



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores relacionados con la calidad de vida de las mujeres en el período posparto que residen en países de bajo y mediano ingreso económico: una revisión sistemática.

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico cirujano**

AUTORA:

Cueva Montoya, Maria Jose (orcid.org/0000-0001-9863-7074)

ASESORA:

Mg. Cruz Ausejo, Ruth Liliana (orcid.org/0000-0001-7506-4939)

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

Mi tesis va dedicada al amor de mi vida, a mi motor y motivo mi hijo Wilmer Alonso Sánchez Cueva, a mí madre, Lic. Janet Montoya Mestanza por haber sido siempre un ejemplo para mí.

A mí compañero de vida Segundo Simón Sánchez por su apoyo incondicional.

A Mí Abuelo Dr. Angelmiro Montoya, gracias por todo el amor, el cariño, los consejos y las motivaciones, sonrío en el cielo, a mí Angelito Mathias Miguel Ángel Montoya, un besito al cielo.

A mis amigos Dr. Jhimmy Benites, Dra. Margarita Morante, Dra. Estefanny Carranza, Dr. José María Dextre.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento especial a mi asesora Dra. Liliana Cruz Ausejo, por su dedicación y esfuerzo para culminar mi tesis, a la Lic. Lucy por su motivación para siempre hacer las cosas correctas, a mis médicos asistentes: Dra. Patricia Guarniz, Dr. Aciam, Dr. Diego Roldán, Dra. Elsa La Torre, Dr. Robert Rodas, Dr. Yan Cáceres, Dr. Omar Abanto, Dr. Wilfredo Cruz, Dr Randy Rebaza por todas sus enseñanzas, consejos, me llevo los mejores recuerdos de ustedes, gracias, por tanto.}

A mis queridos obstetras: Junior Prettel, Rosario Burga, Sebastián Malca y a todo el equipo de obstetras del HTLF por sus consejos, enseñanzas y por brindarme la confianza en las atenciones.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
III. METODOLOGÍA:.....	5
3.1. Tipo y diseño de investigación:	5
3.2. Variables y operacionalización:	5
3.3. Población y muestra y muestreo:	5
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:	5
3.5. Métodos de análisis de datos:.....	6
3.6. Aspectos éticos:.....	8
IV. RESULTADOS	9
V. DISCUSIÓN.....	30
VI. CONCLUSIONES	33
VII. RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS	35
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Nivel de evidencia.....	8
Tabla 2: Características de los estudios seleccionados	11
Tabla 3: Resumen de hallazgos de los estudios y factores asociados a la calidad de vida.	18

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Flujograma PRISMA de selección de estudios	10
Figura 2: Evaluación de riesgo de sesgo de estudios transversales incluidos	28
Figura 3: Evaluación de riesgo de sesgo de estudio cohorte incluidos.	29

RESUMEN

Introducción: El puerperio es una de las principales preocupaciones para la ginecología, debido a complicaciones como el sangrado anormal, que suceden en el periodo. Sin embargo, condiciones sociales, económicas y de salud deficientes como el pobre acceso a la atención médica pueden impactar negativamente en la percepción de su calidad de vida. **Objetivo:** identificar los factores asociados a la calidad de vida en mujeres puérperas que residen en países de bajo y bajo-mediano ingreso económico. **Metodología:** Estudio secundario de revisión narrativa de la literatura. Se realizó una búsqueda en las bases Pubmed, Scopus, Scielo y Web of Science. **Resultados** Se identificó 2415 estudios, 34 artículos fueron evaluados a texto completo y se incluyeron 22. Se evaluó un total de 7548 mujeres en periodo posparto, 2392 mujeres fueron evaluadas en el puerperio inmediato y los 2 meses post alumbramiento el 22.7 % (5/22) de los estudios se llevaron a cabo en Irán y 85% (17/22) se ejecutaron en países de bajo-mediano ingreso económico. El instrumento más utilizado fue el SF-36 en el 50% de estudios, seguido del WHOQOL-BREF en el 27.7% de reportes. De los estudios evaluados el 81.8% tuvo un diseño transversal. Se identificó que la percepción de la calidad de vida de la mujer puérpera se ve afectada positivamente por factores con diferentes niveles de evidencia entre ellos el nivel educativo de la madre, ingreso económico, quintil económico; soporte familiar, educación de la pareja, el modo de parto: vaginal. Mientras que, una menor edad, complicaciones maternas, comorbilidades gestacionales, parto por cesárea y muerte del bebé impactan negativamente. **Conclusión:** Se identificaron factores asociados a la CV de la puérpera de países de bajo y bajo-mediano ingreso económico principalmente, relacionados a la edad, nivel educativo, complicaciones durante los periodos pre, peri y posnatal, modo de alumbramiento, controles prenatales y comorbilidades gestacionales.

Palabras clave: postparto, salud materna, apoyo social, lactancia materna (DECS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: postpartum is a significant concern in gynecology due to complications such as abnormal bleeding that occur during this period. However, poor social, economic, and health conditions, including limited access to medical care, can negatively impact the perception of postpartum women's quality of life (QOL). **Objective:** to identify factors associated with the QOL in postpartum women residing in low and low-middle income countries. **Material and methods:** A secondary study involving a systematic review was carried out. A search was performed in Pubmed, Scopus, Scielo, and Web of Science databases. **Results:** A total of 2415 studies were identified, with 34 articles undergoing full-text evaluation, and ultimately, 22 were included. The assessment involved a total of 7,548 postpartum women, among whom 2,392 were evaluated during the immediate postpartum period and the subsequent 2 months. Notably, 22.7% (5/22) of the studies were conducted in Iran, while 85% (17/22) were carried out in countries characterized by low to middle-income economic status. The SF-36 was the most commonly utilized instrument, featured in 50% of the studies, followed by the WHOQOL-BREF, which appeared in 22.7% of the reports. The 81.8% of studies used a cross-sectional design. It was observed that the perception of QOL among postpartum women is positively influenced by factors exhibiting varying levels of evidence, including maternal educational attainment, economic income, economic quintile, family support, partner's education, and the mode of delivery (vaginal). Conversely, younger age, maternal complications, gestational comorbidities, cesarean section delivery, and infant mortality had a negative impact. **Conclusion:** factors associated with postpartum women's QOL from low and low-middle income countries were identified, primarily including age, educational level, complications during the prenatal, and postnatal periods, and the mode of delivery, prenatal care, and gestational comorbidities.

Keywords: quality of life, postpartum period, puerperium, developing countries (MeSh)

I. INTRODUCCIÓN

En el año 2016 se registraron un total de 21 millones de embarazos en mujeres de 15 a 19 años, de los cuales 12 millones resultaron en partos exitosos¹. Sin embargo, la inquietud ante las complicaciones durante los últimos meses de gestación y en el periodo post parto sigue siendo una preocupación global², especialmente en países con desarrollo limitado. Esta inquietud se ve exacerbada al considerar las estadísticas del 2020, donde la región de África Subsahariana y el sur de Asia, concentraron el 87% de las muertes maternas a nivel mundial, con el 70% se registrándose en la región subsahariana del continente africano.³

El puerperio, entendido como un periodo de transición psicológico, social y física en la vida de la mujer, inicia después del alumbramiento y puede extenderse hasta los 6 meses.⁴ Durante esta fase se han identificado factores socioeconómicos, clínicos y sociales que afectan la salud de la puérpera, como complicaciones genitourinarias, inconformidad durante las relaciones sexuales e incontinencia urinaria,^{4,5} modalidad de parto⁶ y el acceso a servicios sanitarios de atención materna⁷. En este contexto, las madres son vulnerables a cambios internos fisiológicos internos que pueden desencadenar problemas de salud mental como depresión postparto, ansiedad^{8,9}, especialmente en situaciones de limitaciones económicas.¹⁰

Para ilustrar esta situación, los resultados de la Encuesta de Demografía y Salud de Nepal (DHS, en inglés) de 2022, revelan que las mujeres pertenecientes a un menor quintil socioeconómico, tienen menos probabilidades de recibir controles postnatales (56%) en comparación con mujeres de quintiles más altos (87%)¹¹. A esta disparidad se suman condiciones como un menor nivel educativo, trabajo fuera de casa¹², falta de soporte familiar¹³, factores que, en conjunto inciden en la calidad de vida percibida por la puérpera.

En coherencia con este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad de vida (CV) como “la percepción del individuo de

su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores, y en estrecha relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”.¹⁴ Este concepto ha evolucionado hacia la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS)¹⁵, entendida como la comprensión subjetiva de estado de salud física y mental de uno mismo en el tiempo, siendo implícita al primer concepto.

A pesar de los estudios previos que abordan las complicaciones de salud en la puérpera, se observan variabilidades entre los reportes debido a la ubicación geográfica en la que se llevaron a cabo.^{7,10,13,16} Es conocido que los países con un mayor ingreso nacional bruto per cápita (INB), pueden destinar mayores recursos económicos y tener mejor cobertura en salud. Mientras que las localidades con un menor gasto en salud enfrentan más complicaciones y cubren escasamente la demanda de salud de su población.

Por ello, el propósito de esta revisión es identificar y describir los factores asociados a la CV en mujeres puérperas de países de bajo y mediano ingreso económico, a fin de proporcionar una comprensión integral de los desafíos y las disparidades que enfrentan estas mujeres en este periodo.

II. MARCO TEÓRICO

Para identificar y entender los posibles factores relacionados a la calidad de vida de la mujer en periodo postparto, es esencial comprender que el embarazo y el posparto son sucesos que marcan un cambio emocional y vivencial en la mujer, su pareja y entorno. Sin embargo, en muchas ocasiones este no es comprendido por el sistema de salud.

