 2009, Canchila, C. Laguna Col, la Presente investigación abordo las principales medidas de prevención para Hemorragia post Parto en la Universidad de Cartagena depto. Gineco Obstetricia Colombia el cual tuvo como objetivo principales medidas de prevención para Hemorragia post Parto, tuvo constituido por 163 mujeres a los que se le atendió el parto vía vaginal y cesárea siendo el tipo de estudio Descriptivo Retrospectivo de corte Transversal cuantitativo; encontrando que entre las principales factores a Intervenir de manera preventiva fueron todos los procesos de sobre distensión uterina (Macrosomia fetal, Polihidramnios, Malformaciones-fetales). (Canchila, 2009)

Perú, 2019, Ledesma Gonzales, M.I. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo: Determinar los factores asociados a hemorragia post parto en puérperas atendidas en el Hospital II- 2 Tarapoto, 2019. El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal, la población estuvo constituida por las 50 puérperas de parto abdominal y parto vaginal, que presentaron hemorragia post parta y la muestra estuvo constituida por el 100% de la población, los datos fueron recolectados mediante la revisión de historias clínicas y fueron procesados a través del programa Excel y SPSS versión 23. Los principales resultados obtenidos fueron: dentro de los factores demográficos el 9% presentó el cuadro clínico de hemorragia post parto; asimismo, de estos casos el 24% tienen entre 36 a 45 años, respecto al estado civil el 46% son solteras, el 54% estudiaron secundaria completa y el 72% son amas de casa; entre los factores clínico-biológicos predominó como principal factor la atonía uterina con un 72%, seguido de lesiones por parto con un 22% y en un 6% se presentó retención de tejidos y finalmente de todos los casos de hemorragia post parto el 76% fueron denominados casos leves, el 20% fueron casos moderados y solo el 4% se diagnosticaron como casos severos. En conclusión, se puede observar que existe una gran presencia de factores clínico-biológicos en las hemorragias post parto resaltando entre ellos la atonía uterina. (Ledesma Gonzales. M, 2019)

A Nivel Regional

Guatemala, 2014, Palomo Tercero, J.B. abordaron la temática de *Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina* el objetivo de este estudio fue determinar la incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina en la Sala de Labor y Partos del Hospital Regional de Escuintla del año 2011. Se realizó una investigación retrospectiva, transversal y descriptiva de las pacientes con hemorragia postparto en los meses de marzo a octubre del 2011. El universo estuvo constituido por todas las pacientes que ingresaron a sala de labor y partos y la muestra se conformó con las pacientes que tuvieron hemorragia postparto por atonía uterina independientemente de la vía del nacimiento(n=67). Los resultados revelaron que el 35.82% tenían edades comprendidas entre 15 y 19 años seguidas del 34.32% con edad de 20 a 24 años. El 40.30% eran tercíparas o más y el 32.83% nulíparas. El 77,61 tenían embarazo a término y parto eutócico en el 68.65%. El 31.25% de las cesáreas fueron por desproporción cefalopélvica y el 25% por sufrimiento fetal agudo. Al 73.13% de las pacientes se le administró Misoprostol 800 mcg rectal única dosis, oxitocina intravenosa a 20u/lit sol a 30-60 gotas minuto, en el 52.23% de los casos. El 77.61% llevaron atención prenatal. Los principales factores de riesgo Intraparto fueron la oxidoconducción en 52.24% y parto precipitado con un 14.93%. Se concluyó que predominó la edad de 15 a 19 años y las que tenían tres partos o más, embarazo a término y parto eutócico, las principales causas de cesáreas fueron la desproporción cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo. Las acciones realizadas fueron administración de Misoprostol, Oxitocina, Carbetocina y Metilergonovina. El 77.61 % de las pacientes llevó atención prenatal y el principal factor de riesgo Intraparto fue la oxitoconducción. (Palomo Tercero, 2014).

A Nivel Nacional

Managua Nicaragua, 2013, Chavez Gutierrez, M.A. y Cols, En el presente trabajo se estudia los factores asociados a mujeres atendidas que presentaron hemorragia posparto en sala de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, durante el período de enero a diciembre del 2012. Para realizar este trabajo se utilizó una investigación de tipo Descriptivo de corte transversal, retrospectivo, el cual se llevó acabo en las salas de ginecoobstetricia de ambos hospitales. La hemorragia posparto es una de las principales

complicaciones puerperales que representa una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna. El objetivo de esta investigación es establecer los principales factores de riesgos que aumentan la incidencia de las hemorragias posparto con el fin de disminuir la morbimortalidad materna. La muestra está conformada por los 109 expedientes clínicos de pacientes ingresadas al servicio de maternidad que presentaron Hemorragia posparto; de los cuales 68 casos corresponden al Hospital Mauricio Abdalah y 41 casos al Hospital Alemán Nicaragüense. Con los resultados de la investigación se concluyó que la causa de hemorragias que con mayor frecuencia fue 75.6% se dio a Hipotonía Uterina en Hospital Alemán Nicaragüense y un 55.9% Hospital Mauricio Abdalah, seguido por restos placentarios para ambos Hospitales. Se comprueba que la hipotonía uterina, las alteraciones en el alumbramiento y los desgarros cervicales y/o vaginales son indudablemente los de mayor prevalencia. El tratamiento oportuno de esta patología y el uso de medidas a tiempo y efectivas son indispensables y fundamentales para evitar la muerte materna. Conocer las poblaciones en riesgo y los factores desencadenantes resulta primordial, pues esta patología es altamente prevenible y debemos estar preparados para enfrentar este tipo de complicaciones (Chavez gutierrez, 2013)

Managua, 2015 Guadalupe J.R, karen V, Cols. Abordo los factores de riesgos asociado a hemorragia posparto en el hospital Aleman nicaragüense enero 2014 – junio 2015. El presente documento es un estudio descriptivo, no experimental cuantitativo de corte transversal del cual se obtuvieron que no existe un factor significativo o predominante para explicar la HPP jhh (Joya Ruiz, 2015).

Matagalpa, Nicaragua, 2016, Iglesias Castro, J.M y Cols. La presente investigación Factores asociados a hemorragia post- parto en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del HECAM, Matagalpa en el periodo 2010-2013 que tuvo como objetivo describir factores más importantes para la morbimortalidad provocada por esta complicación. El estudio estuvo constituido por 138 mujeres a las que se les atendió parto vía vaginal y cesárea siendo este de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, Con enfoque cuali –cuantitativo, la información se obtuvo de fuente secundaria como el expediente clínico se procesó y analizo en el programa estadístico spss. Encontramos que de 27,998 partos vía vaginal y cesárea atendidos se registró una incidencia La mayoría de las pacientes están en la segunda y tercera década de la vida, son de procedencia rural y no tienen escolaridad. Los factores antes del parto más importantes son:

ser Primigesta, tener anemia, ser gran multípara y el SHG; durante el parto los más destacados partos extra hospitalarios, parto precipitado, parto domiciliar, y el trabajo de parto prolongado; al final del parto se presentan en mayor frecuencia: la hipotonía uterina, los desgarros obstétricos, la retención placentaria y de restos placentarios. Tenemos presente que el esfuerzo para disminuir esta complicación tiene que seguir asiéndose a nivel primario con la vigilancia, seguimiento y charlas educativas a las embarazadas: lo que debe ser complementario a nivel secundario con la capacidad de poder manejar los casos con un equipo multidisciplinario y equipamiento adecuado (Iglesia Castro, 2016)

II. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad maternal continúa siendo un indicador de salud que afecta directamente a la población en general debido a la alta demanda en los servicios de salud de la población. Nicaragua ocupa el tercer lugar a nivel centroamericano en cuanto a la mortalidad materna detrás de Guatemala y Honduras, siendo mayormente de origen obstétrico de los cuales corresponden en un 60% la hemorragia post parto (MINSAL, 2013)

El interés creciente en el análisis de esta temática, es la causa principal directa de muerte materna en países en desarrollo. Además, la hemorragia post parto es una causa impredecible y rápida de muerte materna a nivel mundial, con dos tercios de las mujeres sin factores de riesgo identificables. Entre el 70% y 90 % de las hemorragias postparto severa, inmediatas se le atribuyen a la atonía uterina (falla del útero para contraerse apropiadamente después del parto).

La atonía uterina como evento desencadenante de dicho cuadro, se derivan un sin número de complicaciones maternos – fetales de espectro variable que va desde cuadro fácilmente corregible, complicaciones medica- quirúrgica, esterilidad hasta muerte

Debido a estos datos y a la complejidad de los resultados es pertinente intervenir de forma precoz a través de la identificación de este factor de determinantes y de esta manera disminuir la incidencia de las complicaciones tanto Gineco-Obstetras como Fetales de una manera prematura. Por lo que el estudio de la patología va permitir identificar cuáles son los elementos que consolidan las complicaciones esto ayudara al sistema de salud en primer momento previendo el potencial desenlace mediante una atención primaria pertinente y de calidad con enfoque preventivo y con un diagnóstico inmediato y temprano.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial se estima que la hemorragia posparto representa alrededor del 11% de las mujeres que tienen parto de un recién nacido vivo (AbouZahr, 2003). En Nicaragua se encuentra entre los países en vías de desarrollo con mayor tasa o razón de mortalidad materna, lo cual refleja la grave crisis que el país atraviesa en cuanto a salud. En la región se ha reportado a la hemorragia posparto como una de las principales causas de muerte materna y en especial la hemorragia secundaria a atonía uterina. La cual complica 1 de cada 20 nacimientos y es responsable de al menos el 80% de los casos de hemorragia posparto. (Dildy Iii, 2002)

Una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto (Solari, 2014). Cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son su principal causa. Se estima que el 8.2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia posparto grave que requerirá una transfusión. En las Américas, el manejo activo del parto implicaría una reducción de 770,000 hemorragias, 170,000 hemorragias severas y 140,000 transfusiones de sangre (Solari, 2014)

Por ello planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las principales causas de atonía uterina en mujeres que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019-2020?

IV. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las principales causas de atonía uterina en mujeres que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019-2020.

Objetivos específicos

1. Conocer las características sociodemográficas de las pacientes en estudios.
2. Enumerar los principales antecedentes gineco- obstétrico de las pacientes en estudio.
3. Identificar los principales factores determinantes previo y posteriores al nacimiento como causa de hemorragia posparto secundario a atonía uterina.

V. MARCO TEORICO

La Hemorragia del parto y/o postparto es una de las principales y más importantes emergencias obstétricas, siendo la principal causa de ingreso a unidades de cuidados intensivos de las pacientes embarazadas y puérperas recientes.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son activos en promover la prevención de la morbimortalidad materno-fetal secundaria a hemorragias postparto. Para ello se han elaborado guías de acción, protocolos de estudio de factores de riesgo y consentimientos informados, todos basados en medicina basada en la evidencia y considerando las opiniones de expertos. El acceso a métodos diagnósticos, elementos terapéuticos, personal médico capacitado, condiciones nutricionales y de salud de la población y acceso a centros de salud calificados, varía según el país en que nos encontremos

Definición

Se define como una pérdida sanguínea mayor o igual 1000 cc luego del parto vaginal y cesárea. De una manera objetiva ha sido descrito como la disminución del hematocrito en 10% o más en comparación con el valor inicial. Su diagnóstico se debe realizar de una manera oportuna para darle un manejo adecuado. De igual manera, podemos afirmar que la HPP se da en el contexto de pacientes con sangrado excesivo que reflejan síntomas (e.j. mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (v.g. taquicardia, hipotensión, oliguria) La frecuencia de la hemorragia posparto es de 3% – 4% en las pacientes que han tenido un parto vaginal, hasta 9% en quienes han tenido cesárea. Todo esto aumenta si está asociado a factores de riesgo. Usualmente se clasifica en dos tipos:

- **Hemorragia posparto inmediata:** Se llama así la que tiene lugar en las primeras 24 horas del puerperio; la mayoría ocurre en las primeras 2 horas. Ésta es la hemorragia más frecuente y la más importante.
- **Hemorragia posparto tardía:** Se presenta a partir del segundo día del puerperio hasta 6 semanas después del parto. La frecuencia oscila entre 5 a 15 %.

Epidemiología

En países desarrollados y en vías de desarrollo la HPP es la principal causa de morbilidad materna severa y mortalidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 10.5% a nivel mundial lo que en número absoluto representa 13.7 millones de mujeres que experimenta dicha complicación cada año (MINSA 2013)

En Latinoamérica constituye la segunda causa de mortalidad con un 20.8%, tras la enfermedad hipertensiva siendo la secuela más importante derivada de esta complicación la coagulopatía de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia

Las hemorragias postparto constituyen aún una importante causa de Mortalidad Materna (MM). Según la OMS, el 2005 las hemorragias graves ocuparon el primer lugar dentro de las causas de MM a nivel mundial, dando cuenta de un 25% de las muertes maternas totales (1), independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país. Si bien el 99% de estas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo, es importante destacar la importancia de esta complicación, tanto por su magnitud como por la existencia actualmente de herramientas disponibles para evitar o disminuir al mínimo su ocurrencia. Por otra parte, según la FIGO la tasa de mortalidad materna por hemorragias postparto, que varía de 30% a tasas superiores al 50% en diferentes países o comunidades (2), da también cuenta de esta realidad. La meta planteada al 2015 es reducir en 75% la mortalidad materna por hemorragia postparto con medidas de prevención y tratamiento adecuadas

Etiología

Las causas de hemorragia postparto son atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de restos placentarios, y alteraciones de la coagulación. Una buena forma de recordar las causas fácilmente, es la nemotecnia de las "4T", que corresponden a Tono (Atonía), Trauma (laceraciones en el canal de parto), Tejido (Restos placentarios), Trombina (Alteraciones de la coagulación).

- 1. Atonía uterina:** Es la causa más frecuente de hemorragia postparto, estimándose en un 80-90% de todas las hemorragias postparto. Casi siempre existe sobre distensión de la cavidad uterina, debido a múltiples causas (polihidramnios, gestación múltiple, fetos macrosómicos),

o agotamiento del miometrio (parto excesivamente prolongado, o rápido, gran multiparidad), y casos de corioamnionitis (RPM prolongado y fiebre). Por esto es válido anotar, que “un útero vacío y bien contraído no sangra”.

