



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Factores clínico-epidemiológicos maternos asociados a la atonía
uterina en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia.
Hospital San Bartolomé. Marzo 2019- marzo 2021**

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTORES

Lamas Alférez, Naddia Kleopatra (0000-0002-5942-919X)

Carrasco Alcantara, Julio Junior (0000-0002-9880-7843)

ASESOR(A):

Dra Daisy Dalmira Sánchez Padilla (0000-0002-2236-8207)

LIMA – PERÚ

2022

Metadatos Complementarios

Datos de los autores

Apellidos y Nombres: Lamas Alférez, Naddia Lamas

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 48322195

Apellidos y Nombres: Carrasco Alcantara, Julio Junior

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 72642612

Datos de asesor

ASESORA: Sánchez Padilla, Daisy Dalmira

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 08065387

Datos del jurado

PRESIDENTE (Patrón Ordóñez, Gino, 40787846, 0000-0002-3302-360x)

MIEMBRO (Quiñones Laveriano, Dante Manuel, 46174499, 0000-0002-1129-1427)

MIEMBRO (Guillén Ponce, Norka Rocío, 29528228, 0000-0001-5298-8143)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A nuestros padres, ya que sin ellos no habiéramos logrado nuestros objetivos.

A nuestros seres queridos que partieron hace mucho y que desde el cielo nos ven con alegría al ver que cumplimos nuestros sueños.

A nuestras amistades más cercanas que nos dieron el apoyo en los momentos más difíciles de la carrera.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradecemos a nuestros maestros, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarnos a llegar al punto en donde nos encontramos.

Extender nuestro agradecimiento al Doctor Jhony A. De la Cruz Vargas, director del INICIB, por darnos todos los conocimientos necesarios para realizar exitosamente nuestro trabajo de tesis.

También agradecer a nuestra asesora Mg Daisy Dalmira Sánchez Padilla por el apoyo para la realización de nuestra tesis con éxito para obtener una titulación profesional.

Por último, al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé por darnos la oportunidad de realizar nuestro de investigación.

RESUMEN

Introducción: La atonía uterina es la dificultad muscular-contráctil que tiene el útero, apareciendo en el postparto inmediato, siendo la principal causa de hemorragia post parto. **Objetivo:** Determinar los factores clínico-epidemiológicos asociados a atonía uterina en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. **Materiales y Métodos:** Estudio analítico de casos y controles (Radio 1:2), retrospectivo. Se efectuó un análisis bivariado y multivariado, la data se interpretó con el programa SPSS v25.0. Los datos se obtuvieron con la revisión de historias clínicas junto a una ficha de recolección de datos. La finalidad del estudio es brindar una mayor información acerca de la atonía uterina y permitir optimizar las medidas preventivas. **Resultados:** De la población seleccionada, 126 (33.3%) hicieron atonía uterina y 252 (66.7%) no hicieron. En el análisis bivariado obtuvieron significancia estadística: parto prolongado (OR 5.416 IC95% 3.058 - 9.594; p0.01) y control prenatal no adecuado (OR 1.88 IC95% 1.212 - 2.941 p0.005); esto se corrobora con el análisis multivariado. Las variables paridad (OR 2.084 IC95% 1.320 - 0.290 p0.002), anemia (OR 2.705 IC95% 1.18 - 6.198 p0.019) e inducción con oxitocina (OR 1.944 IC95% 1.171 - 3.228 p0.01) obtuvieron significancia estadística solo en el análisis bivariado. No se obtuvo significancia con las variables: tipo de parto, edad materna, sulfato de magnesio y obesidad materna. Esta última obtiene significancia en el análisis multivariado. **Conclusiones:** Pese a aquellos factores clínico-epidemiológicos maternos que no tuvieron significancia estadística en este estudio, no se deben descartar como tal ya que hay diversos estudios que si demuestran la significancia.

Palabras Clave: (Fuente Desc-Bireme) Inercia uterina, factores de riesgo, hemorragia posparto.

ABSTRACT

Introduction: The uterine atony it's a muscular contraction problem that suffers the uterus, it appears afterbirth and it is the main cause of postpartum hemorrhage. **Objectives:** To determine the clinical-epidemiological factors associated with uterine atony in puerperic patients of the gynecology and obstetrics service at San Sartolome Hospital from March 2019 to March 2019. **Materials and Methods:** Retrospective case-control analytical study (Ratio 1:2), A bivariate and multivariate study was made and the SPSS v25.0 program was used to analyze the data. To obtain the data, we got it from medical records with the help of a data collection form. With the objective of add more information about uterine atony and optimizing the protocols in order to avoid this complication. **Results:** From the selected, 126 (33.3%) had uterine atony and 252 (66.7%) did not have it. In the bivariate study, we got statistically significant with prolonged labor (OR 5.416 IC95% 3.058 - 9.594; p0.01) and inadequate pregnant control (OR 1.88 IC95% 1.212 - 2.941 p0.005); this is corroborated with the multivariate study. The variables parity (OR 2.084 IC95% 1.320 - 0.290 p0.002), anemia (OR 2.705 IC95% 1.18 - 6.198 p0.019) and oxytocin (OR 1.944 IC95% 1.171 - 3.228 p0.01) got statistically significant but only with bivariate study. On the other hand, we didnt get statistically significant with type of delivery, maternal age, magnesium sulfate and maternal obesity. This one got statistically significant with multivariate study. **Conclusions:** even though we got some factors with no statistically significant in this study, there are other studies that demostrated the opposite.

Keywords: (Source: MeSH-NLM) uterine inertia, risk factor, postpartum hemorrhage

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.3 LINEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN	12
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN	24
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	29
3.1 HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS	29
3.3 VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	30
4.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	30
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	30
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	31
4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	32
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	32
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
5.1 RESULTADOS.....	34
5.2 DISCUSIÓN.....	50
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
6.1 CONCLUSIONES.....	53
6.2 RECOMENDACIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS.....	59

INTRODUCCIÓN

La Atonía Uterina es una de las causas principales de la hemorragia postparto, la cual se define como la pérdida de la tensión muscular del útero que conlleva a un déficit en la contracción de este. Generalmente, durante el tercer periodo del parto, inmediatamente después del alumbramiento de la placenta, se produce una contracción del miometrio, lo cual lleva al cierre de los vasos sanguíneos uterinos, llevando a la reducción de la circulación sanguínea en toda la pared uterina. Cuando se produce el déficit de este mecanismo se origina el fenómeno conocido como atonía uterina, como resultado tenemos una hemorragia obstétrica, la cual podría llegar a ser letal si se presenta con alto flujo de pérdida sanguínea (600 cc/minuto). Esta complicación cuenta con factores de riesgo que pudieran predisponer a sufrir esta eventualidad tales como: edades extremas (menores de 20 años y mayores de 35 años), gran multiparidad (3 o más gestaciones), trabajo de parto prolongado o precipitado, macrostomia fetal, retención de restos placentarios, mal empleo de fármacos (oxitocina, sulfato de magnesio, nifedipino, sedantes), desprendimiento prematuro de placenta, infección intraamniótica, mioma uterino, obesidad materna, entre otros. (1,2,3)

Por lo tanto, es importante la evaluación integral de la paciente desde el inicio de la gestación, teniendo en cuenta sus antecedentes familiares, patológicos y obstétricos, hasta finalizar el período puerperal inmediato. El entendimiento de estos y de su fisiopatología permite actuar de manera eficiente ante este cuadro de atonía uterina.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que mejor evidencia la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la desigualdad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales.

A nivel mundial muchas mujeres mueren por complicaciones que ocurren durante el embarazo, el parto o en el puerperio; muchas de esas complicaciones se presentan durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo y se agravan con la gestación, especialmente si no se priorizan durante los controles prenatales. En el 2015, la Organización Mundial de la Salud reportó unas 303 000 muertes maternas; la mayoría de estas muertes pudo haberse evitado. (1)

En el 2020, año que marcó el inicio de la crisis sanitaria mundial por la pandemia de la Covid-19, 447 mujeres murieron durante el embarazo o en los 42 días siguientes al parto en el Perú. Cifra que representa un incremento de 45.7% respecto al 2019, la cual es la cifra más alta de los últimos ocho años. Ese mismo año, Lima representó el 16.75% del total de casos. (2)

Este año 2021, hasta la semana 13 (al 03 de abril), 4 departamentos reportan el más alto número de muertes maternas: Lima Centro, Piura, Lambayeque y Loreto. A su vez, al comparar la semana 13 de los años 2020 y 2021, observamos los más altos incrementos de muertes maternas en 4 departamentos del país: Ancash, Lambayeque, Lima Este, y Piura. (3)

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son las hemorragias post-parto, hipertensión gestacional, infecciones, complicaciones intrapartos y abortos peligrosos. (1)

La mayoría de las muertes maternas son evitables, debido a que las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio son conocidas, sin embargo, en el actual contexto de la pandemia, se genera un importante reto para el país, que obliga al replanteamiento de intervenciones, con énfasis en la priorización y diferenciación de escenarios, y que contribuya en la reducción de la morbi-mortalidad materna.

Los trastornos hipertensivos y las hemorragias, representan las causas directas más frecuentes de muerte materna en el Perú. La OMS definió hemorragia post-parto, en el 2014, como pérdida de más de 500cc de sangre por parto eutócico y más de 1000cc por parto por cesárea. (4)

La principal causa de hemorragia post-parto es la atonía uterina. Una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. Esta se define como la incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento, lo que conlleva a una falta de hemostasia del lecho placentario, con la consiguiente hemorragia excesiva en el postparto inmediato. (4,5)

Por lo tanto, con lo ya mencionado se evidencia el problema de salud que representa la atonía uterina en las tasas de muerte materna, por lo que en el presente trabajo buscamos determinar los FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS MATERNOS ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. MARZO 2019- MARZO 2021

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existen factores clínico-epidemiológicos maternos asociados a la atonía uterina en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital San Bartolomé en el periodo Marzo 2019 - Marzo 2021?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La hemorragia post parto (HPP) es la causa principal de mortalidad materna en países, sobre todo, de bajos recursos y es la causa primaria de casi la mayoría de todas las defunciones maternas en alrededor del mundo. La mayoría de las muertes provocadas por HPP ocurren en gran medida durante las primeras 24 horas después del parto: la mayoría de estas podrían evitarse a través de la identificación de los factores de riesgo para luego poder hacer uso de los respectivos protocolos durante la última etapa del trabajo de parto y así brindar un tratamiento eficaz, oportuno y apropiado.

La atonía uterina es la causa más común de HPP, siendo prioridad la identificación de sus factores de riesgo para tenerlos presentes y así estar preparado ante la eventualidad de que ocurra dicho percance e incluso, en ciertas situaciones, implementar las herramientas diagnósticas que estén disponibles para llegar a la valoración etiológica y de esta manera poder ofrecer un tratamiento que evite o disminuya al mínimo la probabilidad de que se produzca la atonía uterina. (7)

Debido a que la atonía uterina es una complicación que se establece de forma espontánea y cuyas complicaciones pueden ser letales sobre todo si no se cuentan con los recursos necesarios, el papel que juega el control prenatal es muy importante, si bien no se puede predecir, si se puede estar preparado ante la patología y sus posibles complicaciones conociendo bien los factores que influyen de cierta manera en su aparición y de este modo poder referir a la paciente hacia un centro con mayor capacidad resolutive.

Por lo tanto, la finalidad de nuestro trabajo de investigación es el de aportar mayor información acerca de los factores asociados a atonía uterina, la cual es la causa principal de hemorragia post parto. De esta manera poder optimizar las medidas o protocolos necesarios, además de la capacitación de la misma población, lo cual permitiría

captar a las posibles pacientes con mayor riesgo de hacer atonía uterina.

