



Universidad  
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN RIESGO OBSTÉTRICO**

**Tesis**

Uso de misoprostol en la prevención de hemorragia posparto en puérperas  
inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024

**Para optar el Título de**  
Especialista en Riesgo Obstétrico

**Presentado por:**

**Autora:** Méndez Cotrina, Mervin Erika


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9193-353X>

**Asesora:** Dra. Sanz Ramírez, Ana María

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7515-5336>

**Lima – Perú**

**2025**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 24/10/2025</b>

Yo, Mervin Erika Méndez Cotrina, egresada de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Obstetricia** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“USO DE MISOPROSTOL EN LA PREVENCION DE HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LIMA, ENERO 2024”**

Asesorado por el docente: ANA MARIA SANZ RAMIREZ DNI 10556523 ORCID 0000-0002-7515-5336 tiene un índice de similitud de (6) (SEIS %) con código OID: 14912:517604645 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Firma de autor 1  
 Mervin Erika Méndez Cotrina  
 DNI: 32961193



.....  
 Firma  
 Ana María Sanz Ramírez  
 DNI: 10556523

Lima, 24 de octubre de 2025

## **DEDICATORIA**

A mis padres Tomas y Porfiria, por ser la base de mi formación personal y profesional, a mi esposo José Luis e hijas Camila y Alessa, por su estímulo en mi superación, a mis sobrinos para que este sea un reflejo que con esfuerzo y dedicación se logran todos los objetivos y a toda mi familia.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme la fortaleza y perseverancia, a mis padres, por su amor incondicional, apoyo constante y enseñarme el valor esfuerzo, a mis docentes y asesora de tesis, por su guía, paciencia y compromiso con mi formación profesional. A la Universidad Norbert Wiener, por brindarme las herramientas necesarias para desarrollar esta investigación. A los profesionales del hospital de nivel III en Lima, por facilitar el acceso a la información.

## **INDICE**

Portada

Título

Dedicatoria

Agradecimiento

Índice general

Resumen

Abstract

## **Introducción**

### **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

1.1. Planteamiento del problema

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

1.2.2 Problemas específicos

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

1.3.2 Objetivos específicos

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

1.4.2 Metodológica

1.4.3 Práctica

1.5. Limitaciones de la investigación

### **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación

2.2. Bases teóricas

2.3. formulación de la hipótesis

### **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

3.1. Método de la investigación

3.2. Enfoque de la investigación

3.3. Tipo de investigación

- 3.4. Diseño de la investigación
- 3.5. Población, muestra y muestreo
- 3.6. Variable y operacionalización
- 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos
  - 3.7.1. Técnica
  - 3.7.2. Descripción
  - 3.7.3. Validación
  - 3.7.4. Confiabilidad
- 3.8. Procesamiento y análisis de datos
- 3.9. Aspectos éticos

## **CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

- 4.1. Resultados
- 4.2. Análisis descriptivos de resultados
- 4.3. Discusión de resultados

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

- 5.1. Conclusiones
- 5.2. Recomendaciones

## **REFERENCIAS**

## **ANEXOS**

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Instrumento

Anexo 3: Validación de instrumento

Anexo 4: Confiabilidad de instrumento según juicio expertos

Anexo 5: Aprobación del comité de ética

Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos

Anexo 7: Informe del asesor de turnitin



## Resumen

**Objetivo:** Describir el uso de misoprostol en la prevención de la hemorragia posparto en puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024. **Material y Método:** Enfoque cuantitativo, diseño observacional, descriptivo básico, retrospectivo y transversal. Muestra 74 historias clínicas. Técnica: Análisis documental. Instrumento: ficha de recolección de datos. Análisis descriptivo mediante SPSS. **Resultados:** los principales factores de riesgo para HPP: multiparidad 89.2%, edad materna avanzada 63.5%, cesárea anterior 4.1%. Principales causas de HPP: macrosomía fetal 2.7%, parto precipitado 2.7%, retención de restos placentarios 23%. El 98.6 % contractura uterina con loquios normales desde los 30 minutos posparto; 25.7 % loquios abundantes. Hipotonía y sangrado activo fueron aislados ( $\leq 2.8\%$ ). Efectos adversos según dosis administrada de misoprostol: 7% con 400 mcg: 60 % escalofríos y 40% ningún efecto. El 9% con 600 mcg: 14.3% náuseas y cefaleas, 100% escalofríos. 84% con 800mcg: 8.1% náuseas, 4.8% vómitos, 17.7% cefalea, 100% escalofríos. Efectos adversos según vía de administración; 6.8% por vía SL: 60% escalofríos, 40% ningún efecto; 87.8% por vía IR: 7.7% náuseas, 4.6% vómitos, 16.9% cefaleas, 100% escalofríos; finalmente, 5.4% por vía IR+ SL: 25% náuseas y cefalea, 100% escalofríos.

**Conclusiones:** El uso de misoprostol favorece en la contractilidad uterina, y estabilidad hemodinámica en la mayoría de puérperas inmediatas, la vía de administración intrarectal presentó mayores efectos adversos, el principal factor de riesgo y causa fueron la multiparidad y retención de restos placentarios respectivamente.

**Palabras clave:** misoprostol, hemorragia posparto, puérperas inmediatas.

## **Abstract**

**Objective:** To describe the use of misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage in immediate postpartum women treated at a level III hospital in Lima, January 2024. **Materials and Methods:** Quantitative approach, observational, basic descriptive, retrospective and cross-sectional design. Sample: 74 medical records. Technique: documentary analysis. Instrument: data collection sheet. Descriptive analysis performed using SPSS. **Results:** The main risk factors were multiparity (89.2%), advanced maternal age (63.5%), and previous cesarean section (4.1%). The most frequent causes were fetal macrosomia (2.7%), precipitous labor (2.7%), and retained placental fragments (23%). Uterine contractility with normal lochia was observed in 98.6% from 30 minutes postpartum; 25.7% presented abundant lochia. Cases of hypotonia and active bleeding were isolated ( $\leq 2.8\%$ ). Adverse effects by administered dose: 7% received 400 mcg (60% chills, 40% no effects); 9% received 600 mcg (14.3% nausea and headache, 100% chills); 84% received 800 mcg (8.1% nausea, 4.8% vomiting, 17.7% headache, 100% chills). Adverse effects by route of administration: 6.8% sublingual (60% chills, 40% no effects); 87.8% rectal (7.7% nausea, 4.6% vomiting, 16.9% headache, 100% chills); 5.4% combined rectal + sublingual (25% nausea and headache, 100% chills). **Conclusions:** Misoprostol promotes uterine contractility and hemodynamic stability in most immediate postpartum women. The rectal route presented more frequent adverse effects. Multiparity and retained placental fragments were the main risk factor and cause, respectively.

**Keywords:** misoprostol, postpartum hemorrhage, immediate postpartum women

## **INTRODUCCION**

La hemorragia posparto (HPP), es una de las principales causas de mortalidad materna por lo tanto para reducirla y/o prevenirla se utilizan prostaglandinas, que son sustancias que actúan provocando contracciones uterinas de gran intensidad, principalmente el misoprostol, análogo de la prostaglandina “E1”, cuya vía de administración oral ( sublingual) como rectal durante el tercer periodo del parto han demostrado efectividad, sin embargo los efectos adversos como fiebre, hipertermia, escalofríos, cefaleas, nauseas o vómitos no superar al beneficio, no obstante su uso amerita precaución tanto en la dosis como en la vía de administración.

La investigación se estructura en 5 capítulos que a continuación se detalla:

Capítulo I: Planteamiento del problema, se expone detalladamente la problemática que conllevaron a la realización de este estudio.

Capitulo II: Marco teórico, el cual constituye el soporte teórico que sustenta esta investigación.

Capitulo III: La metodología, en este acápite se detalla toda la realización del estudio de inicio hasta el final.

Capitulo IV: Presentación y discusión de resultados, se analiza las mediciones realizadas a la variable, así como el conocer la relación entre las variables, sus dimensiones, y las diferencias o similitudes con otros estudios ya realizados.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, en esta sección se sintetiza los hallazgos más relevantes de la investigación, así como algunas recomendaciones en futuras investigaciones afines a esta temática.

## **CAPITULO I. EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema.**

Según OMS, la mortalidad materna a nivel mundial, nacional y regional entre el 2000 y 2020 revelaron que en el 2020 se registraron aproximadamente 287,000 muertes maternas a nivel mundial, significando un ligero descenso en comparación con el 2016 que fueron 309,000, Implementado los ODS 2030, las Naciones Unidas observan un estancamiento y en algunos casos retrocedieron en el logro. (1)

Aunque se han logrado avances considerables en la disminución de la mortalidad materna, durante el 2000 y 2015, el progreso se ha estancado y en algunos casos ha retrocedido, por lo tanto, la OMS, resalta que urge garantizar que todas las mujeres y niñas accedan a las atenciones de salud antes, durante y después del parto ejerzan sus derechos a plenitud. (2)

La mortalidad materna, es un problema crítico que afecta a mujeres mundialmente, siendo tres las principales causas de muerte materna que destaca la OMS: Hemorragias graves que ocurren principalmente después del parto representando aproximadamente en un 75 % de ocurrencias y que pueden ser prevenibles, prevaleciendo a la Atonía uterina desencadenante a hemorragias posparto, para lo cual enfatiza en el manejo activo del trabajo del parto; la segunda causa observada es la Hipertensión durante el embarazo (Preeclampsia y eclampsia), y tercera; las Infecciones relacionadas con el embarazo que también contribuyen con la mortalidad materna.(1)

Según el informe; “Tendencias en la mortalidad materna “, reciente del 23 de febrero de 2023, de varios organismos de las Naciones Unidas, destacan preocupantes retrocesos en la salud de las mujeres, pues en la mayoría de regiones del mundo la estadística de muertes maternas se ha incrementado o detenido en su reducción; una mujer fallece cada dos minutos por complicaciones durante el embarazo y/o el parto. (3)(4)

Entre las complicaciones como las hemorragias severas, hipertensión arterial, infecciones relacionadas al embarazo, derivadas de abortos con

factores de riesgo y afecciones preexistentes (VIH, SIDA y paludismo); representan las causas más sobresalientes de mortalidad materna. Sin embargo, el informe destaca que son situaciones prevenibles. (3)

Según el “Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades- MINSA”, Perú reporta durante el año 2022, que la mortalidad materna por causas directas e indirectas ha disminuido en un 41%, comparando con 2021, con un promedio semanal de 5.6 muertes maternas, sin embargo, se registraron picos hasta de 12 muertes por semana en algunos momentos. (5)

En la semana 18 del 2023, notificaron 91 muertes maternas, representando un descenso del 20,2% comparado con el año anterior durante el mismo periodo, siendo el promedio semanal 5.1 muertes maternas con un máximo de 9 muertos durante la semana 4. (4)

En tanto, en el 2023, Lima, registró 12 muertes maternas, mientras que Loreto y San Martín registraron 8 muertes cada uno por causas directas e indirectas ocurridas hasta las 42 semanas posparto. Las Hemorragias y los trastornos hipertensivos son las que prevalecieron como mayor causa, de ellas la Hemorragia con 40,6% ocurridos extrainstitucional y el 17,6 % de muertes fueron institucional. (5)

Entre las principales causas en emergencias obstétricas, la Hemorragia Posparto es una de las más consideradas y los factores de riesgo incluyen la edad materna avanzada y las enfermedades crónicas. Etiológicamente la Inercia uterina es la más común, se refiere a la imposibilidad del útero de contraerse posterior al parto. La prevención se enfatiza en el manejo activo del trabajo de parto y el tratamiento puede variar entre el uso de terapias farmacológicas uterotónicos como la oxitocina, prostaglandinas (misoprostol) e incluso a la histerectomía de urgencia. (6)

En un hospital de tercer nivel en Lima, el útero con tendencia a la hipotonía, es un evento obstétrico frecuente, tanto en mujeres poscesareadas como en puérperas inmediatas de parto vaginal, dado que se atiende a una población diversa y con distintos factores de riesgo. Por

ello, debemos estar en alerta para evitar la morbimortalidad materna causada por estas condiciones. Entre las medidas inmediatas de prevención y solución, se encuentra el alumbramiento dirigido con el uso de tocolíticos; la oxitocina, que es de primera elección, sin embargo se observa el incremento del uso de misoprostol, por lo cual es fundamental describir las características del uso del misoprostol en la prevención de hemorragia posparto en puérperas inmediatas. Este estudio permitirá identificar patrones de uso, variaciones en la administración y los resultados obtenidos, contribuyendo con información relevante para optimizarla.

## 1.2. Formulación del problema

### 1.2.1 Problema general

¿Cuál es el uso del misoprostol en la prevención de hemorragia posparto en puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024?

### 1.2.2. Problemas específicos

a) ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para una hemorragia posparto en puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024?

b) ¿Cuáles son las principales causas de hemorragia posparto en puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024?

c) ¿Cuáles son los efectos adversos según la dosis de administración de misoprostol en puérperas inmediatas para la prevención de hemorragia posparto atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024?

d) ¿Cuáles son los efectos adversos según la vía de administración del misoprostol en puérperas inmediatas para la prevención de hemorragia posparto atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024?

