



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Aspectos epidemiológicos, factores de riesgo y clínica de la atonía
uterina en puérperas

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Correa Yanac, Angie Ximena (orcid.org/0000-0003-4328-494X)

ASESOR:

Ms. Alvarado Garcia, Paul Alan Arkin (orcid.org/0000-0003-1641-207X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO - PERÚ

2024



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, ALVARADO GARCIA PAUL ALAN ARKIN, 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: "Aspectos Epidemiológicos, Factores de Riesgo y Clínica de la atonía uterina en puérperas.", cuyo autor es CORREA YANAC ANGIE XIMENA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 6%, 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, 23 de Octubre del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
ALVARADO GARCIA PAUL ALAN ARKIN DNI: 18207322 ORCID: 0000-0003-1641-207X	Firmado electrónicamente por: PALVARADOG el 23- 10-2024 14:41:02

Código documento Trilce: TRI - 0885055



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, CORREA YANAC ANGIE XIMENA estudiante de la de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, FACTORES DE RIESGO Y CLÍNICA DE LA ATONÍA UTERINA EN PUÉRPERAS.", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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

Nombres y Apellidos	Firma
CORREA YANAC ANGIE XIMENA DNI: 70225788 ORCID: 0000-0003-4328-494X	Firmado electrónicamente por: ACORREAY el 25-11- 2024 21:25:01

Código documento Trilce: INV - 1864785

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme un nuevo día más de vida, a mis padres, por apoyarme en cada paso que doy, y estar alentándome siempre en todo el proceso y a mis hermanos quienes son mi fuente de superación diaria. e inspiración para ser su ejemplo de superación y perseverancia.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme llegar a la etapa final de mi carrera, por darme salud, inteligencia y sobre todo un día más de vida. A mi madre Edith Yanac Barrón, por ser la mujer, a quien más admiro, cada logro se lo debo a ella, mi fiel compañera y mi mejor amiga, A mi padre que, aunque parezca serio, se lo mucho que significo para él, y a mis querido hermanos quienes siempre me daban motivos para continuar y nunca rendirme.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR.....	ii
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. METODOLOGÍA.....	10
III. RESULTADOS	14
IV. DISCUSIÓN	23
V. CONCLUSIONES.....	26
VI. RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfil epidemiológico de puérperas con atonía uterina entre enero 2020 - diciembre 2023.....	14
Tabla 2. Prevalencia y mortalidad de la ATU según el grupo etario, nivel de instrucción, estado civil, y procedencia en los años de estudio.....	15
Tabla 3. Factores de riesgo no modificables de la Atonía Uterina	16
Tabla 4. Factores de riesgo modificables de la atonía uterina	18
Tabla 5. Tipo de parto que se relacionó más con eventos de atonía uterina.....	20
Tabla 6. Incidencia de las complicaciones según grupo etario, nivel de instrucción, estado civil y procedencia.	21
Tabla 7. Tipo de tratamiento más frecuente para el control y manejo de la atonía uterina.	22

RESUMEN

La atonía uterina es considerada un problema de salud pública debido a que su incidencia radica en 1 de cada 20 partos, y es causante del 50% de los decesos maternos en países pobres. De este modo, el objetivo general del estudio fue identificar los aspectos epidemiológicos, Factores de riesgo y clínica de la Atonía Uterina, en puérperas. Esta investigación es de tipo básica de alcance observacional, descriptivo, de diseño no experimental. Tuvo como muestra a 111 puérperas, de las cuales se recopiló sus historias clínicas a través de la ficha de recolección de datos. Se encontró que la edad promedio fue entre 30 -35 años, asimismo, la mayoría eran convivientes, procedentes de la zona urbana. En relación con los factores de riesgo, el factor más predisponente fue ser multigesta y la obesidad; asimismo en relación con las condiciones clínicas; la cesárea estuvo presente en el 68% de los casos, la complicación más frecuente fue la anemia, el método no quirúrgico fue más frecuente, y solo hubo un deceso.

Palabras clave: Atonía uterina, Hemorragia, Postparto.

ABSTRACT

Uterine atony is considered a public health problem because its incidence is 1 in every 20 births, and it is the cause of 50% of maternal deaths in poor countries. Thus, the general objective of the study was to identify the epidemiological aspects, risk factors and clinical aspects of Uterine Atony in postpartum women. This research is applied, observational, descriptive in scope, and non-experimental in design. It had as a sample 111 postpartum women, of whom their medical histories were collected through the data collection form. It was found that the average age was between 30-35 years, likewise, the majority were cohabitants, coming from the urban area. In relation to the risk factors, the most predisposing factor was having multiple pregnancies and obesity; also in relation to clinical conditions; Caesarean section was present in 68% of cases, the most frequent complication was anemia, the non-surgical method was more frequent, and there was only one death.

Keywords: Uterine atony, Postpartum, hemorrhage.

I. INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto (HPP) es a nivel mundial la responsable de las altas tasas de defunciones maternas, estimándose aproximadamente cerca de la cuarta parte de los sucesos adversos atribuibles al puerperio.¹ Siendo, la Atonía Uterina (ATU) la etiología fundamental de la HPP con aproximadamente el 80%, presentándose de esta manera su incidencia en 1 de cada 20 partos, y en el 50% de los decesos maternos en países pobres.²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 295,000 féminas fallecen a causa de procedimientos derivados de la propia gestación, aunque paradójicamente siendo en su mayoría prevenibles, pues en gran parte dependen de la capacidad del personal laboral al detectar una emergencia obstétrica y actuar oportunamente con criterio, pues según estadísticas internacionales la mayoría de fallecimientos suceden en las cuatro primeras horas del puerperio inmediato.^{1,3}

Asimismo, en otros países, como el caso de España o EE.UU, que a pesar que son países desarrollados donde identifican más precozmente los factores de riesgo (FR) para prever una HPP, los casos de ATU se han elevado significativamente últimamente, representando actualmente en España el 23 % de las muertes maternas.⁴

Por otro lado, en América Latina, una de cada cinco decesos maternos es secundaria a hemorragias posparto independientemente si se presenta durante o después del parto. Además, se estima que de las mujeres que darán a luz aproximadamente el 8% padecerán una hemorragia postparto grave que necesitará paquetes sanguíneos de transfusión. (OPS - OPS, 2015).⁵

En México según el Informe de Notificación Semanal de la Secretaría de Salud sobre Muerte Materna, señala en el 2020 como segunda causa de mortalidad materna a la hemorragia obstétrica, debido a que en la primera figura los casos ocasionados por

COVID-19. Asimismo, se menciona que entre las ciudades de México con más defunciones maternas figuran a parte de la ciudad y Estado de México, Chiapas, Jalisco, Chihuahua y Puebla.⁶

En el Perú, se evidenció que, según el Centro de Epidemiología, del total de muertes maternas registradas en los años 2019, 2020, 2021, se le atribuyeron al puerperio como el responsable del 61 %, 63.3% y 74% respectivamente. De las cuales, en el 2019, la hemorragia obstétrica fue el primer factor directo de estas muertes, seguida de los trastornos hipertensivos, además en el 2020, el 55,3 % de los decesos maternos producidas en ≤ 19 años fueron atribuibles primeramente a los trastornos hipertensivos (21,3 %) conjuntamente con la hemorragia (14,9 %). Aunque es importante mencionar que, dentro de las causas indirectas, la enfermedad por COVID – 19, representó la causa de muerte más frecuente (12,8 %).

No obstante, en el año 2021, el panorama cambió y se evidenció que, en relación a todas las muertes maternas, aproximadamente el 19.3 % del total de ellas, se producen como consecuencia a sucesos obstétricos de causa directas, y por otro lado un 15.8% se deben a trastornos hipertensivos en el embarazo, reflejando de esta manera que las hemorragias siguen posicionándose como etiología principal pese a que existen guías de práctica clínica para un abordaje más óptimo.⁷

En la Semana Epidemiológico 13 - 2022, se notificó el mayor registro de defunciones maternas, en la región de Lima, seguida de La Libertad con 10 casos, Puno y finalmente Loreto. No obstante, el departamento de La libertad presentó el mayor aumento de defunciones comparado al año anterior.⁸ Y aunque en Cajamarca, se han realizado importantes investigaciones sobre el tema, como por ejemplo el de Laserna E y Robledo M. en el año 2023, realizaron un estudio sobre el perfil de emergencias obstétricas,⁹ sin embargo, no existe datos significativos con apoyo estadístico que puede ofrecer un escenario más enriquecedor sobre la incidencia, prevalencia o letalidad de la atonía uterina analizando sus factores de riesgo y situación clínica. Por todo lo expuesto, el problema de investigación que se planteó es el siguiente: ¿Cuáles

son los Aspectos epidemiológicos, FR y Clínica de la Atonía Uterina en puérperas?

La importancia del estudio radica que, aunque la hemorragia postparto es de presentación súbita, esta no se puede predecir, y la pérdida sanguínea puede ser muy cuantiosa a mayor tiempo transcurrido, asimismo es de importancia un estudio que pueda determinar la tendencia y frecuencia de la enfermedad, caracterizando a la población no solo según su grupo etario o características sociodemográficas sino también estimar las medidas terapéuticas que utilizaron ya sea la administración de medicamentos uterotónicos que actúan bloqueando el lecho placentario para el control del sangrado, el masaje uterino que ayuda aún más a favorecer la contracción uterina, la transfusión de sanguínea que ayuda a reponer las pérdidas sanguíneas desmesuradas o por último algún método quirúrgico.

Este estudio también pretendió centrarse en las complicaciones que se presentaron, y las circunstancias en las que se dio de alta a las puérperas, por todo ello, este estudio es muy enriquecedor, debido a que será fuente de conocimientos que podrán servir para que el personal médico se pueda capacitar mejor en este tema y de esta manera actuar adecuadamente y prevenir situaciones fatales.