Teoría de las transiciones: el proceso de la concepción, embarazo, parto y posparto son eventos transitorios de duración determinada, los cuales podemos reconocerlos como etapas. Según Schumacher y Meleis¹⁷, en su teoría de las transiciones, interpretan la “transición” como el paso entre dos periodos, los cuales implican cambio¹⁸. Este paso conlleva la experimentación de variaciones en su medio, percibidas con diferente intensidad, mismas que impactan en los aspectos de salud de la mujer, y por lo tanto en su CV. La aplicación de la teoría de las transiciones al periodo postparto de la mujer, podría entenderse a través de los cambios que afrontan. Estos cambios determinarán si el proceso es llevado de manera saludable o no¹⁷, por lo que su entendimiento es clave para el análisis de los determinantes de la salud de mujer puérpera.

Jane Hutchens¹⁹, exploró la CVRS y la salud mental en mujeres que experimentaron alguna enfermedad cardíaca durante el embarazo y los primeros 12 meses del periodo postparto. Este estudio exploratorio evaluó a 43 mujeres con alguna patología cardíaca congénita, genética o adquirida. Se usó el cuestionario de CV de la OMS en su versión corta, así como el cuestionario Cardíaco de Kansas City, la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y el cuestionario de Ansiedad cardíaca (CAQ). Los autores encontraron una frecuencia de 24%, 22% y 19.5% para depresión, ansiedad y estrés, respectivamente. El 44.5% tuvo ansiedad moderada, además de una baja satisfacción con la vida (51.7/100), salud física (55.2/100) y baja CVRS (63.1/100). De lo que concluyó que la mayoría de las mujeres reportaron información inadecuada, poco apoyo de

consejería, y las mujeres con enfermedades cardíacas, tuvieron resultados de CV y salud mental deteriorados

Yu- Jeong²⁰, identificó factores que influyen la CV en el periodo posparto temprano en 179 mujeres de la ciudad de Jeonbuk, Corea del Sur, el promedio de edad fue 32.9 ± 4.3 años y 39.1% tuvo un parto natural. Se identificó que la CV estuvo principalmente influenciada por factores físicos, psicológicos y sociales. Entre ellos, los factores físicos y psicológicos como dolor, fatiga, alteración del sueño, depresión posparto tuvieron un impacto negativo sobre la CV., el apoyo de pareja incremento la CV de las mujeres, mientras que su ausencia incremento el riesgo de depresión severa

Finalmente, Jiaying Li²¹, en su revisión sistemática evaluó la CVRS de madres con y sin depresión perinatal. De los 7945 estudios revisados, incluyó 12 reportes. Los resultados mostraron que las madres con depresión presentaron puntajes bajos en todos los dominios de CVRS, en comparación con las madres sin depresión. Mientras que las madres que prevenían de países con mayores ingresos reportaron mayores limitaciones en las dimensiones física y social, en comparación a las mujeres de países de bajos ingresos.

III. METODOLOGÍA:

3.1. Tipo y diseño de investigación:

- Tipo: Revisión sistemática
- Diseño de investigación: Observacional analítico

3.2. Variables y operacionalización:

- V1: Calidad de vida
- V2: Bajo y mediano ingreso económico
- V3: Puerperio o postparto

3.3. Población y muestra y muestreo:

- **Población:**
Se incluyeron estudios de diseño observacional tipo transversal, caso-control, cohorte, en los que se evaluó el impacto del estadio del puerperio o postparto en la calidad de vida o calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres residentes de países de bajo y bajo-mediano ingreso económico.
- **Muestra:**
No aplica
- **Muestreo:**
No aplica

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

- **Técnica:**
Esta revisión sistemática, siguió las recomendaciones de la guía de PRISMA (preferred reporting Items for systematic review and Meta-Analyses).²² Se incluyeron estudios de diseño observacional tipo transversal, caso-control, cohorte, en los que se evaluó el

impacto del estadio del puerperio o postparto en la calidad de vida o calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres residentes de países de bajo y bajo-mediano ingreso económico. Este último definido como las economías cuyo INB, según el método del Banco Mundial Atlas es de \$1 135 y \$1 136- \$4 465, respectivamente.²³

Se excluyeron estudios in vitro o realizados en animales, editoriales, revisiones sistemáticas, cartas al editor, resúmenes de congresos, reporte de casos.

- **Instrumento de recolección de datos:**

Se registró el protocolo el PROSPERO bajo el código CRD42023468054. Se elaboró una estrategia de búsqueda sistemática a partir de Medical Subheading terms (MeSH), emtree terms y términos libres que se adaptaron a las bases de datos Pubmed, Embase, Scopus, SciELO y Web of Science. Además, se incluyeron estudios en idioma inglés, portugués y español. La búsqueda se realizó sin límite de tiempo. Estrategia de búsqueda disponible en Material suplementario S1.

3.5. Métodos de análisis de datos:

- **Proceso de selección de estudios**

Los resultados de la búsqueda fueron importados al software de gestión de referencias Zotero (<https://www.zotero.org/>) donde se identificó y eliminó los artículos duplicados. A continuación, se exportó la información al aplicativo web Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>) donde dos revisoras M.J.C.M. y L.C-A revisaron los registros a título y resumen el cumplimiento de los criterios de inclusión. Las mismas autoras realizaron la revisión a texto completo de los artículos seleccionados. Los desacuerdos se resolvieron en consenso.

- **Extracción de información**

Para la extracción de la información se elaboró un formulario en una hoja de Excel elaborada por el autor L.C.A y revisada por MJCM. La información fue extraída de manera independiente por las dos autoras (L.C.A y MJCM), posteriormente ambas autoras evaluaron la idoneidad de los artículos seleccionados, y corrigieron las discordancias. En el reporte de información se buscó información relacionada a i) el estado de CV o CVRS en las mujeres en estadio postparto, ii) los instrumentos utilizados para su evaluación y iii) factores asociados o condicionantes a la CV o CVRS de mujeres residentes de países de bajo y bajo-mediano ingreso económico. Para esto se reportó la CV a través de promedios y desviación estándar, así como los principales resultados establecidos a través de medidas de asociación. Se registraron datos adicionales como autor, país, características de la muestra, aprobación ética, financiamiento.

- **Evaluación de la calidad de estudios**

El proceso de evaluación de calidad de estudios fue llevado a cabo por M.J.C.M y L.C.A. Se utilizó las herramientas de evaluación desarrolladas por el Joanna Briggs Institute según el tipo de estudio. Esta herramienta contiene un listado de preguntas, con cuatro opciones de respuesta: si, no, no se identifica/no se puede determinar y no aplicable.²⁴ Siguiendo las recomendaciones del JBI, los estudios se clasificaron según: i) bajo riesgo de sesgo, cuando la calificación “si” representa el 70% o más de las respuestas, ii) Riesgo moderado cuando la opción “si” represente entre el 50%-69%; y iii) Alto riesgo de sesgo si este es menor del 50%. El resumen se presenta en gráficos a través del software REVMAN.

- **Nivel de evidencia**

Se consideraron hallazgos consistentes si el 75% de los estudios en lo que se identificó un factor mostró la misma asociación. Para esto se definió cuatro niveles de evidencia: evidencia fuerte,

moderada, débil e inconsistente, según el estudio previo de Van der Woude que abordó el resultado de CV²⁵ (tabla 1). Si las publicaciones sobre un tema eran menos, se consideró como insuficiente y por lo tanto permanecía como inconcluso. Esto se presenta también en la sección de resultados.

Tabla 1: Nivel de evidencia

Nivel de evidencia	de
FUERTE	Cuando hay hallazgos consistentes en al menos 2 estudios de alta calidad o hallazgos consistentes en un estudio de alta calidad y al menos 3 estudios de moderada calidad
MODERADO	Hallazgos consistentes en un estudio de alta calidad y al menos un estudio de baja calidad O hallazgos consistentes en al menos 3 estudios de moderada calidad
DEBIL	Hallazgos consistentes en 2 estudios de moderada calidad o hallazgos consistentes en al menos 3 o más estudios de baja calidad
INCONSITENTE	Hallazgos inconsistentes en diferentes estudios, independientemente de la calidad de los estudios.

Adaptado de: Van der Woude et.al

3.6. Aspectos éticos:

Este estudio fue aprobado por el CIEI de la Universidad César Vallejo mediante N° 097-CEI-EPM-UCV-2023.

IV. RESULTADOS

4.1. Hallazgos principales

Se identificaron 4245 estudios, de los cuales posterior al proceso de revisión a texto completo se incluyeron 22 estudios en esta revisión. El proceso de selección se resume en la Figura 1. Respecto a los estudios incluidos, la tabla 2 muestra un resumen de las características principales. Un total de 18/22 estudios,^{7,13,26-41} tuvieron un diseño transversal, 2/22 longitudinal^{42, 43} y 2/22 de tipo cohorte^{44,45}. De estos estudios, 5/22 fueron publicados en el año 2018,^{7,34,36,41,42} seguidos de 4 publicados en el 2022,^{26,28-44}, 3 publicados en el año 2016^{35,38,40} y 3 en el 2021²⁹⁻³¹. Además, el 22.7 % (5/22) de los estudios se llevaron a cabo en Irán, 18.2% (4/22) en la India, mientras que Nepal, Etiopia, Pakistán y Nigeria cada uno representó el 9.1% (2/22) estudios registrados. De los países reportados como sede de estudio el 85% (17/22) perteneció a un país de bajo-mediano ingreso económico. Finalmente, el 50% de los estudios (11/22) recibieron financiamiento para su ejecución y más del 90% de ellos tuvo aprobación por un comité de ética, sin embargo, 2/22 estudios no declararon su aprobación por un comité.