1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

En cuanto a la delimitación espacial, el presente estudio se realizó en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional San Bartolomé ubicado en Av. Alfonso Ugarte 825, en el distrito de Cercado de Lima, ciudad de Lima.

En la delimitación temporal el estudio comprende el periodo de Marzo 2019 a Marzo 2021.

En la delimitación social, la población de estudio estuvo constituida por puérperas tanto de partos vaginales como de cesáreas, quienes fueron atendidas en el Hospital Nacional San Bartolomé.

1.5 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo está en conformidad con las Prioridades de Investigación del Instituto Nacional de Salud proyectadas para el año 2015-2021, esta investigación se enmarca dentro del problema 1 de los 21 problemas sanitarios de nuestro País: Salud materna, perinatal y neonatal

Además, se adhiere a las líneas de investigación de la Universidad Ricardo Palma, según acuerdo de Consejo Universitario N°0613-2016, correspondientes a:

Área de conocimiento: Medicina Humana y Enfermería

Clínicas médicas, clínico quirúrgico y sus especialidades.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

DETERMINAR SI LOS FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLOGÍCOS MATERNOS ESTÁN ASOCIADOS A ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ EN EL PERIODO MARZO 2019- MARZO 2021.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la asociación entre factores clínicos y atonía uterina en puérperas.

Identificar la asociación entre factores epidemiológicos y atonía uterina en puérperas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel internacional se presentan los siguientes antecedentes:

- A. **Balki, M., & Wong, C. A. "Refractory uterine atony: still a problem after all these years". China. 2021.** En este artículo de revisión se concluyó que la hemorragia posparto es una de las primordiales razones de morbilidad y mortalidad materna, y la atonía uterina es su principal causa. Los componentes de peligro para la atonía uterina integran trabajo de parto inducido o incrementado, preeclampsia, corio-amnionitis, obesidad, gestación múltiple, polihidramnios y segunda fase prolongada de trabajo de parto. Aún cuando se propone una evaluación de peligros para cada una de las parturientas, muchas féminas con atonía uterina, no poseen componentes de peligro, lo cual provoca que la atonía uterina sea difícil de adivinar. Mencionan que la oxitocina es el fármaco de primera línea para la prevención y el procedimiento de la atonía uterina. Es un elemento rutinario del desempeño activo de la tercera fase del trabajo de parto. (8)
- B. **Pergialiotis, V., Bellos, I., Constantinou, T., Voskos, A., Papapanagiotou, A., Loutradis, D., & Daskalakis, G. "Magnesium sulfate and risk of postpartum uterine atony and hemorrhage: A meta-analysis". Grecia. 2021.** Este estudio fue un meta análisis el cual recopiló data de diferentes buscadores sobre la relación entre el uso de sulfato de magnesio y el riesgo de hacer atonía uterina, en cual se incluyó estudios observacionales y randomizados. Como resultado se obtuvo una población de 41190 de las cuales 10565 recibieron sulfato de magnesio. El meta-análisis reveló que el riesgo de atonía uterina era similar entre pacientes que recibieron sulfato de magnesio y quienes no recibieron. (9)

- C. **Wei, C. N., Deng, J. L., Dong, J. H., Ping, Z. P., & Chen, X. Z.** "The Median Effective Dose of Oxytocin Needed to Prevent Uterine Atony During Cesarean Delivery in Elderly Parturients. *Drug Design, Development and Therapy*". **China. 2020.** En este estudio experimental se comparó el uso de oxitocina, en diferentes dosis, en pacientes jóvenes vs pacientes añosas que iban a ser intervenidas por cesárea. Siendo las pacientes añosas las que tuvieron que usar una mayor cantidad de dosis de oxitocina para evitar la atonía uterina llegando a ser el doble. Concluyendo que las edades extremas deberían ser tomadas como factor de riesgo para la prevención de atonía uterina. (10)
- D. **Nyflot, L.T., Sandven, I., Stray-Pedersen, B. et al.** "Risk factors for severe postpartum hemorrhage: a case-control study". **Noruega. 2017.** En este estudio de tipo caso - control se tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo para hemorragia post parto severa (pérdida >1500ml o uso de transfusión sanguínea), en pacientes mujeres que se atendieron en Noruega, en el periodo 2008 - 2011. El porcentaje de hemorragia post parto severa fue de 2.5%. Las etiologías más comunes fueron atonía uterina (60%) y complicaciones de placenta (36%). Los factores de riesgo más importantes fueron antecedentes de hemorragia post parto, uso de medicación anticoagulante, anemia, preeclampsia severa o síndrome de HELLP, fibromas uterinos, multiparidad y uso de tecnologías de fertilidad asistida. (11)
- E. **Gill P, Patel A, Van Hook JW.** "Uterine Atony". **Estados unidos. 2018.** En el presente libro se hace una revisión completa donde el principal objetivo es detectar la atonía uterina, explica los riesgos asociados sobre la atonía uterina y cómo manejarla. Entre los principales riesgos maternos se mencionan labor de parto prolongado, uso prolongado de oxitocina, uso de sulfato de magnesio, un IMC mayor a 40. (12)

- F. **Wetta, L. A., Szychowski, J. M., Seals, S., Mancuso, M. S., Biggio, J. R., & Tita, A. T. "Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery". Estados Unidos. 2013.** Este estudio fue un doble ciego randomizado cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a atonía uterina y hemorragia post parto. Entre los principales factores de riesgo están la etnia (hispanica o blanca), preeclampsia y corioamnionitis, entre otros que se encontraron fueron obesidad y tipo de inducción de trabajo de parto, embarazo gemelar y anemia. (13)
- G. **Meléndez, M. "SULFATO DE MAGNESIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA HEMORRAGIA OBSTETRICA". México. 2016.** El objetivo de este trabajo fue determinar el riesgo de hemorragia obstétrica e histerectomía secundaria a atonía uterina en pacientes tratadas con sulfato de magnesio. Material y métodos: estudio tipo casos y controles, el cual incluyó pacientes con gestación mayor de 24 semanas, intervenidas por cesárea, con tratamiento previo, a dicha intervención, con sulfato de magnesio. Resultados: Fueron 116 casos y 99 controles. Determinaron que existe riesgo relativo 0.8 con IC 95% en cuanto a la relación al tiempo de uso de sulfato de magnesio, el sangrado total y la atonía uterina. Conclusión: la medicación previa con sulfato de magnesio incrementa el riesgo de la hemorragia obstétrica por atonía uterina. (14)
- H. **Díaz, M. "Predictores de atonía uterina" Cuba. 2016.** Los autores realizaron un estudio retrospectivo tipo caso control con el objetivo de identificar variables epidemiológicas, clínicas y obstétricas asociadas a la probabilidad de sufrir una histerectomía por atonía uterina en el postparto inmediato en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo entre 2013 y 2014. Tuvieron 54 casos y 108 controles. Resaltaron que los antecedentes personales de diabetes mellitus y de sangrado posparto previo tuvieron una incidencia mayor en las pacientes histerectomizadas por atonía

uterina. La diabetes mellitus, la corioamnionitis y el volumen de sangramiento durante el parto superior a 1000 ml resultaron predictores de HEPP por atonía uterina con validez y seguridad diagnósticas aceptables. (15)

Antecedentes nacionales

- A. **Ramos, C. "ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD HUANCAYO 2020". Huancavelica, Perú. 2021.** El presente trabajo de tesis tuvo como objetivo determinar cómo se da la atonía uterina en puérperas atendidas en el Centro de Salud La Libertad Huancayo 2020. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, población y muestra censal. Sus resultados fueron: en cuanto a la causa de atonía uterina, el 44.1% presentó agotamiento muscular por parto prolongado, el 35.3% alumbramiento tardío y el 20.6% retención de placenta. Con respecto a los factores de riesgo de atonía uterina, el 41.2% tuvo RPM prolongado, el 26.5% antecedente de hemorragia posparto, el 17.6% multiparidad y el 14.7% de puérperas no presentaron factor de riesgo. El 35.3% de puérperas que hicieron atonía uterina no tuvieron anemia, el 47.1% tuvo anemia leve y el 17.6% tuvo anemia moderada como factor de riesgo para hacer atonía uterina. El 52.9% tuvo de 6 a más controles prenatales y el 47.1% no tuvo controles prenatales adecuado. (16)
- B. **Nancay, S."PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO POR ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE MAYO – OCTUBRE 2018". Lima, Perú. 2020.** Esta tesis tuvo como objetivo determinar el perfil epidemiológico de las puérperas inmediatas con hemorragia posparto por atonía uterina atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Mayo – Octubre 2018. El tipo de estudio fue

descriptivo simple, transversal y retrospectivo. Incluyeron 82 puérperas inmediatas diagnosticadas con hemorragia posparto por atonía uterina. Los resultados del trabajo fueron: 64.6% tuvieron de 18 a 35 años, 58.5% fueron multíparas, 42.7% tuvieron más de 6 controles prenatales, trabajo de parto disfuncional 42.7 y 36.6% tuvo antecedente de atonía uterina. El trabajo concluye que la prevalencia de hemorragia posparto por atonía uterina en puérperas inmediatas fue cuatro veces por 100 puérperas; las características obstétricas maternas más resaltantes fueron puérperas multíparas, periodo intergenésico largo, controladas y la tercera parte de la muestra presentó antecedente de atonía uterina. (17)

C. **Altamirano, Y. “ATONÍA UTERINA: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI, 2017 AL 2019”.** Ayacucho, Perú. 2020. El trabajo tuvo como objetivo determinar las características y tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, del 2017 al 2019. El tipo de estudio fue observacional, retrospectivo, transversal, en 29 puérperas con atonía uterina. Resultados: El 89.66% fueron mayores de 20 años, periodo intergenésico prolongado el 44.83%, multigestas el 41.31%, tuvo historia de aborto el 31.04%, el 72.41% tuvo 6 o más controles prenatales, el 58.62% tuvo parto vaginal y el 41.38% tuvo cesárea. El 68.97% presentó complicaciones antes y durante el parto tales como: macrosomía fetal 20.69%, ruptura prematura de membranas, placenta previa, preeclampsia, parto precipitado 17.24%, expulsivo prolongado 17.24% y trabajo de parto prolongado 13.79%. El trabajo concluyó que la atonía uterina sigue siendo un problema de la población pobre y vulnerable, y no solo de las gran multíparas sino también de las multíparas, y el periodo intergenésico prolongado debe ser estudiado con atención, el tratamiento empleado fue acorde al nivel del establecimiento de salud. (18)

D. Carranza, E. **“CESÁREA ITERATIVA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ATONÍA UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO “.** Trujillo, Perú. 2020. El objetivo de este trabajo de tesis fue determinar si la cesárea iterativa es factor de riesgo para atonía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Se realizó un estudio retrospectivo, analítico, tipo caso y control, el cual incluyó 168 pacientes gestantes (42 casos y 126 controles). Resultados: los factores de riesgo como multiparidad, obesidad, macrosomía fetal, cesárea iterativa y parto prolongado fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con atonía uterina ($p < 0.05$). El análisis multivariado corroboró la significancia del riesgo para las variables: cesárea iterativa, gran multiparidad, obesidad, macrosomía fetal y labor de parto prolongado como factor de riesgo para atonía uterina ($p < 0.05$). Se concluyó que la cesárea iterativa no se puede aislar como factor de riesgo único para atonía uterina, se encontró que macrosomía fetal, labor de parto prolongado, obesidad y gran multiparidad también fueron factores de riesgo para realizar atonía uterina. (19)