Por ello, el objetivo general del estudio buscó identificar los aspectos epidemiológicos, Factores de riesgo y clínica de la Atonía Uterina, en puérperas. Y como objetivos específicos; estimó la prevalencia y mortalidad de la ATU según el grupo etario, nivel de instrucción, estado civil, y procedencia en los años de estudio, Identificar los FR modificables y no modificables presentes en la atonía uterina según el Perfil epidemiológico, analizar el tipo de parto que se relacionó más con eventos de atonía uterina según el Perfil epidemiológico, evaluar la incidencia de las complicaciones según grupo etario, nivel de instrucción, estado civil y procedencia de la ATU y finalmente estimar el tipo de tratamiento más frecuente para el control y manejo de la atonía uterina.

Respecto al tema se han encontrado las siguientes investigaciones.

Bazirete. et al. en Ruanda en el año, 2022 en su estudio que tuvieron como finalidad analizar e investigar los FR concomitantes a la HPP en un grupo de 430 pacientes, emplearon un diseño observacional, descriptivo, analítico, de casos y controles a través de una revisión documentada de historias clínicas, en el cual encontraron que durante el intraparto e inmediato posparto, las causas principales de HPP primaria fueron: atonía uterina (RR: 6,70, (IC 95%: 4,78 - 9,38), $p < 0,001$), tejidos retenidos (RR: 4,32, (IC 95%: 2,87- 6,51) $p < 0,001$); y traumas de órganos genitales después del nacimiento (RR: 2,14, (IC 95%: 1,49 - 3,09, $p < 0,001$). Concluyeron que la causa fundamental de la HPP es la ATU, seguida de tejidos retenidos y laceraciones de genitales.¹⁰

Asimismo, Gomez. et al. en Ecuador en el año 2021, en su estudio que se basó en diseñar un plan de atenciones para optimizar la atención de las grávidas con ATU, en un total de 60 pacientes, emplearon un diseño no experimental, descriptivo, transversal donde tuvieron como resultado que el 34 % de las pacientes comprendía entre 14 a 19 años, siendo el síntoma más relevante la hemorragia en un 28%, y como FR el 40% de ellas presentaron un trabajo de parto prolongado. Y en conclusión obtuvieron que la mayoría de pacientes diagnosticadas con ATU tuvieron parto prolongado.¹¹

Por otro lado, Kodan et al. en Sudáfrica en el año 2020, estudiaron la prevalencia, causas, indicadores de riesgo y manejo de la HPP en una población de 8747 pacientes empleando un estudio descriptivo - retrospectivo a través de una revisión documentada, donde evidenciaron que La prevalencia de HPP y HPP grave en Surinam fue del 9,2 % y del 2,5 %, respectivamente, entre los indicadores de riesgo se encontró, gesta múltiple, cesárea, óbito fetal y macrosomía con valores de (aOR: 3,4, (IC 95 %: 1,7 - 7,1), $p < 0,001$), (aOR: 3,9 (IC 95%: 2,9 - 5,3), $p < 0,001$), (aOR: 6,4, (IC 95%: 3,4 - 12,2), $p < 0,001$) y (aOR: 2,8, (IC 95%: 1,5 - 5,0), $p < 0,001$) respectivamente.

Además, la atonía estuvo presente en el 57% de HPP graves. Por ello, concluyeron que el embarazo múltiple, cesárea y muerte fetal fueron factores significativos, además atonía uterina presentó una mayor prevalencia.¹²

Feduniw et al. en Polonia en el año 2020 en su estudio que tuvieron como fin determinar la prevalencia, los FR relacionados de HPP en 8652 pacientes, emplearon un diseño, observacional y descriptivo, encontrando como FR a la medicación anticoagulante ($p < 0.001$, OR: 4.7 (IC 95%: 2.8 – 7.7)), $Hb \leq 9.0$ g/dL ($p < 0.001$, OR: 4.1 (IC 95%: 2.8 – 6.1)), antecedente de cirugía uterina ($p < 0.001$, OR: 3.4 (IC 95%: 1.6 – 7.1)) y embarazo múltiple ($p < 0.001$, OR: 3.7 (IC 95%: 1.3 – 5.3)), por otro lado en relación a condiciones sociodemográficas la obesidad ($p < 0.001$, OR: 2.3 (IC 95%: 1.3 – 3.6)) y ser > 35 años ($p < 0.001$, OR: 1.5 – 5.7 (IC 95%: 1.1 – 7.1)) fueron significativas. Concluyendo que la medicación anticoagulante, la condición de anemia, cirugía uterina previa, embarazo múltiple, la obesidad y edad mayor de 35 son factores de riesgo.¹³

Shahbazi. et al. en Afganistan en el año 2020 determinaron la prevalencia, los factores relacionados y los resultados maternos de la HPP en 8652 mujeres que dieron a luz y tuvieron HPP primaria después de un parto eutócico o una cesárea, dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento, y con ello encontraron que el 2,5% sufrieron HPP primaria, además la atonía uterina se presentó en el 86%, trabajo de parto prolongado 27 %, traumatismo del tracto genital 26,5 % e inducción del trabajo de parto 20,5 %, son las principales causas de hemorragia posparto y en cuanto a los factores intervinientes encontraron HPP previa (aOR: 8,97, (IC 95 %: 5,25 - 15,33), $p < 0,001$). Y por ende argumentaron que la ATU fue la causa fundamental de HPP y que el antecedente de HPP previo fue un FR significativo.¹⁴

Hernandez. et al. en Cuba en el año 2019 en su estudio que tuvieron como fin caracterizar la HPP, emplearon un diseño descriptivo de cohorte con un grupo poblacional de 388 grávidas diagnosticadas de HPP en el Centro de Salud de estudio, de los cuales se les hizo un seguimiento y encontraron que la hemorragia obstétrica ocurrió en el 18,2% de las pacientes, la edad media fue de $24,2 \pm 6$ y la estancia

hospitalaria ($R\ 5,9 \pm 4,2$ (IC 95%: 5,3 - 6,5), asimismo la ATU constituyó la causa principal de HPP con un 51%. Por tanto, concluyeron que la ATU se presentó en más de la mitad casos de HPP, y que el grupo de estudio se mantuvo entre el un rango de edad entre $24,2 \pm 6$.¹⁵

Columbié et al. en Cuba en el año 2019, en su estudio que tuvo como objetivo evaluar el actuar médico ante los factores relacionados al evento de la hemorragia posparto primario a través de un diseño descriptivo, analítico, prospectivo y longitudinal, en una muestra poblacional de 105 puérperas, donde encontraron que la ATU fue la causante del 45 % y las LCP en un 35%, además que el empleo de oxitocina (84,7%) y la sobredistensión uterina (44,7%) ocasionaron dichas condiciones. Coyncluyendo que el empleo de oxitocina y la sobredistensión uterina favorecen la ATU y las LCP.¹⁶

Tavara en Perú en el año 2022, en su estudio no experimental, de casos y controles, determinaron los factores intervinientes en la atonía uterina, en una población 39722 pacientes en base a sus historias clínicas, las cuales fueron atendidas en el Hospital de estudio, evidenciando que la cesárea ($p<0.001$, OR: 1.98 (IC 95%: 1.71 – 2.29)) proceder de la sierra ($p<0.001$, OR: 1.38 (IC 95%: 1.12 – 1.7) el gestación múltiple ($p<0.001$, OR: 4.48 (IC 95%: 3.43 – 5.83)), parto no funcional ($p<0.001$, OR: 1.82 (IC 95%: 1.44 – 2.31)) y feto con peso > 4000 g ($p<0.001$, OR: 1.37 (IC 95%: 1.08 - 1.73)) fueron los factores de riesgo. Concluyeron, de esta manera que los FR con alta significancia a la ATU fueron: embarazo múltiple, parto disfuncional y cesárea.¹⁷

Silva et al. en Perú en el año 2022, en su estudio que tuvieron como objetivo describir a 21 puérperas con HPP utilizaron un diseño observacional, descriptivo de corte transversal, donde encontraron que el 28.6% tuvieron menos de 19 años y el 42.8% mayor a 35 años, el 85.7% de procedencia rural, el 100% fueron ama de casa, además entre las características epidemiológicas, el 61.9% presentaron aborto previo, 9.5% cesárea previa, 38 % la condición de anemia leve y moderada en un 52.4%. Y en los resultados neonatales, el 76.2% tenía bajo peso y el 23.8% un peso adecuado. Concluyendo que las HPP se evidenció en mayor relevancia en aquellas mujeres

mayores de 35 años, con procedencia rural, siendo ama de casa, con antecedente de aborto y en neonatos con bajo peso.¹⁸

Ponce en Perú en el año 2019, valoró determinar la asociación entre la presencia de ATU e indicadores epidemiológicos y clínicos presentes, en un total de 318 historias clínicas utilizando un trabajo un diseño de casos y controles. Donde encontró que, la media de edad se mantuvo entre $30,87 \pm 0,298$, asimismo, entre las variables relacionadas a la ATU fueron la edad superior de 30 años, polihidramnios, gesta múltiple, feto macrosómico y bajo peso al nacer. Por lo consiguiente concluyó que el indicador de polihidramnios y la macrosomía fetal se encuentran en asociación con la atonía uterina.¹⁹

En relación a las bases teóricas

La HPP se conceptualiza como la pérdida de cualquier volumen asociado a signos y/o síntomas hipovolémicos a, asimismo sigue siendo la principal causante de las defunciones y/o complicaciones maternas de todo el mundo. También se puede definir como la necesidad de recurrir a una transfusión plaquetaria o disminución de 10 puntos en el hematocrito respecto al valor basal antes del posparto.^{20,22}

Etiología

Existen cuatro causas conocidas como las 'cuatro T', que, son las causas más relevantes relacionadas a HPP, las cuales son:

- Tono (70%)

Atonía uterina

- Trauma (20%)

Laceración del cuello uterino, la vagina y el perineo

Ruptura o inversión uterina

Trauma del tracto no genital (por ejemplo, ruptura subcapsular del hígado)

- Tejido (10%)

Productos retenidos, placentarios (cotiledones o lóbulo subcenturiado),

membranas o coágulos, placenta anormal

- Trombina (<1%)

Anomalías de la coagulación.²¹

Asimismo, la ATU es la causa más principal de HPP y esta se relaciona con la falta de capacidad para que el útero se contraiga de manera adecuada luego de haberse dado el parto, debido a que fisiológicamente el útero controla la hemorragia mediante la contracción de sus fibras miométriales en forma de torniquete alrededor de las arteriolas espirales. Si se produce una contracción uterina inadecuada, puede producirse una rápida pérdida de sangre.