2. **Trauma:** Cuando se habla de traumas, se hace referencia a desgarros del canal genital, ruptura uterina e inversión uterina. Los desgarros, corresponden a la segunda causa de hemorragia postparto, después de la atonía uterina. Se presenta como una hemorragia activa, que deriva de un parto instrumentado o con episiotomía, los cuales deben repararse de inmediato. La ruptura uterina, se define como la pérdida de la integridad de las paredes del útero. El principal riesgo para que se presente la ruptura uterina es la presencia de una cicatriz en el útero, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente. Otros riesgos los representan los partos instrumentados por distocias, o la hiperestimulación uterina. Inversión uterina: Esta complicación es poco frecuente, y la causa se le atribuye a una excesiva tracción sobre el cordón umbilical y el fondo uterino (Maniobra de Credé) con el resultado de la salida del fondo uterino de la cavidad endometrial. Como factores de riesgo encontramos el acretismo placentario, y el manejo activo del alumbramiento.
3. **Retención** de tejido placentario o coágulos: Existe la posibilidad que, durante el alumbramiento, no se desprenda por completo la placenta y las membranas ovulares, encontrándolo más frecuentemente en las placentas ácreta, íncreta o pércreta, a pesar de ser poco frecuentes. Otro riesgo de retención de tejidos, son el aumento de cicatrices uterinas, debido a las adherencias que pueda generar.
4. **Trastornos de la coagulación:** Corresponde a coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo. Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A. Adquiridas: preclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abruptio placentae, sepsis.

Tabla 1. Manifestaciones Clínicas

MANIFESTACIONES INICIALES Y OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS TÍPICOS	SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE A VECES SE PRESENTAN	DIAGNOSTICO PROBABLE	FRECUENCIA Y ETIOLOGÍA
Hemorragia post parto inmediata útero blando y no retraído	Taquicardia Hipotensión	Atonía uterina	70% Causa; anomalía de la contractibilidad
Hemorragia posparto inmediata	Placenta íntegra Útero contraído	Desgarro del cuello uterino , vagina o periné	20% Causa : traumática
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal, Dolor intenso	Inversión uterina visible en la vulva hemorragia post parto inmediata	Inversión uterina	20% Causa : traumática
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura). Hemorragia post parto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal)	Abdomen doloroso: Shock Taquicardia No se expulsa la placenta	Ruptura uterina	(20%) Causa: Traumática
No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo	Útero contraído	Retención de placenta	(10%) Causa: Retención de Productos de la gestación
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membrana	Hemorragia posparto inmediata Útero contraído	Retención de restos placentarios	(10%) Causa: Retención de Productos de la gestación
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto. Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) Anemia	Retención de restos placentarios	(10%) Causa: Retención de Productos de la gestación
Sangrado no cede a medidas anteriores Sangrado en sitios de punción No formación de coágulos sanguíneos	Prueba de coagulación junto a la cama. Menor 100 mg/dl plaquetas disminuidas TP y TPT prolongados	Alteración de la coagulación	

Fuente: Normativa 109

Tratamiento

El abordaje terapéutico va en dependencia de la etiología para la detención de las pérdidas hemáticas, sin embargo, las medidas terapéuticas generales consisten en mantener el volumen intra vascular, de acuerdo a las medidas protocolarias de cada institución y evitar las complicaciones secundarias a la hipoperfusión histica. Tomando en cuenta que una de las principales causas de hemorragia posparto es la atonía uterina, existen una diversidad de fármacos y maniobras terapéuticas trata de revertir este evento patológico de acuerdo a la causa entre ellos se encuentran los siguientes:

Atonía uterina

- Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto).
- Si el sangrado continuo administrar Ergonovina a razón de 0.2 mg IM o IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total.
- Si aún el sangrado continuo agregar Misoprostol en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.
- Masaje uterino continuo.
- Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.
- Si el sangrado es incontrolable realice compresión bimanual del útero si esto fracasa trasladar a la paciente con taponamiento uterino y realizando compresión de la aorta abdominal. Nunca el taponamiento debe ser vaginal porque lo único que se haría es ocultar la hemorragia

Desgarro vulvo-perineal, vaginal o cervical.

- Sutura de los mismos de ser identificados

Ruptura uterina

- Realice laparotomía exploradora.
- Suturar el útero de ser bien identificable los bordes.
- Si no son identificables los bordes realice histerectomía

Retención parcial de placenta (alumbramiento incompleto):

Extraer los restos de cotiledón o membrana retenida, auxiliado con una valva de Simms y/o espéculo, una pinza de Foresters, en caso necesario practique un legrado instrumental con cureta de Wallich, de Hunter o Pinard

Retención de placenta (No expulsión de la placenta después de 15 minutos con manejo activo):

- Administre oxitocina 10 unidades en 1000 ml de Solución Salina al 0.9% o Ringer Lactato a 40 gotas por minuto en infusión intravenosa.
- Estime la cantidad de sangre perdida.
- Si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provoque contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremente la concentración de oxitocina a 60 gotas por minutos y así lograr la expulsión de la placenta.
- Practique tensión controlada del cordón umbilical durante la contracción uterina.
- Si la placenta no se expulsa, realizar maniobra de Credé (exprimir manualmente de forma continua y sostenida el fondo del útero para lograr la expulsión de la placenta).
- Si la placenta no se expulsa a pesar de haber realizado las maniobras anteriores llevar a la paciente a sala de operaciones y realizar la extracción manual de placenta con personal capacitado.
- Si la placenta no se desprende completamente considerar que se trata de un acretismo placentario y realizar histerectomía sub-total o total.

Hemorragia Tardía post-parto

Generalmente se da por sepsis puerperal (metritis) caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios por lo que se deberá manejar como endometritis por restos placentarios

Trastornos de coagulación

- Tratar la enfermedad subyacente si la hay.
- Uso de Crioprecipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, como medida ideal. Si no se cuenta con Crioprecipitado, iniciar transfusión de Plasma Fresco Congelado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, lo que incrementa el fibrinógeno en 10 mg/dl por cada unidad.
- Mantener el recuento plaquetario mayor de 50,000 (Recordar que 1 unidad plaquetaria aumenta en por lo menos 5,000 plaquetas).

CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO

MATERIAL Y METODO

Tipo de Estudio: Descriptivo de corte transversal, retrospectivo con enfoque Cualitativo.

Área de estudio: El estudio fue realizados en el Hospital Bertha Calderón Roque, ubicado en el Distrito III de la ciudad de Managua capital de Nicaragua. Dirección C.C. Zumen 1c al Oe Managua – Managua, atiende las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Perinatología y Oncología, considerado el Hospital de Escuela de Referencia Nacional.

Universo: Todos los expedientes clínicos de pacientes parturienta vía vaginal y cesárea atendidas ven el Hospital Bertha Calderón Roque, constituido por un total de 197 en el periodo de 2019 a 2020 que presentaron hemorragia posparto

Marco Muestral: Todos los expedientes clínicos de pacientes parturientas con diagnóstico de egreso de hemorragia posparto atendida en el servicio de quirófano y sala de labor y parto en el Hospital Bertha Calderón que cumplan con los criterios de inclusión.

