



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Primiparidad añosa como factor de riesgo para Atonía uterina

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Morales Herrera, Sonia Jackelin (orcid.org/0000-0002-4726-6581)

ASESOR:

Dr. Diaz Velez, Cristian (orcid.org/0000-0003-4593-2509)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud materna

TRUJILLO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A mis padres quienes incondicionalmente me han brindado su apoyo en esta etapa académica, ya que gracias a ellos es posible el fruto de este esfuerzo; por su amor incondicional y el ejemplo de perseverancia, esfuerzo y dedicación y enseñarme que Dios está siempre conmigo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar siempre conmigo guiándome durante todos los años de mi vida y darme la sabiduría y la fortaleza para alcanzar mis objetivos.

A mis padres a quienes amo y han sido mi apoyo en todo momento y han creído siempre en mí.

A los doctores quienes me brindaron sus conocimientos y apoyo para enriquecer mi aprendizaje día a día.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	v
Resumen.....	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
III. METODOLOGÍA	8
3.1 Tipo y diseño de investigación	8
3.2 Variables y operacionalización	8
3.3 Población, muestra y muestreo	10
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	11
3.6 Aspectos éticos.....	12
IV. RESULTADOS.....	13
V. DISCUSIÓN	19
VI. CONCLUSIONES	22
VII. RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS.....	24
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Primiparidad añosa como factor de riesgo para Atonía Uterina	13
Tabla 2: Frecuencia de primiparidad añosa en mujeres con y sin atonía uterina en parto vaginal y cesárea.....	14
Tabla 3: Variables intervinientes como factores de riesgo para Atonía Uterina	16
Tabla 4: Análisis multivariado de la atonía uterina ajustado por las variables intervinientes. .	18

RESUMEN

Objetivo: determinar si la primiparidad añosa es factor de riesgo para desarrollar atonía uterina.

Metodología: Analítico, observacional, retrospectivo de caso y control con una relación de 1:1 aplicada a una población que está conformada por 154 puérperas añosas con y sin diagnóstico de Atonía uterina, cumpliendo según los criterios de selección. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante chi-cuadrado.

Resultados: La primiparidad añosa es factor de riesgo para desarrollar atonía uterina, OR IC (95%) 5.691, con significancia estadística ($p < 0,05$), El parto vaginal es factor de riesgo con OR IC (95%) 2.914, pero no está asociado al desarrollo de Atonía uterina en presencia de primiparidad añosa $p = 0.057$. El parto por cesárea es factor de riesgo para desarrollar atonía uterina en las primíparas añosas con OR IC (95%) 8.797, con una significancia estadística $< 0,001$. El análisis multivariado mediante regresión logística demostró que la macrosomía fetal, el embarazo múltiple y el uso de oxitocina fueron predictores significativos de aparición de atonía uterina ($p < 0,05$), sin embargo, no demuestran ser factores de riesgo para su desarrollo ($OR < 1$).

Conclusiones: La primiparidad añosa es factor de riesgo para desarrollar atonía uterina.

Palabras clave: *Primiparidad añosa, factor de riesgo, Atonía uterina.*

ABSTRACT

Objective: to determine if early primiparity is a risk factor for developing uterine atony.

Methodology: Analytical, observational, retrospective case and control with a 1:1 ratio applied to a population that is made up of 154 elderly postpartum women with and without a diagnosis of Uterine Atony, meeting the selection criteria. The data were statistically analyzed using chi-square.

Results: Early primiparity is a risk factor for developing uterine atony, OR CI (95%) 5,691, with statistical significance ($p < 0.05$), Vaginal delivery is a risk factor with OR CI (95%) 2,914, but It is not associated with the development of uterine atony in the presence of elderly primiparity $p = 0.057$. Delivery by cesarean section is a risk factor for developing uterine atony in elderly primiparous women with OR CI (95%) 8,797, with a statistical significance < 0.001 . The multivariate analysis using logistic regression showed that fetal macrosomia, multiple pregnancy and the use of oxytocin were significant predictors of the appearance of uterine atony ($p < 0.05$), however, they do not prove to be risk factors for its development ($OR < 1$).

Conclusions: Early primiparity is a risk factor for developing uterine atony.

Keywords: Early primiparity, risk factor, Uterine atony

I. INTRODUCCIÓN

La atonía uterina está definido a la condición del útero del ser incapaz de contraerse seguidamente del alumbramiento, esta condición da como resultado una falta de hemostasia en la región placentaria, lo que conduce a un sangrado excesivo en el post parto inmediato que sobrepasa los 500 ml por hora en un parto producido por la vagina y en el parto abdominal supera los 1000 ml; ambas ocurridas en las primeras 24 horas de la intervención, lo cual establece una verdadera emergencia ya que este sangrado se asocia con síntomas clínicos que conducen a depleción del volumen sanguíneo, inestabilidad hemodinámica y shock hemorrágico, determinando la más importante causal de mortalidad materna en todo el planeta^{1,2,3}.

El mayor porcentaje de mortalidad materna suceden en las primeras cuatro horas posteriores al nacimiento del feto y son provocadas por problemas que surgen durante la tercera etapa del trabajo de parto. Una de las complicaciones más comunes es la atonía uterina, que afecta a uno de cada 20 partos, o alrededor del 5% de todos los partos, provocando el 80 al 90 por ciento de las hemorragias continuas e inevitables que ocurren sin previo aviso y pueden provocar la muerte en dos horas si no hay atención médica inmediata por lo que la mujer tiene poca o nula posibilidad de salvar su vida, lo que representa el 50 por ciento de muertes maternas en los países de desarrollo intermedio; de tal forma que prevenir la hemorragia posterior al trabajo de parto por atonía uterina establece un plan fundamental para disminuir la mortalidad materna^{4,5,6,7,8}.

Dentro de los factores determinantes que intervienen para la formación de atonía uterina después del parto, está la primiparidad en edad avanzada, debido a que actualmente, existe una inclinación de las mujeres a postergar el embarazo hasta más adelante, debido a las variaciones culturales y socioeconómicas que acontecen en el mundo moderna. La exploración de una educación superior y la superación profesional es la principal causa de esta tendencia; es por esta razón que el deseo de la mujer de quedar embarazada a una edad avanzada (más de 35 años) ha logrado convertirse en un problema de salud materna y prenatal ya que amenaza la vida de la madre tanto

como del feto, hasta causarles la muerte, debido al envejecimiento del sistema reproductivo femenino^{9,10,11,13,14}

Según los informes, la edad materna avanzada afecta aproximadamente al 1,5 por ciento de todos los embarazos, pero el porcentaje exacto puede diferir según la población a investigar. Por ejemplo, durante el periodo del 2016, el Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú, en sus estadísticas muestra que se produjeron 21.983 nacimientos por año, entre ellos 4.300 (19.56%) embarazos fueron de mujeres ≥ 35 años de edad y 1222 (4.89%) fueron de mujeres ≥ 40 años de edad^{9,10}.