Figura 1: Flujo de selección de estudios PRISMA

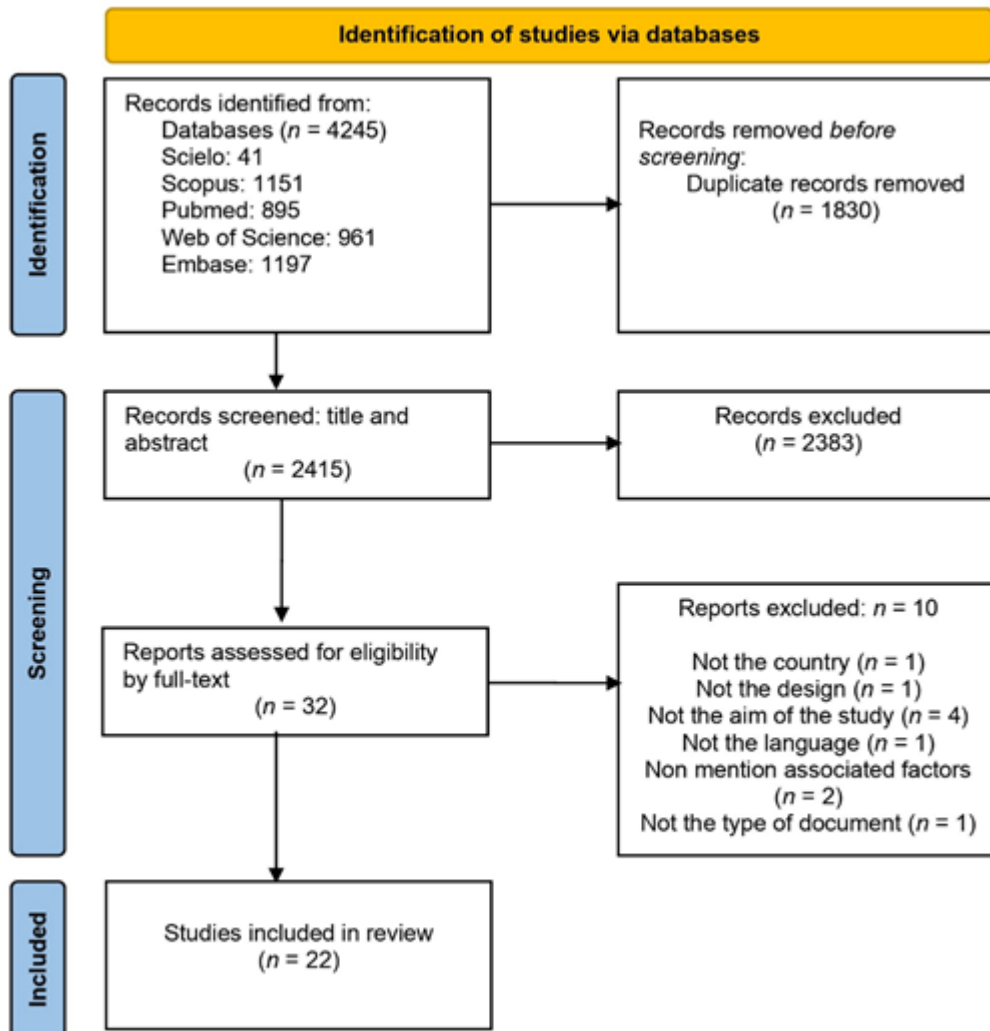


Tabla 2: Características de los estudios seleccionados

n°	Autor, año	País	Nivel de ingreso económico	Diseño de estudio	Instrumento de evaluación	Financiamiento	Aprobación ética	Conflicto de interés
1	Pratiksh Chapagain, et.al. 2018 ⁷	Nepal	bajo-mediano ingreso económico	transversal	SF-36	no	Si	ninguno
2	Khadjeh Khademi, et.al. 2023 ¹³	Irán	bajo-mediano ingreso económico	transversal	PQOL	no	Si	ninguno
3	Pallika Singh, et.al, 2022 (a) ²⁶	India	bajo-mediano ingreso económico	transversal	SF-36	no declara	Si	no declara
4	Birhanu Jikamo, et.al. 2022 ⁴⁴	Etiopia	bajo ingreso económico	cohorte	WHOQOL-BREF	Si	Si	ninguno
5	Tahereh Moktaryan-Gilani, 2022 ²⁸	Irán	bajo-mediano ingreso económico	transversal	MAPP-QOL	no	Si	ninguno
6	Paul Lokubal, 2021 ²⁹	Burkina Faso	bajo ingreso económico	transversal	WHOQOL-BREF	Si	Si	ninguno
7	Yirgalem Tola, 2021 ³⁰	Etiopia	bajo ingreso económico	transversal	SF-36	Si	Si	ninguno
8	Nadia Ramzan, 2021 ³¹	Pakistán	bajo-mediano ingreso económico	transversal	SF-36	no declara	Si	ninguno
9	Madalitso Khwepeya, 2020 ³²	Malawi	bajo ingreso económico	transversal	WHOQOL-BREF	Si	Si	ninguno

10	Rashidul Alam Mahumud, 2019 ³³	Bangladesh	bajo-mediano ingreso económico	transversal	EQ-5D-3L y EQ-VAS	Si	Si	ninguno
11	Stefan Kohler, 2018 ³⁴	India	bajo-mediano ingreso económico	transversal	EQ-5D-5L	Si	Si	ninguno
12	Namin Rezaei 2018 (b) ³⁶	Irán	bajo-mediano ingreso económico	transversal	SF-36	Si	Si	ninguno
13	Chinweuba, Anthonia, 2018 ⁴²	Nigeria	bajo-mediano ingreso económico	longitudinal	SF-36v2™ modificado	no	Si	ninguno
14	Tungchama Friday, 2017 ³⁷	Nigeria	bajo-mediano ingreso económico	transversal	WHOQOL-BREF	no declara	Si	ninguno
15	Masoumeh Kordi, 2016 ³⁸	Irán	bajo-mediano ingreso económico	transversal	SF-36	Si	Si	ninguno
16	Trupti N Bodhare, 2015 ³⁹	India	bajo-mediano ingreso económico	transversal	MGI	no declara	Si	no declara
17	Nazamin Rezaei 2016 (a) ³⁵	Iran	bajo-mediano ingreso económico	transversal	SF-36	no declara	Si	ninguno
18	Nuwagaba-Biribonwoha, 2006 ⁴⁵	Uganda	bajo ingreso económico	cohorte	Darmouth COOP chart	Si	no declara	no declara
19	Zoreh Sadat, 2013 ⁴³	Irán	bajo-mediano ingreso económico	longitudinal	SF-36	Si	no declara	ninguno

20	Yoko Aihara, 2016 ⁴⁰	Nepal	bajo-mediano ingreso económico	transversa I	WHOQOL-BREF	Si	Si	ninguno
21	Madeeha Malik, 2018 ⁴¹	Pakistán	bajo-mediano ingreso económico	transversa I	SF-36	no declara	Si	ninguno
22	Pallika Singh 2022 (b) ²⁷	India	bajo-mediano ingreso económico	transversa I	SF-36	no	Si	ninguno

MAPP-QOL: Maternal Postpartum Quality of Life, MGI: Mother generated index, WHOQOL-BREF: Escala de Calidad de vida breve de la OMS, SF-36: Cuestionario de salud

4.2 Instrumentos de evaluación

En cuanto a los instrumentos de valoración de CV, estos fueron variables. El 50% de los estudios evaluados usó Cuestionario de Salud SF-36^{7,26,27,30,31,35,36,38,41-43} instrumento que valora la CVRS a través de 8 dimensiones las cuales pueden evaluarse forma independiente, agruparse en dos dimensiones mayores como CVRS física y CVRS mental o brindar un puntuación global.⁴⁶ Otro instrumento utilizado fue el WHOQOL-BREF (22.7%)^{29,32,37,30,44}, este instrumento ha sido diseñado por la OMS en una versión extensa sin embargo, en los estudios identificados en esta revisión todos utilizaron la versión corta la cual identifica cuatro dimensiones principales en la CV de las personas: física, psicológica, ambiental y social, siendo validada a través de 23 países.⁴⁷ Seguidamente, la escala EQ-5D-5L³⁴ y EQ-5D-3L³³, en su versión original o modificada fue el tercer instrumento más utilizado. Otros instrumentos usados solo una vez fueron el “Postpartum Quality of life” (PQOL), Darmouth COOP chart⁴⁵, Maternal generated Index³⁹ y el MAPP-QOL²⁸. Tabla 2

4.3 Factores relacionados

Se evaluó un total de 7548 mujeres en periodo posparto, 2392 mujeres fueron evaluadas en el puerperio inmediato y los 2 meses post alumbramiento, respecto a la edad no se pudo estimar un promedio ponderado debido a que no todos los estudios reportaron la variable edad a través de medias y desviación estándar.^{29,33,34,41,43} El resumen de los factores asociados se resume en la **tabla 3**. Entre los principales factores se identificaron cinco grupos o factores: sociodemográficos, laborales, familiares, salud materna y perinatal, salud del infante

Factores sociodemográficos

Se identificaron ocho factores, clasificados según el nivel de evidencia. La edad presente una fuerte asociación con la percepción de la CV, siendo que autores diversos indican que una edad menor se vincula con una percepción de CV desfavorable.^{30,33,37} Otro elemento crucial es el nivel educativo, evidenciándose que una formación más avanzada, ya sea técnica o universitaria se relaciona con una percepción más positiva de la CV^{28,32,35,39,41}, especialmente en términos de salud física⁴², mientras que un nivel educativos inferiores inciden negativamente.³⁰

En adición, se encontró un nivel de evidencia moderada para las variables números de hijos e ingreso económico. En el primer caso, se ha señalado que un mayor número de hijos (> 3 hijos) podría relacionarse con una percepción de CV menos favorable.^{26,28} Respecto al segundo caso, un ingreso económico más alto, definido como la cantidad de dinero percibida mensualmente por la persona o familia; especialmente en mujeres con empleo, se asocia con una percepción positiva de la CV.^{28,42}

En último término, la carencia de estudios impidió determinar un nivel de evidencia para factores como la inseguridad hídrica, que podría generar mayor estrés en madres puérperas, resultando en deficiencias de higiene y menos tiempo para el cuidado del niño, aumentando la probabilidad de problemas como la depresión y una peor CV física.⁴⁰ Además, las mujeres pertenecientes al quintil inferior (representado el < 20% más bajo en la

distribución de riqueza) exhiben una calidad de vida inferior ³³, mientras que un estatus socioeconómico medio, reduce las probabilidades de experimentar una mala CV.³⁹ Sobre estos factores se necesitan mayores estudios para corroborar la evidencia.