Tipo de muestra: No probabilístico por conveniencia

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Expediente clínico de Paciente con parto vaginal o cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque y que se diagnosticó con hemorragia posparto en el periodo comprendido de estudio
- Expediente clínico de Paciente que se identifica con diagnóstico de hemorragia posparto por la atonía uterina en el periodo comprendido de estudio
- Paciente con expediente clínico completo

Criterios de exclusión:

- Paciente en donde el parto no se atiente en el Hospital Bertha Calderón Roque
- Paciente que no esté dentro del tiempo estipulado de estudio
- Paciente que hayan presentado episodio de Hemorragia posparto las cuales no son atribuida a proceso de atonía uterina
- Paciente con expediente clínico incompleto

Tamaño de la muestra: 85 puérperas escogidos a conveniencia del investigador, que fueron ingresados en el periodo comprendido del estudio en mención.

Fuente de información: Es de fuente secundaria, ya que se hace revisión del expediente clínico de las puérperas, el cual fueron ingresadas cumpliendo los criterios de inclusión del estudio, basándose en las notas clínicas del ingreso de las pacientes, con la información que brinda la paciente y/o el acompañante al momento del ingreso.

Instrumento de recolección: El mecanismo que se usó para recolectar la información, fue por medio de la Ficha de recolección elaborada en base a nuestros objetivos específicos y llenada a través de la revisión directa del expediente clínico, que consistió en la tomar los datos que corresponden a condición sociodemográfica, antecedentes gineco obstétricos y antecedentes previos y posterior al nacimiento del bebe datos importantes para el estudio.

Variables: Las variables a analizar son tomadas por la información recopilada por los expedientes clínicos y se complementan para la recolección de información, estas son analizadas conforme a los objetivos específicos:

Variables:

Objetivo 1. Conocer las características sociodemográficas de las pacientes en estudios.

- Edad
- Religión
- Procedencia
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación

Objetivo 2. Enumerar los principales antecedentes gineco- obstétrico de las pacientes en estudio.

- Gestas
- Paridad
- Antecedente de cirugía de perfil ginecológico
- Cesarea previa
- Periodo interginesico
- Miomatosis uterina

Objetivo 3. Identificar los principales factores determinantes previo y posteriores al nacimiento como causa de hemorragia posparto secundario a atonía uterina. Previos:

- Embarazo múltiple
- Polihidroamnios
- Diabetes gestacional
- Macrosomía fetal
- Síndrome hipertensivo gestacional
- **Posteriores:**
 - Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto MATEP
 - Agotamiento uterino
 - Vía de terminación

Método e instrumento de recolección de información:

El medio usado para la recolección de datos fue la Historia Clínica Perinatal, proporcionada por el MINSA de Nicaragua, es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal parto y puerperio, además del neonato y las posibles complicaciones. La historia clínica perinatal cuenta con 9 secciones que son:

La identificación: en este apartado encontramos todos los datos generales básicos (nombre-apellido, domicilio-localidad, teléfono, fecha de nacimiento, edad, etnia, estudios, años en el mayor nivel, estado civil, lugar de control prenatal, lugar de parto/aborto, número de identidad)

Antecedentes familiares, personales y obstétricos: en lo que respecta a este acápite se registran los antecedentes patológico personales y familiares de relevancia que podría generar riesgo durante la gestación. en relación al antecedente obstétrico se analizarán datos de embarazos previos (gestas previas, partos/ vaginales – cesárea, abortos, nacidos vivos, embarazo ectópico, nacidos muertos, vivos, muertos en la primera semana, muertos después de la primera semana y fin del embarazo anterior)

Gestación actual: en esta sección encontramos todos los datos de la gestación actual

Admisión por parto: en relación a este acápite está diseñado para el registro de datos relevantes del trabajo de parto y parto.

Nacimiento: se registra el estado vital del recién nacido en el momento del parto

Recién nacido: en este apartado se ubican todos los datos clínicos y antropométrico del recién nacido.

Posparto: control clínico y hemodinámico de la transición al estado fisiológico del puerperio

Egreso del recién nacido: en este apartado se registran datos clínicos en relación al egreso del recién nacido

Área de morbilidad: se registran las morbilidades durante la gestación y el puerperio la cual consta de 6 secciones (trastornos hipertensivos, infecciones, hemorragia, trastorno metabólico, otros trastornos y complicaciones obstétricas)

- **Diseño del instrumento de recolección de la información:**

Basado en los objetivos del estudio se realizan un instrumento de recolección de la información tomando en consideración las variables que se necesitan obtener los resultados para el desarrollo del estudio, quedando de la siguiente manera: El instrumento comprende tres diferentes módulos:

- **Datos generales:** implican toda aquella información inherente a la puérpera que permiten identificar los datos como: código de identificación, número de expediente, fecha de recolección de la información, Edad, Estado Civil, Procedencia, Religión, profesión, consta de preguntas abiertas.

- **Aspectos Antecedentes gineco obstétricos: conformado por** Gestas, Paridad, Antecedente de cirugía de perfil ginecológico, Cesarea previa, Periodo interginesico, Miomatosis uterina, consta de preguntas cerradas.
- **Aspectos Factores de riesgo previos y posteriores al nacimiento:**
Previos: Embarazo múltiple, Polihidramnios, Diabetes gestacional, Macrosomía fetal, Síndrome hipertensivo gestacional
Posteriores: Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto MATEP, Agotamiento uterino, Vía de terminación, consta de preguntas cerradas.

Tomando en consideración las variables a estudiar utilizando de referencia el expediente clínico de las púerperas que presentan los criterios de inclusión para el estudio, realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque, de la ciudad de Managua, en Registro y estadística de consulta externa durante los años de 2019-2020. Se realizó una carta a la Dra. Gilma Áreas, subdirectora Docente SILAIS-MANAGUA, solicitando permiso para la revisión de los expedientes clínicos para el estudio de investigación, el cual se programó un día para realizar el llenado de ficha de recolección de datos y posteriormente la realización de la base de datos del estudio. La revisión del expediente clínico fue llevada por los autores del presente estudio. Esto incluyó la codificación y transcripción de los datos, previa autorización de los mismos.

Procesamiento de la información:

Una vez recolectados los cuestionarios se procedió a revisarlos y se seleccionaron aquellos que contenían toda la información completa para que fueran procesados y analizados.

La información recopilada se procesó en el programa de computación SSPS versión 21 para realizar el análisis estadístico de los datos recolectados y se elaboraron tablas de salida.

Los datos obtenidos del análisis se hicieron uso de tablas. Además, se utilizaron los programas Microsoft Word y PowerPoint versión 2016 para redactar el último informe.

- **Aspectos éticos de la investigación.**

En los requerimientos éticos de las investigaciones, de forma resumida podemos mencionar:

- Valor social y científico.
- Justa selección del universo y muestra a estudio.
- Autorización de las autoridades de subdirección docente del SILAIS Managua, y del Hospital Bertha Calderón Roque de la ciudad de managua.
- Respeto por la información del sujeto en estudio.

En general se respetan los principios generales a considerar en las investigaciones médicas, como son la justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. Ningún de los procesos para realizar la presente investigación pone en riesgo de daño la salud física y mental de alguno de los pacientes.

