



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**FACTORES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A
HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO
DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. RUBY SHANTALL CHOQUE QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A
HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO
DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. RUBY SHANTALL CHOQUE QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

: 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERDANDEZ MACEDO

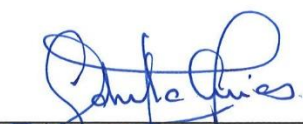
PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD PÚBLICA - P06



RESOLUCIÓN DECANAL N° 1210 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 26 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 11859 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **OBSTETRA** del bachiller: **CHOQUE QUISPE RUBY SHANTALL** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

- * **Asesor (a)** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : VIERNES 28 DE NOVIEMBRE DEL 2025
HORA : 14:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia y la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 732-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 15 de Setiembre del 2025

VISTOS: Exp. 2025-CU-567 presentada por el(la) egresado (a) **CHOQUE QUISPE RUBY SHANTALL** quien ha solicitado cambio del presidente, Primer Miembro y asesor del borrador de tesis de Investigación conducente para optar el título profesional de: **OBSTETRA**

CONSIDERANDO: Que, según Resolución Decanal N° 567-2025-D-FCS-UANCV, se aprueba de la propuesta de Tesis: **FACTORES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024** Teniendo como jurados y asesor designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * **Asesor** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N° 212-2025-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del Asesor por motivos ya no tiene vínculo con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el CAMBIO del PRESIDENTE, PRIMER MIEMBRO y ASESOR designados a él (la) egresado (a) **CHOQUE QUISPE RUBY SHANTALL** para la revisión del borrador de tesis titulado: **FACTORES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024** para optar al Título Profesional de **OBSTETRA** debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

- * **Asesor** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de investigación, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.



DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP. Obstetricia



RESOLUCIÓN DECANAL N° 567 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 09 de julio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 167-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 07 de julio del egresado (a) **CHOQUE QUISPE RUBY SHANTALL** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado **FACTORES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024** para optar el título profesional de: **OBSTETRA**

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **2do Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **Asesor (a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **CHOQUE QUISPE RUBY SHANTALL** para optar el Título Profesional de: **OBSTETRA** Con la tesis titulado : **FACTORES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024** correspondiente a la Línea de investigación **SALUD PÚBLICA**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
DECANATO
Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, OB Archivo.



RESOLUCIÓN DECANAL N° 1089-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 28 de agosto del 2024

VISTOS:

El Informe N° 074-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 22 de agosto de la E. P. de Obstetricia, folio 0000083;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **CHOQUE QUISPE RUBY SHANTALL** presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD PÚBLICA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 326 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92- el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **CHOQUE QUISPE RUBY SHANTALL** para optar el título profesional de: **OBSTETRA** titulado: **FACTORES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Obstetricia, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Universidad Andina 'Néstor Cáceres Velásquez'
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
C.O. 2034
DECANA

Distribución: Decanato, EP: Obstetricia Archivo.



18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 17% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos Complementarios

FACTORES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	RUBY SHANTALL CHOQUE QUISPE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	77021676
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-9550-3885
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4559-141X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNÁNDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNÁNDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323



Datos de investigación	
Línea de investigación	Salud Pública - P06
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca</p> <p>Latitud: -15.4935174 Longitud: -70.1638617 https://maps.app.goo.gl/ffSchMSnEdcroQMbA</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	AGOSTO 2024 - NOVIEMBRE 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Derecho https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.05.00 Derecho https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.05.01



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CERRES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo RUBY SHANTALL CHOQUE QUISPE, identificado con DNI Nro. 77021676 en mi condición de egresado de:

- [X] Escuela Profesional
[] Programa de Segunda Especialidad,
[] Programa de Maestría o Doctorado

OBSTETRICIA

informo que he elaborado el/la [X] Tesis o [] Trabajo de Investigación, [] Trabajo Académico denominada:

FACTORES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 24 de DICIEMBRE del 2025

[Handwritten signature of the advisor]

Firma del Asesor (obligatoria)

[Handwritten signature of the student]

Firma del Estudiante (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Mis padres, con ternura he cumplido mis sueños desde la niñez ser profesional, jamás me he rendido.



AGRADECIMIENTO

A UANCV, docentes inculcarnos
sus enseñanzas y experiencias.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTOiv

ÍNDICE GENERAL.....v

ÍNDICE DE TABLAS viii

ÍNDICE DE FIGURASix

RESUMENx

ABSTRACTxi

INTRODUCCIÓN xii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. EL PROBLEMA..... 1

 1.2.1 General 4

 1.2.2. Específicos 4

1.3. JUSTIFICACIÓN 5

 1.3.1. Teórica 5

 1.3.2. Práctica 5

1.4. OBJETIVOS 6

 1.4.1. General 6

 1.4.2. Específicos 6

1.5. HIPÓTESIS..... 6

 1.5.1. General 6

 1.5.2. Específicas 7

1.6. VARIABLES 7

1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 8



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES 9

 2.1.1. Internacional..... 9

 2.1.2. Nacional 12

 2.1.3. Regional 15

2.2. MARCO TEÓRICO 19

2.3. MARCO CONCEPTUAL 29

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO 30

3.2. TIPO..... 30

3.3. MÉTODO 31

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA 31

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN 31

 3.5.1. Técnica..... 31

 3.5.2. Instrumento 31

3.6. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS..... 32

3.7. CONTRASTACIÓN 32

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD INSTRUMENTO 33

 3.8.1. Validez 33

 3.8.2. Confibilidad 33

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONCLUSIONES 56



RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS	66
ANEXO 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	67
ANEXO 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA	72
ANEXO 3 INSTRUMENTO FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	73
ANEXO 4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	75
ANEXO 5 AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN. ...	80



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Paridad asociada a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	34
TABLA 2 Edad materna asociada a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024	36
TABLA 3 Antecedentes de cirugías asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	38
TABLA 4 Distocias del canal del parto asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	40
TABLA 5 Índice de masa corporal asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	42
TABLA 6 Distensión uterina asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024	44
TABLA 7 Retención uterina asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024	46
TABLA 8 Atonía uterina asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024	48
TABLA 9 Lesiones del canal del parto asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	50
TABLA 10 Fármacos utero estimulantes asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	52
TABLA 11 Hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	54



ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
FIGURA 1	Paridad asociada a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	34
FIGURA 2	Edad materna asociada a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	36
FIGURA 3	Antecedentes de cirugías asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	38
FIGURA 4	Distocias del canal del parto asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	40
FIGURA 5	Índice de masa corporal asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	42
FIGURA 6	Distensión uterina asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	44
FIGURA 7	Retención uterina asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	46
FIGURA 8	Atonía uterina asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	48
FIGURA 9	Lesiones del canal del parto asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	50
FIGURA 10	Fármacos uterino estimulantes asociado a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	52
FIGURA 11	Hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca 2024.....	54



RESUMEN

La investigación realizada influye la hemorragia ha resultado un problema de Salud para madres en la etapa de posparto en puérperas muestran metodología correlacional, transversal. Población 92 madres pacientes en los meses de junio 2023 a junio 2024. Muestra 100% población general. Para la recolección aplicamos una ficha estructurada con 11 ítems. Para recabar las pruebas sueltas acudimos Chi².

El factor personal es la multiparidad, equivale 38% (NS=0.025), edad materna menor 19 corresponde 51.1% (NS=0.028), antecedentes de tratamiento uterino 30.4% (NS=0.017).

El factor obstétrico, caso parto precipitado corresponde 30.5%, sobrepeso 54.3% retención restos membranosos 33.7%, atonía uterina precoz 5.5%, lesiones canal del parto 35.9%, fármacos prostaglandinas 14.2%.

Conclusiones: los factores personales y obstétricos tiene relación simétrica donde la hemorragia de posparto en puérperas fluye regularmente.

Palabras Clave: hemorragia, posparto, puérpera.



ABSTRACT

The research conducted shows that hemorrhage has become a health issue for postpartum mothers using a correlational, cross-sectional methodology. The population was 92 mothers who were patients from June 2023 to June 2024. The sample was 100% general population. A structured 11-item form was used for data collection. Individual tests were collected using the Chi-square test.

The personal factor is multiparity, which equates to 38% (NS=0.025); maternal age under 19 corresponds to 51.1% (NS=0.028); and a history of uterine treatment 30.4% (NS=0.017).

The obstetric factors were precipitous delivery (30.5%), overweight (54.3%), retained membranous debris (33.7%), premature uterine atony (5.5%), birth canal injuries (35.9%), and prostaglandin medications (14.2%).

Conclusions: Personal and obstetric factors are symmetrically related, resulting in regular postpartum hemorrhage in postpartum women.

Keywords: hemorrhage, postpartum, puerperal.



INTRODUCCIÓN

Hemorragia es sangrado posparto mediante los cambios hemodinámicos de transfusión de sangre que es diferente del hematocrito en 10%. (1) señala que la hemorragia de gran magnitud durante el período expulsivo constituye una emergencia obstétrica grave, capaz de poner en riesgo la vida materna. Por ello, la prevención oportuna y la intervención terapéutica inmediata son fundamentales, ya que la demora en el manejo clínico incrementa significativamente el riesgo de mortalidad materna por pérdida sanguínea masiva. (2)

En Perú, la mortalidad materna aumentó por la atención tardía, siendo la preeclampsia la principal causa y la COVID-19 una causa relevante.(3)

En Perú, la falta de atención oportuna incrementó la mortalidad materna; la COVID-19 fue una causa relevante, aunque los trastornos hipertensivos del embarazo, especialmente la preeclampsia, siguen siendo la principal causa. (4)

La presente tesis se estructura de la siguiente manera: el Capítulo I aborda los aspectos generales del estudio, los objetivos, las hipótesis, las variables y su operacionalización. El Capítulo II desarrolla el marco teórico y los antecedentes de la investigación. El Capítulo III describe los procesos metodológicos. Finalmente, el Capítulo IV presenta los resultados y la discusión, así como las conclusiones y recomendaciones.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. EL PROBLEMA

La población femenina aspira a que las hemorragias posparto en la etapa puerperal no generen mortalidad materna. En los países desarrollados, las medidas preventivas han logrado reducir esta complicación a menos del 5%. No obstante, la persistencia de causas determinantes continúa influyendo en desenlaces fatales de mortalidad materna.

A nivel internacional

Columbié, et al. (6) La investigación epidemiológica ha identificado diversos factores etiológicos asociados a eventos hemorrágicos que contribuyen a la morbimortalidad materna. La administración de oxitocina sintética constituye un componente esencial del manejo terapéutico de la hemorragia materna, especialmente para la prevención y el tratamiento de la atonía uterina. En el 100 % de los casos analizados se implementaron intervenciones profilácticas destinadas a controlar el sangrado ante la presencia de signos clínicos de shock hipovolémico, tales como taquicardia, hipotensión arterial, oliguria y alteraciones del estado de conciencia. Las medidas preventivas incluyeron la vigilancia estrecha de los parámetros hemodinámicos, la cuantificación objetiva de la pérdida sanguínea mediante métodos gravimétricos y la



activación temprana de protocolos de reanimación con cristaloides isotónicos. Asimismo, se documentó el uso de uterotónicos adicionales, como carbetocina, misoprostol y ergometrina, en casos refractarios al tratamiento inicial con oxitocina. La identificación precoz de la progresión fisiopatológica que conduce al deterioro hemodinámico es fundamental para optimizar los desenlaces maternos y reducir la letalidad asociada a las complicaciones hemorrágicas del puerperio inmediato.

A nivel nacional

Pezo. (7) La investigación evidenció una incidencia del 94 % de episodios hemorrágicos, en contraste con un 6 % de eventos de menor cuantía. Asimismo, se registró una tasa de abortos del 96,6 %, estableciéndose una correlación significativa entre ambas variables obstétricas. Los casos evaluados presentaron una expulsión irregular del contenido gestacional, acompañada de inestabilidad hemodinámica secundaria a pérdidas sanguíneas profusas durante el período gestacional, con compromiso tanto del producto embrionario o fetal como de los anexos placentarios. La evacuación incompleta del saco gestacional, asociada a la retención de restos corioplacentarios, contribuyó a la persistencia del sangrado transvaginal, configurando un cuadro clínico de aborto incompleto con repercusiones hemodinámicas. Conclusión: Las hemorragias de la primera mitad del embarazo, cuando alcanzan pérdidas sanguíneas superiores a 500 ml, constituyen un factor desencadenante de aborto espontáneo, especialmente en el período comprendido entre la fertilización y la vigésima semana de gestación. La descompensación hemodinámica, junto con la alteración de la interfase materno-fetal y el desprendimiento prematuro de las vellosidades



coriales, conduce a la interrupción involuntaria del embarazo, requiriendo una intervención obstétrica urgente, como el legrado uterino instrumental o la aspiración endouterina, para prevenir complicaciones graves como coagulopatía de consumo, sepsis puerperal o shock hipovolémico refractario.

A nivel regional

Panti (8) El diagnóstico prenatal ha permitido identificar a las féminas que está atravesando por un período gravídico con indicadores clínicos adversos elevado que predisponen a complicaciones hemorrágicas en el período puerperal inmediato y mediato. La estratificación de riesgo ha revelado las siguientes prevalencias en la población estudiada: El análisis epidemiológico demuestra que el 82% de las parturientas cursaron con parto eutócico o vaginal espontáneo en contextos de ruralidad, caracterizados por limitaciones en la accesibilidad a servicios obstétricos especializados y déficit en la infraestructura sanitaria de primer nivel. Esta población presenta vulnerabilidad incrementada debido a factores socioeconómicos, demoras en la referencia oportuna y barreras geográficas que obstaculizan la atención obstétrica de emergencia. Un 65.7% de las pacientes presentaban antecedentes de laparotomía obstétrica pasada, estableciendo un determinante comprometedor notable para complicaciones como dehiscencia de histerorrafia, placenta acreta/íncreta/percreta, y rotura uterina. La presencia de cicatriz uterina segmentaria incrementa exponencialmente la probabilidad de implantación placentaria anómala y hemorragia postparto refractaria. El 68.6% registraron antecedentes de abortos previos (tanto espontáneos como inducidos), lo cual sugiere fragilidad endometrial, incompetencia cervical potencial, y posible alteración en los mecanismos de



hemostasia placentaria durante el alumbramiento fisiológico. Únicamente el 2.8% presentó ruptura prematura de membranas ovulares (RPM), evento que, aunque menos frecuente en esta cohorte, constituye un factor predisponente para corioamnionitis, sepsis puerperal y atonía uterina secundaria a procesos infecciosos ascendentes. Conclusión: Las féminas que atraviesa por un estado de embarazo atendidas en dicho nosocomio juliaqueño evidencian múltiples elementos predisponentes relacionados con complicaciones durante el puerperio. El predominio de alumbramientos no quirúrgicos en áreas alejadas, combinado con intervenciones previas sobre el órgano reproductor y abortos anteriores, establece un escenario crítico que requiere seguimiento prenatal reforzado, sistemas ágiles de derivación y accesibilidad a hemoderivados. Resulta fundamental adoptar medidas profilácticas mediante detección temprana de dichos indicadores adversos para disminuir desenlaces fatales o graves entre parturientas de las áreas rurales. (8)

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 General

PG. ¿Cuáles rasgos obstétricos muestran cohesión hemorragia posparto en puérperas Salud Cono Sur?

1.2.2. Específicos

PE₁ ¿Cómo influye rasgos personales la hemorragia en puérperas Centro Cono Sur?

PE₂ ¿Cómo prever factores obstétricos de hemorragia en puérperas Centro Cono Sur?

PE₃ ¿Qué tipo de hemorragias posparto en puérperas son frecuentes Centro Cono Sur?



1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. Teórica

La identificación precoz y el abordaje terapéutico especializado de la hemorragia posparto en mujeres puérperas requieren el respaldo de fuentes teóricas consolidadas, así como el análisis de experiencias documentadas en el contexto nacional, en las que se evidencien las estrategias clínicas, los protocolos operativos y los procedimientos asistenciales implementados para reducir la mortalidad materna. En este marco, la presente investigación contempla la ejecución de intervenciones orientadas a la resolución de problemas de salud materna, sustentadas en enfoques teóricos actualizados y apoyadas en el uso de tecnología sanitaria, con el propósito de mitigar riesgos y asegurar el tratamiento oportuno de eventos adversos asociados al proceso reproductivo, tanto en el alumbramiento eutócico como en los diferentes tipos de parto.