Debido a lo expuesto se plantea el siguiente problema: ¿Es la primiparidad añosa factor de riesgo para desarrollar atonía uterina?

En los últimos tiempos, esta complicación obstétrica (atonía uterina) ha sido el factor principal del 80-90% de las hemorragias posparto, que pueden ocurrir repentinamente y provocar la muerte. Esto plantea un grave problema para el sistema mundial de salud pública si no se brinda ayuda médica inmediata, a más tardar dos horas después de iniciar el sangrado; por eso es muy importante precisar si la primiparidad añosa es factor de riesgo a desarrollar atonía uterina ya que podemos tener una mejor comprensión del riesgo de esta complicación obstétrica y, a su vez, contribuir a futuros abordajes dando a conocer si esta condición está asociada o no al desarrollo de esta complicación y mejorar la promoción, prevención y detección temprana de mujeres primíparas en edad avanzada, lo que permitirá su adecuado y oportuno abordaje de atención obstétrica y contribuir a aumentar la eficacia del sistema de salud. Se ha demostrado que los riesgos de las complicaciones relacionadas con la maternidad añosa disminuyen significativamente si la madre goza de buena salud y recibe la atención adecuada¹⁴.

Se plantea como **objetivo general**: Determinar si la primiparidad añosa es un factor de riesgo para desarrollar atonía uterina; así también como **objetivos específicos**: Identificar si la primiparidad añosa es un factor de riesgo para desarrollar atonía uterina en parto por vía vaginal. Identificar si la primiparidad añosa es un factor de riesgo para

desarrollar atonía uterina en parto abdominal (cesárea). Realizar análisis de ajuste de la asociación de atonía uterina según las variables intervinientes.

Las hipótesis planteadas fueron: H1: La primiparidad añosa si es factor de riesgo para la formación de atonía uterina. H0: La primiparidad añosa no es factor de riesgo para la formación atonía uterina.

II. MARCO TEÓRICO

Thepampan W, et al. exploraron factores determinantes relevantes a la formación de HPP en las mujeres embarazadas, las cuales se sometieron a un parto transvaginal en un hospital comunitario fronterizo entre Tailandia y Myanmar en el norte de Tailandia entre los años 2014 y 2018, realizando un estudio exploratorio anidado de casos y controles a fin de explorar los factores de riesgo de HPP dentro de las 24 horas posteriores al parto. Utilizaron la regresión logística condicional multivariable para determinar los factores determinantes significativos para la formación de HPP y HPP grave. De 4774 mujeres con partos vaginales, hubo 265 (5,55%) casos de HPP. Se identificaron los siguientes factores como predictores independientes de HPP y HPP grave: embarazo de edad avanzada ≥ 35 años (OR:2.82[IC95% 1.37, 5.81]), nulíparas (OR: 3.17[IC95%2.19, 4.59]), peso fetal > 4000 g (OR:5.92[IC95% 1.72, 20.37])¹⁸.

Nigussie J, et al. estimaron la magnitud combinada de la hemorragia posparto y el tamaño del efecto combinado de los factores asociados en Etiopía. Esta revisión sistemática y metaanálisis se ejecutó siguiendo los componentes de referencia preferencial para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA). Realizaron búsquedas en estudios primarios en diferentes bases de datos y se utilizó un modelo de metaanálisis de efectos aleatorios. Esta investigación incluyó 21 estudios primarios con un total de 93 898 participantes. La magnitud combinada de la hemorragia posparto en Etiopía fue del 8,24 % y la a edad materna avanzada [OR 5,03 (IC del 95 % 2,77, 9,15)], fue un factor asociado a la ocurrencia de hemorragia posparto¹⁹.

Guardo P; en su estudio realizado en un hospital privado al norte de Colombia en la ciudad de Cartagena durante el 2018, determinó por medio de una investigación

cuantitativo observacional analítico, de tipo casos y controles, factores determinantes relacionados con la hemorragia después del trabajo de parto generado por la aparición de atonía uterina en las puérperas atendidas en la clínica mencionada anteriormente. Se realizó un estudio bivariado a fin de determinar la tendencia de asociación utilizando un chi cuadrado y una estimación de $p < 0.05$. Para los casos se consideraron 30 historias clínicas y como controles se consideraron 61 historias clínicas. La aparición de HPP por presencia de atonía uterina se correlacionó significativamente con la edad igual o más de 35 años (OR10.7;IC95%:4.6-14.2), tres partos a más por vía vaginal realizados anteriormente (OR7.6;IC95%:4.6-18.97), embarazo numeroso (OR1.5;IC95%:1.2-1.7)²⁰.

Sarka Lisonkova, et al. En su investigación analítica de caso - control, examinaron la pérdida sanguínea, los factores determinantes y la ejecución del periodo de alumbramiento del trabajo de parto asociada al inicio del sangrado posterior al parto atónica en pacientes de 8 hospitales de atención de tercer nivel en Canadá entre los años 2011 y 2013; de los cuales se obtuvieron resultados donde los factores determinantes para hemorragia posparto atónica fue la nuliparidad con 62,8%, parto vaginal después de una cesárea y el uso de oxitocina 95,04% ($p < 0,008$), sin embargo la edad materna avanzada, obesidad, el embarazo multifetal, la inducción del parto y la realización de cesárea no explica el aumento en la aparición de hemorragia posparto atónica²¹.

Ponce de León G; por medio de una investigación observacional, retrospectivo de tipo caso-control, identificó si existe relación a través de diferentes variables como clínico epidemiológicos, maternas y fetales y el desarrollo de atonía uterina en puérperas después de una cesárea asistidas en una clínica particular en los años 2017 y 2018. Por medio de una relación de caso-control de 1:2 aplicada en una población que estaba conformada por 318 pacientes a las que se les realizó cesárea durante el embarazo. Obteniendo como resultados factores determinantes para desarrollar atonía uterina y la consiguiente hemorragia post parto como: mayores de 30 años de edad (OR 1.67;

IC95%:0.99-2.80), gestación múltiple (OR 6.52; IC95%:0.67-62.62), macrosomía (OR 6.28; IC95%:2.30-17.09)²².