E. Lima, M. **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS”.** Huancayo, Perú. 2020. El presente trabajo de tesis tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a atonía uterina en puérperas inmediatas del hospital regional docente materno infantil “El Carmen” de Huancayo en el periodo enero a diciembre del 2018. El tipo de estudio fue observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. La población estuvo conformada por 22 casos y 44 controles, con un total de 66 pacientes para el estudio. Resultado: Todos los factores de riesgo incluidos en el estudio tuvieron significancia estadística para presentar atonía uterina, con excepción de la obesidad materna. Los factores de riesgo para presentar atonía uterina fueron la edad materna ≥ 35 años,

multiparidad, cesárea anterior, gestación múltiple, macrosomía fetal, parto vaginal, y el uso de oxitocina. El trabajo concluyó que las puérperas con edades de 35 años a más, la multiparidad, cesárea anterior, gestación múltiple, macrosomía fetal, parto por vía vaginal y el uso prolongado de oxitocina son factores que aumentan el riesgo de presentar atonía uterina. La obesidad materna no demostró ser factor de riesgo para atonía uterina. (20)

- F. **Ponce, M.** “**Indicadores clínico-epidemiológicos materno-fetales de atonía uterina en puérperas post cesárea primaria en una clínica privada de agosto 2017 – agosto 2018**”. Lima, Perú. 2019. El presente trabajo de tesis tuvo como objetivo determinar la asociación entre indicadores clínico – epidemiológicos materno - fetales y la presencia de atonía uterina en puérperas post cesárea primaria en la clínica privada durante el período de Agosto 2017 – Agosto 2018. Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y cuantitativo, tipo casos y controles. La población estuvo conformada por 106 casos y 212 controles (ratio 2:1). Las variables asociadas en el análisis bivariado a atonía uterina fueron la edad mayor de 30 años, gestación múltiple, polihidramnios, bajo peso al nacer y macrosomía. En el análisis multivariado las variables asociadas fueron polihidramnios y macrosomía. Se concluyó que se encontró asociación de atonía uterina con los indicadores de polihidramnios y macrosomía fetal. (21)
- G. **Francia, M.** “**FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS A ATONIA UTERINA EN PUERPERAS INMEDIATAS HOSPITAL DE CONTINGENCIA HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO - 2017**”. Huánuco, Perú. 2018. Este trabajo de tesis tuvo como objetivo relacionar sus variables, especificando los datos: poblacionales, antecedentes obstétricos antes, durante y después del parto, y clasificar la patología según el tiempo de ocurrencia y sangrado uterino. El estudio fue cuantitativo, tipo

transversal, retrospectivo, diseño no experimental descriptivo de dos variables, nivel correlacional y muestra de 50 pacientes. Tuvieron como resultados: Edad joven (74%), con secundaria completa (54%) y multíparas (72%). Los factores con mayor porcentaje: trastornos hipertensivos del embarazo (26%); parto prolongado (16%); retención restos placentarios (10%). Clasificación: atonía precoz (64%); y sagrado uterino severo (86%). Conclusión: Los factores clínicos presentan relación significativa con la atonía uterina en puérperas inmediatas. Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, año 2017; probadas mediante el estadígrafo Rho Spearman. (22)

- H. **Gutiérrez, F. “FACTORES PREDICTORES PARA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE TRUJILLO”.** Trujillo, Perú. 2018. Este trabajo de tesis tuvo como objetivo determinar cuáles son los factores predictores para hemorragia posparto (HPP) por atonía uterina en puérperas. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de casos y controles. Se incluyó 3024 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: con un análisis bivariado, cesárea previa, multiparidad, macrosomía fetal, corioamnionitis, y miomas uterinos presentaron significancia estadística. Con el análisis multivariado la cesárea previa, multiparidad, macrosomía fetal, corioamnionitis, y miomatosis uterina estuvieron asociados a HPP por atonía uterina. Conclusiones: se comprobó que los factores predictores para HPP por atonía uterina fueron la cesárea previa, multiparidad, macrosomía fetal, corioamnionitis y miomatosis uterina. (23)
- I. **Poémape, C. “Factores de riesgo asociados con la presencia de atonía uterina post parto Hospital Tomás Lafora de Guadalupe – La Libertad, 2015-2016”.** Trujillo, Perú. 2018. El presente trabajo de tesis, tuvo como objetivo determinar qué factores de riesgo están asociados a la presencia de atonía

uterina postparto en pacientes atendidas en el Hospital Tomás Lafora de Guadalupe. Se realizó un estudio retrospectivo, no experimental, transversal de casos y controles, durante el período 2015-2016. Contó con una población de 1687 pacientes atendidas en dicho nosocomio. Concluyeron que los factores asociados a la presencia de atonía uterina fueron embarazo múltiple y trabajo de parto prolongado. (24)

- J. **Machado, O. “FACTORES ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ULGARICO ROCCA FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR EN EL PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2014”.** Lima, Perú. 2017. Este trabajo de tesis tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la atonía uterina en Puérperas del Hospital Uldarico Rocca Fernández – Villa el Salvador en el período de enero a diciembre del 2014. El trabajo fue un estudio retrospectivo, analítico tipo caso control, diseño descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 45 pacientes que tuvieron atonía uterina. Resultados: Los Factores de Riesgo encontrados para desarrollar atonía uterina fueron edad entre 19 y 35 años; Nuliparidad; labor de parto disfuncional; uso de oxitocina; Estadísticamente se comprobó que no son factores asociados edad mayor de 35 años; anemia y macrosomía fetal; Primiparidad, Multiparidad. Concluyeron que los factores asociados a atonía uterina son Edad entre 19 a 35 años, Nuliparidad, labor de parto disfuncional, uso inadecuado de oxitocina. (1)
- K. **Mathey, L. “ÍNDICE DE MASA CORPORAL > 30 KG/M2 PREGESTACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA ATONÍA UTERINA EN PUERPERIO INMEDIATO”.** Trujillo, Perú. 2016. Este trabajo de tesis tuvo como objetivo determinar si el Índice de Masa Corporal > 30 Kg/m² pregestacional es un factor de riesgo para Atonía Uterina en el puerperio Inmediato en el Hospital Belén de Trujillo. Se llevó a cabo un estudio de tipo

analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 522 puérperas atendidas por parto vaginal. Los resultados del estudio fueron: La frecuencia de Índice de Masa Corporal $> 30 \text{ Kg/m}^2$ pregestacional en puérperas con Atonía Uterina fue 24%. La frecuencia de Índice de Masa Corporal $> 30 \text{ Kg/m}^2$ pregestacional en puérperas sin Atonía Uterina fue 11%. El índice de Masa Corporal $> 30 \text{ Kg/m}^2$ pregestacional es factor de riesgo para Atonía Uterina con un odds ratio de 2.52 el cual tuvo significancia estadística. La conclusión del trabajo fue que el Índice de Masa Corporal $> 30 \text{ Kg/m}^2$ Pregestacional es un factor de riesgo para Atonía Uterina en Puerperio Inmediato. (25)

- L. **Vasquez, A. “Obesidad materna como factor de riesgo de hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2004-2013”.** Trujillo, Perú. 2016. Este trabajo tuvo como objetivo determinar si la obesidad materna es un factor de riesgo de hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Regional Docente de Trujillo, periodo 2004-2013. Se llevó a cabo un estudio tipo analítico, retrospectivo, de casos y controles con las historias clínicas de puérperas primíparas que fueron atendidas por parto vaginal en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2004-2013. Se obtuvieron un total de 47 casos y un total de 94 controles. Se evidenció hasta un 32% de gestantes con obesidad dentro de los casos. La frecuencia de hemorragia post parto por atonía uterina fue de 33%. La obesidad materna fue un factor de riesgo de hemorragia post parto evidenciado por un odds ratio de 4.42 (IC: 95% p 0.05). No fue posible evidenciar estadísticamente una relación entre el grado de obesidad y la hemorragia post parto por atonía uterina ($p>0.05$). El trabajo concluye que la obesidad materna es un factor de riesgo para hemorragia post parto por atonía uterina. (26)

2.2. BASES TEÓRICAS

La atonía uterina es una complicación obstétrica la cual se presenta posterior al nacimiento del recién nacido y el alumbramiento de la placenta. Se conoce como la causa más común de hemorragia post parto. (20)(18)(17)

Esta se caracteriza principalmente por la pérdida de la contractibilidad de las fibras musculares que componen al útero, inmediatamente después de un parto vía vaginal o cesárea. (20)(2)

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana periódica e integral disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal, esto se lleva a cabo a través de los controles prenatales, lo cuales se deben realizar de inicio a fin durante la gestación. (27)

Fisiopatología

El útero está compuesto por fibras musculares, también conocido como miometrio, las cuales están en constante contracción y retracción, sobre todo a finales de la gestación. Luego de la expulsión del feto y el alumbramiento de la placenta, se genera una cascada de neurotransmisores que determina una gran contracción a nivel del útero permitiendo, por hemostasia primaria, el cierre de los vasos sanguíneos y por consiguiente evita la pérdida sanguínea. En cambio, si contamos con algún tipo de complicación en este sistema que conlleva a la contracción del miometrio, se produciría una atonía uterina y por consiguiente una gran hemorragia (> 500 ml en parto vaginal y >1000 ml en parto por cesárea). (12)(20)(2)(18)

Entre las diversas causas tenemos:(20) (2)

- Causas mecánicas: obesidad, se entiende que, a mayor masa, se necesitará mayor fuerza contráctil para poder generar una buena hemostasia primaria, por alteraciones del calcio intracelular.

- Sobredistención uterina: gestación múltiple, debido a que la sobre distención genera un sobre esfuerzo sobre las fibras musculares compuestas de actina y miosina generando una debilidad para la contracción.

- Vaciamiento uterino rápido: fórceps, parto precipitado, esto sugiere un sobre esfuerzo por la hiperdinamia lo cual genera una debilidad contráctil

- Fármacos: oxitocina, sulfato de magnesio, el uso indiscriminado de estos medicamentos puede llegar a generar, agotamiento de las fibras musculares o incluso tener repercusión de las fibras de actina y miosina.

En el caso de los factores de riesgo la variedad es mucho más amplia, en el estudio de M. Balki y C.A Wong titulado "Refractory uterine atony: still a problem after all these years". China. 2021, se menciona un compendio de varios factores de riesgo luego de hacer una búsqueda sistemática:(8)

- parto prolongado > 12 horas

- etnia hispánica

- edad < 20 y > 40 años

- gestación múltiple

- parto por cesárea

- enfermedad hipertensiva

- primigesta

- sulfato de magnesio

Entre otros se menciona anemia materna, legrados anteriores, malnutrición materna, miomas uterinos, parto instrumental, retención de placenta. (20)(2).

Clínica

A menudo la atonía uterina se presenta como un sangrado post parto, que se define como: sangrado >500 ml en partos vaginales y >1000 ml en partos culminados por vía cesárea. (20)

Este cuadro hemorrágico se caracteriza también como una pérdida mayor al 25 % de la volemia, una caída del hematocrito mayor a 10 puntos o repercusión hemodinámica, tales como palidez, mareos, debilidad y palpitaciones. (20)

A nivel del examen físico, en especial en la palpación del útero flácido, con poca reacción a la estimulación manual. (2)

Hay dos tipos de atonía, tenemos la atonía precoz (esta se define como aquella que presenta dentro de la 1ra hora después del alumbramiento) y la atonía tardía (aquella que se presenta luego de la 1ra hora después del alumbramiento hasta antes de las 24horas) siendo la primera que se presenta en mayor cantidad (2)

Tratamiento

Oxitocina: De primera elección, aplicado vía intramuscular o endovenoso, pudiendo repetir la dosis base (10 UI) varias veces y luego ponerlo vía infusión (40 UI x 4 horas). (12)(2)(20)(18)

Metilergometrina: Fármaco con gran acción de contracción y vaso constrictor, se puede administrar vía intramuscular de 0.2 mg cada 2 o 4 horas, no se recomienda en pacientes con hipertensión, preclampsia, cardiópatas. (12)(2)(20)(18)

Misoprostol: Gran acción a nivel uterino, aplicables en pacientes con hipertensión. son de gran utilidad en hemorragias post parto intratables, cuando las otras medidas fallan, su vía de administración es la vía rectal, pudiendo administrar dosis entre 600 - 800 microgramos (4 tabletas), su efecto es que puede llegar a generar una leve fiebre. (12)(2)(20)(18)

La principal complicación de la atonía uterina es la hemorragia postparto, que según definición de la OMS es la pérdida de sangre > a 500 ml en menos de 24 horas post parto (17). Según la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) es una pérdida mayor a 1000 ml, con evidencia clínica de hipovolemia dentro de las primeras 24 horas. (20)

Es la causa primordial de la mortalidad materna en países de bajos ingresos, alrededor del 11% que dan a luz a un recién nacido vivo sufren hemorragia post parto severa. (21)(2).

