



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

**Factores de Riesgo de Atonía Uterina Postparto en HOSPITAL
GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS” periodo octubre 2018
- marzo 2019**

TÍTULO ACADÉMICO:

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO
REQUISITO PARA EL TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: JUAN BENITO SUAREZ PALACIOS

TUTOR: MSC. DRA. LOURDES GONZÁLEZ-LONGORIA BOADA

SAMBORONDÓN, AGOSTO 2020

PÁGINA DE APROBACIÓN DEL(A) TUTOR(A)

PÁGINA DE DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a Dios que me ha permitido cursar con gozo y felicidad todos estos años de la carrera en el que no me ha desamparado y me ha guardado de todo mal, frente a muchas circunstancias que me han pasado.

A mis padres, Juan Suárez Jarrín y Jacqueline Palacios Contreras que siempre me han acompañado con su amor, constancia y eterno apoyo en todo el trayecto de mi carrera, donde a través de días sin pausa y bastante aliento logran ver con entereza y amor como su hijo se ha ido moldeando como un profesional de la salud; y que a través de los aprendizajes siempre me han esforzado a dar lo mejor de mí al servicio de los demás.

A Pamela Suárez, mi hermana por su inmenso amor, cariño y soporte en todo momento.

A mis docentes quiero agradecerles por su amplio conocimiento que han impartido y por los cuales he captado lo mejor para nunca olvidarme que estamos para servir.

A Lesly C. Guerrero (mi esposa) por su inmenso amor y comprensión en todos estos años, su paciencia y el alentarme a seguir.

A mi mejor amiga Alicia Reyes, por su aporte, apoyo y motivación en todo instante

A mis amigos, compañeros, colegas, doctores y licenciadas en enfermería que han aportado en el crecimiento de conocimiento y valores en el caminar de esta hermosa carrera.

A todos en general que han aportado para nunca olvidarme que debo ser más humano y aplicar conocimiento en una sociedad que está llena de problemas y ansiosa de solución.

PÁGINA DE RECONOCIMIENTO

Mi agradecimiento primero a Dios por haberme conducido durante mi carrera y haberme dado la fortaleza necesaria en los momentos más difíciles de mi vida y el privilegio de haber culminado esta etapa importante de mi vida lleno de gozo, lleno de esperanza sabiendo que puedo ser parte de la solución.

A la doctora Leslie Campuzano, Jefa de Unidad de Ginecología de IESS CEIBOS por el apoyo para la elaboración de esta tesis. A la Bióloga Alexandra Narváez inmensamente agradecido por el apoyo y guía desde el momento que ingresé a la facultad hasta el momento de mi graduación. Mi gratitud a la doctora Lourdes González Longoria Boada por su corrección y dirección para la culminación del presente trabajo. A la doctora Myriam Reyes, Coordinadora Académica, por su aporte invaluable y apoyo permanente a lo largo de la carrera.

Finalmente, al HOSPITAL GENERAL NORTE IESS CEIBOS por las facilidades prestadas en el proceso investigativo para la realización del presente proyecto que espero sea de gran utilidad.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1.....	3
1.1. Antecedentes.....	3
1.2. Descripción del problema	4
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos generales y específicos.....	7
1.4.1. Objetivo general	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
1.5. Formulación de hipótesis o preguntas de investigación	8
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	9
2.1. Panorama Universal	9
2.2. Definición.....	11
2.3. Complicaciones	13
2.3.1. Epidemiología	14
2.3.2. Fisiopatología.....	15
2.3.3. Clínica	15
2.3.4. Diagnóstico	16
2.3.5. Factores de Riesgo	17
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	18
3.1. Diseño de la investigación	18
3.1.1. Tipo de investigación.....	18
3.1.2. Lugar	18
3.1.3. Operacionalización de las variables	18
3.2. Población y muestra	19
3.2.1. Criterios de inclusión	20

3.2.2. Criterios de exclusión	20
3.3. Descripción de instrumentos, herramientas y procedimientos de la investigación.....	20
3.4. Cronograma.....	21
3.5. Aspectos éticos y legales.....	21
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	25
4.1. Descripción de las variables encontradas en el estudio	25
4.2. Discusión de resultados.....	31
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
5.1. Conclusiones	33
5.2. Recomendaciones	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS 1.....	40

INDICE DE FIGURAS

GRÁFICO 1 EDAD DE LAS PACIENTES CON ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”	25
GRÁFICO 2 TIPOS DE PARTOS PACIENTES CON ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”	26
GRÁFICO 3 EMBARAZOS MULTIFETALES PACIENTES CON ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”	27
GRÁFICO 4. GESTAS PACIENTES CON ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”	28
GRÁFICO 5 PARIDAD EN PACIENTES PACIENTES CON ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”	29
GRÁFICO 6 HEMORRAGIA PUERPERAL PREVIA EN PACIENTES CON ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”	30
GRÁFICO 7 ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN PACIENTES CON ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”	31

RESUMEN

Introducción: La hemorragia obstétrica y las complicaciones derivadas de la misma, representan las causas más frecuentes de morbimortalidad en el momento del parto. La Atonía Uterina es la principal causa de hemorragia postparto.

Objetivo: Describir los factores de riesgo de la Atonía Uterina Postparto en el Hospital General Norte Ceibos en el periodo de octubre-2018 a marzo-2019.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal. Donde participaron de la investigación 121 puérperas con atonía uterina.

Resultados: El 91% de las puérperas con Atonía Uterina correspondieron al grupo etareo de 15 a 40 años. El 81% de las mujeres que presentaron dicha enfermedad tuvieron parto distócico. Adicionalmente, se evidenció que el 74% de la muestra tomada fueron puérperas multigestas. Además, un 59% de mujeres correspondió a multíparas. El 97% de las mujeres tenían un peso normal. El 93% de los casos fueron puérperas con embarazos unifetales.

Conclusiones: La atonía uterina es frecuente en mujeres menores de 40 años, con partos distócicos, multigestas, multíparas y con embarazos unifetales, no se evidenció relación del peso corporal con esta enfermedad.

Palabras clave: Atonía Uterina, Embarazo, postparto, mujer, AU, hemorragia obstétrica

Abstract

Introduction: Obstetric hemorrhage and the complications derived from it represent the most frequent causes of morbidity and mortality at the time of delivery. Uterine atony is the main cause of postpartum hemorrhage..

Objective: Describe the risk factors for Uterine Atony in pregnant women at the Hospital General Norte Ceibos in the period from October-2018 to March-2019.

Methodology: An observational, retrospective and cross-sectional study was carried out. Where 121 puerperal women with uterine atony participated in the research.

Results: 91% of the puerperal women with Uterine Atonia corresponded to the age group of 15 to 40 years. 81% of the women who presented this disease had a dystocic delivery. Additionally, it was evidenced that 74% of the sample taken were multigrave puerperal women. In addition, 59% of women corresponded to multiparous women. 97% of the women were of normal weight. 93% of the cases were puerperal women with unifetal pregnancies.

Conclusion: Uterine atony is common in women under 40 years of age, with dystocic, multigesta, multiparous deliveries and with unifetal pregnancies, no relationship of body weight with this disease was evidenced.

Keywords: UA, Pregnant, postpartum, women, uterine atony, Obstetric haemorrhage

INTRODUCCIÓN

Los cambios fisiológicos en el transcurso del embarazo, que incluyen un aumento del volumen plasmático de aproximadamente el 40% y un aumento de la masa de glóbulos rojos de aproximadamente el 25%, se anticipan a la pérdida de sangre que se producirá en el parto.¹

La hemorragia obstétrica y las complicaciones derivadas de la misma, representan las causas más frecuentes de morbimortalidad en el momento del parto.¹ En Ecuador la hemorragia postparto es la principal causa de muerte materna.² Una conjunción de factores como la presencia de antecedentes patológicos de la gestante, la aparición sorpresiva de sangrado, y el riesgo de muerte inminente para la madre y el feto, convierte a la hemorragia grave periparto en una de las situaciones más apremiantes de la práctica médica.

Un paso crítico en la prevención fisiológica de la hemorragia posparto es la contracción y retracción simultánea de las fibras miométriales durante y después de la tercera etapa del parto. La compresión resultante de los vasos uterinos sirve para detener el flujo sanguíneo de 800 ml / min en el lecho placentario. A pesar de la presencia de intervenciones médicas efectivas, la atonía uterina hoy en día genera la muerte de miles de vidas maternas y representa la causa más frecuente de hemorragia posparto.²

Según la Organización Mundial de la Salud, el 10.5% de los nacimientos vivos se complicaron con Hemorragia PostParto (HPP), y los informes del año 2000 muestran que 13,795,000 mujeres sufrieron HPP que representan 13,200 de muertes maternas.³ Además se estima que el 99% de las muertes maternas en el mundo ocurren en África, Asia y América Latina, y la Hemorragia postparto es la causa de 1/4 a 1/3 de estas muertes. El riesgo de muerte materna por hemorragia postparto es menor en los países desarrollados (1: 100,000 nacimientos en el Reino Unido) en comparación con los países en desarrollo (1: 16 a 1: 1,000 nacimientos).