Gil Cusirramos M; por medio de su estudio de caso - control, analítico y retrospectivo ejecutado en el Hospital Almenara Irigoyen en el transcurso del año 2015, identificó factores determinantes para el posterior desarrollo para hemorragia posparto inmediato producido por atonía uterina, con una relación de caso y control de 1:1; la población se halló conformada por 160 puérperas donde tuvieron factores determinantes con significancia para generar hemorragia después del parto causado por la presencia de atonía del útero , como puérperas mayor a 30 años de edad (OR3.64; IC95%:1.8-70), multiparidad (OR2.17; IC 95%:1.14-4.10), cesárea (OR6.64; IC95% 2.56-17.1) y embarazo numeroso (OR2.15; IC95%:1.11-4.17), siendo la más común con un 65.4%²³.

Flores L; por medio de su investigación retrospectivo de casos y controles, se identificaron componentes determinantes para desarrollar hemorragia después del trabajo de parto inmediato en pacientes atendidas durante los años 2016 y 2017 en el Hospital PNP Sáenz, en el que se empleó una relación de caso-control de 1:2. La población se halló conformada por 60 puérperas; en la cual se evidenció que la edad igual o superior a 35 años (OR7.9; IC95%:2.31-26.9), multiparidad (OR7.42; IC 95%:2.07-26.55) y la cesárea (OR8.3; IC95%:2.31-29.87) tuvieron significancia como factores determinantes para desarrollar HPP inmediato²⁴.

La atonía uterina está definida como una condición del útero de no poder contraerse después del parto con la consiguiente expulsión del feto. Esta condición da como resultado una deficiencia de hemostasia en la región placentaria, lo cual conduce a un sangrado desmedido que supera los 500 ml por hora después del trabajo de parto si se trata de un parto normal, en otras palabras, un parto vaginal; en cambio, en los partos por cesárea, el sangrado supera los 1000 ml después dentro de las primeras 24 horas del procedimiento, lo cual establece una verdadera emergencia ya que este sangrado se asocia con síntomas clínicos que conducen a depleción del volumen

sanguíneo, inestabilidad hemodinámica y shock hemorrágico, determinando la más importante causal de mortalidad materna en todo el planeta^{1,2,3,29,30} .

La causa principal para la atonía en el útero es un mal funcionamiento del mecanismo fisiológico que regula la contracción y retracción del útero, lo que resulta en la falla de la hemostasia fisiológica después del parto fetal. También es provocado por un útero agrandado, por la presencia de corioamnionitis, agotamiento o fatiga uterina y muscular, el uso de relajantes uterinos entre otras^{1,2,3}

Los factores de riesgo que influyen para su desarrollo son sobredistensión uterina (causada por gestaciones múltiples, presencia de hidramnios y macrosomías); debilitamiento muscular (causado durante la dilatación en el parto extremadamente veloz, así como también por gran múltipara), formación de corioamnionitis (por la presencia de fiebre y el desarrollo de la RPM prolongada), edad (jóvenes y mayores) y el número de embarazos (Nulíparas, Primíparas, múltiparas)^{25,26,27,28}.

Entre sus manifestaciones iniciales tenemos la hemorragia posparto inmediato y útero blando no contraído y entre los signos y síntomas ocasionales tenemos taquicardia, vasoconstricción que originará hipotensión hasta un shock hemorrágico. El examen físico revelará abundante sangrado en la región transvaginal, el cual será de color rojo brillante no doloroso; la palpación del útero revelará aumento de tamaño y flacidez con escasa o ninguna contestación a la estimulación manual; por otro lado, la examinación del canal de parto revelará un cuello uterino dilatado sin signos de laceraciones^{26,27,28}.

En conclusión, el desarrollo de la atonía uterina se puede reconocer por un útero blando e hinchado en el examen manual, así como por la presencia de coágulos y sangrado en el transcurso del masaje uterino.

La definición de edad materna avanzada (EMA), está establecida desde el año 1958 por parte de nuestra Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) a todo embarazo la cual ocurre a los 35 años de edad a más. Las circunstancias que impactan en el crecimiento del porcentaje de gestación en mujeres con edad materna avanzada, lo cual estipulan a diversos factores intencionados y no intencionados como

formar una familia a años posteriores, el controlar la natalidad a través del uso de métodos anticonceptivos, el progreso tecnológico a fin de una reproducción asistida en edades mayores, el incremento del porcentaje de divorcios consecutivo de nuevas parejas con deseo de tener sus propios hijos, el anhelo de tener una familia numerosa, la falta del uso de métodos anticonceptivos o no acudir a planificación familiar después de los 35 años, y principalmente por la búsqueda de una mayor formación educativa para el progreso profesional de las mujeres; por este motivo las impulsan a retardar la maternidad para años posteriores^{9,10,11,13,14}.