Según la organización panamericana de la salud entre el periodo 2009 y 2012 en América Latina un 8.2% de las hemorragias post parto necesitaron transfusiones, lo cual representa el 64% de todas las transfusiones. (2)

En el caso del Perú durante el periodo 2002-2011 la dirección general de epidemiología presentó un documento donde la razón de mortalidad materna fue del 111.92 y que además en el 2015 el Perú ocupó el sexto lugar de mortalidad materna. (21)

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- ✓ Atonía: Incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto.
- ✓ Paridad: Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y/o nacidos muertos con más de 22 semanas de gestación por vía vaginal o cesárea
- ✓ Edad materna: Tiempo de vida en años cumplidos al momento del parto de la madre
- ✓ Trabajo de parto prolongado: Falta de progreso en el trabajo de parto, Una fase latente prolongada ocurre durante la primera etapa del parto.
- ✓ Sulfato de magnesio: tratamiento usado para la prevención de eclampsia.
- ✓ Anemia materna: niveles de hemoglobina de la gestante <11gr/dl
- ✓ Tipo de parto: método por el cual se culmina la gestación.

- ✓ Obesidad materna: IMC de la gestante >30
- ✓ Controles prenatales: conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación para control de riesgos.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS:

- H0: NO EXISTE asociación entre factores clínico – epidemiológicos materno y atonía uterina en puérperas del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Docente Materno-Niño San Bartolomé en el periodo MARZO 2019- MARZO 2021.
- H1: SI EXISTE asociación entre factores clínico – epidemiológicos materno y atonía uterina en puérperas del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Docente Materno - Niño San Bartolomé en el periodo MARZO 2019- MARZO 202.

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLE DEPENDIENTE:

- ✓ Atonía uterina

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- ✓ Edad materna
- ✓ Paridad
- ✓ Trabajo de parto prolongado
- ✓ Sulfato de magnesio
- ✓ Tipo de parto.
- ✓ Anemia materna
- ✓ Obesidad materna
- ✓ Controles prenatales
- ✓ Inducción con oxitocina

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio que se realizó fue de tipo observacional, cuantitativo, retrospectivo, de casos y controles.

- ✓ Observacional, ya que no se intervino a la población en estudio, no hubo manipulación de las variables, sólo se las observó.
- ✓ Cuantitativo, por haberse utilizado datos recogidos de una ficha de recolección de datos, los cuales se analizaron con métodos estadísticos para poder identificar las posibles relaciones entre las variables.
- ✓ Retrospectivo, por cuanto se realizó una recolección de datos a partir de la revisión de historias clínicas pertenecientes a puérperas con atonía uterina, los cuales fueron diagnosticados en un periodo establecido.
- ✓ Analítico: se establecerá relación entre variables, de asociación o causalidad.
- ✓ Casos y controles: ya que se estudiaron casos de puérperas con atonía uterina, las cuales estuvieron expuestas a ciertos factores de riesgo clínico-epidemiológicos maternos; y por cada caso se estudió 2 controles, las cuales fueron puérperas sin atonía uterina que estuvieron expuestos a los mismos factores de riesgo clínico-epidemiológicos maternos, para de esa manera determinar si existe alguna relación de asociación entre la exposición a dichos factores y atonía uterina en la población de estudio.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN:

El presente estudio incluyó a las puérperas del servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital San Bartolomé en el periodo MARZO 2019- MARZO 2021, que fueron 6303.

TAMAÑO MUESTRAL:

Inicialmente la muestra se calculó a partir de la fórmula para estudios de tipo caso y control (Fleiss). Se utilizó la variable multiparidad con un OR: 3.41 según el estudio realizado por Gutiérrez (23) y una frecuencia de exposición de 0.49. Se trabajó con una relación 1:2. Esto nos dio como resultado un tamaño de muestra total de 105, de los cuales 35 eran casos y 70 eran controles.

P_2 : FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.49
OR: ODSS RATIO PREVISTO	3.41
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
k : NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	2
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	35
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	70
n : TAMAÑO MUESTRA TOTAL	105

Sin embargo, al recibir las estadísticas del Hospital San Bartolomé, se verificó que contaban con un total de 126 casos de puérperas con diagnóstico de atonía uterina, las cuales cumplían con los criterios de inclusión. Por lo que se decidió ampliar la muestra y trabajar con las 126 puérperas. Se mantuvo la relación 1:2, por lo cual se buscó dos controles para cada caso; estos fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple realizado en Microsoft Excel 2019, verificándose que cumplieran con los criterios de inclusión, dando un tamaño de muestra total de 378 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

CASOS:

- Pacientes puérperas con atonía uterina hospitalizadas en el hospital San Bartolomé en el periodo marzo 2019 - marzo 2021

CONTROLES:

- Pacientes puérperas que no se hayan complicado con atonía uterina hospitalizadas en el hospital San Bartolomé en el periodo marzo 2019 - marzo 2021

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que tengan menos de 37 semanas de gestación
- Pacientes que tengan el diagnóstico de aborto
- Pacientes que tengan el diagnóstico de hemorragia postparto por otra causa que no sea atonía uterina

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver anexos

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección usada fue la documentación, ya que se revisó historias clínicas de puérperas. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos donde se consignó cada variable del estudio realizado, de acuerdo a los objetivos específicos del mismo.

La ficha fue diseñada para la recolección y fácil tabulación en la base de datos correspondiente.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se localizaron las historias clínicas y se procedió a digitar los datos de interés en las fichas de recolección de datos, posteriormente se procedió a tabularlas en una matriz de datos en el programa SPSS. También se realizó el control de calidad de los datos, ya que se verificó la digitación para así encontrar datos faltantes o inconsistentes y proceder a la depuración de errores, finalmente se formó la base de datos y se recodificó las variables tomándose en cuenta la operacionalización de las variables.

Análisis univariado

Para la estadística univariada se halló las frecuencias y porcentajes.

Análisis bivariado

Para determinar los factores clínico-epidemiológicos maternos asociados a tónica uterina se aplicó la prueba estadística de Chi-cuadrado para observar relación entre las variables del estudio y para medir el riesgo de cada variable se calculó el OR, y su respectivo intervalo de confianza al 95% (con un error de 5%), y el valor de $p < 0.05$. Los resultados obtenidos se presentan en gráficos y tablas para su comprensión y entendimiento, interpretándolos y dando posibles explicaciones de lo hallado.

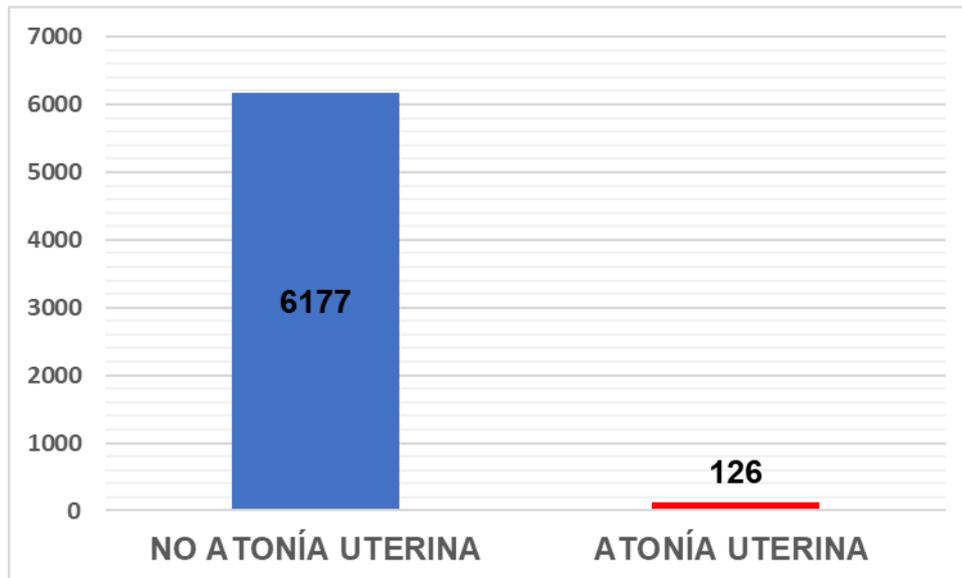
Análisis multivariado

Para determinar la relación entre múltiples variables se utilizó la Regresión Logística ya que trata de un modelo que se utiliza para predecir las probabilidades de los diferentes resultados posibles dado el efecto de otras variables independientes sobre la variable dependiente. Para este análisis se usó todas las variables del estudio, a pesar de que algunas de ellos no tuvieron significancia estadística, esto debido a que en otros estudios si obtuvieron.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