Por lo tanto, las principales consideraciones son:

- Privacidad al momento de llenar la ficha, de tal forma que no se revelaran condiciones del paciente ajenas a nuestro estudio investigativo.
- Privacidad de los datos y resultados obtenidos, es decir que solo serán utilizados con Fines investigativos y no para otra causa.
- Asegurar la confiabilidad de la información obtenida.
- No revelar nombres de los participantes en el estudio.

La información obtenida de las pacientes será utilizada únicamente para fines investigativos y no será divulgada o usada para otros fines.

VI. RESULTADOS

Los resultados obtenidos de acuerdo al análisis de los datos recabados de los expedientes clínicos, permite identificar aquellos elementos significativos como determinante de atonía uterino y eventualmente de hemorragia posparto, de esta manera se realiza un diagnóstico temprano para así disminuir el impacto:

Resultados para el objetivo de conocer las condiciones sociodemográficas de las pacientes.

Edad: del 100% de las puérperas con atonía uterina un 55.3% de estas están entre las edades de 20 años a 34 años, seguido de un 29.4% para el grupo de edad menor de 19 años y un 15.3 % de 35 a más (*Ver anexo 4, tabla 1*)

Procedencia: del 100% de las puérperas según la procedencia un 81% su procedencia es urbano y 19% rural (*Ver anexo 4, tabla 1*)

Escolaridad: del 100% de las puérperas a nivel académico 48% están en secundaria, 41% cursan primaria y un 11% son universitarias (*Ver anexo 4, tabla numero 1*)

Estado civil: del 100% de las puérperas según el estado civil, se encuentran en unión libre con un 45%, 29% están casadas y 26% son solteras (*Ver anexo 4, tabla numero 1*)

Profesión: del 100% de las puérperas según su ocupación 69.4% son ama de casa, 20% estudiante, 8.2% son profesional y 2.4% comerciante (*Ver anexo, tabla numero 1*)

Religión: del 100% de las puérperas según creencias religiosa 55% son evangélica, 25% son católicas, testigo de Jehová con un 9 % y un 11% otros (*Ver anexo 4, tabla numero 1*)

Resultados obtenidos para el objetivo de Antecedentes gineco- obstétrico de las pacientes en estudio

Gestas: del 100% de las puérperas según número de gestación 34% son primigesta, 26% son bigesta, 29.4% son Multigesta y 10.6% son trigesta y (*Ver anexo 4, tabla número 2*)

Paras: del 100% de las puérperas según la paridad de las pacientes 66% son nulíparas y 34% multíparas (*Ver anexo 4, tabla numero 2*)

Periodo intergenésico: del 100% de las puérperas según el intervalo de tiempo entre cada gestación 45% periodo de 2 a 5 años, 20% mayor de 5 años y 35% no presenta (*Ver anexo 4, numero 2*)

Antecedentes quirúrgicos de perfil ginecológico: del 100% de las puérperas 91% no presentaba y 9% si presentaba (*Ver anexo 4, numero 2*)

Antecedente de cesárea previa: del 100% de las puérperas 82% no tenía antecedentes y 18% si presentaban (*Ver anexo 4, numero2*)

Miomatosis uterina: del 100% de las puérperas 98% no presentan y 2% si presentaba (*Ver anexo 4, numero 2*)

Resultados obtenidos para el objetivo de principales factores determinantes previo y posteriores al nacimiento como causa de hemorragia posparto secundario a atonía uterina.

Previos:

Embrazo múltiple: del 100% de las puérperas respecto al número de productos por cada gestación el 98% fueron producto único y 2% gemelar (*Ver anexo 4, tabla numero3*)

Polihidramnios: del 100% de las puérperas 88% cursaron con índice de líquido amniótico normal y 12% Polihidramnios. (*Ver anexo4, tabla numero 3*)

Diabetes gestacional: del 100% de las puérperas 92% no se asocia con esta morbilidad y 8% si lo presentaba (*Ver anexo4, tabla numero 3*)

Macrosomía fetal: del 100% de las puérperas con peso fetal mayor de 4000 gramos 94% no Macrosomía fetal y 6% si presento (*Ver anexo4, tabal numero 3*)

Síndrome Hipertensivo Gestacional: del 100% de las puérperas 82% presentó cifras tensionales normales y 18% se asociaba con Síndrome Hipertensivo Gestacional (*Ver anexo4, tabla numero 3*)

Posteriores:

Agotamiento uterino: del 100% de las puérperas 94% no presento complicación y 6% presentó un expulsivo prolongado con el consecuente evento de agotamiento uterino (*Ver anexo4, tabla numero 4*)

MATEP: del 100% de las pacientes puérperas se le realizo el manejo activo del tercer periodo del parto (*Ver anexo 4, tabal número 4*)

Vía de terminación: del 100% de las puérperas 82% su vía de terminación fue parto vaginal y 18% por cesárea (*Ver anex4, tabla numero 4*)

VIII.DISCUSIÓN Y ANALISIS

La hemorragia posparto corresponde a uno de los principales problemas de salud pública al ser una de las principales causas de mortalidad y morbilidad obstétrica a nivel mundial. Se define como la pérdida de volumen sanguíneo mayor a 1000 ml para parto vaginal y cesárea. Las causas incluyen anomalías del tono uterino, trauma intraparto, retención de restos del producto de concepción, o bien, alteraciones en la coagulación sanguínea materna. Tras el diagnóstico, el manejo oportuno consiste en la utilización de medidas generales de soporte vital aunado a medidas de contención del sangrado con el fin de disminuir eventos adversos derivados de la patología.

La Razón de mortalidad materna (RMM), se ha reducido de 86.47 a 42.2 por cien mil nacidos vivos registrados de 2005 al 2015, el 62.4 % de los fallecimientos ocurrieron durante etapa postparto y 37.5% en ante parto. Las hemorragias constituyen la principal causa de mortalidad materna con un 41% (Observatorio Mundial de la Salud mayo 2016).

Las características sociodemográficas de las pacientes del estudio la mayoría comprendían entre las edades de 20 – 34 años datos compatible con Iglesias Castro, J.M y Cols 2016 esto podría asociarse a característica socioculturales de igual forma en el presente estudio la mayor parte de las pacientes es de origen urbano y con nivel académico secundaria una discordancia permisible con los antes citados debido a las características regionales de cada estudio puesto que refleja un menor nivel académico y de procedencia rural. La mayoría de las pacientes son ama de casa y su estado civil unión estable datos similares a resultados de estudios realizados a internacional citados con anterioridad.