1.3.2. Práctica

Los episodios hemorrágicos asociados a la gestación no constituyen entidades de naturaleza infectocontagiosa; se trata, más bien, de eventos clínicos que afectan a mujeres en estado de gravidez durante el período prenatal o preparto, en el cual pueden presentarse complicaciones obstétricas de alta severidad. Ante la aparición de estas condiciones, es indispensable la intervención inmediata y especializada del personal de obstetricia, quien, en cumplimiento de su responsabilidad asistencial, debe aplicar de manera integrada los fundamentos teóricos y las competencias prácticas necesarias para la estabilización materna y la reducción del riesgo de muerte. En este sentido, resulta fundamental que todas las gestantes sean sometidas a



procesos diagnósticos oportunos orientados a la identificación precoz de factores de vulnerabilidad hemorrágica, con el fin de prevenir desenlaces fatales y disminuir las tasas de mortalidad materna.

1.3.3. Metodológica

En el abordaje terapéutico de los episodios hemorrágicos, el profesional de la salud aplica protocolos clínicos altamente especializados orientados a la estabilización fisiológica y a la recuperación integral de la paciente afectada por esta condición crítica. Dichos procedimientos, sustentados en principios médico-científicos, han sido sistemáticamente documentados en estudios e investigaciones clínicas, en los que los especialistas recopilan, analizan y validan estas estrategias de intervención.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. General

OG. Verificar rasgos personales muestran cohesión hemorragia posparto en puérperas Centro Cono Sur.

1.4.2. Específicos

OE₁ Diagnosticas rasgos relacionan hemorragia posparto Centro Cono Sur.

OE₂ Prever factores obstétricos de hemorragia puérperas Centro Cono Sur.

OE₃ Analizar tipos frecuentes hemorragia puérperas Centro Cono Sur.

1.5. HIPÓTESIS.

1.5.1. General

HG. Rasgos fisiológicos muestran cohesión la hemorragia puérperas Centro Cono Sur 2024.



1.5.2. Específicas

HE₁. Rasgos individuales muestran alta relación hemorragia puérperas Centro

Cono Sur.

HE₂ Los rasgos obstétricos prevé hemorragia puérperas Centro Cono Sur

HE₃ Diferentes tipos frecuentes tiene relación hemorragias puérperas, Centro

Cono Sur.

1.6. VARIABLES

Variable 1

Factores personales y obstétricos

Variable 2

Hemorragia posparto puérperas



1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICACIONES	ESCALAS
V1. Factores	1.1. Factores Personales	1.1.1. Paridad	a) Primípara b) Secundípara c) Múltipara > 3
		1.1.2. Edad materna	a) < a 19 años b) 20 a 34 años c) > 35 años
		1.1.3. Antecedentes	a) Legrado uterino b) Cesárea c) Sin antecedente
	1.2. Factores Obstétricas	1.2.1. Distocia de parto	a) Prolongado b) Precipitado c) No presentó
		1.2.2. IMC	a) Bajo <18.5 b) Regular 18.5 – 24.9. c) Peso alto 25.0 < 30.0
		1.2.3. Distensión uterina	a) Macrosomía fetal b) Embarazo múltiple c) Polihidramnios d) No presenta
		1.2.4. Retención de restos.	a) Placentaria b) Membranoso c) No presenta
		1.2.5. Atonía uterina	a) Precoz b) Tardía c) No presentó
		1.2.6. Lesiones canal del parto	a) Episiotomía b) Desgarros perineales c) Sin lesiones
		1.2.7. Fármacos Úteros estimulantes	a) Oxitócicos b) Prostaglandinas c) No se administró
V2. Hemorragia posparto en puérperas	1.1. Tipos de hemorragia obstétrica		a) Inmediata b) Tardía



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Internacional

Rivera, (2024) Estudio: "Diagnóstico de hemorragia primaria: España 2024".

Descripción: La hemorragia en el periodo post-gestacional constituye una entidad obstétrica de elevada trascendencia clínica, debido a su significativa contribución a los índices de morbilidad y letalidad materna a escala global. Este evento patológico se encuentra asociado, de manera recurrente, a factores fisiopatológicos como la sobre la distensión del miometrio, la persistencia intrauterina de restos ovulares o placentarios y las disfunciones en los mecanismos hemostáticos de la gestante. En este contexto, la reiteración de estos determinantes etiológicos ha sido ampliamente documentada como elementos críticos en la génesis y progresión de dicha complicación. **Tratamiento:** La magnitud del cuadro clínico exige la implementación de protocolos de resucitación avanzada, direccionadas hacia la supresión de la pérdida hemática persistente y al tratamiento comprensivo de las alteraciones metabólicas secundarias al cuadro hemorrágico, enfatizando continuamente la normalización del equilibrio hemodinámico gestacional.



Castiblanco, et al (2022) Artículo: Hemorragia posparto y riesgo de shock hipovolémico, Colombia 2022". **Objetivo:** identificar hemorragia posparto y riesgo de shock hipovolémico, Colombia. **Metodología:** Para la extracción de la data requerida se empleó una revisión de artículos consideradas fuente documental con una táctica que se estructuró de un estilo observacional. **Resultados:** Se llevó a cabo un examen sistemático de 41 publicaciones científicas vinculadas a la hemorragia en el periodo posparto, en las cuales se abordaron los factores de riesgo de elevada peligrosidad y las implicancias críticas en la atención gineco-obstétrica, reiterando su relevancia clínica en el abordaje asistencial. **Conclusión:** Se identificaron manifestaciones clínicas indicativas de compromiso hemodinámico y de instauración de shock hipovolémico, con el propósito de anticipar desenlaces adversos, prevenir la progresión de consecuencias serias y decrecer la amenaza de óbito materno, subrayando la significancia de su pesquisa anticipada en el entorno sanitario.

Molina (2019.2020) Tesis: "Factores hemorragia posparto, Hospital Lenin, Cuba 2019-2020." **Objetivo:** identificar determinar factores hemorragia Hospital Lenin, Cuba. **Métodos:** Para la ejecución de la reciente pesquisa se empleó una estructura un estilo observacional. y una formulación de manera descriptiva **Resultados.** Se evidenció una mayor concentración de casos féminas que atraviesan en una etapa joven, destacándose el grupo etario de 19 a 24 en edad con una prevalencia del 28,6%, seguido por el rango de 31 a 35 en edad que representó el 19,6%. Asimismo, se identificó que el 44,6% correspondió a féminas en estado de gestación activa. Conforme de la vinculación con los antecedentes obstétricos, el parto de evolución eutócica alcanzó un 35,7%, mientras que los eventos de interrupción voluntaria del



embarazo registraron una proporción elevada del 53,5%, reiterando su peso significativo dentro del perfil reproductivo analizado. **Patología:** gestación fetal 8,9%, parto eutócico 60,7%, distócicos 19,6%, cesáreas primitivas 16,0%. Factores de riesgo: uso oxitocina 76,7%. Trabajo parto prolongado 17,8%, solo un 1,7%. Complicaciones maternas 100,0% anemia grave, acidosis metabólica 89,2% y 30,3% no presentó complicaciones.

Tapia (2019) investigación: "Nivel fibrinógeno y complicaciones maternas pacientes posparto atendidas Unidad Salud Ecuador". **Objetivo:** determinar nivel fibrinógeno y complicaciones maternas pacientes posparto atendidas Unidad Salud Ecuador. **Método:** estudio se empleó por medio de una dirección corte retrospectivo, con una unidad de medición de un solo periodo con una naturaleza transversal. **Descripción:** hemorragia fibrinógeno se prevé realizando técnicas farmacológicas y quirúrgicas mantener pacientes estables. **Resultados:** La cantidad etaria por la parturienta constituyen un factor predisponente hacia episodios de sangrado abundante, especialmente al combinarse con hábitos nocivos tipo sustancias psicoactivas, incrementando así la fragilidad del cuadro médico. Dicha combinación de elementos muestra capacidad anticipatoria respecto a niveles bajos del componente coagulante en pacientes experimentando colapso circulatorio grave, evidenciándose cifras límite aproximadas a ciento tres miligramos por decilitro, con validez matemática demostrada ($p = 0,04$), confirmando su importancia como indicador de desenlace

Cubillo, et al (2020) Trabajo: "Rasgos influyentes de hemorragia mujeres en posparto de 20 años, Managua, Nicaragua". **Objetivo:** Analizar rasgos influyentes de hemorragia mujeres en posparto de 20 años, Managua,



Nicaragua. **Metodología:** mediante una indagación de estructuración de carácter analítico, por medio de una táctica de carácter observacional sobre una unidad poblacional en base en usuario. **Conclusión:** Se identifican múltiples características y condicionantes clínicos que inciden de manera directa en las féminas durante el periodo posparto, los cuales favorecen la aparición de eventos hemorrágicos y elevan el riesgo de mortalidad materna. Dichos elementos, presentes incluso desde la etapa gestacional, permiten anticipar escenarios de alta complejidad obstétrica, donde la evolución desfavorable puede culminar en desenlaces fatales previsibles si no se instauran intervenciones oportunas, reiterando la importancia de su reconocimiento temprano.

Flores (2000) Tesis: "Riesgo de hemorragia posparto gestantes atendidas Hospital Isidro Ayora, Loja, Ecuador". **Propósito** Determinar riesgo hemorragia posparto gestantes atendidas Hospital Isidro Ayora Loja. **Metodología:** En base una medición de un único periodo de naturaleza transversal. Atendieron 27 pacientes con hemorragia posparto. **Conclusión** Se evidenció la presencia de factores predisponentes de hemorragia uterina asociados a trastornos hipertensivos del embarazo, los cuales incrementan de manera significativa la probabilidad de complicaciones obstétricas, reiterando su relevancia clínica en el análisis del riesgo materno.

2.1.2. Nacional

Sánchez (2023) trabajo: Factores influyentes hemorragia puérperas Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2020. **Objetivo:** determinar factores influyentes hemorragia puérperas **Método:** analítico, retrospectivo,



transversa, no experimental. Muestra 406 puérperas. **Resultados:** Los determinantes obstétricos permitió identificar diversos factores asociados a la ocurrencia de complicaciones hemorrágicas. Entre ellos, se registró una proporción del 4,1% en gestantes sin control prenatal adecuado, así como un 3,5% correspondiente a mujeres multíparas. De igual manera, la anemia durante la gestación alcanzó el 2,2%. En relación con el proceso del nacimiento, el parto por cesárea representó el 5,2%, mientras que los trabajos de parto de evolución prolongada concentraron el 6,8%. Asimismo, se documentaron eventos de la merma involuntaria de extractos de la placenta en el 4,2%, ruptura uterina en el 3,3% y desgarros perineales en el 2,3%, reiterando la coexistencia de múltiples factores de riesgo en el contexto obstétrico analizado. **Conclusión:** factores sociodemográficos y obstétricos están asociadas hemorragia posparto puérperas.

Merino (2023) Artículo: "Factores hemorragia posparto Hospital Santiago Apóstol Utcubamba, Huancayo 2023. **Objetivo:** determinar factores hemorragia posparto Hospital Santiago Apóstol, Utcubamba 2023.

Metodología: En base ejecución de manera correlacional y empleando una táctica observacional para la extracción de las data sobre una unidad muestral de 186 puérperas. Técnica documental y ficha observacional. **Resultados:** Se observó una elevada prevalencia de anemia durante la gestación, alcanzando el 95% de los casos analizados. De manera concordante, el antecedente de cesárea previa se presentó igualmente en el 95%, mientras que la insuficiencia de controles prenatales adecuados registró la misma proporción porcentual. Asimismo, se identificó en el 95% de las usuarias, reiterando la coexistencia de factores obstétricos de alta frecuencia y su potencial impacto



en la evolución clínica materna. **Conclusión:** existe menos factor obstétrico asociado a hemorragia.

Mowerg (2021) Publicación: "Riesgos relacionados pacientes con hemorragia Hospital César Garayar García, Iquitos 2021. **Objetivo:** determinar riesgos relacionados pacientes con hemorragia Hospital César Garayar García, Iquitos. **Metodología.** la estructura que se empleó en la pesquisa mostrada es descriptiva, sobre una unidad de medición de un solo periodo transversal y retrospectivo. Población 21 puérperas. **Resultados.** El perfil etario predominante correspondió conforme a las féminas con parámetros en edad de 20 y 35, quienes representaron el 61,9% del total de la población evaluada. En cuanto a los antecedentes obstétricos, se evidenció una elevada frecuencia de multiparidad, alcanzando el 80,9%, así como una notable proporción de partos de evolución eutócica, registrada en el 85,7%. Respecto a la etiología de los eventos hemorrágicos, el desgarro del complejo perineal se identificó como el componente causal más recurrente, con una incidencia del 47,6%, reiterando su relevancia dentro del cuadro clínico observado.

Ledesma (2021) Tesis: "Rasgos clínicos influyentes a hemorragia posparto Hospital I Tarapoto. **objetivo:** identificar rasgos clínicos influyentes a hemorragia. **Metodología:** La indagación se estructuro de manera descriptiva, en base una medición única en un solo periodo de naturaleza transversal. Población 50 puérperas parto vaginal. **Resultados:** Los hallazgos evidenciaron que las manifestaciones hemorrágicas de relevancia clínica estuvieron presentes en el 24% de los casos, observándose además que el 46% de las pacientes correspondía a un estado civil específico y que el 72%



contaba con instrucción secundaria completa. Desde la perspectiva clínico-biológica, la atonía uterina se consolidó como el principal determinante etiológico, alcanzando una prevalencia del 72%, seguida por las lesiones derivadas del proceso del parto con un 22% y la persistencia de restos tisulares intrauterinos en el 6%. En conjunto, estos factores confluyeron en una elevada incidencia de hemorragia en el periodo posparto, la cual se registró en el 76% de la población analizada, reiterando su importancia como complicación obstétrica predominante.

Valdivia (2022) Investigación: “Factores influyentes hemorragia pacientes acuden Hospital Materno Infantil Carlos Ferrari, Huánuco 2022. **Objetivo:** identificar factores que influyen hemorragias pacientes acuden Hospital Materno Infantil Carlos Ferrari, Huánuco. **Métodos:** El estudio se empleó mediante una estructuración de forma descriptiva. **Resultados:** Dentro del perfil hematológico evaluado, se identificó que el 14% de las pacientes presentó un cuadro de anemia de grado moderado, mientras que un 4% evidenció disfunciones en los mecanismos de coagulación sanguínea, reiterando la presencia de alteraciones hemáticas relevantes en el contexto clínico analizado.

2.1.3. Regional

Apaza (2021) Tesis: “Implicancias intraparto ocasiona hemorragias mujeres embarazadas acuden Hospital Monge Medrano Juliaca. **Objetivo:** verificar implicancias intrapartos que ocasiona hemorragias mujeres embarazadas acuden Hospital Monge Medrano, Juliaca. **Metodología:** aplicada. Poblaciones gestantes atendidas Hospital Monge Medrano, muestra 100%



mujeres gestantes, Juliaca. **Resultados:** El análisis de los antecedentes obstétricos reveló una alta prevalencia de multiparidad, registrada en el 76,6%, así como la presencia de cicatrices uterinas en el 57,4% de los casos evaluados. Asimismo, los patógenos que son valores elevados conforme a la presión en un estado gestacional particularmente la preeclampsia, se identificaron en el 44,7% de la población estudiada. En relación con las condiciones del embarazo y del parto, el polihidramnios estuvo presente en el 34%, mientras que los productos obstétricos con índice ponderal adecuado equivalieron el 40,4%. De igual manera, la fase de alumbramiento mostró una frecuencia del 70,2%, y los partos de evolución acelerada o precipitada alcanzaron el 40,4%, reiterando la coexistencia de múltiples factores de riesgo obstétrico-clínicos en el proceso reproductivo.

Machicado (2021) Trabajo: "Antecedentes relacionados a hemorragia posparto Hospital Núñez Butrón Puno". **Objetivo:** Conocer antecedentes relacionados a hemorragia posparto Hospital Núñez Butrón Puno. **Investigación:** cuantitativo, relacional y transversal. Muestra 115 puérperas con hemorragia posparto. **Resultados:** En la caracterización obstétrica se constató que el 50,0% de las gestantes contó con un seguimiento prenatal limitado a seis controles, evidenciándose además una proporción relevante de mujeres multíparas, correspondiente al 42,0%. En cuanto a los antecedentes reproductivos, los episodios de interrupción del embarazo alcanzaron el 56,8%. Desde la perspectiva etiopatogénica, del estado del segmento uterino se identificó en el 56,8% de los casos, mientras que la persistencia de restos tisulares intrauterinos presentó la mayor frecuencia, con un 70,5%, reiterando su papel determinante en la génesis de



complicaciones obstétricas. **Conclusión:** frecuencia hemorragia posparto 76.0% puérperas atendidas Hospital Núñez Butrón Puno.