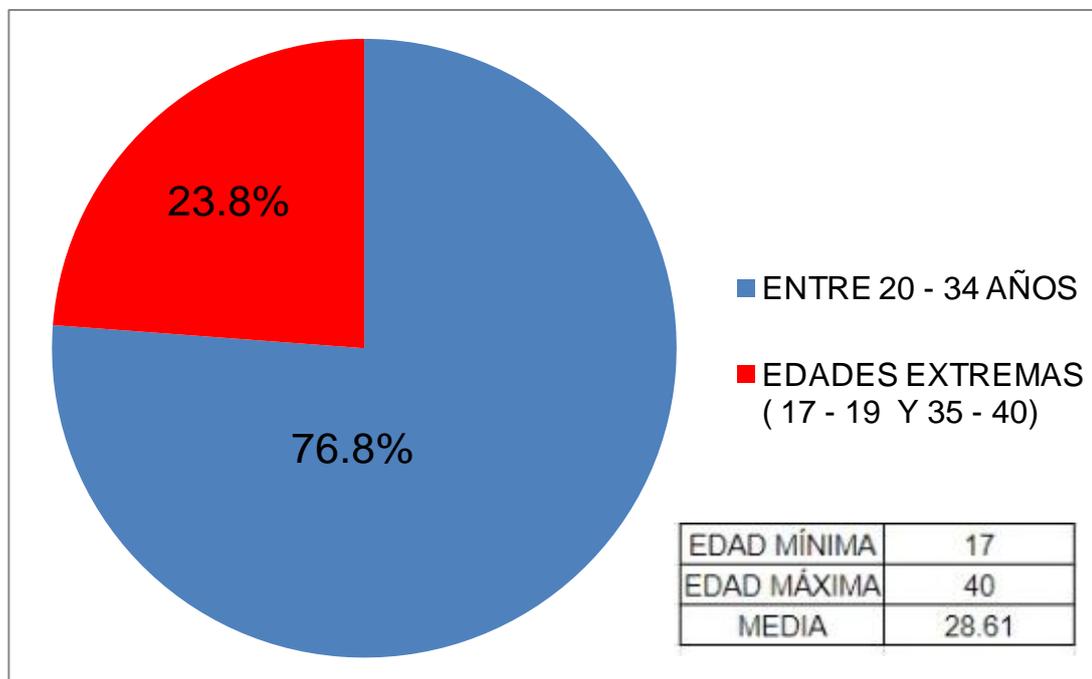
5.1. RESULTADOS

Gráfico 1: Puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé



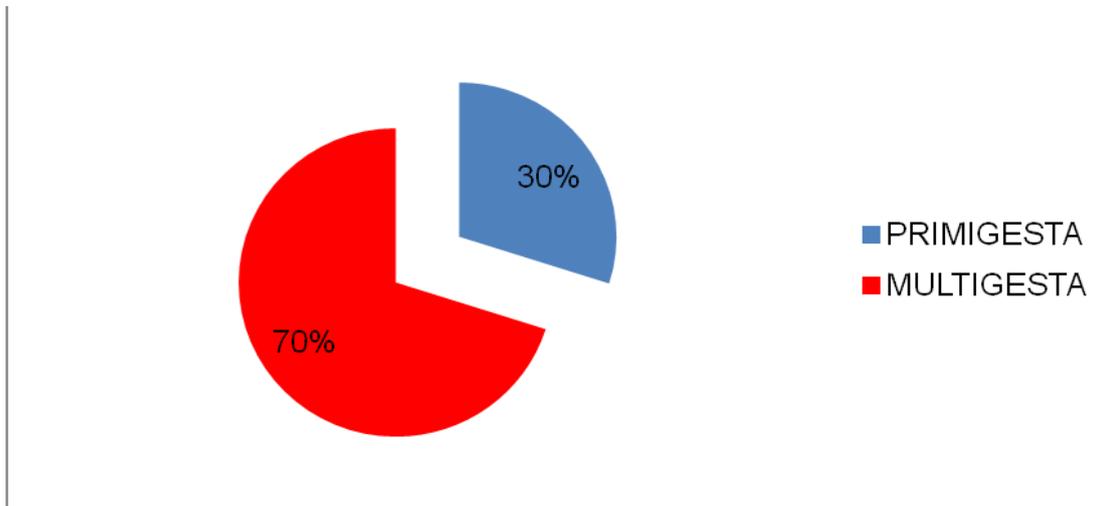
En el gráfico 1. Del total de las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019-Marzo2021, 126 (2%) hicieron atonía uterina y 6177 (98%) no hicieron atonía uterina.

Gráfico 2: Puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con Factor de Riesgo "EDAD MATERNA AVANZADA/JOVEN"



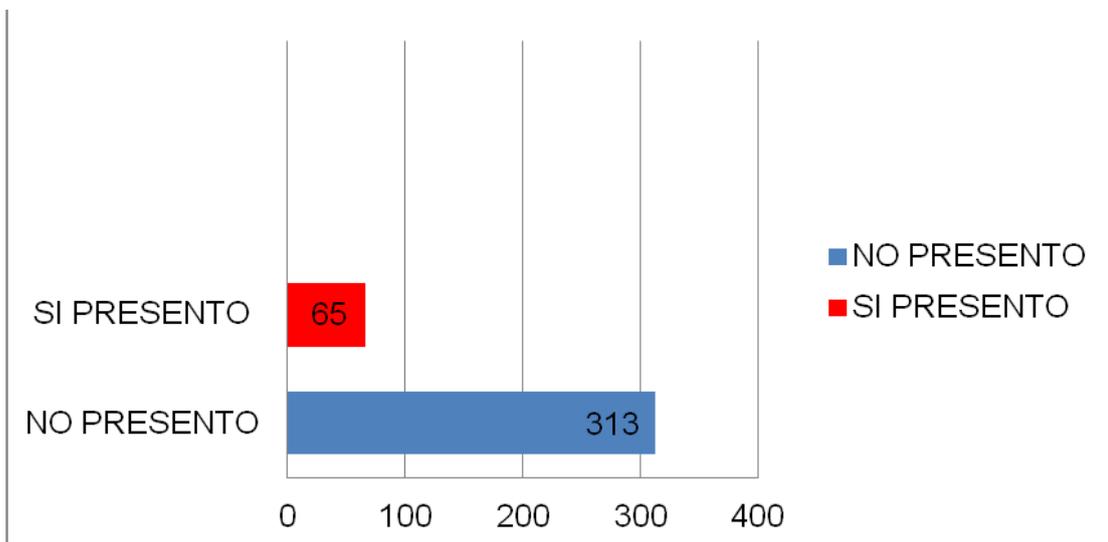
En el gráfico 2. Del total de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019-Marzo2021, que fueron incluidas en el estudio, 90 (24%) presentan Factor de Riesgo "EDADES EXTREMAS" y 288 (76%) no presentan el Factor de Riesgo.

Gráfico 3: Puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con Factor de Riesgo "MULTIGESTA"



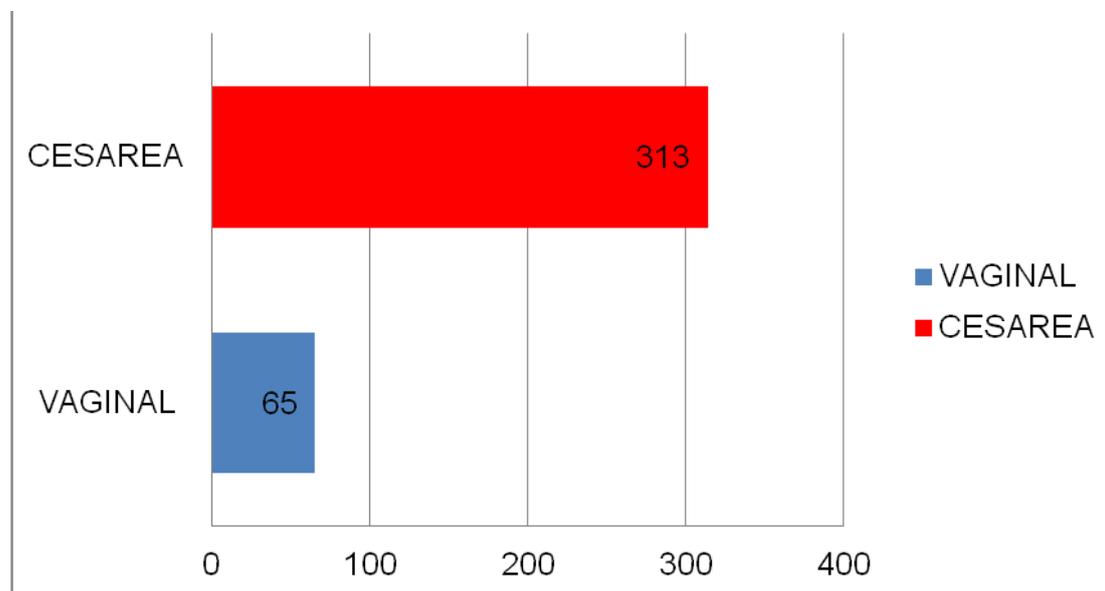
En el gráfico 3. Del total de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019-Marzo2021, que fueron incluidas en el estudio, 265 (70%) presentan Factor de Riesgo "MULTIGESTA" y 113 (30%) no presentan el Factor de Riesgo.

Gráfico 4: Puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con Factor de Riesgo "PARTO PROLONGADO"



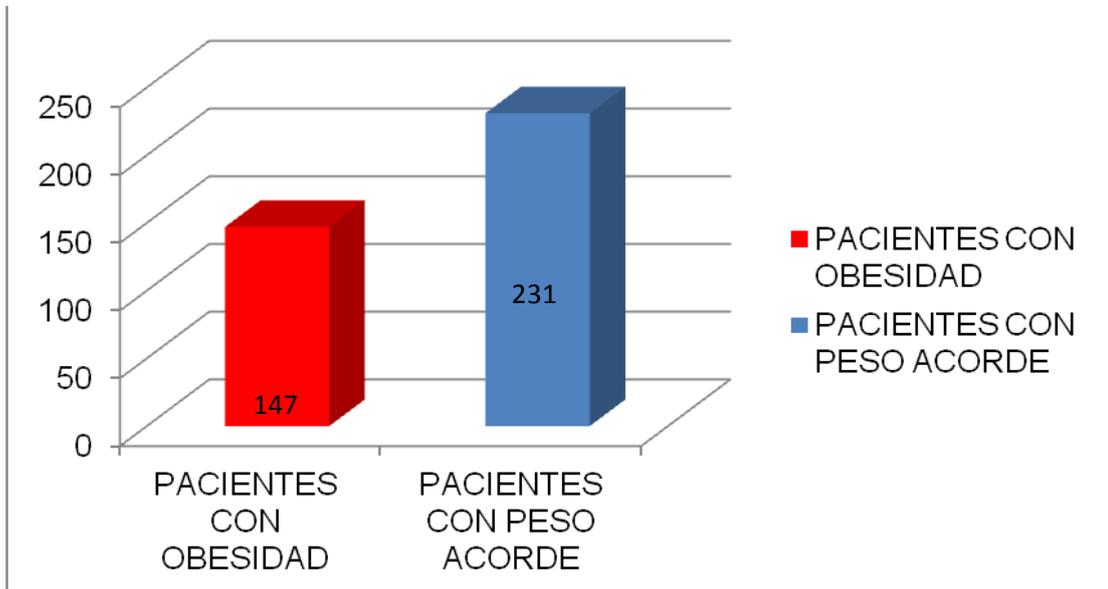
En el gráfico 4. Del total de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019-Marzo2021, que fueron incluidas en el estudio, 65 (17.2%) presentan Factor de Riesgo "PARTO PROLONGADO" y 313 (82.8%) no presentan el Factor de Riesgo.

Gráfico 5: Puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con Factor de Riesgo "CESÁREA"



En el gráfico 5. Del total de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019-Marzo2021, que fueron incluidas en el estudio, 65 (17.2%) presentan Factor de Riesgo "CESÁREA" y 313 (82.8%) no presentan el Factor de Riesgo.

Gráfico 6: Puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con Factor de Riesgo "OBESIDAD MATERNA"



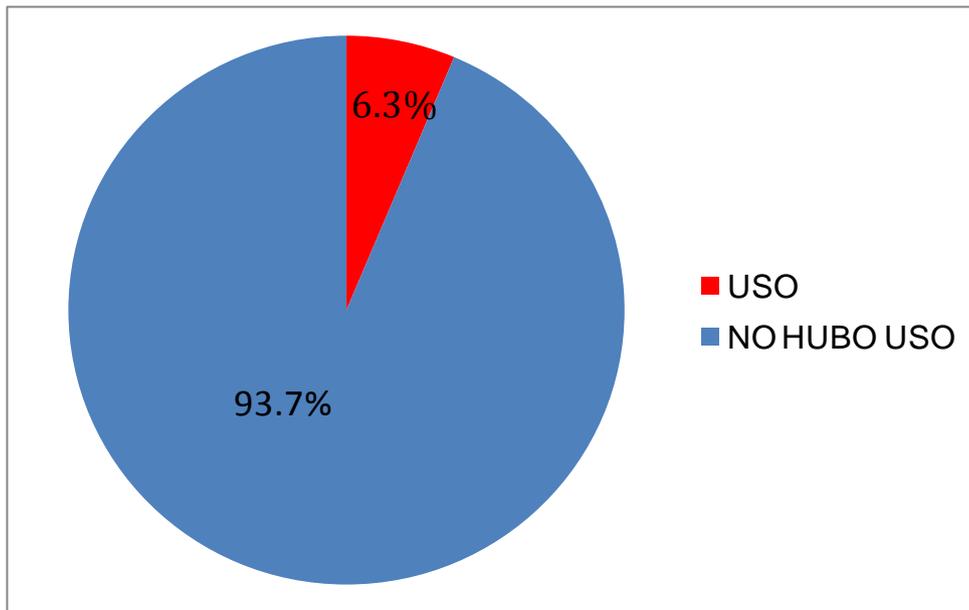
En el gráfico 6. Del total de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019-Marzo2021, que fueron incluidas en el estudio, 147 (38.9%) presentan Factor de Riesgo "OBESIDAD" y 231 (61.1%) no presentan el Factor de Riesgo.