Factor laboral

En relación a los factores laborales, se observó una evidencia inconsistente en cuanto a la influencia de tener empleo durante el periodo posparto. Algunos autores como, Chapagain et.al.⁷ y Madalitso et.al.³², identificaron una asociación positiva entre el empleo y una mejor CV, especialmente en términos de salud mental. ³⁵ No obstante, se observa una variabilidad en este patrón, ya que en mujeres de mayor edad se percibe una asociación negativa, con una menor percepción de la CV, particularmente en la dimensión física. ⁴²

Factores familiares

El soporte familiar y social se presenta como un factor asociado de nivel de evidencia fuerte. Diversos autores han señalado que las mujeres que han recibido un mayor soporte social por parte de sus familias, incluida la pareja, han experimentado una percepción mejorada de su CV. Este respaldo, manifestado a través de diversas formas como el soporte emocional percibido, recibido y la búsqueda del mismo, contribuyen e manera positiva a la CV de la puérpera, especialmente en la dimensión física. ^{7,13,40}

Características como nivel educativo de la pareja o esposo de la puérpera pueden tener un impacto significativo en el estado de salud de la madre. Se ha observado que un mejor nivel educativo por parte de la pareja se asocia con una mejor CV de la madre, especialmente en las dimensiones física y mental, ^{31,41} particularmente en la limitación del rol por problemas físico y emocionales de la puérpera. Sin embargo, es importante señalar que la evidencia que respalda esta asociación es de naturaleza débil.

Por último, la evidencia resulta inconclusa en lo que respecta a los factores de maltrato por el esposo/familia y satisfacción con la relación. En el primer caso, se observó que diferentes formas de maltrato y abuso (físico, psicológico, financiero, verbal, discriminación y violación de derechos), genera un

deterioro en la puérpera, manifestándose en una menor percepción de CV.²⁶ Mientras tanto, las mujeres que experimentan una mayor satisfacción con su pareja, evidenciada por un grado de comunicación eficaz, toma de decisiones compartida y acuerdos en pareja, presentaron una CV superior.²⁹ No obstante, se requieren más estudios para validar estos hallazgos.

Factores de salud materna y perinatal

Los síntomas depresivos se han identificado ampliamente como factores perjudiciales para la salud materna, incluso al considerar variables como el apoyo social y la edad de la madre.³⁹ La presentación de síntomas o un diagnóstico de depresión adquiere relevancia, ya que estos se intensifican en el periodo postparto, afectando adversamente la CV de la puérpera.^{30,32} Asimismo, las complicaciones durante los periodos pre, peri y posnatal han sido señalados como factores negativos para la CV, evidenciando diferencias significativas entre aquellas con y sin afecciones en diversas etapas.^{26,28,37}

El modo de alumbramiento, también emerge como un factor asociado de evidencia fuerte, en la dimensión física de la vida de las madres, siendo la cesárea identificada por Mahummud et.al., Yirgalem et.al., y Tungchama et. al. como un factor negativo.^{30,33,37} Además, las visitas antenatales y la cantidad de asistencias recibidas impactan significativamente en la percepción de la CV. Aquellas mujeres que no recibieron un control prenatal³⁰ o tuvieron menos de 4 visitas durante las evaluaciones obstétricas, informaron una menor CV.^{31,33} En contraste, el parto vaginal se identificó como un factor favorable para la CV en estas mujeres^{27,31,34,41}, aunque su nivel evidencia es moderado. A esta categoría se suman antecedentes como el diagnóstico VIH+ y comorbilidades gestacionales, los cuales se asociación negativamente con la CV.^{35,45}

Otros factores identificados, aunque con evidencia inconclusa, incluyen el deseo del embarazo⁷, la presencia de estrías gravídicas,³⁸ una salud sexual optima a través del deseo sexual activo (lubricación, excitación, satisfacción)³⁶, preclamsia y sus formas severas⁴⁴, la asistencia médica

durante el parto³², la episiotomía³⁴ y las visitas postnatales.³³ Estos estudios presentaron evidencia insuficiente.

Factores relacionados a la salud del infante

En relación con la salud del infante, se encontró evidencia moderada para la muerte del infante⁴⁴, especialmente en mujeres con antecedentes de preclamsia⁴⁵, lo cual se asoció con un deterioro en la CV de la puérpera. Otros factores de evidencia inconclusa fueron la presencia o desarrollo de enfermedades en el bebe⁴⁵ y la prematuridad, siendo este último un factor preocupante que impacta negativamente en CV materna.⁴⁴

Tabla 3: Resumen de hallazgos de los estudios y factores asociados a la calidad de vida.

n	Autor, año	tamaño de muestra y características	Criterios de elegibilidad	Periodo de recolección	Periodo de puerperio	Resultados del instrumento	Factores asociados
1	Pratiksh Chapagain, et.al. 2018 ⁷	n= 129 mujeres, edad: 25.14± 4.45 años.	Ex: problemas psiquiátricos	setiembre de 2018	día 1-mes 12	QOL: 64.28 ± 12.87 PQOL: 64.09 ± 15.49. MQOL: 64.48 ± 14.18.	Mujeres con empleo y soporte familiar, tuvieron mejor QOL global. Así mismo las mujeres que tuvieron partos por cesárea y aquellas con embarazos deseados tuvieron mejor MQOL.
2	Khadjeh Khademi, et.al. 2023 ¹³	n=240 mujeres, edad: 31.34 ±5.52 años	In: mujeres sin problemas psiquiátricos, preclamsia o diabetes	octubre 2021 a febrero 2022		PQOL: 61.63 ± 9.59	El soporte emocional percibido, soporte emocional recibido, búsqueda de soporte emocional, búsqueda de soporte informacional y búsqueda de soporte de familia, afectaron la QOL.
3	Pallika Singh, et.al. 2022 (a) ²⁶	n= 330 mujeres, edad: 25.33 ± 4.0 años.	In: residentes de Delhi, dar a luz entre enero-diciembre 2019	noviembre 2018 a marzo-2020	6 semanas	QOL: 64.4 ± 19.4	Tener más de 3 hijos, complicaciones (anteparto, intraparto o posparto), abortos o perdidas previas, no visitas de control por un PS, antecedentes de maltrato de pareja o familiar, menor soporte por parte del PS en el periodo intraparto, problemas

						financieros familiares impactaron negativamente en la QOL general de las mujeres. Mientras que, lactancia materna exclusiva mejoro la QOL general y MQOL.	
4	Birhanu Jikamo, et al. 2022 ⁴⁴	n=602 gestantes n=302 con preclamsia, edad: 24.81±4.47 años. n=300 sin preclamsia edad: 24.81±4.46 años.		octubre 2020 a enero 2021	6 y 12 semanas	HRQOL sin preclamsia: 181±21 HRQOL con preclamsia: 156 ± 16	Las mujeres con preclamsia tuvieron menor HRQOL a las 6 y 12 sem. comparado a mujeres normotensas. En mujeres con preclamsia, la muerte neonatal y el nacimiento pretérmino afecto negativamente su HRQOL, más que en mujeres normotensas. Mujeres con características severas de preclamsia presentan una menor HRQOL. La HRQOL mejoro a las 12 semanas para las mujeres con preclamsia.
5	Tahereh Moktaryan-Gilani, 2022 ²⁸	n= 407 mujeres edad: 29±5.75 años.	In: niños nacidos vivos. Ex: enfermedades crónicas, desórdenes mentales, muerte reciente del infante.	2018	no especifica	QOL: 24.37±4.08	Un ingreso económico menor (3 millones de Tomans), mayor número de hijos (>1), con complicaciones maternas (HTA, preclamsia, hemorragia, diabetes, hijos pretérmino) disminuyeron la QOL. Mientras que, la educación superior

						de la madre, incrementaron la QOL.	
6	Paul Lokubal, 2021 ²⁹	n=547 mujeres, edad: 250(45.7%) tienen entre 25-34 años	In: vivir con una pareja masculina	febrero 2015 a julio 2016	8 meses	QOL: 83.0 ± 10.5	Una mayor "satisfacción con la relación" (satisfacción de la mujer con su relación, pareja y grado de comunicación, decisiones compartidas y acuerdos) mejoró la QOL general y en cada dominio DF, DPs, DS y DA.
7	Yirgalem Tola, 2021 ³⁰	n=409 mujeres, edad: 28.09±5.65 años	In: residentes de Arba Minch town al menos 6 meses. Ex: enfermedades severas y mentales.	abril a mayo 2019	6 meses	QOL: 45.15 ± 8.13	Tener menor edad (17-24 años), educación no formal y alumbramiento por cesárea, disminuyeron la HRQOL. De la misma forma, haber tenido un parto por cesárea disminuyó la PHRQOL. Respecto a la MHRQOL, la edad (17-24 años), no recibir cuidados prenatales, así como DPP tuvieron un impacto negativo.
8	Nadia Ramzan, 2021 ³¹	n= 268 mujeres, edad: 27 ± 4.2 años.	Ex: complicaciones obstétricas, neonatales, relacionadas al parto, restricciones mentales,	marzo a junio	desde 6 semanas- 6 meses	Me QOL: 52 [65-42]	Mujeres que tuvieron parto vaginal, periodo posparto mayor a 6 semanas, más de 6 visitas prenatales (controles) y cuyos esposos tenían mayor nivel