La atonía uterina, junto con la adherencia anormal de la placenta^{3,4} son las causas más comunes de histerectomía postparto. La atonía uterina se refiere a la contracción inadecuada de las células miometriales del cuerpo uterino en respuesta a la oxitocina que elabora propiamente el cuerpo y que se libera durante el parto y esta condición trae consigo una hemorragia posparto ya que la liberación de la placenta deja arterias espirales alteradas, que carecen únicamente de musculatura y dependen de las contracciones para exprimir las mecánicamente a un estado hemostático.⁴

El Colegio Americano de Obstetricia recomienda que las mujeres sean identificadas prenatalmente como de alto riesgo de hemorragia posparto en función de la presencia de espectro de placenta accreta, Índice de masa corporal (IMC) antes del embarazo mayor de 50, trastorno hemorrágico clínicamente significativo u otros factores quirúrgicos de alto riesgo médico-médico.⁴

Los factores de riesgo según la literatura médica para la atonía uterina incluyen trabajo de parto prolongado, trabajo de parto precipitado, distensión uterina (gestación multifetal, polihidramnios, macrosomía fetal), útero fibroide, corioamnionitis, infusiones indicadas de sulfato de magnesio y uso prolongado de oxitocina. La contracción uterina ineficaz, focal o difusa, y se asocia adicionalmente con una amplia gama de etiologías que incluyen tejido placentario retenido, trastornos placentarios (como placenta adherente mórbida, placenta previa y placenta desprendida), coagulopatía (aumento de los productos de degradación de la fibrina) e inversión uterina. El índice de masa corporal (IMC) superior a 40 (obesidad clase III) también es un factor de riesgo reconocido para la atonía uterina posparto.⁵

Igualmente, el impacto de la hemorragia posparto es mayor en los resultados del embarazo al analizar la morbilidad materna al considerar el 90% de los pacientes que sufrieron hemorragia posparto y sobrevivieron. Estos pacientes requieren atención altamente especializada y costosa durante el parto y las fases posparto ³

CAPÍTULO 1

1.1. Antecedentes

La atonía uterina se precisa como una falla del útero para poder contraerse después del parto. Y la evaluación rápida es decisiva para identificar a las mujeres con alto riesgo de atonía uterina, lo que da pauta a que se establezcan medidas preventivas y que el parto se lleve a cabo en lugares donde haya disponibilidad de un equipamiento médico completo.²

Existe una ausencia de uniformidad de criterio a la hora de definir la hemorragia post-parto (HPP), aceptándose varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros se estimen ⁶. Entre tanto, la Hemorragia Postparto es una causa trascendental de morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo. La placenta retenida, la duración prolongada de la tercera etapa del parto, la cesárea previa y el parto vaginal quirúrgico se integran como factores de riesgo ⁷.

Para Magaan EF at el. los factores de riesgo descritos para la Atonía uterina fueron la raza: como la asiática, también estuvo presente: la HPP previa, el historial de placenta retenida, los trastornos sanguíneos maternos, el embarazo múltiple, la hemorragia anteparto, la macrosomía (> 4 kg) , las laceraciones del tracto genital y la inducción del parto, así como la hemorragia intraparto y la corioamnionitis, anestesia epidural, presentación fetal compuesta , parto con fórceps después de un vacío fallido y la primera / segunda etapa prolongada del trabajo de parto, todo esto se visualizó en un periodo de 4 años, y en 13,868 de 19,476 mujeres tuvieron partos vaginales, con un 5.15% de Hemorragia Postparto ⁸.

Según Castro C. en un estudio realizado en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil, de febrero 2009 a enero 2010, se diagnosticó atonía uterina durante su puerperio inmediato, donde las principales causas fueron alumbramiento incompleto, desgarro cervical. Factores como la paridad ya sean nulíparas en un 85,71% y multíparas en 14,29%. Y la población en que se desarrolló atonía uterina fue entre los 12

a 17 años. Se analizó en ese estudio adicionalmente, los procedimientos que se usaron (el legrado uterino instrumental, técnica de B-Lynch e hysterectomías) para resolverla.⁹

1.2. Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da cifras que hay en el mundo 529,000 muertes maternas al año, de las cuales 166,000 son causadas por hemorragia obstétrica, lo que significa el 25% del total de los fallecimientos maternos. Y en las primeras 4 horas post-parto se dan alrededor de más del 50% de estas muertes ¹⁰.

En África (33.9%) y en Asia (30.8%) la hemorragia fue la principal causa de muerte. En cambio, en América Latina y el Caribe, los responsables de la mayoría de las muertes fueron los trastornos hipertensivos (25,7%). En los países desarrollados las muertes por sepsis fueron más bajas que en África (2.71), Asia (1.91) y América Latina y el Caribe (2.06). Las muertes por aborto llegaron a ser las más altas en el Caribe y América Latina (12%), que incluso pueden alcanzar hasta el 30% de todas las muertes en algunos países de esta región.¹¹

En 2004, la Incidencia de Hemorragia Postparto (HPP) complicó el 2.9% de todos los partos; pero de atonía uterina representó el 79% de los casos de HPP. La HPP se asoció con el 19,1% de todas las muertes hospitalarias después del parto. La tasa general de Incidencia de Hemorragia Postparto aumentó un 27,5% entre 1995 y 2004, principalmente debido a un aumento en la incidencia de atonía uterina¹².

Shields at el cita a Callaghan por su estudio entre 1994 y 2006, en los Estados Unidos, la tasa de Hemorragia Postparto (HPP) atónica creció el 130% entre las mujeres sometidas a cesárea no inducida, en cambio existió un aumento del 160% entre las mujeres sometidas a cesárea después de la inducción del parto¹³. La tasa de HPP en otros países se necesita una investigación adicional para establecer si también se observa que haya algún crecimiento, y además servirá para investigar una mayor duración del

trabajo de parto, obesidad y cambios en la segunda y tercera práctica de manejo de etapa como posibles factores de riesgo¹⁴.

En otro estudio hubo un incremento de la prevalencia de hemorragia posparto asociado especialmente con cambios en las características maternas. Al aumentar el IMC el riesgo de hemorragia uterina atónica creció exponencialmente. Existió un alto riesgo mujeres con un IMC de 40 o más (5.2%) luego del parto normal en paralelo con mujeres de peso normal (4.4%) y además fue más pronunciado (13.6%) después del parto instrumental en relación con las mujeres de peso normal (8.8%) el riesgo de la hemorragia posparto¹⁵. Y de un total de 8,571,209 partos, 25,906 (3.0 por 1000) fueron difíciles por HPP grave. La tasa incrementó de 1.9 a 4.2 por 1000 de 1999 a 2008, en la HPP atónica y no atónica grave, pero también a la HPP con histerectomía. Los factores de riesgo significativos incluyeron la edad materna ≥ 35 años, preeclampsia, embarazo múltiple, fibromas uterinos, placenta previa o desprendimiento, amnionitis, rotura uterina, laceración cervical, parto vaginal, y parto por cesárea. No obstante, el 5.6% del aumento en la HPP severa significó los factores de riesgo¹⁶.

En el intervalo del 2001 y 2009 hubo 372 259 partos en la Columbia Británica. Analizaron a 371 193 partos con historial completo sobre el peso al nacer (0,3% de desaparecidos) y la edad gestacional. La HPP atónica incrementó del 4,8% en 2001 al 6,3% en 2009. La PPH atónica entre partos por cesárea aumentó en un 95% es decir de un 1.4% a 2.7% y entre los partos vaginales, la HPP atónica creció en un 35%, es decir del 6,0% en 2001 al 7,9% en 2009. Los factores de riesgo para la HPP atónica que se observó una elevación durante este periodo abarcaron lo que es: edad materna ≥ 35 años, embarazo múltiple, sobrepeso y obesidad IMC antes del embarazo, primiparidad, edad gestacional < 28 semanas y $32-36$ semanas, y parto por cesárea previa. Los elementos obstétricos que se intensificaron significativamente fueron el aumento de oxitocina, el parto por cesárea, la preeclampsia, la analgesia epidural, la segunda etapa del parto prolongada,

el polihidramnios, los desgarros perineales de tercer o cuarto grado, las pinzas combinadas y la corioamnionitis¹⁷.

En cambio, en un estudio del 2013 se puede observar en las mujeres que se sometieron al parto vaginal como tratamiento requerido se encontró 21 factores demográficos y clínicos explorados, de los cuales la raza / etnia materna, la preeclampsia y la corioamnionitis fueron factores de riesgo constantes de atonía uterina o hemorragia posparto, pues se indicó que en mujeres con parto vaginal no apoyaban los partos vaginales quirúrgicos o la edad materna avanzada como posibles factores de riesgo independiente sino más bien la inducción del parto y el embarazo múltiple¹⁸. En los Estados Unidos y en otros países como Canadá y Australia está incrementando la atonía uterina como origen de hemorragia primaria después del parto¹⁹. Además, se han mencionado como evidencia de factores de riesgo: la edad materna avanzada, la gestación múltiple, la hemorragia previa y el parto prolongado^{18,20}.