El miometrio al contraerse proporciona un mecanismo de hemostasia al actuar en los vasos sanguíneos que vascularizan el lecho placentario, específicamente en las arterias espirales. Por otro lado, este proceso se complementa con diversos agentes locales hemostáticos de la decidua, como por ejemplo los factores de coagulación sistemática, inhibidor del activador del plasminógeno del factor tisular 1, factores de coagulación circundante y plaquetas.

Entre los factores asociados a sucesos adversos que predisponen la atonía uterina encuentran la sobredistensión uterina (gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal), la inducción del parto, el parto rápido o prolongado, la gran multiparidad, la infección uterina, la inversión uterina, productos retenidos de la concepción, la implantación de la placenta anómala y el empleo de fármacos relajantes uterinos (tratamiento tocolítico, anestésicos halogenados, nitroglicerina).

Asimismo, la atonía uterina se puede diagnosticar por la clínica de una hemorragia de inicio rápido relacionada con la ausencia de tono miométrial y de otras causas de hemorragia posparto. Normalmente, la palpación bimanual del fondo uterino confirma dicho diagnóstico y en el examen, el útero es palpable como una masa pantanosa blanda.^{23,}

Por otro lado, mediante el reconocimiento de los determinantes asociados a la atonía uterina e inicio rápido de la cascada de tratamiento, el facultativo puede minimizar la hemorragia. Tres métodos de prevención de la hemorragia posparto atónica son: 1) manejo activo del alumbramiento; 2) separación espontánea de la placenta durante la cesárea, y 3) infusión prolongada de oxitocina después del parto.

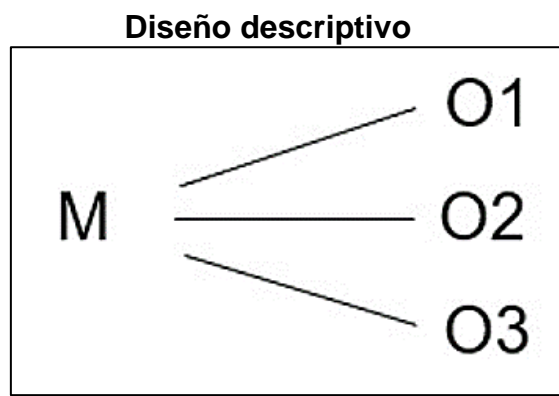
En relación al manejo, se debe comenzar con un masaje bimanual del fondo del útero, posteriormente se prosigue a la utilización de fármacos uterotónicos: ya sea en perfusión rápida y continua de oxitocina diluida (40-80 U i.v. en 1 l de solución salina normal), como segunda opción el Misoprostol (Cytotec, PGE1) 800-1.000 µg vo, sublingual, vaginal o rectal, o incluso utilizar la Metilergometrina maleato (Methergín) 0,2 mg i.m. repetido cada 2-4 h según sea necesario hasta cinco administraciones a excepción en mujeres con hipertensión. Y finalmente se puede utilizar análogos de la prostaglandina F2α (Hemabate) 0,25 mg IM. repetidos cada 15 min según sea necesario hasta ocho administraciones, en personas que no presenten asma o broncoespasmo.

Asimismo, si los fármacos no alcanzan el efecto deseado, se prosigue a realizar un taponamiento manual del útero, o en el mejor de los casos un abordaje quirúrgico ligando la arteria uterina o una Sutura B-Lynch

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de diseño será Básico, de alcance descriptivo, retrospectivo – transversal, debido a que se describirán los datos encontrados, para ello la información fue recolectada en un solo momento de manera retrospectiva en el tiempo. Asimismo el diseño fue observacional descriptivo, debido a que no se manipularon las variables de estudio, ²⁵



M: Pacientes con atonía uterina
O1: Perfil epidemiológico
O2: Factores de riesgo
O3: Clínica

2.2 Variables y operacionalización

Variable:

- V1: Perfil epidemiológico
- V2: Factores de riesgo
- V3: Perfil Clínico

Operacionalización de variable: (Ver Anexo 01)

2.3 Población, muestra y muestreo

Población: Constituida por todas las puérperas con diagnóstico de HPP por Atonía uterina, entre el periodo de enero del 2020 a diciembre del 2023.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas completas (edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, IMC, nº de controles prenatales, paridad, embarazo múltiple, antecedente de atonía uterina, RPM prolongado, parto prolongado, tipo de parto,

Criterios de exclusión:

- Antecedentes de coagulopatías o historias no completas.

Muestra: Se trabajó con una población muestral, considerando a toda la muestra porque la población fue pequeña, esta estuvo conformada por 111 puérperas ²⁶ (Ver Anexo 02)

Muestreo: Es no probabilístico por conveniencia, debido a que se trabajó con el 100% de la población.²⁷

Unidad de análisis: Cada puérpera

Unidad de muestreo: Cada HC y base de datos de cada puérpera.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Análisis documental²⁸

Instrumento: Fue la ficha de recolección de datos, la cual primero fue sometida a validación por juicio de 5 expertos, profesionales de la especialidad de ginecobstetricia y/o obstetricia²⁹, quienes evaluaron y dieron su opinión sobre el instrumento de recolección y se determinó el coeficiente de V de Aiken,

obteniéndose un resultado de 1, a un IC 95% (Ver Anexo 04).

La ficha de recolección constó de 3 secciones:

- En la primera parte, se caracterizó a la población, en base a indicadores sociodemográficas como edad, estado civil, grado de instrucción y procedencia.
- En la segunda sección se precisaron los factores tanto modificables (obesidad, control prenatal adecuado) y los no modificables como macrosomía fetal, RPM prolongado, expulsivo prolongado, embarazo múltiple, paridad y/o antecedente de atonía uterina.
- Y en la tercera parte se abordaron las características clínicas de la paciente, es decir el tipo de parto y las complicaciones que tuvo, si requirió tratamiento quirúrgico o no y condiciones al alta.

Validación y confiabilidad: Fue validada por 5 expertos de la especialidad de ginecoobstetricia y/o obstetricia.³⁰

2.5 Procedimientos

Una vez obtenida la aprobación por el responsable del nosocomio médico del Hospital-II Cajamarca, se procedió a la recopilación de datos a través del “REGISTRO DE PARTO”, de los años 2020, 2021, 2022 y 2023, los cuales se corroboraba con el número de historia clínica y se revisaba en la base de datos de ESSALUD, para completar todos los ítems del instrumento. Todas las historias cumplieron los criterios de selección.

2.6 Método de análisis de datos

El análisis de la información se elaboró con una base de datos creadas en Excel, para luego procesarlas en el programa SPSS versión 28.0 con un intervalo de confiabilidad al 95%, asimismo se utilizarán gráficos estadísticos con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza de las variables

y los resultados serán plasmados en tablas de frecuencias, medidas de dispersión y medidas de tendencia central.

2.7 Aspectos éticos

El presente proyecto cumplió y respetó los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia; respetando la integridad de las participantes. Se respetó la privacidad de todos los datos, asimismo evitando cualquier alteración de los registros. Para ello, el proyecto se presentó al comité de ética, de la presente casa de estudios, y se solicitó la aprobación por parte del comité de docencia del Hospital Essalud II – Cajamarca.³¹

III. RESULTADOS

Tabla 1. Perfil epidemiológico de puérperas con atonía uterina entre enero 2020 - diciembre 2023

	PERFIL EPIDEMIOLOGICO	N°	%
Edad	≤ 17	6	5.4
	18 – 24	7	6.3
	25 – 29	18	16.2
	30 – 35	42	37.8
	≥ 36	38	34.2
Estado civil	Conviviente	73	65.8
	Soltera	9	8.1
	Casada	29	26.1
Grado de Instrucción	Sin instrucción	2	1.8
	Primaria	7	6.3
	Secundaria	29	26.1
	Superior	73	65.8
Procedencia	Urbano	79	71.2
	Rural	32	28.8
	TOTAL	111	100

La tabla 1 deja en evidencia los datos del perfil epidemiológico encontrado en las puérperas. De tal forma, se demuestra que de los 111 evaluadas, la gran parte tenía una edad comprendida entre 30 a 35 años (37.8%). Asimismo, la mayoría eran convivientes (65.8%), además de que se encontró como frecuencia el grado de instrucción superior (65.8%). Finalmente, en cuanto al lugar de procedencia, se encuentra que mayormente provienen de un área urbana (71.2%).

Tabla 2. Prevalencia y mortalidad de la ATU según el grupo etario, nivel de instrucción, estado civil, y procedencia en los años de estudio.