Flores (2021) Trabajo: "Riesgo de hemorragia posparto pacientes acuden Hospital Núñez Butrón Puno. **Objetivo:** prever hemorragia posparto de pacientes acuden Hospital Núñez Butrón Puno. **Metodología:** descriptivo, correlacional. Población puérperas con hemorragia posparto Hospital Núñez Butrón Puno. Muestra 53 puérperas. **Resultados:** La distribución según paridad evidenció un predominio de mujeres multíparas, quienes representaron el 47,0%, seguidas por las primíparas con un 40,0%. En relación con los determinantes de riesgo vinculados al periodo posterior al parto, la atonía uterina se consolidó como el factor de mayor relevancia clínica, con una frecuencia del 46,0%, reiterando su impacto significativo en la evolución posnatal inmediata. **Conclusión:** existe asociación significativa. Logró reconocer tipos de hemorragia posparto.

Palero (2021) Tesis: "Riesgos implícitas producen hemorragia posparto madres visitan Hospital Monge Medrano, Juliaca. **Objetivo:** identificar riesgos implícitos producen hemorragia posparto madres visitan. **Metodología:** descriptivo y prospectivo. Población 78 parturientas con hemorragia posparto, muestra 65 puérperas; aplicó ficha estructurada. **Resultados:** Entre los condicionantes personales asociados al riesgo obstétrico, se identificó que la primiparidad y la multiparidad concentraron conjuntamente un 37%, mientras que la edad materna se destacó como un factor determinante en el 55,4% de las condiciones evaluadas. En relación con los elementos que son amenazadas vinculados al proceso reproductivo, el parto de instauración acelerada presentó una frecuencia del 44,6%, al igual que la persistencia de



restos membranosos intrauterinos, que alcanzó el mismo porcentaje. Asimismo, el embarazo múltiple se registró en el 24,6% de la población estudiada, y las lesiones traumáticas del canal del parto, particularmente los desgarros perineales, representaron el 36,9%. En cuanto a la tipología de la hemorragia en el periodo posparto, esta se evidenció en el 49,2% de los casos, reiterando la concurrencia de múltiples factores predisponentes en la génesis de esta complicación obstétrica.

Bellido (2023) investigación: “Riesgos preconcebidos pacientes a hemorragias atendidos Hospital Monge Medrano Juliaca. **Objetivo:** determinar riesgos preconcebidos pacientes a hemorragia pacientes Hospital Monge Medrano, Juliaca. **Metodología:** cuantitativo, transversal, correlacional. Población todas las pacientes Hospital Monge Medrano, muestra 42 pacientes, utilizó formato con 10 preguntas. **Resultados:** El análisis de los determinantes obstétricos evidenció conforme multiparidad la implementación del elemento de alto peligro predominante, con una frecuencia del 71,1%, mientras que las atenciones prenatales insuficientes se registraron en el 29% de los casos evaluados. Desde la perspectiva de los factores patológicos asociados, se identificaron lesiones traumáticas del canal del parto, destacándose los desgarros perinatales en el 26,3% y los desgarros cervicales en el 7,8%. Asimismo, la persistencia de restos ovulares alcanzó el 13,1%, en tanto que la retención de tejido placentario se observó en el 10,5%, reiterando la coexistencia de múltiples condicionantes clínicos en el desarrollo de complicaciones obstétricas. **Conclusión:** frecuencia de hemorragia posparto 94.8; tardía 5.2%.



2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. V₁. Factores

Se considera característica que determina un acontecimiento sucedido en el tiempo y espacio por muchos casos o expectativas que determinan un riesgo individual o grupo de una comunidad. También definimos factor como una circunstancia asociada una vida normal y con los acontecimientos positivas o negativas cambia el estatus normal de una persona o grupo de una sociedad. Los factores determinan el estilo de vida que llevan los individuos de un grupo social con los determinantes cronológicos de una persona, relaciones sociales, ambientales y biológicos.

2.2.2. Factores Personales

Las particularidades inherentes a los acontecimientos vitales de un individuo pueden ser analizadas a partir de su desempeño ocupacional, de las actividades funcionales que desarrolla y de las labores específicas que ejecuta en su entorno inmediato. Dichas asignaciones, configuradas y reelaboradas a lo largo del tiempo y del espacio social, se consolidan mediante la interacción continua con otros sujetos, especialmente a través de los vínculos establecidos en el ámbito de la convivencia familiar, reiterando así la influencia del contexto relacional en la construcción de la experiencia personal.

2.2.3. Edad materna

Edad una mujer puede concebir una o varios hijos. Aquí se considera desde la concepción, nacimiento y muerte del ser humano. La edad propicia que una



mujer puede concebir hijos es desde los 15 años hasta promedio 50 años. Este periodo de embarazo es una etapa muy riesgosa para la mujer, debe ser tratada con diagnósticos de profesional especializada, cumplir las reglas de concepción hasta el alumbramiento del nuevo ser.

2.2.4. Antecedentes de cirugías

Entendemos intervenciones de manera instrumental a una mujer embarazada con problemas de alumbramiento normal. Esta intervención o participación del médico especialista en una mujer en concepción puede ser causada por alguna lesión, enfermedad o accidente. Veamos los casos más comunes: **Cesárea.** Este caso ocurre la participación instrumental del médico u obstetra. Esta forma o tipo de ayuda instrumental en el alumbramiento de una mujer embarazada pasa por dos momentos: el primario es el diagnóstico mediante la histerotomía, luego viene el segundo momento que se considera incisiones de histerotomía. En este proceso de cesárea no se ha visto fallecimiento de la mujer intervenida. **Legrado:** intervención médica consiste en realizar raspaje del revestimiento del útero. En este caso, el cérvix (cuello) del útero (matriz) se dilata a través de la presencia de un aparato especial llamado dilatador. El endometrio es parecido a una cuchara, al introducir en el útero va raspando suavemente para ayudar con facilidad el nacimiento del feto.

2.2.5. Factores obstétricos

Concepción del ser es considerado eminentemente fisiológico. Este periodo de gestación es una etapa que la mujer embarazada debe entrar a un periodo de mucho cuidado con la participación constante de apoyo médico para verificar el normal crecimiento del nuevo ser hasta el nacimiento del feto. Para



el alumbramiento normal del feto depende exclusivamente de la constitución genética del cuerpo de la madre y las condiciones del ambiente donde vive la mujer embarazada. (33)

2.2.6. Distocias del parto

Denominado riesgoso el útero expulsa producto de gestación promedio 20 semanas desde la concepción. Esta etapa fisiológicamente es corta. Pasa por dos momentos: **Fase latente:** esta fase cumple con el proceso de diagnóstico clínico que realiza el médico especialista, fase latente es cuando el parto entra a una etapa prolongado de dilatación cervical donde el feto entra en una fase de movimiento del útero para ayudar la expulsión. En este proceso, el tratamiento realiza el medico con oxitocina para ayudar parto vaginal operatorio o cesárea (35) **Parto precipitado:** es una fase donde culmina regularmente expulsión normal feto un tiempo aproximado 3 h. (31)

2.2.7. Índice masa corporal

Para cualquier caso, IMC está preparado para detectar el peso de las personas y su tratamiento específico. Para detectar estos indicadores se utiliza la fórmula que aparece en la parte abajo, cuyo resultado indica como patrón de contextura con referencia del peso. En el caso de mujeres embarazadas, el médico especialista o la obstetra son personas encargadas a delimitar el nivel de peso a medida va progresando el crecimiento del feto. (36)

$$IMC = \frac{\text{Peso (en Kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (mm)}}$$



Peso recomendado por IMC

a) IMC Peso menor 18,5 delgadez: tipo de peso se detecta conforme se estima la talla del individuo, corre riesgo de contraer cualquier enfermedad que se convierte como problema de Salud. Puede ser presa de diabetes y desnutrición. Para que las mujeres en periodo de embarazo muestren peso normal deben ser intervenidas por e médico especialista mantener peso normal entre 12,5 y 18 kg.

b) IMC 18,5 y 25,0 Normal: El mantenimiento de un estado ponderal dentro de los parámetros considerados fisiológicamente normales, específicamente un IMC comprendido entre 18,5 y 25,0, constituye un indicador relevante de salud. En este sentido, el profesional médico especializado enfatiza la importancia de conservar un peso corporal estable y adecuado, dado que esta condición contribuye a disminuir. De manera reiterativa, se señala que el inicio del embarazo bajo un perfil nutricional equilibrado representa un factor protector fundamental para la evolución gestacional favorable.

c) IMC 25 y 30 sobrepeso: Este tipo de evaluación antropométrica evidencia casos en los que el incremento ponderal excede los rangos fisiológicos esperados, situación que puede asociarse a un mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional y alteraciones hipertensivas durante la gestación. Ante este escenario clínico, resulta prioritaria la intervención del profesional en nutrición, a fin de realizar una valoración integral del patrón alimentario y establecer un régimen dietético equilibrado. En este contexto, se recomienda que el aumento consecutivo del peso de las féminas que atraviesan el estado gestacional se mantenga dentro de un margen aproximado de 7 a 11,5 kg,



reiterando su relevancia para la prevención de complicaciones materno-fetales.

d) IMC mayor 30 Obesidad: Esta condición se configura como una cuestión importante dentro del terreno sanitario gestacional, dado que las mujeres durante el periodo gestacional no deberían experimentar incrementos ponderales que excedan los valores promedio previamente establecidos mediante evaluación médica especializada. En consecuencia, dichos casos demandan un monitoreo clínico y nutricional continuo, orientado a anticipar y modular los efectos derivados de la intervención dietética. De manera reiterativa, se establece que el aumento de peso considerado fisiológicamente adecuado oscila entre 6 y 7 kg, parámetro que funciona como referencia para la vigilancia gestacional. (36)

$$IMC \text{ Pregestacional} = \frac{\text{Peso pregestacional (Kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (mm)}}$$

Tabla:

Peso recomendado por IMC

	IMC (PG)	1er Trim.	2do y 3er Trim.	Recomendado
Delgadez	<18.50	0.5 a 2.0	0.51 (0.44- 0.58)	12.5 a18
Normal	≥18.50 – 25.00	0.5 a 2.0	0.42 (0.35- 0.50)	11.5 a 16.0
Sobre peso	25.00 y < 30.0	0.5 a 2.0	0.28 (0.23 -0.33)	7.0 a 11.5
Obesidad	≥ 30.00	0.5 a 2.0	0.22 (0.17 -0.27)	5.0 a 9.0

Fuente Resolución ministerial MINSA 325-2019

2.2.8. Distensión uterina

En la época de embarazo el útero está propenso a presenta casos de riesgo, uno de ellos es el denominado hipotonía posparto. Cuando las mujeres embarazadas tienen feto muy crecido es propenso el alumbramiento fetos



múltiples o hidramnios; además, las madres pueden sufrir el fenómeno de salud de atonía uterina. Las mujeres con este tipo de parto muestran características muy vigorosas que con el correr del tiempo están propensos correr el riesgo de hemorragia excesiva según el caso de atonía posparto.

Embarazo múltiple: es el alumbramiento de varios fetos conforme el desarrollo sincrónico de la especie humana. Es un caso que determina este tipo de parición por excelencia, y son considerados como caso patológico (27)

Polihidramnios: el diagnóstico que se detecta en mujer a punto de dar a luz el volumen de líquido amniótico, por norma obstétrica debe alcanza 1 litro en las 36 semanas hasta menos de 200 ml a las 42 semanas. Por lo que se estima absorción líquido normal. **Macrosomía fetal:** RN indica peso mayor 4000g. al nacer (37).

2.2.9. Retención de restos

Restos placentarios: es generalizado en todas las mujeres que ha llegado a la etapa de alumbramiento del feto, aparece restos minúsculas de cotiledones y muy rápidamente son retenidos. Este caso ocurre cuando el útero es intervenido instrumentalmente que deja restos mínimos como expresiones tironeamientos de cordón. También ocurre estos casos por la intervención manual incompleta según la existencia de cotiledones aberrantes. (27)

Restos de membranas. Este evento de naturaleza obstétrica se presenta con elevada frecuencia en partos de evolución espontánea y su abordaje terapéutico se encuentra condicionado por la necesidad de intervención instrumental durante el alumbramiento placentario. En determinados



escenarios clínicos, las membranas ovulares pueden permanecer retenidas de forma parcial o completa, comprometiendo estructuras como el amnios o el corion. Dicho fenómeno suele manifestarse como consecuencia de la fragilidad tisular del complejo membranoso, la cual favorece su desintegración y dificulta su expulsión íntegra, reiterando la complejidad del manejo clínico en estos casos.

2.2.10. Atonía uterina

Este caso observa después el útero haber expulsado la placenta, sucede un fenómeno obstétrico el útero contrae produciendo la hemostasia. (27) En este caso, la AU por mala atención primigenia la musculatura entra en contracción se retrasa en posparto.

Al expulsar al bebé y la placenta, el útero entra a una etapa donde cobra una potente contracción uterina produciendo una hemorragia de hematoma en labios superiores a través del coágulo interno. (38)

Etiología: La disminución o pérdida del tono uterino se atribuye principalmente a condiciones propias del estado gestacional, así como al agotamiento funcional del miometrio. Este deterioro de la contractilidad uterina, reiteradamente asociado a la fatiga del músculo uterino, constituye un mecanismo fisiopatológico relevante en la génesis de alteraciones obstétricas.

Tipos de atonía uterina. apreciamos dos tipos:

a) Atonía precoz: Este evento se manifiesta durante la permanencia de la paciente en la sala de partos, específicamente en el contexto de la atención y



manejo clínico intraparto, reiterando su aparición en el curso del proceso asistencial obstétrico.

b) Atonía tardía: Esta situación clínica se presenta incluso cuando el útero ha cursado una evolución fisiológica adecuada y mantiene parámetros considerados normales, reiterando que su aparición no siempre está condicionada por alteraciones estructurales evidentes. (39)

2.2.11. Lesiones canal de parto

Episiotomía. incisión del tejido durante el parto. (41)

Desgarros perineales: presenta cuatro grados.

Primer grado: condicionantes que afectan membrana vaginal.

Segundo grado: afectan fascias y músculo del perineo, se extienden ambos lados de la vagina y forma lesión triangular invisible.

Tercer grado: tiene su campo de afectación el esfínter anal.

Cuarto grado: caso ocasional, llega cerca de la mucosa del recto. (31)

2.2.12. Fármacos útero estimulantes

Tenemos:

Oxitocina: Se trata de un agente químico de uso farmacológico que se administra posterior a la expulsión placentaria, cuyo efecto principal se orienta a la estimulación de la contractilidad miometrial. En determinados contextos clínicos, su aplicación contribuye de manera preventiva a reducir la aparición de atonía uterina, reforzando así la involución fisiológica del útero en el periodo inmediato al parto.



Ergometrina: Estos agentes farmacológicos se emplean con la finalidad de inducir y potenciar la contractilidad uterina, favoreciendo el control efectivo del sangrado obstétrico. Su administración, cuidadosamente indicada, contribuye además a la prevención de elevaciones tensionales de carácter severo, especialmente en mujeres que cursan con cuadros de preeclampsia, reiterando su utilidad terapéutica en el manejo clínico de alto riesgo.

Análogos de prostaglandinas. Los estudios efectuados en torno a este abordaje terapéutico evidenciaron que el fármaco resultó eficaz como soporte clínico en el 88% de las mujeres tratadas. No obstante, el uso de carboprost se asoció a la aparición de efectos adversos en una proporción cercana al 20% de las pacientes, manifestándose principalmente mediante episodios de vómitos y cuadros febriles, reiterando la necesidad de una vigilancia clínica cuidadosa durante su administración.

La prostaglandina es usada para atonía uterina a través de la informaron reciente que no brinda ningún beneficio con oxitocina y ergometrina. El misoprostol, como profiláctico de 600 microgramos en la administración al momento del parto. (31)

2.2.2. V₂. HEMORRAGIA POSPARTO

Todas las mujeres embarazadas están expuestas a consecuencias fatales. Este caso connota preocupación y alarma a la familia y a los médicos que atienden en una clínica u Hospital.

La hemorragia vaginal es causado por retención restos placentarios. (42).



Medidas terapéuticas: Una vez reconocido el cuadro clínico, se hace imprescindible la actuación inmediata del médico especialista, orientada a instaurar medidas terapéuticas oportunas que permitan contener y disminuir de manera eficaz el sangrado profuso, reiterando la urgencia de la intervención especializada para prevenir complicaciones mayores.