Gráfico 7: Puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con Factor de Riesgo "OXITOCINA"



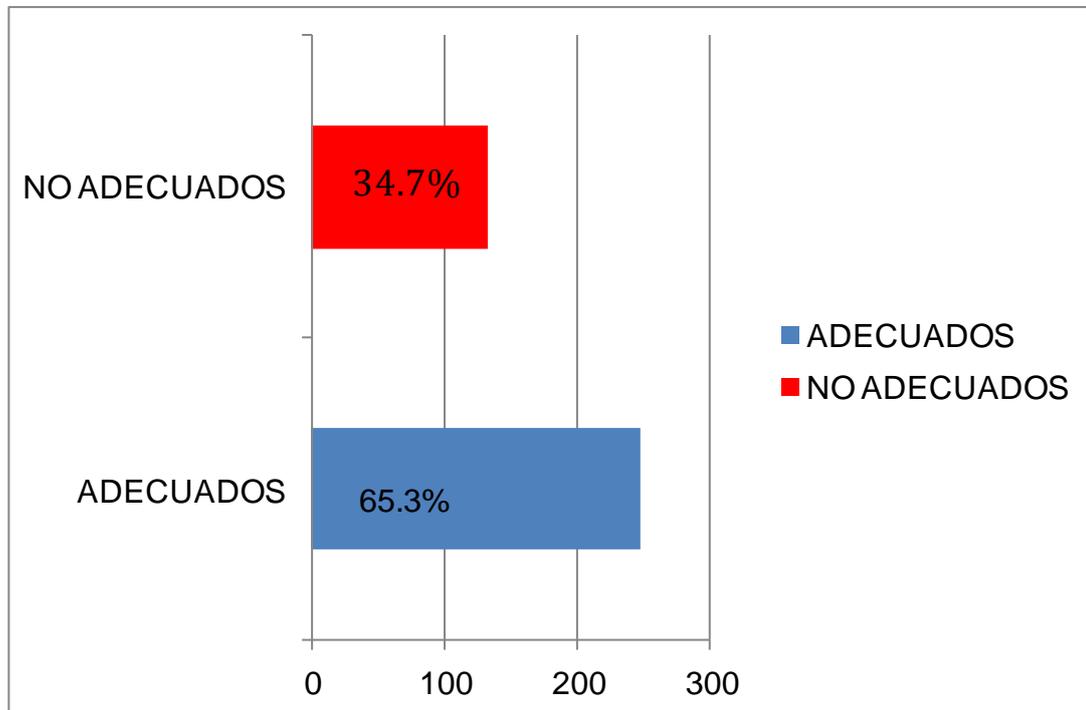
En el gráfico 7. Del total de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019-Marzo2021, que fueron incluidas en el estudio, 79 (20.9%) presentan Factor de Riesgo "OXITOCINA" y 299 (79.1%) no presentan el Factor de Riesgo.

Gráfico 8: Puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con Factor de Riesgo "SULFATO DE MAGNESIO"



En el gráfico 8. Del total de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019-Marzo2021, que fueron incluidas en el estudio, 24 (6.3%) presentan Factor de Riesgo "SULFATO DE MAGNESIO" y 354 (93.7%) no presentan el Factor de Riesgo.

Gráfico 9: Puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con Factor de Riesgo "CONTROLES PRENATALES NO ADECUADOS"



En el gráfico 9. Del total de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019-Marzo2021, que fueron incluidas en el estudio, 131 (34.7%) presentan Factor de Riesgo "CONTROLES PRENATALES NO ADECUADOS" y 247 (65.3%) no presentan el Factor de Riesgo.

Tabla 1: Características de las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019-Marzo 2021

FACTORES	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD MATERNA				
<20 - >35	30	23.8	60	23.8
20-35	96	76.19	192	76.19
PARIDAD				
MULTIGESTA	75	59.52	190	75.39
NO MULTIGESTA	51	40.47	62	24.6
PARTO PROLONGADO				
SI	43	34.12	22	8.73
NO	83	65.87	230	91.26
TIPO DE PARTO				
CESÁREA	105	83.33	208	82.53
VAGINAL	21	16.66	44	17.46
OBESIDAD MATERNA				
SI	52	41.26	95	37.69
NO	74	58.73	157	62.3
ANEMIA MATERNA				
SI	5	3.96	33	13.09
NO	121	96.03	219	86.9
INDUCCIÓN CON OXITOCINA				
SI	36	28.57	43	17.06
NO	90	71.42	209	82.93
USO DE SULFATO DE MAGNESIO				
SI	12	9.52	12	4.76
NO	114	90.47	240	95.23
CPN				
NO ADECUADOS	56	44.44	75	29.76
ADECUADOS	70	55.55	177	70.23

TABLA 2: Análisis bivariado de Factor de riesgo “edad materna” con Atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019 – Marzo 2021

	ATONIA UTERINA		TOTAL
	SI	NO	
<20 - >34	30 (23.80%)	60 (23.80%)	90
20-34	96 (76.19%)	192 (76.19%)	288
TOTAL	126	252	378

OR = 1 (IC 95% 0.605 - 1.652; p1)

En la tabla 2, según los datos analizados, en la población de estudio, la odds de hacer atonía uterina en el grupo con edad materna avanzada/joven fue 1 veces con respecto al grupo a las que no tiene edad materna avanzada/joven. Este resultado no fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 0.605 – 1.652; p1.

TABLA 3: Análisis bivariado de Factor de riesgo “Paridad” con Atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019 – Marzo 2021.

	ATONIA UTERINA		TOTAL
	SI	NO	
MULTIGESTA	51 (40.47%)	62 (24.6%)	113
NO MULTIGESTA	75 (59.52%)	190 (75.39%)	265
TOTAL	126	252	378

OR = 2.084 (IC 95% 1.320 - 3.291; p0.002)

En la tabla 3, según los datos analizados, en la población de estudio, la odds de hacer atonía uterina en el grupo que es multigesta fue 2.084 veces con respecto al grupo que no es multigesta. Este resultado fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 1.320 - 3.291; p0.002.

TABLA 4: Análisis bivariado de Factor de riesgo “Parto prolongado” con Atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019 – Marzo 2021.

	ATONIA UTERINA		TOTAL
	SI	NO	
PARTO PROLONGADO	43 (34.12%)	22 (8.73%)	65
PARTO NO PROLONGADO	83 (65.87%)	230 (91.26%)	313
TOTAL	126	252	378

OR = 5.416 (IC 95% 3.058 - 9.594; p0.01)

En la tabla 4, según los datos analizados, en la población de estudio, la odds de hacer atonía uterina en el grupo que tuvo parto prolongado fue 5.416 veces con respecto al grupo que no tuvo parto prolongado. Este resultado fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 3.058 - 9.594; p0.01.

TABLA 5: Análisis bivariado de Factor de riesgo “Cesárea” con Atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019 – Marzo 2021.

	ATONIA UTERINA		TOTAL
	SI	NO	
CESÁREA	105 (83.33%)	208 (82.53%)	313
VAGINAL	21 (16.66%)	44 (17.46%)	65
TOTAL	126	252	378

OR = 1.038 (IC 95% 0.707 - 1.526; p0.8)

En la tabla 5, según los datos analizados, en la población de estudio, la odds de hacer atonía uterina en el grupo que tuvo parto por cesárea fue 1.038 veces con respecto al grupo que no tuvo parto por cesárea. Este resultado no fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 0.707 - 1.526; p0.8.

TABLA 6: Análisis bivariado de Factor de riesgo “Obesidad materna” con Atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019 – Marzo 2021.

	ATONIA UTERINA		TOTAL
	SI	NO	
OBESIDAD MATERNA	52 (41.26%)	95 (37.69%)	147
NO OBESIDAD MATERNA	74 (58.73%)	157 (62.30%)	231
TOTAL	126	252	378

OR = 1.161 (IC 95% 0.750 - 1.797; p0.5)

En la tabla 6, según los datos analizados, en la población de estudio, la odds de hacer atonía uterina en el grupo que tuvo obesidad materna fue 1.161 veces con respecto al grupo que no tuvo obesidad materna. Este resultado no fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 0.750 - 1.797; p0.5.

TABLA 7: Análisis bivariado de Factor de riesgo “Anemia materna” con Atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019 – Marzo 2021.

	ATONIA UTERINA		TOTAL
	SI	NO	
ANEMIA MATERNA	5 (3.96%)	33 (13.09%)	38
NO ANEMIA MATERNA	121 (96.03%)	219 (86.90%)	340
TOTAL	126	252	378

OR = 2.705 (IC 95% 1.18 - 6.198; p0.019)

En la tabla 7, según los datos analizados, en la población de estudio, la odds de hacer atonía uterina en el grupo que tuvo anemia materna fue 2.705 veces con respecto al grupo que no tuvo anemia materna. Este resultado fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 1.18 - 6.198; p0.019.

TABLA 8: Análisis bivariado de Factor de riesgo “Inducción con oxitocina” con Atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019 – Marzo 2021.

	ATONIA UTERINA		TOTAL
	SI	NO	
INDUCCIÓN CON OXITOCINA	36 (28.57%)	43 (17.06%)	79
NO INDUCCIÓN CON OXITOCINA	90 (71.42%)	209 (82.93%)	299
TOTAL	126	252	378

OR = 1.944 (IC 95% 1.171 - 3.228; p0.01)

En la tabla 8, según los datos analizados, en la población de estudio, la odds de hacer atonía uterina en el grupo que tuvo inducción de parto con oxitocina fue 1.944 veces con respecto al grupo que no tuvo inducción de parto con oxitocina. Este resultado fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 1.171 - 3.228; p0.01.

TABLA 9: Análisis bivariado de Factor de riesgo “Uso de sulfato de magnesio” con Atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019 – Marzo 2021.

	ATONIA UTERINA		TOTAL
	SI	NO	
SULFATO DE MAGNESIO	12 (9.52%)	12 (4.76%)	24
NO SULFATO DE MAGNESIO	114 (90.47%)	240 (95.23%)	354
TOTAL	126	252	378

OR = 2.105 (IC 95% 0.917 - 4.831; p0.079)

En la tabla 9, según los datos analizados, en la población de estudio, la odds de hacer atonía uterina en el grupo a las que les fueron administrado sulfato de magnesio fue 2.105 veces con respecto al grupo a las que no les fueron administrados sulfato de magnesio. Este resultado no fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 0.917 - 4.831; p0.079.

TABLA 10: Análisis bivariado de Factor de riesgo “CPN no adecuados” con Atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019 – Marzo 2021.

	ATONIA UTERINA		TOTAL
	SI	NO	
CPN NO ADECUDOS	56 (44.44%)	75 (29.76%)	131
CPN ADECUADOS	70 (55.55%)	177 (70.23%)	257
TOTAL	126	252	378

OR = 1.88 (IC 95% 1.212 - 2.941; p0.005)

En la tabla 10, según los datos analizados, en la población de estudio, la odds de hacer atonía uterina en el grupo que no tuvieron controles prenatales adecuados fue 1.88 veces con respecto al grupo a las que tuvieron controles prenatales adecuados. Este resultado fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 0.917 - 4.831; p0.005.