		ATU			
		PREVALENCIA		MORTALIDAD	
		N	%	N	%
Edad	≤ 17	6	5.4	0	0.0
	18 - 24	7	6.3	0	0.0
	25 - 29	18	16.2	0	0.0
	30 - 35	42	37.8	1	0.9
	≥ 36	38	34.2	0	0.0
	Total	111	100	1	0.9
Estado civil	Conviviente	73	65.8	0	0.0
	Soltera	9	8.1	0	0.0
	Casada	29	26.1	1	0.9
	Total	111	100	1	0.9
Nivel de instrucción	Sin instrucción	2	1.8	0	0.0
	Primaria	7	6.3	0	0.0
	Secundaria	29	26.1	1	0.9
	Superior	73	65.8	0	0.0
	Total	111	100	1	0.9
Lugar de procedencia	Urbano	79	71.2	0	0.0
	Rural	32	28.8	1	0.9
	Total	111	100	1	0.9

La tabla 2 deja en evidencia la prevalencia y mortalidad de la ATU en las puérperas consideradas para la evaluación del presente estudio en base al perfil epidemiológico. Se denota entonces, que, en cuanto a la prevalencia, la población total (100%) presentaba la atonía uterina. En cuanto a mortalidad, se encuentra que solamente el 0.9% (01 puérpera) llegó a fallecer por el mismo factor evaluado, mientras que el 99.1% (110) llegaron a recuperarse en totalidad. Disgregando la información se encuentra que esta persona fallecida llegaba a tener una edad comprendida entre 30 a 35 años, era casada, tenía una educación secundaria completa y procedía del área rural.

Tabla 3. Factores de Riesgo no modificables de la Atonía Uterina según el Perfil Epidemiológico

		MACROSOMIA FETAL			VALOR P	RPM PROLONGADO			VALOR P	PARTO PROLONGADO		VALOR P	GESTACIÓN MULTIPLE		VALOR P	MULTIGESTA		VALOR P	ANTECEDENTE DE ATÓNIA		VALOR P	
		NO	SI	Total		NO	SI	Total		SI	Total		SI	Total		SI	Total		SI	Total		
EDAD	Menos de 17 años	N	6	0	6		6	0	6		0	6		0	6		1	6		0	6	
		%	100.00%	0.00%	100.00%		100.00%	0.00%	100.00%		0.00%	100.00%		0.00%	100.00%		16.70%	100.00%		0.00%	100.00%	
	18 - 24 años	N	7	0	7		7	0	7		0	7		0	7		3	7		1	7	
		%	100.00%	0.00%	100.00%		100.00%	0.00%	100.00%		0.00%	100.00%		0.00%	100.00%		42.90%	100.00%		14.30%	100.00%	
	25 - 29 años	N	17	1	18	0,287	17	1	18	0,629	1	18	0,917	0	18	0,431	7	18	0,010	0	18	0,117
	%	94.40%	5.60%	100.00%		94.40%	5.60%	100.00%		5.60%	100.00%		0.00%	100.00%		38.90%	100.00%		0.00%	100.00%		
	30 - 35 años	N	41	1	42		42	0	42		2	42		5	42		10	42		1	42	
	%	97.60%	2.40%	100.00%		100.00%	0.00%	100.00%		4.80%	100.00%		11.90%	100.00%		23.80%	100.00%		2.40%	100.00%		
	36 a más	N	33	5	38		37	1	38		1	38		3	38		19	38		0	38	
	%	86.80%	13.20%	100.00%		97.40%	2.60%	100.00%		2.60%	100.00%		7.90%	100.00%		50.00%	100.00%		0.00%	100.00%		
ESTADO CIVIL	Conviviente	N	69	4	73		72	1	73		4	73		6	73		20	73		2	73	
		%	94.50%	5.50%	100.00%		98.60%	1.40%	100.00%		5.50%	100.00%		8.20%	100.00%		27.40%	100.00%		2.70%	100.00%	
	Soltera	N	9	0	9	0,475	9	0	9	0,709	0	9	0,340	0	9	0,685	2	9	0,006	0	9	0,589
	%	100.00%	0.00%	100.00%		100.00%	0.00%	100.00%		0.00%	100.00%		0.00%	100.00%		22.20%	100.00%		0.00%	100.00%		
	Casada	N	26	3	29		28	1	29		0	29		2	29		18	29		0	29	
	%	89.70%	10.30%	100.00%		96.60%	3.40%	100.00%		0.00%	100.00%		6.90%	100.00%		62.10%	100.00%		0.00%	100.00%		
Grado de Instrucción	Sin instrucción	N	2	0	2		2	0	2		0	2		0	2		2	2		0	2	
		%	100.00%	0.00%	100.00%		100.00%	0.00%	100.00%		0.00%	100.00%		0.00%	100.00%		100.00%	100.00%		0.00%	100.00%	
	Primaria	N	7	0	7	0,684	7	0	7	0,787	0	7	0,540	0	7	0,587	6	7	0,475	0	7	0,787
	%	100.00%	0.00%	100.00%		100.00%	0.00%	100.00%		0.00%	100.00%		0.00%	100.00%		85.70%	100.00%		0.00%	100.00%		
		N	26	3	29		29	0	29		0	29		1	29		11	29		0	29	

	Secundaria	%	89.70%	10.30%	100.00%		100.00%	0.00%	100.00%		0.00%	100.00%	3.40%	100.00%		37.90%	100.00%		0.00%	100.00%		
	Superior	N	69	4	73		71	2	73		4	73		7	73		21	73		2	73	
		%	94.50%	5.50%	100.00%		97.30%	2.70%	100.00%		5.50%	100.00%		9.60%	100.00%		29.00%	100.00%		2.70%	100.00%	
	Urbano	N	74	5	79		77	2	79		4	79		6	79		27	79		2	79	
		%	93.70%	6.30%	100.00%	0,988	97.50%	2.50%	100.00%	0,364	5.10%	100.00%	0,195	7.60%	100.00%	0,804	34.20%	100.00%	0,203	2.50%	100.00%	0,364
Procedencia	Rural	N	30	2	32		32	0	32		0	32		2	32		13	32		0	32	
		%	93.80%	6.30%	100.00%		100.00%	0.00%	100.00%		0.00%	100.00%		6.30%	100.00%		43.70%	100.00%		0.00%	100.00%	

La tabla 3 presenta los datos de los factores de riesgo no modificables que se pudieron encontrar en las puérperas evaluadas en el presente estudio. De tal forma, de los 111 evaluadas, se demuestra que solo el 6.3% presentaron como factor de riesgo macrosomía fetal, asimismo, 1.8% de las mismas, un RPM prologando. Además, se encuentra que solo un 3.6% presentaron un parto prologando, un 7.2% presentaron la condición de embarazo múltiple, por otro lado, se demuestra que un 36% eran multigestas. Finalmente, se encontró que solo el 1.8% de la población evaluada presentaba antecedentes de atonía y en su mayoría con un 98.2% no presentaban antecedente de la misma. En cuanto a datos de relación significativa, solo se toma en consideración el valor p (0.010) y (0,006) de multigesta con la edad y estado civil.

Tabla 4. Factores de riesgo modificables de la atonía uterina según el Perfil Epidemiológico

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO		OBESIDAD			Valor de p	CONTROL PRENATAL			Valor de p
		NO	SI	Total		NO	SI	Total	
EDAD	menos de 17 años	N 5	1	6	0.001	1	5	6	0.173
		% 83.3	16.7	100.0		16.7	83.3	100.0	
	18 - 24 años	N 7	0	7		0	7	7	
		% 100.0	0.0%	100.0		0.0	100.0	100.0	
	25 - 29 años	N 6	12	18		4	14	18	
		% 33.3	66.7	100.0		22.2	77.8	100.0	
30 - 35 años	N 14	28	42	1	41	42			
	% 33,3	66,7	100.0	2.4	97.6	100.0			
36 a más	N 10	28	38	9	29	38			
	% 26.3	73.8	100.0	23.7	76.3	100.0			
ESTADO CIVIL	Conviviente	N 29	44	73	0.061	7	66	73	0.374
		% 39.7	60,3	100.0		9.4	90.6	100.0	
	Soltera	N 6	3	9		1	8	9	
		% 66.7	33.3	100.0		11.1	89.9	100.0	
	Casada	N 7	22	29		7	22	29	
		% 24.1	75.9	100.0		24.1	75.9	100.0	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción	N 0	2	2	0.552	0	2	2	0.629
		% 0.0%	100.0	100.0		0.0	100.0	100.0	
	Primaria	N 2	5	7		2	5	7	
		% 28.6	71.4	100.0		28.6	71.4	100.0	
	Secundaria	N 13	16	29		6	23	29	
		% 44.8	55.2	100.0		20.7	79.3	100.0	
Superior	N 27	46	73	7	65	73			
	% 37.0	63.0	100.0	9.6	89.0	100.0			

PROCEDENCIA	Urbano	N	31	48	79		13	66	79	
		%	39.2	60.8	100.0		16.5	83.5	100.0	
	Rural	N	11	21	32	0.632	2	30	32	0.113
		%	34.4	65.6	100.0		6.3	93.7	100.0	
			%	%	%		%	%	%	

La tabla 4 presenta los datos de los factores de riesgo modificables que se pudieron encontrar en las puérperas evaluadas en el presente estudio. En tal sentido, en cuanto al factor obesidad, se demuestra que un 62.2% presenta dicho indicador, mientras que un 37.8% no lo presenta. Asimismo, un 86.5% de la población ha tenido su control prenatal de manera adecuada, mientras que un 13.5% no lo tuvo. De manera más detallada, se toma en consideración que quienes presentaron más indicadores de obesidad, fueron las puérperas con edades comprendidas entre 30 a 35 años (66.7%) y las de 36 a más años (73.8%) relacionándose ampliamente este factor por el valor $p = 0.001$. En cuanto a un control prenatal, los que mayormente lo realizaron fueron las puérperas con edades comprendidas de 30 a 35 años (97.6%). En cuanto al estado civil, quienes mayormente presentaron indicadores de obesidad y recibieron su control prenatal fueron las convivientes (60.3% y 90.6% respectivamente). Situación similar en cuanto al grado de instrucción porque las que presentaron más indicadores de obesidad y cumplieron con su control prenatal fueron las de una educación superior como también las que procedían de un lugar urbano.