Manejo de especialistas: El profesional médico procede a la cateterización vesical mediante la colocación de una sonda Foley, conectada a un sistema de drenaje con bolsa colectora, con el objetivo de asegurar la evacuación urinaria y facilitar el monitoreo clínico durante el manejo del cuadro obstétrico. (43)

2.2.3. Tipos hemorragia posparto

a) Hemorragia inmediata: Se considera clínicamente significativa la pérdida hemática cuando supera los 500 cc durante el alumbramiento placentario en el parto vaginal, así como volúmenes mayores a 1000 cc en el contexto de una intervención por cesárea, reiterando estos umbrales como criterios diagnósticos relevantes para la identificación de hemorragia obstétrica.

b) Hemorragia tardía: Este cuadro clínico se manifiesta en un periodo tardío del proceso gestacional, específicamente después de transcurridas seis semanas desde la concepción, reiterando su aparición en una fase avanzada del desarrollo reproductivo. (44)



2.3. MARCO CONCEPTUAL

Atonía uterina

La atonía uterina es la incapacidad del útero para contraerse adecuadamente después del parto, lo que ocasiona hemorragia (45)

Distensión uterina

Es la sobrecarga o estiramiento excesivo del útero durante el embarazo, que disminuye su capacidad de contraerse eficazmente después del parto. (46)

IMC

Es un indicador que relaciona el peso y la talla para evaluar el estado nutricional de una persona.(47)

Intervenciones previas

Son las acciones preventivas o preparatorias que se realizan antes de que ocurra un evento adverso, con el objetivo de reducir riesgos y evitar complicaciones. (48)

Lesiones canal del parto

Son desgarros o traumatismos que ocurren en el cuello uterino, vagina, periné o vulva durante el parto, y pueden provocar dolor, sangrado y hemorragia posparto. (49)

Retención de restos

Es la permanencia de fragmentos placentarios o membranas dentro del útero después del parto o aborto, lo que impide la adecuada contracción uterina y puede causar hemorragia posparto e infección. (50)

CAPÍTULO III

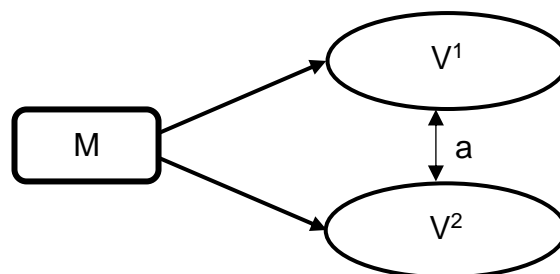
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO

Sin intervención del investigador.

3.2. TIPO

Básica, correlacional, corte transversal.



Donde:

M = Muestra

V¹ = Primera variable. Factores

a = asociado

V² = Segunda variable: Hemorragias posparto.



3.3. MÉTODO

Cuantitativo, determina conocimiento de conjunto de normas científicas. (57)

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población: 92 pacientes Centro Salud Cono Sur Juliaca, meses junio 2023 a junio 2024

3.4.2. Muestra: la misma de población general al ser pequeña y finita.

Normas inclusión

- Madres internadas en hospital.
- Madres atendidas de gravedad.

Normas exclusión

- Madres no internadas en hospital.
- Madres no atendidas Carlos Monge Medrano.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.5.1. Técnica

Estudio documental. Es más extendidas en salud.

3.5.2. Instrumento

Ficha estructurada con 11 ítems abiertas de acuerdo a las variables para un tiempo de 20 minutos por cada uno.

Fuente.

Historias clínicas atendidas Salud Cono Sur.

3.6. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Solicitando autorización Centro Salud Cono Sur para captar datos una hora los días de la semana. Los datos consignados utilizamos programa estadístico SPSS 27; con apoyo prueba estadística Chi²

3.7. CONTRASTACIÓN

Para correlación indicadores variables, utilizó prueba chi-cuadrado. Par hallar respuesta significativa utilizamos la fórmula:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Dónde:

X²: Chi² calculado

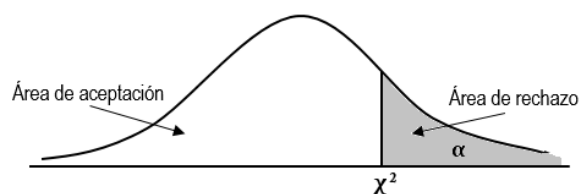
O_{ij}: Valor variable 2

E_{ij}: Valor en espera

Decisión

Hipótesis alterna (H_a): Chi^{2 cal} > Chi^{2 tab} : P < 0.05 (rechaza H₀)

Hipótesis nula (H₀): Chi^{2 cal} < Chi^{2 tab} : P > 0.05 (rechaza H_a)



Nivel confianza 95% confianza (α=0.05), valores críticos grados libertad (GL), indica utilizar tabla de frecuencia con doble entrada.



3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

Muestra constructo validado por 5 profesionales quienes han cumplido función de jueces de especialidad, brindaron sugerencias para aplicar con nuestros colaboradores del Centro de Salud.

3.8.2. Confibilidad

Para fiabilidad del constructo, manejamos prueba Alfa de Cronbach:

Valores de alfa	Interpretación
0.90 - 1.00	Muy satisfactoria
0.80 - 0.89	Adecuada
0.70 - 0.79	Moderada
0.60 - 0.69	Baja
0.50 - 0.59	Muy baja

El instrumento está estructurado 11 ítems, prueba Alfa de Cronbach, obtenemos:

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa e Cronbach	Elementos estandarizados	No elementos
0.7	0.7	11

Descubrimos valor Alfa Cronbach 0.7, demuestra **fiabilidad moderada**.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

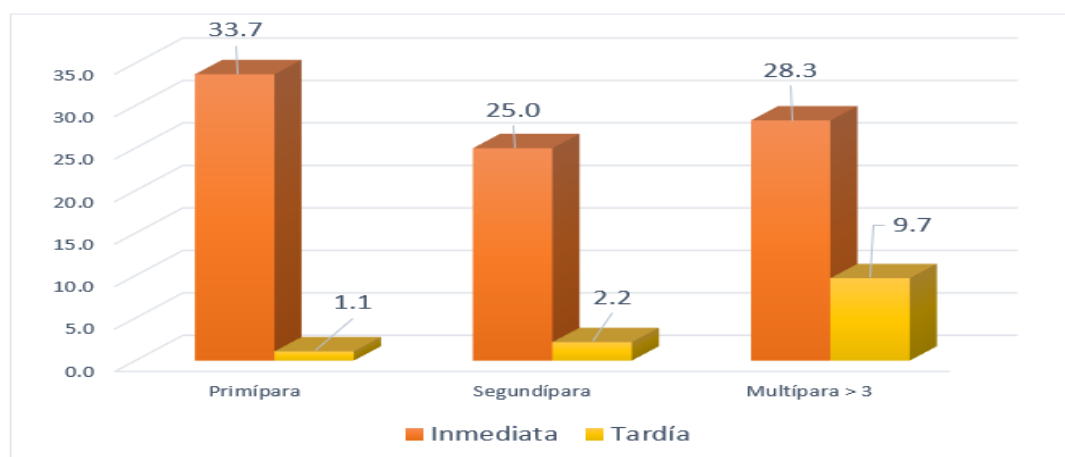
TABLA 1: HEMORRAGIA POSPARTO PUÉRPERAS CONO SUR JULIACA 2024

Paridad	Hemorragia obstétrica posparto					
	Inmediata		Tardía		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Primigenia	31	33.7	1	1.1	32	34.8
Secundípara	23	25.0	2	2.2	25	27.2
Múltipara > 3	26	28.3	9	9.7	35	38.0
Total:	80	87.0	12	13.0	92	100.0

FUENTE: Ficha de datos.

 $\chi^2_{cal.} = 8.29 > \chi^2_{tab.} 5.99 = Gl: 2 \quad Ns: 0.025$

FIGURA 1



FUENTE: Tabla 1



INTERPRETACIÓN

Variable paridad tiene asociación hemorragia posparto. 38% multíparas, 34.8% primíparas, 27.2% secundíparas.

Factor obstétrico posparto, 33.7% son primíparas, 28.3% multíparas, 25% secundíparas. Hemorragia obstétrica posparto tardío, 9.7% multíparas, 2.2% secundíparas, finalizando 1.1% primíparas.

Evaluación estadística inferencial, χ^2 superior χ^2_{tab} . 5.99; libertad 2; nivel significancia 0.025. Indica, existe asociación paridad y hemorragia posparto en púerperas Centro Salud Cono Sur Juliaca.

Los hallazgos consignados en la publicación de Panti Y. evidenciaron que el 38% de la población analizada correspondía a mujeres multíparas con antecedente de más de tres partos, reiterando la relevancia de la alta paridad como variable obstétrica de interés clínico.

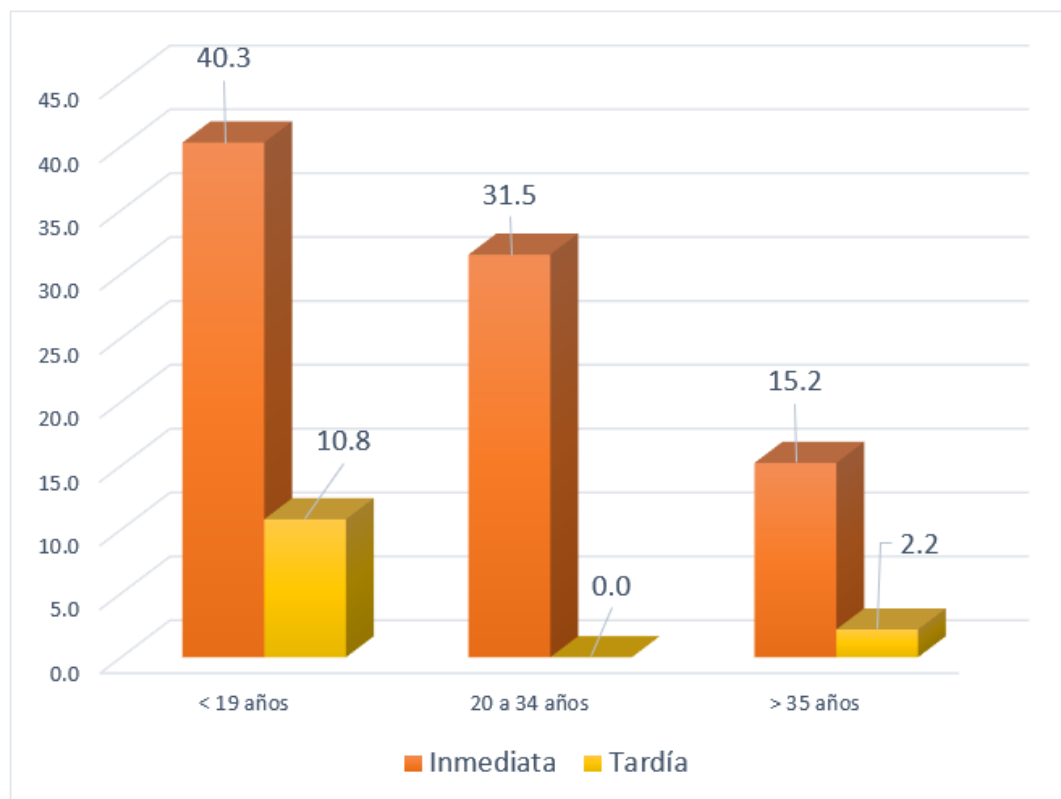
TABLA 2: EDAD MATERNA ASOCIADA A HEMORRAGIA POSPARTO PUÉRPERAS CENTRO CONO SUR JULIACA 2024.

Edad materna	Hemorragia obstétrica posparto					
	Inmediata		Tardía		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
< a 19 años	37	40.3	10	10.8	47	51.1
20 a 34 años	29	31.5	0	0.0	29	31.5
> 35 años	14	15.2	2	2.2	16	17.4
Total:	80	87.0	12	13.0	92	100.0

FUENTE: Ficha recolección de datos.

$\chi^2_{cal.} = 7.16 > \chi^2_{tab.} 5.99 = Gl: 2 \quad Ns: 0.028$

FIGURA 2



FUENTE: Tabla 2



INTERPRETACIÓN

Variable asocia con posparto. 51.1% fueron menores 19 años, 31.5% 20 a 34 años, 17.4% mayores 35 años.

Hemorragia obstétrica posparto inmediato, 40.3% menores a 20 años, 31.5% edades 21 a 35 años, 15.2% mayores 36 años. Hemorragia obstétrica posparto tardío: 10.8% menores a 20 años, mientras 2.2% mayores 36 años.

Evaluación estadística inferencial, χ^2 7.16 superior χ^2_{tab} 5.99; libertad 2; nivel significancia 0.028. Concluye, existe asociación significativa edad materna y hemorragia posparto puérperas Centro Salud Cono Sur Juliaca.

Molina L. Cuba 2021, informó 19 a 24 años de edad 28.6%. (11)

La variante etaria materna ha sido vinculada con la ocurrencia de complicaciones en el periodo posparto, particularmente en pacientes menores de 20 años, asociación que ha sido documentada y descrita en los hallazgos reportados por Molina Cuba, reiterando la influencia de la edad temprana como factor de riesgo obstétrico.

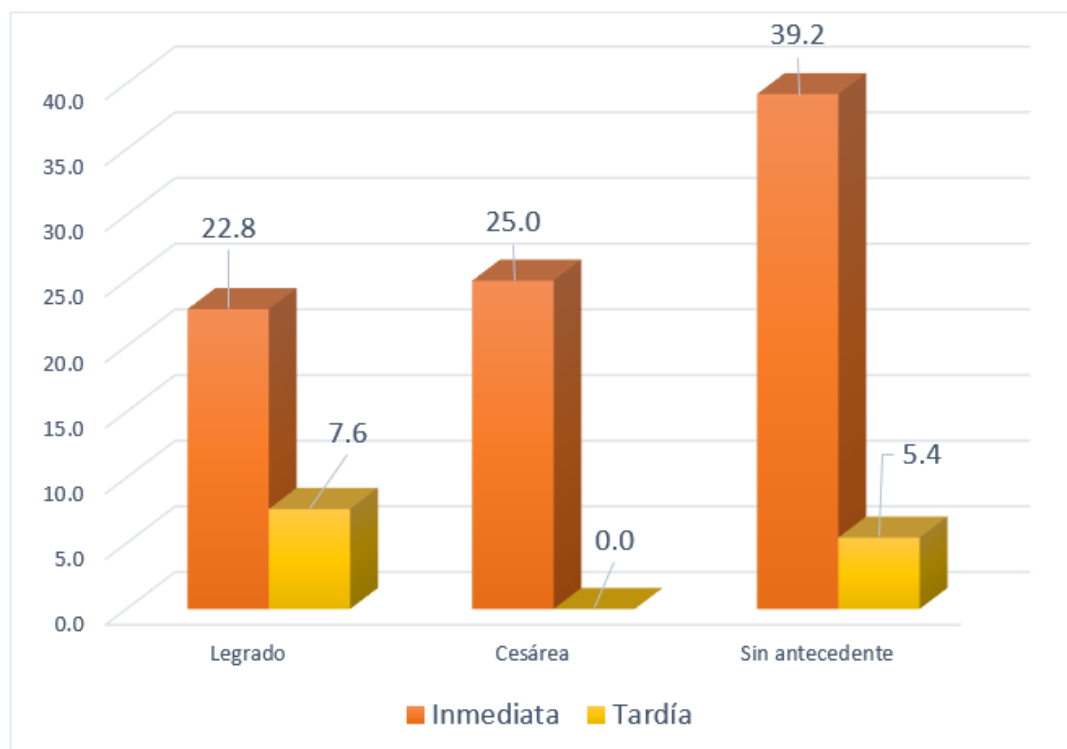
TABLA 3: ANTECEDENTE CIRUGIAS ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO PUÉRPERAS CENTRO SALUD CONO SUR JULIACA 2024.

Antecedente de cirugías	Hemorragia obstétrica posparto					
	Inmediata		Tardía		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Legrado	21	22.8	7	7.6	28	30.4
Cesárea	23	25.0	0	0.0	23	25.0
Sin antecedente	36	39.2	5	5.4	41	44.6
Total:	80	87.0	12	13.0	92	100.0

FUENTE: Ficha de datos.

$\chi^2_{cal.} = 7.01 > \chi^2_{tab.} 5.99 = Gl: 2 \quad Ns: 0.017$

FIGURA 3



FUENTE: Tabla 3



INTERPRETACIÓN

Nos informa variable cirugías asocia con hemorragia posparto. Del 100% de datos: 30.4% antecedente legrado uterino, seguido 25% cesáreas, mientras 44.6% ningún antecedente.