## 1.3. Objetivos de la investigación

### 1.3.1. Objetivo general

Describir el uso de misoprostol en la prevención de la hemorragia posparto en puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024.

### 1.3.2. Objetivos específicos

a) Identificar los principales factores de riesgo para una hemorragia posparto en

puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024.

b) Identificar las principales causas de la hemorragia posparto en puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024.

c) Identificar los efectos adversos según la dosis de administración del misoprostol en puérperas inmediatas para la prevención de hemorragia posparto atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024.

d) Identificar los efectos adversos según la vía de administración del misoprostol en puérperas inmediatas para la prevención de hemorragia posparto atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024.

#### 1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica: El estudio contribuyó con el conocimiento actualizado del uso de misoprostol en la prevención de la hemorragia posparto y efectos adversos en puérperas inmediatas.

1.4.2. Metodológica: El estudio investigó y describió el uso de misoprostol que se prescribe para prevenir la hemorragia posparto en puérperas inmediatas en un hospital de nivel III, en Lima, así como también los efectos adversos según la dosis y vía de administración hacia las pacientes.

1.4.2. Práctica: A través del presente estudio se conoció el uso de misoprostol y efectos adversos, así como los factores de riesgo y causas que presentaron las puérperas inmediatas para hemorragia posparto, y optar por el riesgo beneficio para su tratamiento.

#### 1.5. Limitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal: El estudio se realizó en el periodo de enero a abril del 2024.

1.5.2. Espacial: El estudio se realizó en un hospital de nivel III, ubicado el departamento de Lima, distrito de Jesús María.

1.5.3- Población o unidad de análisis: Púerperas inmediatas que presentaron riesgo para hemorragia posparto en las que se usó misoprostol (prostaglandinas) como tratamiento de prevención, en un Hospital de nivel III, durante el periodo de enero a abril 2024.

## **CAPITULO II. MARCO TEORICO:**

### 2.1. Antecedentes de la investigación.

#### **Antecedentes Internacionales**

Carlos J. (2022), planteó como **objetivo** “Analizar la revisión bibliográfica acerca del beneficio del uso del misoprostol en caso de hemorragia puerperal en Bolivia”, **Metodología:** descriptivo, analítico, utilizando Meta buscadores científicos, encontrando como **resultado** que el misoprostol fue más seguro a través de la vía oral que por la vía vaginal, entre los efectos secundarios comunes fueron, fiebre, náuseas, vómitos por lo tanto se **concluye** que el uso del misoprostol debe ser con cautela y cuando no se disponga de oxitocina. (7)

Albornoz y Gonzales (2022) plantearon como **objetivo:** “Analizar los cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia obstétrica durante el puerperio inmediato y puerperio mediato (HPP)” - desde Ecuador. **Metodología:** observacional, transversal y descriptivo. **Muestra:** 21 artículos. “La primera intervención es el masaje y una compresión uterina bimanual en caso de espera agentes uterotónicos”. La oxitocina ha sido eficaz incluso en contextos de baja capacitación del personal, y **misoprostol es menos eficaz y presenta mayor pérdida de sangre** que con el uso de oxitocina. **Conclusión:** Elaborar protocolos estándares para equipos multidisciplinarios que permitan manejar adecuadamente la HPP primaria y secundaria. (8)

Soria C. (2022) tuvo como **objetivo:** “Describir el manejo de la hemorragia postparto secundaria a atonía uterina en mujeres latinoamericanas en edad fértil del 2010 al 2020”. **Metodología:** Descriptivo. Técnica e instrumentos: Descriptores en Ciencias de la Salud: fuentes primarias como tesis, tesinas, informes de investigación, opiniones de especialistas, artículos científicos en línea, publicaciones oficiales, y libros especializados en ginecología y obstetricia, como fuentes secundarias bases de datos de bibliotecas virtuales tanto nacionales como

internacionales (Scielo, MedLine, PubMed, HINARI, y LILIACS).

**Conclusión:** Por vía rectal, la dosis a utilizar es de 800mcg de forma única y se espera respuesta entre 40 – 60 min. Por vía sublingual, la dosis es única de 600mcrg y se espera respuesta a los 35 minutos. A demás, concluye que entre sus principales factores de riesgo que se han identificado en las mujeres latinoamericanas: edad (jóvenes), ingresos económicos bajos, ser madres solteras o estar unidas, parto prolongado, mal manejo del tercer periodo activo del parto, pocos o ningún control prenatal, embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal y parto precipitado. (9)

Valle R. (2020), realizó un estudio cuyo objetivo fue comparar la eficacia y efectos adversos de la terapia con misoprostol + mifepristona en pacientes del hospital general de Naucalpan – México en el 2020, observacional, retrospectivo, comparativo, identificaron que el principal efecto adverso fue la fiebre, sin embargo, el tratamiento con misoprostol fue seguro, eficaz y aceptable. (10)

López L. (2020), realizó su estudio en una paciente con hemorragia posparto producto de una atonía uterina y medicada con misoprostol vía sublingual en dosis de 800 microgramos observándose hiperpirexia secundaria al uso de misoprostol sublingual; en algunos casos observaron que necesitaron manejo en unidad de cuidados intensivo. Sin embargo, las pacientes tuvieron una buena evolución clínica. (11)

Kosh et al. (2019) plantearon como **objetivo** “Caracterizar el uso del fármaco misoprostol para el tratamiento de la hemorragia posparto en mujeres embarazadas”, con un **estudio** observacional descriptivo, con datos de gestantes en las que se usó el misoprostol. identificaron 717 prescripciones de misoprostol, de los cuales el 10% fueron por presentar hemorragia posparto, el 25% por cesáreas previas, 47,2% tuvieron uso profiláctico de oxitocina. El tratamiento en hemorragia posparto tuvo éxito en el 84,7%. De ellos el 79,2% también utilizaron oxitocina y el 54,2% metilergonovina, **concluyeron** que el misoprostol demostró ser eficaz y seguro en el tratamiento de las hemorragias posparto, causada principalmente por atonía uterina (12)

Tello P. (2019), realizó un estudio experimental, de un proyecto de caso clínico controlado, comparó “El protocolo de prevención de HPP vigente en un Hospital Universitario de Zaragoza con las medidas habituales de prevención que se realizaban en un Hospital de Jaén”, cuyo objetivo fue “Determinar la eficacia de la administración de 600µg de Misoprostol vía rectal en la prevención de HPP en mujeres que presentan algún factor de riesgo”. La muestra fue de 1082 mujeres (541+541), valoró en ambos grupos si había la necesidad o no de aplicar medidas terapéuticas ante una HPP. Inicialmente realizó un análisis con una variante descriptiva. Luego, analizó el efecto del Misoprostol administrado vía rectal a través del análisis Chi<sup>2</sup> de Pearson, con resultados significativos del 5% (p <0.05%) con intervalo de confianza del 95 %. (13)

#### **Antecedentes Nacionales.**

Huamán y Yance (2023) plantearon como **objetivo**: “Describir como se da la hemorragia postparto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital Rezola de Cañete durante el año 2022”. **Metodología**: Descriptiva - retrospectivo además transversal. **Resultado**; las puérperas con Hemorragia posparto fueron 9.8% en jóvenes ama de casa, 28.8% Nulíparas, 47.5% primíparas, 19.2% Multíparas y 4.5% Gran Multíparas, 58.1% con más de 6 CPN, 17.2% presentaron antecedentes de HPP. Entre las causas: de HPP por atonía uterina, 42.0% presentó parto prolongado, 25.2% multiparidad y 20.7% partos precipitados mientras que, 25.8% presentó retención placentaria y membranas ovulares, el 48.0% presentó desgarro perineal. **Concluyeron** que la HPP ocurrió en un 9.8%, en jóvenes de ocupación ama de casa, con nivel secundaria y primíparas. (14)

Soto y Aroquipa (2022) tuvieron como **objetivo** “Determinar cómo es la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki”, **Metodología**: descriptiva y prospectiva. **Resultado**: 10.4 % de puérperas presentaron hemorragia posparto, mientras que 44.2% de ellas, presentaron hemorragia primaria en el posparto. siendo el 26.9% de ellas por atonía uterina, seguido del 9.6%

entre laceraciones y traumatismos localizados en el canal del parto, 7.7.% retención placenta y finalmente el 55.8% presentó hemorragia secundaria, en tanto 21.2% de ellos presentó subinvolución del lecho placentario, por endometritis el 5.8%, retención de restos placentarios el 28.2%, 13.5% presentó shock hipovolémico. (15)

Cruz E. (2022) en su **objetivo** “Determinar cómo los factores se asocian a las hemorragias obstétricas en el posparto en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca en el periodo de septiembre a diciembre del 2022”. **Metodología:** observacional, de nivel correlacional. **La población:** 202 historias clínicas. **Muestra:** 132; **técnica:** análisis documental, **instrumentos:** ficha de recolección de datos. **Resultados:** se obtuvo como factores personales de riesgo; primípara 28,8%; multípara 2-3 46,2%; edad materna 26 a 35 años 50,8%; legrado uterino 37,1%; factores obstétricos de riesgo: parto precipitado 5,3%; índice de masa corporal con sobre peso 50,0%; retención de restos membranosos 4,5%; lesiones del canal del parto genital por desgarros perineales 36,4%. **Conclusión:** los factores se asocian significativamente a las hemorragias obstétricas en el posparto en el Centro de Salud Santa Adriana; en donde se tuvo como prueba estadística Chi cuadrada de Pearson con un p valor de (Sig. = 0,000). (16)

Ramos C. (2021) tuvo como **objetivo:** “Determinar cómo se da la atonía uterina en puérperas atendidas en el Centro de Salud Libertad-Huancayo 2020”. **Metodología:** descriptivo transversal. **Población y Muestra:** censal. **Técnica e instrumento:** análisis documental y ficha de recolección de datos. **Resultado:** 47.1% presentaron atonía uterina precoz, 52.9% atonía uterina tardía. La edad mínima fue 18 y la máxima 39 años de edad. La causa de atonía uterina fue: 44.1 % agotamiento muscular por parto prolongado, 35.3% Alumbramiento tardío y 20.6 % retención de placenta. Los principales factores de riesgo de atonía uterina: el 41.2% RPM prolongado, 26.5% antecedentes de hemorragia posparto, 17.6% multiparidad y 52.9% tuvieron igual o mayor a 6CPN, mientras el 47.1%

CPN incompletos. El 29.4% recibieron misoprostol 400 mcg vía Intra rectal eficaz. (17)

Vásquez F. (2020) en su objetivo “Conocer los factores de riesgo más prevalentes en Hemorragia post alumbramiento como anemia. Multiparidad y macrosomía fetal en puérperas Es SALUD II- Chimbote 2020”. **Metodología:** Descriptivo, retrospectivo y transversal. **Técnica e instrumento:** Análisis documental y ficha de recolección de datos de historias clínicas. **Concluye** que, sin el conocimiento adecuado de diagnóstico y tratamiento sobre factores de riesgo, más prevalentes en Hemorragia post alumbramiento como anemia. Multiparidad y macrosomía fetal, la paciente tendría serias complicaciones. (18)

## 2.2. Bases teóricas:

### **Prostaglandinas**

En 1930, Kurzrok y Lieb, ginecólogos de Nueva York; identificaron las propiedades estimulantes de las prostaglandinas en el músculo uterino humano mientras estudiaban los efectos del líquido seminal. Años más tarde, Goldblatt y von Euler investigaron de forma independiente los efectos del plasma seminal en el músculo liso, y von Euler acuñó el término "prostaglandina", basándose en extractos de glándulas vesiculares de ovejas. Aunque inicialmente el término fue impreciso, se comprobó que estas moléculas están presentes en numerosos tejidos y fluidos biológicos. En la década de 1960, Sune Bergström, junto con Sjövall, revitalizó el estudio de las prostaglandinas al cristalizar dos de ellas y definir sus estructuras. Este descubrimiento marcó un hito en la comprensión de estos compuestos bioactivos. (19)

Posteriormente, en 1936, por primera vez las prostaglandinas, fueron aisladas por Von Euler, en extractos de vesículas seminales y semen humano; sin embargo, se forman en todos los tejidos del cuerpo a partir ácidos grasos esterificados, principalmente en el ácido araquidónico. (20) El ácido araquidónico es transformado en prostaglandinas.