Tabla 5. Tipo de parto que se relacionó más con eventos de atonía uterina según el Perfil Epidemiológico

PERFIL EPIDEMIOLOGICO			TIPO DE PARTO			Valor de p
			CESAREA	VAGINAL	Total	
EDAD	Menos de 17 años	N	4	2	6	0,321
		%	66.7%	33.3%	100.0%	
	18 - 24 años	N	5	2	7	
		%	71.4%	28.6%	100.0%	
	25 - 29 años	N	12	6	18	
		%	66.7%	33.3%	100.0%	
30 - 35 años	N	26	16	42		
	%	61.9%	38.1%	100.0%		
36 a más	N	29	9	38		
	%	76.3%	23.7%	100.0%		
ESTADO CIVIL	Conviviente	N	48	25	73	0,158
		%	76.3%	23.7%	100.0%	
	Soltera	N	8	1	9	
		%	89.9%	11.1%	100.0%	
	Casada	N	20	9	29	
		%	69.0%	31.0%	100.0%	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	N	1	1	2	0,956
		%	50.0%	50.0%	100.0%	
	Primaria	N	5	2	7	
		%	69.0%	31.0%	100.0%	
	Secundaria	N	19	10	29	
		%	65.5%	34.5%	100.0%	
Superior	N	51	2	73		
	%	69.9%	30.1%	100.0%		
Procedencia	Urbano	N	53	26	79	0,743
		%	67.9%	32.9%	100.0%	
	Rural	N	23	9	32	
		%	71.9%	28.1%	100.0%	

La tabla 5, presenta el tipo de parto que se relacionaba más con los eventos de atonía uterina. En tal sentido, se demuestra que el 68.5% pasaron por una cesárea y un 31.5% tuvo un parto vaginal. De manera detallada, las puérperas de 30 a 35 años, fueron las que mayormente presentaron partos por Cesárea (61.9%) con un valor p =

0,321. En cuanto al estado civil, las convivientes son las que mayormente pasaron una Cesárea (76.3%) . Por otro lado, en cuanto al grado de instrucción, se demuestra que la mayoría de estas, que son las de un grado superior, pasaron una cesárea de igual forma en gran medida (69.9%). Finalmente, en cuanto al lugar de procedencia, la mayoría (área urbana) llegaron a pasar por una cesárea (67.9%).

Tabla 6. Incidencia de las complicaciones según el Perfil Epidemiológico

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	COMPLICACIONES						Valor de p	
	Ninguna		Anemia		Otros			
	N	%	N	%	N	%		
EDAD	≤ 17	1	16.7	5	83.3	0	0	0,059
	18 - 24	3	42.9	4	57.4	0	0	
	25 - 29	8	44.4	10	55.6	0	0	
	30 - 35	8	19	31	73.8	3	7.1	
	≥ 36	15	39.5	23	60.5	0	0	
ESTADO CIVIL	Conviviente	21	28.8	49	67.1	3	4.1	0,527
	Soltera	1	11.1	8	89.9	0	0	
	Casada	13	44.8	16	55.2	0	0	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción	1	50	1	50	0	0	0,107
	Primaria	2	28.6	5	71.4	0	0	
	Secundaria	11	37.9	18	62.1	0	0	
	Superior	21	28.8	49	67.1	3	4.1	
PROCEDENCIA	Urbano	24	30.4	53	67.1	2	2.5	0.251
	Rural	11	34.4	20	62.5	1	3.1	

La tabla 6 muestra el análisis realizado a la anemia como complicación frecuencia en la ATU según el perfil epidemiológico. De tal manera, se demuestra que el 41.1% que presentaron anemia, tenían una edad comprendida entre 30 a 35 años, además de presentar un valor p de 0.059, lo que nos indica que no viene a influenciar la presencia de complicaciones como anemia. Asimismo, el 65.8% de la misma población son convivientes y su valor p es de 0.527, presentando la misma situación presentada

anteriormente. De tal manera, la mayoría con un 65.8% presentan estudios de nivel superior con un valor p de 0.107 y finalmente un 69.9% provienen de un área urbana con un valor 0 de 0.251.

Tabla 7. Tipo de tratamiento más frecuente para el control y manejo de la atonía uterina.

TIPO DE TRATAMIENTO	CANTIDAD	%
QUIRURGICO	33	29.7
NO QUIRÚRGICO	78	70.3
TOTAL	111	100

La tabla 7 muestra el tipo de tratamiento más frecuente para el control de la ATU, en donde se demuestra entonces que el 70.3% recibieron un tratamiento no quirúrgico, mientras que por otro lado un 29.7% recibió un tratamiento quirúrgico.

IV. DISCUSIÓN

En la tabla 01, muestra que, en el periodo de estudio, de las 111 puérperas evaluadas, la mayoría tenía una edad comprendida entre 30 a 35 años (37.8%). Asimismo, en su mayoría eran convivientes (65.8%), además se encontró que eran mayoritariamente con instrucción superior (65.8%). Finalmente, en cuanto al lugar de procedencia, se encuentra que provienen de un área urbana (71.2%). Al respecto, similar resultado encontró Silva¹⁸, donde el 42.8% de su población era mayor a 35 años, sin embargo, difiriendo en relación con el tipo de procedencia, donde el 85.7% era de procedencia rural y asimismo el 100% fueron ama de casa. Estas diferencias se podrían asumir por el hecho de que el estudio realizado por Silva fue en el centro de salud Huaccana – Chincheros, con un nivel de atención I, a comparación del presente estudio que se realizó en un nivel de atención II, y perteneciente a EsSalud, donde para tener ese tipo de seguro se tiene que estar en planilla, en una empresa formal, y por ende con un nivel de instrucción superior.

En la tabla 2, se puede analizar que, en el periodo de estudio, se trabajó con puérperas con diagnóstico de hemorragia postparto por atonía uterina, por lo que la prevalencia fue la población total (100%). En cuanto a mortalidad, se encuentra que solamente el 0.9% (01 puérpera) llegó a fallecer por el mismo factor evaluado, mientras que el 99.1% (110) llegaron a recuperarse en totalidad. Disgregando la información se encuentra que esta persona fallecida llegaba a tener una edad comprendida entre 30 a 35 años, era casada, tenía una educación secundaria completa y procedía del área rural. Similar hallazgo encontró Kodan¹², donde encontró que los factores de riesgo significativos para mortalidad fueron; edad superior a 30 años, asimismo estuvo presente como factor de riesgo el embarazo múltiple y cesárea. Por lo cual se asume que en el embarazo múltiple las fibras musculares uterinas se encuentran elongadas por la sobredistensión de los fetos, lo cual retrasa la adecuada contracción uterina, asimismo la edad mayor de 30 años se asocia con cambios esclerotrófico y/o atróficos que dificultan la adecuada involución uterina después del parto, y por ende dificulta el

control de la HPP.

En la tabla 3, en relación con los factores de riesgo, las puérperas evaluadas en el presente estudio presentaron el 6.3% como factor de riesgo a la macrosomía fetal, asimismo, 1.8% de las mismas un RPM prologando. Además, se encuentra que solo un 3.6% presentaron un parto prologando, un 7.2% presentaron la condición de embarazo múltiple, por otro lado, se demuestra que un 36% eran multigestas. lo cual difiere con Gomez ¹¹, quien, en el año 2021, encontró que, del total de 60 pacientes con atonía uterina, el 40% de ellas presentaron un trabajo de parto prolongado, siendo el factor más significativo. Por tal motivo difiere con el estudio analizado, debido a que, en nuestro estudio, el factor de riesgo condicionantes más frecuente fue la condición de ser multigesta (36%), y solo presentó en un 3.6% la condición de parto prolongado. La sustentación según Coello ³³, es que la multiparidad incide en la severidad del cuadro de la HPP, debido a la demora del útero en involucionar estando ya previamente distendido

En la tabla 04, en relación con los factores modificables, se encontró a la obesidad, y quienes presentaron más indicadores de obesidad, fueron las puérperas con edades comprendidas entre 30 a 35 años (66.7%) y las de 36 a más años (73.8%). De igual manera Feduniw,¹³ en el año 2020, hizo un estudio en Polonia con el fin de determinar los FR relacionados de HPP en 8652 pacientes, concluyendo que la obesidad y edad mayor de 35 son factores de riesgo, lo cual guarda concordancia con los resultados del presente estudio, donde se postula que los cambios esclerotrónico y/o atróficos que se presentan a partir de los 30 años, podrían ser los causantes de una ineficaz contracción de los vasos uterinos, de esta manera facilitando las pérdidas.²²

En la tabla 05, el tipo de parto más relacionado a eventos de atonía, se encontró que del total de puérperas que presentaron atonía uterina, el 68.5% pasaron por una cesárea y un 31.5% tuvo un parto vaginal. De manera detallada, las puérperas de 30 a 35 años, fueron las que mayormente presentaron partos por Cesárea (61.9%) con un valor $p = 0,321$. Similar resultado fue reportado por Tavera ¹⁷ en el año 2022, en su

estudio no experimental, de casos y controles, quien encontró que la cesárea ($p < 0.001$, OR: 1.98 (IC 95%: 1.71 – 2.29) fue un factor de riesgo significativo para eventos de atonía uterina, aumentado 1.98 veces la probabilidad de hacer Hemorragia posparto por ATU, lo cual guarda relación con lo obtenido por el presente estudio. Ello se explica, debido a que la cesaría al ser un evento no fisiológico existe una falta de capacidad para que el útero se contraiga de manera adecuada, por lo cual propicia una rápida pérdida de sangre.²³

En la tabla 06, en relación a las complicaciones, del total de puérperas, el 41.1% presentaron anemia, las cuales tenían una edad comprendida entre 30 a 35 años, siendo el 65.8% convivientes. Resultados parecidos se encontraron en su investigación de Silva ¹⁸, donde encontró que del total de puérperas con atonía uterina, el 52.4% presentaron como complicación anemia moderada en un 52.4, de las cuales el 42.8% comprendían edades mayores a 35 años, Por lo cual sería necesario un estudio que aborde el nivel de anemia para tener datos más precisos, asimismo conocer la hemoglobina antes del parto, y de esta manera cuantificar las pérdidas sanguíneas, debido a que mientras más severa sea la anemia pregestacional, es mayor la severidad e incidencia de hemorragia posparto, debido a que condiciona que la madre tenga perdidas mayores durante el parto y de esta manera pueda entrar en shock hipovolémico y/o complicaciones fatales tanto maternas como neonatales.²⁴

En la tabla 07, en relación al tipo de manejo, no hubo estudios que se postulen como referencia, para analizar y/o comparar la información solicitada, por lo cual, el presente estudio puede servir como guía para las demás publicaciones. Para lo cual se encontró que el 70.3% recibieron un tratamiento no quirúrgico, mientras que por otro lado un 29.7% recibió un tratamiento quirúrgico. Lo cual se postula que en la mayoría de pacientes, el tratamiento farmacológico a base de uterotónicos, donde su mecanismo de acción se basa en estimular la musculatura lisa miometrial para favorecer una adecuada contracción uterina, fue muy eficaz para detener la hemorragia y de esta manera no se utilizó medidas más invasivas.