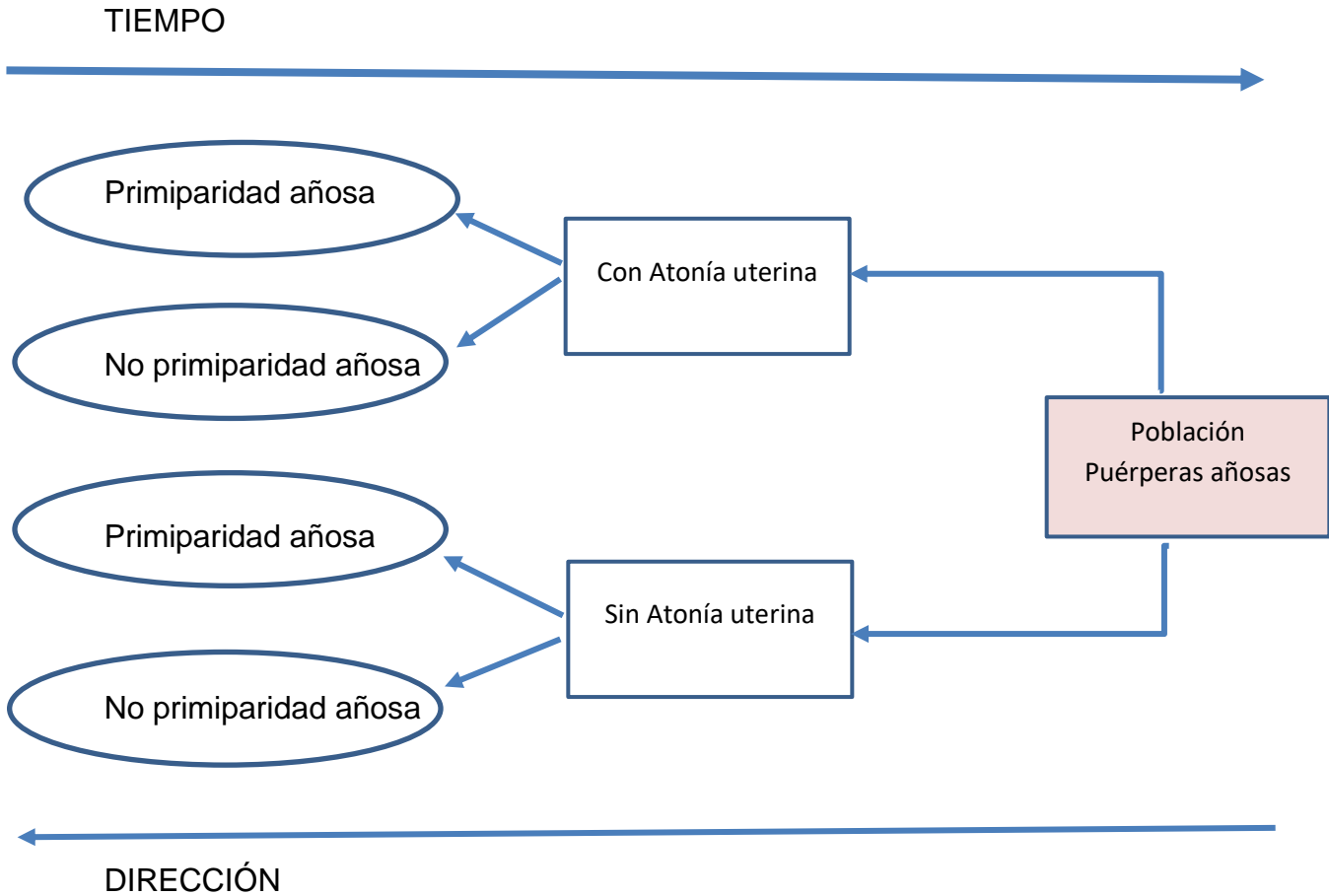
Estudios demuestran que la prevalencia de obesidad, diabetes gestacional, hipertensión gestacional, restricción de crecimiento uterino, y complicaciones posparto como atonía uterina son mayor en mujeres de edad avanzada (35 años a más) por esta razón se convirtió en un dilema de salud materna y prenatal^{14,15,16,17}.

La primiparidad de edad avanzada se define como la primera maternidad a los 35 años a más y denota un embarazo de alto riesgo, diferentes causas contribuyen a esta decisión como un componente psicológico en que la mujer decide tener una vida sexual activa sin la ilusión de tener un hijo; las modificaciones que fisiológicamente atacan en los tejidos al transcurrir los años; la considerable exposición a enfermedades en mujeres a temprana edad (sífilis, afecciones cardíacas y renales, hipertensión, miomas); la disminución de mucosas de los tejidos que da como resultado su posterior endurecimiento.

III. METODOLOGÍA:

3.1 Tipo y diseño de investigación:

Analítico, observacional, retrospectivo de caso-control.



3.2 Variables y operacionalización:

3.2.1 Variable Dependiente: Atonía uterina. **Variable Independiente:** Primiparidad añosa.

3.2.2 Variables Intervinientes: Uso de oxitocina en el trabajo de parto, gestación múltiple, macrosomía fetal.

3.2.3 Operacionalización de variables:

Variable		Dimensión	Indicador	Escala de Medición
DEPENDIENTE	Atonía uterina	SI / NO	Útero blando Perdida de sangre mayor de 500 mL en parto vaginal o mayor de 1 000 mL en una cesárea	Cualitativa Nominal
	Primiparidad añosa	SI / NO	Puérpera primípara \geq 35 años	Cualitativa Nominal
	Vía de culminación de parto	Vía vaginal Cesárea	Atención del parto	Cualitativa Nominal
INTERVINIENTE	uso de oxitocina en trabajo de parto.	SI / NO	Uso de oxitocina	Cualitativa Nominal
	Gestación múltiple	SI / NO	\geq 2 fetos	Cualitativa Nominal
	Macrosomía fetal	SI / NO	Peso fetal > 4000 gr.	Cualitativa Nominal

3.3 Población, muestra y muestreo:

3.3.1 Población: Conformado por el total de las mujeres añosas asistidas en Gineco-Obstetricia de un hospital durante los años 2015 al 2022.

Criterios de inclusión de los expuestos:

- Primíparas añosas (≥ 35 años)
- Partos por cesárea
- Partos por vía vaginal

Criterios de inclusión de los no expuestos:

- Multíparas añosas (≥ 35 años)
- Partos por cesárea
- Partos por vía vaginal

Criterios de exclusión:

- Primíparas añosas con enfermedades Asociadas, como Coagulopatía
- Puérperas con hemorragia post parto por otras causas: Retención placentaria, lesión de canal de parto, inversión uterina.
- Puérperas con hemorragia post parto posterior a las 24 horas del procedimiento.
- Puérperas con historias clínicas incompletas que falten factores determinantes para atonía uterina.

3.3.2 Tamaño de la muestra: Se usó el EPIDAD gratuito versión 3.1, por medio de una potencia del 80 por ciento, igual que un nivel de confianza del 95 por ciento, a través de una proporción de casos expuestos del 32% según Thepampan W, et al¹⁸., y una proporción de controles no expuestos de 12% Según Távara A, et al²¹., obteniendo un tamaño muestral de 77 casos y 77 controles con un OR esperado de 1.882.

3.3.3 Muestreo: No probabilístico de muestreo intencional consecutivo; intencional ya que va permitir seleccionar solo aquellos pacientes que cumplan con las variables planteadas en este estudio de investigación, y consecutivo ya

que se va reclutar casos de manera casual hasta que se complete el tamaño de muestra deseado.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

3.4.1 Técnica: Fue a través de un análisis documental mediante una exploración de todas las historias clínicas obtenidas por las oficinas de estadística del hospital.

3.4.2 Instrumento: Se realizará mediante una hoja de recolección de datos que abarca 5 partes: edad de la gestante, paridad, factores de riesgo, tipo de trabajo de parto, el curso de atonía en el útero y alguna observación encontrada en la historia. Esta hoja será elaborada por la investigadora.

3.4.3 Procedimiento: El proyecto se presenta primero al comité de ética para su aprobación y luego lo aprueba la junta de la facultad de medicina; simultáneamente se solicita el permiso al hospital para la realización de la investigación; una vez obtenido se acude a las oficinas de estadística donde el responsable del área nos da acceso a la base de datos CIE 10 O72.1, se revisa la historia clínica de cada puérpera para definir su edad y paridad con el objetivo de identificar la variable primiparidad añosa, luego se procede a juntar el reporte obtenido en una hoja de datos, considerando la técnica de selección ya mencionada anteriormente respetando los diferentes criterios.