TABLA 11: Análisis multivariado de los factores clínico epidemiológicos maternos con Atonía uterina en púerperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo Marzo 2019 – Marzo 2021

VARIABLES	CARACTERÍSTICAS	ATONÍA UTERINA					
		ANÁLISIS BIVARIADO			ANÁLISIS MULTIVARIADO		
		OR CRUDO	IC 95%	p	OR AJUSTADO	IC 95%	p
EDAD	<20 - >35 20-35	1	0.605 – 1.652	1	1.164	0.844 – 1.604	0.354
PARIDAD	MULTIGESTA NO MULTIGESTA	2.084	1.320 - 3.291	0.002	0.75	0.556 - 1.013	0.06
PARTO PROLONGADO	SI NO	5.416	3.058 - 9.594	0.01	2.877	2.084 - 3.972	<0.001
TIPO DE PARTO	CESÁREA VAGINAL	1.038	0.707 - 1.526	0.8	0.94	0.663 - 1.333	0.7
OBESIDAD MATERNA	SI NO	1.161	0.750 - 1.797	0.5	1.314	1.002 - 1.724	0.049
ANEMIA MATERNA	SI NO	2.705	1.18 - 6.198	0.019	0.408	0.194 - 0.858	0.01
OXITOCINA	SI NO	1.944	1.171 - 3.228	0.01	0.69	0.483 - 0.984	0.04
SULFATO DE MAGNESIO	SI NO	2.105	0.917 - 4.831	0.079	1.301	0.827 - 2.046	0.25
CPN	ADECUADOS NO ADECUADOS	1.88	1.212 - 2.941	0.005	1.45	1.11 - 1.895	0.006

En la tabla 11, la odds de hacer atonía uterina en el grupo que fueron multigestas se reduce 0.75 veces con respecto al grupo de las que no fueron multigestas, esto ajustado a las variables parto prolongado, tipo de parto, obesidad materna, anemia materna, inducción con oxitocina, uso de sulfato de magnesio, edad materna avanzada/joven y CPN inadecuados. Este resultado fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 0.556 - 1.013; $p=0.06$.

La odds de hacer atonía uterina en el grupo que tuvieron parto prolongado fue 2.877 veces con respecto al grupo de las que no tuvieron parto prolongado, esto ajustado a las variables paridad, tipo de parto, obesidad materna, anemia materna, inducción con oxitocina, uso de sulfato de magnesio, edad materna avanzada/joven y CPN inadecuados. Este resultado fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% 2.084 – 3.972; $p<0.001$.

La odds de hacer atonía uterina en el grupo que tuvo parto por cesárea se reduce 0.94 veces con respecto al grupo de las que no tuvieron parto por cesárea, esto ajustado a las variables, paridad, parto prolongado, obesidad materna, anemia materna, inducción con oxitocina, uso de sulfato de magnesio, edad materna avanzada/joven y CPN inadecuados. Este resultado no fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 0.483 - 0.984; $p=0.7$

La odds de hacer atonía uterina en el grupo que tuvo obesidad materna fue 1.314 veces con respecto al grupo de las que no tuvieron obesidad materna, esto ajustado a las variables, paridad, parto prolongado, tipo de parto, anemia materna, inducción con oxitocina, uso de sulfato de magnesio, edad materna avanzada/joven y CPN inadecuados. Este resultado fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 1.002 - 1.724; $p=0.049$

La odds de hacer atonía uterina en el grupo con anemia materna se reduce 0.4 veces con respecto al grupo de las que no tuvieron anemia materna esto ajustado a las variables, paridad, parto prolongado, tipo de parto, obesidad materna, inducción con oxitocina, uso de sulfato de magnesio, edad materna avanzada/joven y CPN inadecuados. Este resultado fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 0.194 - 0.858; $p=0.01$.

La odds de hacer atonía uterina en el grupo que tuvo inducción con oxitocina se reduce 0.69 veces con respecto al grupo de las que no tuvieron inducción con oxitocina, esto ajustado a las variables paridad, parto prolongado, tipo de parto, obesidad materna, anemia materna, uso de sulfato de magnesio, edad materna avanzada/joven y CPN inadecuados. Este resultado fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 0.483 - 0.984; p0.04

La odds de hacer atonía uterina en el grupo a las que les fue administrado sulfato de magnesio fue 1.301 veces con respecto al grupo de las que no se le administró sulfato de magnesio, esto ajustado a las variables, paridad, parto prolongado, tipo de parto, obesidad materna, anemia materna, inducción con oxitocina, edad materna avanzada/joven y CPN inadecuados. Este resultado no fue estadísticamente significativo con un intervalo de confianza al 95% de 0.827 - 2.046; p0.25

La odds de hacer atonía uterina en el grupo con edad materna avanzada/joven fue 1.164 veces con respecto al grupo a las que no tiene edad materna avanzada/joven, ello ajustado a las variables paridad, obesidad materna, anemia materna, parto prolongado, inducción con oxitocina, uso de sulfato de magnesio, tipo de parto y CPN. Este resultado no fue estadísticamente significativo IC95% 0.844 – 1.6.04, p0.354.

Por último, la odds de hacer atonía uterina en el grupo con CPN inadecuados fue 1.45 veces con respecto al grupo con CPN adecuados, ello ajustado a las variables paridad, obesidad materna, anemia materna, parto prolongado, inducción con oxitocina, uso de sulfato de magnesio, tipo de parto y edad materna avanzada/joven. Este resultado no fue estadísticamente significativo IC95% 1.11 - 1.895, p0.006

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis general que establece que existe asociación entre los factores clínico-epidemiológicos maternos con atonía uterina, a pesar de que algunas variables no tengan significancia estadística en este estudio.

En este trabajo se encontró que el parto prolongado y los CPN no adecuados presentan una asociación estadísticamente significativa con atonía uterina, tanto en el análisis bivariado como el multivariado. Estos resultados presentan similitud a los hallados por Balki y Wong (2021) quienes en su estudio señalan que los factores de riesgo para atonía uterina incluyen, entre otros, trabajo de parto prolongado; y también con el estudio de Ramos (2021) que señala que los CPN no adecuados son factor de riesgo. Esta concordancia de resultados podría deberse a que un parto prolongado afecta las fibras musculares que componen el miometrio provocando un agotamiento del mismo que conlleva a la falta de contracción, necesaria para la el cierre de las arterias que irrigan la zona. Así mismo, la OMS recomienda un CPN >6 lo cual permite identificar aquellas pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichas complicaciones y así lograr un buen resultado perinatal.

Además, en nuestro estudio el 38.9% presentó obesidad materna, en el análisis bivariado la obesidad no cuenta con significancia estadística, resultado que se ajusta en el análisis multivariado en el que obtuvo un OR 1.314, $p=0.049$. Estos resultados guardan relación con el estudio de Mathey (2016) y Vaquez (2016). Esto podría deberse a que el estado de obesidad es una alteración sistémica, llegando a alterar la composición bioquímica como la falta de calcio intracelular, ion que participa activamente en la contracción muscular, y que en su ausencia genera contracciones menos frecuentes y débiles; al ser un factor de riesgo modificable mediante asesoramiento durante los controles prenatales permitiría disminuir la incidencia de casos de atonía uterina por obesidad materna. Esto podría generar un alto impacto en la mortalidad y morbilidad materno-perinatal.

Por otro lado, los factores paridad, anemia y oxitocina, en el análisis bivariado demostraron asociación (OR 2.084, 2.705, 1.944; respectivamente) con significancia estadística. Sin embargo, esta asociación no se mantuvo al momento de realizar el análisis multivariado. Aun así, no se deben descartar como factores de riesgo para hacer atonía uterina ya que en el estudio de Nyflot (2017) establece que la anemia materna es un factor de riesgo, resultados que guardan similitud con el estudio de Ramos (2021, Perú) y Wetta (2013). Esto se explicaría por el aumento de los niveles de óxido nítrico, hipoxia tisular y la disminución de la presión de oxígeno, el cual generaría una relajación del músculo liso dando lugar a atonía uterina. Así mismo, Nancay (2018) en su estudio, el cual fue realizado en el Hospital Hipólito Unanue, halló asociación entre multiparidad y atonía uterina, resultados que se correlacionan con el de Altamirano (2020, Perú), Gutiérrez (2018, Perú). Esto se debería a que con cada gestación el miometrio se desgasta generando agotamiento de sus fibras, lo que lleva a una contractilidad inadecuada. Además, Lima (2020, Perú) en su estudio demostró que el uso de oxitocina es factor de riesgo para hacer atonía uterina. Esto se explicaría por su efecto directo sobre el miometrio que podrían originar contracciones supra fisiológicas, condicionando un estado de fatiga en el miometrio y, por lo tanto, conducir a la atonía uterina, por esta razón se debe tener cuidado con las gestantes que reciban oxitocina por el riesgo de hemorragia postparto, así lo demuestran otros estudios donde incluyen al uso de oxitocina como factor de riesgo.

Las variables tipo de parto, uso de sulfato de magnesio y edad materna extrema (<20, >35) no obtuvieron significancia estadística con el análisis bivariado ni multivariado. En contraste con los estudios de Meléndez (2016), Carranza (2020) y Altamirano (2020), quienes si encontraron significancia estadística para estas variables en sus estudios. Esta discordancia de resultados podría deberse a diferencias en las características de la población, por ejemplo, los estudios se llevaron a cabo en diferentes lugares (México, Trujillo y Ayacucho), además la media de edad en el estudio de Meléndez fue de 23.08, nuestro estudio

tuvo una edad media de 28.61. Por otro lado, el estudio de Carranza solo incluyó a puérperas de parto por cesárea, en el estudio de Altamirano el 41.38 fue puérpera de parto por cesárea y nuestro estudio incluyó tanto puérperas de parto por cesárea como vaginal. Además, en nuestro estudio solo el 6.3% fue administrado con sulfato de magnesio, en contraste con el estudio de Meléndez que el 100% de su muestra fue administrado con sulfato de magnesio.

Finalmente, las limitaciones que tuvimos durante nuestro trabajo de investigación fueron debido a las restricciones impuestas por el mismo hospital por motivo del estado de emergencia sanitaria en el que nos encontramos, como el horario restringido para poder recabar la información de las historias clínicas, el número de historia clínica por día que el Hospital nos proveía, esta se limitaba a 10 diarias. Por parte de los investigadores la disponibilidad de tiempo era escasa debido a que el estudio se realizó durante el internado médico, en el cual se debía cumplir con los horarios establecidos por los correspondientes establecimientos de salud, acortando así el horario disponible para la revisión de las historias clínicas.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Los factores clínico-epidemiológicos maternos asociados a atonía uterina con significancia estadística en el análisis bivariado y multivariado son: Trabajo de parto prolongado y CPN no adecuados.
- Los factores clínico-epidemiológicos maternos asociados a atonía uterina con significancia estadística con análisis bivariado: paridad, anemia e inducción con oxitocina.
- Los factores clínico - epidemiológicos maternos de atonía uterina sin significancia estadística son: edad avanzada/joven, parto por cesárea, uso de sulfato de magnesio y obesidad materna.

