



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TEMA

**FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADOS A
HEMORRAGIA POSTPARTO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN
POPULAR TIPO C. 2021**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A OBTENCIÓN DE
TÍTULO DE LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**

AUTORA

CATUTO FLORES LILIANA ISABEL

TUTORA

LIC. GARCÍA RUIZ AIDA, MSc.

PERIODO ACADÉMICO

2022

TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
**MILTON MARCOS
GONZALEZ SANTOS**

Lic. González Santos Milton. Mgt.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



Firmado electrónicamente por:
**NANCY MARGARITA
DOMINGUEZ
RODRIGUEZ**

Lic. Domínguez Rodríguez Nancy, Mgtr.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA**



Firmado electrónicamente por:
**YANELIS
SUÁREZ**

Lic. Suárez Angerí Yanelis, MSc.
DOCENTE DE ÁREA



Firmado electrónicamente por:
**AIDA GARCIA
RUIZ**

Lic. García Ruiz Aida, MSc.
TUTORA



Firmado electrónicamente por:
**VICTOR MANUEL
CORONEL ORTIZ**

Abg. Coronel Ortiz Víctor, Mgt.
SECRETARIO GENERAL

La Libertad, 14 de abril del 2022

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del Proyecto de Investigación: FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. 2021, elaborado por la Srta. LILIANA ISABEL CATUTO FLORES, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente,

 Firmado electrónicamente por:
AIDA GARCIA
RUIZ

Lic. García Ruiz Aida, MSc.

TUTORA

DEDICATORIA

Dedico el siguiente trabajo de investigación a Dios y por darme la sabiduría de ampliar mis conocimientos y poder llevar a cabo este trabajo, por ser mi guía principal a lo largo de este camino y no desampararme nunca.

A nivel institucional, a la Universidad Estatal Península de Santa Elena por ser la institución que me dio gran acogida desde el inicio de mi carrera, quien me ha brindado conocimientos de calidad que se han forjado a lo largo de mi carrera por culminar, a los docentes que fueron partícipes de este recorrido y aprendizaje por mucho tiempo, quienes hoy en día han creado un nuevo ser humano lleno de conocimientos y vocación para servir a la comunidad.

A nivel personal, a toda mi familia, que han sido mi pilar fundamental para poder llegar hasta donde estoy. Además, de manera muy especial también dedico esta investigación a mi madre que es mi ejemplo para seguir de una mujer perseverante y luchadora en la que aspiro llegar a convertirme.

Catuto Flores Liliana Isabel

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a Dios por ser mi guía en todo momento, por llenarme de sabiduría y ayudarme a vencer cada obstáculo que se me ha presentado durante todos estos años, por darme fortaleza en tiempos difíciles.

A nivel institucional, gracias infinitas a mi tutora, Lic. Aida García Ruiz, quien impartió sus conocimientos, sabiduría y experiencia para poder llegar a este momento y obtener mi tan deseado título universitario y así, culminarlos con éxitos.

A nivel personal, a mi madre, que fue mi apoyo incondicional y mi refugio cuando más la necesitaba; a mi novio quien también fue parte de este proceso con su apoyo y soporte para alcanzar mi objetivo.

Catuto Flores Liliana Isabel

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Firmado electrónicamente por:
**LILIANA
ISABEL CATUTO
FLORES**

**Catuto Flores Liliana Isabel
C.I.2450343070**

Índice general

TRIBUNAL DE GRADO	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
DECLARACIÓN	vi
Índice general	vii
Índice de tablas	viii
índice de figuras	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. El problema	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	6
2. Objetivos	7
2.1. Objetivo General	7
2.2. Objetivos Específicos	7
3. Justificación	8
CAPÍTULO II	9
2. Marco teórico	9
2.1. Fundamentación referencial	9
2.2. Fundamentación teórica	11
2.3 Fundamentación Legal	29
2.4. Formulación de hipótesis	31
2.5. Identificación y clasificación de variables	31
2.6. Operacionalización de variables	32
CAPÍTULO III	34
3. Diseño Metodológico	34
3.1. Tipo de Investigación	34
3.2. Métodos de investigación	34
3.3. Población y muestra	35
3.4. Tipo de muestreo	35
3.5. Técnica de recolección de datos	35
3.6. Instrumento	36
3.7. Aspectos éticos	36
CAPÍTULO IV	37
4. Presentación de resultados	37
4.1. Análisis e interpretación de resultados	37
4.2. Comprobación de hipótesis	44
5. Conclusiones	45
6. Recomendaciones	46
7. Referencias Bibliográficas	47
8. ANEXOS	52