3.5 Métodos de análisis de datos:

Toda la información ingresados en la hoja de datos se presentarán mediante tablas de frecuencia absoluta y porcentual, seguido de un análisis univariado de casos y controles. Se realiza la prueba de validez estadística chi-cuadrado como análisis bivariado de acuerdo con los valores estimados, se calcula la evaluación de riesgo de todas las variables independientes e intervinientes con el diagnóstico de atonía uterina mediante el Odd ratio al igual que en el análisis multivariante donde se evalúa la asociación de la variable independiente con las variables intervinientes de acuerdo con las relaciones modificantes con intervalos de confianza del 95 por ciento.

3.6 Aspectos éticos:

El estudio de investigación será aprobado por la Unidad de Investigación de la Universidad, así como también por el comité de ética del Hospital Regional Docente de Trujillo, y se realizará de acuerdo con los estándares de las Normas de Ética en Investigación, tomado en consideración por las normas nacionales e internacionales, que establecen normas de éticas para la investigación médica en personas, dadas detalladamente en la declaración de Helsinki de la AMM³², Reglamento de ensayos clínicos del INS³³ y el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú³⁴. Dado que este estudio es de naturaleza descriptiva, se protegerá la privacidad y la información de todas los pacientes y se tratará con respeto todo el reporte recopilado de las historias clínicas a fin de garantizar la efectividad de los resultados³⁵.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Primiparidad añosa como factor de riesgo para Atonía Uterina

			ATONIA UTERINA		Total
			No	Si	
PRIMIPARI DAD AÑOSA	No	fi	43	14	57
		%	55,8%	18,2%	37,0%
	Si	fi	34	63	97
		%	44,2%	81,8%	63,0%
Total		fi	77	77	154
		%	100%	100%	100%
X² = 23.42		p= <0.001	OR (95%) = 5.691 (2.734 – 11.848)		

Fuente: Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) - Hoja de recolección de datos 2015-2022.

Interpretación: La frecuencia de primiparidad añosa en mujeres con atonía uterina fue el 81,8% mientras las que no desarrollaron atonía uterina fueron el 44,2%. El odds ratio calculado mediante la prueba de chi-cuadrado fue de 5.691, que se ubica dentro del intervalo de confianza al 95% (2.734 – 11.848) con una significancia de $p < 0.001$; lo que sugiere que hay 5.691 veces más riesgo de poseer atonía uterina en presencia de primiparidad añosa.

Tabla 2: Frecuencia de primiparidad añosa en mujeres con y sin atonía uterina en parto vaginal y cesárea

TIPO DE PARTO				ATONIA UTERINA		Total	P	OR IC (95%)
				NO	SI			
C E S A R E A	PRIMI PARID AD AÑOS A	NO	fi	26	7	33	<0.01	8.79 7 (3.26 2 – 23.7 72
			%	57,8 %	13,5 %	34,0 %		
		SI	fi	19	45	64		
			%	42,2 %	86,5 %	66,0 %		
P A R T O V A G I N A L	PRIMI PARID AD AÑOS A	NO	fi	17	7	24	0.057	2.91 4 (0.95 5 – 8.89 1)
			%	53,1 %	28,0 %	42,1 %		
		SI	fi	15	18	33		
			%	46,9 %	72,0 %	57,9 %		

Fuente: Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) - Hoja de recolección de datos 2015- 2022.

Interpretación: Según el análisis de la tabla 2, relacionada al tipo de parto y la Atonía Uterina en presencia de Primiparidad añosa, se encontró que un 86.5% y un 42,2% de primíparas añosas desarrollan atonía uterina en parto por cesárea, y un 42,2% de primíparas añosas no desarrollan atonía uterina por parto por cesárea. Obteniendo una significancia estadística $<0,001$ y un odds ratio con intervalo de confianza al 95% de 8.797 (3.262 – 23.772), lo que sugiere que hay 8.797 veces más riesgo de poseer atonía uterina en presencia de parto por cesárea en primíparas añosas.

Por otro lado, un 72 % de primíparas añosas desarrollaron atonía uterina por parto vaginal y un 46,9% de primíparas añosas no desarrollaron atonía uterina por parto vaginal. Obteniendo una significancia estadística $p<0,057$ y un odds ratio con intervalo de confianza al 95% de 2.914 (0.955 – 8.891), lo que sugiere que, si es factor de riesgo, pero no está asociada al desarrollo de atonía uterina en las primíparas añosas.

Tabla 3: Variables intervinientes como factores de riesgo para Atonía Uterina

VARIABLES INTERVINIENTES			ATONIA UTERINA		P	OR (95%)	IC
			NO (n=77)	SI (n=77)			
MACROSO MÍA FETAL	NO	Fi	72	60	p = 0.006	4.080 (1.422 – 11.710)	–
		% del total	93,5%	77,9%			
	SI	Fi	5	17			
		% del total	6,5%	22,1%			
GESTACIÓ N MÚLTIPLE	NO	Fi	70	58	p = 0.010	3.276 (1.288 – 8.335)	–
		% del total	90,9%	75,3%			
	SI	Fi	7	19			
		% del total	9,1%	24,7%			
USO DE OXITOCIN A	NO	Fi	73	63	p = 0.012	4.056 (1.270 – 12.952)	–
		% del total	94,8%	81,8%			
	SI	Fi	4	14			
		% del total	5,2%	18,2%			

Fuente: Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) - Hoja de recolección de datos 2015-2022.

Interpretación: Según el análisis de la tabla 3, la frecuencia de macrosomía fetal con atonía uterina fue el 22,1%, mientras que la frecuencia de macrosomía fetal sin atonía uterina fue el 9,1%. La frecuencia de gestación múltiple con atonía uterina fue el 24,7%, mientras que la frecuencia de gestación múltiple sin atonía uterina fue el 6,5%. La frecuencia de uso de oxitocina con atonía uterina fue el 18,2%, mientras que la frecuencia de uso de oxitocina sin atonía uterina fue el 5,2%.

Todas las variables intervinientes obtuvieron un OR > 1 con un intervalo de confianza del 95%, lo que sugiere que son factores de riesgo asociados a la atonía uterina debido a que tienen un nivel de significancia estadística <0.05.

Tabla 4: Análisis multivariado de la atonía uterina ajustado por las variables intervinientes.