Las Prostaglandinas (PG) son ácidos grasos con 20 átomos de carbono, conteniendo un anillo ciclopentano, estos carbonos son enumerados desde el número uno siendo el grupo carboxilo hasta el 20 correspondiente al grupo metilo, las prostaglandinas difieren por el grado de saturación en su anillo y en la cadena lateral alifática. Los números designados como el 1,2,3 ..., corresponden de acuerdo a dobles enlaces en las cadenas alifáticas. (20)

Desde su liberación, las Prostaglandinas pueden actuar como mediadores en múltiples cambios celulares, además tener efectos de estimulación o inhibición. (20)

Al actuar las enzimas ciclo-oxigenasas 1 y 2 sobre el ácido araquidónico, producen prostaglandina G<sub>2</sub>, luego se convierte en H<sub>2</sub> y con ella se forman E<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> y F<sub>2</sub>α. El tromboxano sintetasa, la PGG<sub>2</sub> y H<sub>2</sub> son metabolizadas a tromboxano A<sub>2</sub>, en las plaquetas, siendo un agregante plaquetario muy potente y vasoconstrictor; mientras que, en el endotelio, estas PG se van a metabolizar a PGI<sub>2</sub>, vasodilatador y antiagregante plaquetario. por acción de la prostaciclina sintetasa. (20)

Los análogos sintéticos se han desarrollado con el objetivo de obtener compuestos con mayor estabilidad, más específicos y efecto más prolongado. En obstetricia, las prostaglandinas de uso son las E<sub>1</sub>, E<sub>2</sub> y F<sub>2</sub>a (20)

### **El misoprostol.**

Desarrollado en los años 70 por el laboratorio G.D. Searle & Co. en Estados Unidos, es un análogo sintético de una prostaglandina. Inicialmente registrado como protector de la mucosa gástrica, en Latinoamérica su aplicación se amplió al ámbito de la ginecología debido a sus efectos en la inducción de contracciones uterinas, lo que llevó a su uso como medicamento abortivo. (21)

En resumen, el misoprostol evolucionó de su propósito inicial en gastroenterología hacia aplicaciones gineco obstétricas, marcando un cambio significativo en su utilización médica. (21)

Mecanismos de acción.

El misoprostol, un análogo de la prostaglandina E1, actúa sobre el músculo uterino uniéndose con los receptores específicos en las células del músculo liso uterino (EP1, EP2, EP3 y EP4). Esto desencadena una serie de eventos:

Aumento del calcio intracelular: cuando su concentración aumenta, las células comienzan a contraerse, generando contracciones uterinas.

Producción de óxido nítrico: relaja los vasos sanguíneos mejorando el flujo sanguíneo hacia el útero.

Activación del adenilato ciclasa: Esta enzima produce AMP cíclico (cAMP), que funciona como el "regulador del ritmo", asegurando que las contracciones sean controladas y efectivas.

Cambios en la expresión génica: influencia en los genes relacionados con la contracción y relajación del músculo uterino para optimizar su funcionamiento. (22)

Este mecanismo convierte al misoprostol en una herramienta clave para inducir contracciones uterinas, ablandar el cuello uterino y controlar hemorragias posparto. (23)

Según FIGO (Federación internacional de obstetricia y ginecología) en su actualización en el año 2023, presenta la Tabla de dosificación de misoprostol únicamente (Para su uso SOLO cuando la mifepristona no se encuentra disponible), los regímenes recomendados en el posparto:

Profilaxis de la hemorragia posparto (HPP): Misoprostol 600 µg SL única dosis.

Tratamiento de la hemorragia posparto (HPP): Misoprostol 800 µg SL única dosis.

La vía SL/VO se asocia con más efectos secundarios. (24)

Cuadro comparativo entre las guías de FIGO y FASGO sobre el uso de misoprostol para la prevención de la hemorragia posparto (HPP):

<b>Aspecto</b>	<b>FIGO</b>	<b>FASGO</b>
<b>Dosis recomendada</b>	600 µg por vía oral para prevención primaria.	Similar a FIGO, 600 µg por vía oral.
<b>Vía de administración</b>	Sublingual, oral o rectal dependiendo de la situación clínica.	Oral como primera opción.
<b>Uso en entornos sin recursos</b>	Recomendado en áreas con acceso limitado a oxitocina.	Enfatiza su utilidad en partos domiciliarios sin asistencia profesional.
<b>Evidencia adicional</b>	Actualizaciones frecuentes basadas en evidencia clínica.	Basado en estudios regionales y adaptado a contextos locales.

Ambas organizaciones coinciden en la importancia del misoprostol como alternativa en entornos con recursos limitados, pero FIGO tiende a proporcionar guías más detalladas y actualizadas.

Los posibles efectos adversos del misoprostol incluyen diarrea, molestias abdominales, dolores de cabeza, indigestión, acumulación de gases, náuseas, vómitos y fiebre, que en raros casos puede manifestarse como hipertermia maligna. (26)

### **Hemorragia Posparto**

La Hemorragia postparto es una complicación preocupante que pueden surgir en el puerperio. El uso de oxitócicos, y la atención obstétrica con calidad logran que su incidencia no supere el 5% aunque estas cifras son según estadísticas de países desarrollados. Sin embargo, es una de las tres primeras causas de la mortalidad materna a nivel mundial, y pueden ser evitables en la mayoría de los casos. (27)

La Hemorragia Posparto, es definida como la pérdida del volumen sanguíneo mayor a 500ml en parto por vía vaginal o mayor a 1000 ml en parto por vía alta o cesárea, comúnmente asociado a atonía uterina, además por retención de tejidos uterinos y placentarios, también por traumatismos o trastornos en la coagulación, para lo cual se estableció administrar uterotónicos durante el trabajo de parto para prevenirlas, no obstante, algunos estudios proponen administrar ATX, que es un antifibrinolítico, de esta forma prevenir de HPP durante las cesáreas. (27)

Se considera que la realización de episiotomía, así como el parto vía cesárea, y trabajo de parto prolongado, pueden provocar una mayor pérdida del volumen sanguíneo. (27)

### **Clasificación**

Según “La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia” (FASGO), HPP presenta causas y las clasifica en 4 grupos, (4T), correspondientes al tono, al tejido, al traumatismo y a trastorno en la coagulación.

La Atonía uterina es la principal causa de HPP referida al tono uterino y representa el 80 a 90% de esta patología, correspondiendo a una deficiencia de la contractibilidad del útero. (28)

Los tejidos se refieren a los componentes de la concepción entre retención de restos placentarios en la cavidad uterina tras el parto, representando al 9 % aproximadamente en los casos de HPP.

Los traumatismos relacionados a desgarros y laceraciones del canal del parto, y/o del útero (rotura o inversión uterina) observándose incluso al 20% de las hemorragias obstétricas. (28)

Los trastornos de coagulación llamadas coagulopatías ya sean adquiridas o hereditarias (la enfermedad de Von Willebrand) o Síndrome de HELLP, que son causas al rededor del 1 de cada 100 de Hemorragias posparto. (28)

Según “ La Federación Internacional de Gineco Obstetricia” (FIGO) en el 2022, las guías clínicas se deben administrar de forma rutinaria, un fármaco uterotónico en todos los partos durante el alumbramiento que es la tercera fase del trabajo de parto, como primera elección la oxitocina, como dosis recomendada de 10 UI sea por vía endovenosa o

intramuscular, para cesárea considera el uso de ergometrina o metilergometrina, 200 ug IM/IV; además de misoprostol vía oral de 400 a 600ug o carbetocina 100 mg IM/IV. (29)

La HPP al definirse como la pérdida del volumen sanguíneo superior a 500 ml tras un parto por vía vaginal o mayor a 1.000 ml tras un parto vía alta o cesárea, presenta el inconveniente de la subjetividad del personal que atiende, quien comúnmente subestima las cifras. Es por ello que se añade a la definición como un sangrado excesivo, considerando aquella que produce en la paciente síntomas y/o signos de hipovolemia. (30)

Según las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología, 2023, del instituto nacional materno perinatal (INMP) – maternidad de lima, menciona que, después del parto vaginal o por cesárea, es normal cierta pérdida de sangre, pero si esta supera ciertos límites, se clasifica como patológica. La hemorragia obstétrica es difícil de definir con precisión debido a las múltiples interpretaciones existentes. Según la OMS, se considera hemorragia obstétrica cuando hay una pérdida de sangre de 500 ml o más dentro de las primeras 24 horas tras el parto. (31)

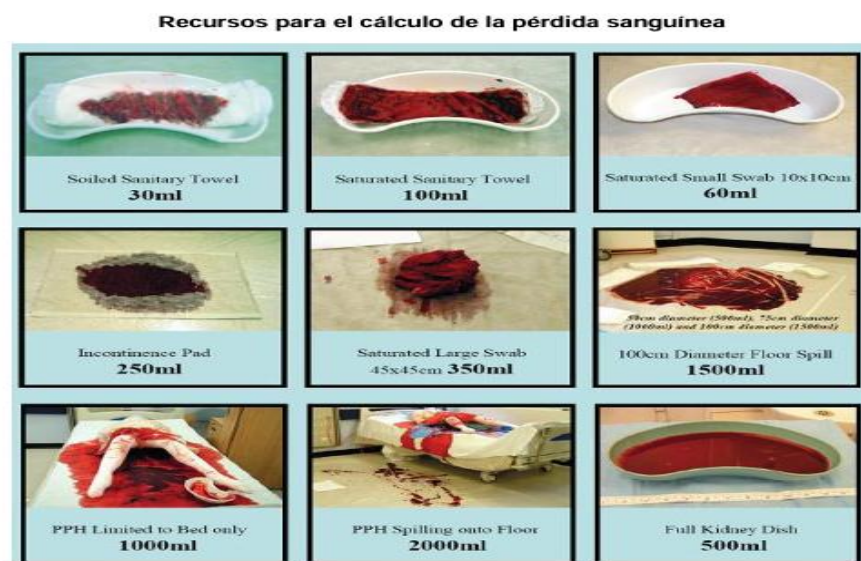
También considera definiciones de HPP a la pérdida sanguínea que produce compromiso hemodinámico, que requiere de transfusión sanguínea. Así como a la caída en más del 10% y/o 2,9 g% en la hemoglobina y a la pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal. (31)

La guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de hemorragias posparto del hospital San Bartolomé: “HONADOMANI” coincide con FIGO, y con lo mencionado en la guía de práctica clínica del INMP considerando a la HPP, “la caída en más de 10% y/o 2,9 g% en la hemoglobina y a la pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal”. (32) Se considera que la Hemorragia posparto precoz es la que ocurre dentro de las 24 horas posterior al parto mientras que la tardía es la que se presenta después de 24 horas de haberse producido el parto hasta 6 semanas posteriores. (27)

Según FASGO (2019). la Hemorragia posparto (HPP) se clasifica como primaria o secundaria según su tiempo de aparición. La HPP primaria

ocurre dentro de las primeras 24 horas tras el parto, mientras que la secundaria sucede entre las 24 horas y las 12 semanas posteriores. Sus causas incluyen la retención de restos placentarios y/o infecciones. (33)

La estimación visual de la pérdida de sangre tiende a ser imprecisa y subestimada, lo que puede retrasar las intervenciones terapéuticas. Para una medición más objetiva, se utilizan métodos como la bolsa de recolección de sangre, que es una herramienta calibrada diseñada para recoger y medir con precisión el volumen de sangre perdido inmediatamente después del parto. (33)



Según las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología, 2023, del instituto nacional materno perinatal (INMP) – maternidad de lima (31)

### **Causas de la hemorragia postparto**

Principalmente incluye la atonía uterina (tono), traumatismos y laceraciones, así como retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. Por ello la regla nemotécnica para facilitar recordarlas son las 4 «T»: Tono de atonía uterina, Tejido, referido a retención de productos de la concepción, Trauma correspondiente a lesiones del canal genital, y Trombina en relación a alteraciones de la coagulación. (27)

### **Factores de riesgo asociados a Atonía uterina**

Sangrado vaginal abundante, con útero aumentado de tamaño que no se contrae.

Antecedentes: multiparidad, y edad materna avanzada.

Características: Macrosomía, polihidramnios, embarazo múltiple, DPP, Parto prolongado, Parto precipitado, corioamnionitis, miomatosis, maniobra Kristeller, obesidad. (34)

### **Prevención de la hemorragia postparto**

Según la OMS, Las recomendaciones para prevenir la hemorragia posparto (HPP) incluyen proporcionar agentes uterotónicos durante el alumbramiento. La oxitocina (IM/IV, 10 UI) es el uterotónico preferido, pero en lugares sin acceso a esta, se pueden usar otros agentes uterotónicos o combinación de ergometrina y oxitocina, como también misoprostol oral 600ug VO como alternativas. La tracción controlada del cordón umbilical (TCC) se considera opcional solo con presencia de personal capacitado, pero está contraindicada en su ausencia. Por otro lado, el pinzamiento temprano del cordón está generalmente contraindicado. (35)

No se recomienda el masaje uterino continuo en mujeres que recibieron oxitocina profiláctica, ya que puede causar molestias y no siempre reduce la pérdida de sangre. Sin embargo, se enfatiza la importancia de la vigilancia del tono uterino mediante palpación abdominal para detectar de manera temprana la atonía uterina.

En partos por cesárea, la oxitocina también es el uterotónico de elección. Se recomienda preferir la tracción del cordón umbilical a la extracción manual para ayudar a la expulsión de la placenta. (35)

El misoprostol se considera útil por personal sanitario de la comunidad o personal de salud para contribuir a la prevención de la HPP. (35)

Identificar y reconocer a través de signos y síntomas los factores de riesgo, pero hay que recordar que 2/3 de los casos se dan en mujeres sin ninguno de estos factores, por lo cual debemos mantener una conducta de alerta:

- Administración de uterotónicos como la oxitocina.
- Clampaje y sección precoz del cordón umbilical.
- Tracción suave y mantenida del mismo.