De los antecedentes gineco- obstétrico de las pacientes, se encontró que un porcentaje mayor eran primigestas con periodo intergenésico de 2 a 5 años con incidencia menor sobre los antecedentes quirúrgico de perfil ginecológico de cesárea y miomatosis uterina siendo estos últimos elementos son determinantes para desarrollar hemorragia posparto en el estudio de investigación. En relación a esto mismo factores determinantes según *Iglesias Castro, J.M, Cols 2016* se obtiene resultados acertados a excepción del periodo intergenésico puesto que predomina paciente con intervalo de tiempo entre cada embarazo menor de 2 años según Chavez Gutierrez y cols. De acuerdo a los datos anteriores se conoce que unos de los eventos fisiopatológico que condiciona a tonía son las múltiples gestaciones asociado a la alteración del volumen de la musculatura uterino evento que

es sumatorio por cada parto, a tal punto de afectar la contractibilidad fisiológica uterino durante el puerperio donde se asume que el mayor peso recae sobre las pacientes multigesta, evento no concordante con nuestro estudio. Esto refleja la característica multifactorial y la interacción de varios elementos para consolidar la complicación. Esto mismo sucede con el periodo intergenesico que cuanto menor es el intervalo de tiempo entre cada embarazo mayor es el riesgo de desarrollo hemorragia posparto por atonía uterina., indicando que los antecedentes gineco- obstétricos en este estudio y los citados previamente no son variable que podría premeditar o directamente establecer hemorragia posparto por atonía uterina.

De acuerdo a los factores determinantes previos al nacimiento se evidencio que los embarazos múltiples, miomatosis uterina, polihidroamnios, diabetes gestacional y macrosomia fetal registran porcentaje de incidencia menor a excepción del síndrome hipertensivo gestacional que en menor medida resalta más que los otros. Esto puede deberse a la afectación sistémica de esta patología, estadísticamente se sabe que la concomitancia de hipertensión y embarazo genera resultados obstétricos y perinatales negativos específicamente de trastorno de contractibilidad y retención de restos placentario aunado a el efecto tecolotico de algunos antihipertensivos todo esto condiciona a hemorragia posparto por atonía uterina. Objetivamente se conoce que los elementos que generen sobre distensión uterino o afecte la conformación anatómica uterina son predisponente para atonía. Sin embargo, no se logra superponer al menos en este estudio reflejado por la incidencia baja. Según *Iglesias Castro, J., Cols 2016* y *Chavez Gutierrez, M.A., Cols 2013* estos factores son de incidencia minima, asentado los resultados encontrados. no obstante, está regla tiene una excepción con respecto a los establecido por *Palomo Tercero, J.B 2014* donde sí se refleja la predominancia de dichos elementos sobre todo polihidroamnios. En el Protocolo de Complicaciones Obstétricas, MINSA-Nicaragua 2013, refiere que la mayoría de los casos se presentan en mujeres sanas, sin antecedentes ni factores de riesgo, lo que fundamenta aún más el presente estudio

El estudio de *Chavez Gutierrez, M.A., Cols 2013* asociado a los factores determinantes posteriores al nacimiento, establecen resultados variables este relaciona la efectividad de la atención del parto y el alumbramiento con el personal de salud que lo ejerce. Dicho autor justifica que, debido a la participación de personal con poca pericia (pre internos, internos) el riesgo de atonía aumenta por una mala técnica de atención del tercer periodo de trabajo de parto MATEP etapa fundamental desde el punto de vista profiláctico puesto que disminuye la incidencia de hemorragias en un 60%.

Sin embargo, Iglesias Castro, J.M, Cols 2016 no se encuentra con este fenómeno valorando fácilmente la efectividad del MATEP con 100% del cumplimiento, esto se observa por las características de cada unidad de salud este último dato es compatible con el presente estudio, por lo que anteriormente en la justificación del estudio se plantea estrategia para el fortalecimiento del conocimiento en el manejo de la paciente antes del evento obstétrico, para anticipar el riesgo de padecer de atonía uterina que un factor determinante para el padecimiento de complicaciones durante y posterior al parto.

Con respecto a la vía de terminación del embarazo la incidencia predominante es vaginal, en todos los estudios previamente citados se correlaciona este dato. En relación al agotamiento uterino es poco significativo puesto que representa un ínfimo nivel de frecuencia esto se relaciona con lo encontrado por Iglesias Castro, J.M, Cols 2016 y Chavez Gutierrez, M.A., Cols 2013

Canchila C y cols. refieren que dentro de los factores de riesgo que se han considerado tradicionalmente como predisponentes para sufrir una hemorragia posparto son: la Preeclampsia, el trabajo de parto prolongado o precipitado, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, los antecedentes de hemorragia posparto, el embarazo múltiple, la macrosomía y la multiparidad. Sin embargo, la identificación de dichos factores no siempre es de utilidad porque en dos tercios de los casos la hemorragia se presenta en pacientes sin riesgo. Lo descrito por estos autores coincide y respalda nuestro resultado es evidente que la hemorragia posparto por atonía uterina, al menos en este estudio no se asocia con ningún factor de riesgo significativo previo al nacimiento.

IX. conclusión

- Las características sociodemográficas de las pacientes la mayoría se encontró entre las edades de 20 – 34 años de edad, seguido de procedencia urbana, escolaridad secundaria de profesión ama de casa, religión evangélica y en unión libre.
- Antecedentes gineco- obstétrico de las pacientes, la mayoría eran primigestas nulíparas las cuales no presenta periodo intergenésico de 2 a 5 años, sin antecedentes quirúrgico relevantes en cuanto cesárea y cirugías ginecológicas.
- Los factores determinantes previos y posteriores al nacimiento de hemorragia posparto por atonía uterina, el previo se relaciona al Síndrome Hipertensivo Gestacional y los posteriores predomina el Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto y el Agotamiento Uterino en menor proporción.

VII. RECOMENDACIONES

Al MINSA, departamento de Ginecología y Obstetricia:

- Se sugiere que se enfatizen esfuerzos en abordar temáticas con fines preventivos de: signos de alarmas, factores de riesgo con el fin de una mejor preparación psicológica, emocional y actitud consecuente durante su embarazo.

Al Hospital Bertha Calderón, área de maternidad y labor y parto

- Fortalecer una vigilancia activa y dinámica previa al evento obstétrico.

Sub-Dirección Docente del Hospital Bertha Calderón

- Brindar capacitaciones continuas al personal de maternidad con el fin de reconocer y abordar episodio de Atonía y de esta manera disminuir la morbimortalidad materna a consecuencia de este evento obstétrico.

A las autoridades de la Facultad de Medicina de la UNAN Managua.

- Reforzar el conocimiento en los estudiantes de medicina del área clínica en relación a la normativa 109.
- Realizar investigaciones sobre causas de Atonía Uterina y difundir sus resultados tanto al ministerio de salud como a la facultad de Medicina de la universidad con el fin de preparar a las futuras generaciones en salud y actualizar los conocimientos del personal de salud del MINSA.

Centro de Salud

- Capacitación al personal de salud a nivel de atención primaria la cual está de cara a la realización de los Control Prenatal CPN de las mujeres embarazadas indagar sobre factores de riesgo relacionados a Atonía Uterina y de esta manera remitir a las pacientes con especialista en Gineco-Obstetricia para un abordaje oportuno.
- Capacitación al personal de salud en especial las auxiliares del MOSAFCy enfermería en Servicio Social en relaciona al llenado y a la calidad de la anamnesis para detectar las pacientes de alto riesgo de sufrir hemorragia postparto e incrementar en cantidad y calidad la atención prenatal.

XI. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Bibliografía

(s.f.).

AbouZahr, C. (2003). Global burden of maternal death and disability. En C. AbouZahr, *Global burden of maternal death and disability*. Ginebra, suiza: OMS.