		enfermedades crónicas, malformaciones congénitas del bebé, muerte intrauterina o nacimiento sin vida.				educativo, reportaron mejor puntuación en HRQOL.	
9	Madalitso Khwepeya, 2020 ³²	n= 173 mujeres edad: 29±6.7 años	In: parto vaginal Ex: complicaciones obstétricas, preclamsia, hemorragia, enfermedades mentales.	agosto a setiembre 2018	1 día	QOL: 4.1±1.0	La puntuación en los dominios DPs y DS fueron mayores. Un nivel educativo superior se asoció negativamente a la QOL. Mientras que un mayor miedo post-nacimiento del niño y síntomas de DPP se relacionaron negativamente con la MHRQOL. La asistencia por un médico durante el parto mejoró la PHRQOL. El estatus de empleo mejoro el dominio psicológico de la QOL.
10	Rashidul Alam Mahumud, 2019 ³³	n= 465 mujeres edad: 18 -42 años	Ex: asma, diabetes, enfermedades cardíacas	mayo- 2015 a mayo 2016	2-7 días posparto y de 42-60 días	EQ-5D grupo de 19-25 años: perinatal QOL: 0.49±0.41 postparto QOL:0.85 ±0.23. EQ-VAS grupo de 19-25 años:	Madres menores de 19 años, consultas limitadas prenatales (0-1 consulta), pertenecían a un menor quintil económico (<20%) y recibieron cesárea tuvieron menor puntaje de QOL. Quienes recibieron visitas postnatales/cuidados, tuvieron mejor QOL comparado con

					perinatal 0.72 ±0.18 postnatal: 0.87 ±0.13	quienes no recibieron ninguna visita.	
11	Stefan Kohler, 2018 ³⁴	n = 224 mujeres, g. parto vaginal (79%): 47.2% entre 21-24 años. g. cesárea (21%): 50% entre 21-24 años		abril-2016, julio a noviembre 2014	3 días, 3-7 días y 21-30 días posparto	QOL parto vaginal: 0-3 días: 0.57 (0.52-0.61) 3-7 días: 0.81 (0.78, 0.84) 21-30 días: 0.93 (0.92, 0.94) QOL cesárea: 0-3 días: 0.28 (0.18, 0.38) 3-7 días: 0.59 (0.51, 0.67) 21-30 días: 0.85 (0.82, 0.89)	El promedio de QOL mejoro a lo largo de las 3 evaluaciones para ambos grupos (parto vaginal vs cesárea). La comparación entre ambos grupos indicó que el grupo de parto vaginal tuvo una calidad de vida más alta y más probabilidades de reportar problemas leves o nulos en 4 de 5 dimensiones de salud (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor o malestar). Mujeres que tuvieron episiotomía tuvieron menos QOL.
12	Namin Rezaei (b), 2018 ³⁶	n= 380 mujeres, edad: 29.8±15.5 años.	In: madre de niños alumbrados entre 38-42 semanas. Ex: complicaciones obstétricas, DPP, discapacidad o	no especifica	8 meses	QOL grupo con disfunción sexual PHRQOL: 57.74±16.57 MHRQOL: 61.74±19.3 QOL grupo sin	Mujeres con un alto deseo sexual y baja sensación de dolor tienen menos probabilidades de tener mala PQOL. Las dimensiones de función sexual, incluyendo la excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción

		enfermedad crónica, cirugías en los últimos 3 m. para cada conyugue, lesiones genitales.			disfunción sexual PHRQOL: 68.27±14.84 MHRQOL: 73.80 ±16.9	sexual son factores protectores frente a una baja QOL.
13	Chinweuba, Anthonia, 2018 ⁴²	n= 234 mujeres, edad: 27.91 ± 5.89 años	In: parto normal a término. Ex: complicaciones médicas, estrés (pérdidas o conflictos familiares).	setiembre 2012 a marzo 2013	6, 12 y 18 semanas	La mejor HRQOL se registró a las 12 semanas posparto y mientras que la más baja fue a las 18 semanas. Mujeres con empleo presentan menos HRQOL, particularmente en PHRQOL, afectadas más por el incremento de edad, excepto quienes cuentan con educación superior y mayores ingresos.
14	Tungchama Friday, 2017 ³⁷	n= 531 mujeres, edad: 26.84 ± 5.6 años.	In: 21.8% de mujeres tuvo DPP	setiembre 2012 a enero 2013	6-8 semanas	Las participantes con DPP percibieron significativamente menos QOL. Un menor nivel educativo, modalidad de parto, edad <35 años y complicaciones en el parto fueron factores asociados a menor QOL.
					QOL Mujeres con DPP** DF:58.96 ±18.56 DPs:56.96±16.46 DS:62.78±24.84 DA: 52.78±16.04 QOL Mujeres sin DPP ** DF: 72.84±9.37 DPs:70.53±15.91 DS:75.33±11.96	

					DA:67.77±10.11		
15	Masoumeh Kordi, 2016 ³⁸	n =145 mujeres, edad: 26.3 ± 5.7 años.	In: 84 % de mujeres presentó estrías gravídicas.	2013	6 semanas	QOL 49.43 ± 8.28	Participantes con estrías gravídicas tuvieron menor percepción del DF y en la QOL general, en comparación con las mujeres sin estrías
16	Trupti N Bodhare, 2015 ³⁹	n=274 mujeres, edad: 23.22 ± 3.25 años	Ex: complicaciones después del parto, parto instrumental, o nacimientos sin vida, o que sufren de alguna condición médica o psiquiátrica	enero a marzo 2013	6-8 semanas	MGI promedio total: 3.49 ± 1.13.	La edad (mayor) y mejor estatus socioeconómico se asoció con mejor QOL. Mientras que los síntomas DPP se asociaron negativamente.
17	Namin Rezaei (a), 2016 ³⁵	n=380 mujeres, edad: 29.81±5.5 años.	In: mujeres residentes de Ilam por al menos un año. Ex: complicaciones neonatales, obstétricas, DPP, enfermedades crónicas incapacitantes.	marzo 2014 a junio 2015	6 meses	HRQOL mujeres < 30 años *Vitalidad: 62.13± 19.1, *Func. Social 70.54 ± 21.5, *Dolor 66.03± 19.8 HRQOL Mujeres >30 años: *vitalidad: 58.14± 19.1, *Func. Social 66.16±	Antecedentes de enfermedad durante el embarazo, tener educación secundaria o inferior, dar a luz hace < 3 mes fueron predictores de menor PQOL. Mientras que se empleada fue predictor de menor MQOL.

					21.9, *Dolor 61.53± 21.8.		
18	Nuwagaba-Biribonwoha, 2006 ⁴⁵	N = 531 mujeres, n= 132 gestantes-VIH+ n=399 gestantes-VIH- edad: 25±4 grupo VIH+ edad: 24±4 grupo VIH -	In: mujeres nulíparas y uníparas reclutadas a las 36 sem. de gestación.	noviembre 2022 a noviembre 2023	desde 36 semanas de gestación hasta las 6 semanas	QOL grupo HIV+: 1.7±1.0 * QOL grupo HIV-: 1.3 ± 0.7 *	Se identificaron predictores de peor QOL: muerte del bebe, comorbilidades, enfermedad del bebé. Las mujeres con VIH+ tuvieron peores puntajes en las dimensiones de actividades sociales, sentimientos y dolor en el puerperio.
19	Zoreh Sadat, 2013 ⁴³	n= 300 mujeres, grupo parto vaginal: 63(42%) tiene 30 años grupo cesárea 51(34%) tiene 30 años.	Ex: enfermedades preexistentes, historial de infertilidad y divorcio, parto instrumental, peso de recién nacido <2500 gr., muerte fetal, problemas médicos, no lactancia materna.	agosto 2007 a octubre 2008	2 y 4 meses	QOL(2m) g. parto vaginal: PHRQOL 60.52 ±13.28* g. cesárea: PHRQOL: 57.37±12.20* g. parto vaginal: MHRQOL: 60.28±16.60* g. cesárea: MHRQOL 61.52±14.97*	Mujeres con parto por cesárea tuvieron menos PHRQOL en comparación a las mujeres que tuvieron parto vaginal a los 2 m. Mientras que, a los 4m, La PHRQOL y MHRQOL fueron mejores en el grupo de parto vaginal que en las mujeres cesareadas.

					<p>QOL (4m)</p> <p>g. parto vaginal. PHRQOL 61.37±13.05*</p> <p>g. cesárea: PHRQOL 58.36±14.09*</p> <p>g. parto vaginal: MHRQOL 64.99 ±12.44*</p> <p>g. cesárea: MHRQOL 61.83±13.58*</p>		
20	Yoko Aihara, 2016 ⁴⁰	n= 267 mujeres, edad: 25.8 ± 3.9 años.	In: mujeres con único hijo	febrero a abril 2013	1 mes	PHRQOL 24.5±1.8	La inseguridad hídrica del hogar se asoció con una menor PHRQOL. Un mayor soporte social se asoció con una mejor PHRQOL.
21	Madeeha Malik, 2018 ⁴¹	n= 382 mujeres, edad: 146 (38.2%) tenían entre 26-30 años.	In: cesáreas electivas o de emergencia, partos vaginales normales; mujeres que habían dado a luz a un solo hijo vivo. Ex. Psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia, bebé anterior con una anomalía congénita, muerte perinatal	no especifica	6-8 semanas, 10-12 semanas, 14-16 semanas, > 9 meses, >15 meses		Las mujeres con parto vaginal tuvieron mejor promedio de PHRQOL y MHRQOL que las mujeres con parto por cesárea. El nivel educativo superior de la madre y del esposo se asoció con un mejor promedio en PHRQOL y MHRQOL.