- Masaje uterino tras alumbramiento. (36)

Referente al uso de medicamentos oxitócicos, utilizados para prevenir la HPP inmediato al nacimiento y alumbramiento:

La oxitocina, recomendada con alta prioridad por la OMS, se utiliza ampliamente debido a su eficacia en provocar contracciones uterinas similares a las del parto, con pocos efectos adversos. Sin embargo, presenta limitaciones como su corta vida media de 3 a 5 minutos. (28)

La ergonovina induce contracciones uterinas sostenidas y tiene una vida media de entre 30 y 120 minutos. Al ser un agente vasoconstrictor, puede ocasionar hipertensión arterial, lo que requiere precaución en su uso. Por lo general, se administra como agente único en dosis de 0,2 mg de metilergonovina por vía intramuscular. En algunos países, existe un preparado combinado de ergonovina y oxitocina conocido como sintometrina. (37)

El misoprostol, un análogo de la prostaglandina E1, se caracteriza por su rápida absorción a los 10 minutos a través de la vía oral, sublingual, vaginal o rectal, siendo las dos primeras las vías más rápidas de acción, mientras que las vías rectal y vaginal proporcionan una acción prolongada y una mayor biodisponibilidad. La dosis recomendada para la prevención de hemorragia posparto es de 600 mcg por vía oral. Además, puede combinarse con oxitocina para tratamientos específicos. (37)

La carbetocina, un agonista sintético de la oxitocina, es termoestable, se administra como una única inyección intravenosa lenta de 100 mcg, produciendo contracciones uterinas tónicas a partir de los 2 minutos posteriores a la inyección, con una duración de 60 minutos. Cuando se aplica por vía intramuscular (IM), su efecto se prolonga hasta 120 minutos. (37)

#### **Medidas generales y preventivas:**

- Manejo activo durante el tercer periodo del trabajo de parto.

1ero: Oxitocina 10 UI diluidas EV a la salida del hombro anterior, pasar en 10 minutos. Si no se cuenta con vía permeable al momento del parto administrar vía IM.

2do: Tracción controlada del cordón.

3ero. Masaje uterino pos alumbramiento.

- Vigilancia inmediata en posparto: las dos primeras horas posparto o post cesárea, evaluar funciones vitales, tono del útero, sangrado vaginal y otras complicaciones. (38)

En el caso de Atonía Uterina:

Administrar Misoprostol 800 µg vía SL o IR diluida, aunque aún no se registran evidencia que al adicionarlo sea superior a la combinación de oxitocina con ergometrina solas para el tratamiento de HPP primaria. (38)

Durante el puerperio inmediato, definido como las primeras 24 horas posteriores al parto, la vigilancia del sangrado vaginal, denominado loquios, constituye una medida esencial para la detección precoz de complicaciones como la hemorragia posparto o la atonía uterina. En condiciones fisiológicas, los loquios deben ser de tipo rubra, caracterizados por un flujo rojo brillante, moderado y sin mal olor. La presencia de coágulos pequeños puede considerarse normal si no se acompaña de otros signos clínicos. No obstante, el sangrado abundante que empapa más de una toalla sanitaria por hora, así como la aparición de coágulos mayores a 4 cm, requiere intervención inmediata. La vigilancia clínica incluye la evaluación periódica de signos vitales, la palpación del fondo uterino para verificar su consistencia y posición, y la observación directa del volumen y características del sangrado. Ante la sospecha de atonía uterina, se recomienda iniciar masaje uterino, administrar oxitocina (10 UI por vía intravenosa o intramuscular), y considerar el uso de misoprostol (800 µg por vía sublingual o rectal) como alternativa terapéutica en contextos donde otros uterotónicos no estén disponibles. (39)

### 2.3. Formulación de hipótesis

No se consideró hipótesis por ser un estudio descriptivo básico.

## **CAPITULO III. METODOLOGIA:**

### 3.1 Metodología de la investigación

El presente estudio se desarrolló mediante el método de **Análisis Descriptivo**, pues se describió y analizó eventos de manera detallada, clara y objetiva representando la realidad tal y como fue. Presentando objetivos de investigación y no hipótesis.

### 3.2 Enfoque de la investigación

Es un **enfoque cuantitativo**, porque utilizó la recopilación de información para responder a nuestros objetivos planteados, mediante procedimientos estadísticos.

### 3.3 Tipo de investigación

**El tipo de investigación** fue **Descriptivo básico**, porque se buscó el aporte de conocimientos, **Retrospectivo**, porque los datos fueron recolectados a través de historias clínicas y **Transversal** porque los datos fueron recopilados por única vez para poder ser medidos.

### 3.4 Diseño de la investigación

Considerando que el objetivo de la investigación fue “Describir el uso del misoprostol en la prevención de la hemorragia posparto en puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024”, se empleó un **Diseño no experimental: Observacional Descriptivo**, pues no existió manipulación en las variables de estudio, se observó tal como sucedieron los acontecimientos.

**Corte transversal**, porque se estudió en un determinado tiempo y espacio

**Nivel descriptivo** porque se describió las características de las variables de estudio.

### 3.5 Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por 90 historias clínicas de puérperas inmediatas en las que se usó misoprostol como prevención de hemorragia posparto, de un hospital de III nivel, del periodo de enero a abril del 2024,

se consideró la base de datos que en un promedio de partos vaginales fueron de 50 a 60 partos por mes, sin embargo, se seleccionó las de interés de estudio.

La muestra fue hallada a través de la fórmula de población finita, teniendo como resultado a 74 historias clínicas de puérperas inmediatas, las que fueron elegidas a través de números aleatorios con el programa de Excel.

El muestreo fue probabilístico, se usó el muestreo aleatorio simple.

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{e^2 * (N-1) + z^2 * p * q}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra a conocer

N= Población

z= Valor del nivel de confianza=95% = 1.96

p= Proporción de población que poseen las características de estudio= 50%= 0.5

q= Proporción de población que no poseen las características del estudio=50%=0.5

e = Porcentaje o margen de error= 50% 0.05%

Reemplazando los valores de la fórmula tendremos lo siguiente:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 90}{0.05^2 * (90) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 73.91$$

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de puérperas inmediatas atendidas en un hospital nivel III, del periodo de enero a abril del 2024.
- Historias clínicas de puérperas en las que se usó misoprostol durante el puerperio inmediato, en un hospital nivel III, del periodo de enero a abril del 2024.

- Historias clínicas de puérperas inmediatas que presentaron factores de riesgo de hemorragia uterina y se usó misoprostol, atendidas en un hospital nivel III, del periodo de enero a abril del 2024.

- Historias clínicas de puérperas de parto vaginal, con información completa sobre tono uterino, características de loquios y presencia o ausencia de efectos adversos posterior al uso de misoprostol.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de puérperas inmediatas de parto eutócico que no presentaron riesgo de hemorragia posparto atendidas en un hospital nivel III, del periodo de enero a abril del 2024.

- Historias clínicas de puérperas de parto por cesárea atendidas en un hospital nivel III, del periodo de enero a abril del 2024.

- Historias clínicas de puérperas inmediatas de parto eutócico con datos incompletos sobre la administración de misoprostol atendidas en un hospital nivel III, del periodo de enero a abril del 2024.

### 3.6 Variables y operacionalización

Operacionalización de variables						
Variables	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
V1 Misoprostol (Independiente)	Dosis de administración	El misoprostol, un análogo de la prostaglandina E1, actúa sobre el músculo uterino uniéndose con los receptores específicos en las células del músculo liso uterino (EP1, EP2, EP3 y EP4). Esto desencadena una serie de eventos: inducir contracciones uterinas, ablandar el cuello uterino y controlar hemorragias posparto. (VII)	Ficha de recolección de datos: Historias clínicas digitales en el SGS de puérperas inmediatas con riesgo de hemorragias posparto y con tratamiento de misoprostol.	Dosis de misoprostol: 800ug (0) 600ug (1) 400ug (2)	nominal	
	Vía de administración.			Vía sub lingual (0) Vía intrarectal (1) Vía sub lingual +vía intrarectal (2)		
	Efectos adversos			Temperatura: Fiebre: 37°C-37.9°C (0) Hipertermia 38°C a 40°C (1)  Escalofrío: si (1) /no (0) Nauseas: si (1) /no (0) Vómitos: si/ (1) /no (0) Cefalea: si (1) /no (0)		

V2 D. la Hemorragia posparto (dependiente)	Factores de riesgo	La hemorragia posparto es una de las tres primeras causas de mortalidad materna mundialmente que pueden surgir en el puerperio, se define como la pérdida sanguínea superior a 500 ml en parto vía vaginal o superior a 1000ml en parto por cesárea, asociándose principalmente con atonía uterina, retención de tejidos uteroplacentarios, traumatismo o trastornos de la coagulación. (13)		Edad: <35 años (0) ≥35 años (1) Paridad: Primípara (0) Multípara (1)  Cesárea anterior: si (1) /no (0) Macrosomía fetal: <4000kg: no (0) ≥4000kg: si (1)  Parto precipitado: si (1) /no (0) Retención restos placentario si (1) /no (0)	nominal	
	Causas de HPP					
	Tono uterino			Contractura uterina pos misoprostol: a los 15 min. /30min/45min/60min. a) tono firme: útero contraído= muy efectivo (0) b) tono parcialmente firme: útero con tendencia a hipotonía= moderadamente efectivo (1) c) tono bajo: útero con hipotonía = poco efectivo (2)  Loquios a) loquios normales (0) b) loquios abundantes (1) c) sangrado activo/coágulos >4cm (2)		
Loquios						

### 3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica: Se utilizó la técnica del **Análisis documental**

3.7.2 Descripción de Técnica: Se utilizó la técnica del Análisis documental la cual recopiló ítems de información a través del **instrumento: Ficha de recolección de datos de historias clínicas.**

3.7.3 Validación:

El instrumento a utilizar fue sometido a juicio de expertos (tres expertos), quienes cuentan con grado de Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad en Salud, Maestro en salud Pública y el tercero Especialista en atención Obstétrica de la Emergencia y Cuidados Críticos. Así mismo, se evaluaron 15 ítems en los que se consideraron los siguientes criterios: pertinencia, relevancia y claridad. Todos los jueces calificaron afirmativamente cada ítem en todos los criterios, obteniéndose un V de Aiken = 1.00 en todos los casos. Este resultado indica consenso total y estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ), por lo que todos los ítems fueron considerados válidos para su inclusión en el instrumento. (anexo 01)

3.4.4 Confiabilidad: Se usó la prueba de confiabilidad de Alfa de Cronbach, con una muestra piloto de 20 fichas de recolección de datos de historias clínicas de interés., y como resultado se obtuvo  $\alpha = 0.75$  por lo tanto, el instrumento es confiable, con un nivel aceptable. (anexo 02)

Formula del Alfa de Cronbach:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Confiabilidad de ficha de recolección de datos:

K = Número de ítems del instrumento

$S_T^2$  = Varianza total del instrumento

$\sum S_i^2$  = Sumatorias de las varianzas de los ítems.

$$K = 20$$

$$\sum S_i^2 = 1.4842105$$

$$S_T^2 = 5.1928105$$

$$\alpha = 0.75$$

### 3.8 Plan de Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados, fueron ingresados y analizados en una base de datos elaborados en el programa de Excel posteriormente ingresados al sistema SPSS versión 23 y sometidos a estudios estadísticos.

### 3.9 Aspectos éticos.

El presente estudio tuvo en consideración los valores éticos aceptados universalmente que es la declaración de Helsinki, así como también los principios Belmont. A demás se tuvo en cuenta el principio de no maleficencia puesto que la información obtenida fue respetada en la autenticidad de los artículos y los resultados de los estudios no fueron manipulados.

También, se cumplió con el principio de beneficencia pues con la información obtenida y recolectada se aportó conocimientos en favor de la salud de las puérperas. Se respetó la autonomía, pues la información que se obtuvo no causó daños ni perjuicios a la muestra porque se revisaron historias clínicas.

## CAPITULO IV. PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

- 4.1. Resultados
- 4.2. Análisis descriptivos de resultados

**Figura 1.** Resultados sociodemográficos de puérperas inmediatas a quienes se le administró misoprostol para prevenir hemorragia posparto.

VARIABLE	n	%
<i>EDAD</i>		
17-19	4	5.4
20 - 35	42	56.8
36-45	28	37.8
total	74	100
<i>OCUPACION</i>		
ama de casa	48	64.9
trabaja	26	35.1
total	74	100
<i>EDAD GESTACIONAL</i>		
menor 36.6 sem.	2	2.7
37-40.6 sem	71	95.9
41 a más	1	1.4
total	74	100
<i>CONTROL PRE NATAL</i>		
sí (igual o más de 5)	65	87.8
no (menos de 5)	9	12.2
total	74	100

*Fuente: Bases de datos de historias clínicas*

Interpretación: En la tabla 1 se observa que las puérperas que presentaron riesgo para HPP; el 55.8% oscilan entre 20 y 35 años de edad; el 64.9% son amas de casa, el 95.9% tenían entre 37 y 40.6 semanas de gestación y el 87.8 % contaban con 5 a más controles pre natales.