Chavez gutierrez, M. A. (2013). factores asociados a hemorragias posaparto en mujeres atendidas en sala de ginecoobstericia del hospital Aleman Nicaraguense y Mauricio Abdalah durante el periodo de enero a diciembre del 2012. En M. A. Chavez gutierrez, *factores asociados a hemorragias posaparto en mujeres atendidas en sala de ginecoobstericia del hospital Aleman Nicaraguense y Mauricio Abdalah durante el periodo de enero a diciembre del 2012*. managua.

Dildy Iii, G. A. (junio de 2002). *Postpartum hemorrhage: new management options*. Obtenido de Clinical obstetrics and gynecology: https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/2002/06000/Postpartum_Hemorrhage__New_Management_Options.5.aspx

Iglesia Castro, J. M. (2016). factores de riesgo asociados a hemorragias posparto en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia. En J. M. Iglesia Castro, *factores de riesgo asociados a hemorragias posparto en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia*. Matagalpa.

Joya Ruiz, A. G. (2015). Factores asociados a hemorragia post parto Hospital Aleman Nicaraguense enero 2014- junio 2015. En A. G. oya Ruiz, *factores asociados a hemorragia post parto Hospital Aleman Nicaraguense enero 2014- junio 2015*. Managua.

Ledesma Gonzales. M, I. (2019). Factores asociados a la hemorragia posparto en puerperas del Hospital II-2 tarapoto. En L. Gonzales, *Factores asociados a la hemorragia posparto en puerperas del Hospital II-2 tarapoto*. Peru.

MINSA. (2013). normativa 109 protocolo de complicaciones obstetricas. En *normativa 109 protocolo de complicaciones obstetricas*. managua.

Palomo Tercero, J. B. (2014). Incidencia de la Hemorragia Posparto por Atonia Uterina. En J. B. Palomo Tercero, *Incidencia de la Hemorragia Posparto por Atonia Uterina*. Guatemala.

Palomo Tercero, J. B. (2014). *Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina* (Doctoral dissertation, Universidad de San Carlos de Guatemala).

Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 32, pp. 159-167). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Pajuelo Ríos, R. E. (2020). Hemorragia post parto por atonía uterina en puérpera adolescente en Hospital Nivel III del MINSA año 2018.

Canchila, C., Laguna, H., Paternina, A., Arango, A., & De la Barrera, A. (2009). Prevención de la hemorragia post parto. Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina Departamento de Ginecología & Obstetricia, Colombia.

Joya Ruiz, G., Acevedo González, K. V., & Loaisiga Sánchez, F. (2015). *Factores asociados a hemorragia post parto Hospital Alemán Nicaragüense Enero 2014Junio 2015* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).

Chávez Gutiérrez, M. A., Estrella Chamorro, H. L., & Hurtado Gracia, J. A. (2013). *Factores asociados a hemorragia postparto, en mujeres atendidas en la sala de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Mauricio Abdalah, durante el periodo de enero a diciembre del 2012* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).

ANEXOS

Anexo 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo 1.				
1. Conocer las características sociodemográficas de las pacientes en estudios.				
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida determinada en años desde el nacimiento de la mujer embarazada hasta el momento del estudio.	Cantidad de años que tiene la mujer embarazada con atonía uterina al momento del estudio.	19 años 20 -34 años mayor 35 años	Cuantitativa discreta
Religión	Creencia religiosa que tienen las mujeres embarazadas con atonía uterina.	Porcentaje de creencias religiosas que tienen las mujeres embarazadas con atonía uterina.	Católicos Evangélicos Testigos de Jehová Otros	Cualitativa nominal
Procedencia	Área geográfica donde reside la paciente	Porcentaje de pacientes que procedente de su residencia actual.	Urbana Rural	Cualitativa nominal
Estado civil	Situación jurídica y legal de la paciente con respecto a la familia y el estado	Porcentaje de pacientes que se encuentran Solteras, en Unión estables, Casadas y otros.	Soltera Unión estable Casada Otros	Cualitativa nominal
Escolaridad	Nivel de aprendizaje alcanzado de acuerdo al sistema educativo del país	Porcentaje de pacientes que tienen un nivel académico.	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad	Cualitativo nominal
Ocupación	Actividad laboral que realiza y que genera el sustento económico	Porcentajes de pacientes que tienen actividad laboral para generar el sustento económico.	Ama de casa Estudiantes Profesional Comerciante Operarias	Cualitativa nominal

Objetivo 2. Enumerar los principales antecedentes gineco- obstétrico de las pacientes en estudio.

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Gestas	Cantidad total de embarazo previo al momento de captar a la paciente	Cantidad de embarazos que tiene la paciente al momento del estudio.	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta	Cualitativa ordinal
Paridad	Es el acto de dar luz a un feto vivo o muerto y sus anexos por vía vaginal o cesárea	Número de partos que tiene la paciente al momento del estudio.	Nulípara Multípara	Cualitativa nominal
Antecedentes de 1 cirugías de orden GO	Proceso quirúrgico uterino previo por indicación específicas	Porcentaje de Antecedentes previos de cirugía ginecológica que tiene la paciente.	Si no	Cualitativa nominal
Cesárea previa	Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto por indicaciones maternas o fetales específicas.	Porcentaje de Antecedentes de cesárea que tiene la paciente.	Si no	Cualitativa nominal
Periodo interginesico	Intervalo de tiempo entre cada gestación que tiene la paciente al momento del estudio.	Número de años que tiene la paciente según intervalo de tiempo entre cada gestación.	Menor de 2 años 2 a 5 años Mayor de 5 años No presenta	Cuantitativa discreta
Miomatosis uterina	Tumores benignos que crecen en el tejido muscular del útero de la paciente.	Porcentaje de paciente que presentan Miomatosis uterina según expediente clínico	Si no	Cualitativa nominal

Objetivo 3. Identificar los principales factores determinantes previo y posteriores al nacimiento como causa de hemorragia posparto secundario a atonía uterina.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Embarazo múltiple	Proceso de gestación en donde se desarrolla más de un feto	Numero de fetos que se desarrollan en el vientre materno.	Único Gemelar	Cualitativa nominal
Polihidroamnios	Presencia excesiva de líquido amniótico, con un índice de líquido amniótico AFI mayor de 24 cm	Porcentaje de pacientes que presenta un índice de líquido amniótico mayor de 24 cm.	Si No	Cualitativa nominal
Diabetes Gestacional	Condición clínica Caracterizada por la alteración del metabolismo de los carbohidratos durante la gestación	Porcentaje de pacientes que presentan una Glicemia alterada en sus distintas formas diagnosticada e identificado según el expediente Clínico.	Si No	Cualitativa nominal
Macrosomia fetal	Feto o recién nacido de gran tamaño, supera el percentil 90 con peso mayor de 4000g.	Peso de feto o recién nacido mayor de 400g	Si No	Cualitativa nominal
Síndrome hipertensivo gestacional	Aumento de la presión arterial durante la gestación	Porcentaje de pacientes que presentan según criterios establecidos en la norma de complicaciones obstétricas	Si No	Cualitativa nominal
MATEP	Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto	Porcentaje de pacientes que cumplieron con el MATEP según el expediente clínico	Si No	Cualitativa nominal
agotamiento uterino	Agotamiento materno por parto prolongado que desencadena perdida del tono uterino	Procentaje del tiempo que la paciente presenta agotamiento materno según expediente clínico.	De 30 a 45 minutos Mayor de 45 minutos	Cuantitativa discreta
Vía de terminación	Método de elección para la conclusión de la gestación de acuerdos a criterios clínicos establecidos	Procentaje de pacientes que tiene Vía de finalización del parto según expediente clínico.	Vaginal Cesárea	Cualitativa nominal

Anexo 2. Carta de autorización de la institución

 Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidiendo!