Variable	Estadísticos	Valor de p
	OR	
Macrosomía fetal	0.228	0.007
Gestación múltiple	0.359	0.040
Uso de oxitocina	0.280	0.038

Fuente: Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) - Hoja de recolección de datos 2015-2022.

Interpretación: Según el análisis multivariado con regresión logística de la tabla 3, de la atonía uterina con las variables intervinientes, confirmó que la Macrosomía fetal, Gestación múltiple y uso de Oxitocina son significantes para el desarrollo de Atonía uterina con un nivel de significancia < 0.05 , mas no factores de riesgo $OR < 1$ con intervalo de confianza al 95%.

V. DISCUSIÓN

Es muy importante identificar si la primiparidad añosa es factor riesgo para el desarrollo de atonía uterina, así como también la macrosomía fetal, el embarazo múltiple y el uso de oxitocina, ya que pueden causar sobredistención y relajación uterina; y así poder tener una mejor comprensión del riesgo de esta complicación obstétrica y, a su vez, mejorar la promoción, prevención y detección temprana para su adecuado y oportuno abordaje.

En la tabla 01 Para identificar la frecuencia de primiparidad añosa en mujeres con o sin atonía uterina, se realizó una evaluación donde la primiparidad añosa se asoció con atonía uterina y se encontró que el 81,8% de 77 pacientes de este grupo eran primíparas añosas. Por otro lado, se encontró la frecuencia de primiparidad añosa sin atonía uterina es un 44,2%. El odds ratio calculado mediante la prueba de chi-cuadrado fue de 5.691 (IC 95% 2.734 –11.848); el valor obtenido fue suficiente para confirmar su significación estadística ($p < 0,05$), lo que sugiere que hay 5.691 veces más riesgo de poseer atonía uterina en presencia de primiparidad añosa. Estos datos se correlacionan con los resultados del estudio de Guardo P; determinando que la aparición de hemorragia post parto por presencia de atonía uterina se correlacionó significativamente con la edad igual o más de 35 años (OR10.7; IC95%:4.6-14.2)²⁰; al igual que Nigussie J, mediante su estudio comprobó que la edad materna avanzada [OR 5,03 (IC del 95 % 2,77, 9,15)], fue un factor asociado a la ocurrencia de hemorragia posparto¹⁹; así como también Flores L. mediante su investigación evidenció que la edad igual o superior a 35 años (OR7.9; IC95%:2.31-26.9) tuvo significancia como factor determinante para desarrollar HPP inmediato²⁴.

En la tabla 02 Al identificar la frecuencia de primiparidad añosa en mujeres con o sin atonía uterina en parto vaginal, se encontró que un 72,0% de primíparas añosas desarrollan atonía uterina y un 46,9 % de primíparas añosas no desarrollaron atonía uterina. El odds ratio calculado mediante la prueba de chi-cuadrado fue de 2.914 (IC 95% 0.955 – 8.891); el valor obtenido no fue suficiente para confirmar su significación estadística $p = 0,057$, lo que sugiere que no hay riesgo de poseer atonía uterina por

parto vaginal en presencia de primiparidad añosa. Por otro lado, al identificar la frecuencia de primiparidad añosa en mujeres con o sin atonía uterina en parto por cesárea, se encontró que un 86.5% de primíparas añosas desarrollan atonía uterina y un 42,2 % de primíparas añosas no desarrollaron atonía uterina, con una significancia estadística $<0,001$ y un OR IC (95%) 8.797 (3.262 – 23.772), lo que sugiere que hay 8.797 veces más riesgo de poseer atonía uterina en presencia de parto por cesárea en las primíparas añosas. Estos datos presentados en la tabla 02 se correlacionan con los resultados brindados por Gil Cusirramos M, quien identificó que uno de los factores determinantes para el posterior desarrollo de la hemorragia posparto inmediato producido por atonía uterina con significancia estadística fue el parto por cesárea (OR6.64; IC95% 2.56-17.1)²³; al igual que Flores L; por medio de su investigación demostró que la cesárea (OR8.3; IC95%:2.31-29.87), tuvo significancia estadística como factor determinante para desarrollar HPP inmediato²⁴.

En la tabla 03 al identificar la frecuencia de las variables intervinientes en mujeres con o sin atonía uterina, se encontró que el 18,2 % desarrollaron atonía uterina por uso de oxitocina, a diferencia de un 5,2% que no desarrollaron atonía uterina con el uso de oxitocina, con significancia estadística $p=0,012$ y un OR IC (95%) 4.056 (1.270 – 12.952), lo que sugiere que hay 4.056 veces más riesgo de poseer atonía uterina con el uso de oxitocina. Estos datos coinciden con los resultados dados por Sarka Lisonkova, et al. quien en su estudio identificó los factores determinantes para hemorragia posparto atónica y una de ellas fue el uso de oxitocina que representa el 95,04% y una $p= 0.008$ demostrando que el valor obtenido fue suficiente para confirmar su significación estadística²¹. Con respecto a la presencia de macrosomía fetal en el desarrollo de atonía uterina se obtuvo un 22,1 % y un 6,5 % no desarrollaron atonía uterina. El odds ratio calculado mediante la prueba de chi-cuadrado fue de 4.080 (IC 95% 1.422 – 11.710); el valor obtenido fue suficiente para confirmar su significación estadística $p= 0.006$ lo que sugiere que hay 4.080 veces más riesgo de poseer atonía uterina en presencia de macrosomía fetal. Estos datos coinciden con el estudio realizado por Ponce de León G, quien identificó factores determinantes para desarrollar atonía uterina con significancia estadística, entre ellas

está la macrosomía fetal (OR 6.28; IC95%:2.30-17.09)²². Por último, la gestación múltiple en presencia de atonía uterina representa el 24,7% y un 9,1 % no presenta atonía uterina, con significancia estadística $p=0,010$ y un OR IC (95%) 3.276 (1.288 – 8.335), lo que sugiere que hay 3.276 veces más riesgo de poseer atonía uterina en gestación múltiple. Estos datos coinciden con la investigación realizada por Guardo P determinando que la aparición de hemorragia post parto por presencia de atonía uterina se correlacionó significativamente con embarazo numeroso (OR1.5; IC95%:1.2-1.7)²⁰.

En la Tabla 04 el análisis multivariado mediante regresión logística demostró que la macrosomía fetal, el embarazo múltiple y el uso de oxitocina fueron predictores significativos de aparición de atonía uterina ($p < 0,05$), sin embargo, no demuestran ser factores de riesgo para su desarrollo (OR < 1) en mujeres añosas.