En otros casos donde se recogió la muestra de 17,116 partos de los que se escogieron 150 pacientes con el diagnóstico de hemorragia posparto mostró una incidencia de 3.3% pero alcanzó el 36% del total de hemorragias puerperales. Se halló un 20.3% que empezaron como hemorragias posparto secundarias y más de 79% se originó en las primeras 24 horas posparto²¹.

En el mes de septiembre del 2020 según la Gaceta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador²² indica que a nivel Nacional: el 36,04% (40 Muertes Maternas) ocurren en el puerperio inmediato; el 23,42% (26 Muertes Materna) ocurre en el momento del puerperio mediano; el 19,8% (22 Muertes Materna) ocurren en el momento del puerperio tardío. En dicha gaceta cabe mencionar, no aparece este detalle de muertes maternas a nivel provincial.

Por lo que es necesario preguntarse: ¿Cuáles serían los factores de riesgo de la Atonia Uterina en esta población (IESS CEIBOS)?

1.3. Justificación

Existe un alto impacto en morbilidad por atonía uterina postparto, lo que constituye un problema de salud pública tanto a nivel mundial como a nivel nacional, siendo la atonía uterina una de las principales patologías gineco/obstetras a estudiar en esta tesis, es oportuno el estudio de este problema en la sociedad con la finalidad de conocer y describir los factores de riesgo que pueden influir y causar complicaciones y mortalidad asociada a la misma. La presente tesis es de gran relevancia para el área de salud pública pues con los resultados obtenidos se pueden sacar conclusiones para que en un futuro cercano se desarrollen normas de prevención y un manejo terapéutico adecuado. Ya que el beneficio tanto para el grupo poblacional que son las mujeres como para el mismo Gobierno Nacional son muy altas.

El IESS CEIBOS – Área de Ginecología & Obstetricia fue elegida debido al gran número de partos en esta casa de salud. La respectiva tesis se enfocará en la Prioridad de Investigación Salud correspondiente al Área 5: Maternas en la Línea Hemorragia Materna.

1.4. Objetivos generales y específicos

1.4.1. Objetivo general

Describir los factores de riesgo de Atonía Uterina postparto en Hospital General del Norte IESS Ceibos periodo octubre 2018 - marzo 2019.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el grupo etáreo más afectado con Atonía Uterina
- Identificar el grupo de pacientes con el índice de masa corporal afectado con atonía uterina.
- Describir los factores de riesgos obstétricos (Tipos de Partos, Gestas, Paridad, Hemorragia Puerperal Previa, Embarazos Multifetales) de las pacientes con Atonía Uterina

1.5. Formulación de hipótesis o preguntas de investigación

¿Qué grupo etareo es el más afectado con Atonía Uterina en el Hospital IESS CEIBOS periodo octubre 2018 - marzo 2019?

¿Qué grupo de pacientes con el Índice de Masa Corporal es más afectado con Atonía Uterina en el Hospital IESS CEIBOS periodo octubre 2018 - marzo 2019?

¿Cuáles son los Factores de Riesgo obstétricos de las pacientes con Atonía Uterina Postparto en el Hospital IESS CEIBOS periodo octubre 2018 - marzo 2019?

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Panorama Universal

En los países con una economía desarrollada y en vías de desarrollo, una de las importantes causas de morbilidad y mortalidad materna grave es la hemorragia posparto. Alrededor de 14 millones de mujeres cada año sufren hemorragia posparto.

A nivel mundial, cada año hay 529,000 fallecimientos referente a la etapa del embarazo. La hemorragia posparto da pauta a un 25-30% de estas muertes a nivel mundial. Consiguientemente, en todo el mundo la principal causa de mortalidad materna es el sangrado severo^{23,24}.

Algo que alarma es la mortalidad materna global ya que cada sesenta segundos del día muere una mujer en el mundo por dificultades del embarazo o el puerperio. Desgraciadamente, en la mayor parte de muertes maternas sucede en pacientes considerados de bajo riesgo, y casi en su totalidad de las dificultades obstétricas no son previsibles. Generalmente, el 15% presenta una morbilidad severa y el 40% de los embarazos se complica.

En aquellas dificultades, existe una atención de una manera que no es la correcta, dan resultado de un riesgo elevado y provocar la muerte. La mortalidad materna es inaceptablemente alta. En el 2015 se evaluaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos y usualmente todas estas muertes se ocasionaron en países con bajos ingresos y la mayoría de ellas podrían haberse impedido²⁵.

Las causas más importantes de muerte maternas en la mayoría de los países son: las infecciones postparto, los trastornos hipertensivos, las atonías uterinas, el parto obstruido, las hemorragias y las complicaciones de abortos ilegales.

Pero hay que tomar en consideración que, de esos datos, solo un 10% no corresponden a Hemorragia Post parto por atonía uterina y a pesar de

la alta mortalidad por atonías, la dimensión real del problema es muy significativo cuando se valoran las estadísticas de morbilidad.

Se menciona que el 99% de los fallecimientos maternos a nivel mundial, se dan en África, Asia, y América Latina; y la Atonía Uterina Postparto (AUP), ocasiona de un 25 % a 33% de estas muertes. Las muertes de madres por atonías son alrededor del 1% de los 12-14 millones de casos de AUP conseguidos cada año²⁴.

Como dato educativo es necesario conocer cómo según el Ministerio de Salud Pública establece el significado para cada cesárea, es decir la cesárea es la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica.²⁶

En cambio la cesárea programada es una intervención planificada que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.²⁶

Y una cesárea de urgencia es una intervención cuya indicación surge como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.²⁶

De igual forma, La preeclampsia es el desarrollo de hipertensión de nueva aparición con proteinuria después de 20 semanas de gestación^{27,28}. En preeclampsia severa se ha visto que afecta al 3-5% de las mujeres embarazadas y se caracteriza por edema, hipertensión y proteinuria. Además, la disfunción de muchos órganos, incluidos los riñones y el hígado se puede afectar en las embarazadas, y en el caso del feto, existiría una reducción en su crecimiento²⁹. La preeclampsia no tratada puede ser fatal. En las mujeres con preeclampsia de inicio temprano, el riesgo de muerte fetal es incluso siete veces mayor en comparación con los embarazos normotensos^{30,31}. La privación intrauterina en mujeres con preeclampsia es

un contribuyente significativo al parto prematuro, la mayoría de las veces iatrogénica. Además de las complicaciones directas que amenazan la vida en el embarazo, se ha hecho evidente que después de la preeclampsia, las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares más adelante en la vida. En una revisión sistemática³² compararon los riesgos de preeclampsia y riesgos cardiovasculares y mostró que las mujeres con antecedentes de preeclampsia habían un riesgo de 3.7 mayor de hipertensión, un 2.2 riesgo mayor de desarrollar cardiopatía isquémica, un 1.8 riesgo mayor de accidente cerebrovascular y 1.19 riesgo mayor de desarrollar tromboembolismo venoso en comparación con mujeres sin preeclampsia. Por lo que su manejo va desde la interrupción del embarazo hasta el tratamiento clínico hacia la mujer.

En cambio, la hipertensión gestacional puede suponer que exista en principio muchas alteraciones en vasos sanguíneos y alteraciones metabólicas. Las mujeres que progresan a hipertensión gestacional severa según el grado de elevación de la presión arterial tienen peores resultados perinatales en comparación a las mujeres con preeclampsia leve y requieren un tratamiento similar al de las personas con preeclampsia severa³³.

La hemorragia postparto inmediato se da como consecuencia que no hay un manejo adecuado sea farmacológico como masaje uterino. Hay que tener en cuenta todos los factores que lo conllevaron, pues el desenlace termina en fallecimiento de la mujer.

2.2. Definición

En la atonía uterina tenemos pautas importantes y una de ellas es cuando la madre acaba de dar a luz habiendo expulsado al feto y a la placenta, genera un mecanismo de mucha relevancia, que se trata de una fuerte contracción uterina cuya función es la de comprimir los vasos sanguíneos del útero. Debido a esta contracción el sangrado es poco en la primigesta. Pero cuando este mecanismo no se da, se produce la atonía uterina o inercia y la consecuencia es una sustancial hemorragia. La atonía

uterina puede también ser producida por retención de un resto placentario o una infección.

Por lo general, las contracciones del miometrio cierran los vasos sanguíneos dañados durante el parto, mermando el flujo sanguíneo en la pared uterina³⁴. Por lo tanto, una insuficiencia de contracciones uterinas posparto puede ocasionar una hemorragia obstétrica. Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias posparto son originadas por atonía uterina.

Otra pauta importante radica en la historia y el examen prenatal, pues el discernimiento de los factores de riesgo son claves para una gestión óptima del riesgo. La identificación de riesgos permite la planificación y disponibilidad de recursos que podrían ser necesarios, incluidos personal, medicamentos, equipo, acceso intravenoso adecuado y productos sanguíneos.