		previa; menor de 16 años, disfunción de la personalidad, gestaciones múltiples, complicaciones obstétricas o neonatales.				
22	Pallika Singh (b),2022 ²⁷	n= 330 mujeres, edad: 25.33 ± 4.0 años	enero a diciembre 2019	6 semanas	HRQOL g. parto vaginal: 69.0±18.0 HRQOL: g. cesárea: 47.8±14.9	Las mujeres que tuvieron parto vaginal, mostraron mejor puntaje en la CV para los dominios: Funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social y salud mental.
In: criterio de inclusión, Ex: criterio de exclusión, DPP: depresión posparto, QOL: calidad de vida general, PQOL: Calidad de vida en salud física, MQOL: calidad de vida en salud mental, HRQOL: calidad de vida relacionada con la salud, PHRQOL: calidad de vida relacionada con la salud física, MHRQOL: calidad de vida relacionada con la salud mental, DF: dominio físico, DPs: dominio psicológico, DS: dominio social, DA: dominio ambiental, PS: personal de salud ambiental, Me: mediana, * p<0.05, **p<0.001						

4.4 Evaluación de riesgo de sesgo

De los 18/22 estudios con diseño transversal y 2/22 longitudinal, 9 mostraron un bajo riesgo de sesgo^{28-30,32-35,37,39}, 9 tuvieron un riesgo moderado de sesgo^{7,13,31,36,38,40,42,43,48} y 2 presentaron un alto riesgo de sesgo.^{41,49} Las dimensiones con mayor cantidad de aciertos fueron la definición de la inclusión de criterios (Q1), la medición confiable y válida del resultado (Q7) y el uso de un análisis estadístico apropiado (Q8) (ver **Fig.n°2**). Por otro lado, en los estudios de cohorte, Birhamu, 2022⁴⁴, demostró un bajo riesgo de sesgo, mientras que Nuwagaba⁴⁵ presentó un moderado riesgo de sesgo. Es necesario mencionar que, si bien la herramienta del JBI esta diseñada para estudios transversales, sus criterios de evaluación son aplicables a través del tiempo y facilita la comparación de estudios y evaluación en estudios longitudinales.⁵⁰ **Fig. n°3**

Figura 2: Evaluación de riesgo de sesgo de estudios transversales incluidos

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Chinweuba Anthonia, 2018	+	+	+	?			+	+
Khadijeh Khademi, 2023	+	+	+	+			+	+
Madalitso Khwepeya, 2020	+	+	+	+	+	+	+	+
Madeeha Malik, 2018	+	+	?	+			+	+
Masoumeh Kordi, 2016	+	?	+	+			+	+
Nadia Ramzan, 2021	+	+	?	+	+	+	+	+
Nazamin Rezaei (a), 2016	+	+	+	+	+	+	+	+
Nazamin Rezaei (b), 2018	+	?	+	+	+	+	+	+
Pallika Singh (a), 2022	+	+	?	+			+	?
Pallika Singh (b), 2022	+	?	+	?			+	+
Paul Lokubal, 2021	+	?	+	+	+	+	+	+
Pratiksha Chapagain, 2018	+	+	+	+			+	+
Rashidul Alam, 2019	+	+	+	+	+	+	+	+
Stefan Kohler, 2018	+	+	+	+	?	+	?	+
Tahereh Moktaryan-Gilani	+	+	?	+	+	+	+	+
Trupti N, 2015	+	+	+	?	+	+	+	+
Tungchama Friday, 2017	+	+	+	+			+	+
Yirgalem, Tola 2021	+	+	+	+	?	+	+	+
Yoko Aihara, 2016	+	?	+	+			+	+
Zohreh Sadat, 2013	+	+	?	+			+	?

Figura 3: Evaluación de riesgo de sesgo de estudio cohorte incluidos.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
Birhanu Jikamo, 2022	+	+	+	+	+	+	+	-	+		+
Nuwagaba-Biribonwoha, 2006	?	?	+	+	+	+	+	-	?	-	+

V. DISCUSIÓN

En líneas generales, los estudios exhibieron hallazgos heterogéneos en relación con la CV. Diversos autores observaron que el promedio de CV en mujeres puérperas era bueno^{7,13}; sin embargo, otros investigadores, como Pallikha²⁶ reportaron puntajes más en la CV física y resultados más favorables en participantes sin complicaciones maternas.²⁸ Estas diferencias podrían atribuirse a la variabilidad en los criterios de elegibilidad. En algunos casos se excluyó a madres con comorbilidades mentales⁷, comorbilidades físicas como la HTA, y diabetes²⁸, discapacidad intelectual, discapacidad física, así como aquellas que tuvieron bebés con antecedentes de hospitalización¹³. Además de la procedencia de la muestra, de hospitales de referencia o centros de atención, como se evidencia en algunos estudios ^{7,13}, podría influir en una mejor accesibilidad sanitaria, en contraste con otros estudios que no aplicaron exclusiones basadas en patologías previas²⁶. A pesar de estas discrepancias, se identificó una mejora en la CV en mujeres, incluso en presencia de comorbilidades como preclamsia⁴⁴. Sin embargo, en pacientes gestantes seguidas hasta el periodo posparto, y que tenían VIH, dicha mejora no fue evidente con el tiempo, especialmente en la dimensión social⁴⁵.

En cuanto a los factores que inciden en la CV, la edad materna temprana tendría un impacto adverso en la salud de la madre^{30,33,37}. Esto podría atribuirse a la menor madurez emocional y física asociada a las madres más jóvenes, así como a su predominante condición de primíparas³⁰. Es relevante señalar que esta condición se ve agravada en presencia de problemas psicopatológicos, la cual impacta especialmente en el CV mental⁵¹. Por otro lado, un nivel educativo superior, ya sea técnico o universitario^{28,32,35,41} acompañado de un mayor ingreso económico^{28,42} favorecerían la comprensión y participación en la educación prenatal, así como un mejor acceso a servicios de salud, generando un mayor nivel de satisfacción y percepción de seguridad⁵². Asimismo, tener un mayor número de hijos incrementa las responsabilidades personales, maternas y carga familiar. En este contexto, las madres tienden a priorizar las necesidades de los hijos

sobre las suyas propias, lo que afectaría negativamente su CV⁴². En consecuencia, se destaca la necesidad de un enfoque integral por parte del sistema de salud, desde la atención primaria, especialmente dirigido a las mujeres con niveles educativos más bajos y aquellas multíparas.

La evidencia sostiene una relación negativa con los síntomas depresivos^{30,32,39}. Estos hallazgos son consistentes con el reportado por Van de Woude et.al.²⁵, donde la CV se ve afectada por la depresión postparto, con mayor impacto en la dimensión mental. Los cambios fisiológicos durante el posparto, especialmente la desregulación emocional adquiere gran importancia, por lo que el soporte familiar y de pareja son más relevantes en la prevención de patologías no solo mentales, sino también físicas en la puérpera^{7,13,40}. En este sentido, se ha identificado, además, diferencias significativas para la CV según el tipo de alumbramiento. El parto vaginal presenta mejores resultados en el aspecto físico, consistente con lo reportado en los estudios de Berhaz et.al, Kavosi et.al y Ramzan et.a. donde mujeres con un parto vaginal^{6,53} presentaron mejores puntuaciones a las 6-8 semanas post parto.⁵⁴

Por último, se reconoce ampliamente que el puerperio constituye una etapa caracterizada por notables cambios que inciden de manera significativa en el bienestar materno. No obstante, es necesario destacar que la gestión adecuada del control pre y postnatal, a través de las intervenciones sanitarias, emergen como un factor determinante en este contexto.^{30,31,33} Dichas intervenciones permiten la identificación temprana de condiciones de riesgo, enfocadas especialmente en la prevención de comorbilidades gestacionales, tales como la diabetes gestacional, preclamsia y el monitoreo del estado de salud del infante, previniendo enfermedades y desenlaces como la muerte del mismo⁴⁵. Siendo aún más importante en el caso de mujeres con antecedentes de VIH^{35,45} y bebés prematuros⁴⁴. A pesar de estos beneficios, es relevante señalar que el acceso a los servicios de salud puede encontrarse restringido en esta población. Por lo que se plantea la necesidad de reformular estrategias de promoción de salud en los niveles de atención primaria, a fin de propiciar una cobertura más amplia y equitativa en la atención materno-fetal en contextos vulnerables.

Esta revisión presenta dos limitaciones principales. Primero la limitación del idioma, ya que el alcance de este estudio se limita a la búsqueda artículos científicos en inglés y español. Esto podría no haber identificado material en otras lenguas regionales. En segundo lugar, es importante señalar que la antigüedad de algunos estudios es mayor a cinco años. Se identificaron siete estudios con un tiempo de publicación mayor a este periodo, dada la evolución económica, política y social de los países involucrados, es posible que dichos cambios puedan haber influido en el contexto en el cual se llevó a cabo el estudio, afectando los resultados.

VI. CONCLUSIONES

Esta revisión identificó factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, ingreso económico), laborales (empleo), familiares (soporte familiar y de pareja), salud materna y perinatal (complicaciones perinatales), las cuales se asociaron de manera positiva y negativa con la CV en puérperas. Entre ellos, se identificó a factores con un nivel de evidencia fuerte a: edad, nivel educativo, complicaciones durante los periodos pre, peri y posnatal, modo de alumbramiento, controles prenatales y comorbilidades gestacionales.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que ya que la identificación de factores asociados a la CV postparto en puérperas como el menor nivel educativo y edad, es necesario desarrollar e implementar estrategias de intervención específicas en el sistema de salud, dirigidas a estos grupos vulnerables. Estas intervenciones deben abordar necesidades particulares de las mujeres, con un enfoque integral, que incluya la atención prenatal, apoyo emocional y acceso equitativo de salud.
2. Dado que un mejor nivel educativo y soporte familiar influyen positivamente en la CV postparto, se sugiere la promoción del apoyo psicosocial durante el embarazo y el postparto, guiado a través de profesionales y orientado a mejorar el entorno de las puérperas más vulnerables.
3. Por otro lado, la atención primaria es relevante en el bienestar materno-perinatal y la posible restricción de acceso a servicios de salud en poblaciones vulnerables, es un riesgo. Por ello se insta a reformular estrategias de promoción de la salud en los niveles de atención primaria. Así, garantizar una cobertura más aplicable y equitativa para mujeres en situaciones económicas desfavorables.