6.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los diferentes niveles de atención de salud tener un mayor alcance en la captación de aquellas pacientes gestantes las cuales presentan factores de riesgo que elevan la posibilidad de presentación de una atonía uterina
- Generar conciencia en la población gestante acerca de la gravedad y afectación de la salud que puede generar la atonía uterina, de tal manera que generaría una mayor responsabilidad en el tema de los controles prenatales, lo que llevaría a que la población gestante vaya a sus controles en las fechas indicadas.
- La capacitación a la población gestante, sobre temas como la buena y correcta alimentación, esto llevado de la mano con servicios como el de nutrición permitiría un mejor manejo de los casos de anemia en gestantes que condiciona no solo condiciona complicaciones maternas sino también fetales.
- Proporcionar facilidades y herramientas al personal de salud en los primeros niveles de atención, incluyendo capacitaciones, para lograr una mayor identificación de las pacientes gestantes con mayor riesgo de atonía uterina y con eso poder tener un mejor manejo de aquellas

gestantes que si requieren una mayor atención debido a sus factores de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machado Collazos OS. Factores asociados a la atonía uterina en puérperas del Hospital Uldarico Rocca Fernández-Villa El Salvador en el período enero-diciembre 2014 [Tesis segunda especialidad] [Internet]. [Perú]: USMP; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2684>
2. Ling Salazar VL. Atonía uterina en embarazadas, factores asociados y complicaciones en el Hospital Universitario 2013-2016 [Tesis pregrado] [Internet] [Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/32489/1/CD-1781-LING%20SALAZAR.pdf>
3. Mortalidad materna [Internet]. Quién.int. [citado el 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
4. Comité Técnico De Salud Materno-Infantil. Texto de capacitación materno-infantil hemorragia postparto IV [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.jica.go.jp/project/spanish/nicaragua/008/materiales/c8h0vm000ccs1fq-att/materiales_04_04.pdf
5. Mathey Cabrera LS. Índice de masa corporal 30 kgm² pregestacional como factor de riesgo para atonía uterina en puerperio inmediato. [Tesis pregrado] [Internet] [Perú]: UPAO; 2017. Recuperado a partir de: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2697>
6. Ruiz OC. Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. 2007. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
7. Organización Mundial de la salud. Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage. [Internet]. 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf
8. Balki M, Wong CA. Refractory uterine atony: still a problem after all these years. Int J Obstet Anesth [Internet]. 2021 [citado el 26 de setiembre de

- 2021];48(103207):103207. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34391025/>
9. Pergialiotis V, Bellos I, Constantinou T, Voskos A, Papapanagiotou A, Loutradis D, et al. Magnesium sulfate and risk of postpartum uterine atony and hemorrhage: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2021[citado el 26 de setiembre de 2021]; 256:158–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.005>
 10. Wei CN, Deng JL, Dong JH, Ping ZP, Chen XZ. The median effective dose of oxytocin needed to prevent uterine atony during cesarean delivery in elderly parturients. *Drug Des Devel Ther* [Internet]. 2020 [citado el 26 de setiembre de 2021]; 14:5451–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/DDDT.S258651>
 11. 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* [Internet]. 2017 [citado el 26 de setiembre de 2021];17(1):17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1217-0>.
 12. Gill P, Patel A, Van Hook JW. Uterine Atony. In: *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing; 2018.
 13. 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* [Internet]. 2013 [citado el 26 de setiembre de 2021];209(1):51. e1-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.03.011>
 14. Meléndez LM. Sulfato de magnesio como factor de riesgo para hemorragia obstétrica [Tesis doctoral] [Internet]. [México]: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2019. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/17509>
 15. Díaz Jiménez M, Ferreiro Hernández L, Esteban Soto J. Predictores de atonía uterina. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2016 [citado el 26 de setiembre de 2021];95(3). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/122>
 16. Ramos Bullón de Gutiérrez CN. Atonía uterina en puérperas atendidas en el centro de salud La Libertad Huancayo 2020 [Tesis segunda

- especialidad] [Internet]. [Perú]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3721>
17. Nancay Capcha SV. Perfil epidemiológico de la hemorragia posparto por atonía uterina en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Mayo–Octubre 2018 [Tesis pregrado] [Internet] [Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/6864>
 18. Altamirano Yaros YR. Atonía uterina: características y tratamiento en el hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019. [Tesis pregrado] [Internet] [Perú]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2020. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3655>
 19. Carranza Balarezo E. Cesárea iterativa como factor de riesgo para atonía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Regional Docente de Trujillo [Tesis pregrado] [Internet] [Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6484>
 20. Lima Melgar LA. Factores de riesgo asociados a atonía uterina en puérperas inmediatas [Tesis pregrado] [Internet] [Perú]: Universidad Peruana Los Andes; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1585>
 21. Ponce de León-Galarza MY. Indicadores clínico-epidemiológicos materno-fetales de atonía uterina en puérperas post cesárea primaria en una clínica privada de agosto 2017-agosto 2018. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2019;19(2), Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19.n2.2072>
 22. Francia Mayorca MA. Factores clínicos relacionados a atonía uterina en puerperas inmediatas Hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano-2017 [Tesis segunda especialidad] [Internet] [Perú]: Universidad de Huánuco; 2019. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/1713>
 23. Gutiérrez Soto FP. Factores predictores para atonía uterina en puérperas del Hospital Regional de Trujillo [Tesis pregrado] [Internet] [Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/4269>

24. Poémape Lozano CM. Factores de riesgos asociados con la presencia de atonía uterina post parto Hospital Tomás Lafora de Guadalupe–La Libertad, 2015-2016 [Tesis pregrado] [Internet] [Perú]: Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/29186>
25. Mathey Cabrera LS. Índice de masa corporal 30 kgm² pregestacional como factor de riesgo para atonía uterina en puerperio inmediato [Tesis pregrado] [Internet] [Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2697>
26. Vasquez Calderon AR. Obesidad materna como factor de riesgo de hemorragia postparto por atonía uterina, Hospital Regional Docente de Trujillo, período 2004-2013. [Tesis pregrado] [Internet] [Perú]: Universidad Nacional de Trujillo; 2016. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1206>
27. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. Quién.int. [citado el 26 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-el-tiempo-dice-quien>

ANEXO 1: ACTA DE APROBACION DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis *“FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS MATERNOS ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. MARZO 2019- MARZO 2021”* que presentan los SR.(A). Naddia Kleopatra Lamas Alférez para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dra. Daisy Dalmira Sánchez Padilla

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

SURCO, 13 DE OCTUBRE DEL 2021



ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis *“FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS MATERNOS ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. MARZO 2019- MARZO 2021”* que presentan los SR(A). Julio Junior Carrasco Alcántara para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dra. Daisy Daluiza Sánchez Padilla

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

SURCO, 13 DE OCTUBRE DEL 2021

ANEXO 2: CARTAS DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Mamuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. Naddia Kleopatra Lamas Alfárez de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Daisy Dalmira Sánchez Padilla
Asesor de tesis

Lima, 13 de octubre, de 2021



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr. Julio Junior Carrasco Alcántara, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dra. Daisy Sánchez Padilla

**ANEXO 3: CARTAS DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS,
FIRMADO POR LA SECRETARIA ACADÉMICA**



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Electrónico N° 2375-2021-FMH-D

Lima, 08 de noviembre de 2021

Señorita
NADDIA KLEOPHATRA LAMAS ALFEREZ
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS MATERNOS ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ MARZO 2019- MARZO 2021", con la propuesta de dos autores desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 28 de octubre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,

Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Electrónico N° 2376-2021-FMH-D

Lima, 08 de noviembre de 2021

Señor
JULIO JUNIOR CARRASCO ALCANTARA
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS MATERNOS ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ MARZO 2019- MARZO 2021", con la propuesta de dos autores desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 28 de octubre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACION DE EJECUCION DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION DEL COMITE DE ETICA EN INVESTIGACIÓN



PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Oficina de Apoyo a Docencia e Investigación



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Lima, 20 de mayo de 2022

OFICIO N° 338-2022-OADI-HONADOMANI-SB

JULIO CARRASCO ALCÁNTARA

Investigador principal

Presente.-

Expediente N°17124-21

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en relación al Proyecto de Investigación titulado:

"FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS MATERNOS ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, MARZO 2019-MARZO 2021".

Al respecto se informa lo siguiente:

El planteamiento del tema, la metodología estadística propuesta, así como el plan de análisis de los resultados a obtener son apropiados para el estudio.

Conclusión:

El Comité Investigación del HONADOMANI San Bartolomé y el Comité Institucional de Ética en Investigación, aprueban de manera expedita el proyecto de Investigación con Exp. N°17124-21

Hago propicia la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"
M.C. J. GONZALO MOSCOSO ALVARADO MD PhD (DR)
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
OADI 7714



GNA/sma
cc. archivo

Av. Alfonso Ugarte 825 4to piso/Lima Perú

Teléfono 2050400 anexo 162

ANEXO 5: ACTA DE APROBACION DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada **"FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS MATERNOS ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. MARZO 2019- MARZO 2021"** que presenta la Señorita NADDIA KLEOPHATRA LAMAS ALFEREZ y el Señor JULIO JUNIOR CARRASCO ALCANTARA para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

MC Patrón Ordoñez Gino
PRESIDENTE

MC Dante Manuel Quiñones Laveriano
MIEMBRO

Dra. Norka Rocío Guillén Ponce
MIEMBRO

Phd, MCR, MD. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

Dra. Daisy Sánchez Padilla
Asesora de Tesis

Lima, 1 de Junio del 2022

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

ATONIA UTERINA

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	renatiqa.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	2%
4	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	2%
5	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
6	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1%
7	1library.co Fuente de Internet	1%
8	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
9	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	
10	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	1%
11	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

NADDIA KLEOPHATRA LAMAS ALFEREZ

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS MATERNOS ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ MARZO 2019- MARZO 2021. CON LA PROPUESTA DE DOS AUTORES.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

**VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS
MODALIDAD VIRTUAL**

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

JULIO JUNIOR CARRASCO ALCANTARA

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS MATERNOS ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ MARZO 2019- MARZO 2021. CON LA PROPUESTA DE DOS AUTORES.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO DEL ESTUDIO	TECNICAS E INSTRUMENTACIÓN
¿HAY FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS MATERNOS ASOCIADOS A LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ EN EL PERIODO MARZO 2019- MARZO 2021?	DETERMINAR SI LOS FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS ESTÁN ASOCIADOS A ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOME EN EL PERIODO MARZO 2019- MARZO 2021.	H0: NO EXISTE asociación entre factores clínico – epidemiológicos materno y atonía uterina en puérperas del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital X en el periodo MARZO 2019- MARZO 2021	DEPENDIENTE: ATONIA UTERINA	Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo casos y controles	Ficha de recolección de datos, historias clínicas.
		H1: SI EXISTE asociación entre factores clínico – epidemiológicos materno y atonía uterina en puérperas del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital X en el periodo MARZO 2019- MARZO 2021	INDEPENDIENTE: GRUPO ETARIO, PARIDAD, TdP PROLONGADO, SULFATO DE MAGNESIO, OBESIDAD, ANEMIA, TIPO DE PARTO, OXITOCINA, CPN		

ANEXO 9: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR	MEDICIÓN
Atonía	Incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto.	DEPENDIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	PRECOZ	SI
					TARDÍA	NO
FACTOR EPIDEMIOLOGICO						
Edad materna	Tiempo de vida en años cumplidos al momento del parto de la madre	INDEPENDIENTE	CUANTITATIVA	ORDINAL	<20 AÑOS	AÑOS
					>35 AÑOS	
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y/o nacidos muertos con más de 22 semanas de gestación por vía vaginal o cesárea	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	PRIMÍPARA	1 gestación
					MULTÍPARA	2 o más gestaciones
FACTORES CLINICOS						
Trabajo de parto prolongado	Falta de progreso en el trabajo de parto, Una fase latente prolongada ocurre durante la primera etapa del parto.	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	>12H	SI
					>12H	NO
Sulfato de	Tratamiento usado en la prevención de	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	USÓ	SI

magnesio	eclampsia				NO USÓ	NO
Anemia Materna	HB de la gestante <11gr/dl	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	<11gr/dl	SI
					<11gr/dl	NO
Tipo de parto	método por el cual se culmina la gestación	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	CESÁREA	SI o NO
					VAGINAL	SI o NO
Obesidad Materna	IMC de la gestante >30	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	>30	SI O NO
CPN	Conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación.	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	>6	SI O NO

ANEXO 10: FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS

FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS MATERNOS ASOCIADOS A LA
ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ MARZO 2019- MARZO 2021

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. Dato general

1. Edad: < 20 años >35 años

II. FACTORES DE RIESGO

1. Paridad: Primígesta Multígesta

2. Anemia materna SI NO

3. Obesidad materna SI NO

4. CPN >6 <6

III. ATENCIÓN DEL PARTO

1. Parto: Vaginal Cesárea

2. Trabajo de parto: >12H <12h

3. Uso de oxitocina: SI NO

4. Uso de sulfato de magnesio: SI NO

III. ATONÍA UTERINA

1. SI

2. NO

ANEXO 11: BASE DE DATOS

Base de datos del estudio disponible en el siguiente link:

https://drive.google.com/file/d/1E2MzhT6qgNS4x_PhH6u-PakaFoSLnBUI/view?usp=sharing