 2021
ESPERANZAS
VICTORIOSAS
TODO CUMPLIR!

MINISTERIO DE SALUD
SILAIS MANAGUA

Managua, 29 de Abril de 2021
DDH-GAL-04-210-2021

Dra. Sonia Cabezas
Sub-Directora Docente Hospital Bertha Calderón Rojas
SILAIS Managua
Su Oficina.

Estimada Dra. Cabezas:

Por este medio me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que estamos autorizando a los Bachilleres: Carlos Francisco Vargas y José Daniel Escobar Briceño, estudiantes de medicina de la UNAN - Managua para que realicen investigación sobre: "Principales causas de anemia uterina, hemorragia post parto de mujeres que dan a luz en el Hospital Bertha Calderón Rojas, durante el periodo 2019 - 2020"

La información se recolectará a través de Revisión de Expediente Clínico utilizando una guía de preguntas.

Por lo antes descrito y contando con su asistencia, estamos enviando a los estudiantes para que se presenten a la Sub - Dirección Docente a coordinar con usted lo para del de investigación.

Sin más a que hacer referencias me despido.

Agradecemos,

Dra. Sonia Cabezas
Sub-Directora Docente
SILAIS Managua
CENTRO DE DOCENCIA

 FE
FAMILIA
Y COMUNIDAD!

2021, ESPERANZAS VICTORIOSAS...
UNA CON UNO...
SANTIDAD, VICTORIA, ESPERANZAS...
MOMENTOS ÚNICOS, DE PAZ Y BIENESTAR...
MINISTERIO DE SALUD - SILAIS Managua
Ciudad Guastatán, de la Legión Católica
No. 04-210-2021
Email: silais@minsa.gub.ni



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Anexo 3. Ficha de recolección de datos

La siguiente ficha consta de tres partes, los cuales responden a las variables tomadas en cuenta por cada objetivo planteado para la investigación, se deberá llenar el espacio en blanco según corresponda. Los datos obtenidos tendrán absoluta confidencialidad, por lo que no se publicaran ningún nombre de paciente y la información obtenida tendrá fines meramente investigativos.

I. DATOS GENERALES:

- Edad: < 19 años . 20-34 años . 35 a más .
- Religión: católica . Evangélica . Testigo de Jehová Otros .
- Escolaridad: Alfabetizadas . Primaria . Secundaria . Universidad . Ninguno .
- Procedencia: Urbana .Rural .
- Estado civil: Casada . Otro . Soltera Unión Estable .
- Profesión: Ama de casa . Estudiante Profesional Comerciante Operaria .

II. ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

Gestas de la paciente: Primigesta . Bigesta . Trigesta . Multigesta .

Partos que ha tenido la paciente: Nulípara . Multípara .

Paciente con antecedente patológico de Miomatosis uterinas previo al embarazo.

Si . No .

Paciente con antecedentes quirúrgico del perfil ginecológicos Si . No .

Paciente con antecedentes de cesárea previo al embarazo. Si . No .

Periodo interginesico

2-5 años

> 5 años

No presenta

III. FACTORES DE RIESGO PREVIOS Y POSTERIORES EN EL EMBARAZO

Previos:

Paciente presenta Polihidramnios en su lista de problemas plasmado en su expediente clínico: Tiene . No Tiene .

Paciente presenta embarazo múltiple durante su gestación. Único . Gemelar

Peso del feto es igual o mayor a 4000gr según métodos específicos, previos al embarazo; establecidos como Macrosomía fetal. Presenta Macrosomía . No presenta Macrosomía Pacientes con diagnóstico establecido de síndrome hipertensivo gestacional en sus diferentes presentaciones clínicas: Si no

Paciente Diagnosticada con Diabetes Gestacional. Si . No .

Posteriores:

La Paciente presentó agotamiento uterino por un parto prolongado el cual desencadenó Atonía Uterina. Si presentó . No presentó .

A la paciente se le cumplió MATEP en el expediente clínico según el orden establecido por la normativa. Si . No .

Vía de terminación del embarazo Vaginal . Cesárea .

Anexo 4. Tablas

Tabla 1. Condiciones Sociodemográfica de las pacientes con hemorragia posparto por atonía uterina atendidas en el hospital Bertha Calderón Roque, 2019-2020

<i>VARIABLES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Edad		
< 19 años	25	29.4
20-34 años	47	55.3
35 a más años	13	15.3
Religión		
Católica	21	25
Evangélica	47	55
Testigo de Jehová	8	9
otros	9	11
Procedencia		
Urbano	69	81
Rural	16	19
Estado Civil		
Casada	25	29
Soltera	22	26
Unión estable	28	45
Escolaridad		
Primaria	35	41
Secundaria	41	48
Universidad	9	11
Ocupación		
Ama de casa	59	69.4
Estudiante	17	20
Profesional	7	8.2
Comerciante	2	2.4
Total	85	100%

Fuente: expedientes Ficha de recolección de datos sobre Atonía Uterina en Hemorragia Postparto de Mujeres que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque 2019-2020

Tabla 2. Principales antecedentes gineco- obstétrico de las pacientes en estudio del hospital Bertha Calderón Roque, 2019-2020 n=85

VARIABLES	f	%
Gestas		
Primigesta	29	34
Bigesta	22	26
Trigesta	9	10.6
Multigesta	25	29.4
Paras		
Nulípara	56	66
Multípara	29	34
Periodo Interginesico		
De 2 a 5 años	38	45
Mayor 5 años	17	20
No presenta	30	35.3
Antd. Cirugía GO		
Si	8	9
no	77	91
Cesárea previa		
Si	15	18
no	70	82
Miomatosis uterina		
Si	2	2
no	83	98
Total	85	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos Atonía Uterina en Hemorragia Postparto de Mujeres que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque 2019-2020

Tabla 3. Principales factores de riesgo asociado previo y posteriores al nacimiento como causa de hemorragia posparto secundario a atonía uterina

n=85

<i>VARIABLES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Embarazo múltiple		
Único	83	98
Gemelar	2	2
Polihidroamnios		
Si	10	12
no	75	88
Diabetes gestacional		
Si	7	8
No	78	92
Macrosomía fetal		
Presenta	5	6
No presenta	80	94
SHG		
Si	15	17.6
no	70	82.4
Agotamiento uterino		
Si	5	6
no	80	94
MATEP		
Si	85	100
no	-	-
Vía de terminación		
Vaginal	70	82
Cesárea	15	18
Total	85	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos Atonía Uterina en Hemorragia Postparto de Mujeres que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque²⁰¹⁹⁻²⁰²⁰