Índice de tablas

Tabla 1 Argumentos para el diagnóstico diferencial	16
Tabla 2 Manejo activo de la tercera etapa del parto	18
Tabla 3 Protocolo de manejo CLAVE ROJA.....	23
Tabla 4 Clasificación del grado de shock.....	26
Tabla 5 Índice de choque	27
Tabla 6 Matriz de operacionalización de variables	32

índice de figuras

Figura 1 <i>Pictograma para la estimación visual de la hemorragia obstétrica</i>	27
Figura 2 <i>Distribución por edad</i>	37
Figura 3 <i>Distribución por edad gestacional</i>	38
Figura 4 <i>Distribución por controles prenatales</i>	39
Figura 5 <i>Distribución por hábitos tóxicos</i>	40
Figura 6 <i>Distribución por enfermedades concomitantes</i>	41
Figura 7 <i>Distribución por la etiología de la hemorragia postparto</i>	42
Figura 8 <i>Distribución por clasificación de hemorragia postparto</i>	43
Figura 9 <i>Distribución según clasificación del choque hipovolémico</i>	58
Figura 10 <i>Distribución por paridad</i>	58

RESUMEN

Los factores de riesgo obstétrico son aquellas situaciones que exponen a las puérperas a presentar hemorragia postparto, problemática que se evidencia en el centro de salud Bastión Popular Tipo C, en donde se puede apreciar que el 48% de las puérperas de esta institución han presentado hemorragia postparto durante el mes de Diciembre. El objetivo general de la investigación consistió en determinar los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia postparto. Centro de salud Bastión Popular tipo C. 2021. La metodología aplicada es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y correlacional; el instrumento aplicado fue la historia clínica de 27 puérperas que fueron atendidas en la Unidad de trabajo de parto y recuperación del centro de salud Bastión Popular Tipo C. Los resultados obtenidos mostraron que el 63% de las puérperas presentaron entre los factores de riesgo obstétrico, una edad gestacional de 37 a 38 semanas, el 44% solo asistieron máximo a 2 controles prenatales. Por otra parte, el 33% de las puérperas, debido a la falta de control, no se pudo intervenir en enfermedades concomitantes, como lo es la anemia y la preeclampsia. Se concluye que los factores de riesgo que tienen una mayor repercusión se destacaron el tener una menor edad, presentar enfermedades concomitantes, hemorragias postpartos previas, las cuales pueden ser abordadas de manera oportuna, a través del manejo para la prevención o control de las hemorragias en las puérperas.

Palabras clave: Factores de riesgos obstétricos; hemorragia postparto; riesgos maternos; prevención; complicaciones.

ABSTRACT

Obstetric risk factors are those situations that expose puerperal women to present postpartum hemorrhage, a problem that is evident in the Bastión Popular Type C health center, where it can be seen that 48% of the puerperal women of this institution have presented hemorrhage postpartum during the month of December. The general objective of the research was to determine the obstetric risk factors associated with postpartum hemorrhage. Bastión Popular type C health center. 2021. The methodology applied is a quantitative approach, non-experimental design, cross-sectional and correlational; the selected method is the deductive and analytical synthetic; the instrument applied was the clinical history of 27 puerperal women who were treated at the Labor and Recovery Unit of the Bastión Popular Type C health center. The results obtained showed that 63% of the puerperal women presented obstetric risk factors, a gestational age of 37 to 38 weeks, 44% only attended a maximum of 2 prenatal controls. On the other hand, 33% of postpartum women, due to lack of control, could not intervene in concomitant diseases, such as anemia and preeclampsia. It is concluded that the risk factors that have a greater impact, being younger, presenting concomitant diseases, previous postpartum hemorrhages, which can be addressed in a timely manner, through management for the prevention or control of hemorrhages. in puerperal women.

Keywords: Obstetric risk factors; postpartum hemorrhage; maternal risks; prevention; complications.

INTRODUCCIÓN

Se desarrolla la presente investigación, debido a la problemática que se observa en las diferentes instituciones de salud, como es el caso del centro de salud Bastión Popular Tipo C, que a través de las historias clínicas existen factores de riesgo obstétrico que causan que las puérperas presenten continuamente hemorragia postparto, patología que se presentó hasta en el 48% de los casos, en el mes de Diciembre del 2021 en este centro de salud; por lo tanto se formula pregunta de investigación, ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia postparto, centro de salud Bastión Popular tipo C 2021?.