VI. CONCLUSIONES

1. La primiparidad añosa es factor de riesgo para desarrollar atonía uterina con un OR IC (95%) 5.691 (2.734 – 11.848), el valor obtenido fue suficiente para confirmar su significación estadística ($p < 0,05$), lo que sugiere que hay 5.691 veces más riesgo de poseer atonía uterina en presencia de primiparidad añosa.
2. El parto vaginal es factor de riesgo con un OR IC (95%) 2.914, pero no está asociado al desarrollo de Atonía uterina en presencia de primiparidad añosa ya que el valor obtenido no fue suficiente para confirmar su significancia estadística ($p = 0.057$).
3. El parto por cesárea es factor de riesgo para desarrollar atonía uterina en las primíparas añosas con un OR IC (95%) 8.797, con una significancia estadística $< 0,001$, lo que sugiere que hay 8.797 veces más riesgo de poseer atonía uterina en presencia de parto por cesárea en las primíparas añosas.
4. El análisis multivariado mediante regresión logística demostró que la macrosomía fetal, el embarazo múltiple y el uso de oxitocina fueron predictores significativos de aparición de atonía uterina ($p < 0,05$), sin embargo, no demuestran ser factores de riesgo para su desarrollo ($OR < 1$) en mujeres añosas.

VII. RECOMENDACIONES

1. Detección temprana de primigestas añosas, para su adecuado y oportuno abordaje de atención obstétrica y contribuir a que la futura madre goce de buena salud para así disminuir los riesgos de las complicaciones, entre ellas el desarrollo de atonía uterina.
2. Incentivar a las primigestas añosas a asistir de manera regular a todos controles prenatales, para así ayudar a predecir futuras complicaciones durante el parto.
3. Extender este estudio para indagar otros factores asociados a la Atonía uterina y así contribuir a futuros abordajes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Távara Angie, Núñez Maritza, Tresierra Miguel Ángel. Factores asociados a atonía uterina. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Jul 16]; 68(2): 00005. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000200005&lng=es
2. Castiblanco-Montañez Ruth Alexandra, Coronado-Veloza Cyndi Mileni, Morales-Ballesteros Laura Valentina, Polo-González Tatiana Valentina, Saavedra-Leyva Angie Julieth. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Revista Cuidarte. 2022;13(1): e2075. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2075>
3. Sornoza Zavala, R., Ordóñez Betancourth, M. A., Velásquez Pazmiño, N. J., & Espinoza Intriago, M. R. Hemorragias obstétricas. RECIAMUC. 2022; 6(2), 287-295. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.287-295](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.287-295)
4. Gómez Martínez N; Morillo Cano JR; Pilatuna Tirado CB. El cuidado enfermero en pacientes con atonía uterina atendidas en el Hospital General Puyo. *Dilemas contemp. educ. política valores* [internet]. 2021[citado 08 oct 2021]; 8(3), 00050. Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000200050&script=sci_arttext&tlng=es#B16
5. 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 [Obstetricia]. Universidad San Martín de Porres USMP; 2020. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6864/Nancay%20%20CSV.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Ponce de León-Galarza María Y. 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. Hum. [Internet]. 2019 Abr [citado 2023 Jul 16]; 19(2): 82-88. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19.n2.2072>.
7. Santana-Beltrán Y, Gutiérrez-Machado M, Benavides-Casal M, Pérez-Pérez-de-Prado N. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2017 [citado 16 Dic 2021]; 42 (4) Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/111>
 8. Balderón Cruzado ML, Buendía Aparicio JF. Factores Relacionados a la Atonía Uterina en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital de Huaycán julio 2014- julio 2015 [Médico Cirujano]. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2016. Disponible en: https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/493/TMH_51.pdf?sequence=
 9. Ayala Peralta FP, Guevara Ríos E, Rodríguez Herrera MA, Ayala Palomino R, Quiñones Vásquez LA, Ayala Moreno D. Edad Materna Avanzada y Morbilidad Obstétrica. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2016[citado 08 oct 2021]; 5(2):9-15. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/60>
 10. Ayala Peralta F.D, Arango-Ochante P, Espinola-Sánchez, Ayala Moreno. Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2020 [citado 08 oct 2021]; 48(2021) 21-28. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/gine/29.pdf>

11. Martínez-Galiano J.M. La maternidad en madres de 40 años. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 08 jun 2023];42(3):451-458. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2016.v42n3/451-458/>
12. Ayala-Peralta F.D, Berrocal Montejo O.A, Guevara Ríos E, Luna Figueroa A, Carranza Asmat C, Limay Ríos O.A. Gestantes de edad materna avanzada presentan mayor riesgo materno perinatal que las gestantes adolescentes. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2017 [citado 08 jun 2023]; 6(1):41-5. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/76>
13. Balestena Sánchez Jorge Manuel, Pereda Serrano Yadilis, Milán Soler José Raúl. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Oct [citado 2023 jun 17]; 19(5): 789-802. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500004&lng=es.
14. Bonilla García, Ana María; Miranda Moreno, María Dolores; Rodríguez Villar, Virginia. Gestaciones con edad avanzada, complicaciones y factores de riesgo más frecuentes. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2016 [citado 08 jul 2023]; 25. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/261.php>
15. Pinheiro RL, Areia AL, Mota Pinto A, Donato H. Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy, A Meta-Analysis. Acta Med Port. 2019;32(3):219-226. doi:10.20344/amp.1105 available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30946794/>
16. Frick AP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2021; 70: 92-100. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.07.005 available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32741623/>

17. Attali E, Yogev Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021; 70: 2-9. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.006 available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32773291/>
18. Thepampan W, Eungapithum N, Tanasombatkul K, Phinyo P. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in a Thai-Myanmar Border Community Hospital: A Nested Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Apr 27;18(9):4633. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33925427/>
19. Nigussie, J., Girma, B., Molla, A. et al. Magnitude of postpartum hemorrhage and its associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health.* 2022; 19(63). Available from <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-022-01360-7#citeas>
20. Pérez RJG. Factores de riesgo asociados a Hemorragia Postparto por Atonía Uterina en pacientes de la clínica maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena [internet]. [Colombia]: universidad de Cartagena; 2020. disponible en: <https://hdl.handle.net/11227/11295>
21. Sarka Lisonkova, Azar Mehrabadi, Victoria M. Allen, Emmanuel Bujold, Joan M.G. Crane, Laura Gaudet, Robert J. Gratton, Noor Niyar N. Ladhani, Olufemi A. Olatunbosun, K.S. Joseph. Atonic Postpartum Hemorrhage: Blood Loss, Risk Factors, and Third Stage Management, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2016 38(12):1081-1090. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216316394087>
22. Ponce de León-Galarza María Y. Indicadores clínicos-epidemiológicos materno-fetales de atonía uterina en puérperas post cesárea primaria en una clínica privada de agosto 2017 - agosto 2018. *Rev. Fac. Medicina; Perú.* 19(2): 82-88. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000200011&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000200011&lng=es)