**Figura 2 . Principales factores de riesgo de la hemorragia posparto de puerperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, Enero 2024.**

VARIABLE	n	%
<i>EDAD MATERNA</i>		
menor a 35 años	27	36.4
mayor o igual a 35 años	47	63.5
total	74	100
<i>PARIDAD</i>		
primiparas	8	10.8
multiparas	66	89.2
total	74	100.0
<i>CESAREA ANTERIOR</i>		
no	71	95.9
si	3	4.1
total	74	100.0
<i>MACROSOMIA FETAL</i>		
no	72	97.3
si	2	2.7
total	74	100.0

*Fuente: Bases de datos de historias clínicas*

Interpretación: En la tabla 2 se observa que los principales factores de riesgo de la hemorragia posparto son; el 63.5% edad materna avanzada, 89.2% multíparas, 4.1% cesáreas anteriores y solo el 2.7% macrosomía fetal.

**Figura 3 . Principales causas de la hemorragia posparto de puerperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, Enero 2024.**

VARIABLE	n	%
<i>PARTO PRECIPITADO</i>		
no	72	97.3
si	2	2.7
total	74	100
<i>RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS</i>		
no	57	77
si	17	23
total	74	100

*Fuente: Bases de datos de historias clínicas*

Interpretación: En la tabla 3 se observa que las principales causas para riesgo de hemorragia posparto son; el 23% retención de restos placentarios y solo el 2.7% partos precipitados.

**Figura 4.** Características del Tono uterino y Loquios durante la primera hora posterior al uso de misoprostol para la prevención de la hemorragia posparto en púerperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024.

PUERP.INMED.C/MISOP.	LOQUIOS / TONO UTER.	CONTRAIDO		TEND.HIPOT.		HIPOT.	Total
		n	%	n	%		
15 minutos	Normales	53	(71.6%)	1	(1.4%)	0 (0%)	54
	Abundantes	19	(25.7%)	0	(0%)	0 (0%)	19
	Sangrado activo	0	(0%)	0	(0%)	1 (1.4%)	1
30 minutos	Normales	73	(98.6%)	0	(0%)	0 (0%)	73
	Abundantes	0	(0%)	1	(1.4%)	0 (0%)	1
	Sangrado activo	0	(0%)	0	(0%)	0 (0%)	0
45 minutos	Normales	72	(97.3%)	1	(1.4%)	0 (0%)	73
	Abundantes	0	(0%)	0	(0%)	0 (0%)	0
	Sangrado activo	0	(0%)	1	(1.4%)	0 (0%)	1
60 minutos	Normales	73	(98.6%)	0	(0%)	0 (0%)	73
	Abundantes	0	(0%)	0	(0%)	0 (0%)	0
	Sangrado activo	0	(0%)	0	(0%)	1 (1.4%)	1

Fuente: Base de datos

Interpretación: En la tabla 4 se observa; a los 15 min.: 71.6% (53) con útero contraído y loquios normales, mientras que 1.4% (1) con tendencia a hipotonía; 25.7% (19) con útero contraído y loquios abundantes mientras que 1.4% (1) útero con hipotonía y sangrado activo. A los 30 min.: 98.6% (73) con útero contraído y loquios normales y 1.4% (1) con útero con tendencia a hipotonía y loquios abundantes. A los 45 min.: 97.3% (72) con útero contraído y loquios normales y 2.8% (2) con tendencia a hipotonía de las cuales una con loquios normales y una con sangrado activo. Por último, a los 60 min.: 98.6% (73) con útero contraído y loquios normales y 1.4% (1) con hipotonía y sangrado activo.

**Figura 5.** Efectos adversos según la dosis de administración de misoprostol en puérperas inmediatas con riesgo de hemorragia pos parto atendidas en un hospital de nivel III en lima, enero 2024.

VARIABLE	TEMPERATURA		ESCALOFRIOS		NAUSEAS		VOMITOS		CEFALEA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DOSIS DE ADMINISTRACION										
800 mcg	Fiebre (37 a 37.9°C)	46 74.2	no 0 0		no 57 91.9		no 59 95.2		no 51 82.3	
	Hipertermia (38 a 40°C)	16 25.8	si 62 100		si 5 8.1		si 3 4.8		si 11 17.7	
	<b>total</b>	<b>62 100</b>	<b>62 100</b>		<b>62 100</b>		<b>62 100</b>		<b>62 100</b>	
600 mcg	Fiebre (37 a 37.9°C)	7 100	no 0 0		no 6 85.7		no 7 100		no 7 100	
			si 7 100		si 1 14.3		si 0 0		si 0 0	
	<b>total</b>		<b>7 100</b>		<b>7 100</b>		<b>7 100</b>		<b>7 100</b>	
400 mcg	Fiebre (37 a 37.9°C)	5 100	no 2 40		no 5 100		no 5 100		no 5 100	
			si 3 60		si 0 0		si 0 0		si 0 0	
	<b>total</b>		<b>5 100</b>		<b>5 100</b>				<b>5 100</b>	
total		74 100		74 100		74 100		74 100		74 100

Fuente: Datos obtenidos por historia clínica.

Interpretación: En la tabla 5 se observa que los efectos adversos según la dosis de administración de misoprostol: con 800 mcg en 62 pacientes; el 74.2% (46) presentaron fiebre mientras que el 25.8% (16) hipertermia, escalofríos el 100% (62), náuseas 8.1% (5), vómitos el 4.8% (3) y cefalea el 17.7% (11). Con 600mcg en 7 pacientes todas presentaron fiebre y escalofríos, mientras el 14.3% (1) náuseas en tanto ninguna presentó vómitos ni cefaleas; por último, con 400mcg en 5 pacientes todas presentaron fiebre, el 60% (3) escalofríos y ninguna náuseas, vómitos ni cefaleas.

**Figura 6.** Efectos adversos según la vía de administración de misoprostol en puérperas inmediatas con riesgo de hemorragia pos parto atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024.

VARIABLE	TEMPERATURA		ESCALOFRIOS		NAUSEAS		VOMITOS		CEFALEA						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Transrectal	Fiebre (37 a 37.9°C)	51	78.5	no	0	0	no	60	92.3	no	62	95.4	no	54	83.1
	Hipertermia (38 a 40°C)	14	21.5	si	65	100	si	5	7.7	si	3	4.6	si	11	16.9
	<b>total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>		<b>65</b>	<b>100</b>		<b>65</b>	<b>100</b>		<b>65</b>	<b>100</b>		<b>65</b>	<b>100</b>
Sublingual	Fiebre (37 a 37.9°C)	5	100	no	2	40	no	5	100	no	5	100	no	5	100
				si	3	60	si	0	0	si	0	0	si	0	0
	<b>total</b>				<b>5</b>	<b>100</b>		<b>5</b>	<b>100</b>		<b>5</b>	<b>100</b>		<b>5</b>	<b>100</b>
transrectal + sublingual	Fiebre (37 a 37.9°C)	2	50	no	0	0	no	3	75	no	4	100	no	4	100
	Hipertermia (38 a 40°C)	2	50	si	4	100	si	1	25	si	0	0	si	0	0
	<b>total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>		<b>4</b>	<b>100</b>		<b>4</b>	<b>100</b>		<b>4</b>	<b>100</b>		<b>4</b>	<b>100</b>
total		<b>74</b>	<b>100</b>		<b>74</b>	<b>100</b>		<b>74</b>	<b>100</b>		<b>74</b>	<b>100</b>		<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos por historia clínica.

Interpretación: En la tabla 5 se observa que los efectos adversos según la vía de administración de misoprostol: Con vía Transrectal en 65 pacientes; el 78.5% (51) presentaron fiebre mientras que, el 21.5% (14) hipertermia, el 100% (65) escalofríos, 7.7% (5) náuseas, el 4.6% (3) vómitos y el 16.9% (11) cefalea. Con vía Sublingual en 5 pacientes todas presentaron fiebre, 60% (3) escalofríos, mientras ninguna presentó náuseas, vómitos ni cefaleas; por último, con vía Transrectal + Sublingual en 4 pacientes el 50% (2) presentó fiebre y el 50 % (2) Hipertermia, mientras que el 100% (4) escalofríos, el 25% (1) náuseas y ninguna vómitos ni cefaleas.

#### 4.3. Discusión de los resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observa que las puérperas que presentaron HPP; el 55.8% oscilan entre 20 y 35 años de edad; el 64.9% son amas de casa, el 95.9% tenían entre 37 y 40.6 semanas de gestación y el 87.8 % contaban con 5 a más controles pre natales, estudios similares a Soria C. (9), quien observó, que entre sus principales factores de riesgo que se han identificado en las mujeres latinoamericanas son edad (jóvenes) y con pocos o ningún control prenatal, al igual que Huamán y Yance (14) quienes en su estudio observaron que las puérperas que presentaron antecedentes de HPP fueron 9.8% en jóvenes ama de casa y 58.1% con más de 6 CPN.; en la misma línea Ramos C. (17) evidenció en su estudio que el 52.9% de puérperas con atonía uterina tuvieron igual o mayor a 6 CPN, mientras el 47.1% CPN incompletos. Así mismo a los 15 min. El 71.6% de puérperas presentaron útero contraído y loquios normales, mientras que 1.4% tendencia a hipotonía; 25.7% con útero contraído y loquios abundantes mientras que 1.4% útero con hipotonía y sangrado activo. A los 30 min.: 98.6% con útero contraído y loquios normales y 1.4% con útero con tendencia a hipotonía y loquios abundantes. A los 45 min.: 97.3% con útero contraído y loquios normales y 2.8% con tendencia a hipotonía de las cuales una con loquios normales y una con sangrado activo. Por último, a los 60 min.: 98.6% con útero contraído y loquios normales y 1.4% (1) con hipotonía y sangrado activo. Estos hallazgos se corroboran con Valle R. (10) quien, identificó que el tratamiento con misoprostol fue seguro, eficaz y aceptable en el manejo del puerperio inmediato así mismo coincidiendo con Kosh D, et al (12), quienes concluyeron que el misoprostol demostró ser eficaz y seguro en el tratamiento de las hemorragias posparto, causada principalmente por atonía uterina, en la misma línea Ramos C. (17), evidenció que el 29.4% de puérperas con atonía uterina tratadas con misoprostol 400 mcg vía Intra rectal obtuvieron un resultado clínico eficaz, distintamente Albornoz y Gonzales (8) observaron que el misoprostol es menos eficaz y presenta mayor pérdida de sangre que con el uso de oxitocina, coincide Soria C. (9) quien difiere en su estudio, observando que la dosis por vía sublingual, es más efectiva. Sin embargo, Tello P. (13), determina que la eficacia de la administración de 600µg de Misoprostol vía rectal en la prevención de HPP, tiene resultados significativos del efecto del Misoprostol.

También se observa que los principales factores de riesgo de la hemorragia posparto son; el 63.5% edad materna avanzada, 89.2% multíparas, 4.1% cesáreas anteriores y solo el 2.7% macrosomía fetal, similar a Soria C. (9) quien en su estudio encontró macrosomía fetal como uno de los principales factores de riesgo, igualmente Vásquez F. (18) determinó que, los factores de riesgo, más prevalentes en Hemorragia post alumbramiento fue multiparidad y macrosomía fetal, en la misma línea Cruz E. (16) quien obtuvo como factores de riesgo; multípara en 46,2% y edad materna 26 a 35 años 50,8%; resultados distintos los de Huamán y Yance (8) quienes en su estudio evidenciaron a puérperas con Hemorragia posparto en un 47.5% primíparas y 19.2% Multíparas; al igual que Ramos C. (17) evidenció en su estudio solo el 17.6% como factor de riesgo de atonía uterina a la multiparidad.

Así mismo como resultado se observa que las principales causas de la hemorragia posparto son; el 23% retención de restos placentarios y solo el 2.7% partos precipitados. Similares a Huamán y Yance (14) quienes, en su estudio, las causas de HPP por atonía uterina fueron 20.7% partos precipitados mientras que, 25.8% presentó retención placentaria y membranas ovulares, coincidiendo Soria C. (9), quien evidenció, parto precipitado como causa de HPP. Igualmente, Soto y Aroquipa (15) en su estudio obtuvieron a retención de restos placentarios en un 28.2%. en la misma línea Cruz E. (16) obtuvo como causas a HPP a parto precipitado 5,3% y retención de restos membranosos 4,5%; también Ramos C. (17) evidenció en su estudio que 20.6 % presentó retención de placenta como causa de atonía uterina.

En cuanto a los resultados de la presente investigación referente a los efectos adversos según la dosis de administración de misoprostol: con 800 mcg en 62 pacientes; el 74.2% presentaron fiebre mientras que el 25.8% hipertermia, el 100% escalofríos, el 8.1% náuseas, el 4.8% vómitos y 17.7% cefalea. Con 600mcg en 7 pacientes todas presentaron fiebre y escalofríos, mientras el 14.3% náuseas en tanto ninguna presentó vómitos ni cefaleas; por último, con 400mcg en 5 pacientes todas presentaron fiebre, el 60% escalofríos y ninguna náuseas ni vómitos ni cefaleas. Similares a Carlos J. (7), que, entre los efectos secundarios comunes fueron, fiebre, pero resultados distintos que, si identificó náuseas y vómitos,

Sin embargo, Valle R. (10), coincide pues identificó que el principal efecto adverso fue la fiebre; en tanto López L. (11), difiere en sus resultados observando puérpera medicada con misoprostol vía sublingual en dosis de 800 microgramos que llegaron a presentar hiperpirexia.