Hemorragia obstétrica posparto inmediato, 25% presenta cesárea, 22.8% legrado. Opuestamente 39.2% no hay antecedentes. Hemorragia obstétrica posparto tardío, 7.6% presenta legrado. 5.4% ningún antecedente.

Evaluación estadística inferencial, χ^2 7.01 superior χ^2_{tab} 5.99; libertad 2; significancia 0.017. Concluye, existe asociación significativa cirugías y hemorragia posparto en puérperas Centro Salud Cono Sur Juliaca.

En el estudio desarrollado por Merino D. en Huancayo durante el año 2023, se identificó que el antecedente de cesárea previa constituyó el principal factor asociado al riesgo de hemorragia, con una frecuencia del 81,7% (16)

En contraste, en el presente análisis se evidenció una mayor prevalencia de antecedentes quirúrgicos vinculados al legrado uterino, alcanzando el 30,4%, resultado que difiere de los hallazgos reportados por Merino, reiterando la variabilidad de los factores predisponentes según el contexto clínico y poblacional.

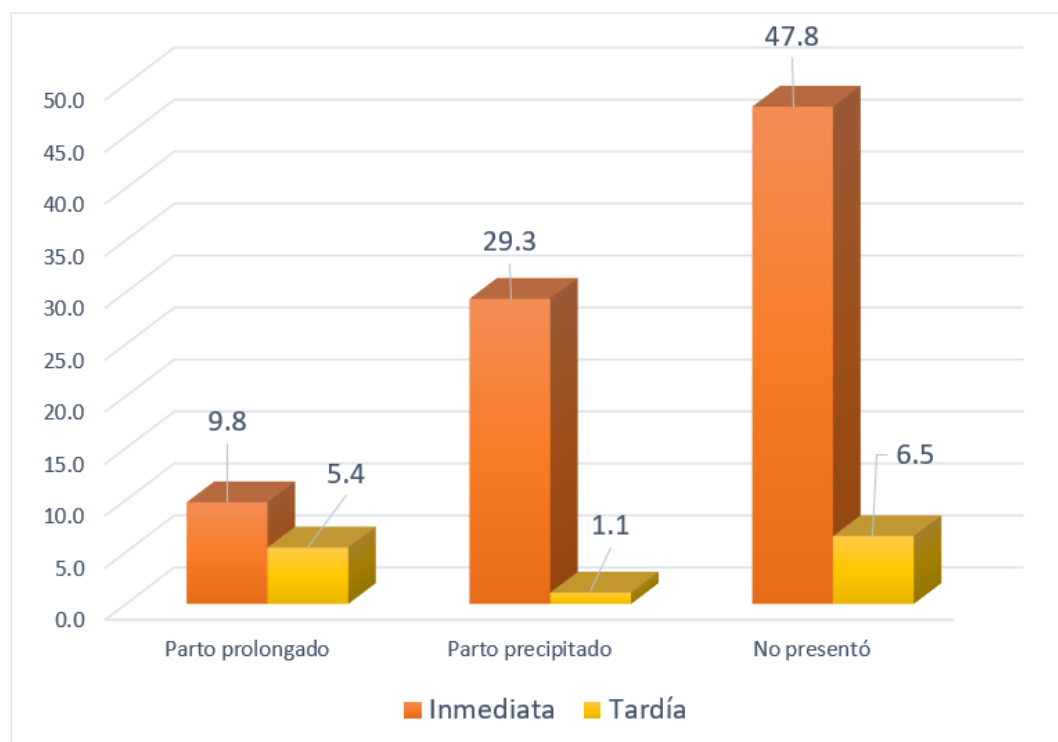
TABLA 4: DISTOCIA POSPARTO PUÉRPERAS CENTRO SALUD CONO SUR JULIACA 2024.

Distocia del trabajo de parto	Hemorragia obstétrica posparto					
	Inmediata		Tardía		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Parto prolongado	9	9.8	5	5.4	14	15.2
Parto precipitado	27	29.3	1	1.1	28	30.5
No presentó	44	47.8	6	6.5	50	54.3
Total:	80	87.0	12	13.0	92	100.0

FUENTE: Ficha de datos.

$\chi^2_{cal.} = 8.61 > \chi^2_{tab.} 5.99 = Gl: 2 \quad Ns: 0.012$

FIGURA 4



FUENTE: Tabla 4



INTERPRETACIÓN

Se aprecia variable distocia de parto: 30.5% parto precipitado, 15.2% parto prolongado, mientras 54.3% no presenta ninguna distocia de parto.

Hemorragia obstétrica posparto inmediato, 29.3% parto precipitado, 9.8% parto prolongado, mientras 47.8% ninguna distocia de parto. Hemorragia obstétrica posparto tardío, 5.4% parto prolongado, 1.1% parto precipitado, 6.5% ninguna distocia.

Evaluación estadística inferencial, χ^2 8.61 superior χ^2_{tab} 5.99; libertad 2; significancia 0.012. Existe asociación distocia parto con hemorragia posparto en puérperas Centro Salud Cono Sur Juliaca.

El estudio realizado por Flores J. en Ecuador en el año 2020 identificó al trabajo de parto prolongado como uno de los principales factores asociados al riesgo de hemorragia posparto, con una prevalencia del 26%. (14)

En contraste, los resultados de la presente investigación evidenciaron una mayor frecuencia de distocia del trabajo de parto, alcanzando el 30,5%, porcentaje que supera al reportado por Flores, reiterando diferencias cuantitativas relevantes entre ambos hallazgos.

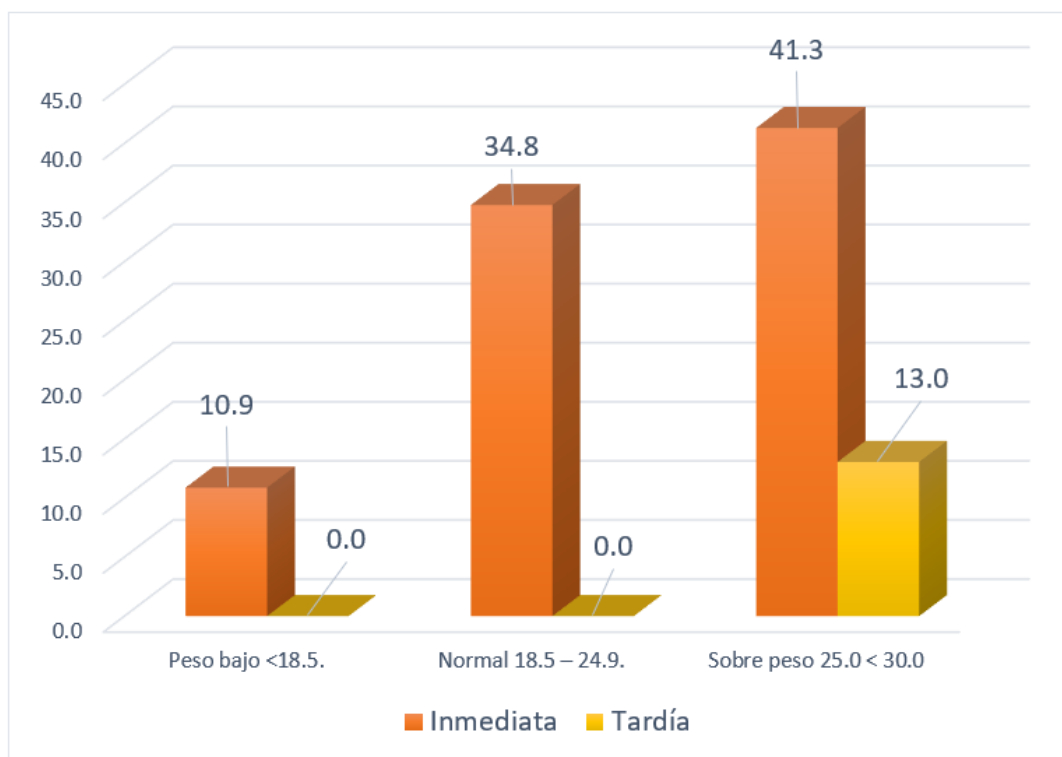
TABLA 5: ÍNDICE MASA CORPORAL HEMORRAGIA POSPARTO PUÉRPERAS CENTRO SALUD CONO SUR JULIACA 2024.

Índice de masa corporal	Hemorragia obstétrica posparto					
	Inmediata		Tardía		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo <18.5.	10	10.9	0	0.0	10	10.9
Normal 18.5 – 24.9.	32	34.8	0	0.0	32	34.8
Sobrepeso 25.0 < 30.0	38	41.3	12	13.0	50	54.3
Total:	80	87.0	12	13.0	92	100.0

FUENTE: Ficha de datos.

$\chi^2_{cal.} = 11.59 > \chi^2_{tab.} 5.99 = Gl: 2 \quad Ns: 0.003$

FIGURA 5



FUENTE: Tabla 5



INTERPRETACIÓN

Se aprecia la variable: 54.3% presentaron sobre peso, 34.8% peso normal, 10.9% bajo peso.

Hemorragia obstétrica posparto inmediato, 41.3% sobre peso, 34.8% peso normal, 10.9% bajo peso. Hemorragia obstétrica posparto tardío, 13% sobre peso.

Evaluación estadística inferencial, $\chi^2 = 11.59$ superior $\chi^2_{tab} = 5.99$; libertad 2; significancia de 0.003. Concluye, existe con hemorragia posparto puérperas Centro Salud Cono Sur Juliaca.

En la investigación desarrollada por Apaza E. en Puno durante el año 2021, se concluyó que un índice de masa corporal correspondiente a peso adecuado se asoció con la presencia de hemorragia posparto en el 40,4% de los casos. (20) No obstante, los hallazgos del presente estudio evidencian una relación distinta, ya que el IMC clasificado como sobrepeso mostró una asociación significativa con dicho evento hemorrágico, resultado que se contrapone a lo reportado por Apaza E., reiterando la existencia de discrepancias entre contextos poblacionales y perfiles nutricionales maternos.

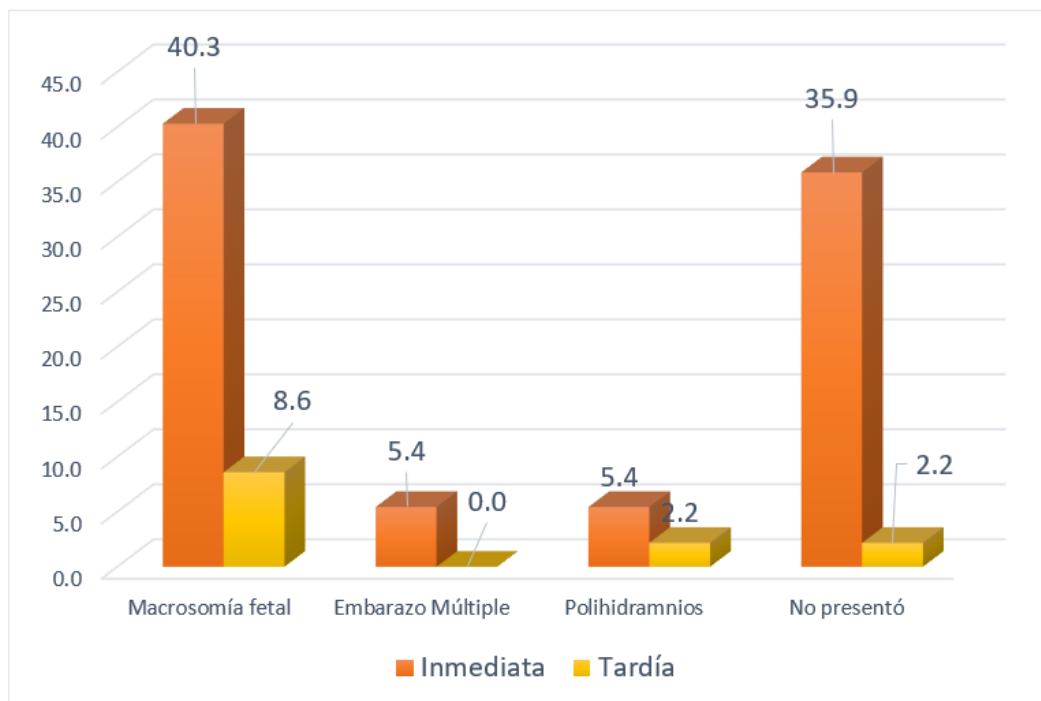
TABLA 6: DISTENSIÓN UTERINA ASOCIADO A HEMORRAGIA POSPARTO PUÉRPERAS CENTRO SALUD CONO SUR JULIACA 2024.

Distensión uterina	Hemorragia obstétrica posparto					
	Inmediata		Tardía		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Macrosomía fetal	37	40.3	8	8.6	45	48.9
Embarazo múltiple	5	5.4	0	0.0	5	5.4
Polihidramnios	5	5.4	2	2.2	7	7.6
No presentó	33	35.9	2	2.2	35	38.1
Total:	80	87.0	12	13.0	92	100.0

FUENTE: Ficha de datos.

$\chi^2_{cal.} = 4.78 < \chi^2_{tab.} 7.81 = Gl: 3 \quad Ns: 0.188$

FIGURA 6



FUENTE: Tabla 6



INTERPRETACIÓN

Analizamos variable distensión uterina asociada con hemorragia posparto. De 100% de datos, 48.9% macrosomía fetal, 7.6% polihidramnios y 5.4% embarazo múltiple; 38.1% no presentó distensión uterina

Hemorragia obstétrica posparto inmediato, 40.3% macrosomía fetal, 5.4% embarazo múltiple, 35.9% no presentó distensión uterina. En Hemorragia obstétrica posparto tardío, 8.6% macrosomía fetal, 2.2% polihidramnios no presentó distensión uterina

Evaluación estadística inferencial, χ^2 4.78 inferior χ^2_{tab} 7.81; libertad 3; significancia 0.188. Indica no existe asociación distensión uterina con hemorragia posparto puérperas Centro Salud Cono Sur Juliaca.

Columbié T.; Pérez R.; Cordero Y. España, concluyeron: distensión uterina origina atonía. (6)

Nuestra investigación 48.9% las distensiones uterinas fueron por macrosomía fetal.

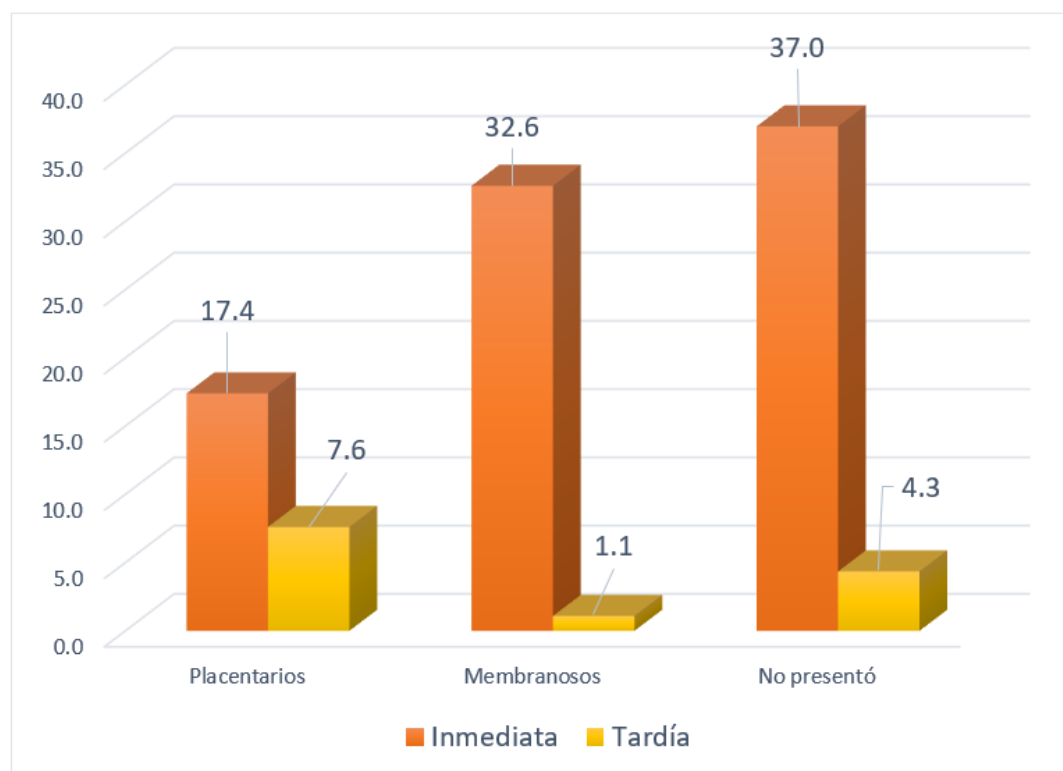
TABLA 7: RETENCIÓN RESTOS ASOCIADO A HEMORRAGIA POSPARTO PUÉRPERAS CENTRO SALUD CONO SUR JULIACA 2024.