Por lo que es necesario entender que la definición tradicional de HPP primaria es la pérdida de 500 ml o más de sangre del tracto genital en las primeras 24 horas después del nacimiento de un bebé. La HPP puede ser mayor (más de 1000 ml) o menor (500–1000 ml). Y la mayor se puede dividir en moderada (1000–2000 ml) o grave (más de 2000 ml).

Las mujeres con antecedentes de trastornos hemorrágicos y las mujeres que toman tratamiento con anticoagulantes tienen un alto peligro de HPP²⁷. De forma clínica, toda pérdida de sangre con tendencia de causar inestabilidad hemodinámica debe pensarse en una HPP. Frecuentemente, los cálculos clínicos de la pérdida de sangre no son precisos³⁵.

El tono muscular es la tensión en estado de reposo en un músculo y su descenso (hipotonía) puede expresar una disfunción tanto del sistema nervioso central como del periférico, y ocasionalmente de ambos³⁶.

La hemorragia obstétrica, junto con la hipertensión arterial y las infecciones, forma parte de la triada infame que ocasiona muertes maternas, tanto en países desarrollados como en los que están en

desarrollo³⁷. La hemorragia es una de las causas principales de ingreso de embarazadas a la unidad de cuidados intensivos^{38,39}.

La hemorragia obstétrica es aquella que reúne uno o más de los siguientes criterios:

- 1- Pérdida del 25% de la volemia, siendo la volemia normal en la no gestante del orden del 7% peso corporal, y al final embarazo: 8,5-9% peso corporal.
- 2- Caída del hematocrito mayor de 10 puntos.
- 3- Toda pérdida sanguínea asociada a cambios hemodinámicos.
- 4- Pérdida mayor de 150 ml/min.
- 5- Caída de la concentración de hemoglobina mayor de 4 g/dL.
- 6- Requerimiento transfusional mayor de 4 U de glóbulos rojos.
- 7- Hemorragia que conduce a la muerte materna.

La hemorragia fue la causa directa de 13%, aproximadamente, de 4693 fallecimientos de mujeres vinculados con el embarazo en Estados Unidos, documentada por el Pregnancy Mortality Surveillance de los Centers for Disease Control and Prevention⁴⁰. De forma semejante, ⁴⁰ señalaron que 12% de los fallecimientos de embarazadas registrados en las bases de datos del Hospital Corporation of America, se relacionaron con la hemorragia. En países en desarrollo tal vínculo es todavía mayor. De hecho, la hemorragia es la causa particular más importante de muerte materna a nivel mundial y ocasiona más de la mitad de todos los fallecimientos por parto en países en desarrollo^{41,42}.

2.3. Complicaciones

Muchas mujeres fallecen de dificultades que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de

la asistencia sanitaria a la mujer⁴³. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son^{44,45}:

1. Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
2. Las infecciones (generalmente tras el parto);
3. La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
4. Complicaciones en el parto;
5. Abortos peligrosos.

La HPP masiva es cuando la pérdida del volumen de sangre del paciente es mayor del 30% al 40%. La aproximación de la pérdida de sangre puede ser no exacta y, por lo tanto, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología lo ha definido como una caída de más del 10% en el valor del hematocrito en paralelo con parto previo.

La HPP se clasifica como Primaria si el sangrado se produce dentro de las primeras 24 h después del parto del feto. La HPP secundaria se produce entre las 24 horas y las 12 semanas posteriores al parto⁴⁶.

2.3.1. Epidemiología

Epidemiológicamente, se ha mencionado que se relaciona alrededor de la mitad de los casos, al desarrollo de hemorragias posteriores al parto, mientras que, en términos de fallecimiento materna, sería un 5% de los casos que se muestran en esta. Actualmente, se han descrito diferentes condiciones que predisponen al desarrollo de atonía uterina en los pacientes, los cuales abarcan:

- Distensión uterina patológica: Específicamente casos de gestaciones múltiples, polihidramnios o macrosomía fetal.
- Parto precipitado o prolongado, es decir, que supere el período de ventana de 30 minutos.

- Administración de fármacos: Inducción o estimulación con oxitocina de manera prolongada durante el trabajo de parto, uso de tocolíticos como sulfato de magnesio.
- Infecciones previas al parto como corioamnionitis
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- Antecedentes obstétricos como multiparidad, específicamente que supere los 4 partos
- Edad de la gestante superior a los 35 años

2.3.2. Fisiopatología

La atonía uterina es la principal y la más frecuente causa de HPP. La primera acción de hemostasia inmediata después del parto es la contracción del miometrio, que se produce entre las células musculares del útero y provoca el cierre de los vasos sanguíneos uterinos miometriales³⁵.

2.3.3. Clínica

Dentro de la clínica, se conoce que la causa más común de hemorragia es la atonía uterina, por lo que se debe vaciar la vejiga y se debe efectuar un examen pélvico bimanual. El hallazgo del útero blando, mal contraído es característico y puede sugerir que la atonía es un factor causal.

La compresión o el masaje del cuerpo uterino pueden disminuir el sangrado, expulsar la sangre y los coágulos, y dar tiempo para que se implementen otras medidas¹.

2.3.4. Diagnóstico

Se ha detallado un algoritmo de gestión, llamado: "HEMOSTASIS", para ayudar a la gestión sistemática y gradual de la HPP atónica⁴⁶

Box 1. Management algorithm for atonic postpartum haemorrhage: HAEMOSTASIS

H: Ask for HELP and Hands on the uterus – uterine massage
A: Assess and resuscitate (vital signs, intravenous fluids, blood and blood products)
E: Establish aetiology, Ensure availability of blood and Ecbolics (oxytocin)
M: Massage uterus
O: Oxytocics – oxytocin infusion/prostaglandins
S: Shift to theatre – bimanual compression
T: Tissue and trauma – exclude/manage/proceed to tamponade balloon
A: Apply B-Lynch/modified compression sutures
S: Systematic pelvic devascularization (uterine/ovarian/quadruple/internal iliac)
I: Interventional radiology – uterine artery embolization if appropriate
S: Subtotal/total abdominal hysterectomy

(Chandrarahan & Arulkumaran, 2005)

Otros autores exponen que la atonía uterina puede deberse a una distensión mayor del útero, como acontece con el polihidramnios, las gestaciones multifetales y la macrosomía fetal. Otras causas contienen laxitud miometrial que se asocia con los muchos partos, el trabajo de parto prolongado, el uso masivo de oxitocina, la terapia tocolítica y la anestesia general⁴⁷. El resultado en un estudio que se tomó durante embarazadas, trabajo de parto y el parto, reveló que la atonía uterina y sus factores relacionados fueron las principales causas de hemorragia posparto. Los factores relacionados incluyeron parto prolongado, segunda etapa prolongada del parto, hipertensión inducida por el embarazo, neonatal peso > o = 3.500 g. Otra categoría de factores de riesgo de hemorragia posparto fueron los factores placentarios, la tercera etapa del parto > o = 10 minutos, paridad > o = 2 y materna edad > o = 30¹⁹.

En los países donde existe ingresos altos, los casos nuevos de hemorragia postparto severa (HPP) ha incrementado. Esto tiene una vital

importancia para la salud pública, ya que en las etiologías más frecuentes para la HPP severa se presentaron la atonía uterina (60%) y las complicaciones placentarias (36%). Los factores de riesgo más fuertes fueron los antecedentes de HPP severa, medicación anticoagulante, anemia en la reserva, preeclampsia grave o síndrome de HELLP, fibromas uterinos, embarazo múltiple y tecnologías de reproducción asistida³⁹.

2.3.5. Factores de Riesgo

Los factores de riesgos que se han determinado clásicamente en la literatura, para la presentación de atonía uterina, se mencionan: sobredistensión uterina (embarazos múltiples, polihidramnios, producto macrosómico), trabajo de parto prolongado, corioamnioitis, preeclampsia, antecedente de atonía uterina, edad, fármacos relajantes del músculo liso uterino (beta-miméticos, sulfato de magnesio, inhibidores de los canales de calcio)^{48,49}.

La contracción uterina que no sea capaz, ya sea de manera focal o difusa realizar su función, se asocia con amplia gama de etiologías que incluyen tejido placentario retenido, trastornos placentarios (ej. Placenta adherente mórbidamente, placenta previa y desprendimiento de placenta), coagulopatías (aumento de productos de degradación de fibrina) e inversión uterina. El índice de masa corporal (IMC) superior a 40 (obesidad clase III) también es un factor de riesgo conocido para la atonía uterina postparto.⁴

Por lo cual, es necesario saber correctamente algunos factores para saber manejar la atonía uterina y que a su vez nos podrían confundir al inicio. Por otro lado, deben tomar en cuenta otros factores que actúan como perjudiciales de la morbilidad causada por la atonía uterina, por ejemplo, menor volumen de sangre en casos de hipertensión arterial, edad gestacional, entre otras⁹.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Estudio observacional, retrospectivo y transversal, que tiene como finalidad identificar los factores de riesgo de atonía uterina en HGNC. Se tomarán para este estudio los casos reportados durante el periodo Octubre-2018 a Marzo-2019.