Finalmente, en los resultados se observa que los efectos adversos según la vía de administración de misoprostol: Con vía Transrectal en 65 pacientes; el 78.5% presentaron fiebre mientras que, el 21.5% hipertermia, el 100% escalofríos, 7.7% náuseas, el 4.6% vómitos y el 16.9% cefalea. Con vía Sublingual en 5 pacientes todas presentaron fiebre, 60% escalofríos, mientras ninguna presentó náuseas, vómitos ni cefaleas; por último, con vía Transrectal + Sublingual en 4 pacientes el 50% (2) presentó fiebre y el 50 % Hipertermia, mientras que el 100% escalofríos, por último, el 25% náuseas y ninguna vómitos ni cefaleas.

Mientras que Carlos J. (7), distintamente tuvo como resultado que el misoprostol fue más seguro a través de la vía oral, coincidiendo que entre los efectos secundarios comunes fueron, fiebre, náuseas y vómitos. Contrario a estudios de López L. (11), que observó que la vía de administración del misoprostol sublingual en dosis de 800 microgramos produjo hiperpirexia secundaria; en algunos casos observó que necesitaron manejo en unidad de cuidados intensivo, sin embargo, observó que las pacientes tuvieron una buena evolución clínica.

## **CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

1. En este estudio se determinó que el uso del misoprostol en la prevención de hemorragia posparto de puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024, favorece a una adecuada contractilidad uterina, y estabilidad hemodinámica en la mayoría de puérperas inmediatas.
2. En cuanto a los principales factores de riesgo de la hemorragia posparto de puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024, se identificó la edad materna avanzada, multiparidad, primiparidad, cesáreas anteriores y macrosomía fetal.
3. Entre las principales causas de la hemorragia posparto de puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero 2024, se identificaron; partos precipitados y retención de restos placentarios.
4. En referencia a los efectos adversos según la dosis de administración de prostaglandina se identificó que todas las pacientes con 600 y 800 mcg de misoprostol presentaron escalofríos, además en su mayoría se administró 800 mcg de misoprostol.
5. En cuanto a los efectos adversos según la vía de administración de prostaglandina fueron escalofríos tanto en la vía Intrarectal como en la intrarectal más sublingual combinadas mientras que por vía sublingual los efectos fueron menores teniendo a la vez acción positiva sobre la hemorragia posparto.

### **5.2. Recomendaciones**

1. Se sugiere vigilancia y control estricto durante el puerperio inmediato principalmente las 2 primeras horas para la prevención de hemorragia posparto, además de individualizar el tratamiento considerando que existe un porcentaje mínimo de pacientes a quienes el uso del misoprostol fue poco efectivo, y considerar que la oxitocina sigue siendo la primera opción para el manejo de la prevención de hemorragia posparto.

2. Considerar el inicio de la administración del misoprostol con dosis menores a 800mcg, e ir incrementando gradualmente de acuerdo a la evolución de la paciente sobre todo si el beneficio supera a los efectos secundarios para la prevención de hemorragia posparto.
3. Monitorizar los efectos adversos del misoprostol en la prevención de hemorragia posparto, sobre todo los hallados en su mayoría que son los escalofríos y mantener la temperatura corporal con medios físico, prevaleciendo la empatía con las puérperas inmediatas, para que puedan brindar lactancia materna precoz.
4. Considerar la administración del misoprostol por vía sublingual en tanto sea posible puesto que se ha observado menores efectos adversos y eficacia en la prevención de hemorragia posparto.

## BIBLIOGRAFIA

**1. Organización Mundial de la Salud (OMS).**

*Mortalidad materna: nota descriptiva.* Ginebra: OMS; 2025 [citado 2025 Jul 18].  
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

**2. Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas.**

*Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas.* Ginebra: OMS; 2015 [citado 2025 Jul 18]. Disponible en:  
<https://iris.who.int/handle/10665/204114>

**3. Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas.**

*Tendencias en la mortalidad materna: 2000 a 2020. Estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas.* Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 Jul 18]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>

**4. UNICEF.** *Cada dos minutos muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto* [Internet]. Ginebra/Nueva York/Washington: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/organismos-naciones-unidas-cada-dos-minutos-muere-mujer-complicaciones-relacionadas-embarazo-informe-oms-unicef-unfpa>

**5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.**

*Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú, 2022–2023 (SE 18).* Lima: MINSA; 2023 [citado 2025 Jul 18]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>

**6. Moldenhauer JS, Goje O.** *Hemorragia posparto.* En: Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Merck & Co., Inc.; actualizado julio 2024 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/hemorragia-posparto>

7. Carlos, J. *¿Cuán beneficioso es el uso del misoprostol en casos de hemorragia puerperal?* [Internet]. Cochabamba (BO): Universidad Privada del Valle; 2022. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3432806>

8. Albornoz Z, González S. *Cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia obstétrica durante el puerperio inmediato y puerperio mediano* [Internet]. Ambato (EC): Universidad Regional Autónoma de Los Andes; 2022. [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15776>

9. Soria JC. *Manejo de la hemorragia postparto secundaria a atonía uterina en mujeres latinoamericanas en edad fértil del 2010 al 2020* [Internet] [Tesis de licenciatura]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2022 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2022/125.pdf>

10. Valle R. *Comparación de la eficacia y efectos adversos de la terapia con misoprostol vs misoprostol + mifepristona en el manejo de aborto espontáneo en pacientes del Hospital General de Naucalpan durante el periodo enero 2018 a enero 2020* [Internet] [Tesis de licenciatura]. Toluca (MX): Universidad Autónoma del Estado de México; 2022 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/137036>
11. López L. *Caso clínico: hemorragia posparto por atonía uterina tratada con misoprostol sublingual* [Internet]. México: Hospital General de Naucalpan; 2020 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: [URL del documento o página web] <https://doi.org/10.5377/alerta.v3i1.8959>
12. Koch DM, Rattmann YD. *Uso de misoprostol en el tratamiento de la hemorragia posparto: un enfoque farmacoepidemiológico*. einstein (São Paulo) [Internet]. 2020;18:eAO5029 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020AO5029](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5029)
13. Tello P. *Administración de misoprostol rectal para la prevención de hemorragia posparto por atonía uterina en mujeres con factores de riesgo* [Internet] [Trabajo Fin de Máster]. Jaén (ES): Universidad de Jaén; 2019 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10953.1/11330>
14. Huamán C, Yance E. *Hemorragia posparto por atonía uterina en puérperas atendidas en el Hospital Rezola de Cañete 2022* [Internet] [Tesis de segunda especialidad]. Huancavelica (PE): Universidad Nacional de Huancavelica; 2023 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/unh/5862>
15. Soto S, Aroquipa Y. *Hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Pichanaki Junín 2020* [Internet] [Tesis de segunda especialidad]. Huancavelica (PE): Universidad Nacional de Huancavelica; 2022 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14597/5188>
16. Cruz E. *Factores asociados a hemorragias obstétricas en el posparto en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca en el periodo de septiembre a diciembre del 2022* [Internet] [Tesis de licenciatura]. Chíncha (PE): Universidad Autónoma de Ica; 2023 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/2648/1/CRUZ%20ESCARCENA%20ELIZABETH%20-%20MELENDEZ%20VILCA%20BRISSET.pdf>
17. Ramos C. *Atonía uterina en puérperas atendidas en el Centro de Salud La Libertad Huancayo 2020* [Internet] [Tesis de segunda especialidad]. Huancavelica (PE): Universidad Nacional de Huancavelica; 2021 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14597/3721>
18. Vásquez F. *Anemia, multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia post alumbramiento en puérperas de EsSalud III – Chimbote año 2019–2020* [Internet] [Tesis de segunda especialidad]. Chimbote (PE): Universidad San Pedro; 2021 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/20.500.129076/16752>

19. Wilson y Donald. *The medical significance of prostaglandins* [Internet]. *Arch Intern Med.* 1974;133(1):29 [citado 2025 Mar 21]. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archinte.1974.00320130031003>
20. **Von Euler US.** Identification of prostaglandins in seminal vesicles and human semen [Internet]. *Arch Intern Med.* 1936;57(2):258–67 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archinte.1974.00320130031003>
21. **Mateo N.** La construcción social del misoprostol en el laboratorio: de su inscripción como protector gástrico a su reconstrucción como fármaco abortivo. *Redes* [Internet]. 2022 Dec 31 [citado 2025 Apr 1];28(55). Disponible en: <https://revistaredes.unq.edu.ar/index.php/redes/article/view/208>
22. **Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC.** Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynecol Obstet.* 2007;99(Suppl 2):S160–7. Disponible en: [https://misoprostol.org/downloads/misoprostol-journals/IJGO\\_pharm\\_Tang.pdf](https://misoprostol.org/downloads/misoprostol-journals/IJGO_pharm_Tang.pdf)
23. **Bakker R, Pierce S, Myers D.** The role of prostaglandins E1 and E2, dinoprostone, and misoprostol in cervical ripening and the induction of labor: a mechanistic approach. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;296(2):167–79. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-017-4418-5>
24. **Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).** *Tabla de dosificación para el misoprostol únicamente (Para su uso SOLO cuando la mifepristona no se encuentra disponible). Regímenes recomendados de 2023.* Londres: FIGO; 2023 [citado 2025 Jul 22]. Disponible en: <https://www.figo.org/es/tablas-de-dosificacion-figo-de-mifepristona-y-misoprostol-y-solo-misoprostol-2023>
25. **Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”.** *Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de hemorragia post parto.* Departamento de Gineco Obstetricia Abraham Ludmir Grimberg, Servicio de Medicina Materno Fetal. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2022 [citado 2025 Jul 22]. Disponible en: [file:///C:/Users/HP/Downloads/HEMORRAGIA%20POST%20PARTO%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/HEMORRAGIA%20POST%20PARTO%20(1).pdf)
26. López Guevara RE. Hipertermia posterior al uso de misoprostol sublingual en el manejo de atonía uterina. *Alerta.* 2020;3(1):1–6. Disponible en: <https://alerta.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2020/01/ALERTA-Vol.3-N.º1-Año-2020-López-Guevara-RE.-Hipertermia-posterior-al-uso-de-misoprostol-sublingual-en-el-manejo-de-atonía-uterina.pdf>
27. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2009 [citado 24 de mayo de 2024];32(supl 1):159–67. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es)
28. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Hemorragia postparto: guía de manejo [Internet]. Buenos Aires: FASGO; 2022 [citado 24 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.fasgo.org.ar/guias-clinicas>

29. Escobar MF, Nassar AH, Ramasauskaite D, Burke T, Theron G, Barnea ER, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum haemorrhage 2022. *Int J Gynecol Obstet.* 2022;157(Suppl 1):3–50. doi:10.1002/ijgo.14398. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14398>
30. Castiblanco Montañez RA, Coronado Veloza CM, Morales Ballesteros LV, Polo González TV, Saavedra Leyva AJ. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Rev Cuidarte* [Internet]. 2022 [citado 26 Jul 2025];13(1):e2075. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359572415019>
31. Instituto Nacional Materno Perinatal. *Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología*. Lima: INMP; 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023>
32. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. *Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de hemorragia postparto*. Lima: Departamento de Ginecoobstetricia, Servicio de Medicina Materno Fetal; 2022 [Internet]. Vigencia: enero 2022 – enero 2025. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/honodmani/normas-legales/4590098-159-2023-dg-hsb>
33. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Hemorragia postparto: actualización de consenso de obstetricia. Buenos Aires: FASGO; 2019. Disponible en: [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_2019\\_Hemorragia\\_Post\\_Parto.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Parto.pdf)
34. Távara A, Núñez M, Tresierra MA. Factores asociados a atonía uterina. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2022;68(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322022000200005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000200005)
35. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120085/WHO\\_RHR\\_14.20\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120085/WHO_RHR_14.20_spa.pdf?sequence=1)
36. World Health Organization (WHO), HRP. *Hoja de ruta para combatir la hemorragia posparto 2023–2030*. AlignMNH; 2023. Disponible en: <https://www.alignmnh.org/es/issue-postpartum-hemorrhage-global-recommendations/>
37. World Health Organization. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2018 [citado 2025 Jul 31]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548502>
38. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la prevención y manejo de la hemorragia post parto [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [citado 2025 Ago 1]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales>

39. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [citado 2025 Ago 1]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales>

## Anexo 1: Matriz de consistencia

### “USO DE MISOPROSTOL EN LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSPARTO DE PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LIMA, ENERO 2024”