Por tal antecedente, el presente estudio tiene por objetivo determinar los factores de riesgo obstétrico asociados a la hemorragia posparto, evaluando la realidad a la que están expuestas las puérperas atendidas en el centro de salud Bastión Popular tipo C de Guayaquil, dentro de los objetivos específicos se desea también caracterizar sociodemográficamente a las puérperas que presentaron hemorragia postparto, identificar las causas de hemorragia postparto que se presentaron con mayor frecuencia en las puérperas y determinar en qué etapas del puerperio se presentan las hemorragias postpartos y su clasificación.

Cabe destacar, que la presencia de uno o más de estos factores puede aumentar la probabilidad de que la puérpera presente hemorragia postparto, las dos terceras partes de este tipo de hemorragias se originan en mujeres sin factores de riesgo conocidos o identificados; por lo tanto, el personal médico debe identificar los factores de riesgo obstétrico que se asocian a la hemorragia postparto y así diagnosticar oportunamente a las mujeres propensas a presentar dicho factores, asesorándolas y educándolas sobre el tema y así evitando posibles complicaciones (Columbié y Pérez, 2019).

Por otra parte, esta se considera como una emergencia obstétrica debido a que es una principal causa de mortalidad materna a nivel mundial; esta se maneja a través de intervenciones tanto quirúrgicas como médicas. La hemorragia se clasifica, de acuerdo con su tiempo de aparición, como es el caso de la hemorragia postparto

primario o temprano se presenta dentro de las primeras 24 horas del puerperio, mientras que la hemorragia postparto tardío o secundaria ocurre posterior a las 24 horas hasta las 12 semanas después del parto. Para prevenir la mortalidad, es importante reconocer el tiempo transcurrido desde el inicio de la hemorragia y sus causas para llevar a cabo el tratamiento adecuado (Columbié y Pérez, 2019).

En base a este a este contexto, surge la idea de desarrollar la presente investigación, la cual fue de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, de corte transversal, de método deductivo, aplicándose como instrumento la historia clínica materna perinatal del formulario 051-MSP, basados en la guía práctica clínica del MSP 2013, de púérperas atendidas en el centro de salud Bastión Popular Tipo C, para recolectar información en cuanto a los antecedentes obstétricos, la edad materna, semanas de gestación, patologías y tratamientos recibidos durante el periodo del embarazo.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (2017) define a la hemorragia postparto “al nivel superior de 500 ml de pérdida de sangre luego del parto, esta puede ser en el cuello uterino, en el útero, la vagina y el perineo” (pág. 1). Por otra parte, se indica que los casos de hemorragias con grado de choque moderado, representa más del 10% de los casos de mortalidad, además de causar en las madres una morbilidad perenne; por todos estos antecedentes se la llegado a considerar como la principal causa de las muertes maternas. (Roberts, 2016)

Los factores de riesgo obstétricos, se definen como “las características o atributos cuya presencia se asocia con un aumento de probabilidades de presentar complicaciones en las madres, durante o después del parto” (Bermeo, 2019, pág. 28), a su vez existe una serie de factores de riesgo detectables para hemorragia postparto, estos permiten identificar a mujeres embarazadas con alto riesgo de presentar esta complicación; entre los factores más comunes se destaca la atonía uterina, seguido de retención de placenta, útero invertido, coagulopatía hereditaria o adquirida.

Entre los factores que conllevan a las gestantes a la hemorragia postparto, se distingue las faltas en la cuantificación de la pérdida sanguínea, en la atención del parto (aplicación de uterotónicos, masaje uterino, tracción controlada del cordón), intervenciones obstétricas (episiotomía, tipo de parto) y las características de la población. Mientras que también existen factores de riesgos maternos que influyen, tales como primigravidez, macrosomía del feto, varios embarazos, parto prolongado, preeclampsia, corioamnionitis y anemia en la madre. Por lo tanto, para detener de manera eficaz y oportuna la hemorragia es importante identificar los factores de riesgo de cada paciente y establecer el plan de tratamiento (Hernández y García, 2017).

De acuerdo con reportes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (2017) “este tipo de hemorragia es la principal causa de mortalidad materna en los países considerados de bajos recursos”, debido a que ha alcanzado el 25% de casos de muertes maternas a nivel mundial. A su vez, esta organización señala que se ejecutó una consulta técnica en el mes de marzo, sobre la prevención de este tipo de hemorragia, dando como resultado que cerca de catorce millones de mujeres han presentado una pérdida de sangre severa, donde cerca del 12% puede llegar a sobrevivir o el 1% a morir. A través del uso de agentes útero tónicos, puede disminuirse el número de muertes durante la labor del parto, mediante el control y la aplicación del tratamiento adecuado.