3.1.2. Lugar

El estudio es realizado en el Hospital General Norte IESS Ceibos Guayaquil. Área Ginecología y Obstetricia.

3.1.3. Operacionalización de las variables

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Nivel de Medición	Estadística	Tipo de Variables
IMC	Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona.	Medida de la pesadez de un cuerpo determinado	<18.5 → Bajo Peso 18.5-24.9 → Peso normal 25.0-29.9 → Sobrepeso >30 → Obesidad	Ficha Clínica Observación	Frecuencia	Cualitativa Ordinal
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona	Periodo de tiempo durante el cual ha vivido una persona	15-40 → Adultos Jóvenes 41 - 60 → Adultos	Ficha Clínica Observación	Frecuencia, Porcentaje	Cuantitativa discreta
TIPO DE PARTO	Es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de la salida del bebé del útero.	Modo de expulsión del niño y la placenta desde el útero	Eutócico Distócico	Ficha Clínica Observación	Frecuencia	Cualitativas Nominales
GESTAS				Ficha Clínica	Frecuencia	Cualitativas

	Número de veces que la mujer ha estado embarazada, sin importar el resultado de las mismas	Número total de embarazos que ha tenido la mujer, incluyendo el actual (si es que lo presenta).	Primigesta Multigesta	Observación		Nominales
PARIDAD	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	Cuando una mujer ha parido, por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500 gramos o más o que poseen más de 20 semanas de gestación (un embarazo múltiple se consigna como una sola paridad).	NULIPARA PRIMIPARA MULTIPARA	Ficha Clínica	Frecuencia	Cualitativas Nominales
Hemorragia puerperal previa	Se define comúnmente como una enfermedad que ya se ha presentado anteriormente en la mujer en la etapa postparto y se encuentre anotado como pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto.	Se define comúnmente como una patología que ya ha tenido la mujer y se encuentre anotado como pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto.	Si No	Ficha Clínica	Frecuencia	Cualitativas Nominales
EMBARAZO Multifetal	Un embarazo múltiple es aquél en el que dos o más bebés se desarrollan simultáneamente en el útero	Se define como aquel en el que se desarrolla más de un feto	Si No	Ficha Clínica	Frecuencia	Cualitativas Nominales

3.2. Población y muestra

La población del estudio está conformada por todas las puérperas (2355) del CENTRO OBSTETRICO DEL HOSPITAL CEIBOS durante el periodo

Octubre-2018 a Marzo-2019. Mientras, la muestra corresponde a las puérperas (121) que presentaron Atonía Uterina Postparto.

3.2.1. Criterios de inclusión

- Puérperas con atonía uterina postparto.
- Mujeres mayores de 18 años

3.2.2. Criterios de exclusión

- Individuos con datos insuficientes en historia clínica.
- Mujeres transferidas a otras unidades hospitalaria.
- Hemorragia por otras causas No obstétricas

3.3. Descripción de instrumentos, herramientas y procedimientos de la investigación

Para la realización de esta investigación se elaborará una búsqueda a través de fichas digitales que contendrá:

- IMC
- EDAD
- Tipo de Parto
- Gestas
- Paridad
- Hemorragia Puerperal Previa
- Embarazo Multifetal

Debido al diseño del estudio, se optó por realizar la búsqueda en digital ya que ofrecen la facilidad de obtener información que se encuentra almacenada en grandes bases de datos del HOSPITAL GENERAL NORTE LOS CEIBOS, fichas clínicas y aportes de Profesionales de la Salud respecto a su gestión in situ.

Se seleccionó los pacientes durante el periodo estipulado según los criterios de inclusión mencionados previamente. Una vez identificados se procedió a acceder al historial clínico de dichos pacientes para completar la ficha clínica requerida. Los datos obtenidos se almacenaron en una base

de datos de Excel aplicando métodos de correlación para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

3.4. Cronograma

Actividad	Responsable	MESES												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. Elaboración de ficha técnica.	Juan Benito Suárez P.	X	X	X										
2. Solicitud de permiso por escrito para realización de tesis.	Juan Benito Suárez P.				X	X								
3. Solicitud de permiso por escrito del hospital.	Juan Benito Suárez P.				X	X								
4. Elaboración de anteproyecto.	Juan Benito Suárez P.						X	X						
5. Entrega del primer borrador	Juan Benito Suárez P.							X						
6. Aprobación del anteproyecto.	Juan Benito Suárez P.							X						
7. Recolección de datos.	Juan Benito Suárez P.				X	X	X	X	X					
8. Procesamiento de datos.	Juan Benito Suárez P.								X	X				
9. Elaboración final del trabajo de titulación.	Juan Benito Suárez P.								X	X	X	X		
10. Entrega final de tesis.	Juan Benito Suárez P.											X	X	
11. Entrega de documentos habilitantes para sustentación.	Juan Benito Suárez P.													X
12. Sustentación de tesis.	Juan Benito Suárez P.													X

3.5. Aspectos éticos y legales

El estudio ha sido aprobado por el Consejo Académico y Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo. También cuenta con aprobación del departamento de Docencia e Investigación de la Unidad Hospitalaria que se adjunta en el ANEXO #.1

El estudio al ser observacional-retro lectivo, no requiere de interactuar con el paciente, no hay riesgos para ninguno de ellos, por tal razón tampoco es necesario el uso de consentimiento informado a los participantes del estudio debido a que se utilizará historia clínica. Sin embargo, la información obtenida se utilizará como punto de partida para investigaciones subsecuentes que ayuden al tratamiento de esta patología. La información obtenida será utilizada con absoluta confidencialidad.

Marco legal

El estudio se ciñe al marco legal constitucional, reglamentario aprobado en la constitución de Montecristi en 2008 y a los artículos de la Ley Orgánica de Educación Superior:

- El Art. 350 de la Constitución de la República del Ecuador señala que:

“El Sistema de Educación Superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo...”

- Art. 8. Inciso f. LOES, 2010:

Art. 8.- Serán Fines de la Educación Superior. - La educación superior tendrá los siguientes fines: (...) f) Fomentar y ejecutar programas de investigación de carácter científico, tecnológico y pedagógico que coadyuven al mejoramiento y protección del ambiente y promuevan el desarrollo sustentable nacional; (...).

- Art 12. LOES, 2010:

Art. 12.- Principios del Sistema. - El Sistema de Educación Superior se regirá por los principios de autonomía responsable, cogobierno, igualdad de oportunidades, calidad, pertinencia, integralidad y autodeterminación para la producción del pensamiento y conocimiento en el marco del diálogo de saberes, pensamiento universal y producción científica tecnológica global.

- Art. 138. LOES, 2010: Fomento de las relaciones interinstitucionales entre las instituciones de educación superior.- Las instituciones del Sistema de Educación Superior fomentarán las relaciones interinstitucionales entre

universidades, escuelas politécnicas e institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y conservatorios superiores tanto nacionales como internacionales, a fin de facilitar la movilidad docente, estudiantil y de investigadores, y la relación en el desarrollo de sus actividades académicas, culturales, de investigación y de vinculación con la sociedad.

El Consejo de Educación Superior coordinará acciones con el organismo rector de la política educativa nacional para definir las áreas que deberán robustecerse en el bachillerato, como requisito para ingresar a un centro de educación superior.

Ley orgánica de la salud: del derecho a la salud y protección

- Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional. Ley orgánica de la salud: de la autoridad sanitaria nacional. Sus competencias y responsabilidades

- Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

1. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares

Ley orgánica de la salud: de la salud sexual y reproductiva

- Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de

orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Descripción de las variables encontradas en el estudio

Del total de casos registrados en el Hospital General Norte de Guayaquil Ceibos, durante el periodo de octubre-2018 a marzo-2019, el estudio abarcó una población aproximada de 2355 puérperas de las que se tomó la muestra de partos que terminaron en atonía uterina. Cabe mencionar, que se tabularon datos que tenían correlación para el presente estudio, lo cual se nos permitió una muestra direccionada de 121 casos.