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseños metodológicos
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cuáles son las características del uso del misoprostol en la prevención de hemorragia posparto en puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero a abril 2024?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Describir las características del uso de misoprostol en la prevención de hemorragia posparto de puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero a abril 2024.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>El estudio es Descriptivo, por lo tanto, no presentará hipótesis.</p>	<p>V1. Misoprostol (Independiente) *Dosis de administración *Vía de administración *Efectos adversos</p> <p>V2. Hemorragia pos parto (Dependiente) *Factores de riesgo *Causas *Tono uterino *loquios</p>	<p><b>Método Descriptivo: Análisis Descriptivo Enfoque cuantitativo Tipo: Descriptivo básico Retrospectivo y transversal Diseño: Observacional descriptivo (no experimental)</b></p> <p><b>Técnica e instrumento:</b></p> <p><b>Técnica: Análisis documental Instrumento: Ficha de recolección de datos – historias clínicas.</b></p>
<p><b>Problemas Específicos</b></p> <p>a) ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para una hemorragia posparto de</p>	<p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>a) Identificar los principales factores de riesgo para una hemorragia posparto de</p>			<p>La población conformada por historias clínicas de puérperas inmediatas atendidas en un hospital nivel III del periodo de enero a abril del 2024, a</p>

<p>puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero a abril 2024?</p> <p>b) ¿Cuáles son las principales causas de la hemorragia posparto de puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero a abril 2024?</p> <p>c) ¿Cuáles son los efectos adversos según la dosis de administración de misoprostol en la prevención de hemorragia posparto de puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero a abril 2024?</p> <p>d) ¿Cuáles son los efectos adversos según la vía de administración de misoprostol en la prevención de hemorragia posparto de puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero a abril 2024?</p>	<p>puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero a abril 2024.</p> <p>b) Identificar las principales causas de la hemorragia posparto de puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero a abril 2024?</p> <p>b) Identificar los efectos adversos según la dosis de administración de misoprostol en la prevención de hemorragia posparto de puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero a abril 2024.</p> <p>c) Identificar los efectos adversos según la vía de administración de misoprostol en la prevención de hemorragia posparto de puérperas inmediatas atendidas en un hospital de nivel III en Lima, enero a abril 2024.</p>			<p>quienes se les administró misoprostol. Con la fórmula de población finita se obtendrá la muestra específica.</p> <p>El muestreo será probabilístico aleatorio simple.</p> <p>Criterios de inclusión: Historias clínicas de puérperas en las que se usó misoprostol durante el puerperio inmediato, quienes presentaron factores de riesgo de hemorragia uterina en un hospital nivel III, del periodo de enero a abril del 2024.</p> <p>Criterios de exclusión: Historias clínicas de puérperas inmediatas de parto eutócico sin complicaciones, que no presentaron riesgo de hemorragia y no se les administró misoprostol posparto.</p>
--	--	--	--	--

## Anexo 2: Certificado de validez de contenido del instrumento.

“USO DE MISOPROSTOL EN LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSPARTO DE PUÉRPERAS  
INMEDIATAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LIMA, ENERO 2024”

No	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
	<b>VARIABLE 1: MISOPROSTOL</b>							
01	<b>DIMENSIÓN 1: Dosis de Administración</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	Dosis de uso 800 mcg							
	Dosis de uso 600 mcg							
	Dosis de uso 400 mcg							
02	<b>DIMENSIÓN 2: Vía de Administración</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	Sublingual (SL)							
	Intrarectal (IR)							
	Sublingual + intrarectal							
	<b>DIMENSIÓN 3: Efectos adversos</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
03	Temperatura a. Hiperpirexia (>40°C) b. fiebre o hipertermia (37°C-37.9°C) c. hipotermia: (< 35°C)							
04	Escalofrío							
05	Nauseas							
06	Vómitos							
07	Cefaleas							
	<b>VARIABLE 2: HEMORRAGIA POSPARTO</b>							
	<b>DIMENSIÓN 1: Factores de riesgo</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
08	Edad: a) Menor o igual a 35 años b) Mayor de 35 años							
09	Paridad: a) Multípara b) Primípara							
10	Cesárea anterior							
11	Macrosomía fetal (mayor de 4000gr)							
	<b>DIMENSION 2: CAUSAS DE HPP</b>							
12	Parto precipitado							
13	Retención de restos placentarios:							
	<b>DIMENSIÓN 3: Tono uterino transabdominal</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
14	Contractura uterina pos misoprostol: 15"-30"-45"-60" a) tono firme: útero contraído= muy efectivo b) tono parcialmente firme: útero con tendencia a hipotonía= moderadamente efectivo c) tono bajo: útero con hipotonía = poco efectivo							
	<b>DIMENSIÓN 4: LOQUIOS</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
15	a) loquios normales (0) b) loquios abundantes (1) c) sangrado activo/coágulos (2)							

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable ( )

Aplicable después de corregir ( )

No aplicable ( )

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg.

DNI:

Especialidad del validador:

..... de ..... de 20.....

---

Firma del experto informante

OBSERVACIONES (precisar si hay suficiencia):

**1 Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

**2 Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

**3 Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. **Suficiencia:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

## CARTA DE PRESENTACION

Magister /Doctor: Obst. BERNUY CAMPOS JESUS ESTENIO

### Presente

Asunto: VALIDACION DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato dirigirme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de Segunda Especialidad e Riesgo Obstétrico, requiero validar mi instrumento a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Especialista en Riesgo Obstétrico.

El título de mi proyecto de investigación es “USO DE MISOPROSTOL EN LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSPARTO DE PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LIMA, ENERO 2024” y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted ante su connotada experiencia en temas de investigación.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,



---

Mendez Cotrina Mervin Erika

DNI: 32961193

## CARTA DE PRESENTACION

Magister. Obst.: CHICATA CHAVEZ ANA MARIA

Presente

Asunto: VALIDACION DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato dirigirme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de Segunda Especialidad e Riesgo Obstétrico, requiero validar mi instrumento a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Especialista en Riesgo Obstétrico.

El título de mi proyecto de investigación es “USO DE MISOPROSTOL EN LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSPARTO DE PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LIMA, ENERO 2024” y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted ante su connotada experiencia en temas de investigación.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,



---

Mendez Cotrina Mervin Erika

DNI: 32961193

## CARTA DE PRESENTACION

Obst. QUISPECAHUANA SIFUENTES, MARÍA BENEDICTA

Presente

Asunto: VALIDACION DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato dirigirme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de Segunda Especialidad e Riesgo Obstétrico, requiero validar mi instrumento a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Especialista en Riesgo Obstétrico.

El título de mi proyecto de investigación es “USO DE MISOPROSTOL EN LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSPARTO DE PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LIMA, ENERO 2024” y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted ante su connotada experiencia en temas de investigación.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,



---

Mendez Cotrina Mervin Erika

DNI: 32961193



Universidad  
Norbert Wiener

### Anexo 3

#### **ASUNTO: SOLICITUD DE PERMISO PARA RECOLECTAR DATOS PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Estimado,

Dr. Bernuy Campos, Jesús E.

Mg. Obst. Jefe del servicio de Obstetricia 6 -HNERM

Por medio de la presente, me permito solicitar su autorización para llevar a cabo la recolección de datos para el estudio de investigación titulado "**Uso de Misoprostol en la Prevención de la Hemorragia Posparto en Puérperas Inmediatas Atendidas en un Hospital de Nivel III en Lima**".

El objetivo de este estudio es describir el uso de misoprostol en la prevención de la hemorragia posparto, con el fin de proporcionar información relevante que pueda mejorar los conocimientos y actualización en la atención. La recolección de datos se realizará de manera cuidadosa y ética, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

**Cabe resaltar que el nombre de la Institución hospitalaria será reservado y no se mencionará en el estudio.**

A continuación, se detalla la información relevante del estudio:

- **Lugar de Recolección de Datos:** Historias clínicas de puérperas en las que se usó misoprostol.
- **Duración del Estudio:** estudio retrospectivo (enero a abril 2024)
- **Método de Recolección de Datos:** ficha de recolección de datos.
- Estoy a su disposición para proporcionar cualquier información adicional que sea necesaria y para coordinar los detalles específicos de la recolección de datos.

Agradezco de antemano su atención y colaboración.

Atentamente,

Obst. Méndez Cotrina Mervin Erika

DNI:32961193 COP: 20231

**Estudiante de Especialidad en Riesgo Obstétrico de la Universidad Nolber Wiener**

## Anexo 4:

### Ficha de recolección de datos

#### “USO DE MISOPROSTOL EN LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSPARTO EN PUÉRPERA INMEDIATA EN UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LIMA, ENERO 2024”

Edad:

Ocupación:

Edad Gestacional:

CPN:

Variable: misoprostol	Variable: hemorragia posparto: atonía uterina
<p>Dimensión: dosis de administración</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Dosis:<ol style="list-style-type: none"><li>800 mcg</li><li>600 mcg</li><li>400 mcg</li></ol></li></ol>	<p>Dimensión: factores de riesgo</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Edad:<ol style="list-style-type: none"><li>Menor o igual a 35 años</li><li>Mayor de 35 años</li></ol></li></ol>
<p>Dimensión: vía de administración</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Vía:<ol style="list-style-type: none"><li>Sublingual (SL)</li><li>Intrarectal (IR)</li><li>Sublingual + intrarectal</li></ol></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>Paridad:<ol style="list-style-type: none"><li>Múltipara</li><li>Primípara</li></ol></li></ol>
<p>Dimensión: Efectos adversos:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Temperatura<ol style="list-style-type: none"><li>Hiperpirexia (&gt;40°C)</li><li>Fiebre o hipertermia (37°C-37.9°C)</li><li>Hipotermia: (&lt; 35°C)</li></ol></li><li>Escalofrío:<ol style="list-style-type: none"><li>Si</li><li>No</li></ol></li><li>Nauseas:<ol style="list-style-type: none"><li>Si</li><li>No</li></ol></li><li>Vómitos:<ol style="list-style-type: none"><li>Si</li><li>No</li></ol></li><li>Cefaleas:<ol style="list-style-type: none"><li>Si</li><li>No</li></ol></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>Cesárea anterior:<ol style="list-style-type: none"><li>si</li><li>no</li></ol></li><li>Macrosomía fetal (mayor de 4000gr)<ol style="list-style-type: none"><li>si</li><li>no</li></ol></li></ol>
	<p>Dimensión: causas de HPP</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Parto precipitado:<ol style="list-style-type: none"><li>si</li><li>no</li></ol></li><li>Retención de restos placentarios:<ol style="list-style-type: none"><li>si</li><li>no</li></ol></li></ol>
	<p>Dimensión: tono uterino</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Contractura uterina pos misoprostol:<ol style="list-style-type: none"><li>los 15 min. /30min/45min/60min.</li><li>tono firme (útero contraído) = muy efectivo</li><li>tono parcialmente firme (útero con tendencia a hipotonía) = moderadamente efectivo</li><li>tono débil (útero blando) = poco efectivo</li></ol></li></ol>
	<p>Dimensión: Loquios</p> <ol style="list-style-type: none"><li>loquios<ol style="list-style-type: none"><li>loquios normales</li><li>loquios abundantes</li><li>sangrado activo/coágulos</li></ol></li></ol>

## Anexo 5: Certificado de validez de contenido del instrumento.

### “USO DEL MISOPROSTOL EN LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSPARTO DE PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LIMA, ENERO 2024”

No	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	VARIABLE 1: MISOPROSTOL							
01	DIMENSIÓN 1: Dosis de Administración	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	Dosis de uso 800 mcg	X		X		X		Se podría añadir "otra"
	Dosis de uso 600 mcg	X		X		X		
	Dosis de uso 400 mcg	X		X		X		
02	DIMENSIÓN 2: Vía de Administración	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	Sublingual (SL)	X		X			x	Y si más de una opción es empleada? El VO?.
	Intrarectal (IR)	X		X			X	
	Sublingual + intrarectal	x		X			X	
	DIMENSIÓN 3: Efectos adversos	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
03	Temperatura a. Hiperpirexia (>40°C) b. fiebre o hipertermia (37°C-37.9°C) c. hipotermia: (< 35°C)	x		x			x	¿De donde se tomarán estos datos? ¿Serán confiables? ¿Se acostumbra a detallar si la paciente presenta escalofríos, náuseas, vómitos o cefalea en el reporte de obstetricia u otro documento?  Se puede considerar otros efectos? Ejemplo Taquicardia o añadir opción "otros"
04	Escalofrío	X		x			X	
05	Náuseas	X		X			X	
06	Vómitos	X		X			X	
07	Cefaleas	x		X			x	
	VARIABLE 2: HEMORRAGIA POSPARTO							
	DIMENSIÓN 1: Factores de riesgo	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
08	Edad: a) Menor o igual a 35 años b) Mayor de 35 años	X		x			x	Establecer una formato mejor estructurado y/o considerar opción "otros"
09	Paridad: a) Multipara b) Primípara	X		X			X	
10	Cesárea anterior	X		X			X	
11	Macrosomía fetal (mayor de 4000gr)	X		X			X	
12	Parto precipitado	X		X			X	
13	Retención de restos placentarios:	x		X			x	
	DIMENSIÓN 2: Tono uterino transabdominal	Sí	No	Sí	No	Sí	No	

14	Contractura uterina pos misoprostol a) tono firme (útero contraído) = muy efectivo b) tono parcialmente firme (útero con tendencia a hipotonía) = moderadamente efectivo c) tono débil (útero blando) = poco efectivo	x		x			x	¿La evaluación de qué profesional será considerada?
	DIMENSIÓN 3: sangrado vaginal	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
15	Sangrado vaginal pos misoprostol a) si b) no	x			x		x	Se puede emplear clasificación de leve- moderado- severo No se detalla la cuantificación del sangrado

Opinión de aplicabilidad: Podría considerarse el manejo terapéutico, signos vitales post administración, volumen del sangrado, evolución clínica, necesidad de intervención.

Establecer un orden en el número de alternativas o codificaciones.

Aplicable ( )

Aplicable después de corregir ( x )

No aplicable ( )

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg. **Mg. Obst. Ana María Chicata Chávez**

DNI: 70918005

Especialidad del validador: Maestro en Salud Pública

7 de Mayo de 2025




---

Firma del experto informante

**OBSERVACIONES** (precisar si hay suficiencia): Suficiencia parcial. Considerar y7o evaluar recomendaciones.

**1 Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

**2 Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

**3 Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. **Suficiencia:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

**Certificado de validez de contenido del instrumento. CORREGIDO**

“USO DE MISOPROSTOL EN LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSPARTO DE PUÉRPERAS  
INMEDIATAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LIMA, ENERO 2024”

No	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	<b>VARIABLE 1: MISOPROSTOL</b>							
01	<b>DIMENSIÓN 1: Dosis de Administración</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	Dosis de uso 800 mcg	X						
	Dosis de uso 600 mcg	X						
	Dosis de uso 400 mcg	X						
02	<b>DIMENSIÓN 2: Vía de Administración</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	Sublingual (SL)	X						
	Intrarectal (IR)	X						
	Sublingual + intrarectal	X						
	<b>DIMENSIÓN 3: Efectos adversos</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
03	Temperatura a. Hiperpirexia (>40°C) b. fiebre o hipertermia (37°C-37.9°C) c. hipotermia: (< 35°C)	X						
04	Escalofrío	X						
05	Nauseas	X						
06	Vómitos	X						
07	Cefaleas	X						
	<b>VARIABLE 2: HEMORRAGIA POSPARTO</b>							
	<b>DIMENSIÓN 1: Factores de riesgo</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
08	Edad: c) Menor o igual a 35 años d) Mayor de 35 años	X						
09	Paridad: a) Multípara b) Primípara	X						
10	Cesárea anterior	X						
11	Macrosomía fetal (mayor de 4000gr)	X						
	<b>DIMENSION 2: CAUSAS DE HPP</b>	X						
12	Parto precipitado	X						
13	Retención de restos placentarios:	X						
	<b>DIMENSIÓN 3: Tono uterino transabdominal</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
14	Contractura uterina pos misoprostol: 15"-30"-45"-60" a) tono firme (útero contraído) = muy efectivo b) tono parcialmente firme (útero con tendencia a hipotonía) = moderadamente efectivo c) tono débil (útero blando) = poco efectivo	X						
	<b>DIMENSIÓN 4: LOQUIOS</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
15	a) loquios normales (0) b) loquios abundantes (1) c) sangrado activo/coágulos (2)	X						

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (  )

Aplicable después de corregir (  )

No aplicable (  )

Apellidos y nombres del juez validador: **Mg. Obst. Ana María Chicata Chávez**

DNI: 70918005

Especialidad del validador: Magister en Salud Pública

04 de Julio de 2025



---

Firma del experto informante

OBSERVACIONES (precisar si hay suficiencia): **SUFICIENCIA**

**1 pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

**2 relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

**3 claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. **Suficiencia:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

### Certificado de validez de contenido del instrumento.

“USO DE MISOPROSTOL EN LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSPARTO DE PUÉRPERAS  
INMEDIATAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LIMA, ENERO 2024”

No	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	<b>VARIABLE 1: MISOPROSTOL</b>							
01	<b>DIMENSIÓN 1: Dosis de Administración</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	Dosis de uso 800 mcg	X						
	Dosis de uso 600 mcg	X						
	Dosis de uso 400 mcg	X						
02	<b>DIMENSIÓN 2: Vía de Administración</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	Sublingual (SL)	X						
	Intrarectal (IR)	X						
	Sublingual + intrarectal	X						
	<b>DIMENSIÓN 3: Efectos adversos</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
03	Temperatura a. Hiperpirexia (>40°C) b. fiebre o hipertermia (37°C-37.9°C) c. hipotermia: (< 35°C)	X						
04	Escalofrío	X						
05	Nauseas	X						
06	Vómitos	X						
07	Cefaleas	X						
	<b>VARIABLE 2: HEMORRAGIA POSPARTO</b>							
	<b>DIMENSIÓN 1: Factores de riesgo</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
08	Edad: e) Menor o igual a 35 años f) Mayor de 35 años	X						
09	Paridad: a) Multípara b) Primípara	X						
10	Cesárea anterior	X						
11	Macrosomía fetal (mayor de 4000gr)	X						
	<b>DIMENSION 2: CAUSAS DE HPP</b>	X						
12	Parto precipitado	X						
13	Retención de restos placentarios:	X						
	<b>DIMENSIÓN 3: Tono uterino transabdominal</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
14	Contractura uterina pos misoprostol: 15"-30"-45"-60" a) tono firme (útero contraído) = muy efectivo b) tono parcialmente firme (útero con tendencia a hipotonía) = moderadamente efectivo c) tono débil (útero blando) = poco efectivo	X						
	<b>DIMENSIÓN 4: LOQUIOS</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
15	a) loquios normales (0) b) loquios abundantes (1) c) sangrado activo/coágulos (2)	X						

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (  )

Aplicable después de corregir (  )

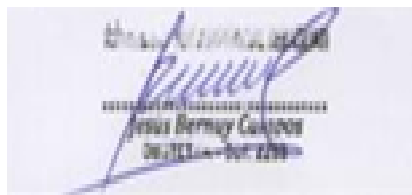
No aplicable (  )

Apellidos y nombres del juez validador: **DR. Obst. Bernuy Campos Jesús Estenio**

DNI:

Especialidad del validador: Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad en Salud.

04 de Julio de 2025

A rectangular stamp with a grid pattern. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in blue ink. The signature is cursive and appears to read 'Jesús Bernuy Campos'. Below the signature, the text 'Jesús Bernuy Campos' is printed in a smaller font.

Firma del experto informante

**OBSERVACIONES (precisar si hay suficiencia): SUFICIENCIA**

**1 pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

**2 relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

**3 claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. **Suficiencia:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

### Certificado de validez de contenido del instrumento.

“USO DE MISOPROSTOL EN LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSPARTO DE PUÉRPERAS  
INMEDIATAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LIMA, ENERO 2024”

No	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	<b>VARIABLE 1: MISOPROSTOL</b>							
01	<b>DIMENSIÓN 1: Dosis de Administración</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	Dosis de uso 800 mcg	X						
	Dosis de uso 600 mcg	X						
	Dosis de uso 400 mcg	X						
02	<b>DIMENSIÓN 2: Vía de Administración</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	Sublingual (SL)	X						
	Intrarectal (IR)	X						
	Sublingual + intrarectal	X						
	<b>DIMENSIÓN 3: Efectos adversos</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
03	Temperatura a. Hiperpirexia (>40°C) b. fiebre o hipertermia (37°C-37.9°C) c. hipotermia: (< 35°C)	X						
04	Escalofrío	X						
05	Nauseas	X						
06	Vómitos	X						
07	Cefaleas	X						
	<b>VARIABLE 2: HEMORRAGIA POSPARTO</b>							
	<b>DIMENSIÓN 1: Factores de riesgo</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
08	Edad: g) Menor o igual a 35 años h) Mayor de 35 años	X						
09	Paridad: a) Multípara b) Primípara	X						
10	Cesárea anterior	X						
11	Macrosomía fetal (mayor de 4000gr)	X						
	<b>DIMENSION 2: CAUSAS DE HPP</b>	X						
12	Parto precipitado	X						
13	Retención de restos placentarios:	X						
	<b>DIMENSIÓN 3: Tono uterino transabdominal</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
14	Contractura uterina pos misoprostol: 15"-30"-45"-60" a) tono firme (útero contraído) = muy efectivo b) tono parcialmente firme (útero con tendencia a hipotonía) = moderadamente efectivo c) tono débil (útero blando) = poco efectivo	X						
	<b>DIMENSIÓN 4: LOQUIOS</b>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
15	a) loquios normales (0) b) loquios abundantes (1) c) sangrado activo/coágulos (2)	X						

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (  )

Aplicable después de corregir (  )

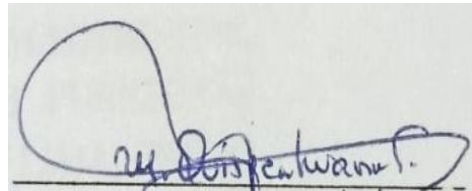
No aplicable (  )

Apellidos y nombres del juez validador: **Obst. Quispecahuana Sifuentes María Benedicta**

DNI: 09401277

Especialidad del validador: Especialista en atención Obstétrica de la Emergencia y Cuidados Críticos.

04 de Julio de 2025



COP.3131 REG.3282-E.09

Firma del experto informante

OBSERVACIONES (precisar si hay suficiencia): SUFICIENCIA

**1 pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

**2 relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

**3 claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. **Suficiencia:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

## Anexo 6: AUTORIZACION PARA RECOLECCION DE DATOS

### AUTORIZACIÓN DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Lima 01 de enero del 2025

A : jefe de Historias Clínicas

DE : Dr. Bernuy Campos Jesús  
Jefe de servicio de Obstetricia.

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL 1°  
DE ENERO HASTA 30 DE ABRIL DEL 2024.

PRESENTE

De mi mayor consideración.

En respuesta a la solicitud emitida por la Obstetra Mendez Cotrina Mervin Erika, pido a su servicio permitir la revisión de las Historias Clínicas a partir del 1° de enero hasta el 30 de abril de pacientes obstétricas que designe la interesada con fines de realizar el trabajo de investigación "Efectividad del Misoprostol en la Prevención de la Hemorragia Posparto en Púerperas inmediatas Atendidas en un Hospital de Nivel III en Lima".

Sin otro particular me despido de usted, agradeciendo su atención prestada.

Atentamente

  
DR. JESÚS BERNUY CAMPOS  
Jefe de Servicio de Obstetricia  
CENTRO DE ATENCIÓN  
CENTRAL 107 1248

ANEXO 07: VALIDACION DE JUECES EXPERTOS

itms	Criterio	Juez 1	Juez 2	Juez 3	TOTAL "SI"	V DE AIKEN	INTERPRETACION
itms 1	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 1	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 1	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 2	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 2	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 2	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 3	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 3	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 3	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 4	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 4	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 4	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 5	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 5	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 5	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 6	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 6	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 6	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 7	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 7	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 7	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 8	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 8	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 8	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 9	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 9	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 9	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 10	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 10	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 10	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 11	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 11	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 11	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 12	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 12	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 12	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 13	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 13	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 13	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 14	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 14	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 14	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 15	Pertinencia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 15	Relevancia	1	1	1	3	1.00	Válido
itms 15	Claridad	1	1	1	3	1.00	Válido

$$V = \frac{S}{(n(c-1))}$$

siendo:

S = la sumatoria de si

si = Valor asignado por el juez i,

n = Número de jueces

c = Número de valores de la escala de valoración (2. en este caso)

	Criterios			V de Aiken
	Claridad	Pertinencia	Relevancia	
Item 1	1	1	1	1
Item 2	1	1	1	1
Item 3	1	1	1	1
Item 4	1	1	1	1
Item 5	1	1	1	1
Item 6	1	1	1	1
Item 7	1	1	1	1
Item 8	1	1	1	1
Item 9	1	1	1	1
Item 10	1	1	1	1
Item 11	1	1	1	1
Item 12	1	1	1	1
Item 13	1	1	1	1
Item 14	1	1	1	1
Item 15	1	1	1	1

ANEXO 08: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO -PRUEBA DE ALFA DE CRONBACH

O.PCTE	DOSIS/M	VIA/M	FIEBRE	ESCALOF.	NAUSEAS	VOMITOS	CEFALEA	EDAD	PARIDAD	CES.ANT	MACR.F.	P. PRECIP.	R.R.PLAC.	TU/M	LOQUIOS	
1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
2	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	5
3	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5
4	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4
5	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3
6	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
7	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	2	2	13
8	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	5
9	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5
10	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4
11	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	4
12	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
13	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4
14	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5
15	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
16	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
17	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	5
18	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5
19	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4
20	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6
Var. S	0.239474	0.305	0.22105	0.05	0.05	0.05	0.16842	0.1974	0.094737	0.05	0.05	0.05	0.197368	0.2395	0.326316	

5.19281046

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

K= 20  
 $\sum S_i^2 = 1.48421053$   
 $S_T^2 = 5.19281046$   
 **$\alpha = 0.75$**






# 6% Similitud general

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

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

## Fuentes principales

- 4% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 5% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-12-19	1%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2021-07-31	<1%
4	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-03-09	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-11-06	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-08-20	<1%
8	Publicación	Ronald Edgardo López Guevara. "Hipertermia posterior al uso de misoprostol sub...	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Jose Carlos Mariategui on 2017-09-05	<1%
10	Trabajos entregados	Facultad de Psicología on 2025-09-09	<1%
11	Trabajos entregados	uwiener on 2023-02-27	<1%