Retención de restos	Hemorragia obstétrica posparto					
	Inmediata		Tardía		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Placentarios	16	17.4	7	7.6	23	25.0
Membranosos	30	32.6	1	1.1	31	33.7
No existe	34	37.0	4	4.3	38	41.3
Total:	80	87.0	12	13.0	92	100.0

FUENTE: Ficha de datos.

$\chi^2_{cal.} = 8.20 > \chi^2_{tab.} 5.99 = Gl: 2 \quad Ns: 0.018$

FIGURA 7



FUENTE: Tabla 7



INTERPRETACIÓN

Analizamos variable retención asociadas posparto. 33.7% presentaron restos membranosos, 33.7% restos placentarios y 41.3% ninguna retención.

Hemorragia obstétrica posparto inmediato, 32.6% retención restos membranosos, 17.4% restos placentarios y 37% ninguna retención. En Hemorragia obstétrica posparto tardío, 7.6% retención restos placentarios, 1.1% de restos membranosos y 4.3% ninguna retención.

Evaluación estadística inferencial, χ^2 8.98 superior χ^2_{tab} 5.99; libertad 2; significancia 0.019. Concluye, existe asociación significativa retención de restos con hemorragia posparto puérperas Centro Salud Cono Sur Juliaca.

Sánchez E. Lima 2023, expuso posparto por retención restos placentarios 19.7%. (15)

Nuestra tesis muestra retención restos membranosos 33.7%, presenta datos diferentes manifestado por Sánchez.

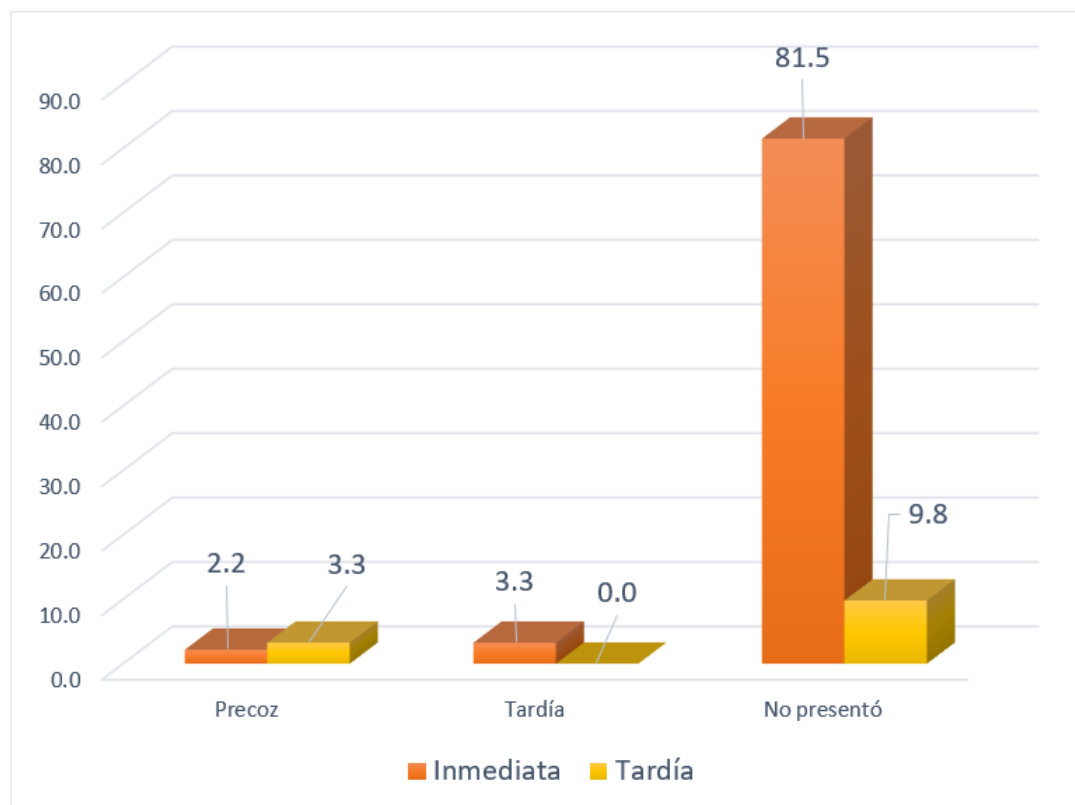
TABLA 8: ATONÍA UTERINA ASOCIADO HEMORRAGIA POSPARTO CENTRO SALUD CONO SUR JULIACA 2024.

Atonía Uterina	Hemorragia obstétrica posparto					
	Inmediata		Tardía		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Precoz	2	2.2	3	3.3	5	5.5
Tardía	3	3.3	0	0.0	3	3.3
No presentó	75	81.5	9	9.8	84	91.2
Total:	80	87.0	12	13.0	92	100.0

FUENTE: Ficha de datos.

$\chi^2_{cal.} = 10.57 > \chi^2_{tab.} 5.99 = Gl: 2 \quad Ns: 0.000$

FIGURA 8



FUENTE: Tabla 8



INTERPRETACIÓN

Atonía precia 5.5% atonía tardía 3.3%, mientras 91.2% ninguna atonía.

En hemorragia obstétrica posparto inmediato, 3.3% presentó atonía uterina tardía, atonía precoz 2.2%, mientras 81.5% ninguna atonía. En hemorragia obstétrica posparto tardío, 3.3.% atonía uterina precoz, y 9.8% ninguna atonía. Evaluación estadística inferencial, χ^2 10.57 superior χ^2_{tab} . 5.99; libertad 2; significancia 0.000. Concluye: existe asociación entre atonía uterina con hemorragia posparto puérperas Centro Salud Cono Sur Juliaca.

Tapia M. Ecuador 2019, informó 4.8% pacientes presentaron atonía uterina, tiene asociación con hemorragia posparto. (12)

Nuestra investigación informa 5.5% presenta atonía precoz, 3.3% atonía tardía. Son porcentajes superiores sustentada por Tapia.

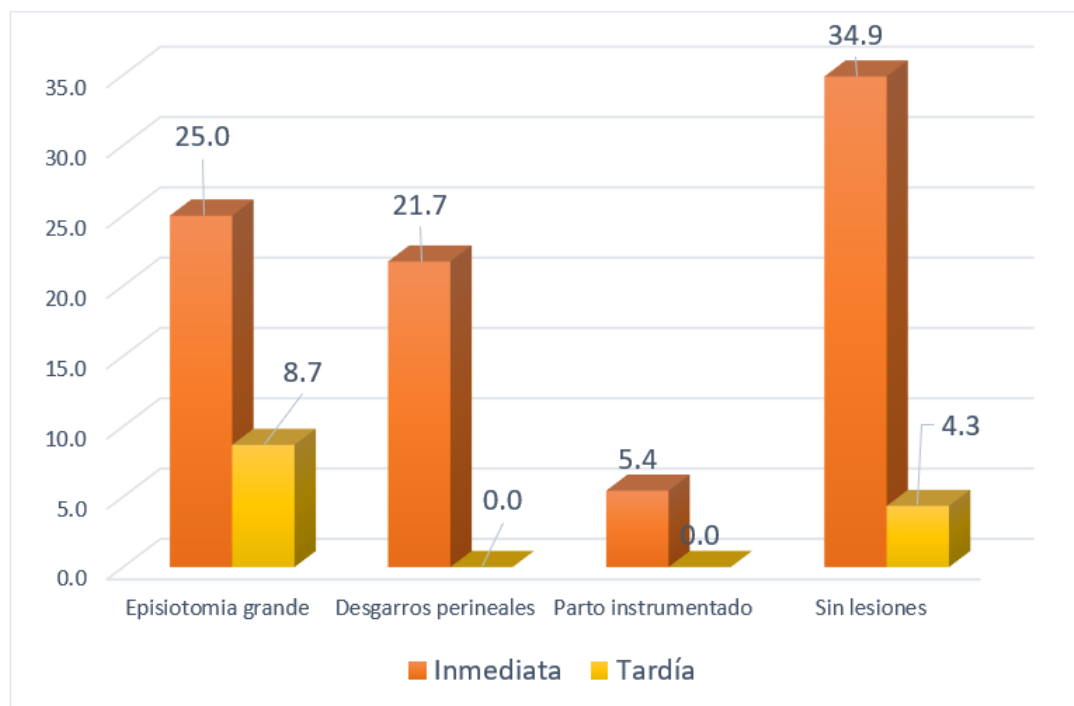
TABLA 9: LESIONES CANAL PARTO HEMORRAGIA POSPARTO PUÉRPERAS CENTRO SALUD CONO SUR JULIACA 2024.

Lesiones canal del parto	Hemorragia obstétrica posparto					
	Inmediata		Tardía		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Episiotomía	23	25.0	8	8.7	31	33.7
Desgarros perineales	20	21.7	0	0.0	20	21.7
Sin lesiones	32	34.9	4	4.3	36	39.2
Total:	80	87.0	12	13.0	92	100.0

FUENTE: Ficha de datos.

$\chi^2_{cal.} = 7.22 > \chi^2_{tab.} 5.99 = Gl: 2 \quad Ns: 0.025$

FIGURA 9



FUENTE: Tabla 9



INTERPRETACIÓN

Observamos variable lesiones canal del parto asociada con hemorragia posparto. De 100% de datos: 35.9% episiotomía, 25% desgarros perineales, 39.1% no presentaron lesiones.

En hemorragia obstétrica posparto inmediato 27.2% episiotomía, 25% desgarros perineales, y 34.8% no presentaron lesiones. En hemorragia obstétrica posparto tardío, 8.7% episiotomía grande, y 4.3% no hay lesiones. Evaluación estadística inferencial, χ^2 7.22 superior χ^2_{tab} ; obtuvieron libertad 2; significancia 0.025. Concluye, existe asociación entre lesiones canal del parto con hemorragia posparto puérperas Centro Salud Cono Sur Juliaca.

Mowerg L. Iquitos 2021 factores parto fue predominio desgarro perineal 47.6%. (17)

Al analizar nuestra investigación, observamos 35.9%, asoció la hemorragia posparto. Porcentaje superior ha mostrado Mowerg L.

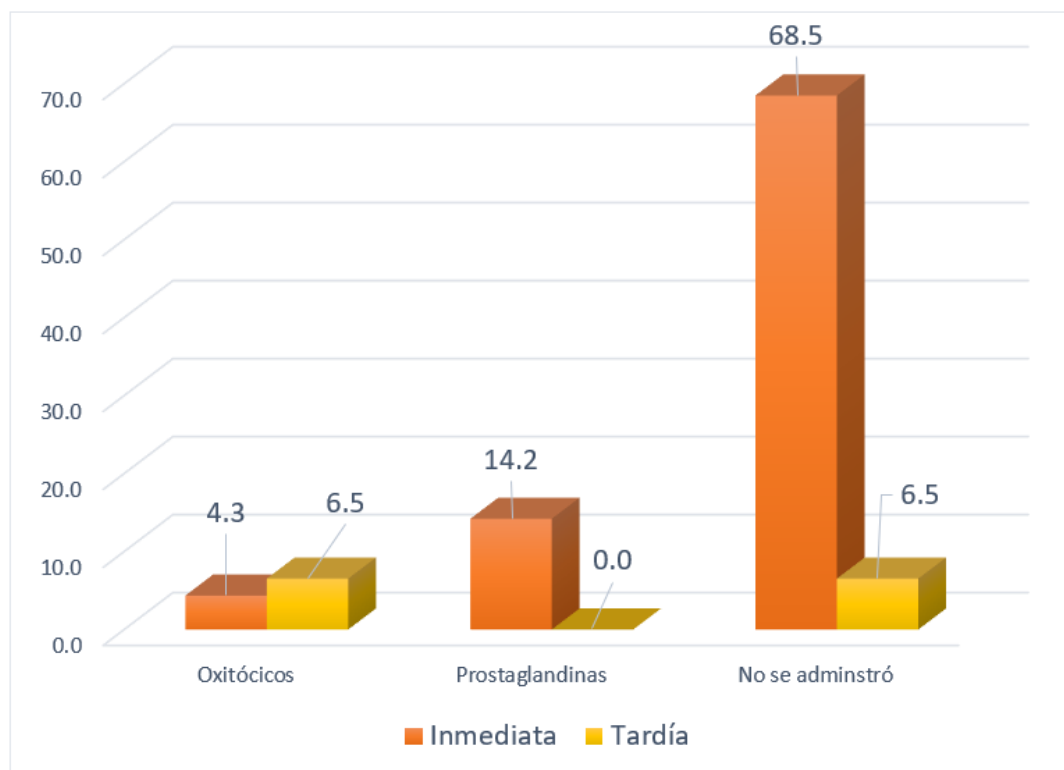
TABLA 10: FÁRMACOS ÚTERO ESTIMULANTES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO PUÉRPERAS CENTRO SALUD CONO SUR JULIACA 2024.

Fármacos útero estimulantes	Hemorragia obstétrica posparto					
	Inmediata		Tardía		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Oxitóxicos	4	4.3	6	6.5	10	10.8
Prostaglandinas	13	14.2	0	0.0	13	14.2
No se administró	63	68.5	6	6.5	69	75.0
Total:	80	87.0	12	13.0	92	100.0

FUENTE: Ficha de datos.

$\chi^2_{cal.} = 22.54 > \chi^2_{tab.} 5.99 = Gl: 2 \quad Ns: 0.000$

FIGURA 10



FUENTE: Tabla 10



INTERPRETACIÓN

Variable fármacos estimulantes se asocia con hemorragia posparto. De 100% 14.2% utilizaron prostaglandinas, 10.8% Oxitócicos y 75% ningún fármaco.

Hemorragia obstétrica posparto inmediato, 14.2% utilizaron prostaglandinas, 4.3% oxitócicos y 68.5% ningún fármaco. En hemorragia obstétrica posparto tardío, 6.5% oxitócicos y 6.5% ningún fármaco.

Evaluación estadística inferencial, χ^2 22.54 superior χ^2_{tab} ; libertad 2; significancia 0.000. Concluye, existe asociación entre fármacos estimulantes con hemorragia posparto puérperas Centro Salud Cono Sur Juliaca.

Castiblanco R.; Coronado C.; Morales et al Colombia 2022, recomendaron uso misoprostol con con oxitocina, según volumen de sangrado. (10)

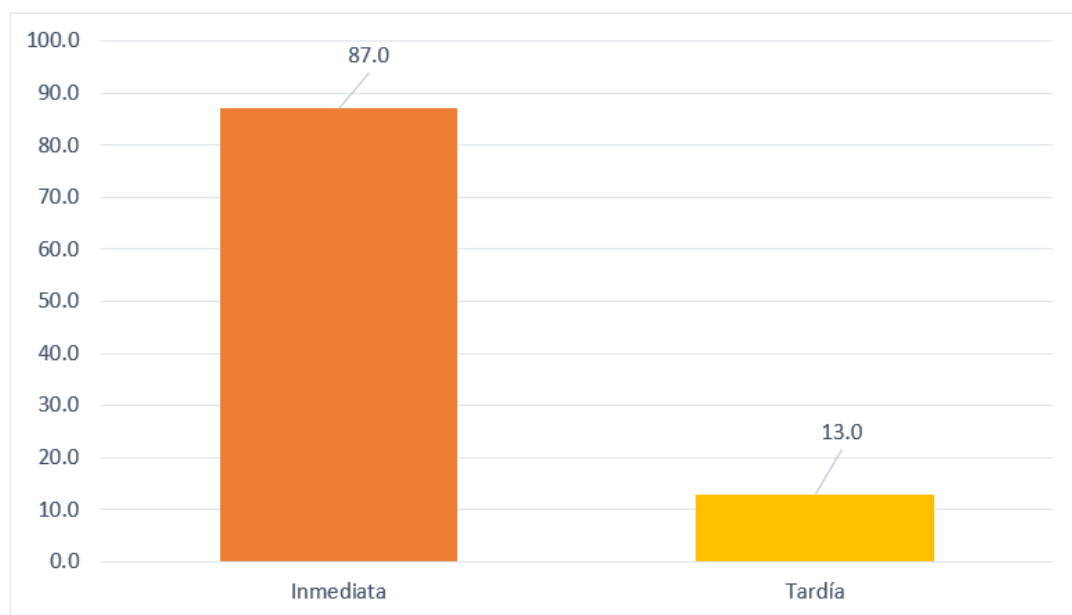
En nuestra investigación 14.2% utilizaron prostaglandinas (misoprostol), fármacos similares expuesto por Castiblanco y colaboradores.