23. Gil Cusirramos, Martin Augusto. Factores asociados a Hemorragia Post parto inmediato por Atonía Uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero - septiembre del 2015. Rev. Perú. 2016. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/520/Gil_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Flores Lapa DA. Factores de riesgo asociados a Hemorragia del Puerperio Inmediato, Hospital PNP "Luis N. Sáenz", julio 2016 - julio 2017. [Medico]. Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1148>
25. Guevara E, Sánchez G, Luna A, Dasio F, Mascaró P, Carranza C, Meza L. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. [Internet] 2018. [citado el 18 de abril del 2023] Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
26. Távara Angie, Núñez Maritza, Tresierra Miguel Ángel. Factores asociados a atonía uterina. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Jul 16]; 68(2): 00005. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000200005&lng=es. Epub 06-Jul-2022. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v68i2424>.
27. Obstetricia de Williams [Internet]. Porto Alegre: AMGH; 2016 [cited 2021 May 27]. pp 479. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsmib&AN=edsmib.00008905&lang=es&site=eds-live>
28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score mamá y claves obstétricas, Protocolo. Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. [Internet] 2017. Disponible en:

<http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20BSTETRICAS.pdf>

29. Kalayci H, Ozdemir H, Alkas D, Cok T, Tarim E. Is primiparity a risk factor for advanced maternal age pregnancies?. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(11):1283-1287. doi:10.1080/14767058.2016.1211633 available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27406982/>
30. Pubu ZM, Bianba ZM, Yang G, et al. Factors Affecting the Risk of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women in Tibet Health Facilities. *Med Sci Monit.* 2021;27:e928568. Published 2021 Feb 13. doi:10.12659/MSM.928568 available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33579890/>
31. Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell OM. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. *Reprod Health.* 2016;13:38. Published 2016 Apr 14. doi:10.1186/s12978-016-0154-8 available : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27080710/>
32. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios Éticos Para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
33. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Reglamento de ensayos clínicos. 2010: Pp: 132. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1284_INS80.pdf
34. Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. 2023. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2023/02/Actualizacion-Codigo-de-etica-ultima-revision-por-el-comite-de-doctrina01feb.pdf>
35. Roque Henriquez, Minaya Martínez, Fuentes Delgado. Reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú y Declaración de Helsinki. *Acta méd. peruana [Internet].* 2014 jul [citado 2023 Oct 10]; 31(3): 188-188.

ANEXOS

ANEXO 01

PRIMIPARIDAD AÑOSA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ATONÍA UTERINA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I.- DATO GENERAL:

1.- edad: mayor o igual 35 años: si () no ()

II.- FACTORES DE RIESGO

1.- paridad: a) primípara: si () no () b) Multípara: si () no ()

2.- Macrosomía fetal: Peso fetal > 4000 gr.: si () no ()

3.- Gestación múltiple: ≥ 2 fetos: si () no ()

4.- uso de oxitocina en trabajo de parto: si () no ()

III.-TIPO DE PARTO:

a.- vaginal b.- cesárea

IV.-CURSO CON ATONÍA UTERINA: a) si () b) no ()

V. OBSERVACIONES: -----

ANEXO 02



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Medicina
Unidad de Investigación

Carta N° 273-2023-UI-EM-FCS-UCV

Trujillo, 29 de setiembre de 2023

Señor Doctor
VICTOR AUGUSTO SALAZAR TANTALEAN
Director Médico
Hospital Regional Docente de Trujillo
Presente

De mi especial consideración.

A través de la presente, le hago llegar mi saludo personal y universitario, a la vez comunicarle que, la alumna del Ciclo XIV del Programa Académico de Medicina de la Universidad César Vallejo **SONIA JACKELIN MORALES HERRERA**, va a desarrollar su Proyecto de Investigación **Primiparidad añosa como factor de riesgo para atonía uterina**, en la distinguida institución que usted dirige. El proyecto ha sido aprobado ya por un jurado ad hoc con Resolución Directoral N° 065-2023-UCV-VA-P23-S/DE.

El mencionado alumno está siendo asesorado por el **Dr. Cristian Díaz Vélez**, quien es docente RENACYT de nuestra Escuela.

En este contexto, solicito a usted, brindar las facilidades del caso a nuestra alumna, para poder recolectar los datos necesarios para el desarrollo de su investigación y posterior elaboración de su Tesis.

Seguro de contar con vuestra anuencia, le reitero mi saludo y consideración

Agradezco su atención a la presente, muy atentamente,



Firmado digitalmente por:
TRESIERRA AYALA Miguel
Angel FAU 20131257700 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 29/09/2023 09:24:09-0500

MIGUEL ANGEL TRESIERRA AYALA
Jefe de la Unidad de Investigación

ANEXO 03



GERENCIA REGIONAL
DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE TRUJILLO

*Juntos por la
Prosperidad*

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

AUTORIZACION DE EJECUCION DEL PROYECTO DE TESIS

N° 93

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO.

AUTORIZA:

La realización del Proyecto de Investigación : "PRIMIPARIDAD AÑOSA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ATONIA UTERINA" periodo Abril 2023 a Diciembre 2023. Teniendo como Investigadora a la estudiante del Programa Académico de Medicina Humana de la Universidad César Vallejo.

Autora:

- MORALES HERRERA SONIA JACKELIN

No se autoriza el ingreso a UCI de Emergencia

Trujillo, 31 de Octubre del 2023

Dra. Jenny Valverde López
CMP. 23822 RNE. 11637
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN
Hospital Regional Docente de Trujillo

ESNA/gbm
c.c. archivo

"Justicia Social con Inversión"

Av. Mansiche 795 - Telef. 731581 - Anexo 225 - 481218 - Telefax. 233112 - Trujillo - Perú
docencia.hrdt@gmail.com



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, DIAZ VELEZ CRISTIAN, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Primiparidad añosa como factor de riesgo para Atonia Uterina", cuyo autor es MORALES HERRERA SONIA JACKELIN, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 8.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 18 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
DIAZ VELEZ CRISTIAN DNI: 40420852 ORCID: 0000-0003-4593-2509	Firmado electrónicamente por: DDIAZVE3 el 18-12- 2023 23:30:15

Código documento Trilce: TRI - 0700376