V. CONCLUSIONES

Con respecto a los factores epidemiológicos, la gran parte tenía una edad comprendida entre 30 a 35 años (37.8%). Asimismo, la mayoría eran convivientes (65.8%), además de que se encontró como frecuencia el grado de instrucción superior (65.8%). Finalmente, en cuanto al lugar de procedencia, se encuentra que mayormente provienen de un área urbana (71.2%).

En cuanto a la prevalencia, la población total (100%) presentaba la atonía uterina. En cuanto a mortalidad, se encuentra que solamente el 0.9% (01 puérpera) llegó a fallecer por el mismo factor evaluado, mientras que el 99.1% (110) llegaron a recuperarse en totalidad, además que esta persona fallecida llegaba a tener una edad comprendida entre 30 a 35 años, era casada, tenía una educación secundaria completa y procedía del área rural.

Con respecto a los factores de riesgo no modificables, se demuestra que solo el 6.3% presentaron como factor de riesgo macrosomía fetal, asimismo, 1.8% de las mismas, un RPM prologando. Además, se encuentra que solo un 3.6% presentaron un parto prologando, un 7.2% presentaron la condición de embarazo múltiple, por otro lado, se demuestra que un 36% eran multigestas. Finalmente, se encontró que en su mayoría con un 98.2% no presentaban antecedente de atonía. Con respecto a los factores de riesgo modificables, se toma en cuenta al factor obesidad, se demuestra que un 62.2% presenta dicho indicador. Asimismo, un 86.5% de la población ha tenido su control prenatal de manera adecuada.

Con respecto al tipo de parto, el 68.5% pasaron por una cesárea y un 31.5% tuvo un parto vaginal.

En cuanto a complicaciones, se considera que el 31.5% no presentó ninguna complicación, el 65.8% presentaban anemia y un 2.7% presentaban otras complicaciones diversas.

Se demuestra que el 70.3% recibieron un tratamiento no quirúrgico

VI. RECOMENDACIONES

Crear campañas educativas y programas de seguimiento dirigidos a mujeres en base a la edad y el contexto social (área urbana, nivel educativo superior) para concienciarlas sobre los riesgos de la atonía uterina. Esto incluiría talleres de prevención en hospitales y centros de salud, con un enfoque particular en las mujeres convivientes, quienes representan el 65.8% de los casos, con la finalidad de poder actuar en el grupo de riesgo.

Desarrollar programas nutricionales y de control de peso durante el embarazo. Esto puede incluir la creación de un plan de alimentación personalizado para mujeres embarazadas con obesidad y la implementación de actividad física supervisada, además de controles periódicos del peso y seguimiento médico. Asimismo, la colaboración con nutricionistas y educadores en salud en el contexto prenatal podría ser clave para reducir este factor de riesgo, debido que se demostró que la obesidad es un factor de riesgo presente en la atonía uterina y por ende al ser modificable se puede controlar y de esta manera disminuir la incidencia de atonía uterina.

Reforzar el control prenatal con tecnologías avanzadas, como ecografías de alta resolución y monitoreo fetal continuo, para detectar factores de riesgo no modificables. Al identificar condiciones como macrosomía fetal o embarazo múltiple, se podría planificar un manejo más específico, reduciendo la posibilidad de una atonía uterina postparto. Con la finalidad de establecer directrices más estrictas sobre el seguimiento de mujeres con estos factores sería clave.

Implementar políticas que promuevan el parto vaginal en situaciones donde sea seguro para la madre y el bebé. Capacitar a los profesionales de salud en técnicas de parto que minimicen el riesgo de atonía uterina, como el manejo activo del tercer período del parto. También sería útil revisar los protocolos médicos para garantizar que las cesáreas se realicen solo cuando existan razones médicas justificadas, con el objetivo de reducir el riesgo innecesario de atonía uterina y otras complicaciones quirúrgicas,

debido a que se ha demostrado que el tipo de parto también juega un rol importante para eventos de ATU.

Crear programas intensivos de suplementación de hierro y otros nutrientes clave durante el embarazo, particularmente para aquellas en riesgo de hemorragias postparto. Implementar un sistema de seguimiento postparto que evalúe y trate casos de anemia de forma temprana y efectiva. Además, capacitar al personal médico para la detección temprana de signos de anemia y mejorar el acceso a recursos nutricionales sería esencial para mitigar las complicaciones asociadas a la atonía uterina, con la finalidad de evitar eventos que aumenten la severidad y/o incidencia de hemorragia posparto

Desarrollar y difundir protocolos de tratamiento personalizados para la atonía uterina, donde los profesionales de la salud puedan identificar rápidamente si el manejo no quirúrgico será suficiente o si se requiere una intervención quirúrgica. Con la finalidad de garantizar que los hospitales tengan acceso a los medicamentos y equipos necesarios para aplicar las técnicas no quirúrgicas de manera oportuna, mientras se asegura que los equipos quirúrgicos estén capacitados para intervenciones rápidas y efectivas cuando sea necesario.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad maternal. Hoja de hechos. OMS: Ginebra [Internet]. 2019 [citado 8 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. OPS, OMS. Cero Muertes Maternas por Hemorragia. Proyecto Interdepartamental OPS. Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva [Internet]. 2017 [citado 8 de setiembre del 2022]. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=23
3. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el niño y adolescente. Mortalidad materna [Internet]. 2020 [citado 8 de setiembre del 2022]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinata%20/es/
4. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. OPS [Internet]. 2015 [citado 8 de setiembre del 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
5. Universidad de Antioquia. Código rojo. Colombia [Internet]. 2022 [citado 8 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/investigacion/grupos-investigacion/ciencias-medicas-salud/nacer/codigo-rojo>
6. Gil-Ciparán F. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú [Internet]. Perú: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2021 [citado 8 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-05-07/anexo-2-cdc-minsa-muerte-materna-2020-2021-08-abril.pdf>

7. Ministerio de Salud. Programa presupuestal 002: Salud materno neonatal [Internet]. MINSA; 2021 [citado 8 de setiembre del 2022]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_2.pdf
8. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico. Volumen 31 – SE 13. MINSA [Internet]. 2022 [citado 10 de setiembre del 2022]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202213_29_141926.pdf
9. Laserna E, Robledo M. Perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Ignacio – Cajamarca, junio 2021 – mayo 2022. Universidad Nacional de San Martín [Internet]. 2023 [citado 30 de marzo del 2024]. Disponible en:
10. Bazirete O, Nzayirambaho M, Umubyeyi A, Karangwa I, Evans M. Risk factors for postpartum haemorrhage in the Northern Province of Rwanda: A case control study. PLoS one [Internet]. 2022 [citado 8 de setiembre del 2022]; 17(2): e0263731. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263731>
11. Gómez-Martínez N, Morillo-Cano JR, Pilatuña-Tirado CB. El cuidado enfermero en pacientes con atonía uterina atendidas en el Hospital General Puyo. (Spanish). Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores [Internet]. 2021 may [citado 10 de setiembre del 2022]; 8(3): 1–26. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eue&AN=158134621&lang=es&site=ehost-live>
12. Kodan LR, Verschueren KJ, Prüst ZD, Zuithoff NP, Rijken MJ, Browne JL, et al. Hemorragia posparto en Surinam: un estudio descriptivo nacional de nacimientos en hospitales y una auditoría de la gestión de casos. PLoS one [Internet]. 2020 [citado 10 de setiembre del 2022]; 15(12): e0244087. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244087>
13. Feduniw S, Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M. Epidemiology, prevention and management of early postpartum hemorrhage—a systematic review.