TABLA 11: HEMORRAGIA POSPARTO PUÉRPERAS CENTRO SALUD CONO SUR JULIACA 2024.

Hemorragia posparto		
	fi	%
Inmediata	80	87.0
Tardía	12	13.0
Total	92	100

FUENTE: Ficha de datos.

FIGURA 11



FUENTE: Tabla 11



INTERPRETACIÓN

Apreciamos variable hemorragia posparto. De 100% de datos, 87% hemorragia posparto inmediata, 13% hemorragia posparto tardía.

Cubillo M. Zúñiga E. Nicaragua 2020, concluyó: riesgo hemorragia pacientes ha sido objetiva. (13)

Flores M. Juliaca 2021, manifestó, 74% casos fueron hemorragia posparto temprano. **(22)**

Tipo de hemorragia posparto presentó mayor prevalencia 87%. Porcentajes superiores mostrado por Cubillo y Flores.



CONCLUSIONES

- PRIMERA:** La hemorragia posparto puérperas Centro Salud Cono Sur 2024.
Acepta hipótesis planteada.
- SEGUNDA:** Rasgos multiparidad 38% (NS=0.025), edad menor 19 años 51.1% (NS=0.028), antecedentes legrado uterino 30.4% (NS=0.017), asocian hemorragia posparto puérperas Centro Salud Cono Sur
- TERCERA:** Factores obstétricos parto precipitado 30.5% (NS=0.012), Índice masa corporal sobrepeso 54.3% retención restos membranosos 33.7%, atonía uterina precoz 5.5%, lesiones canal del parto episiotomía 35.9%, fármacos prostaglandinas 14.2%, asocian hemorragia posparto puérperas Centro Cono Sur.
- CUARTA:** El tipo más frecuente en puérperas fue 87%, Centro Cono Sur.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A las Redes San Román, organizar atenciones de factores personales y obstétricos de hemorragia posparto población atendidos esta institución.
- SEGUNDA:** Al Centro Salud Cono Sur, busquen mayor compromiso a la comunidad de la responsabilidad de salud de las madres gestantes, prevenir morbilidad materna.
- TERCERA:** Jefatura obstetras Cono Sur, motivar promoción de salud factores obstétricos de distocias de parto y fármacos útero estimulantes.
- CUARTA:** Fortalecer programas educativos de paridad, antecedentes quirúrgicos que generan hemorragias posparto puérperas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidades resolutiva. primera edición ed. Sinco, editor. Lima: ISBN: 978-9972-776-22-9; 2007.
2. Organización mundial de la Salud. <https://www.who.int>. [Online]. [cited 2024 12 15]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2023-who-issues-global-plan-to-tackle-leading-cause-of-death-in-childbirth>.
3. Organización mundial de la salud. <https://www.who.int>. [Online]. [cited 2024 12 16]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/09-05-2023-lifesaving-solution-dramatically-reduces-severe-bleeding-after-childbirth>.
4. Guevara E. Manejo activo de la tercera etapa del parto salva vidas. Revista Peruana de investigación Materno Perinatal. 2022; 11(2).
5. Manzanarez M, Núñez E. Principales causas de hemorragias posparto en el puerperio inmediato en pacientes con nacimientos vaginales a término en el periodo de enero a octubre 2015 en el Hospital Bertha Calderón Roque. Tesis para optar el título de doctor en Medicina y Cirugía General. Managua Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de ciencias Médicas; 2016.
6. Columbié T, Perez R, Cordero Y. "Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas". Revista Médica Sinergia. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269>. 2019 setiembre; 4(10).
7. Pezo K. "Etiología de las hemorragias en gestantes atendidas en el Hospital II – 1, Moyobamba, 2018". Trabajo académico. Lima: Universidad San Martín de Porras. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6861>, Unidad de posgrado; 2020.



8. Panti Y. "Antecedentes de alto riesgo relacionados a hemorragia postparto por retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre Julio a Setiembre del 2018". Tesis para optar el título de Obstetra. Juliaca: Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez. <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4752>, Facultad de ciencias de la Salud; 2019.
9. Rivera S, Chacón C, Gonzales A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno.. Revista Médica Sinergia. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/512/873?inline=1>. 2020 junio; 5(6).
10. Castiblanco R, Coronado C, Morales L, Polo T. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Revista Cuidarte. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1369176/2075-texto-del-articulo-16564-4-10-20220513.pdf>. 2022 enero abril; 13(1).
11. Molina L. "Factores de riesgo en la hemorragia post parto. Hospital Vladimir Ilich Lenin. 2019-2020". Tesis para optar el título de especialista de primer grado en ginecología y obstetricia. Holguín: Universidad Médica del Hoguin. <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2123>, Facultad de ciencias médica Mariana Grajales Coello; 2021.
12. Tapia M. "Asociación entre el nivel de fibrinógeno y Severidad en la hemorragia postparto en la Unidad metropolitana de salud sur durante Enero a junio de 2019". Disertacion previas a la obtencion del titulo de ginecologo obstetra. Quito Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <https://repositorio.puce.edu.ec/items/b00341bd-e752-4397-951f-81446cb8de8e>, Facultad de Medicina; 2019.
13. Cubillo M, Zúniga E. "Factores de riesgo asociados a Hemorragia posparto en mujeres menores de 20 años, atendidas en el hospital Bertha Calderón Roque,Managua, agosto y octubre del año 2019".



- Tesis. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Managua. <https://repositorio.unan.edu.ni/14905/>; 2020.
14. Flores J. Prevalencia y factores de riesgo asociados a hemorragia postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, p. Tesis previa a la obtención del título de médico General. Loja: Universidad Nacional de Loja. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16461/1/TESIS%20HPP%20JULIANA%20FLORES.pdf>, Área de la Salud Humana; 2020.
 15. Sánchez E. Factores asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2020. Tesis. Lima: Universidad Norbert Wiener <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f6173c50-e45f-4a41-9bad-e2dace1c176b/content>, Facultad de ciencias de la Salud; 2023.
 16. Merino D. Factores de riesgo asociados a hemorragia posparto primaria en pacientes del Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba - Amazonas, 2022. Tesis. Huancayo: Universidad Continental. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13582/3/1_V_FCS_502_TE_Merino_Aricoche_2023.pdf, Facultad de ciencias de la Salud; 2023.
 17. Mowerg L. "Factores de riesgo relacionado con hemorragia postparto en el Hospital Iquitos César Garayar García de enero - abril 2021". Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Iquitos: Universidad Científica del Perú. <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1603/LUISA%20FRANCESCA%20MOWERG%20SANCHEZ%20%20TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Facultad de ciencias de la Salud; 2021.
 18. Ledesma M. "Factores asociados a la hemorragia postparto en puérperas del Hospital II-2 Tarapoto. 2019". Tesis para optar el título profesional de médico Cirujano. Tarapoto: Universidad Nacional de San



- Martin - Tarapoto.
<https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/11458/3880/1/MEDIC.%20HUMANA%20-%20Maria%20Isabel%20Ledesma%20Gonzales.pdf>,
Facultad de medicina Humana; 2021.
19. Valdivia Y. "Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019". Tesis para optar el grado académico de segunda especialidad en Alto riesgo Obstétrico. Huánuco: Universidad de Huánuco https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UDHR_7379694d94da4c26a04605a15150cf6d/Details, Escuela de posgrado; 2022.
 20. Apaza E. "Principales determinantes relacionadas a hemorragia intraparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2021".. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Juliaca: Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.
 21. María. M. "Antecedentes predictivos relacionados a una hemorragia postparto en puérperas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno 2021". Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Juliaca: Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.
 22. Flores M. "Determinantes de riesgo asociados a hemorragia postparto en pacientes atendidas en el "Hospital Regional Manuel Núñez Butrón" Puno 2019". Tesis para optar el título profesional de obstetra. Juliaca: Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez, Facultad de ciencias de la Salud; 2021.
 23. Palero M. "Factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2021".. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Juliaca: Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.
 24. Bellido C. Factores de riesgo asociados a hemorragias posparto inmediato y tardía en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano



2023. Tesis. Juliaca: Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez, Facultad de ciencias de la Salud; 2023.
25. Organización mundial de la Salud. <http://www.who.int>. [Online].; 2018 [cited 2018 07 26]. Available from: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
26. <https://www.ecured.cu>. [Online].; lunes, 30 de julio de 2018 [cited 2018 07 30]. Available from: https://www.ecured.cu/Factores_de_riesgo_gestacionales.
27. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2015.
28. DeConceptos. <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>. [Online].; 2018 [cited 2018 08 10]. Available from: <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>.
29. Cruz F. Embarazo en madres añosas: ¿Qué es y cuáles son sus cuidados, riesgos y beneficios? El mercurio. 2019 mayo.
30. Superintendencia Nacional de Salud. <http://www.saludcapital.gov.co>. [Online].; 2020. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/SectorBelleza/Paginas/Intervencion%20quirurgica.aspx#:~:text=Circular%20001%20de%201996%20%2D%20Invima,del%20POS%20en%20el%20SGSSS>.
31. Cunningham G, Levano K, Bloom S, Hauth J, Rouse Dea. Williams Obstetricia. 259781456267360th ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.; 2019.
32. Carvajal J, Ralph C. Manual de obstetrica y Ginecologia. VIII Edición ed.; 2017.
33. Herrera C, Calderón N, Carbajar R. Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. Ginecología y Obstetricia. 1997; 43(2).
34. Valera I. <https://es.slideshare.net>. [Online].; 2018 [cited 2021 03 21]. Available from: <https://es.slideshare.net/guest2eda1c/trabajo-de-parto-370064#:~:text=2.,descenso%20del%20feto%20%E2%80%9C%20Juan%20Aller>.



35. Moldenhauer J. Exceso de sangrado uterino en el parto. Manual MSD. 2020 Enero; <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/exceso-de-sangrado-uterino-en-el-parto#:~:text=Por%20lo%20general%2C%20la%20mujer,vasos%20hasta%20que%20puedan%20curar.>
36. Unicef. Crecer y embarazo. ©Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Unicef ed. Quito Ecuador: Adaptación Ecuador: graphus; Agosto 2014.
37. Hospital Clinico de la Universidad de Chile. Neonatología. Servicio de Neonatología ed. Santiago; 2010.
38. Cruz T. Hemorragia Post Parto - Atonía Uterina. 2016. Universidad Privada de Ica – Tesis de Especialidad.
39. Torres S, Albaigès G, Rodriguez M, Ramón M. Miralles R. Atonía uterina como causa más frecuente de histerectomías postparto. Ginecología y Obstetricia Clínica. 2006; 7(1): p. 10-15.
40. Garcia S. Oxitocina 20UI I.V mas Misoprostol 800mcg rectal vs Carbetocina 100µg I.V DU, para disminuir sangrado posparto, en poscesarea con riesgo de hemorragia por Sobredistencion Uterina. 2014. Universidad Veracruzana - Tesis de Posgrado.
41. Lorenzo E, Nieto O, Asenjo M, Molina M. Manual AMIR Ginecología y Obstetricia. ISBN-13: 978-84-611-2176-2.
42. Díaz-Mazza E. Factores de Riesgo Maternos asociados al Bajo Peso del Recién Nacido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017. [Online].; 2018 [cited 2018 07 14. Available from: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1726>.
43. Minsa. Norma Técnica para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Resolución Ministerial 518-2016/MINSA. , Resolución Ministerial 518-2016/MINSA; 2016.
44. Solari A, Solari C, Wash AGMEO. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Noviembre; 25(6).



45. Ministerio de Salud. <https://bvs.minsa.gob.pe/>. [Online]. [cited 2024 06 04]. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2694-1.pdf>.
46. Living. <https://www.suavinex.com/>. [Online]. [cited 2024 06 16]. Available from: <https://www.suavinex.com/livingsuavinex/atonia-uterina-que-es-sintomas-y-tratamiento/#:~:text=Embarazo%20m%C3%BAltiple%3A%20Un%20embarazo%20m%C3%BAltiple,alojar%20m%C3%A1s%20de%20un%20beb%C3%A9>.
47. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov>. [Online]. [cited 2024 06 04]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/index.html#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,llevar%20a%20problemas%20de%20salud>.
48. Fundación Corachan. <https://www.corachan.com>. [Online]. [cited 2024 06 08]. Available from: https://www.corachan.com/es/blog/en-que-consiste-el-preoperatorio_115231#:~:text=El%20preoperatorio%20es%20el%20conjunto,intervenci%C3%B3n%20asegurando%20su%20m%C3%A1xima%20seguridad.
49. Clínica Mayo. <https://www.mayoclinic.org>. [Online]. [cited 2024 06 08]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/vaginal-tears/art-20546855#:~:text=Los%20desgarros%20vaginales%20son%20comunes,no%20se%20estira%20con%20facilidad>.
50. Centre de medicine. <https://fetalmedicinebarcelona.org>. [Online]. [cited 2024 07 08]. Available from: https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/RPOC_Retencion_restos_ovulares_y_placentarios.pdf#:~:text=Se%20define%20retenci%C3%B3n%20de%20restos,despu%C3%A9s%20de%20un%20proceso%20obst%C3%A9trico.
51. Salud Mapfre. <https://www.salud.mapfre.es>. [Online]. [cited 2024 07 04]. Available from: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de->



- parto/#:~:text=El%20parto%20puede%20ser%20un,de%20la%20madr
e%20(cesárea).
52. Intep. <https://www.intep.edu.co/>. [Online]. [cited 2024 07 15. Available from:
https://www.intep.edu.co/Es/Usuarios/Institucional/CIPS/2018_1/Documentos/INVESTIGACION_NO_EXPERIMENTAL.pdf.
 53. Baena G. Metodología de la investigación. Primera Edición ed. Mexico D.F.: Grupo Patria; 2014.
 54. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta. Primera edición ed. Mexico.: Mc Graw Hill ; 2018.
 55. Supo J. Niveles de Investigación. [Online].; 2014 [cited 2016 mayo 24. Available from: <http://seminariosdeinvestigacion.com/niveles-de-investigacion/>.
 56. Sisinternational. <https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>. [Online]. [cited 2021 10 02. Available from:
<https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>.
 57. Significados. https://www.significados.com. [Online]. [cited 2023 04 21. Available from: <https://www.significados.com/metodo-cientifico/>.
 58. Behar D. Metodología de la investigación. Rubeira A. ed.: Shalom; 2018.
 59. Dma. <https://estadistica-dma.ulpgc.es/MGC>. [Online]. [cited 2022 06 07. Available from:
https://estadistica-dma.ulpgc.es/MGC/muestreo_Aleatorio_Simple.html#:~:text=Determinaci%C3%B3n%20del%20tama%C3%B1o%20muestral%20en%20muestreo%20aleatorio%20simple&text=donde%20s%C2%AFx%20se,es%20finita%20de%20tama%C3%B1o%20N.
 60. López P, Fachelli S. Metodología de la Investigación social cuantitativa. 1st ed. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
 61. Dzib A. www.questionpro.com. [Online]. [cited 2021 11 25. Available from: <https://www.questionpro.com/blog/es/instrumentos-para-recopilar-informacion/>.