REFERENCIAS

1. Darroch J, Woog V, Akinrinola B, Ashaford L. Adding it up: cost and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents [Internet]. [cited 2023 Nov 26]. Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf
2. Mogos MF, August EM, Salinas-Miranda AA, Sultan DH, Salihu HM. A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Appl Res Qual Life*. 2013 Jun 1;8(2):219–50.
3. Maternal mortality [Internet]. [cited 2023 Nov 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
4. Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Prenat Med*. 2010 Apr;4(2):22–5.
5. Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M. Quality of life of women after giving birth: Associated factors related to the birth process. *J Clin Med* [Internet]. 2019;8(3). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85073320669&doi=10.3390%2fjcm8030324&partnerID=40&md5=fa08accaba917832c39f9e040910c15>
6. Rezaei N, Tavalaei Z, Sayehmiri K, Sharifi N, Daliri S. The relationship between quality of life and methods of delivery: A systematic review and meta-analysis. *Electron Physician*. 2018 Apr;10(4):6596–607.
7. Chapagain P, Pyakurel P, Anand A, Gupta A, Subedi D. Health-related quality of life measured by SF-36 among postdelivery mothers attending maternal and child health clinic in Eastern Nepal: a cross-sectional study. *Ann Med Surg*. 2023;85(4):783–9.
8. Kashyap AS, Anand KP, Kashyap S. Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*. 2004 Mar 27;363(9414):1077–8.
9. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Disease Prim*. 2018;4:1–18.

10. Akýn B, Ege E, Koçodlu D, Demirören N, Yılmaz S. Quality of life and related factors in women, aged 15-49 in the 12-month post-partum period in Turkey. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009 Feb;35(1):86–93.
11. Ministry of Health and Population- Nepal. Nepal Demographic and health survey-key indicators [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 27]. Available from: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/PR142/PR142.pdf>
12. Malaju MT, Alene GD, Azale T. Impact of maternal morbidities on the longitudinal health-related quality of life trajectories among women who gave childbirth in four hospitals of Northwest Ethiopia: a group-based trajectory modelling study. *BMJ Open.* 2022 Mar 14;12(3):e057012.
13. Khademi K, Kaveh MH, Ghahremani L, Nazari M, Karimi M. The impact of family social support on postpartum quality of life among Iranian women: structural equation modelling. *Journal of International Medical Research.* 2023;51(2). doi:[10.1177/03000605221147198](https://doi.org/10.1177/03000605221147198)
14. WHO. The WHO Quality of Life assessment: position paper from the WHO. *Social science & medicine.* 1995;41(10):1403–9.
15. Lizán Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria.* 2009 Jul;41(7):411–6.
16. Muhammad EH, Salim MA, Fadhil AA, Alghazali T, Alzubaidi M, Abdullateef, Jawad IA, et al. Postpartum depression in Iraqi women: Identifying quality of life and self-regulatory behaviors. *Archives of Clinical Psychiatry,* 2022;49(5).
17. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.* 2000 Sep;23(1):12–28.
18. Moreno Mojica C, Rincón Villa Mil T, Arenas Cárdenas YM, Sierra Medina D, Cano Quintero ÁP, Cárdenas Pinzón DL. La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista Cuidarte.* 2014 Jul;5(2):739–47.
19. Hutchens, J., Frawley, J. & Sullivan, E.A. Quality of life and mental health of women who had cardiac disease in pregnancy and postpartum. *BMC*

Pregnancy Childbirth **22**, 797 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05123-x>

20. Jeong YJ, Nho JH, Kim HY, Kim JY. Factors influencing quality of life in early postpartum women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):1–9.
21. Li J, Yin J, Waqas A, Huang Z, Zhang H, Chen M, et al. Quality of Life in Mothers With Perinatal Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2022;13:734836.
22. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n160.
23. World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk [Internet]. [cited 2023 Nov 26]. Available from: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
24. Joanna Briggs Institute. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. [cited 2023 Dec 2]. Available from: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
25. Van der Woude DAA, Pijnenborg JMA, de Vries J. Health status and quality of life in postpartum women: a systematic review of associated factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015 Feb;185:45–52.
26. Singh P, Rasania SK. Determinants of Health-Related Quality of Life among Post-Partum Women Residing in a Resettlement Colony of East Delhi. *Indian J Community Health*. 2022 Jun 30;34(2):188–95.
27. Singh P, Rasania SK. Does the mode of delivery affect the health-related quality of life? A comparative analysis. *Indian J Public Health*. 2022;66(3):295–9.
28. Mokhtaryan-Gilani T, Kariman N, Nia HS, Doulabi MA, Nasiri M, Gilani TM. Evaluation of the Predictors of the Quality of Life in the Postpartum Period: A Cross-Sectional Study. *Iran J Public Health*. 2022 Jun;51(6):1389–99.
29. Lokubal P, Calvert C, Cousens S, Daniele M, Ganaba R, Filippi V. Investigating the effect of relationship satisfaction on postpartum women's

health-related quality of life in Burkina Faso: A cross-sectional analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2021;11(9). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85114464422&doi=10.1136/bmjopen-2020-048230&partnerID=40&md5=0784a484f6778b6313ecf56de0eb8f06>

30. Tola Y, Ayele G, Boti N, Yihune M, Gethahun F, Gebru Z. Health-Related Quality-of-Life and Associated Factors Among Post-Partum Women in Arba Minch Town. *Int J Womens Health*. 2021;13:601–11.
31. Ramzan N, Misbah S, Baqai S, Mashhadi SF, Sharif I, Ali M. Postpartum health-related quality of life among mothers: An analytical cross-sectional study in a tertiary care hospital of Rawalpindi. *Pak Armed Forces Med J*. 2021;71(2):629–33.
32. Khwepeya M, Monsen K, Kuo SY. Quality of life and the related factors in early postnatal women in Malawi. *Midwifery*. 2020 Jun;85:102700.
33. Mahumud RA, Ali N, Sheikh N, Akram R, Alam K, Gow J, et al. Measuring perinatal and postpartum quality of life of women and associated factors in semi-urban Bangladesh. *Qual Life Res*. 2019;28(11):2989–3004.
34. Kohler S, Sidney Annerstedt K, Diwan V, Lindholm L, Randive B, Vora K, et al. Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: A pilot study using the EQ-5D-5L descriptive system. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018;18(1). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85055618358&doi=10.1186/s12884-018-2038-0&partnerID=40&md5=8759587660884157a8c9b044a724ae2c>
35. Rezaei N, Azadi A, Zargousi R, Sadoughi Z, Tavalae Z, Rezayati M. Maternal Health-Related Quality of Life and Its Predicting Factors in the Postpartum Period in Iran. *Scientifica* [Internet]. 2016;2016. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85019053124&doi=10.1155%2f2016%2f8542147&partnerID=40&md5=feff1e0554e463301e50e27f896f19d6>

36. Rezaei N, Janani F, Sharifi N, Omid F, Azadi A. Sexual function and quality of life among postpartum women: A cross-sectional study. *Int J Women's Health Reproduction Sci.* 2018;6(3):307–12.
37. Tungchama F, Piwuna C, Armiya'u A, Maigari Y, Davou F, Goar S, et al. Independent socio-demographic and clinical correlates associated with the perception of quality of life of women with postpartum depression in North-central, Nigeria. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2017;21(4):292–301.
38. Kordi M, Fakari FR, Mazloun SR, Layegh P. Quality of life evaluation in Iranian postpartum women with and without striae gravidarum. *Iran J Psychiatr Behav Sci* [Internet]. 2016;10(2). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84986334057&doi=10.17795%2fijpbs-3993&partnerID=40&md5=20d7fdb05101dedcf447af429750cc6c>
39. Bodhare TN, Sethi P, Bele SD, Gayatri D, Vivekanand A. Postnatal Quality of Life, Depressive Symptoms, and Social Support Among Women in Southern India. *Women Health.* 2015;55(3):353–65.
40. Aihara Y, Shrestha S, Sharma J. Household water insecurity, depression and quality of life among postnatal women living in urban Nepal. *JOURNAL OF WATER AND HEALTH.* 2016 Apr;14(2):317–24.
41. Malik M, Asim Z, Hussain A. Postpartum health-related quality of life after different modes of delivery among women in Pakistan: the neglected link for better maternal and child health. *Int J Pharm Pharm Sci.* 2018 Jul 1;10(7):55.
42. Chinweuba AU, Okoronkwo IL, Anarado AN, Agbapuonwu NE, Ogbonnaya NP, Ihudiebube-Splendor CN. Differentials in health-related quality of life of employed and unemployed women with normal vaginal delivery. *BMC Women's Health* [Internet]. 2018;18(1). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85040356679&doi=10.1186%2fs12905-017-0481-0&partnerID=40&md5=06452031199a1148b10f22de7349aa4b>

43. Sadat Z, Taebi M, Saberi F, Kalarhoudi MA. The relationship between mode of delivery and postpartum physical and mental health-related quality of life. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013 Nov;18(6):499–504.
44. Jikamo B, Adefris M, Azale T, Alemu K. Health-related quality of life among postpartum women with preeclampsia, southern Ethiopia: a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes.* 2022 Oct 29;20(1):147.
45. Nuwagaba-Biribonwoha H, Mayon-White R, Okong P, Carpenter L, Jenkinson C. The impact of HIV on maternal quality of life in Uganda. *AIDS Care Psychol Socio-Med Asp AIDS HIV.* 2006;18(6):614–20.
46. Lin Y, Yu Y, Zeng J, Zhao X, Wan C. Comparing the reliability and validity of the SF-36 and SF-12 in measuring quality of life among adolescents in China: a large sample cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2020 Nov 9;18(1):360.
47. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res.* 2004 Mar 1;13(2):299–310.
48. Singh P, Rasania SK. Determinants of health-related quality of life among postpartum women residing in a resettlement colony of East Delhi. *Indian J Community Health.* 2022;34(2):188–95.
49. Singh P, Rasania SK. Does the mode of delivery affect health-related quality of life? A comparative analysis. *Indian J Public Health.* 2022;66(3):295–9.
50. Barroso DH, Brandão JG, Andrade ESN, Correia ACB, Aquino DC, Chen ACR, et al. Leprosy detection rate in patients under immunosuppression for the treatment of dermatological, rheumatological, and gastroenterological diseases: a systematic review of the literature and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases.* 2021 Apr 13;21(1):347.
51. Bai G, Korfage IJ, Mautner E, Raat H. Determinants of maternal health-related quality of life after childbirth: The Generation R Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Jan;16(18):3231.