- Ginekologia Polska [Internet]. 2020 [citado 20 de octubre del 2022]; 91(1): 38-44. DOI: 10.5603/GP.2020.0009
14. Shahbazi-Sighaldehy S, Nazari A, Maasoumi R, et al. Prevalencia, factores relacionados y resultados maternos de la hemorragia posparto primaria en hospitales gubernamentales en Kabul-Afganistán. BMC Embarazo Parto [Internet]. 2020 [citado 10 de setiembre del 2022]; 20(428): 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03123-3>
 15. Hernández Cabrera Y, Martínez Díaz D, Montero Padrón Z, Cabeza Poblet MA, Abreus Castro AB, Ruiz Hernández M. Caracterización de pacientes que requirieron histerectomía obstétrica de urgencia. Cienfuegos, 2013-2015. MediSur [Internet]. 2018 [citado 10 de noviembre del 2022]; 16(2): 301–8. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=158217805&lang=es&site=ehost-live>
 16. Columbié-Fariñas T, Pérez-Castillo R, Cordero-Gonzalez Y. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. Rev méd sinerg [Internet]. 2019 [citado 10 de setiembre del 2022]; 4(10): e269. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269>
 17. Távara A, Núñez M, Tresierra MA. Factores asociados a atonía uterina. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2022 [citado 10 de setiembre del 2022]; 68(2): 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2424>
 18. Silva-Carrasco LI, Flores-Huacho RM. Hemorragia posparto precoz en puérperas atendidas en el Centro de Salud Huaccana Chincheros 2019 y 2020. Universidad Nacional de Huancavelica [Internet]. 2022 [citado 10 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/fe5069e4-267f-4cf5-a950-fc7df28afc14/content>
 19. León-Garza MP. Materno-fetal clinical epidemiological and indicators of uterine atony in puerperas post primary cesárea in a private clinic of august 2017 - august 2018. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2019

- [citado 10 de setiembre del 2022]; 19(2): 82-88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19.n2.2072>
20. Kellerman R. Conn's Current Therapy 2022. Elsevier [Internet]. 2022 [citado 21 de octubre del 2022]. p. 1246-8. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780323833783002974?scrollTo=%23hl0000161>
21. Evans AT. Manual de Obstetricia. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
22. Canerom P, Little M, Milta E, Densy C. Textbook of Adult Emergency Medicine. 5a ed. Elsevier [Internet]. 2020 [citado 21 de octubre del 2022]; 584-94. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780702076244001142?scrollTo=%23hl0000522>
23. Prestley S. Emergency delivery and complications. Elsevier [Internet]. 2019 [citado 21 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780702076244001142?scrollTo=%23hl0000522>
24. Francois E, Foley M. Obstetricia. Embarazos normales y de riesgo. 7a ed. Elsevier. 2020 [citado 21 de octubre del 2022]. p. 415-44.
25. Lozada J. Investigación aplicada: Definición, propiedad intelectual e industria [Internet] CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica; 2014, 3(1): 47-50 [citado 22 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6163749>
26. Hernández-Chavarría F. Fundamentos de epidemiología: El arte detectivesco de la investigación epidemiológica. Costa Rica: EUNED; 2022. p. 309 [citado 22 de setiembre del 2022].
27. Rodríguez-Moguel EA. Metodología de la investigación. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2005. p. 83-86 [citado 25 de octubre del 2022].
28. Idelfonso-Grande EA. Análisis de encuestas. Madrid: ESIC; 2005. p. 70-78. [citado 25 de octubre del 2022].
29. Sánchez-Huarcaya AO, Revilla-Figueroa DM, Alayza-Degola M, Sime-Poma L, Trelles-de-Peña LM, Tafur-Puente R. Los métodos de investigación de las tesis

de maestría en educación [Internet]. PUCP; 2020 [citado 21 de octubre del 2022]. 7-8 p. Disponible en: <https://files.pucp.education/posgrado/wp-content/uploads/2021/01/15115158/libro-los-metodos-de-investigacion-maestria-2020-botones-2.pdf>

30. Martínez-Mediano C, Galán-González A. Técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2014. p. 297 [citado 23 de octubre del 2022]
31. Muñoz-Razo C. Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis. México: Prentice Hall Hispanoamericana; 1998. p. 84-85 [citado 25 de octubre del 2022]
32. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.
33. Coello M, Díaz M, Vásquez B y Zurita M. Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia posparto. Dominio de las Ciencias [Internet] [citado 10 de octubre del 2024]; 8(3). p. 66-77. Acceso: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8637946>

ANEXOS

ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE INDICADOR
Perfil epidemiológico de la atonía uterina	Caracterización de la población, según su distribución y frecuencia. ⁵	De la base de datos HIS-MINSA se obtienen los datos CIE-10: O62.2	Incidencia Letalidad	Cuantitativa de razón
		Edad en años	Menor de 17 18 - 24 25-29 30-35 Mayor de 36	Cuantitativa de intervalo
		Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Cualitativo nominal
		Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Superior	Cualitativo ordinal
Factores de riesgo en atonía	Característica o cualidad cuya aparición en el individuo predisponen al desarrollo de atonía uterina. ⁶	Se obtiene de la historia clínica de los pacientes CIE-10: O62.2	Macrosomía fetal RPM prolongado Parto prolongado Gestación	Cualitativa dicotómico
		Factores no modificables		

		Factores modificables	múltiple Paridad Antecedente de atonía uterina Obesidad Control prenatal	Cualitativa nominal
Clínica de la atonía uterina	Falta de capacidad para que el útero se contraiga de manera adecuada luego de haberse dado el parto	De la base de datos del sistema informático HIS- MINSa se obtienen los datos de atonía uterina CIE 10: Complicaciones Tratamiento Condiciones al alta	Anemia aguda severa Shock hipovolémico Paro Quirúrgico No quirúrgico Recuperada Fallece	Cualitativo nominal Cualitativo dicotómico Cualitativo dicotómico

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

Nº FICHA:		HISTORIA CLÍNICA:			
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO					
Edad	<17 ()	18-24 ()	25-29 ()	30-35 ()	>36 ()
Estado civil	Soltera ()		Casada ()		Conviviente ()
Nivel de instrucción	Sin instrucción ()	Primaria ()	Secundaria ()		Superior ()
Procedencia	Zona rural ()			Zona urbana ()	
FACTORES DE RIESGO					
Modificables y/o no modificables	Macrosomía fetal			SI ()	NO()
	RPM prolongado			SI ()	NO()
	Parto prolongado			SI ()	NO()
	Gestación múltiple			SI ()	NO()
	Multigesta			SI ()	NO()
	Antecedente de atonía uterina			SI ()	NO()
	Obesidad			SI ()	NO()
	Control prenatal (≥ 6)			SI ()	NO()
CONDICIÓN CLÍNICA					
Complicaciones	Anemia ()		Ninguna ()		Otros ()
Tratamiento	Quirúrgico ()			No quirúrgico ()	
Condiciones al Alta	Recuperado ()			Fallece ()	

Anexo 3. Fichas de validación de instrumentos para la recolección de datos (de corresponder)

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Jorge Alex Díaz Machuca con DNI N° 43095464 Magister o Doctor en Medicina Reproductiva con N° de colegiatura 49890 de profesión Medico desempeñándome actualmente como Gineco - Obstetra

Por medio de la presente hago contar que he revisado la investigación de Correa Yanac Angie Ximena, Denominada "Aspectos Epidemiológicos, Factores de Riesgo y Clínica de la Atonía Uterina en púérpera" con fines de Validación de Instrumentos.

LISTADO DE INSTRUMENTOS

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

INSTRUMENTO 1	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Claridad					X
2. Objetividad					X
3. Actualidad					X
4. Organización					X
5. Suficiencia					X
6. Intencionalidad					X
7. Consistencia					X
8. Coherencia					X
9. metodología					X

En señal de conformidad firmo la presente, en la ciudad de Cajamarca, en el día 14, del mes de Agosto, del 2024.

JORGE ALEX DIAZ MACHUCA
Ginecología - Obstetricia - Infertilidad
CMP. 49890 RNE. 24451

Dr/Mgr: Medicina Reproductiva Humana
DNI: 43095464
Especialidad Gineco - Obstetra
E-mail: alex.diaz.mach@hotmail.com

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, JUANA FLOR QUIJONES CRUZ con DNI N° 17859344 Magister o Doctor en SAUD PÚBLICA con N° de colegiatura 3785, de profesión OBSTETRA, desempeñándome actualmente como DOCENTE UNIVERSITARIA Y OBSTETRA ASISTENCIAL.

Por medio de la presente hago contar que he revisado la investigación de Correa Yanac Angie Ximena, Denominada "Aspectos Epidemiológicos, Factores de Riesgo y Clínica de la Atonía Uterina en púérpera" con fines de Validación de Instrumentos.

LISTADO DE INSTRUMENTOS

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

INSTRUMENTO 1	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Claridad					✓
2. Objetividad					✓
3. Actualidad					✓
4. Organización					✓
5. Suficiencia					✓
6. Intencionalidad					✓
7. Consistencia					✓
8. Coherencia					✓
9. metodología					✓

En señal de conformidad firmo la presente, en la ciudad de Cajamarca, en el día 14, del mes de Agosto, del 2024.


Mg.Cs. OBSTA. Juana Flor Quijones Cruz
R.N.E. N° 720 - E - 05
COP: 3785

Dr/Mgr: JUANA FLOR QUIJONES CRUZ
DNI: 17859344
Especialidad OBSTETRIA
E-mail: jquinonesc@unc.edu.pe

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, César Eduardo Valencia Valdez con DNI N° 26705438 Magister o Doctor en Gestión de Servicios de Salud con N° de colegiatura 15288, de profesión obstetra, desempeñándome actualmente como obstetra.

Por medio de la presente hago contar que he revisado la investigación de Correa Yanac Angie Ximena, Denominada "Aspectos Epidemiológicos, Factores de Riesgo y Clínica de la Atonía Uterina en púerpera" con fines de Validación de Instrumentos.

LISTADO DE INSTRUMENTOS

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

INSTRUMENTO 1	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Claridad					X
2. Objetividad					X
3. Actualidad					X
4. Organización					X
5. Suficiencia					X
6. Intencionalidad					X
7. Consistencia					X
8. Coherencia					X
9. metodología					X

En señal de conformidad firmo la presente, en la ciudad de Cajamarca, en el día, del mes de Agosto, del 2024.