ANEXOS



ANEXO 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

Base de datos de Ruby3.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

99 : Retencion Visible: 11 de 11 variables

	Paridad	Edad	Intervenciones	Parto	IMC	Distencion	Retencion	Atonia	Lesiones	Farmacologico	Hemorra pospar
1	Primípara	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Tardía
2	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Inmediata
3	Múltipara > 3	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	Embarazo Múltiple	No presentó	No presentó	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
4	Primípara	> 36 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	Placentarios	No presentó	Episiotomia grande	No se adminstró	Tardía
5	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Polihidramnios	Placentarios	Precoz	Parto instrumentado	No se adminstró	Inmediata
6	Segundípara	21 a 35 años	Sin antecedente	No presentó	Sobre peso 25.0 <...	No presentó	Membranosos	Tardía	Desgarros perineales	No se adminstró	Inmediata
7	Múltipara > 3	> 36 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Episiotomia grande	No se adminstró	Tardía
8	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	Placentarios	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Inmediata
9	Segundípara	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	Membranosos	Tardía	Parto instrumentado	No se adminstró	Inmediata
10	Segundípara	21 a 35 años	Sin antecedente	Parto prolongado	Normal 18.5 – 24.9.	Macrosomía fetal	Placentarios	Tardía	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
11	Múltipara > 3	> 36 años	Cesárea	Parto precipitado	Sobre peso 25.0 <...	Polihidramnios	No presentó	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
12	Múltipara > 3	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	Placentarios	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
13	Segundípara	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	Membranosos	Tardía	Sin lesiones	Prostaglandinas	Inmediata
14	Primípara	< a 20 años	Sin antecedente	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	Placentarios	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
15	Primípara	> 36 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	No presentó	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Inmediata
16	Múltipara > 3	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	Membranosos	Tardía	Sin lesiones	Prostaglandinas	Inmediata
17	Múltipara > 3	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	Placentarios	No presentó	Parto instrumentado	No se adminstró	Inmediata
18	Primípara	< a 20 años	Sin antecedente	Parto precipitado	Sobre peso 25.0 <...	No presentó	Placentarios	No presentó	Sin lesiones	No se adminstró	Inmediata
19	Múltipara > 3	> 36 años	Sin antecedente	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	No presentó	No presentó	Desgarros perineales	No se adminstró	Inmediata
20	Segundípara	21 a 35 años	Sin antecedente	Parto prolongado	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	No presentó	No presentó	Sin lesiones	No se adminstró	Inmediata
21	Primípara	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Polihidramnios	No presentó	No presentó	Episiotomia grande	No se adminstró	Inmediata
22	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Inmediata

Vista de datos Vista de variables



Base de datos de Ruby3.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

99 : Retencion Visible: 11 de 11 variables

	Paridad	Edad	Intervenciones	Parto	IMC	Distencion	Retencion	Atonia	Lesiones	Farmacologico	Hemorra pospar
23	Múltipara > 3	> 36 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	No presentó	No presentó	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
24	Primípara	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Tardía
25	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	No presentó	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
26	Segundípara	21 a 35 años	Sin antecedente	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	No presentó	Tardía	Sin lesiones	Prostaglandinas	Inmediata
27	Múltipara > 3	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Tardía
28	Primípara	> 36 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
29	Segundípara	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	Membranosos	Tardía	Sin lesiones	Prostaglandinas	Inmediata
30	Segundípara	21 a 35 años	Sin antecedente	Parto prolongado	Sobre peso 25.0 <...	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
31	Múltipara > 3	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
32	Múltipara > 3	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Inmediata
33	Segundípara	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	No presentó	Tardía	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
34	Primípara	< a 20 años	Sin antecedente	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Inmediata
35	Primípara	> 36 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Episiotomia grande	No se adminstró	Inmediata
36	Múltipara > 3	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	Membranosos	No presentó	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
37	Múltipara > 3	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Sobre peso 25.0 <...	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Episiotomia grande	No se adminstró	Inmediata
38	Primípara	< a 20 años	Sin antecedente	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	No presentó	No presentó	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
39	Múltipara > 3	21 a 35 años	Sin antecedente	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	Membranosos	No presentó	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
40	Segundípara	21 a 35 años	Sin antecedente	Parto prolongado	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	No presentó	No presentó	Desgarros perineales	No se adminstró	Inmediata
41	Primípara	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Episiotomia grande	No se adminstró	Inmediata
42	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Episiotomia grande	No se adminstró	Inmediata
43	Múltipara > 3	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	No presentó	Tardía	Desgarros perineales	No se adminstró	Inmediata
44	Primípara	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Episiotomia grande	No se adminstró	Inmediata

Vista de datos Vista de variables



Base de datos de Ruby3.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

99 : Retencion Visible: 11 de 11 variables

	Paridad	Edad	Intervenciones	Parto	IMC	Distencion	Retencion	Atonia	Lesiones	Farmacologico	Hemorra pospar
45	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Episiotomia grande	No se adminstró	Inmediata
46	Segundípara	> 36 años	Sin antecedente	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	Membranosos	Tardia	Desgarros perineales	No se adminstró	Inmediata
47	Múltipara > 3	> 36 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Inmediata
48	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Inmediata
49	Segundípara	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	Embarazo Múltiple	Membranosos	Tardia	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
50	Segundípara	21 a 35 años	Sin antecedente	Parto prolongado	Normal 18.5 – 24.9.	Macrosomía fetal	Placentarios	Tardia	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
51	Múltipara > 3	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Tardia
52	Múltipara > 3	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Inmediata
53	Segundípara	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	Membranosos	Tardia	Sin lesiones	Prostaglandinas	Inmediata
54	Primípara	< a 20 años	Sin antecedente	Parto precipitado	Sobre peso 25.0 <...	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
55	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
56	Múltipara > 3	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	Embarazo Múltiple	No presentó	Tardia	Sin lesiones	Prostaglandinas	Inmediata
57	Múltipara > 3	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Polihidramnios	No presentó	No presentó	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Tardia
58	Primípara	< a 20 años	Sin antecedente	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
59	Múltipara > 3	21 a 35 años	Sin antecedente	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	Polihidramnios	Membranosos	No presentó	Sin lesiones	Prostaglandinas	Inmediata
60	Segundípara	> 36 años	Sin antecedente	Parto prolongado	Sobre peso 25.0 <...	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Sin lesiones	Prostaglandinas	Inmediata
61	Primípara	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxió...	Inmediata
62	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Episiotomia grande	No se adminstró	Inmediata
63	Múltipara > 3	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	Embarazo Múltiple	Membranosos	No presentó	Desgarros perineales	No se adminstró	Inmediata
64	Primípara	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Polihidramnios	Placentarios	No presentó	Episiotomia grande	No se adminstró	Tardia
65	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Episiotomia grande	No se adminstró	Inmediata
66	Segundípara	21 a 35 años	Sin antecedente	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	Polihidramnios	Membranosos	Tardia	Desgarros perineales	No se adminstró	Inmediata

Vista de datos Vista de variables



Base de datos de Ruby3.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

99 : Retencion Visible: 11 de 11 variables

	Paridad	Edad	Intervenciones	Parto	IMC	Distencion	Retencion	Atonia	Lesiones	Farmacologico	Hemorra pospar
67	Múltipara > 3	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Episiotomia grande	No se adminstró	Tardía
68	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Episiotomia grande	Mal uso de oxitó...	Inmediata
69	Segundípara	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	Membranosos	No presentó	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
70	Segundípara	21 a 35 años	Sin antecedente	Parto prolongado	Normal 18.5 – 24.9.	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
71	Múltipara > 3	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	No presentó	Episiotomia grande	Mal uso de oxitó...	Inmediata
72	Múltipara > 3	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	No presentó	Sin lesiones	Mal uso de oxitó...	Inmediata
73	Segundípara	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	No presentó	No presentó	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
74	Primípara	< a 20 años	Sin antecedente	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	Placentarios	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxitó...	Inmediata
75	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxitó...	Inmediata
76	Múltipara > 3	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	Embarazo Múltiple	No presentó	Tardía	Sin lesiones	Prostaglandinas	Inmediata
77	Múltipara > 3	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxitó...	Inmediata
78	Primípara	< a 20 años	Sin antecedente	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Sin lesiones	Mal uso de oxitó...	Inmediata
79	Múltipara > 3	> 36 años	Sin antecedente	No presentó	Sobre peso 25.0 <...	No presentó	Membranosos	Tardía	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
80	Segundípara	> 36 años	Sin antecedente	Parto prolongado	Normal 18.5 – 24.9.	Macrosomía fetal	No presentó	Tardía	Sin lesiones	No se adminstró	Inmediata
81	Primípara	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	No presentó	Precoz	Sin lesiones	No se adminstró	Tardía
82	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	No presentó	No presentó	Sin lesiones	No se adminstró	Inmediata
83	Múltipara > 3	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	No presentó	No presentó	Sin lesiones	No se adminstró	Inmediata
84	Primípara	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	No presentó	Episiotomia grande	No se adminstró	Tardía
85	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxitó...	Inmediata
86	Segundípara	> 36 años	Sin antecedente	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	Membranosos	Tardía	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
87	Múltipara > 3	< a 20 años	Cesárea	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxitó...	Tardía
88	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Sobre peso 25.0 <...	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxitó...	Inmediata

Vista de datos Vista de variables



Base de datos de Ruby3.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

110 : Retencion Visible: 11 de 11 variables

	Paridad	Edad	Intervenciones	Parto	IMC	Distencion	Retencion	Atonia	Lesiones	Farmacologico	Hemorra pospar
88	Primípara	< a 20 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Sobre peso 25.0 <...	Macrosomía fetal	Placentarios	Precoz	Episiotomia grande	Mal uso de oxió...	Inmediata
89	Segundípara	21 a 35 años	Cesárea	No presentó	Normal 18.5 – 24.9.	No presentó	No presentó	No presentó	Desgarros perineales	Prostaglandinas	Inmediata
90	Segundípara	21 a 35 años	Sin antecedente	Parto prolongado	Normal 18.5 – 24.9.	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Parto instrumentado	Mal uso de oxió...	Inmediata
91	Múltipara > 3	> 36 años	Cesárea	Parto precipitado	Sobre peso 25.0 <...	Macrosomía fetal	No presentó	Precoz	Parto instrumentado	Mal uso de oxió...	Inmediata
92	Múltipara > 3	> 36 años	Legrado uterino	Parto precipitado	Peso bajo <18.5.	No presentó	Placentarios	Precoz	Sin lesiones	No se adminstró	Inmediata
93											
94											
95											
96											
97											
98											
99											
100											
101											
102											
103											
104											
105											
106											
107											
108											
109											

Vista de datos Vista de variables



ANEXO 3 INSTRUMENTO FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Factores

1.1. Factores personales

1.1.1. Paridad

- Primípara
- Secundípara
- Multípara > 3

1.1.2. Edad materna

- < a 20 años
- 21 a 35 años
- > 36 años

1.1.3. Antecedentes de cirugías

- Legrado uterino
- Cicatriz uterina
- Sin antecedente

1.2. Factores Obstétricos

1.2.1. Distocia del trabajo de parto

- Prolongado
- Precipitado
- No presentó

1.2.2. Índice de masa corporal

- Peso.....
Talla.....
- Peso bajo <18.5.
 - Normal 18.5 – 24.9
 - Sobre peso 25.0 < 30.0

1.2.3. Distensión uterina

- Macrosomía
- Embarazo Múltiple
- Polihidramnios
- No presentó

1.2.4. Retención de restos

- Placentarios
- Membranos
- No presentó

1.2.5. Atonía uterina

- Precoz
- Tardía
- No presentó

1.2.6. Lesiones del canal parto

- Episiotomía
- Desgarros perineales
- Parto instrumentado
- Sin lesiones

1.2.7. Fármacos útero estimulantes

- Mal uso de oxitócicos
- Prostaglandinas



- No se administró
- 2. Hemorragia posparto**
 - Inmediata
 - Tardía

00



ANEXO 4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

ANEXO N° 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto:
CHURA YUPANQUI TEOLINDA
- 1.2 Grado académico:
TITULADA
- 1.3 Cargo e institución donde labora:
OBSTETRA
- 1.4 Título de la Investigación: *Factores personales y obstétricos asociados a hemorragia posparto en púrpuras del Centro de Salud Cono Sur 2024*
- 1.5 Autor del instrumento:
Bach RUBY SHANTALL CHOQUE QUISPE
- 1.6 Nombre del instrumento:
Cuestionario

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					91
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					88
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					95
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					89
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					94
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					92
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					95
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					94
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					95
TOTAL						923

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20):
923 COMO RESULTADO 18

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
EL INSTRUMENTO CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LA INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: 16 DICIEMBRE DEL 2024

Firma y Posfirma del experto

DNI: 02420154



Teolinda Chura Yupanqui
OBSTETRA
C.O.P. 9698



ANEXO Nº 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Pariguana Galicia Sefarina Alicia
- 1.2 Grado académico: Titulada
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Obstetra
- 1.4 Título de la Investigación: Factores personales y obstétricos asociados a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur 2024
- 1.5 Autor del instrumento: Bach RUBY SHANTALL CHOQUE QUISPE
- 1.6 Nombre del instrumento: Cuestionario

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					92
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					98
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					95
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					95
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					93
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					96
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					94
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					97
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					95
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					96
TOTAL						951

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20):
951 como resultado 19

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
El instrumento cumple con los requisitos para la investigación

Lugar y fecha: 17 Diciembre del 2024

Firma y Posfirma del experto

DNI: 29294890

Alicia Pariguana
COP. 2826
HOSPITAL III JULIO
Izencia Optal. - P. 20
SASALUP



ANEXO N° 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto:
ROJAS COAGUIRA AYDEE HELENINDA
- 1.2 Grado académico:
TITULADA
- 1.3 Cargo e institución donde labora:
OBSTETRA
- 1.4 Título de la Investigación: *Factores personales y obstétricos asociados a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur 2024*
- 1.5 Autor del instrumento:
Bach RUBY SHANTALL CHOQUE QUISPE
- 1.6 Nombre del instrumento:
Cuestionario

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					93
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					91
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					96
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					95
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					92
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					95
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					91
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					98
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					96
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					97
TOTAL						944

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20):
944 como resultado 19

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
EL INSTRUMENTO CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LA INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: 16 DICIEMBRE DEL 2024

Firma y Posfirma del experto

DNI: 44110951



Aydee H. Rojas Coaguira
OBSTETRA
COP: 34259



ANEXO Nº 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Candia Quispe Wilfredo
- 1.2 Grado académico: obstetra superior U.A.V.E.R.T.A.R.O
- 1.3 Cargo e institución donde labora: obstetra
- 1.4 Título de la Investigación: Factores personales y obstétricos asociados a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur 2024
- 1.5 Autor del instrumento: Bach RUBY SHANTALL CHOQUE QUISPE
- 1.6 Nombre del instrumento: Cuestionario

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					93
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					95
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					91
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					96
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					92
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					94
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					95
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					96
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					95
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					95
TOTAL						942

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20): 942 Como resultado 19

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El instrumento cumple con los requisitos para la investigación

Lugar y fecha: 16 Diciembre del 2024


Firma y Posfirma del experto

DNI: 72064242



ANEXO Nº 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Morales Magueta Marian Del Rosario
- 1.2 Grado académico: Titulada
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Obstetrica
- 1.4 Título de la Investigación: Factores personales y obstétricos asociados a hemorragia posparto en puérperas del Centro de Salud Cono Sur 2024
- 1.5 Autor del instrumento: Bach RUBY SHANTALL CHOQUE QUISPE
- 1.6 Nombre del instrumento: Cuestionario

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					91
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables					95
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología					93
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					84
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					95
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio					94
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio					92
8. COHERENCIA	Entre los índices indicadores, dimensiones y variables					96
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio					95
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías					95
TOTAL						935

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20): 935 Como resultado 19

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El instrumento cumple con los requisitos para la investigación

Lugar y fecha: 22 de diciembre del 2024

Firma y Posfirma del experto

DNI: 46189292

Marian Del R. Morales Magueta
OBSTETRA
COP. 25280
HOSPITAL BAKLAGA
EsSalud



ANEXO N° 5 AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN.

SOLICITO. AUTORIZACION PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION PARA TRABAJO DE INVESTIGACION

SEÑOR DIRECTOR DE LA "MICRO RED CENTRO DE SALUD CONO SUR I-4" JULIACA

Dr. Hugo J. Coila Yana.



Ruby Shantall Choque Quispe, identificado con DNI Nro.77021676, egresado de la escuela profesional de Obstetricia, del a UANCV, con residencia en Jr. Selva alegre Nro. 256 de la ciudad de Juliaca

Ante usted con el debido respeto me presento y digo:

Que habiendo culminado mis estudios en la Escuela profesional de obstetricia de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, estoy realizando mi trabajo de Investigación, titulado **"FACTORES PERSONALES Y OBSTETRICOS ASOCIADOS A HEMORRAGIAS POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD CONO SUR DE JULIACA 2024"**, para lo cual solicito se me brinde la **Autorización** poder recopilar la información del **Servicio de Obstetricia** y de la **Oficina de Estadística** en el Periodo Comprendido de Junio 2023 - Julio del presente año.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Juliaca, 16 de octubre 2024



Dr. Hugo J. Coila Yana.
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 091581
JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD CONO SUR
REDESS SAN ROMAN.


V.B.
Procedo Aprobado



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital: [X]

Fecha de entrega: 24-12-2025

1. Datos del autor (es):

Form containing author details: Nombres y Apellidos: Ruby Shantall Choque Quispe, Dirección: Jr Selva Alegre N°256 - Juliaca, DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: :77021676, Teléfono: 910014743, email: 0308rubyshantall@gmail.com, etc.



2. Referencia de tesis:

- Bachiller
- Título
- 2da Especialidad
- Maestría
- Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación. Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: Salud Pública – P06


Firma de Autor



huella digital

24-12-2025

Fecha