El 91% de las puérperas que presentaron Atonía Uterina están comprendidas entre los 15-40 años de edad y solo un 9% se correspondió al grupo de edades de 41-60 años. (Gráfico 1)

Gráfico 1 Edad de las pacientes con atonía uterina en el HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”

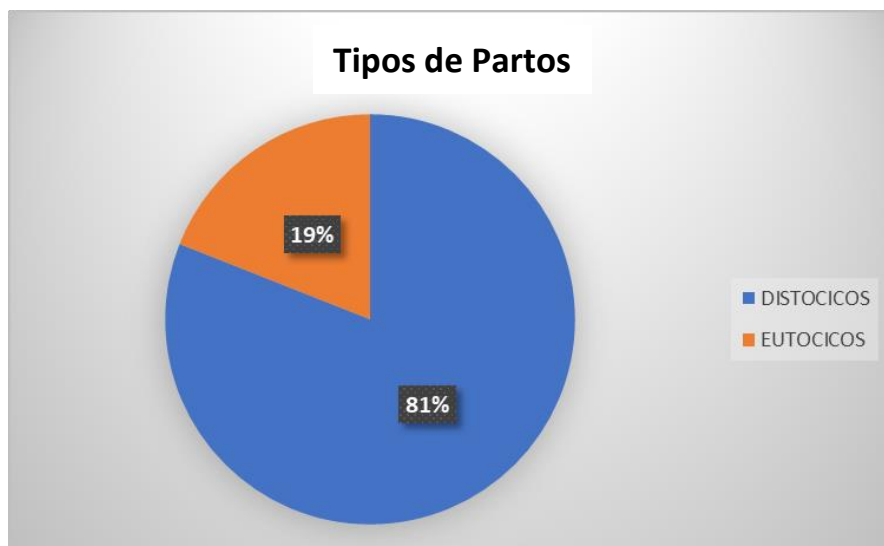


Fuente: Hospital IESS CEIBOS

Elaborado por autor

La Variable de Tipos de Partos se la dividió en Eutócicos y Distócicos, los datos que se encontraron fueron: Las embarazadas que terminaron en Atonía Uterina tanto en cesárea (distócicos) fue del 81% y de los partos que fueron vía vaginal (eutócicos) fue del 19%. (Gráfico 2)

Gráfico 2 Tipos de Partos pacientes con atonía uterina en el HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”



Fuente: HOSPITAL IESS CEIBOS

Elaborado por autor

En cuanto a nuestra siguiente variable de Embarazos multifetales el estudio de afectación con Atonía Uterina, el 7% se dio por embarazo doble, y las que presentaron Embarazo simple o sencillo o unifetal fue del 93%. (Gráfico 3)

Gráfico 3 Embarazos Multifetales pacientes con atonía uterina en el HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”

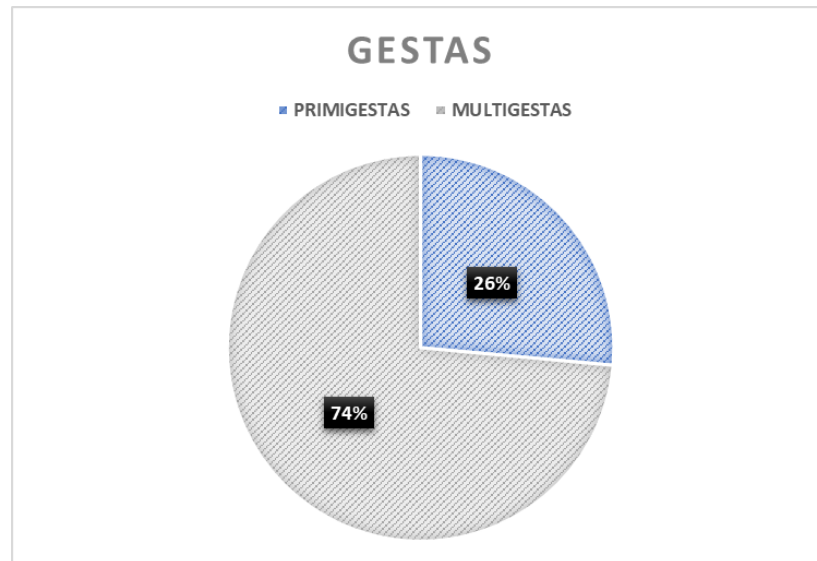


Fuente: HOSPITAL IESS CEIBOS

Elaborado por autor

Otra variable considerada fue Gestas, en estos grupos la Atonía Uterina se presentó de la siguiente manera: un 26% corresponde a Primigesta y un 74% en el grupo Multigestas. (Gráfico 4)

Gráfico 4. Gestas pacientes con atonía uterina en el HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”

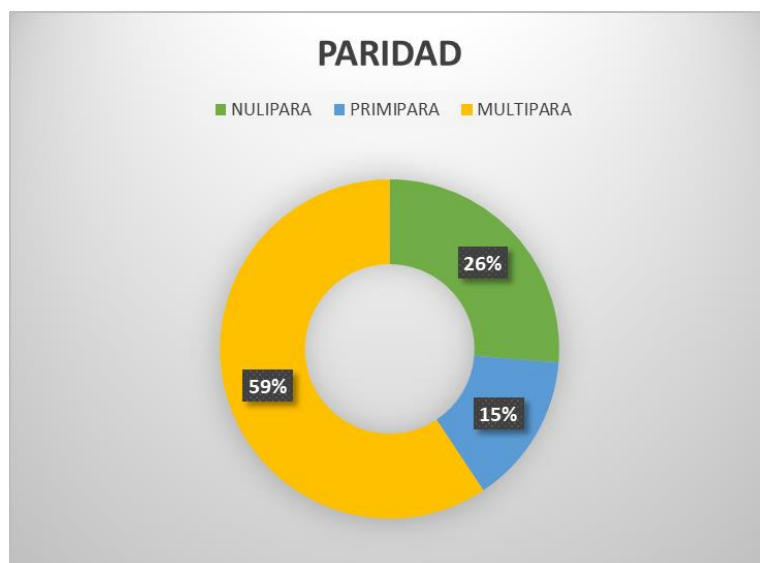


Fuente: HOSPITAL IESS CEIBOS

Elaborado por autor

Otra variable considerada fue Paridad, donde se pudo obtener datos de puérperas categorizada en nulíparas, primíparas y múltiparas, de todos estos, la Atonía Uterina se presentó en un 26% en el grupo de nulípara, un 15% en primíparas y en un 59% en múltiparas. (Gráfico 5)

Gráfico 5 Paridad en pacientes con atonía uterina en el HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”

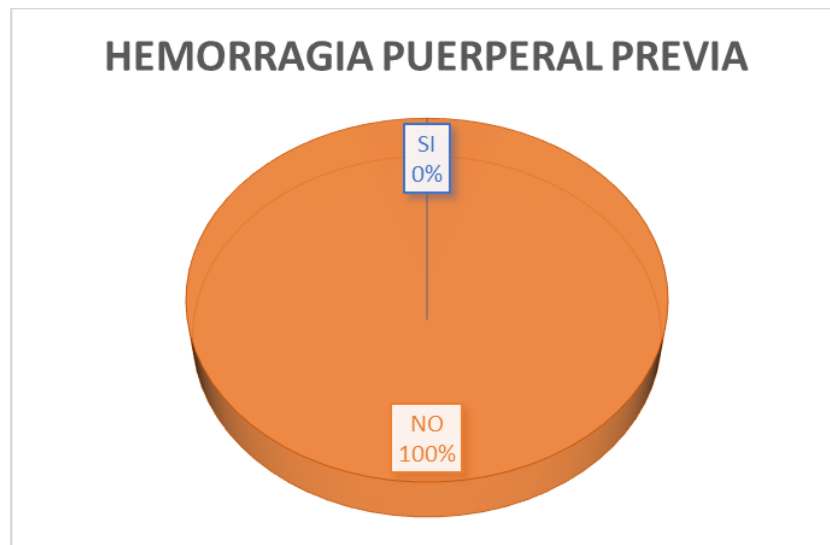


Fuente: HOSPITAL IESS CEIBOS

Elaborado por autor

En la variable considerada de Hemorragia Puerperal Previa, se pudo visualizar que ninguna embarazada padeció dicha afectación. (Gráfica 6)

Gráfico 6 Hemorragia Puerperal Previa en pacientes con atonía uterina en el HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”

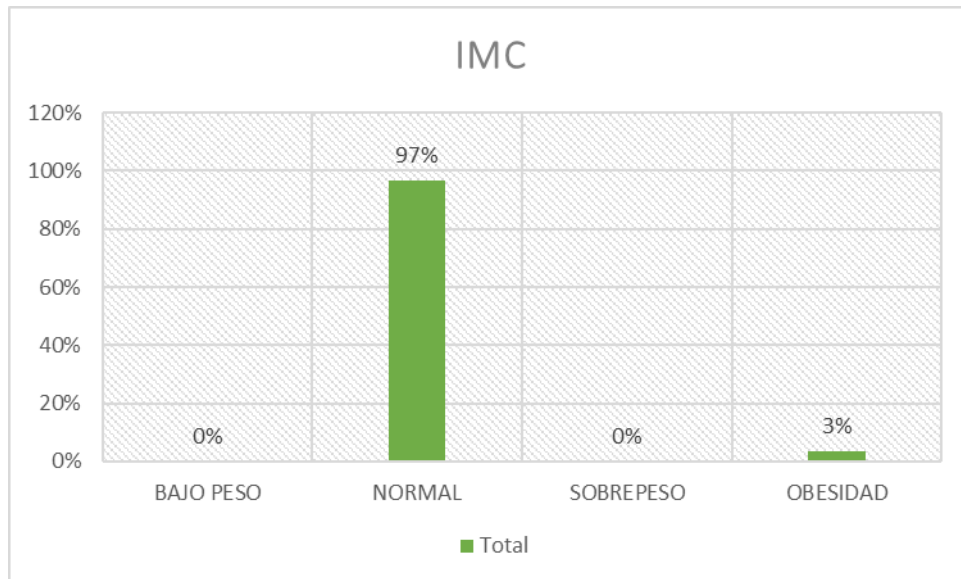


Fuente: HOSPITAL IESS CEIBOS

Elaborado por autor

En cuanto a nuestra variable de Índice de Masa Corporal (IMC), los casos por Obesidad registraron el 3% y los casos considerados como IMC Normal el 97%. Ni el bajo peso ni el sobrepeso presentaron datos en el estudio. (Gráfico 7)

Gráfico 7 índice de Masa Corporal en pacientes con atonía uterina en el HOSPITAL GENERAL NORTE GUAYAQUIL “LOS CEIBOS”



Fuente: HOSPITAL IESS CEIBOS

Elaborado por autor

4.2. Discusión de resultados

Los factores de riesgo para Atonía Uterina Postparto determinados en el presente estudio, confirman en gran parte lo descrito en estudios previos relacionados con esta enfermedad.