52. Bahrami N, Simbar M, Bahrami S. The effect of prenatal education on mothers' quality of life during the first year postpartum among Iranian women: A randomized controlled trial. *Int J Fertil Steril*. 2013;7(3):169–74.
53. Kavosi Z, Keshtkaran A, Setoodehzadeh F, Kasraeian M, Khammarnia M, Eslahi M. A Comparison of Mothers' Quality of Life after Normal Vaginal, Cesarean, and Water Birth Deliveries. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2015 Jul;3(3):198–204.
54. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and cesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2009;9. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-60849099920&doi=10.1186%2f1471-2393-9-4&partnerID=40&md5=6e3f6e5ee237ce56a6659076e83f4831>

ANEXOS:

ANEXO 1: ESTRATEGIAS DE BUSQUEDA

PUBMED

n°	Query	Search Details
13	(((((("Postpartum Period"[Mesh]) OR (parturition[Title/Abstract])) OR (postpartum[Title/Abstract])) OR (post-partum[Title/Abstract])) OR (post-partum women[Title/Abstract])) AND (((("Quality of Life"[Mesh]) OR ("Health-Related Quality Of Life"[Title/Abstract])) OR ("health related quality of life"[Title/Abstract])) OR ("HRQoL"[Title/Abstract])) OR ("QoL"[Title/Abstract]))	("Postpartum Period"[MeSH Terms] OR "parturition"[Title/Abstract] OR "postpartum"[Title/Abstract] OR "post-partum"[Title/Abstract] OR "post partum women"[Title/Abstract]) AND ("Quality of Life"[MeSH Terms] OR "Health-Related Quality Of Life"[Title/Abstract] OR "Health-Related Quality Of Life"[Title/Abstract] OR "HRQoL"[Title/Abstract] OR "QoL"[Title/Abstract])
12	(((((("Quality of Life"[Mesh]) OR ("Health-Related Quality Of Life"[Title/Abstract])) OR ("health related quality of life"[Title/Abstract])) OR ("HRQoL"[Title/Abstract])) OR ("QoL"[Title/Abstract]))	"Quality of Life"[MeSH Terms] OR "Health-Related Quality Of Life"[Title/Abstract] OR "Health-Related Quality Of Life"[Title/Abstract] OR "HRQoL"[Title/Abstract] OR "QoL"[Title/Abstract]
11	"QoL"[Title/Abstract]	"QoL"[Title/Abstract]
10	"HRQoL"[Title/Abstract]	"HRQoL"[Title/Abstract]
9	"health related quality of life"[Title/Abstract]	"health related quality of life"[Title/Abstract]
8	"Health-Related Quality Of Life"[Title/Abstract]	"Health-Related Quality Of Life"[Title/Abstract]
7	"Quality of Life"[Mesh]	"Quality of Life"[MeSH Terms]
6	(((((("Postpartum Period"[Mesh]) OR (parturition[Title/Abstract])) OR (postpartum[Title/Abstract])) OR (post-partum[Title/Abstract])) OR (post-partum women[Title/Abstract]))	"Postpartum Period"[MeSH Terms] OR "parturition"[Title/Abstract] OR "postpartum"[Title/Abstract] OR "post-partum"[Title/Abstract] OR "post partum women"[Title/Abstract]
5	post-partum women[Title/Abstract]	"post partum women"[Title/Abstract]
4	post-partum[Title/Abstract]	"post-partum"[Title/Abstract]
3	postpartum[Title/Abstract]	"postpartum"[Title/Abstract]
2	parturition[Title/Abstract]	"parturition"[Title/Abstract]
1	"Postpartum Period"[Mesh]	"Postpartum Period"[MeSH Terms]

EMBASE

No.	Query
#7	#5 AND #6
#6	#3 OR #4
#5	#1 OR #2
#4	health related quality of life'
#3	quality of life'/exp
#2	postpartum'/exp
#1	puerperium'/exp

SCOPUS

n°	TERMINOS
5	((TITLE-ABS-KEY (postpartum) OR TITLE-ABS-KEY ("postpartum period") OR TITLE-ABS-KEY ("post-partum") OR TITLE-ABS-KEY ("post-partum women"))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("health-related quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("health related quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("HRQoL") OR TITLE-ABS-KEY ("QoL"))) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")) View Less
4	((TITLE-ABS-KEY (postpartum) OR TITLE-ABS-KEY ("postpartum period") OR TITLE-ABS-KEY ("post-partum") OR TITLE-ABS-KEY ("post-partum women"))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("health-related quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("health related quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("HRQoL") OR TITLE-ABS-KEY ("QoL")))
3	((TITLE-ABS-KEY (postpartum) OR TITLE-ABS-KEY ("postpartum period") OR TITLE-ABS-KEY ("post-partum") OR TITLE-ABS-KEY ("post-partum women"))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("health-related quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("health related quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("HRQoL") OR TITLE-ABS-KEY ("QoL")))
2	(TITLE-ABS-KEY ("quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("health-related quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("health related quality of life") OR TITLE-ABS-KEY ("HRQoL") OR TITLE-ABS-KEY ("QoL"))
1	(TITLE-ABS-KEY (postpartum) OR TITLE-ABS-KEY ("postpartum period") OR TITLE-ABS-KEY ("post-partum") OR TITLE-ABS-KEY ("post-partum women"))

SCIELO

Entitlements	#	Search Query	Database
- SCIELO.SCIELO: 2002 to 2023	1	(((((TS=("Quality of life")) OR TS=("health-related quality of life")) OR TS=("HRQoL")) OR TS=("QoL")) OR TS=("Calidad de vida")) OR TS=("calidad de vida relacionada a la salud")) OR TS=("qualidade de vida")) OR TS=("qualidade de vida relacionada com saúde")	SciELO Citation Index
- SCIELO.SCIELO: 2002 to 2023	2	((TS=(postpartum)) OR TS=("postpartum women")) OR TS=("postpartum period")) OR TS=("post-partum")	SciELO Citation Index
- SCIELO.SCIELO: 2002 to 2023	3	#2 AND #1	SciELO Citation Index

WEB OF SCIENCE

Entitlements	#	Search Query	Database
- WOS.SCI: 2010 to 2023 - WOS.AHCI: 2015 to 2023 - WOS.ESCI: 2018 to 2023 - WOS.SSCI: 2010 to 2023	1	((TS=("Quality of life")) OR TS=("health- realted quality of life")) OR TS=("HRQoL") OR TS=("QoL")	Web of Science Core Collection
- WOS.SCI: 2010 to 2023 - WOS.AHCI: 2015 to 2023 - WOS.ESCI: 2018 to 2023 - WOS.SSCI: 2010 to 2023	2	((TS=(postpartum)) OR TS=(puerperium)) OR TS=("postpartum period") OR TS=("post- partum women")	Web of Science Core Collection
- WOS.SCI: 2010 to 2023 - WOS.AHCI: 2015 to 2023 - WOS.ESCI: 2018 to 2023 - WOS.SSCI: 2010 to 2023	3	#1 AND #2	Web of Science Core Collection
- WOS.SCI: 2010 to 2023 - WOS.AHCI: 2015 to 2023 - WOS.ESCI: 2018 to 2023 - WOS.SSCI: 2010 to 2023	4	#1 AND #2 and Article or Early Access (Document Types)	Web of Science Core Collection
- WOS.SCI: 2010 to 2023 - WOS.AHCI: 2015 to 2023 - WOS.ESCI: 2018 to 2023 - WOS.SSCI: 2010 to 2023	5	#1 AND #2 and Article or Early Access (Document Types) and English or Spanish or Portuguese (Languages)	Web of Science Core Collection

ANEXO 2: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Dictamen 097-CEI-EPM-UCV-2023

Vista, la solicitud de evaluación expedita de la ética del proyecto de investigación **Factores relacionados con la calidad de vida de las mujeres en el período posparto que residen en países de bajo y mediano ingreso económico: una revisión sistemática**, presentado por la alumna de la Escuela de Medicina **María José Cueva Montoya**; el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina, de la Universidad César Vallejo, encuentra lo siguiente:

1. Trabaja con datos de fuente secundaria
2. No hay riesgo de falta ética.

Debido a lo expresado, el Comité de Ética concluye que el proyecto cumple con los estándares de exención de evaluación ética establecidas en las normas de la Universidad, nacionales e internacionales.

Considérese entonces la solicitud como **ACEPTADA** y el proyecto **APROBADO**, puede proceder a su desarrollo.

Trujillo, 05 de julio, 2023



Firmado digitalmente por:
TRESIERRA, AYALA Miguel
Angel FAU 20131257750 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 04/07/2023 22:08:56-0500

Dr. Miguel Angel Tresierra Ayala
Presidente del Comité de Ética



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CRUZ AUSEJO RUTH LILIANA, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Factores relacionados con la calidad de vida de las mujeres en el período posparto que residen en países de bajo y mediano ingreso económico: una revisión sistemática.", cuyo autor es CUEVA MONTOYA MARIA JOSE, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 8.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

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

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

TRUJILLO, 22 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CRUZ AUSEJO RUTH LILIANA DNI: 71857926 ORCID: 0000-0001-7506-4939	Firmado electrónicamente por: RCRUZAU el 22-12- 2023 08:44:49

Código documento Trilce: TRI - 0705567