Eduardo Valencia Valdez
OBSTETRA
COP. 15288

Dr/Mgr: César Eduardo Valencia Valdez
DNI: 26705438
Especialidad Mg. Gestión de Servicios de Salud
E-mail: cev5550@gmail.com

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Juan Carlos Noriega L. con DNI N° 26714412 Magister o Doctor en Educ. Superior con N° de colegiatura 12962, de profesión Obstetra desempeñándome actualmente como Obstetra

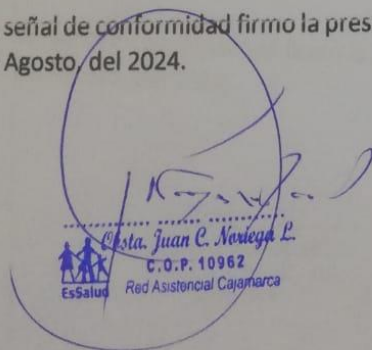
Por medio de la presente hago contar que he revisado la investigación de Correa Yanac Angie Ximena, Denominada "Aspectos Epidemiológicos, Factores de Riesgo y Clínica de la Atonía Uterina en púérpera" con fines de Validación de Instrumentos.

LISTADO DE INSTRUMENTOS

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

INSTRUMENTO 1	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Claridad					✓
2. Objetividad					✓
3. Actualidad					✓
4. Organización					✓
5. Suficiencia					✓
6. Intencionalidad					✓
7. Consistencia					✓
8. Coherencia					✓
9. metodología					✓

En señal de conformidad firmo la presente, en la ciudad de Cajamarca, en el día, del mes de Agosto, del 2024.



Dr/Mgr: Noriega Lichamy Juan Carlo
DNI: 26714412
Especialidad Obstetra
E- mail: chamlee10000@gmail.com

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, CARLA LILETH SILVA GARCÍA con DNI N° 42197672 Magister o Doctor en GESTIÓN SERVICIOS SALUD con N° de colegiatura 22959, de profesión OBSTETRA, desempeñándome actualmente como OBSTETRA ASISTENCIAL.

Por medio de la presente hago contar que he revisado la investigación de Correa Yanac Angie Ximena, Denominada "Aspectos Epidemiológicos, Factores de Riesgo y Clínica de la Atonía Uterina en puérpera" con fines de Validación de Instrumentos.

LISTADO DE INSTRUMENTOS

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

INSTRUMENTO 1	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Claridad					✓
2. Objetividad					✓
3. Actualidad					✓
4. Organización					✓
5. Suficiencia					✓
6. Intencionalidad					✓
7. Consistencia					✓
8. Coherencia					✓
9. metodología					✓

En señal de conformidad firmo la presente, en la ciudad de Cajamarca, en el día 19, del mes de Agosto, del 2024.

RED ASISTENCIAL CAJAMARCA
EsSalud
OBSTA. CARLA SILVA GARCÍA
COP: 22959

Dr/Mgr: CARLA LILETH SILVA GARCÍA
DNI: 42197672
Especialidad OBSTETRICIA
E-mail: carlasilvagarcia26@gmail.com

Anexo 4. Consentimiento o asentimiento informado UCV



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL 0091-2024-UCV-VA-MED/DE

Trajesa, 20 de junio de 2024

VISTOS, los informes que emiten los Miembros del Jurado designados para tal fin, aprobando los Proyectos de Investigación del Programa de Estudios de Medicina;

CONSIDERANDO:

Que, por Resolución de Facultad N° 0223-2018/UCV-FFOCMM del 02 de julio del dos mil dieciocho, se implementan las directivas que deben cumplir los Programas de Estudios adscritos a la Facultad de Ciencias de la Salud, dispuestas mediante Resolución de Directorio N° 0020-2018/UCV del 05 de abril del dos mil dieciocho, en el sentido que serán las Direcciones de los Programas de Estudios, quienes emitan las Resoluciones, rectoradas con los Proyectos de Investigación;

Que la Resolución de Vicerrectorado de Investigación N° 013-2018-VI-UCV del dos de marzo del dos mil dieciocho en su Capítulo denominado "De la Experiencia Curricular", numeral nueve (Proyecto de Investigación o su equivalente); precisa que en Pregrado, la evaluación y calificación de los Proyectos de Investigación se regirán por las directivas vigentes otorgadas por el Vicerrectorado de Investigación y que, la nota será única y está sujeta al dictamen dado por el Jurado después de la sustentación respectiva;

Que, vencido el plazo otorgado para la revisión y evaluación de los proyectos de Investigación, por parte del Jurado designado por resolución; en concordancia con la normatividad vigente, debe aprobarse mediante resolución los Proyectos de Investigación (Plan de Tesis) que se examinarán;

Que la aprobación de un Proyecto de Investigación, deberá constar en el Dictamen respectivo o Acta de Aprobación respectiva, reñendada por las firmas y sellos de los integrantes del Jurado designado; entendiéndose en consecuencia la resolución de aprobación que corresponde;

Que, el Dra. Ana María Chien García, Directora del Programa de Estudios de Medicina, HA DISPUESTO se extienda la Resolución respectiva en concordancia con lo expuesto en los considerandos que anteceden;

Estando a lo expuesto y dispuesto, de conformidad con las atribuciones y funciones que se les ha conferido a las Direcciones de los Programas de Estudios de la Universidad César Vallejo;

SE RESUELVE:

Art. 1° APROBAR el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN que enseguida se detalla:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	ASISOR (S)
1	CORREA YANAC, ANGE YIMENA	Aspectos epidemiológicos, factores de riesgo y clínica de la atresia uretral en puerperas.	Mg PAUL ALAN ARCON ALVARADO GARCIA
2	MEDGO SAAVEDRA, SUSAN MARGORY	Rol de estilos de vida en la relación entre índice glucosa-triglicéridos, índice de masa corporal y riesgo cardiovascular en adultos.	Mg PAUL ALAN ARCON ALVARADO GARCIA
3	MORENO PONTE, JHESDYM JHANIKSA	Factores asociados a la infección de sitio operatorio en pacientes sometidos a drogas abiertas y laparoscópicas	Mg PAUL ALAN ARCON ALVARADO GARCIA
4	VASQUEZ JACINTO, DIEGO ANDRE	Rol del apoyo social en la relación entre estrés gestacional y salud mental perinatal en mujeres embarazadas.	Mg PAUL ALAN ARCON ALVARADO GARCIA

UCV, licenciada para que puedas salir adelante.



Anexo 5. Reporte de similitud en software Turnitin

Aspectos Epidemiológicos, Factores de Riesgo y Clínica de la atonía uterina en puérperas.

INFORME DE ORIGINALIDAD

<p>6% INDICE DE SIMILITUD</p>	<p>6% FUENTES DE INTERNET</p>	<p>1% PUBLICACIONES</p>	<p>2% TRABAJS ESTUDIANTES</p>
--	--	------------------------------------	--

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unjbg.edu.pe	1
	Fuente de Internet	%
2	Submitted to Universidad Cesar Vallejo	1
	Trabajo del estudiante	%
3	repositorio.ucv.edu.pe	1
	Fuente de Internet	%
4	repositorio.upao.edu.pe	1
	Fuente de Internet	%
5	repositorio.upagu.edu.pe	<1
	Fuente de Internet	%
6	www.researchgate.net	<1
	Fuente de Internet	%
7	repositorio.uladech.edu.pe	<1
	Fuente de Internet	%
8	Loureiro, Rosalina Pais. "Determinantes de Saude em Crianças dos 3 aos 10 Anos", Instituto Politecnico de Viseu (Portugal), 2022	<1
	Publicación	%

Anexo 6. Autorizaciones para el desarrollo del proyecto de investigación



Firmado digitalmente por
TORMEL AVALOS JANE YENSE FANJ
2011021517760 udt
Módulo: Soy el Autor del Documento.
Fecha: 05.09.2024 16:03:04-0503

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

NOTA N° 000023-UPCYRM - RACAJ-ESSALUD-2024

05 de Septiembre del 2024

Para: HANS WENDELL HUAYTA CAMPOS
DIRECTOR DE RED DE DIRECCION DE RED

De: JANE YENSE TORRES AVALOS
JEFE DE UNIDAD DE UNIDAD DE PLANIFICACION CALIDAD Y RECURSOS MEDICOS

Asunto: Autorizar Facilidades en Desarrollo de Proyecto de Investigacion para Optar Titulo de Médico Cirujano. Interna Angie Ximena Correa Yanac. UCV

Referencia: CARTA N° 719-2024-UI-EM-FCS-UCV
RESOLUCION N° 1421-GG-ESSALUD-2008.

Expediente: RACAJUPCYRM20240000031.

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez en atención al asunto sobre autorización de facilidades para el desarrollo de Proyecto de Investigación; por tener Convenio Marco y Específico, se exime el pago por concepto de revisión de protocolo por el Comité de Investigación y trámites administrativos en la Red Cajamarca

NORMATIVIDAD: RESOLUCION N° 1421-GG-ESSALUD-2008.	7.3.4.- Favorecer la realización de estudios de investigación y ensayos clínicos locales y multicéntricos. 7.5.3.- Evaluar para su aprobación proyectos Institucionales y Extra institucionales.
TITULO	"ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS, FACTORES DE RIESGO Y CLINICA DE LA ATONIA UTERINA EN PUERPERAS"
INVESTIGADOR PRINCIPAL	Alumna Angie Ximena Correa Yanac.
ASESOR	Mg. Paul Alan Arkin Alvarado Garcia.
MOTIVACION	Proyecto de Tesis para obtener Titulo como Médico Cirujano.
AREAS	Servicio de Gineco Obstetricia, Otros.
HORARIO	A determinación de Servicio correspondiente.
PERIODO	Hasta 31 de Setiembre 2024 - Renovable

Por lo expuesto agradeceré a usted, se sirva emitir la autorización de facilidades, a fin de que el Investigador tenga la validez del Estudio a realizar, además el autor al terminar, alcanzará un ejemplar de la tesis, a esta oficina.

A espera de su gentil atención, me despido de usted.

Atentamente,



Firmado digitalmente por
TORMEL AVALOS JANE YENSE FANJ
2011021517760 udt
Módulo: Soy el Autor del Documento.
Fecha: 05.09.2024 16:03:04-0503

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013- PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM.

www.gob.pe/essalud

Jr. Domingo Cueto N.º 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
Tel.:265 - 6000 / 265 - 7000