Para Reale, Sharon C. la atonía uterina en los Estados Unidos es la responsable de al menos el 80% de los casos de sangrados postpartos, lo que complica aproximadamente 1 de cada 40 nacimientos⁵⁰.

La frecuencia de Factores de riesgo para Atonía Uterina en el Hospital IESS Ceibos de Guayaquil fue del 5.13% dentro de los diagnósticos con más frecuencia, cifra que llama la atención para ser el primer estudio realizado en dicho centro. El estudio efectuado de 6 meses proporcionalmente coincide con el índice anual del 9% que reportó el estudio según Ononge⁴¹, y ampliado en la sección de discusión de dicho informe donde el autor fue más específico.

Se observó que el grupo de edad donde se presentó con más frecuencia la Atonía Uterina fue el comprendido entre los 15-40 años, coincidiendo con estudios médicos³⁷ y con lo investigado por varios autores edades^{51,52} respecto a que en puérperas más jóvenes es más frecuente dicha enfermedad.

Feduniw S at el⁵³ menciona al Índice de Masa Corporal como factor de riesgo en su estudio, mientras que en dicha casa asistencial no se pudo establecer de los datos recopilados.

Dicho factor de riesgo llama la atención pues para Wetta at el¹⁸ en su investigación ha señalado que el Índice de masa corporal en embarazadas fue del 58%, porcentaje que en nuestro estudio fue significativamente bajo (3%). Mas cabe indicar que debido al periodo de estudio que fue relativamente corto (6 meses) no se puede descartar dicho factor de riesgo para Atonía Uterina Postparto.

Otro punto a destacar, fue lo relacionado con embarazos unifetales cuyos resultados de este estudio difieren de la bibliografía médica²⁷ ya que estos manifiestan que las puérperas con embarazos múltiples son más propensas a padecer Atonia Uterina, mientras que el estudio arrojó un resultado inverso debido a que la casa de salud al no ser un centro especializado tenía limitación de atención al grupo de embarazos múltiples.

En lo que respecta a los partos distócicos o cesáreas que terminaron en Atonía Uterina coincide con estudios donde Butwick AJ at el. determinó que las mujeres que fueron sometidas a cesáreas terminaron en Atonía Uterina.⁵⁴.

Adicionalmente nuestro estudio concuerda con el de Nyfløt, en la que se detectó que las mujeres multíparas desarrollaron Atonía Uterina en la misma proporción que el estudio llevé a cabo, factores que se apoyan incluso en trabajos hechos por Smith y Brennan⁵¹.

Según el estudio de Bailit et al⁵⁵ y en base al estudio realizado, mediante esta tesis, se hace necesario actualizar protocolos tradicionales, mediante la inclusión de los factores de riesgo.

Cabe indicar que la limitación respecto al tiempo de estudio no permitió la profundización y la obtención de datos.

Pero pese a ello, el estudio sirvió para ratificar que los factores de riesgos citados en el presente estudio derivan a la presencia de Atonía Uterina postparto.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La mayoría de las mujeres en el estudio tenían un peso normal (IMC 18.5-24.9), no se evidenció relación del peso corporal con esta enfermedad.
- La atonía uterina es frecuente en mujeres menores de 40 años, la mayoría de las pacientes se encontraron en el grupo etario comprendido entre los 15 a 40 años
- En el estudio ninguna mujer tenía antecedentes de Hemorragia Puerperal Previa.
- La variable de Embarazos Multifetales, nos mostró que el grupo de mujeres con embarazos unifetales es el mayormente afectado y por lo tanto es muy importante a considerar el tratamiento oportuno para dicho grupo.
- En lo que respecta a la variable de Paridad Múltipara, nulípara, mostraron el mayor porcentaje de pacientes con Atonía Uterina.
- El estudio nos permitió darnos cuenta en lo que corresponde a la variable Gestas, las mujeres que están comprendidas en el grupo de multigestas manifiestan un mayor grado de afectación de Atonía Uterina.

- El estudio nos indica que el grupo relacionado con cesáreas o partos distócicos represento el mayor número de mujeres con atonía uterina.
- Se llevó a cabo la consulta en la base de Datos del Repositorio de la UEES y no se encontró tema relacionado con respecto al presente estudio.

5.2. Recomendaciones

- Se recomendaría la necesidad de ampliar esta investigación como Política de salud gestacional, a todos los demás centros de atención ginecológico.
- Reforzar programas de educación para la salud y una adecuada orientación en futuras mujeres gestantes, sobre los factores de riesgo que podrían converger en posibles complicaciones tanto para la madre como para el feto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* octubre de 2006;108(4):1039-47.
2. Breathnach F, Geary M. Uterine Atony: Definition, Prevention, Nonsurgical Management, and Uterine Tamponade. *Semin Perinatol.* abril de 2009;33(2):82-7.
3. Montufar-Rueda C, Rodriguez L, Jarquin JD, Barboza A, Bustillo MC, Marin F, et al. Severe postpartum hemorrhage from uterine atony: a multicentric study. *J Pregnancy.* 2013;2013:525914.
4. Gill P, Patel A, Van Hook MD JW. Uterine Atony. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 7 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493238/>
5. Blitz MJ, Yukhayev A, Pachtman SL, Reisner J, Moses D, Sison CP, et al. Twin pregnancy and risk of postpartum hemorrhage. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 5 de marzo de 2019;1-6.
6. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. *An Sist Sanit Navar.* 2009;32:159-67.
7. Edwards HM. Aetiology and treatment of severe postpartum haemorrhage. *Dan Med J.* marzo de 2018;65(3).
8. Magann EF, Evans S, Hutchinson M, Collins R, Howard BC, Morrison JC. Postpartum hemorrhage after vaginal birth: an analysis of risk factors. *South Med J.* abril de 2005;98(4):419-22.
9. Castro C, María P. Atonía uterina en adolescentes de 12 a 17 años, en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil de septiembre del 2012 a febrero del 2013. 2013 [citado 12 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1783>
10. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto /WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. World Health Organization; 2014.
11. Yakubu Y, Nor NM, Abidin EZ. A systematic review of micro correlates of maternal mortality. *Rev Environ Health.* 27 de junio de 2018;33(2):147-61.
12. Bateman BT, Berman MF, Riley LE, Leffert LR. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. *Anesth Analg.* 1 de mayo de 2010;110(5):1368-73.

13. Shields LE, Wiesner S, Fulton J, Pelletreau B. Comprehensive maternal hemorrhage protocols reduce the use of blood products and improve patient safety. *Am J Obstet Gynecol.* 1 de marzo de 2015;212(3):272-80.
14. Knight M, Callaghan WM, Berg C, Alexander S, Bouvier-Colle M-H, Ford JB, et al. Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. *BMC Pregnancy Childbirth.* 27 de noviembre de 2009;9:55.
15. Butwick AJ, Abreo A, Bateman BT, Lee HC, El-Sayed YY, Stephansson O, et al. Effect of Maternal Body Mass Index on Postpartum Hemorrhage. *Anesthesiology.* 1 de abril de 2018;128(4):774-83.
16. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol.* noviembre de 2013;209(5):449.e1-7.
17. Mehrabadi A, Hutcheon JA, Lee L, Kramer MS, Liston RM, Joseph KS. Epidemiological investigation of a temporal increase in atonic postpartum haemorrhage: a population-based retrospective cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* junio de 2013;120(7):853-62.
18. Wetta LA, Szychowski JM, Seals S, Mancuso MS, Biggio JR, Tita ATN. Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1 de julio de 2013;209(1):51.e1-51.e6.
19. Muñoz M, Stensballe J, Ducloy-Bouthors A-S, Bonnet M-P, De Robertis E, Fornet I, et al. Patient blood management in obstetrics: prevention and treatment of postpartum haemorrhage. A NATA consensus statement. *Blood Transfus.* marzo de 2019;17(2):112-36.
20. Driessen M, Bouvier-Colle M-H, Dupont C, Khoshnood B, Rudigoz R-C, Deneux-Tharoux C. Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery: factors associated with severity. *Obstet Gynecol.* enero de 2011;117(1):21-31.
21. Álvarez-Silvares E, García-Lavandeira S, Rubio-Cid P. Factores de riesgo de la evolución de la hemorragia posparto a hemorragia posparto severa: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet México.* 15 de julio de 2015;83(07):437-46.
22. Ministerio de Salud Pública. GACETA-MM-SE-36.pdf [Internet]. Muertes Maternas. 2020 [citado 20 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/GACETA-MM-SE-36.pdf>
23. Donnay F. Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* julio de 2000;70(1):89-97.
24. Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Buekens P. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in Vaginal Deliveries in a Latin-American Population. *Obstet Gynecol.* junio de 2009;113(6):1313-9.

25. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet Lond Engl*. 30 de enero de 2016;387(10017):462-74.
26. Ministerio de Salud Pública. ATENCION DEL PARTO POR CESAREA [Internet]. 2016 [citado 14 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-DEL-PARTO-POR-CESAREA.pdf>
27. Mavrides E, Green L, Allard S, Chandrharan E, Hunt BJ, Riris S, et al. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2017;124(5):e106-49.
28. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol*. octubre de 2017;130(4):e168.
29. Filipek A, Jurewicz E. Preeklampsja – choroba kobiet w ciąży. *Postępy Biochem*. 29 de diciembre de 2018;64(4):232-229.
30. Harmon QE, Huang L, Umbach DM, Klungsøyr K, Engel SM, Magnus P, et al. Risk of fetal death with preeclampsia. *Obstet Gynecol*. marzo de 2015;125(3):628-35.
31. Bokslag A, van Weissenbruch M, Mol BW, de Groot CJM. Preeclampsia; short and long-term consequences for mother and neonate. *Early Hum Dev*. 1 de noviembre de 2016;102:47-50.
32. Ramos JGL, Sass N, Costa SHM. Preeclampsia. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet*. septiembre de 2017;39(9):496-512.
33. Nkwabong E. Risk factors for uterine atony in two semi-urban hospitals. 2020;5.
34. Bellamy L, Casas J-P, Hingorani AD, Williams DJ. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 8 de noviembre de 2007;335(7627):974.
35. Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. [Internet]. Quito: La Caracola; 2013 [citado 19 de marzo de 2018]. 36 p. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>
36. Casas-Fernández. Hipotonías. *An Pediatría Contin*. marzo de 2005;3(2):65-72.
37. Williams. Hemorragia obstétrica. En: *Williams Obstetricia*. 24.ª ed. Mexico: Mc Graw Hill Education; 2019. p. 780.
38. Nyfløt LT, Sandven I, Oldereid NB, Stray-Pedersen B, Vangen S. Assisted reproductive technology and severe postpartum haemorrhage: a case-control study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2017;124(8):1198-205.

39. Nyfløt LT, Sandven I, Stray-Pedersen B, Pettersen S, Al-Zirqi I, Rosenberg M, et al. Risk factors for severe postpartum hemorrhage: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 10 de 2017;17(1):17.
40. Main EK, McCain CL, Morton CH, Holtby S, Lawton ES. Pregnancy-related mortality in California: causes, characteristics, and improvement opportunities. *Obstet Gynecol*. abril de 2015;125(4):938-47.
41. Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell OMR. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. *Reprod Health [Internet]*. 14 de abril de 2016 [citado 7 de septiembre de 2020];13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4832492/>
42. Evensen A, Anderson JM, Fontaine P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. *Am Fam Physician*. 1 de abril de 2017;95(7):442-9.
43. World Health Organization (WHO). Mortalidad Materna [Internet]. WHO; 2016 mar. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
44. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. junio de 2014;2(6):e323-333.
45. Kawakita T, Mokhtari N, Huang JC, Landy HJ. Evaluation of Risk-Assessment Tools for Severe Postpartum Hemorrhage in Women Undergoing Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*. diciembre de 2019;134(6):1308–1316.
46. Sebghati M, Chandrachan E. An update on the risk factors for and management of obstetric haemorrhage. *Womens Health*. agosto de 2017;13(2):34-40.
47. Belfort MA. Overview of postpartum hemorrhage. 2020;51.
48. Carrillo-Gaucín S, Torres-Gómez LG. [Carbetocin and oxytocin: Prevention of postpartum hemorrhage in patients with risk factors for uterine atony]. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54 Suppl 3:S284-90.
49. Queensland Clinical Guidelines. Guideline: Primary postpartum haemorrhage. marzo de 2018;37.
50. Reale SC, Easter SR, Xu X, Bateman BT, Farber MK. Trends in Postpartum Hemorrhage in the United States From 2010 to 2014. *Anesth Analg*. mayo de 2020;130(5):e119.
51. Smith JR. Postpartum Hemorrhage: Background, Problem, Epidemiology. 27 de agosto de 2020 [citado 8 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/275038-overview>
52. Smith C, Teng F, Branch E, Chu S, Joseph KS. Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality Associated With Anemia in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2019;134(6):1234-44.

53. Feduniw S, Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M. Epidemiology, prevention and management of early postpartum hemorrhage — a systematic review. *Ginekol Pol.* 2020;91(1):38-44.
54. Butwick AJ, Carvalho B, El-Sayed YY. Risk factors for obstetric morbidity in patients with uterine atony undergoing Caesarean delivery. *BJA Br J Anaesth.* octubre de 2014;113(4):661-8.
55. Bailit JL, Grobman W, McGee P, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW, et al. Does the presence of a condition-specific obstetric protocol lead to detectable improvements in pregnancy outcomes? *Am J Obstet Gynecol.* julio de 2015;213(1):86.e1-86.e6.

ANEXOS 1



0108693

UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO

Sr. Dr.
Pedro Barberán Torres.
Decano Facultad de Medicina
Universidad de Especialidades Espíritu Santo.
Samborombón.


De mis consideraciones:

Yo, Juan Benito Suárez Palacios, portador de la cedula de identidad N° 0930283601, estudiante de 5to año de la carrera de medicina de la Facultad "Enrique Ortega Moreira" de Ciencias Médicas con código 2009100364 entrego a usted la ficha técnica para el desarrollo de mi trabajo de titulación cuyo tema es: Factores de Riesgo de Atonía Uterina Postparto en Hospital General Los Ceibos

El cual tiene como propósito conocer los factores de riesgo que generan la Atonía Uterina Postparto en nuestra sociedad. Por lo que el presente trabajo va a permitir si la edad, el IMC, la edad gestacional del Recién nacido, tipos de parto y el numero de gestas serían los detonantes que provocarían este tipo de enfermedad en la etapa postparto. Cabe resaltar que los problemas gineco/obstétricos en el país son prioridades y se es necesario dar solución. He escogido como tutor de mi trabajo a la Dra. GONZÁLEZ-LONGORIA BONDA LOURDES porque como médico y especialista, pues abarca temas asociados que aquejan a este tipo de pacientes.

Motivo por el cual solicito a usted se sirva dar trámite a la aprobación de mi ficha técnica, a la aceptación o asignación de mi tutor de tesis ante el Consejo Directivo de la Facultad "Enrique Ortega Moreira" de Ciencias Médicas.

De usted atentamente,


KRYSYENNYA ARCONA BENAÍE
Juan Benito Suárez Palacios

Guayaquil, 21 de Marzo del 2019



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

Dr. Luis Chantong V.
Jefe de docencia (e)
Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos
Guayaquil

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, yo Juan Benito Suárez Palacios, portador de la cédula de identidad número 0930283601, estudiante de 5to año de la Facultad "Enrique Ortega Moreira" de Ciencias Médicas, carrera de Medicina de la UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES DE ESPÍRITU SANTO con código estudiantil 2009100364, me dirijo a usted de la manera más cordial solicitando se me autorice el acceso a las base de datos clínicas del área de GINECOLOGÍA & OBSTETRICIA para realizar la recolección de información como parte de mi tesis de pregrado, requisito de la Universidad Espiritu Santo, que será presentado en el intervalo del mes de Julio-Agosto.

El título de la investigación es: "Factores de Riesgo de Atonía Uterina postparto en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos durante el año 2017-2019".

En espera de su pronta respuesta, le agradezco por la atención prestada.


Juan Benito Suárez Palacios
CI. 0930283601



ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. I.-ANAMNESIS:

FECHA Y HORA:

DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombres:

HC: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Peso: _____

Ocupación:

Grado de Instrucción: _____ Religión: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento:

2. ANTECEDENTES:

ANTECEDENTES PERSONALES: _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS: _____

ANTECEDENTES G&O:

Menarquía: _____ # Parejas: _____

PAP: _____ PIG: _____

G: _____ C: _____ A: _____ P: _____ FUM: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

3. MOTIVO DE CONSULTA: _____

SIGNOS VITALES: T^º: _____ P.A: _____ FR: _____ FC: _____

4. DIÁGNOSTICO INICIAL:

5. DIAGNOSTICO DEFINITIVO: