



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS EN LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ
RAVINES DE JULI – PUNO, 2023

PRESENTADO POR:
ANGHELA JESUS SANDOVAL VASQUEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
TRABAJO ACADÉMICO

HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ
RAVINES DE JULI - PUNO, 2023

PRESENTADO POR:

ANGHELA JESUS SANDOVAL VASQUEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS

APROBADA POR:

PRESIDENTE

:

Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

PRIMER MIEMBRO

:

Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

SEGUNDO MIEMBRO

:

Dra.: SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ASESOR

:

Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: SALUD PÚBLICA - SEG04



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 012-2025-D-SEP-EPG-UANCV/J

Juliaca, 20 de mayo del 2025

VISTOS:

El expediente N° 2025-005252 presentado por el (a) Egresado (a): **SANDOVAL VASQUEZ ANGHELA JESUS**, quien solicita nominación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez".

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Egresado (a): **SANDOVAL VASQUEZ ANGHELA JESUS**, con DNI N°44692284, con número de matrícula: **212X01024**, ha solicitado asignación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico Titulado: **HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023** para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en: **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez;

Que, de conformidad con lo previsto en el artículo 18° del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, **Comité de Investigación**;

Que, mediante Resolución Directoral N° 225-2024-SEP-EPG/UANCV SE APRUEBA Y AUTORIZA LA EJECUCION DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACION y con Resolución N° 333-2024-SEP-EPG/UANCV, se APRUEBA Y AUTORIZA EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO) Titulado: **HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023** la misma que pertenece a la Línea de Investigación: **SALUD PÚBLICA - SEG04**;

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos en su artículo 28° **DE LA SUSTENTACIÓN**.

Y estando, la opinión favorable del Director de la Unidad de Investigación y el Director de la Escuela de Posgrado mediante acta de sorteo de jurado, con registro N° 0000012 de fecha 12 de mayo del 2025 se nombra jurados de tesis conforme a lo detallado en el acta.

Que, conforme al artículo 66° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que *la Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación científica original de actualidad y de alto valor científico*;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el artículo 76° del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR APTO para la sustentación presencial del informe final de la investigación (trabajo académico), del (a) Egresado (a): **SANDOVAL VASQUEZ ANGHELA JESUS**, para optar el título de **Segunda Especialidad Profesional en: ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO. - NOMINAR JURADOS para la sustentación presencial y defensa del Trabajo Académico a los siguientes docentes ordinarios:

Presidente	: Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
Primer miembro	: Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Segundo miembro	: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Asesor	: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

ARTÍCULO TERCERO. - PROGRAMAR FECHA Y HORA de sustentación como se detalla:

Fecha	: viernes 23 de mayo del 2025
Hora	: 10:30 a.m.
Lugar	: Aula N° 207 EPG-UANCV-JULIACA

ARTÍCULO CUARTO. - el Director de la Escuela de Posgrado queda encargado del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Javier Rómulo Quispe Zapana
DIRECTOR (e)



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°333-2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 18 de setiembre del 2024

VISTOS:

El Expediente N° 2024-010388 de fecha 22 de agosto del 2024, el (la) egresado (a): **SANDOVAL VASQUEZ ANGHELA JESUS** con DNI N°44692284 código de matrícula N°212X01024, quien solicita Revisión de Informe Final de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**); **acorde al Informe N°0454-2024-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico)** del 03 de setiembre del 2024, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de Investigación Científica, Tecnológica y Humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

Que, con Expediente N°2024-010388 el (la) egresado (a): **SANDOVAL VASQUEZ ANGHELA JESUS** solicita la revisión y aprobación del Informe Final de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**) titulado: **HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023 Línea de investigación SALUD PÚBLICA SEG-04**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en: **ALTO RIESGO Y EMERGENCIA OBSTÉTRICAS**.

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión **FAVORABLE** al Informe Final de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**).

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró el asesoramiento en el Informe Final de la Investigación (**Trabajo Académico**) del **ASESOR (A): Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**; y,

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según **INFORME N° 0454-2024-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de Propuesta de Investigación (Trabajo Académico)** en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR EL INFORME FINAL DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO) para la **REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN**, Titulado: **HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023** presentado por el (la) Egresado (a): **SANDOVAL VASQUEZ ANGHELA JESUS**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTICULO SEGUNDO. - RATIFICAR, como **ASESOR(a): Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**.

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, Secretaría Académica y Administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari
DIRECTOR (e)

DISTRIBUCIÓN:
DIRECCIÓN EPG, INTERESADO.
ARCH.LWCC/mha



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°225-2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 16 de agosto del 2024

VISTOS:

El Expediente N°2024-08140, presentado por el (la) Egresado (a) SANDOVAL VASQUEZ ANGHELA JESUS, con DNI N°44692284, código de matrícula N°212X01024 quien solicita Revisión de Propuesta de Investigación y el INFORME N° 0212-2024-UI-EPG-UANCV y el Anexo (02) Ficha de Opinión de la Propuesta de Investigación, fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

Que, con Expediente N°2024-08140 el (la) Egresado (a) SANDOVAL VASQUEZ ANGHELA JESUS, solicita la revisión y aprobación de la Propuesta de Investigación Titulado: HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023 Línea de Investigación: SALUD PÚBLICA SEG-04, para optar el TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS.

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión FAVORABLE a la propuesta de investigación.

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró la propuesta del ASESOR el (la) DRA. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO, quien debe estar acreditado y facultado para orientar y ayudar al asesorado en el proceso de elaboración de la propuesta de investigación de acuerdo a la DIRECTIVA N° 004-2019-UANCV-VRAD-OI; y,

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según INFORME N° 0212-2024-UI-EPG-UANCV y el Anexo (02) Ficha de Opinión de la Propuesta de Investigación en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, titulado: HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023, presentado por el (la) Egresado (a) SANDOVAL VASQUEZ ANGHELA JESUS, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTICULO SEGUNDO. - RECONOCER, como ASESOR al (el) (la) Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO.

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, la Secretaría Académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DIRECCIÓN EPG, INTERESADO.
C.C./ARCH.
LWCC/inha



INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uoosevelt.edu.pe	7%
	Fuente de Internet	
2	repositorio.upla.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
3	Submitted to National University College - Online	1%
	Trabajo del estudiante	
4	distancia.udh.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	Submitted to Michigan Technological University	1%
	Trabajo del estudiante	
6	Submitted to Universidad Andina del Cusco	<1%
	Trabajo del estudiante	
7	www.coursehero.com	<1%
	Fuente de Internet	
8	alicia.concytec.gob.pe	<1%
	Fuente de Internet	



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI - PUNO, 2023	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	ANGHELA JESUS SANDOVAL VASQUEZ
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	44692284
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-0829-4733
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8164-4833
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6401-9470



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2232-6653
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - SEG04
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI País: PERÚ Departamento: PUNO Provincia: CHUCUITO Distrito: JULI -16.20880, -69.45737 https://maps.app.goo.gl/naQqt1pnpWd3p3rx8</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	AGOSTO 2024 - MAYO 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Ciencias del cuidado de la salud y servicios (administración de hospitales, financiamiento) https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Jesús Mamani Mamani
DIRECTOR
DE INVESTIGACION - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ANGHELA JESUS SANDOVAL VASQUEZ, identificado con DNI Nro. 44692284 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
 Programa de Segunda Especialidad,
 Programa de Maestría o Doctorado

ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:
HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023

Asesorado por: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

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.

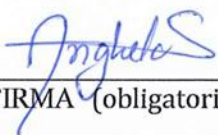
Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

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 02 de Setiembre del 2025


FIRMA (ASESOR)


FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios, fuente de luz y fortaleza en cada paso de este camino.

A mis padres, por enseñarme el valor del compromiso, la empatía y la entrega a los demás.

A mi hijo, Thiago André, por ser mi mayor inspiración, mi motor y mi luz. Cada página lleva el eco de tus risas y la fuerza de tus abrazos. Gracias por enseñarme, sin palabras, el sentido profundo de cuidar, amar y perseverar.

A todas las gestantes de la Provincia de Chucuito, cuya fortaleza silenciosa y amor por la vida me recuerdan el valor de este trabajo. A ustedes les dedico este esfuerzo, con respeto y compromiso



AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a quienes han sido parte de este proceso:

- A mi tutora por guiarme con paciencia y sabiduría.
- A mis compañeras de trabajo en el sector salud, por su compromiso incansable con el bienestar materno neonatal.
- Al equipo técnico que acompañó la creación de materiales educativos, por convertir ciencia y esperanza.
- A mi comunidad, que me enseñó que la salud no solo se trata de cuerpos, sino de vínculos, cultura y amor.



ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	xi
INTRODUCCION	xiii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. Título	15
1.2. Descripción del problema.....	15
1.3. Justificación del trabajo académico.....	19

CAPITULO II

OBJETIVOS

Objetivo general.....	21
Objetivos específico.....	21

CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1 Marco teórico	22
-------------------------	----



3.2 Marco referencial..... 40

3.3 Marco conceptual 48

CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

4.1 METODOLOGÍA: 50

4.1.1. Métodos aplicados a la investigación..... 50

4.1.2. Diseño de la investigación 50

4.1.3. Población 50

4.1.4. Muestreo..... 51

4.1.5. Técnicas instrumentos y fuentes de recolección de datos..... 51

4.1.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos
 53

4.2. RESULTADO 54

CONCLUSIONES 92

RECOMENDACIONES 93

Referencias 94

ANEXOS 105



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023..... 54

Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023..... 57

Tabla 3. Estado civil de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 58

Tabla 4. Procedencia de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 61

Tabla 5. Ocupación de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 63

Tabla 6. Atención prenatal de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 64

Tabla 7. Periodo intergenésico de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023..... 66

Tabla 8. Paridad de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023..... 68

Tabla 9. Amenaza de aborto de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023..... 71

Tabla 10. Placenta previa de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 73

Tabla 11. Desprendimiento prematuro de placenta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 75

Tabla 12. Desgarros cervicales de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023..... 76



Tabla 13. Desgarros vaginales de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.....	78
Tabla 14. Rotura uterina de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	81
Tabla 15. Atonía uterina de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	83
Tabla 16. Retención de restos placentarios de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	85
Tabla 17. Placenta accreta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	87
Tabla 18. Placenta increta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	89
Tabla 19. Placenta percreta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.....	91



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	54
Figura 2. Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	57
Figura 3. Estado civil de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	59
Figura 4. Procedencia de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	61
Figura 5. Ocupación de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	63
Figura 6. Atención prenatal de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	65
Figura 7. Periodo intergenésico de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	67
Figura 8. Paridad de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	68
Figura 9. Amenaza de aborto de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	71
Figura 10. Placenta previa de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	72
Figura 11. Desprendimiento prematuro de placenta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	74
Figura 12. Desgarros cervicales de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.	76



Figura 13. Desgarros vaginales de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 78

Figura 14. Rotura uterina de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 81

Figura 15. Atonía uterina de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 83

Figura 16. Retención de restos placentarios de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 84

Figura 17. Placenta accreta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 86

Figura 18. Placenta increta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 88

Figura 19. Placenta percreta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. 91



RESUMEN

Objetivo: Determinar las principales hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023. **Material y**

Métodos: Este estudio descriptivo, con un enfoque cuantitativo no experimental y de corte transversal. La población comprendió un total de 43 gestantes. Con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recopilación de datos, se empleó la técnica de análisis documental de las historias clínicas. Se diseñó una ficha específica que permitió registrar de manera sistemática y detallada.

Resultados: Las características personales fueron: el 72% de los participantes eran de edad adulta, el 75% tenían educación secundaria, el 82% pertenecen al estado civil de conviviente, el 51% provenían de zonas rurales y el 77% eran amas de casa. En cuanto a las características obstétricas, el 56% había recibido seis o más visitas prenatales, el 47% tenía un periodo intergenésico adecuado, y un 61% son multíparas; por otro lado, un 58% están ausentes en la amenaza de aborto; un 81% están ausentes en la placenta previa y un 81% están ausentes en desprendimiento prematuro de placenta; ausencia de desgarros cervicales en un 91%, un 77% son ausentes en hemorragias vaginales, y ninguna gestante experimentó rotura uterina. un 58% se encontraron presentes con atonía uterina; ausentes 84% en retención de restos placentarios; ausente un 93% en placenta accreta y placenta increta y percreta no se observaron en el 100% de los casos.

Conclusiones: Una de las principales causantes de hemorragias obstétricas fue la atonía uterina que estuvo presente en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.

PALABRAS CLAVE: Hemorragia obstétrica, embarazo, gestantes, puerperio.



ABSTRACT

Objective: To determine the main obstetric hemorrhages in pregnant women attended at the Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli - Puno, 2023. **Materials and Methods:** This descriptive study used a non-experimental, quantitative, cross-sectional approach. The population comprised a total of 43 pregnant women. Non-probability convenience sampling was used. Data collection was based on documentary analysis of medical records. A specific form was designed to allow for systematic and detailed recording. **Results:** The personal characteristics were: 72% of the participants were adults, 75% had secondary education, 82% belonged to the marital status of cohabiting, 51% came from rural areas and 77% were housewives. Regarding obstetric characteristics, 56% had received six or more prenatal visits, 47% had an adequate intergenetic period, and 61% are multiparous; On the other hand, 58% are absent in the threat of abortion; 81% are absent in placenta previa and 81% are absent in placental abruption; Cervical tears were absent in 91%, vaginal bleeding was absent in 77%, and no pregnant woman experienced uterine rupture. 58% were found to have uterine atony; absent 84% in retention of placental remains; absent in 93% in placenta accreta and placenta increta and percreta were not observed in 100% of cases.

Conclusions: One of the main causes of obstetric hemorrhages was uterine atony, which was present at the Rafael Ortiz Ravines Hospital in Juli – Puno, 2023.

KEY WORDS: Obstetric hemorrhage, pregnancy, pregnant women, puerperium.



INTRODUCCION

Las hemorragias obstétricas representaron un reto significativo en la atención de la salud materna a nivel global en el pasado. A pesar de los avances en la medicina y la atención obstétrica, las complicaciones hemorrágicas durante el embarazo y el parto persistieron como una de las principales causas de morbilidad materna en numerosos países, incluyendo el Perú. En ese contexto, el estudio que se presenta se centró en un aspecto fundamental de esta problemática (1).

En el pasado, las hemorragias durante el primer trimestre del embarazo se presentaron en un rango que abarcó del 15% al 25% de todos los embarazos, convirtiéndolas en una razón principal de consulta en entornos de atención de urgencias. Además, constituían la causa principal del sangrado temprano durante el embarazo, aunque era esencial considerar que la mayoría de estos casos estaban relacionados con una complicación patológica (2). El sangrado podía manifestarse desde la implantación del embrión en el endometrio hasta culminar en un aborto espontáneo. Sin embargo, en ese entonces, la cantidad de sangrado, la duración y los síntomas acompañantes desempeñaban un papel crucial en la posibilidad de realizar un diagnóstico temprano y prevenir complicaciones adicionales.

El Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli desempeña un papel crítico en la atención de las gestantes en la región de Puno, siendo un centro de referencia en Juli. Durante el año 2023, se ha registrado un número notable de casos de hemorragias obstétricas en esta institución médica, lo que plantea



cuestionamientos acerca de las causas subyacentes, los factores de riesgo asociados y la calidad de la atención proporcionada a estas pacientes.

La importancia de haber abordado las hemorragias obstétricas radicaba en su impacto directo en la salud y la vida de las gestantes y sus bebés, así como en la reducción de la mortalidad materna. Además, este estudio sirvió como un punto de partida para futuras investigaciones y como una herramienta para mejorar la calidad de la atención materna en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli en su conjunto.

El propósito fundamental de este estudio es abordar de manera minuciosa y sistemática la problemática en cuestión, con el objetivo de enriquecer el conocimiento científico y contribuir a la mejora de la atención materna en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli. En este sentido, nuestro objetivo primordial es identificar y analizar las principales hemorragias obstétricas que afectan a las gestantes que reciben atención en dicho hospital. Para alcanzar este objetivo, se llevó a cabo una investigación de naturaleza cuantitativa, con un enfoque descriptivo y retrospectivo. Durante el proceso de investigación, se emplearon estadísticas descriptivas, tales como tablas de frecuencia y gráficos, para caracterizar algunas variables clave. Además, se utilizó el software estadístico SPSS en su versión 26 para el análisis de los datos recopilados.

En este trabajo, se proporcionan detalles sobre Aspectos Generales del Trabajo Académico en el Capítulo I, se aborda la Fundamentación Teórica en el Capítulo II y, finalmente, se examinará la Planificación, ejecución y resultados de la Actividad en el Capítulo III.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. Título

Hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.

1.1.1. Institución donde se ejecuta

Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli.

1.1.2. Duración

Del 1 de enero al 30 de septiembre del 2023.

1.1.3. Responsable:

Obst. Anghela Jesús Sandoval Vasquez

1.2. Descripción del problema

Estas hemorragias obstétricas pueden representar un riesgo grave para la salud de las gestantes y, en algunos casos, pueden ser potencialmente mortales. Por lo tanto, es fundamental investigar y comprender las causas, la prevalencia y los factores de riesgo asociados a estas hemorragias en este entorno hospitalario



para mejorar la atención médica y reducir las tasas de complicaciones obstétricas.

La hemorragia que se produce durante el proceso de parto representa un evento de gran gravedad y en ocasiones, potencialmente mortal. Entre las posibles causas de esta hemorragia se encuentran el desprendimiento prematuro de placenta, la placenta accreta y las laceraciones del tracto genital. Es crucial identificar de inmediato la pérdida de sangre y determinar la fuente de la hemorragia. En respuesta a estas situaciones, se debe proporcionar una reposición adecuada del volumen sanguíneo perdido, incluyendo glóbulos rojos y productos sanguíneos, con la expectativa de lograr resultados maternos favorables (3).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece que, en la región de las Américas, una de cada cinco muertes maternas tiene su origen en hemorragias obstétricas que ocurren durante el período de embarazo, durante el parto o inmediatamente después de este. Se señala que, a diario, aproximadamente 16 mujeres en esta región pierden la vida debido a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, siendo las hemorragias obstétricas una de las principales causas, y resalta que estas tragedias son prevenibles. Además, se estima que alrededor del 8,2% de las mujeres que dan a luz en América Latina experimentarán hemorragias postparto graves que requerirán transfusiones sanguíneas (4).

La probabilidad de mortalidad materna es dos veces superior en las mujeres que residen en áreas rurales en comparación con las mujeres que viven en zonas urbanas. Según los registros del año 2019, la mayoría de las muertes maternas ocurrieron durante el período de puerperio, representando el 59,7%, seguido del



embarazo con el 27,6%, el parto con el 8,6%, y un 4,1% restante ocurrió en otros momentos (5). Además, se observa que el 63,0% de estas muertes se produjeron en establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA). Es importante destacar que países con un nivel de ingreso per cápita similar al de Perú presentan tasas de mortalidad materna más bajas, lo que es motivo de preocupación. Además, se destaca que el 74,5% de los partos son atendidos en instituciones de salud y el 68,7% de las mujeres reciben atención prenatal (5,4).

En Perú, se identificó que la hemorragia obstétrica ocupó el primer lugar como causa de mortalidad materna, siendo responsable de un 25,2% de los casos. La enfermedad hipertensiva se ubicó como la segunda causa, contribuyendo al 18,5% de las muertes maternas. Por otro lado, el aborto y sus complicaciones representaron el 5,1%, mientras que las infecciones obstétricas y otras condiciones constituyeron un 6,2% de las causas de mortalidad materna (5).

En un estudio realizado en la región de Puno, se encontró que un 44,6% de las gestantes experimentaron hemorragia durante el período de embarazo, siendo la amenaza de aborto la causa principal. Además, un 18,5% de las gestantes presentaron hemorragia debido a una previa historia de hemorragias obstétricas. También se observó que un 60,9% de las gestantes experimentaron hemorragias obstétricas debido a la retención de restos placentarios (7). A pesar de que el Ministerio de Salud (MINSA) cuenta con un enfoque normativo para abordar la morbilidad relacionada con hemorragias obstétricas, se ha observado un aumento en la incidencia de estas complicaciones en algunas regiones, incluida la nuestra. En el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli, se carece de análisis estadísticos precisos que evalúen la frecuencia de estos casos. Actualmente, solo se brinda atención a las complicaciones que se diagnostican



de manera temprana, sin llevar a cabo una búsqueda exhaustiva de los antecedentes que las originaron ni un análisis detallado de su asociación con las hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Por lo tanto, se requiere llevar a cabo una investigación que permita determinar las principales hemorragias obstétricas en gestantes atendidas, así como determinar cuáles de estos factores se presentan con mayor frecuencia.

1.2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema general

¿Cuáles son las principales hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli?

Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características personales de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli?
- ¿Cuáles son las hemorragias en el embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli?
- ¿Cuáles son las hemorragias en el parto de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli?
- ¿Cuáles son las hemorragias en el puerperio de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli?



1.3. Justificación del trabajo académico

1.3.1. Aporte teórico

Las hemorragias obstétricas siguen siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo, a pesar de los avances en la medicina y la atención obstétrica. En ese momento, esta investigación se centró en enriquecer el conocimiento teórico en este campo, identificando los factores subyacentes, los tipos de hemorragias más comunes y las mejores prácticas de tratamiento. Al hacerlo, contribuyó a la base de conocimientos científicos en obstetricia y ginecología y permitió el desarrollo de estrategias de prevención y atención más efectivas.

1.3.2. Aporte práctico

Este estudio fue fundamental debido a su impacto directo en la salud y el bienestar de las gestantes. La identificación de las causas de las hemorragias obstétricas y la mejora de la atención eran esenciales para prevenir complicaciones graves y salvar vidas. Los resultados de esta investigación tuvieron aplicaciones prácticas en la atención médica cotidiana, ya que se utilizaron para desarrollar protocolos clínicos basados en evidencia que mejoraron la atención de las gestantes en riesgo de hemorragias obstétricas. Además, contribuyó a la formación médica, permitiendo que los profesionales de la salud estuvieran mejor preparados para abordar estas complicaciones.



1.3.3. Aporte metodológico

Este estudio se relacionó con la elección de una metodología adecuada y rigurosa. La investigación se basó en un enfoque cuantitativo y descriptivo que permitió recopilar datos objetivos y analizarlos de manera sistemática. El uso del software estadístico SPSS proporcionó un análisis estadístico robusto de los datos recopilados. Esta metodología garantizó la objetividad y la fiabilidad de los resultados, lo que fue esencial para la validez de la investigación y la aplicación práctica de sus hallazgos.



CAPITULO II

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar las principales hemorragias obstétricas en el embarazo, parto y puerperio de pacientes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.

Objetivos específico

- Detallar las características personales de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli.
- Describir las características obstétricas de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli.
- Identificar las hemorragias en el embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli.
- Especificar las hemorragias en el parto de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli.
- Establecer las hemorragias en el puerperio de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli.



CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1 Marco teórico

3.1.1 Hemorragias obstétricas

La hemorragia obstétrica se refiere a la pérdida de sangre excesiva durante el embarazo, el parto o el puerperio. Se clasifica en hemorragia ante parto, intraparto y postparto, cada una con sus causas y características específicas (8).

Las hemorragias obstétricas son aquellas que ocurren en mujeres durante el período relacionado con el embarazo y el parto, y según el momento en que se manifiesten, pueden dividirse en tres categorías: hemorragia antes del parto, hemorragia durante el parto (intraparto) y hemorragia después del parto (posparto) (9).

Dentro del contexto de las hemorragias obstétricas, se define como la disminución del volumen sanguíneo a una tasa que supera los 150 ml por minuto. Esta velocidad de pérdida de sangre implicaría una reducción del 50% del volumen sanguíneo total en el cuerpo en tan solo 20 minutos. Esta situación puede ocurrir tanto durante el embarazo como en el período



después del parto, y se considera una hemorragia cuando se pierden más de 500 ml de sangre en el caso de partos vaginales y más de 1000 ml en el caso de cesáreas (9).

Las hemorragias obstétricas, que engloban tanto las que ocurren antes del parto como después de él, representan un factor significativo de morbilidad tanto en neonatos como en mujeres embarazadas. La placenta previa y el agotamiento de la placenta se erigen como las causas predominantes detrás de los episodios de trabajo de parto prematuro hemorrágico (HAP), el cual afecta aproximadamente al 3-5% de los embarazos (10).

Las hemorragias obstétricas representan una de las principales razones de morbilidad y mortalidad materna a nivel global, especialmente en naciones en desarrollo. En contraste, en países desarrollados, esta problemática genera preocupación. Entre los tipos de hemorragia obstétrica más frecuentes se encuentra la atonía uterina. Además, el aumento en la cantidad de cesáreas realizadas, en ocasiones relacionadas con casos de acretismo placentario, contribuye al incremento de la incidencia de hemorragias obstétricas. También existen causas que conllevan trastornos graves en la coagulación y requieren una reposición adecuada de componentes sanguíneos (11). La hemorragia obstétrica, en muchas ocasiones, presenta un carácter fisiológico tras el proceso de parto. No obstante, cuando supera un umbral específico, se transforma en una hemorragia obstétrica de naturaleza patológica. Cuantificar la cantidad de sangrado resulta una tarea complicada durante

el transcurso del parto y la realización de una cesárea. Esto se debe a que la sangre se mezcla con otros fluidos durante el proceso de parto (12).

Las hemorragias obstétricas pueden manifestarse en tres periodos diferentes:

- Hemorragias que suceden en algún punto del embarazo, ya sea en la primera o segunda mitad del mismo.
- Hemorragias intrapartos, que tienen lugar durante el trabajo de parto, incluyendo condiciones como placenta previa, desprendimiento de placenta, ruptura uterina y vasa previa.
- Hemorragias en el puerperio, que se producen en las primeras 24 horas después del parto. Esta categoría abarca condiciones como la atonía uterina (con una frecuencia de 50 a 60%), traumatismo cérvico-vaginal (20 a 30%), retención de restos ovulares (10%), trastornos adherenciales placentarios e inversión uterina (13).

3.1.1.1. Características personales

Las características personales de las gestantes pueden desempeñar un papel importante en la predisposición, la prevención y el manejo de las hemorragias obstétricas (2). A continuación, se detallan algunas de estas características y su relevancia:

a) Edad: La edad de la gestante puede influir en el riesgo de hemorragias obstétricas. Las adolescentes y las mujeres de edad avanzada pueden estar en mayor riesgo debido a diferencias en la fisiología y la atención prenatal (14).

Adolescentes: Los riesgos hemorrágicos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años, derivados de complicaciones



asociadas al proceso gestacional. El cuerpo de las adolescentes aún se está desarrollando, y su sistema reproductivo puede no estar completamente maduro. Esto puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo, incluyendo hemorragias obstétricas (15).

Adulta: Las hemorragias obstétricas en gestantes en etapa adulta pueden atribuirse a diversas causas, y estas pueden variar según la salud general de la mujer y las circunstancias específicas del embarazo (15).

Añosa: Las mujeres gestantes en una etapa avanzada de la vida, comúnmente denominadas "gestantes añosas" o "mujeres de edad avanzada", pueden enfrentar ciertos riesgos y complicaciones obstétricas, incluyendo hemorragias obstétricas, como La probabilidad de desprendimiento prematuro de la placenta, donde la placenta se separa del útero antes del parto, puede aumentar en mujeres mayores, lo que puede causar hemorragias significativas (15).

b) Grado de instrucción: El nivel de educación de la gestante puede influir en su comprensión de la importancia de la atención prenatal, las señales de alarma y la adherencia a las recomendaciones médicas (16).

Primaria: Las mujeres con un bajo nivel educativo pueden tener un acceso limitado a información sobre salud materna, lo que podría llevar a una falta de conciencia sobre los signos de complicaciones durante el embarazo y el parto, y a una menor



probabilidad de buscar atención médica temprana, aumentando los riesgos de hemorragias (17).

Secundaria: Las mujeres con educación secundaria completa tienden a participar de manera más activa en los cuidados prenatales, asistiendo a consultas regulares y siguiendo las recomendaciones médicas. Esta participación puede contribuir a una gestión más efectiva de condiciones médicas que podrían aumentar el riesgo de hemorragias obstétricas (17).

Superior: Las mujeres con educación superior suelen tener habilidades de toma de decisiones más desarrolladas y una comprensión más profunda de las opciones de parto y las intervenciones médicas. Esto puede influir positivamente en la toma de decisiones informada, reduciendo el riesgo de intervenciones innecesarias que podrían contribuir a hemorragias obstétricas (17).

Otros: El grado de instrucción de una gestante puede estar relacionado con las hemorragias obstétricas de diversas maneras, otros factores relacionados con la instrucción también pueden influir en la salud materna, como el analfabetismo, siendo un desafío significativo para acceder y comprender información sobre las hemorragias obstétricas (17).

c) **Estado civil:** El estado civil de la gestante puede afectar su acceso a la atención médica y su red de apoyo durante el embarazo y el parto, lo que a su vez puede influir en la detección y el manejo de las hemorragias obstétricas (18).



Soltera: Las mujeres solteras podrían enfrentar desafíos diferentes en términos de apoyo emocional y financiero durante el embarazo. Esto podría afectar su capacidad para acceder y recibir atención prenatal adecuada, lo cual es crucial para la identificación y manejo temprano de posibles complicaciones, incluyendo hemorragias obstétricas (19).

Conviviente: La calidad de la atención prenatal puede depender del nivel de apoyo y la relación de convivencia. Una buena relación puede proporcionar un sistema de apoyo que fomente el acceso a servicios de salud de calidad y el seguimiento adecuado durante el embarazo, contribuyendo así a la prevención y gestión de complicaciones, como las hemorragias obstétricas (19).

Casada: Las mujeres casadas pueden estar más propensas a recibir apoyo y alentar la búsqueda de atención médica oportuna y regular durante el embarazo, lo cual es crucial para prevenir y gestionar complicaciones, incluyendo hemorragias obstétricas (19).

d) Procedencia: El lugar de procedencia de la gestante puede estar relacionado con factores socioeconómicos, culturales y geográficos que afectan su acceso a la atención médica y su exposición a factores de riesgo (20).

Urbana: Las mujeres en áreas urbanas pueden beneficiarse de una mayor disponibilidad de servicios médicos y, por lo tanto, pueden recibir atención prenatal regular y oportuna, contribuyendo



a la prevención y gestión de complicaciones obstétricas, como las hemorragias (19).

Rural: La procedencia rural también puede tener implicaciones en la salud materna y, en ciertos casos, podría influir en la incidencia de hemorragias obstétricas en gestantes. El acceso limitado a la atención prenatal y la falta de instalaciones médicas cercanas podrían contribuir a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, incluyendo hemorragias, debido a demoras en la identificación y tratamiento (19).

e) Ocupación: La ocupación de la gestante puede influir en su exposición a factores de riesgo ocupacionales que pueden contribuir a las hemorragias obstétricas (21).

El análisis de estas características personales en el contexto de las hemorragias obstétricas contribuye a una comprensión más completa de esta complicación y puede ayudar a adaptar las estrategias de atención prenatal y obstétrica para reducir el riesgo y mejorar los resultados para las gestantes y sus bebés (22).

Ama de casa: Las mujeres que son amas de casa pueden enfrentar desafíos en términos de acceso a la atención prenatal debido a factores como la dependencia económica y la falta de flexibilidad en los horarios. Un acceso limitado a la atención prenatal podría afectar la capacidad de identificar y gestionar factores de riesgo de hemorragias obstétricas (23).

Estudiante: Las estudiantes pueden enfrentar desafíos específicos en términos de acceso a la atención prenatal debido a

horarios de estudio y otras obligaciones académicas. Un acceso limitado a la atención prenatal podría afectar la capacidad de identificar y gestionar factores de riesgo de hemorragias obstétricas (23).

Trabaja: Las demandas laborales pueden contribuir a niveles de estrés. El estrés crónico durante el embarazo se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, incluyendo hemorragias (23).

3.1.1.2. Características obstétricas

Las características obstétricas se refieren a elementos relevantes del historial médico y obstétrico de la paciente que pueden tener un impacto en la propensión a experimentar hemorragias obstétricas (24).

Dentro de estas características, se destacan las siguientes:

a) Atención prenatal: La calidad y regularidad de la atención prenatal juegan un papel fundamental en la identificación temprana de factores de riesgo y la adopción de medidas preventivas para evitar las hemorragias obstétricas. La atención prenatal adecuada incluye exámenes regulares, seguimiento del embarazo y educación a la paciente sobre las señales de alarma (25).

Mayor igual a 6: La cantidad de atenciones prenatales, sugiere un seguimiento más detallado y regular durante el embarazo. En términos generales, un mayor número de visitas prenatales generalmente se asocia con un cuidado más completo y una supervisión más cercana de la salud de la gestante y el feto. tener más de 6 atenciones prenatales relacionadas con hemorragias

obstétricas generalmente implica un enfoque proactivo y exhaustivo para garantizar la salud tanto de la madre como del feto, especialmente en casos donde hay factores de riesgo identificados o preocupaciones específicas relacionadas con hemorragias obstétricas (26).

Menor de 6: Un número menor de atenciones prenatales, especialmente menos de la cantidad recomendada, puede implicar un seguimiento prenatal menos frecuente y detallado. tener menos de 6 atenciones prenatales podría significar que la gestante no está recibiendo la atención y supervisión adecuadas para identificar y abordar factores de riesgo asociados con hemorragias obstétricas (26).

b) Período intergenésico: El período de tiempo entre embarazos, conocido como el período intergenésico, puede influir en la salud de la gestante y en el riesgo de complicaciones obstétricas, incluyendo las hemorragias. Un período intergenésico adecuado permite una recuperación completa y reduce el riesgo de complicaciones (27).

Adecuado: Mantener un periodo intergenésico adecuado es importante para la salud materna y fetal, y puede tener implicaciones relacionadas con las hemorragias obstétricas. Un periodo intergenésico adecuado permite que el cuerpo de la mujer se recupere completamente del embarazo anterior, reduciendo así el riesgo de complicaciones, incluidas las hemorragias obstétricas (27).



Corto: Un periodo intergenésico corto puede no permitir que el útero recupere su fuerza y tono muscular adecuadamente, lo que aumenta el riesgo de hemorragias durante el próximo embarazo y parto. también se ha asociado con un mayor riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta (27).

Largo: Un periodo intergenésico prolongado puede aumentar la probabilidad de placenta accreta o percreta en el siguiente embarazo. Estas condiciones involucran una anormal adherencia de la placenta al útero, lo que puede aumentar el riesgo de hemorragias obstétricas (27).

c) Paridad: Se refiere al número de embarazos previos de una mujer que han llegado a término, también puede desempeñar un papel en la predisposición a las hemorragias obstétricas. Las gestantes primíparas (primer embarazo) y multíparas (varios embarazos previos) pueden experimentar diferentes riesgos y complicaciones durante el parto (2).

Primípara: El término "primípara" se refiere a una mujer que está embarazada por primera vez o que ha tenido un solo parto. La falta de experiencia puede contribuir al riesgo de complicaciones, incluyendo hemorragias obstétricas (28).

Multípara: Aunque el riesgo de ciertas complicaciones obstétricas puede disminuir en mujeres multíparas, hay condiciones específicas, como placenta previa o accreta, que pueden tener una incidencia ligeramente aumentada en embarazos múltiples. La

placenta accreta, en particular, puede aumentar el riesgo de hemorragias obstétricas (29).

Gran múltipara: Aunque el riesgo de ciertas complicaciones obstétricas puede disminuir en mujeres múltiparas, en algunos casos, como con placenta previa o placenta accreta, el riesgo podría mantenerse o incluso aumentar. Ambas condiciones pueden estar asociadas con un mayor riesgo de hemorragias obstétricas (29).

3.1.1.3. Hemorragias en el embarazo

Las hemorragias durante el embarazo representan una preocupación importante en la atención obstétrica debido a su potencial impacto en la salud de la gestante y el desarrollo fetal. Estas hemorragias pueden ocurrir en diferentes momentos del embarazo y estar asociadas con diversas condiciones (2). En este, se explorarán tres tipos de hemorragias en el embarazo, cada una con sus características particulares:

- a) **Amenaza de aborto:** Se refiere a la presencia de sangrado vaginal durante el primer trimestre del embarazo, antes de la semana 20, acompañado de dolor abdominal y la posibilidad de pérdida del embarazo. Esta condición puede estar relacionada con factores como anomalías cromosómicas, infecciones, trastornos hormonales o anormalidades uterinas. Su detección temprana y manejo adecuado son esenciales para preservar el embarazo (30).
- Presente:** La amenaza de aborto se refiere a la presencia de síntomas que sugieren un riesgo de aborto espontáneo durante el

primer trimestre del embarazo. La amenaza de aborto no siempre resulta en un aborto espontáneo, el sangrado asociado con la amenaza de aborto podría aumentar el riesgo de complicaciones hemorrágicas durante la gestación (31).

Ausente: las hemorragias obstétricas durante la gestación, la ausencia de amenaza de aborto no elimina por completo el riesgo de hemorragias obstétricas, ya que hay otras condiciones y factores que pueden contribuir a este riesgo, independientemente de la presencia de amenaza de aborto (31).

b) Placenta previa: Se caracteriza por la ubicación de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo parcial o totalmente el cuello uterino. Esta condición puede provocar sangrado vaginal indoloro durante el segundo o tercer trimestre del embarazo y puede ser grave si no se aborda adecuadamente. La placenta previa puede requerir un parto por cesárea para evitar complicaciones durante el parto vaginal (32).

Presente: La placenta previa aumenta el riesgo de hemorragias graves, especialmente durante el trabajo de parto. A medida que el cuello uterino se dilata y se contrae durante las contracciones, la placenta puede desprenderse parcial o totalmente, causando hemorragias importantes (31).

Ausente: Cuando la placenta previa está ausente, es decir, la placenta no cubre total o parcialmente el cuello uterino, el riesgo de hemorragias obstétricas relacionadas con esta condición disminuye significativamente (31).

c) Desprendimiento prematuro de placenta: Implica la separación prematura de la placenta del útero antes del parto. Esta condición se manifiesta con sangrado vaginal y dolor abdominal intenso, y puede poner en riesgo tanto a la madre como al feto. El desprendimiento prematuro de placenta puede estar asociado con factores como hipertensión, traumatismos o tabaquismo. Su diagnóstico y tratamiento oportunos son cruciales (33).

Presente: El desprendimiento prematuro de placenta puede resultar en hemorragias graves debido a la separación de los vasos sanguíneos que conectan la placenta con la pared uterina. Esta hemorragia puede poner en peligro tanto la vida de la madre como la del feto (2).

Ausente: En este caso, la ausencia de desprendimiento prematuro de placenta reduce significativamente el riesgo de hemorragias obstétricas asociadas con esta condición específica (2).

3.1.1.4. Hemorragia en el parto

Las hemorragias que ocurren durante el proceso de parto son un desafío clínico importante en la atención obstétrica, ya que pueden dar lugar a complicaciones significativas para la madre y el recién nacido (34). A continuación, se exploran tres tipos de hemorragia en el parto, cada uno con sus características específicas:

a) Desgarros cervicales: Se refieren a la ruptura de los tejidos del cuello uterino durante el proceso de parto. Estos desgarros pueden ser superficiales o profundos y se asocian con frecuencia a partos difíciles o instrumentados. Los desgarros cervicales pueden causar



sangrado vaginal significativo y pueden requerir reparación quirúrgica para detener la hemorragia (35).

Presente: Los desgarros cervicales presentes pueden causar sangrado, que varía en cantidad según la gravedad del desgarro. Los desgarros de mayor grado tienden a causar más hemorragias y pueden requerir intervención médica (35).

Ausente: Cuando no hay desgarros cervicales, el cuello uterino mantiene su integridad estructural durante el parto. Esto contribuye a una menor probabilidad de sangrado significativo debido a desgarros en esta área (35)

b) Desgarros vaginales: Implican la ruptura de los tejidos de la vagina durante el parto. Estos desgarros pueden variar en gravedad y pueden ocurrir durante partos vaginales sin complicaciones. Los desgarros vaginales pueden provocar hemorragia vaginal y requerir suturas para su reparación (36).

Presente: los desgarros vaginales pueden estar relacionados con hemorragias obstétricas, y la gravedad puede variar desde desgarros menores hasta desgarros más extensos que involucran tejidos más profundos (36).

Ausente: La ausencia de desgarros vaginales generalmente implica un menor riesgo de hemorragias obstétricas, cuando no hay desgarros vaginales, los tejidos de la vagina y la región perineal permanecen intactos. Esto contribuye a una menor probabilidad de sangrado significativo debido a desgarros en esta área (36).

c) **Rotura uterina:** Es una complicación grave y potencialmente mortal que involucra la ruptura del músculo uterino durante el parto. Este evento puede causar una hemorragia intraabdominal considerable y poner en riesgo tanto a la madre como al feto. La rotura uterina a menudo está asociada con cicatrices uterinas previas, como las resultantes de cesáreas anteriores (37).

Presente: La rotura uterina puede presentarse con síntomas como dolor abdominal intenso, cambios en los latidos del corazón del feto, sangrado vaginal anormal y pérdida de la presión arterial. La rotura uterina a menudo está asociada con hemorragias graves. La sangre puede acumularse dentro del útero o, en casos más severos, liberarse en la cavidad abdominal, causando hemorragias internas (37).

Ausente: Cuando la rotura uterina está ausente, significa que no hay una ruptura en las capas del útero durante el parto. En este caso, la ausencia de rotura uterina reduce significativamente el riesgo de hemorragias obstétricas relacionadas con esta complicación específica (37).

3.1.1.4. Hemorragia en el puerperio

Las hemorragias que se presentan en el puerperio, el período inmediatamente después del parto, representan una preocupación significativa en la atención obstétrica debido a su potencial para causar complicaciones graves (8). En este, se explorarán cuatro tipos de hemorragia en el puerperio, cada uno con sus características distintivas:



a) Atonía uterina: Se caracteriza por la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del parto para detener el sangrado. Es una causa común de hemorragia posparto y puede deberse a la distensión excesiva del útero debido a un parto múltiple, una gran cantidad de líquido amniótico o una gestación prolongada. El manejo efectivo implica la administración de medicamentos para inducir la contracción uterina y, en casos graves, procedimientos invasivos como la ligadura de arterias uterinas (38).

Presente: La atonía uterina presente aumenta significativamente el riesgo de hemorragia posparto. La pérdida de sangre puede ser rápida y poner en peligro la vida de la madre si no se controla adecuadamente (38).

Ausente: Cuando la atonía uterina está ausente, significa que el útero se contrae de manera adecuada después del parto y no experimenta la falta de tono muscular que caracteriza a la atonía uterina. En este caso, la ausencia de atonía uterina reduce significativamente el riesgo de hemorragias posparto (38).

b) Retención de restos placentarios: La retención placentaria es una causa común de hemorragia puerperal precoz. Sin embargo, en algunos casos, pueden quedar cotiledones de placenta normal adheridos al útero después de la expulsión de la placenta. Estos fragmentos placentarios retenidos pueden interferir mecánicamente con la capacidad contráctil del miometrio, generando un fenotipo similar al de la atonía uterina. Si la pérdida



sanguínea durante el periodo inmediato posterior al parto no es significativa y la placenta no es examinada exhaustivamente, la retención de fragmentos placentarios puede pasar desapercibida y manifestarse más adelante en el periodo puerperal (39).

Presente: La presencia de restos placentarios, causa el sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado constante (24).

Ausente: La ausencia de retención de restos placentarios implica que la placenta ha sido expulsada de manera completa y que no han quedado fragmentos de tejido placentario en el útero. Esto facilita una recuperación uterina adecuada y disminuye el riesgo de hemorragias obstétricas asociadas con la retención placentaria (39).

c) **Placenta accreta:** Es una afección en la que la placenta se adhiere de forma anormal al revestimiento del útero y no se desprende adecuadamente durante el parto. Esto puede resultar en una hemorragia posparto grave debido a la dificultad de separar la placenta de la pared uterina. El manejo a menudo implica la realización de una histerectomía parcial o total para detener la hemorragia (40).

Presente: La presencia de placenta accreta puede aumentar significativamente el riesgo de hemorragias graves durante el puerperio, porque la separación normal de la placenta después del



parto se ve comprometida debido a su adhesión anormal a la pared uterina (40).

Ausente: Cuando la placenta accreta está ausente, significa que la placenta se ha implantado y separado normalmente después del parto, sin presentar adherencias anormales o penetración profunda en la pared uterina. En este caso, la ausencia de placenta accreta reduce significativamente el riesgo de hemorragias graves en el puerperio (40).

d) Placenta increta: Es una variante más grave de la placenta accreta en la cual la placenta se adhiere aún más profundamente a la pared uterina. Esta condición puede requerir una histerectomía total para controlar la hemorragia y evitar complicaciones graves (41).

Presente: La placenta increta presente implica una penetración más profunda de las vellosidades placentarias en la capa muscular del útero en comparación con una placenta normal, aumentando significativamente el riesgo de hemorragias posparto, ya que la separación normal de la placenta después del parto se ve comprometida debido a su adhesión anormal y penetración en la pared uterina (41).

Ausente: Cuando la placenta increta está ausente, significa que la placenta se ha implantado y separado de manera normal después del parto, sin mostrar la característica adhesión anormal o penetración profunda en la pared uterina asociada con la placenta increta. En este caso, la ausencia de placenta increta reduce

significativamente el riesgo de hemorragias graves en el puerperio (41).

e) Placenta percreta: Es la forma más grave de afección placentaria, en la cual la placenta penetra completamente la pared uterina y puede invadir estructuras circundantes como la vejiga. Esto puede resultar en una hemorragia posparto extremadamente peligrosa y requiere una intervención quirúrgica urgente, que a menudo implica una histerectomía total (42).

Presente: La placenta percreta es una complicación grave del embarazo en la cual la placenta penetra completamente a través de la pared uterina y a veces invade órganos cercanos, como la vejiga. Esta afección puede aumentar significativamente el riesgo de hemorragias graves durante el puerperio (42).

Ausente: Cuando la placenta percreta está ausente, significa que no hay una invasión completa de las vellosidades placentarias a través de la pared uterina y no hay penetración en órganos cercanos. En este caso, la ausencia de placenta percreta reduce significativamente el riesgo de hemorragias graves durante el puerperio (42).

3.2 Marco referencial

3.2.1 Antecedentes internacionales

El estudio realizado por **Fernández J. Sierra R, Joseff I, Armas k.** titulado: **“La hemorragia obstétrica en el servicio de anestesiología del Hospital “Dr. Agostinho Neto Ciudad de la Habana 2019”**, reveló los siguientes resultados: Se determinó que un 18,2% de las pacientes evaluadas en el estudio



presentaron hemorragia obstétrica, y lamentablemente, el 0,7% de ellas falleció como resultado de esta complicación. La edad promedio de las pacientes fue de 24,2 años, con una edad gestacional media de 34,2 semanas. La estadía hospitalaria promedio fue de 5,9 días, con un intervalo de confianza del 95% entre 5,3 y 6,5 días. La causa más común de hemorragia obstétrica fue la atonía uterina, que afectó al 50,8% de las pacientes. Además, se observó que el 91,5% de las pacientes experimentaron inestabilidad hemodinámica, lo que requirió la administración de grandes volúmenes de líquidos y productos sanguíneos para su resucitación. En conclusión, la hemorragia obstétrica fue la principal causa de morbimortalidad en mujeres gestantes, destacando la importancia de su manejo y prevención en este contexto clínico (43).

En la investigación llevada a cabo por Sornoza R, Ordoñez M, Velásquez N, Espinoza M. titulado: “Hemorragias Obstétricas” Ecuador 2022, se han obtenido resultados que la atención obstétrica, junto con una mayor disponibilidad de recursos y el uso de medicamentos oxitócicos, se han considerado factores esenciales para reducir la incidencia de la hemorragia obstétrica. En los países desarrollados, esta incidencia no supera el 5%. Sin embargo, las estadísticas aún la posicionan como una de las tres principales causas de mortalidad materna en todo el mundo, especialmente en países en desarrollo. También han resaltado que la definición más comúnmente utilizada para diagnosticar la hemorragia postparto (HPP) se relaciona con la pérdida de una cantidad significativa de sangre, lo que puede llevar a la hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en las mujeres atendidas. Sin embargo, algunas guías internacionales establecen que esta pérdida corresponde a más de 500 ml



de sangre en el caso de parto vaginal y más de 1000 ml en el caso de cesárea, lo que resulta en una disminución del 10% en el hematocrito basal (44).

En el estudio realizado por Sánchez M. et al., titulado "Incidencia y Factores de Riesgo en la Hemorragia Postparto Precoz en España en 2019". Este estudio encontró que la incidencia de la hemorragia postparto precoz fue del 6%, siendo más predominante en los países desarrollados. La HPP fue identificada como la principal causa de morbilidad materna. Asimismo, se determinó que los factores de riesgo más significativos incluyeron la inducción del parto, con un resultado de $OR=1,67$ (intervalo de confianza del 95%: 1,09-2,57); los partos instrumentados o por cesárea, con $OR=2,38$ (intervalo de confianza del 95%: 1,54-3,68); y el peso del feto, con $OR=4,47$ (intervalo de confianza del 95%: 1,06-8,76). Se concluyó que la reducción de los factores de riesgo asociados a la HPP puede lograrse mediante acciones preventivas y una mayor vigilancia durante el período del parto (45).

En el estudio llevado a cabo por León J. et al., titulado "Hemorragia Postparto en Pacientes Atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el período de enero a diciembre de 2019 en Ecuador en 2021". Lo resultados revelaron que la prevalencia de casos de Hemorragia Postparto (HPP) fue del 8.1%. El análisis de las características demográficas de las pacientes con HPP reveló que el 81.1% de estas mujeres tenían edades que oscilaban entre 19 y 35 años, el 71.1% residía en áreas urbanas, el 74.5% estaban en una relación de convivencia y el 41,1% fueron de nivel secundaria completa. En términos de salud, se observó que el 56.7% de las mujeres presentaban sobrepeso. La mediana de hemoglobina antes del parto fue de 12.9 ± 1.3 g/dL, mientras que después del parto disminuyó a un promedio de 9.3 ± 1.8



g/dL. La pérdida promedio de sangre posterior al parto alcanzó valores de $1,023.3 \pm 494.8$ ml. En cuanto a las características obstétricas, el 47.8% de las mujeres no tenían experiencias previas de parto, el 11.1% había tenido cesáreas anteriores, el 18.9% había experimentado abortos previos y el 37.8% había tenido embarazos previos, siendo el 25.6% de ellas primigestas. Un alto porcentaje de las mujeres (92.2%) llegaron a las 37 semanas de gestación. Se identificó que el 15.6% de las usuarias padecían anemia, y el 18.9% presentaba hipertensión. El 66.7% de las pacientes había tenido partos previos como método de terminación, mientras que el 33.3% había tenido cesáreas previas, y el 46.7% había dado a luz mediante conducción. En cuanto a las complicaciones de la HPP, se encontró que el 71.1% de las pacientes presentaban atonía uterina, y el 66.7% de ellas había requerido transfusiones sanguíneas como parte del tratamiento. En conclusión, la HPP mostró una tasa de mortalidad relativamente baja, sigue siendo un problema significativo en términos de salud pública (46).

3.2.2 Antecedentes nacionales

En el análisis realizado por Neira C. en su estudio titulado "Causas y Complicaciones Obstétricas Asociadas a la Hemorragia Post Parto" en Lima en 2022, se encontraron diversas tendencias en la metodología de los artículos revisados. Aproximadamente el 39% de los artículos emplearon una metodología descriptiva, mientras que el 26% correspondieron a revisiones sistemáticas. Además, alrededor del 13% se categorizaron como estudios de cohorte, y el 9% fueron estudios de casos y controles. Al evaluar las causas obstétricas prevalentes en relación con la hemorragia postparto, se identificó que el 29% de los casos estuvo relacionado con gestaciones múltiples. En cuanto a las complicaciones específicas, el 47% de los casos presentó desgarros



vaginales o perineales, y el 62% experimentó atonía uterina durante el período del puerperio. En términos de complicaciones más graves, se observó que la mortalidad materna tenía una representación significativa, alcanzando un 13% de los casos. En conclusión, se destaca que las complicaciones obstétricas estuvieron predominantemente vinculadas a la hemorragia postparto, con diversas causas y manifestaciones clínicas en los estudios analizados (47).

En el estudio realizado por López K. y Gallardo I., titulado "Prevalencia y Caracterización de las Hemorragias Obstétricas en Gestantes Atendidas en el Hospital de Chancay durante el período 2021-2022", se obtuvieron resultados de las características sociodemográficas, se observó que la mayoría de las gestantes afectadas eran jóvenes con un 65.0%, mientras que un 27.5% eran añosas, el 75.3% tenía instrucción secundaria, el 63.4% procedía de áreas urbanas y un 50.6% eran amas de casa. En lo que respecta a las características ginecobstétricas, se identificó que un 22.2% había experimentado aborto previo, y un 20.9% tenía antecedentes de hemorragia anterior. La mayoría había recibido atención prenatal adecuada, con un 56.3%, y solo un pequeño porcentaje tenía embarazos múltiples, un 1.3%. En términos de paridad, el 37.8% eran primíparas, el 57.2% multíparas y un 5.0% gran multíparas. En cuanto a los tipos de hemorragias obstétricas, se observó que la amenaza de aborto era la más común, representando un 36.6% de los casos. La retención de restos placentarios se registró en un 20.3%, la placenta previa en un 17.8%, y los desgarros cervicales en un 16.6%. Los desprendimientos prematuros de placenta ocurrieron en un 5.6%, mientras que los desgarros vaginales o perineales afectaron al 1.9%, y la atonía uterina al 1.3%. En cuanto al momento en que se presentaron las hemorragias obstétricas, la mayoría ocurrió durante la



primera mitad del embarazo, con un 86.9%. El 8.1% se presentó en la segunda mitad del embarazo, el 3.1% en el puerperio y el 1.9% durante el parto. Se concluye que, la prevalencia estimada de las hemorragias obstétricas en las gestantes atendidas en el Hospital de Chancay durante los años 2021 y 2022 fue del 26.3% (48).

El estudio de Mayorca F. titulado "Hemorragias obstétricas en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2020", arrojó los siguientes resultados: Se observó que el 17,6% de las mujeres afectadas por hemorragias obstétricas eran adolescentes, mientras que el 61,7% correspondían a mujeres jóvenes y el 15,3% a mujeres añosas; el 68% tenía formación de secundaria, el 64,9% de las mujeres eran convivientes y el 56,3% son provenientes de área urbanas. En lo que respecta a las características obstétricas, se encontró que el 68% de las pacientes tenía un período intergenésico corto, el 32,9% tenía un adecuado peso al nacer (APN), mientras que el 67,1% tenía un APN inadecuado. En cuanto a la paridad, el 62,2% multíparas; durante el embarazo, el 41,9% de las mujeres experimentó amenaza de aborto, el 29,4% placenta previa y el 28,7% desprendimiento prematuro de placenta (DPP). Durante el parto, se presentaron hemorragias en forma de desgarro cervical, desgarro vaginal y desgarro perineal, cada uno en el 25% de los casos. En el puerperio, las hemorragias obstétricas más comunes fueron la atonía uterina en el 67,2% de los casos, la retención de restos placentarios en el 29,4%, la placenta accreta en el 1,7% y la placenta increta en el 1,7%. La Hemorragias según el momento en que ocurrieron, se observaron en el 72,1% de los casos durante el embarazo, en el 1,8% durante el parto y en el 26,1% en el puerperio. La prevalencia general de las hemorragias obstétricas en



el estudio fue del 11,8%. Como conclusión, se destacó la alta prevalencia de amenaza de aborto y desprendimiento prematuro de placenta (DPP) en este grupo de pacientes (49).

En el artículo de investigación conducido por Román J. titulado "Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Primaria Posparto"; los resultados obtenidos, el promedio de los niveles de hemoglobina en los casos evaluados fue de aproximadamente $8,85 \pm 0,39$ mg %, en contraste con el grupo de control, que mostró un promedio de $11,90 \pm 0,13$ mg %. Además, en términos de los factores de riesgo identificados, se encontró que las mujeres nulíparas tenían un riesgo aumentado significativamente, con un Odds Ratio Ajustado (ORa) de 11,49 y un intervalo de confianza del 95% (IC95%) que oscilaba entre 3,11 y 42,42. De manera similar, las mujeres solteras presentaron un aumento en el riesgo, con un ORa de 8,81 y un IC95% de 1,83 a 42,41. La cantidad limitada de visitas prenatales, es decir, menos de ocho, también se identificó como un factor de riesgo, con un ORa de 7,95 y un IC95% de 2,60 a 24,31. Por último, los recién nacidos con un peso igual o superior a 3500 gramos exhibieron un mayor riesgo de hemorragia posparto primaria, con un ORa de 7,34 y un IC95% de 2,15 a 25,06. En resumen, los resultados del estudio indican que las mujeres solteras, nulíparas, con un número limitado de visitas prenatales y los recién nacidos con un peso igual o superior a 3500 gramos están en mayor riesgo de experimentar hemorragia posparto primaria, particularmente debido a laceraciones genitales (50).

En el estudio llevado a cabo por Pezo K., titulado "Etiología de las Hemorragias en Gestantes Atendidas en el Hospital II – 1, Moyobamba". Se observó que un alto porcentaje, el 94%, de las gestantes presentaba hemorragia



durante la primera mitad del embarazo, mientras que solo el 6% experimentaba hemorragias en la segunda mitad del embarazo. En cuanto a las causas de estas hemorragias, se identificó que el aborto representaba la causa principal en la primera mitad del embarazo, abarcando un 96.6% de los casos. Por otro lado, en la segunda mitad del embarazo, la única causa identificada fue la placenta previa. Concluye, que destacan que la mayoría de las hemorragias en gestantes ocurren durante la primera mitad del embarazo, siendo el aborto la causa predominante, mientras que en la segunda mitad del embarazo, la placenta previa es la causa más prevalente de hemorragia obstétrica (51).

3.2.3 Antecedentes locales

En la publicación de Machaca S. y Mamani R., titulado: “Hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2021”. Se llegó a la conclusión que se identificó como características de las gestantes atendidas de que el 50,0% tuvo mayor o igual a seis atenciones prenatales. Asimismo, el 50,0% tuvo menos de seis atenciones prenatales; el 50,0% tuvo adecuado periodo intergenésico, y el 37,0% fue primípara. Acerca de las gestantes que sí tuvieron hemorragia durante el embarazo, destaca el 44,6% que tuvo hemorragia por amenaza de aborto. Le continúa el 18,5% que tuvo hemorragia por placenta previa; y el 14,1% que tuvo hemorragia por desprendimiento prematuro de placenta. Acerca de las gestantes que sí tuvieron hemorragia en el parto, destaca el 44,6% que tuvo hemorragia por desgarros vaginales. Le continúa el 37,0% que tuvo hemorragia por desgarros cervicales; el 26,1% que tuvo hemorragia por desgarros perianales; y el 10,9% que tuvo hemorragia por ruptura uterina. Sobre las gestantes que sí tuvieron hemorragia en el puerperio, destaca el 72,8% que tuvo hemorragia por atonía uterina. Le



continúa el 60,9% que tuvo hemorragia por retención de restos placentarios; el 22,8% que tuvo hemorragia por placenta accreta; el 7,6% que tuvo hemorragia por placenta increta; y el restante 5,4% que tuvo hemorragia por placenta percreta (7).

3.3 Marco conceptual

Hemorragia: Se refiere a la pérdida de sangre de manera anormal, ya sea de un vaso sanguíneo, tejido o órgano, que puede ocurrir debido a diversas causas, como lesiones, trastornos médicos o cirugía. En el contexto obstétrico, la hemorragia se relaciona con la pérdida de sangre durante el embarazo, el parto o el puerperio, y puede tener graves implicaciones para la madre y el feto (52).

Posparto: Se refiere al tiempo después del parto, que generalmente abarca las primeras seis semanas posteriores al nacimiento del bebé. Durante este período, la madre se recupera de los cambios físicos y emocionales asociados con el embarazo y el parto, y se adapta a las responsabilidades de cuidar a su recién nacido (55).

Puérpera: Se refiere a una mujer que ha dado a luz recientemente y se encuentra en el período posparto, que es el tiempo inmediatamente después del parto y que generalmente abarca las primeras seis semanas posteriores al nacimiento del bebé. Durante este período, la madre se recupera físicamente del parto y se adapta a las demandas de cuidar a su recién nacido (53).

Ruptura de tejido: Se refiere a la separación o rotura de las fibras que componen un tejido o estructura anatómica. En el contexto obstétrico, la ruptura de tejido puede estar relacionada con complicaciones como la ruptura uterina,



que es la separación del músculo uterino durante el parto, o lesiones en los tejidos cervicales o vaginales que pueden ocurrir durante el trabajo de parto y el parto vaginal (4).

Útero: El útero, también conocido como matriz, es un órgano muscular en forma de pera ubicado en la pelvis de la mujer. Juega un papel fundamental en el proceso de gestación y parto, ya que alberga y nutre al feto durante el embarazo y se contrae durante el trabajo de parto para expulsar al bebé. El útero también experimenta cambios significativos durante el puerperio a medida que vuelve a su tamaño y forma normales (54).



CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

4.1 METODOLOGÍA:

4.1.1. Métodos aplicados a la investigación

El tipo de investigación utilizado en este estudio se caracterizó por ser cuantitativo, descriptivo y retrospectivo. Esta metodología se enfocó en analizar una variable de estudio que ha tenido lugar en el pasado. La recopilación y el análisis de datos se realizarán mediante el uso de herramientas informáticas, junto con técnicas estadísticas y matemáticas, con el objetivo de obtener resultados de relevancia y significativos (56).

4.1.2. Diseño de la investigación

El diseño de este estudio fue de naturaleza no experimental y transversal. Un diseño no experimental implica que no se manipularon intencionadamente variables en el proceso de investigación. Por otro lado, es transversal debido a que se examinaron datos de manera simultánea en diferentes variables seleccionadas en una población específica (57).

4.1.3. Población

La población estuvo constituida por 43 historias clínicas de gestantes que recibieron atención médica en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli - Puno durante el periodo de enero a septiembre del año 2023.



4.1.4. Muestreo

Se llevo a cabo con toda la población en total 43 historias clínicas de las gestantes atendidas en el hospital Juli.

Criterios de inclusión:

- Gestantes que han sido diagnosticadas con hemorragia durante el embarazo.
- Gestantes de todas las edades.
- Gestantes cuya atención médica se llevó a cabo entre los meses de enero y septiembre de 2023.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con otros tipos de patologías no relacionadas con la hemorragia obstétrica.
- Gestantes con diagnóstico de hemorragia obstétrica y datos incompletos.

4.1.5. Técnicas instrumentos y fuentes de recolección de datos

Técnica: Análisis documental.

Instrumento: Ficha de recolección de datos.

La ficha de recopilación de información que fue utilizado en el estudio fue elaborada por Mayorca F. en el año 2021, en relación a su operacionalización de variables que fueron las mismas que se estudiaron en una población similar, dicha ficha fue validado por tres expertos especialistas en el tema en donde señalaron que la ficha es adecuado para la recolección de datos (49). Por otro lado, la ficha de "Hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital" fue aplicado y utilizado por Machaca S y Mamani R., en el año 2021, en la provincia de Juliaca la



cual fue validado por 3 juicio de expertos en donde la opinión de aplicabilidad fue de buena a muy buena (7).

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ÍNDICES
1. Hemorragias obstétricas	1.1. Características personales	1.1.1. Edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Adulta • Añosa
		1.1.2. Grado de instrucción.	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior • Otros
		1.1.3. Estado civil.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Conviviente • Casada
		1.1.4. Procedencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural
		1.1.5. Ocupación.	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Trabaja
	1.2. Características obstétricas	1.2.1. Atención prenatal.	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor igual a 6 • Menor de 6
		1.2.2. Periodo intergenésico.	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado • Corto • Largo
		1.2.3. Paridad.	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multípara • Gran multípara
	1.3. Hemorragias en el embarazo	1.3.1. Amenaza de aborto.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
		1.3.2. Placenta previa.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
		1.3.3. Desprendimiento prematuro de placenta.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
	1.4. Hemorragias en el parto	1.4.1. Desgarros cervicales.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
		1.4.2. Desgarros vaginales.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
		1.4.3. Rotura uterina.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
			1.5.1. Atonía uterina.



	1.5. Hemorragias en el puerperio		• Ausente
		1.5.2. Retención de restos placentarios	• Presente • Ausente
		1.5.3. Placenta accreta.	• Presente • Ausente
		1.5.4. Placenta increta.	• Presente • Ausente
		1.5.5. Placenta percreta.	• Presente • Ausente

4.1.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Para llevar a cabo la ejecución del estudio, se siguieron los siguientes pasos:

- Se inició solicitando la debida autorización a la dirección del Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli, con el objetivo de obtener la aprobación oficial y el acceso a las instalaciones del centro médico.
- Una vez que se obtuvo el permiso y se validó el instrumento de recolección de datos, se programó una fecha para llevar a cabo la recopilación de información.
- Posterior a la obtención del permiso correspondiente, se procedió a la recopilación de datos a partir de las historias clínicas de las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli.
- Finalmente, la recopilación de datos se centró en las historias clínicas de las gestantes que presentaron hemorragia obstétrica durante el período comprendido entre los meses de enero a septiembre del año 2023.

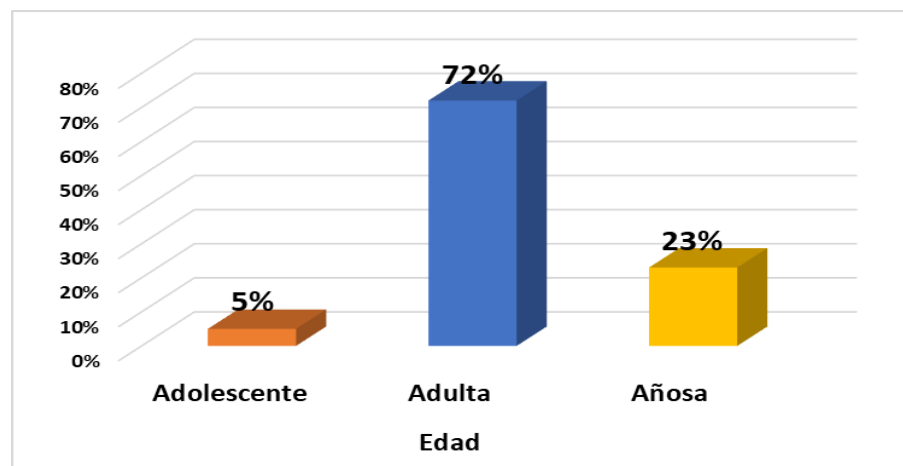
4.2. RESULTADO

Tabla 1. Edad de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023

Edad	Fi	%
Adolescente	2	5
Adulta	31	72
Añosa	10	23
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura 1. Edad de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 01.

La tabla N° 1, muestra la edad de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en la cual un 72% son gestantes adultas, un 23% son añosas y un 5% son gestantes adolescentes.

Los resultados se asemejan al estudio de Mayorca F. donde halló que el 17,6% eran adolescentes, el 61,7% jóvenes y el 15% pertenecían a añosas (49). Por



otro lado, en los hallazgos de López K. y Gallardo I. evidenció que el 65,0% eran mujeres jóvenes, mientras que un 27,5% fueron añosas (48).

La edad de la gestante puede influir en el riesgo de hemorragias obstétricas (14). el cuerpo de las adolescentes aún no está desarrollado y el sistema reproductor puede no estar completamente maduro, aumentando el riesgo de hemorragias; en cambio en la mujeres adultas las hemorragias puede atribuirse a factores externos, y en la mujeres añosas el riesgo de hemorragias es alto por la probabilidad de desprendimiento prematuro de la placenta (15).

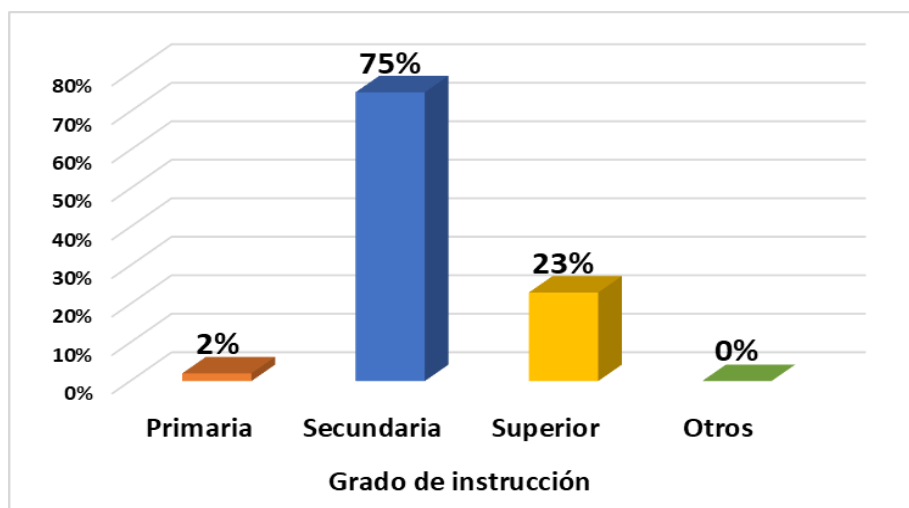
En general, las mujeres embarazadas mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de ciertas complicaciones durante el embarazo, como las hemorragias. Esto se debe en parte a que a medida que una mujer envejece, puede haber cambios en la función de los órganos y sistemas del cuerpo que podrían aumentar el riesgo de complicaciones. Por otra parte, las mujeres más jóvenes también pueden enfrentar riesgos, especialmente si son adolescentes, ya que sus cuerpos aún están en desarrollo y pueden no estar completamente preparados para el embarazo.

Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Grado de instrucción	Fi	%
Primaria	1	2
Secundaria	32	75
Superior	10	23
Otros	0	0
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura 2. Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 02.

En la tabla N°2, se evidencia el grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en donde un 75% son gestantes que tienen el grado de instrucción secundario, seguido de un 23% que presentan grado de instrucción superior y, por último, un 2% son gestantes que tiene grado de instrucción primaria.

Los resultados de asemejan a los de León J. donde evidenció que el 41,1% de las mujeres tienen nivel secundaria completa (46), y en el estudio de López K. y



Gallardo I. identificó que el 75,3% tenía instrucción de secundaria (48). Del mismo modo, Mayorca F. demostró que el 68% de las mujeres poseían formación de secundaria (49).

El nivel de educación de la gestante puede influir en su comprensión de la importancia de la atención prenatal, las señales de alarma y la adherencia a las recomendaciones médicas (16). Las mujeres con un bajo nivel educativo pueden tener un acceso limitado a información sobre salud materna, lo que podría llevar a una falta de conciencia sobre los signos de complicaciones, por otro lado, si poseen educación secundaria completa tienden a participar de manera más activa en los cuidados prenatales, asistiendo a consultas regulares y siguiendo las recomendaciones médicas. Y si tienen una educación superior suelen tener habilidades de toma de decisiones más desarrolladas y una comprensión más profunda de las opciones de parto y las intervenciones médicas, pudiendo influir positivamente y reduciendo el riesgo de presentar hemorragias obstétricas (17).

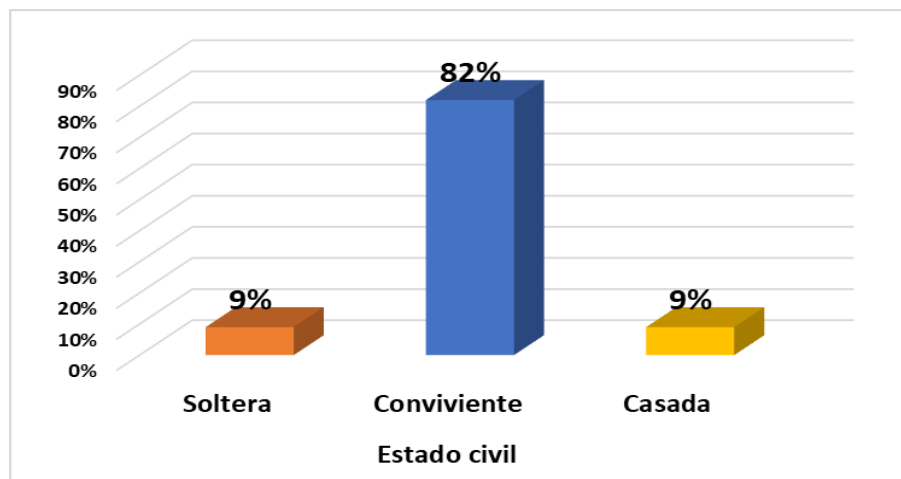
La educación influye de manera positiva o negativa, mientras más alto es el nivel educativo mayor es la posibilidad de enfrentar las complicaciones durante el embarazo como las hemorragias obstétricas y saber cómo actuar.

Tabla 3. Estado civil de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Estado civil	Fi	%
Soltera	4	9
Conviviente	35	82
Casada	4	9
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura 3. Estado civil de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 03.

En la tabla N°3, se muestra el estado civil de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en la cual un 82% de las gestantes son de estado civil conviviente, seguido con 9% de gestantes casadas y por último el 9% son de estado civil soltera.

Los hallazgos se asemejan a los de León J. et al., quienes en su estudio encontraron que el 74,5% de las mujeres estaban en una relación de convivencia



(46). Al igual que en la investigación de Mayorca F. donde evidenció que el 64,9% de las mujeres gestantes eran convivientes (49).

El estado civil de la gestante puede afectar su acceso a la atención médica y su red de apoyo durante el embarazo y el parto, lo que a su vez puede influir en la detección y el manejo de las hemorragias obstétricas (18). Las mujeres solteras pueden enfrentar desafíos solas sin el apoyo de una pareja con relación al embarazo a diferencia de mujeres que se encuentran en convivencia y casadas por que ellas tienen el apoyo de la pareja para poder prevenir y gestionar complicaciones (19).

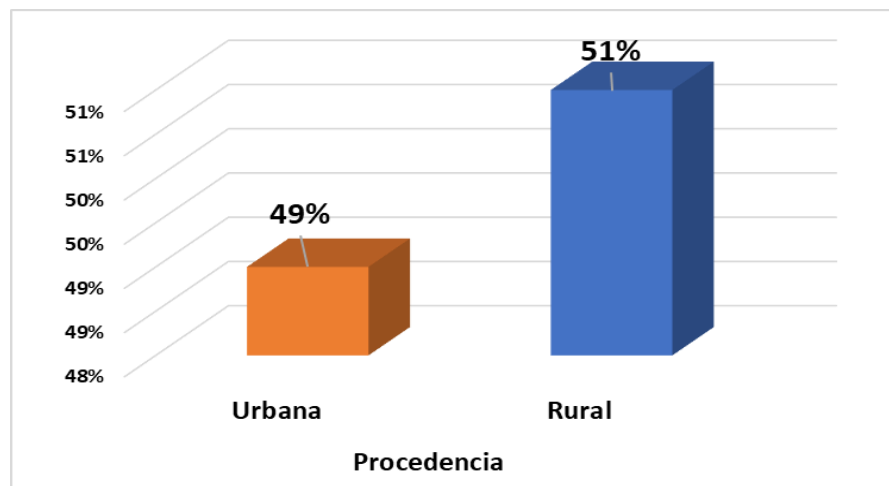
El estado civil en sí mismo no está directamente relacionado con las hemorragias durante el embarazo. Sin embargo, el estado civil puede estar vinculado a factores socioeconómicos y de apoyo social que podrían influir en la salud materna y disminuir los riesgos de las hemorragias obstétricas.

Tabla 4. Procedencia de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Procedencia	Fi	%
Urbana	21	49
Rural	22	51
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura 4. Procedencia de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 04.

En la tabla N° 4, se muestra la procedencia de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en la cual un 51% de las gestantes tiene procedencia rural y el 49% son de procedencia urbana.

Los resultados son diferentes a los de León J. et al., quienes hallaron con mayor porcentaje a mujeres embarazadas que residían en áreas urbanas con un 71,1% (46). Del mismo modo, en el estudio de López K. y Gallardo I. donde evidenciaron que el 63,4% de mujeres embarazadas procedían de áreas urbanas (48). Al igual que en la investigación de Mayorca F. encontrando que el 56,3% son provenientes de áreas urbanas (49).



El lugar de procedencia de la gestante puede estar relacionado con factores socioeconómicos, culturales y geográficos que afectan su acceso a la atención médica y su exposición a factores de riesgo (20), la procedencia rural puede tener implicaciones en la salud materna pudiendo influir en la incidencia de hemorragias obstétricas con accesos limitados a la atención médica. A diferencia de mujeres de procedencia urbana que tienen mayor disponibilidad de servicios médicos (19).

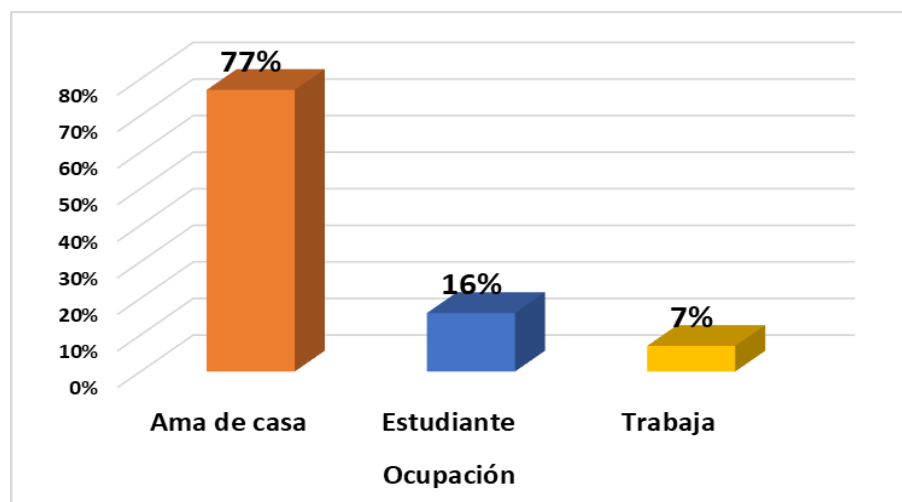
El lugar de procedencia también puede estar asociado con condiciones socioeconómicas que afectan la salud materna. El acceso limitado a la atención médica puede contribuir a un mayor riesgo de complicaciones, incluidas las hemorragias obstétricas.

Tabla 5. Ocupación de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Ocupación	Fi	%
Ama de casa	33	77
Estudiante	7	16
Trabaja	3	7
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura 5. Ocupación de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 05.

En la tabla N°5, se muestra la ocupación de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en donde el 77% de las gestantes tienen como ocupación ama de casa, el 16% se encuentra como estudiante y un 7% de gestantes trabajan.

Los resultados se asemejan a los de López K. y Gallardo I. quienes encontraron el 50,6% de mujeres gestantes eran amas de casa (48).



Las mujeres que son amas de casa pueden enfrentar desafíos en términos de acceso a la atención prenatal debido a factores como la dependencia económica y la falta de flexibilidad en los horarios, teniendo accesos limitados con la atención prenatal. Por otro lado, el ser estudiante puede enfrentar desafíos a causa de los horarios de estudio u otras obligaciones académicas, poseyendo accesos limitados a la atención prenatal; finalmente, las mujeres que trabajan puede contribuir a niveles de estrés a causa de las demandas laborales asociándose a riesgos de complicaciones obstétricas (23).

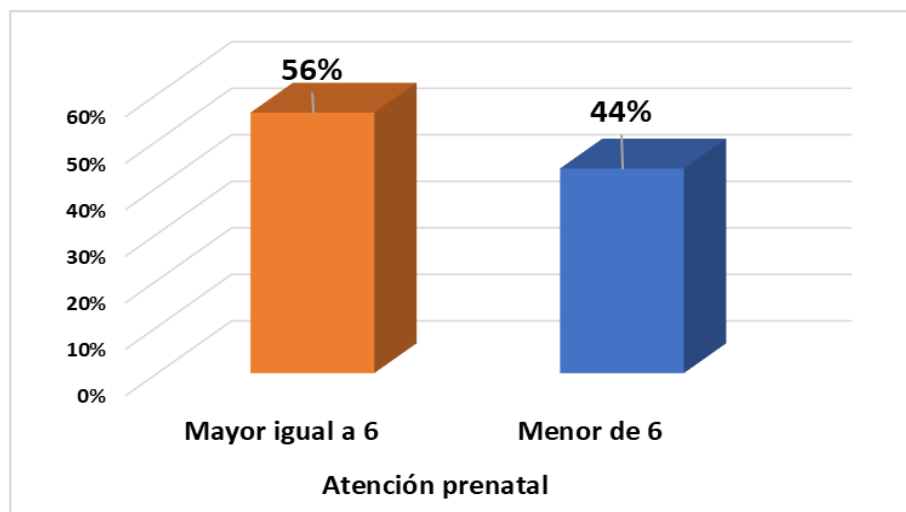
La ocupación de la gestante puede tener algún impacto en las hemorragias obstétricas, aunque este efecto puede variar según la naturaleza del trabajo, el entorno laboral y otros factores asociados. Algunas ocupaciones pueden afectar negativamente la capacidad de la gestante para monitorear y abordar factores de riesgo que podrían contribuir a las hemorragias obstétricas.

Tabla 6. Atención prenatal de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Atención prenatal	Fi	%
Mayor igual a 6	24	56
Menor de 6	19	44
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura 6. Atención prenatal de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 06.

En la tabla N°6, se evidencia la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en la cual en atención prenatal un 56% de las gestantes tienen mayor a 6 atenciones y un 44% presentan menor de 6 atenciones prenatales.

Los resultados se asemejan a los de Román J. quien identificó que la cantidad limitada de visitas prenatales (menor a 8) son considerados un factor de riesgo (50). Y en el estudio de Machaca S. y Mamani R. evidenciaron que el 50% de las gestantes tenían mayor o igual a 6 atenciones prenatales (7).



La calidad y regularidad de la atención prenatal juegan un papel fundamental en la identificación temprana de factores de riesgo y la adopción de medidas preventivas para evitar las hemorragias obstétricas (25). La cantidad de atenciones prenatales, sugiere un seguimiento más detallado y regular durante el embarazo. En términos generales, un mayor número de visitas prenatales generalmente se asocia con un cuidado más completo y una supervisión más cercana de la salud de la gestante y el feto (26).

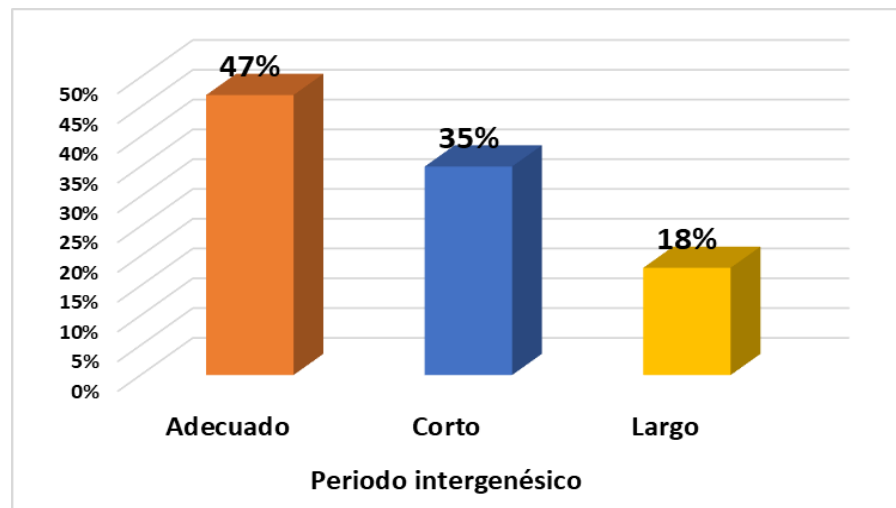
La cantidad y la calidad de las atenciones prenatales son factores cruciales que pueden tener un impacto significativo en la salud materna, incluyendo el riesgo de hemorragias obstétricas. Las atenciones prenatales son oportunidades para que los profesionales de la salud monitoreen la salud de la gestante, identifiquen posibles factores de riesgo y brinden orientación sobre el cuidado adecuado durante el embarazo.

Tabla 7. Periodo intergenésico de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Periodo intergenésico	Fi	%
Adecuado	20	47
Corto	15	35
Largo	8	18
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 7. Periodo intergenésico de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 07.

La tabla N°7, muestra el periodo intergenésico de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en la cual el 47% de gestantes presenta un periodo intergenésico adecuado, por otro lado, el 35% de gestantes tienen un periodo intergenésico corto y, por último, un 18% presentan un periodo intergenésico largo.

Los resultados se asemejan con los de Machaca S. y Mamani R. donde evidenciaron que el 50% de las gestantes tuvo un adecuado periodo



intergenésico (7). Pero nuestros hallazgos, difieren con los de Mayorca F. quien encontró con un porcentaje elevado de 68% de las pacientes tenían un periodo intergenésico corto (49).

El periodo intergenésico puede influir en la salud de la gestante y en el riesgo de complicaciones obstétricas, incluyendo las hemorragias. Un periodo intergenésico adecuado permite que el cuerpo de la mujer se recupere completamente del embarazo anterior, reduciendo así el riesgo de complicaciones, incluidas las hemorragias obstétricas (27).

El período intergenésico, que se refiere al intervalo de tiempo entre el parto de un hijo y el inicio del próximo embarazo, puede tener cierta influencia en la salud materna, incluyendo el riesgo de hemorragias obstétricas. Es importante destacar que las asociaciones entre el período intergenésico y las hemorragias obstétricas pueden variar según la salud general de la mujer, la atención prenatal recibida y otros factores individuales.

Tabla 8. Paridad de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

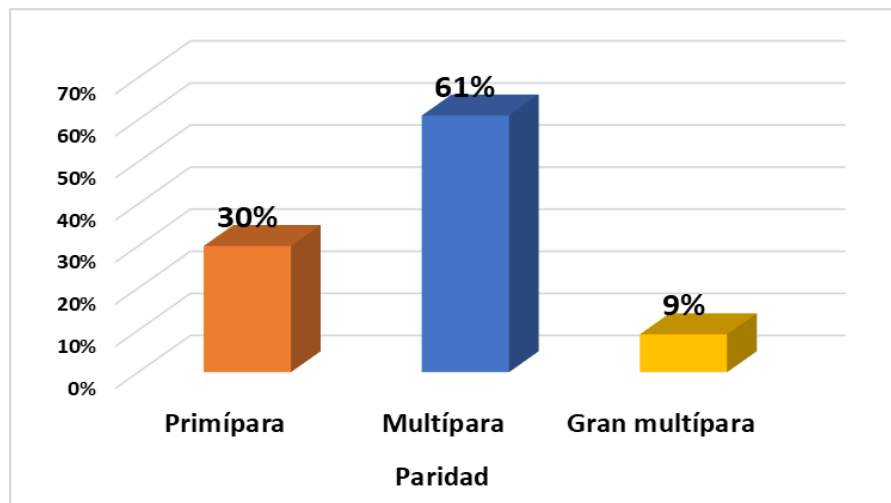
Paridad	Fi	%
Primípara	13	30
Múltipara	26	61
Gran múltipara	4	9
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 8. Paridad de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.

Fuente: Tabla 08.

La tabla N°8, evidencia la paridad de las gestantes atendidas en el Hospital



Rafael Ortiz Ravines, de la cual un 61% de gestantes son múltiparas, por otra parte, el 30% son primíparas y por último el 9% de las gestantes son gran múltiparas.

Los resultados se asemejan al estudio de López K. y Gallardo I. quienes identificaron que 37.8% de las gestantes eran primíparas, el 57,2% múltiparas y un 5% gran múltiparas (48). Del mismo modo Mayorca F. encontró en su



investigación que el 62,2% de las gestantes tenían la condición de ser multíparas (49). En el estudio de Machaca S. y Mamani identificaron que el 37% de las gestantes fueron primíparas (7).

La paridad son números de embarazos previos de una mujer que han llegado a término, desempeñando papeles en la predisposición a las hemorragias obstétricas (2). Las primíparas a causa de la falta de experiencia puede contribuir al riesgo de complicaciones, incluyendo hemorragias obstétricas (28). Los riesgos de hemorragias puede disminuir en las multíparas, hay condiciones como placenta accreta que puede tener incidencia en la hemorragias, del mismo modo sucede en las mujeres que son gran multíparas (29).

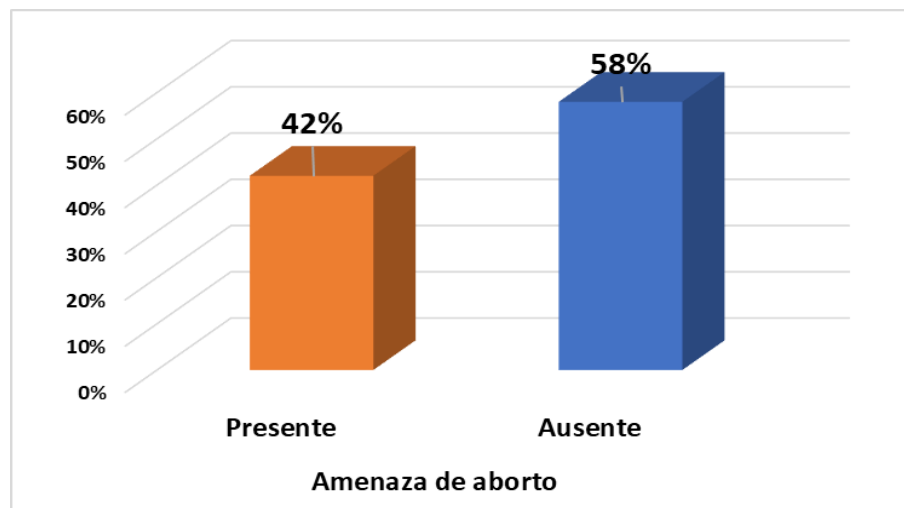
Se puede decir que a medida que aumenta la paridad (el número de embarazos previos), también podría aumentar el riesgo de ciertas complicaciones obstétricas, incluyendo las hemorragias. Esto podría deberse a cambios en el útero y la placenta con cada embarazo sucesivo, así como a la posible acumulación de factores de riesgo.

Tabla 9. Amenaza de aborto de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Amenaza de aborto	Fi	%
Presente	18	42
Ausente	25	58
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 9. Amenaza de aborto de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 09.

La tabla N°9, se muestra la amenaza de aborto de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en el cual un 58% de las gestantes presentan ausencia de amenaza de aborto y el 42% tienen amenaza de aborto.

Los resultados se asemejan al estudio de López K. y Gallardo I. donde identificó que la amenaza de aborto era representado por 36,6% de los casos (48). Por otro lado, en los hallazgos de Mayorca F. también identifiqué que el 41,9% de las michaujeres experimentaron amenaza de aborto (49). Y en la investigación de



Machaca S. y Mamani R. descubrieron que el 44,6% tuvo hemorragia por amenaza de aborto (7).

La amenaza de aborto se refiere a la presencia de sangrado vaginal durante el primer trimestre del embarazo, antes de la semana 20, acompañado de dolor abdominal y la posibilidad de pérdida del embarazo. Su detección temprana y manejo adecuado son esenciales para preservar el embarazo (30). ausencia de amenaza de aborto no elimina por completo el riesgo de hemorragias obstétricas, ya que hay otras condiciones y factores que pueden contribuir a este riesgo, independientemente de la presencia de amenaza de aborto (31).

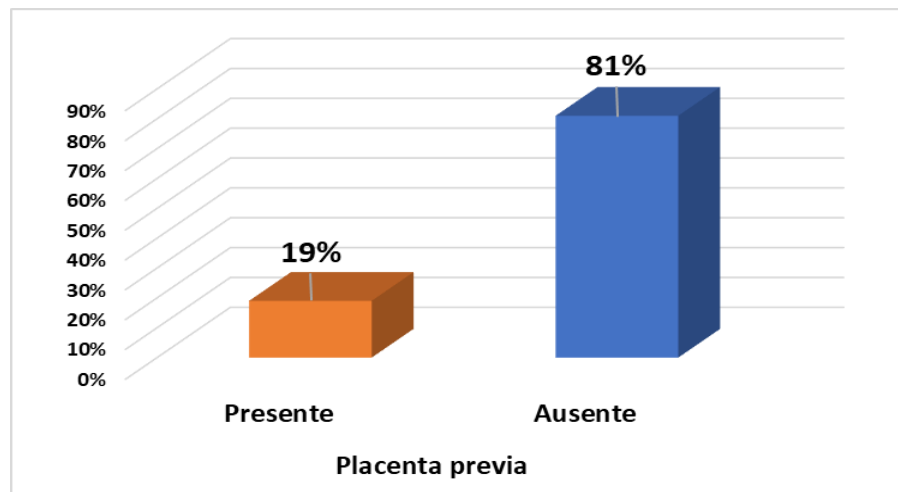
Es importante diferenciar entre la amenaza de aborto, que se refiere a síntomas que podrían indicar un riesgo de aborto espontáneo temprano en el embarazo, y las hemorragias obstétricas, que son complicaciones que pueden ocurrir durante el parto o después del parto.

Tabla 10. Placenta previa de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Placenta previa	Fi	%
Presente	8	19
Ausente	35	81
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 10. Placenta previa de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 10.

En la tabla 10. Placenta previa de las gestantes atendida en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, el 81% de las gestantes tienen ausencia de placenta previa y el 19% evidencian presencia de placenta previa.

Los resultados se asemejan a los de López K. y Gallardo I. quienes hallaron que el 17,8% de las gestantes presentaron placenta previa (48). Del mismo modo, en el estudio de Mayorca F. identificó que el 29,4% tienen placenta previa (49). Al igual que, en la investigación de Machaca S. y Mamani R. donde demostraron que el 18,5% tuvo hemorragia por placenta previa (7). Pero los resultados difieren con



los de Pezo K. quien evidenció que con mayor prevalencia de hemorragia obstétrica es la placenta previa (51).

La placenta previa caracterizado por la ubicación de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo parcial o totalmente el cuello uterino. Esta condición puede provocar sangrado vaginal indoloro durante el segundo o tercer trimestre del embarazo y puede ser grave si no se aborda adecuadamente (32). Si la placenta previa está ausente, el riesgo de hemorragias obstétricas relacionadas con esta condición disminuye significativamente (31).

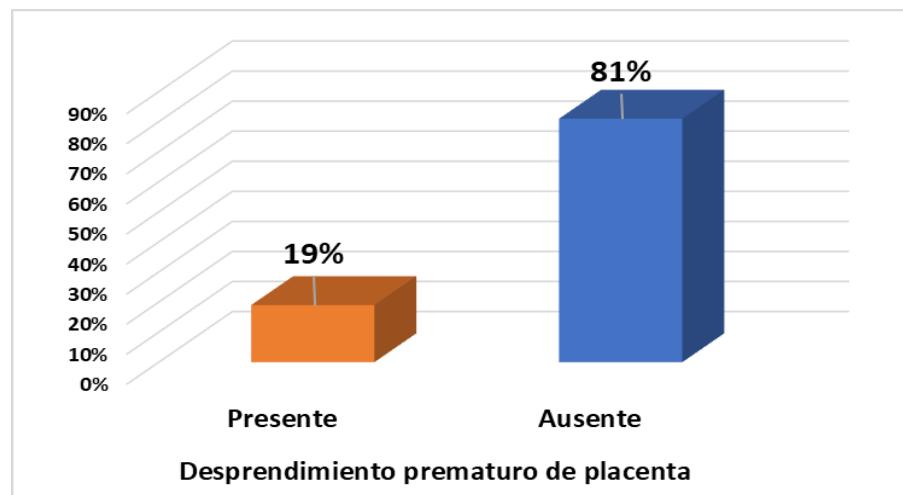
En términos generales, si no hay placenta previa, se reduce el riesgo de hemorragias obstétricas relacionadas con esta condición específica. Sin embargo, es importante tener en cuenta que hay otros factores que también pueden contribuir a las hemorragias obstétricas durante el parto, independientemente de la posición de la placenta.

Tabla 11. Desprendimiento prematuro de placenta de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Desprendimiento prematuro de placenta	Fi	%
Presente	8	19
Ausente	35	81
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 11. Desprendimiento prematuro de placenta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 11.

En la tabla N°11, se muestra el desprendimiento prematuro de placenta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en donde el 81% de las gestantes tienen ausencia de desprendimiento prematuro de placenta y 19% presentan desprendimiento prematuro de placenta.

Los resultados se asemejan a los de López K. y Gallardo I. quienes descubrieron 5,6% de las gestantes que presentaron desprendimientos prematuros de placenta (48). Del mismo modo en el estudio de Mayorca F. identificó el 28,7%



de las gestantes experimento desprendimiento de placenta (49). Al igual que en la investigación de Machaca S. y Mamani R. donde evidencio que el 14,1 tuvo hemorragia por desprendimiento prematuro de placenta (7).

El desprendimiento prematuro de placenta, implica la separación prematura de la placenta del útero antes del parto. Esta condición se manifiesta con sangrado vaginal y dolor abdominal intenso, y puede poner en riesgo tanto a la madre como al feto (33), la ausencia de desprendimiento prematuro de placenta reduce significativamente el riesgo de hemorragias obstétricas asociadas con esta condición específica (2).

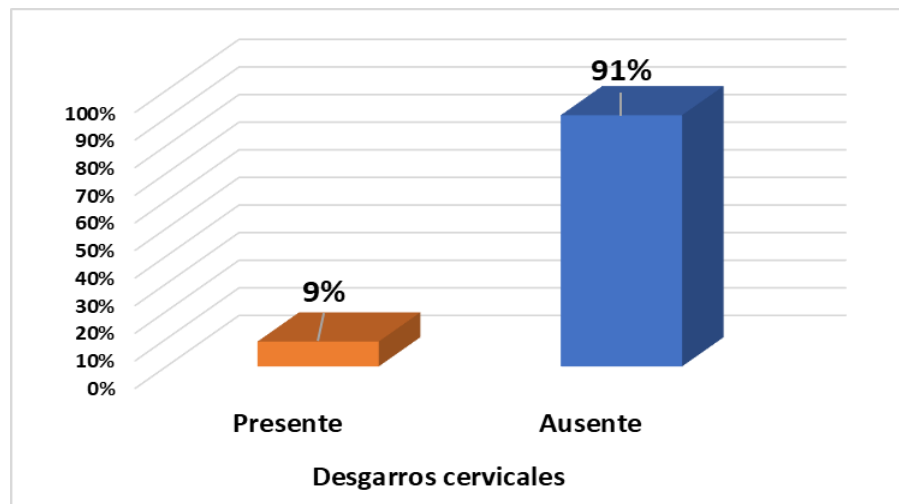
La ausencia de desprendimiento prematuro de la placenta es positiva en términos de reducir el riesgo de hemorragias obstétricas asociadas con esta condición específica.

Tabla 12. Desgarros cervicales de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Desgarros cervicales	Fi	%
Presente	4	9
Ausente	39	91
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 12. Desgarros cervicales de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 12.

La tabla N° 12, se evidencia los desgarros cervicales de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en donde el 91% de las gestantes tienen ausencia de desgarros cervicales y el 9% presentan desgarros cervicales.

Los hallazgos se parecen al de López K. y Gallardo I. quienes identificaron que 16,6% de las gestantes presentaron desgarros cervicales (48). Del mismo modo en la investigación de Mayorca F. donde encontró que el 25% de las gestantes presentaron hemorragias a causa de desgarros cervicales (49). Finalmente, no con muy alto porcentaje evidencio en sus resultados de Machaca S. y Mamani



R. quien halló que el 37% de las gestantes tuvo hemorragia por desgarros cervicales (7).

Los desgarros cervicales son la ruptura de los tejidos del cuello uterino durante el proceso de parto. Estos desgarros pueden ser superficiales o profundos y se asocian con frecuencia a partos difíciles o instrumentados. Los desgarros cervicales pueden causar sangrado vaginal significativo y pueden requerir reparación quirúrgica para detener la hemorragia. Cuando no hay desgarros cervicales, el cuello uterino mantiene su integridad estructural durante el parto. (35).

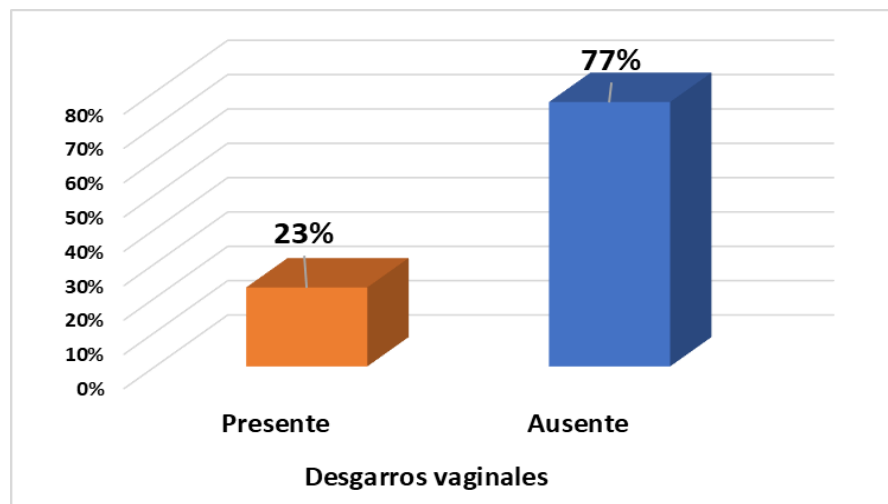
Por ende, la ausencia de desgarros cervicales es positiva en términos de reducir el riesgo de hemorragias obstétricas relacionadas con estas lesiones específicas. Una atención prenatal adecuada, la evaluación continua durante el parto y la comunicación abierta entre la gestante y el equipo médico son esenciales para monitorear y minimizar el riesgo de desgarros cervicales.

Tabla 13. Desgarros vaginales de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Desgarros vaginales	Fi	%
Presente	10	23
Ausente	33	77
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 13. Desgarros vaginales de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 13.

En la tabla N° 13, se muestra desgarros vaginales de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, donde el 77% de las gestantes tienen ausencia de desgarros vaginales y el 23% presentan desgarros vaginales.

Los resultados se asemejan a los de López K. y Gallardo I. donde encontraron el 1,9% de las gestantes exhibieron desgarros vaginales o perineales (48). Del mismo modo en el estudio de Mayorca F. con un 25% de las gestantes tuvo desgarros vaginales (49). Pero los hallazgos difieren con los hallazgos de Neira C. quien identificó que el 47% de las gestantes presentó desgarros vaginales



(47). Al igual que Machaca S. y Mamani R. quienes identificaron que el 44,6% presentó hemorragias por desgarros vaginales (7).

Los desgarros vaginales son la ruptura de los tejidos de la vagina durante el parto. Estos desgarros pueden variar en gravedad y pueden ocurrir durante partos vaginales sin complicaciones. Los desgarros vaginales pueden provocar hemorragia vaginal. La ausencia de desgarros vaginales generalmente implica un menor riesgo de hemorragias obstétricas, cuando no hay desgarros vaginales, los tejidos de la vagina y la región perineal permanecen intactos (36).

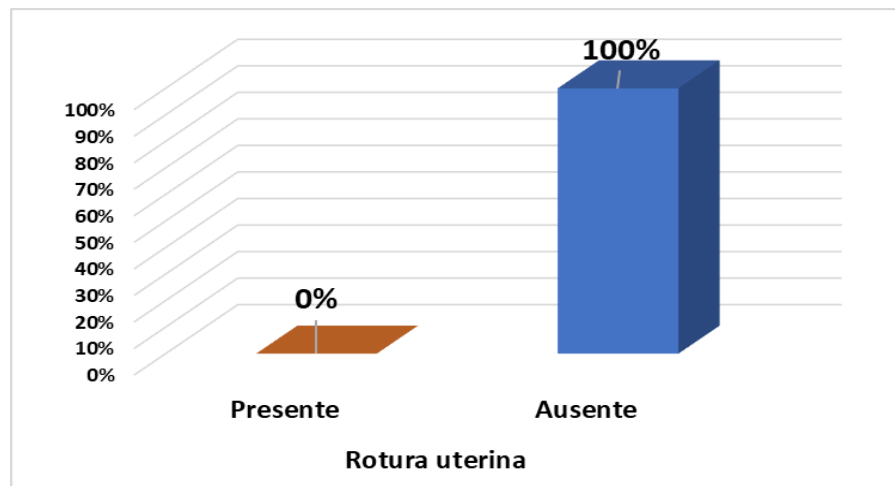
Se concluye, que la ausencia de laceraciones perineales graves contribuye a reducir el riesgo de hemorragias obstétricas asociadas con estas lesiones específicas. Además, una atención prenatal adecuada, la comunicación abierta con el equipo médico y el manejo cuidadoso del parto son importantes para prevenir y minimizar las laceraciones perineales.

Tabla 14. Rotura uterina de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Rotura uterina	Fi	%
Presente	0	0
Ausente	43	100
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 14. Rotura uterina de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 14.

En la tabla N°14, se observa la rotura uterina de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, donde el 100% de las gestantes tienen ausencia de rotura uterina.

Los resultados difieren con los de Machaca S. y Mamani R. quienes hallaron que el 10,9% de las gestantes tuvo hemorragia por ruptura uterina (7).

La ruptura uterina es una complicación grave y potencialmente mortal que involucra la ruptura del músculo uterino durante el parto. Cuando la rotura uterina está ausente, significa que no hay una ruptura en las capas del útero durante el



parto. En este caso, la ausencia de rotura uterina reduce significativamente el riesgo de hemorragias obstétricas (37).

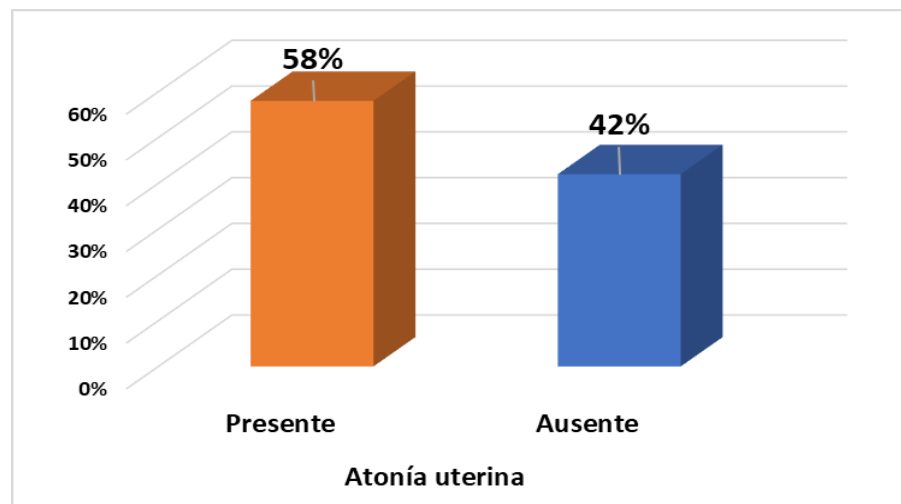
Se concluye que, la ausencia de ruptura uterina está relacionada con una gestión adecuada de las hemorragias obstétricas. La ruptura uterina es una complicación grave que puede ocurrir durante el embarazo o el parto, y puede provocar una hemorragia masiva que pone en peligro la vida de la madre y el feto. La prevención de la ruptura uterina relacionada con hemorragias obstétricas implica una atención obstétrica integral y una gestión cuidadosa del embarazo y el parto para garantizar la seguridad tanto de la madre como del bebé.

Tabla 15. Atonía uterina de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Atonía uterina	Fi	%
Presente	25	58
Ausente	18	42
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 15. Atonía uterina de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 15.

En la tabla N°15, se evidencia la atonía uterina de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en el cual el 58% de las gestantes presentan atonía uterina y el 42% muestran ausencia de atonía uterina.

Los resultados se asemejan con los de Fernández J. et al., en su estudio quienes identificaron que el 50,8% de las pacientes presentaron hemorragia a causa de atonía uterina (43). Del mismo modo León J. et al., evidenciaron en su investigación que el 71.1% de las gestantes presentaron atonía uterina (46). Al igual que en el estudio de Neira C. quien encontró que el 62% de las gestantes



experimentaron atonía uterina (47). De manera similar en la investigación de Mayorca F. quien halló que el 67,2% de las gestantes presentaron atonía uterina (49).

La atonía uterina se caracteriza por la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del parto para detener el sangrado. Es una causa común de hemorragia posparto y puede deberse a la distensión excesiva del útero debido a un parto múltiple, una gran cantidad de líquido amniótico o una gestación prolongada (38).

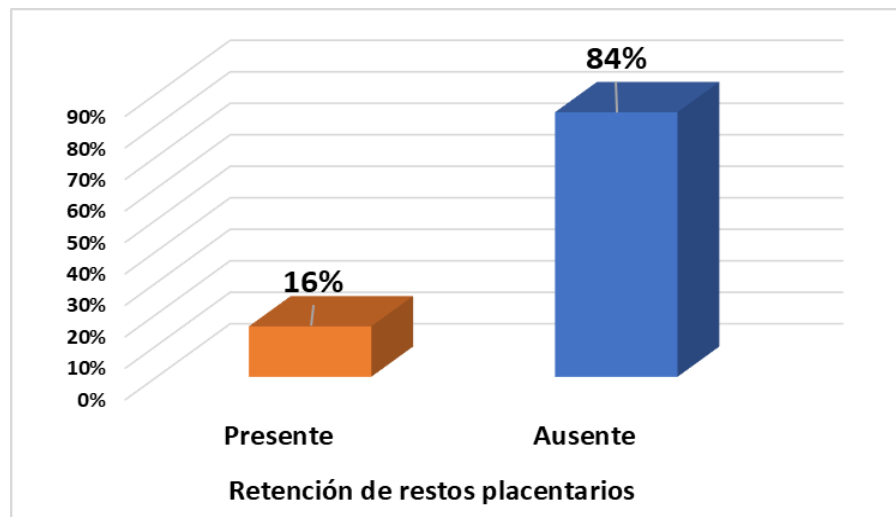
Por ende, la atonía uterina aumenta significativamente el riesgo de hemorragia posparto. Sin contracciones uterinas adecuadas, los vasos sanguíneos que se rompen durante el parto no se cierran de manera efectiva, lo que puede resultar en pérdidas de sangre excesivas.

Tabla 16. Retención de restos placentarios de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Retención de restos placentarios	Fi	%
Presente	7	16
Ausente	36	84
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 16. Retención de restos placentarios de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 16.

En la tabla N°16, se observa la retención de restos placentarios de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, donde el 84% de las gestantes evidencian ausencia de retención de restos placentarios y el 16% presenta retención de restos placentarios.

Los resultados se asemejan con los de López K. y Gallardo I. donde encontraron que el 20,3% de las gestantes presentaron retención de restos placentarios (48). De igual modo, en el estudio de Mayorca F. quien identificó que el 29,4% de las gestantes tuvieron retención de restos placentarios (49). Pero difiere con los



hallazgos de Machaca S. y Mamani R. quienes evidenciaron que el 60,9% de las gestantes tuvieron hemorragias por retención de restos placentarios (7).

Los fragmentos placentarios retenidos pueden interferir mecánicamente con la capacidad contráctil del miometrio, generando un fenotipo similar al de la atonía uterina. Si la pérdida sanguínea durante el periodo inmediato posterior al parto no es significativa y la placenta no es examinada exhaustivamente, la retención de fragmentos placentarios puede pasar desapercibida y manifestarse más adelante en el periodo puerperal, la ausencia de retención de restos placentarios implica que la placenta ha sido expulsada de manera completa y que no han quedado fragmentos de tejido placentario en el útero. Disminuyendo el riesgo de hemorragias obstétricas (39).

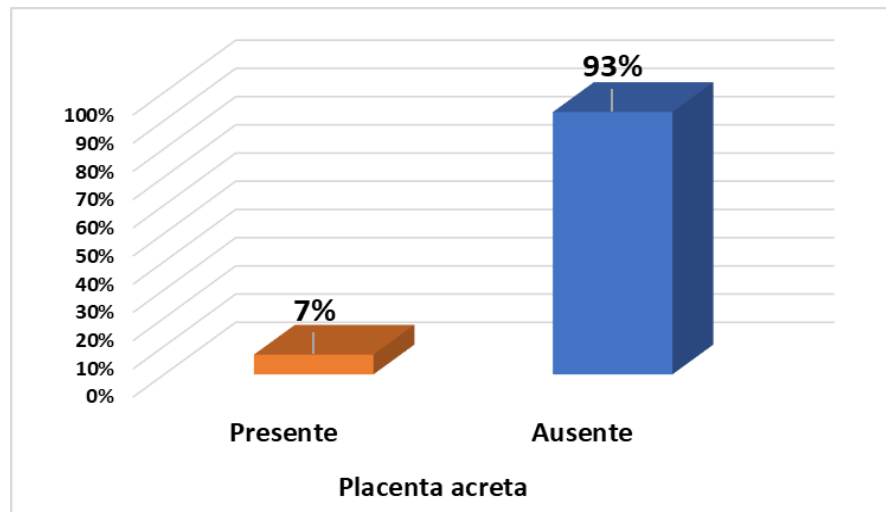
Por ende, la ausencia de retención de restos placentarios está relacionada con la reducción del riesgo de hemorragias obstétricas durante el parto y el periodo puerperal, es fundamental una atención obstétrica continua y vigilante sigue siendo esencial para detectar y manejar cualquier complicación que pueda surgir durante el parto y el puerperio.

Tabla 17. Placenta accreta de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Placenta accreta	Fi	%
Presente	3	7
Ausente	40	93
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 17. Placenta accreta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 17.

En la tabla N°17, se muestra placenta accreta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en el cual el 93% de las gestantes tienen ausencia de placenta accreta y el 7% presentan placenta accreta.

Los resultados se asemejan a los de Mayorca F. quien encontró que el 1,7% de las gestantes presentó placenta accreta (49). Pero en el estudio de Machaca S. y Mamani R. evidenciaron que un 22,8% de las gestantes tuvieron hemorragia por placenta accreta (7).



La placenta accreta es una afección en la que la placenta se adhiere de forma anormal al revestimiento del útero y no se desprende adecuadamente durante el parto. Esto puede resultar en una hemorragia posparto grave debido a la dificultad de separar la placenta de la pared uterina. Cuando la placenta accreta está ausente, significa que la placenta se ha implantado y separado normalmente después del parto, sin presentar adherencias anormales o penetración profunda en la pared uterina. En este caso, la ausencia de placenta accreta reduce significativamente el riesgo de hemorragias graves en el puerperio (40).

En definitiva, la ausencia de placenta accreta está relacionada con la reducción del riesgo de hemorragias obstétricas graves durante el parto. Además, el seguimiento prenatal regular con ecografías especializadas puede ayudar a detectar la placenta accreta antes del parto, permitiendo una planificación anticipada del manejo obstétrico.

Tabla 18. Placenta increta de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Placenta increta	Fi	%
Presente	0	0
Ausente	43	100
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

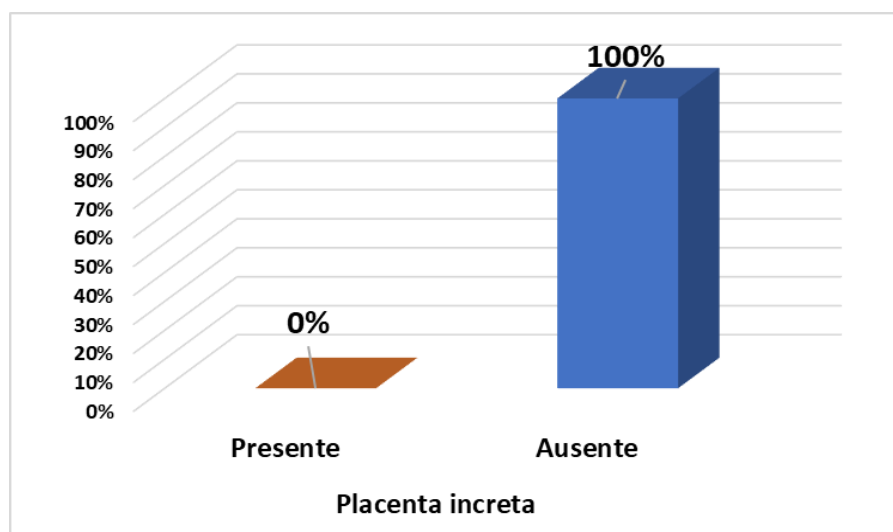


Figura 18. Placenta increta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.

Fuente: Tabla 18.

En la tabla N°18, se evidencia placenta increta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, donde el 100% de las gestantes tienen ausencia de placenta increta.

Los hallazgos difieren con los de Mayorca F. donde encontró que el 1.7% de las gestantes presentó placenta increta (49). Con un más alto porcentaje evidenció Machaca S. y Mamani R. es su estudio quienes identificaron que el 7,6% de las gestantes tuvo hemorragia por placenta increta (7).



La placenta increta se adhiere aún más profundamente en la pared uterina a diferencia de la placenta accreta. La ausencia de este padecimiento significa que la placenta se ha implantado y separado de manera normal después del parto, sin mostrar la característica adhesión anormal o penetración profunda en la pared uterina asociada con la placenta increta. En este caso, la ausencia de placenta increta reduce significativamente el riesgo de hemorragias graves en el puerperio (41).

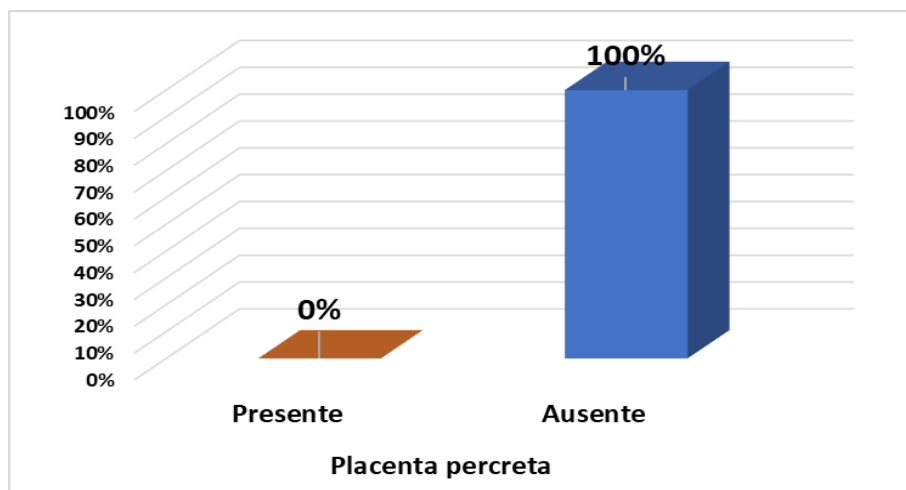
Por último, la ausencia de placenta increta implica que la placenta se ha implantado de manera más típica y no ha penetrado profundamente en las capas del útero, reduciendo la probabilidad de complicaciones graves durante el parto disminuyendo el riesgo de hemorragias obstétricas.

Tabla 19. Placenta percreta de las gestantes atendidas en el HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023.

Placenta percreta	Fi	%
Presente	0	0
Ausente	43	100
Total	43	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 19. Placenta percreta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



Fuente: Tabla 19.

En la tabla N°19, se observa la placenta percreta de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines, en el cual un 100% de las gestantes tienen ausencia de placenta percreta.

Los resultados difieren con los de Machaca S. y Mamani R. quienes encontraron que el 5,4% de las gestantes tuvo hemorragia por placenta percreta (7).

La placenta percreta es la afección más grave de la placenta, en la cual la placenta penetra completamente la pared uterina y puede invadir estructuras



circundantes como la vejiga. Cuando la placenta percreta está ausente, significa que no hay una invasión completa de las vellosidades placentarias a través de la pared uterina y no hay penetración en órganos cercanos. En este caso, la ausencia de placenta percreta reduce significativamente el riesgo de hemorragias graves durante el puerperio (42).

En definitiva, la ausencia de placenta percreta implica que la placenta se ha implantado de manera más típica y no ha penetrado a través de todas las capas del útero ni invadido estructuras adyacentes. Esto reduce en gran medida el riesgo de complicaciones graves durante el parto y disminuye el riesgo de hemorragias obstétricas.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determino las características personales, tales como la edad "adulta" 72%, grado de instrucción "secundaria" 75%, estado civil "conviviente" 82%, procedencia "rural" 51% y ocupación "ama de casa" 77%, son los mas predominantes en las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.

SEGUNDA: Se identifico las características obstétricas como: atención prenatal "mayor igual a 6" 56%, periodo intergenésico "adecuado" 47% y paridad "multípara" 61%, fueron los mas sobresalientes en las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.

TERCERA: Se describió las hemorragias en el embarazo como: la ausencia en amenaza de aborto 58%, placenta previa 19% y desprendimiento prematuro de placenta 19%, en las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.

CUARTA: Se identificó las hemorragias durante el parto tales como: desgarros cervicales 9%, desgarros vaginales ausente 23% y no se presentó rotura uterina en las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.

QUINTA: Se identificó las hemorragias en el puerperio como: presencia de atonía uterina 58%, retención de restos placentarios 16%, placenta accreta 7% y ausencia de placenta increta y percreta en las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli, realizar capacitaciones continuas al personal médico y obstétrico, sobre el manejo de claves rojas y la identificación temprana de hemorragias obstétricas.

SEGUNDA: A la jefatura de obstetricia del Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli, realizar capacitaciones enfocadas en las atenciones prenatales de calidad, para la identificación prematura de factores de riesgo de las hemorragias obstétricas.

Realizar simulacros constantes para el manejo adecuado y oportuno de claves rojas.

TERCERA: Al personal de obstetricia se recomienda realizar capacitaciones, campañas preventivas y radiodifusión para dar a conocer la importancia sobre las atenciones prenatales oportunas y adecuadas, signos de alarma y cuidados durante el embarazo a la población en general, con el fin de reducir los riesgos de hemorragias obstétricas.

CUARTA: A la población en general sobre todo a las gestantes, a asistir a sus controles prenatales de manera continua para poder detectar y disminuir los riesgos de las hemorragias obstétricas.



REFERENCIAS

1. Organización panamericana de Salud. Los grandes avances en salud materna marcan el impacto de la OPS en las Américas [Internet]. OPS/OMS. 2022 [cited 2023 Aug 1]. p. 3–12. Available from: <https://www.paho.org/es/historias/grandes-avances-salud-materna-marcan-impacto-ops-americas>
2. Gutiérrez I, Larrañaga C. Hemorragia en la gestación. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2019;32(1):81–90. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia1.pdf>
3. James A, Wotman A. Intrapartum Hemorrhage. Natl Libr Med [Internet]. 2016;1(15):15–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23466133/>
4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. OPS/OMS [Internet]. 2020;6–503. Available from: <https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/11648/1/978-84-09-15447-0.pdf>
5. Ministerio de salud. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal neonatal en el Perú. Bol Epidemiológico del Perú [Internet]. 2019;28(52):1329–33. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>
6. Ministerio de salud del Perú. Muerte Materna [Internet]. MINSA. 2020 [cited 2023 Aug 1]. p. 4–15. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/muerte->



- materna/
7. Machaca S, Mamani R. Hemorragias obstetricas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Megrano, Juliaca 2021 [Internet]. Tesis. [Tesis Pregado de la Universidad Roosevelt]; 2022. Available from: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/29854/CANCER_MAMA_COTRINA_HUACCHA_KIARA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 8. Karlsson H, Pérez S. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2009;32(1):159–67. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf>
 9. Cunningham F, Leveno K, Jodi S, Hoffman L, Spond C, Casey B. III LCG: Obstetricia de Williams [Internet]. 26th ed. Mc Graw Hill Access Medicina; 2006. 32–345 p. Available from: <http://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1447>
 10. Dulay A. Placenta previa [Internet]. Manual MSD Version para profesionales. 2022 [cited 2023 Aug 1]. p. 3–14. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-del-embarazo/placenta-previa>
 11. Guasch E, Gilsanz F. Hemorragia masiva obstétrica : enfoque terapéutico actual. Elsevier [Internet]. 2016;40(5):298–310. Available from: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S021056911630002X>
 12. Guasch E, Gilsanz F. Treatment of Postpartum Hemorrhage with Blood Products in a Tertiary Hospital: Outcomes and Predictive Factors Associated with Severe Hemorrhage. Clin Appl Thromb [Internet].



- 2016;22(7):685–92. Available from:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5006099/pdf/10.1177_1076029615573303.pdf
13. Mousa H, Blum J, Abou G, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014;2(9):4–103. Available from:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003249.pub3/epdf/full>
14. Macías H, Moguel A, Iglesias J, Bernárdez I, Braverman A. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Artic Orig Med Prev* [Internet]. 2018;16(2):125–32. Available from:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000200125&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032018000200125&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Fawed O, Erazo A, Carrasco J, Gonzales D, Mendoza A, Mejía M, et al. Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados, Honduras 2016. *Arch Med* [Internet]. 2016;12(4):1–7. Available from:
<https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>
16. Martínez A, Mayorga V, Quevedo K. Adherencias al control prenatal, dificultades y retos. *Repositorio - Universidad Javeriana* [Internet]. 2016;1–



112. Available from:
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13724/MartinezSuarezAngelicaMaria2012.pdf?sequence=3>
17. Ramon M. Factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco Septiembre 2016 a Mayo 2017 [Internet]. [Tesis para optar el título de Obstetra]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2019. Available from:
[http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1925/RAMON JESUS%20Macedonia Diana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1925/RAMON%20JESUS%20Macedonia%20Diana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
18. Sotero D, Sosa C, Dominguez A, Telechea J, Medina R. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. Rev Médica del Uruguay [Internet]. 2006;22(1):59–65. Available from:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Ordeñana C. Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato, en pacientes del servicio de labor y parto, Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa Nicaragua, segundo semestre 2015 [Internet]. [Tesis para optar el título de Maestría en Salud Pública]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2016. Available from: <https://repositorio.unan.edu.ni/7816/1/t918.pdf>
20. Asprea I, Garcia O, Nigri C. Control preconcepcional , prenatal y puerperal Control preconcepcional , prenatal y puerperal. Control preconcepcional, prenatal y puerperal [Internet]. 2013;83. Available from:



- <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
21. Marrero M, Aguilera M, Avila I, Pastor M, Dias H, Novas A, et al. Factores De Riesgos Laborales y embarazo. Factores riesgo laborales y gestacion [Internet]. 2015;16(1):66–9. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2015/cst151j.pdf>
 22. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organizacion Mundial de la Salud. Estrategia para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). OPS/OMS [Internet]. 2020;7–52. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 23. Picén L. Caracterización de las muertes maternas por hemorragia obstétrica [Internet]. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2017. Available from: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2017/069.pdf>
 24. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia obstétrica. Rev Médica La Paz [Internet]. 2014;20(2):1–12. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009
 25. Hernández A, Vargas R, Bendezu G. Factores asociados a la calidad de la atencion prenatal en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019;36(2):178–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4482>.
 26. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención



- integral de la salud materna [Internet]. 2013. p. 1–61. Available from:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
27. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2018;83(1):52–61. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0052.pdf>
28. Zambrano V, Vera S, Rodríguez J, Reyes E. Hemorragia postparto por desgarro perineal en mujeres primíparas. Rev Cumbres [Internet]. 2019;5(1):125–35. Available from: <https://investigacion.utmachala.edu.ec/revistas/index.php/Cumbres/article/view/416/135>
29. Ramírez J. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Obstetricia [Internet]. 2014;23(1):1–16. Available from: <https://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA O-23.pdf>
30. Dulay A. Aborto espontáneo [Internet]. Manual MSD Version para profesionales. 2022 [cited 2023 Aug 1]. p. 5–15. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-del-embarazo/aborto-espontáneo>
31. Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas del Embarazo. Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Ministerio de Salud Colombia [Internet]. 2014;2–32. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/28Atencion de las hemorragias embarazo.PDF>
32. You FSCH near. Placenta previa. Stanfor Med Child [Internet].



- 2019;9(2):185–9. Available from:
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=placentaprevia-90-P05547>
33. Dulay A. Desprendimiento de Placenta [Internet]. Manual MSD Version para profesionales. 2022 [cited 2023 Aug 1]. p. 7–19. Available from:
<https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-del-embarazo/desprendimiento-de-placenta-abruptio-placentae>
34. Moldenhauer J. Exceso de sangrado uterino en el parto [Internet]. Manual MSD Version para público general. 2021 [cited 2023 Aug 1]. p. 5–19. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/exceso-de-sangrado-uterino-en-el-parto>
35. Batres E, Contreras F, Pinel S, Ardón E, Nazar S, Silva K, et al. Manejo de las Complicaciones Obstetricas. Protoc para la Aten durante la preconcepcion, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato [Internet]. 2016;3(2):1–267. Available from:
<http://www.bvs.hn/Honduras/PROTOCOLOS.ATENCIÓN.PRECONCEPCIÓN.EMBARAZO.PARTO.PUERPERIO.NEONATO/VOLUMEN3.MANEJO.DE.LAS.COMPLICACIONES.OBSTETRICAS.pdf>
36. Hickman L. Desgarros Durante el Parto Vaginal: Lo Que Necesitas Saber [Internet]. Foundation for Female Health. 2020 [cited 2023 Aug 1]. p. 3–10. Available from: <https://femalehealthawareness.org/es/desgarros-durante-el-parto-vaginal-lo-que-necesitas-saber/>



37. Moldenhauer J. Rotura uterina [Internet]. Manual MSD Version para publico general. 2021 [cited 2023 Aug 1]. p. 2–12. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/rotura-uterina>
38. Aparicio M, Fernandez V. Manejon de la atonía uterina. II Congreso Virtual Internacional SEEUE [Internet]. 2016;1–10. Available from: <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/55.pdf>
39. García S, Álvarez E, Rubio P, Borrajo E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2017;85(4):254–66. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-00007.pdf>
40. Arnanz C. Por qué es tan peligrosa la placenta adherida (o acreta) [Internet]. Natalben. 2020 [cited 2023 Aug 1]. p. 3–12. Available from: <https://www.natalben.com/parto-placenta-adherida-acreta-peligros-complicaciones>
41. Fitzpatrick K, Sellers S, Spark P, Kurinczuk J, Brocklehurst P, Knight M. The management and outcomes of placenta accreta, increta, and percreta in the UK: A population-based descriptive study. BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 2014;121(1):62–71. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/1471-0528.12405>
42. Dueñas O, Rico H, Rodríguez M. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2007;72(4):266–71. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n4/art11.pdf>



43. Fernandez J, Sierra R, Joseff I, Armas K. La hemorragia obstétrica en el servicio de Anestesiología del Hospital "Dr. Agostinho Neto". Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2019;45(1):25–36. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n1/1561-3062-gin-45-01-25.pdf>
44. Sornoza R, Ordoñez M, Velasquez N, Espinoza M. Hemorragias del primer trimestre. Reciamuc [Internet]. 2022;32(2588–0748):287–95. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/857/1262>
45. Sánchez M, López M, Sánchez A, Gil F, Aguilar V. Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. Apunt Cienc [Internet]. 2019;9(1):18–25. Available from: <http://apuntes.hgucr.es/files/2019/04/ARTICULO-ORIGINAL-1.pdf>
46. León J, Reyes V. Hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga período enero - diciembre 2019. [Internet]. [Tesis Pregrado de la Universidad de Cuenca]; 2021. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/35658>
47. Carmen N. Causas y complicaciones obstetricas relacionadas a la hemorragia Post Parto. [Internet]. [Tesis Pregrado de la Universidad Norbert Wiener]; 2021. Available from: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6160/T061_47491394_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
48. Lopez K, Gallardo I. Prevalencia y Caracterización de las Hemorragias Obstétricas en Gestantes Atendidas en el Hospital de Chancay durante el período 2021-2022. [Internet]. [Tesis Posgrado de especialidad de la Universidad Nacional de Huancavelica]; 2022. Available from:



- <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7a6cfb9c-7ae6-4cbc-867d-dec24579a92f/content>
49. Mayorca F. Hemorragias Obstétricas En Las Gestantes Atendidas En El Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2020 [Internet]. [Tesis Posgrado de la Universidad Nacional de Huancavelica]; 2021. Available from: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/772ba36a-2305-40ba-a682-7a7b91eacfe0/content>
50. Román J, Oyola A, Quispe M. Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2019;35(1):1–12. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v35n1/1561-3038-mgi-35-01-e718.pdf>
51. Pezo K. Etiología de las hemorragias en gestantes atendidas en el Hospital II-1, Moyobamba, 2018 [Internet]. [Tesis de Posgrado de la Universidad San Martín de Porres]; 2020. Available from: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6861/Pezo_LKR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
52. Ministerio de Salud. Texto de capacitación materno-infantil IV Hemorragia postparto. Gobierno de reconciliación y unidad nacional [Internet]. 2019;1–53. Available from: <https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/12093043.pdf>
53. Moldenhauer J. Introducción a la atención posparto [Internet]. Manua MSD version para público general. 2022 [cited 2023 Aug 1]. p. 4–12. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/el-puerperio-período-posparto/introducción-al-puerperio-período-posparto>
54. Garcia N. Cómo es el útero de la mujer, donde se gesta la vida [Internet].



- Natalben. 2019 [cited 2023 Aug 1]. p. 3–19. Available from:
<https://www.natalben.com/como-utero-mujer>
55. Moldenhauer J. Introducción a la atención posparto [Internet]. Manual MSD Version para publico general. 2022 [cited 2023 Aug 1]. p. 3–15. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/el-puerperio-período-posparto/introducción-al-puerperio-período-posparto>
56. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. Mc Graw Hill Education. Mexico; 2018 [cited 2023 Aug 1]. p. 1–634. Available from: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
57. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud [Internet]. 2nd ed. Vol. 2, OPS/OMS. Washington D.C: Organización Panamericana de la salud y Organización Mundial de la Salud; 1994. 24–232 p. Available from: [http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia de la Investigación Manual para el Desarrollo de Personal de Salud.pdf](http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf)



ANEXOS



ANEXO 1: Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI – PUNO, 2023

I. Características personales

- a) Edad: Adolescente () Adulta () Añosa ()
- b) Grado de instrucción: Primara () Secundaria () Superior () Otros ()
- c) Estado civil: Soltera () Conviviente () Casada ()
- d) Procedencia: Urbana () Rural ()
- e) Ocupación: Ama de casa () Estudiante () Trabaja ()

II. Características obstétricas

- a) Atención prenatal: Mayor igual a 6 () Menor de 6 ()
- b) Periodo intergenésico: Adecuado () Corto () Largo ()
- c) Paridad: Primípara () Multípara () Gran multípara ()

III. Hemorragias durante el embarazo

- a) Amenaza de aborto: Si () No ()
- b) Placenta previa: Si () No ()
- c) Desprendimiento prematuro de placenta: Si () No ()

IV. Hemorragias durante el parto

- a) Desgarros cervicales: Si () No ()
- b) Desgarros vaginales: Si () No ()
- c) Rotura uterina: Si () No ()

V. Hemorragias durante el puerperio

- a) Atonía uterina: Si () No ()
- b) Retención de restos placentarios: Si () No ()
- c) Placenta accreta: Si () No ()
- d) Placenta increta: Si () No ()
- e) Placenta percreta: Si () No ()
- f) Otros



ANEXO 2: Matriz de consistencia

TITULO: Hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.

Problemas de investigación	Objetivos de la investigación	Variable	Metodología
<p>General ¿Cuáles son las principales hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023?</p>	<p>General Determinar las principales hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli.</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir las características personales de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli. - Describir las características obstétricas de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli. - Identificar las hemorragias en el embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli. - Identificar las hemorragias en el parto de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli. - Identificar las hemorragias en el puerperio de las gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli. 	<p>Hemorragias obstétricas</p>	<p>Tipo de estudio: Cuantitativo, descriptivo, retrospectivo.</p> <p>Diseño de estudio: No experimental y transversal.</p> <p>Técnica e instrumentos para recolección de datos:</p> <p>Técnica: Revisión documentaria.</p> <p>Instrumentos: Una ficha de recolección de datos.</p> <p>Población: Estará conformada por 43 historias clínicas gestantes atendidas en el Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli – Puno, 2023.</p> <p>Muestreo: El muestreo será de tipo no probabilístico.</p>



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: 02-09-25

1. Datos del autor (es):

Formulario with fields for author information: Nombres y Apellidos, Dirección, DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°, Teléfono, email, Facultad y/o Escuela de Posgrado, Escuela Profesional o Mención, Título o Grado Académico a optar, Asesor, Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones, Trabajo de Investigación, Tesis, Trabajo de Suficiencia Profesional, Trabajo Académico, Título, Palabras claves, ¿Esta obra se desarrolló en la UANCV?, 1,2



2. Referencia de tesis:

Bachiller Titulo 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 – SEG04

Firma de Autor



huella digital

02-Setiembre-2025

Fecha