Por otra parte, a través de reportes de estudios en países desarrollados, se han observado un incremento de la prevalencia de las hemorragias postparto, alcanzando el 27% de las gestantes durante el año 2017, cerca del 3% de los casos se registró en Estados Unidos, el 5% en Canadá y el 11% de partos registrados en Reino Unido (McMaster y Wei, 2017). Mientras tanto, este tipo de hemorragia, en África, es responsable de más del 30% de todas las muertes maternas, a pesar de que en este país se han implementado una variedad de medidas preventivas y protocolos de tratamiento para reducir la muerte materna (Lancaster y Barnes, 2020).

Consecutivamente, Afganistán se encuentra entre los países que registran las mayores muertes maternas del mundo, representando el 38% de todas esas defunciones, demostrando que este evento potencialmente mortal ocurre repetidamente en la vida de las mujeres afganas (Sighaldehy y Nazari, 2020). Sin embargo, en Etiopía, la tasa de mortalidad materna causada por hemorragia postparto es de 1 de cada 1000 partos y de 412 por 100.000 nacidos vivos; añadiendo que esta es la causa principal de la mortalidad materna en los países de ingresos bajos y medianos (Habitamu, 2018). Un estudio desarrollado por Legesse y Abdulahi (2017), confirma que la hemorragia postparto en la Etiopía abarca desde el 46% hasta el 54% de los casos de mortalidad materna, alcanzando el primer lugar entre las causas de muerte maternas.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud indica que, en la región Latinoamericana, se han registrado reportes que indican que debido a diferentes problemas, se han incrementado el número de muertes en mujeres; cabe señalar que la

mayoría de estos problemas pueden prevenirse. Entre los problemas más comunes que emergen, se indica la hemorragia postparto, esta abarca hasta el 8% de los partos en esta región (OPS, 2020).

Hallazgos de estudios realizados en Cuba, demuestran que del 50% de los casos de hemorragia postparto, la más común fue la atonía uterina, el 91,5% indica que tuvo descompensación hemodinámica por lo cual se le administraron líquidos siendo esta una intervención importante para evitar la hipovolemia. Mientras tanto en la región Villa Clara, a través de un estudio se determinó que el 36% de los casos de morbilidad materna, se presentaron por causa de la hemorragia postparto, de los cuales el 23% fue responsable de las muertes maternas (Arcia y Lorie, 2017). En relación con Colombia, a través del estudio de García (2019), se expone que las hemorragias postparto de 500 cc se presenta en el 6% hasta 10% de los casos, del 2% al 3% en sangrados iguales o mayores a 1000 cc; así mismo, indica que las hemorragias tardías representan únicamente el 5% de los casos de hemorragias postparto, mientras la temprana es detectada en un 55.5% de los casos durante las primeras dos horas.

Por otra parte, Padilla (2017), señala que por cada cien mil mujeres que dan a luz, cerca de cuarenta y cuatro mueren debido a las complicaciones que se presentan durante el parto. Por otra parte, las cifras de mortalidad son cada vez más altas en estas pacientes, en algunos casos se debe por la falta de un continuo control prenatal y por el incumplimiento del autocuidado durante el embarazo. Por otro lado, a través de Gaceta de Muerte Materna, presentada por el Ministerio de Salud Pública, señala que, en el Ecuador, en el año 2021 se reportó 10 casos de muerte materna relacionado con la hemorragia postparto, ubicándose en el tercer lugar las causas de muerte materna después de los trastornos hipertensivos, representando así el 7,87% de las madres; cabe destacar que el mayor número de muertes se hacen presentes en las provincias del Guayas, Pichincha y El Oro (MSP, 2021).

En la Unidad de Trabajo y Recuperación del centro de salud Bastión Popular Tipo C, en el mes de Octubre del 2021, la hemorragia postparto se encontraba entre las principales causas de morbilidad en las puérperas, cerca del 56% de las madres atendidas presentaban esta patología, siendo este un número considerable de 21 casos (CSBP, 2021). No obstante, durante Noviembre la hemorragia postparto, fue la primera

causa de morbilidad, reportando 26 casos en el presente mes, con un porcentaje del 59,5%. En Diciembre los casos con dicha patología descendieron a 17 puérperas, reduciendo su porcentaje aun 48,3%. Mediante la revisión de historia clínica materna perinatal, he podido rectificar que esta problemática es consecuencia de diversos factores tales como sus antecedentes personales, obstétricos, falta de controles prenatales, edad, de tal manera que existe una alta frecuencia de casos y por ende un aumento en morbimortalidad materna.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia postparto, centro de salud Bastión Popular tipo C 2021?

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

- Determinar los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia postparto. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. 2021

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a las puérperas que presentaron hemorragia postparto.
- Identificar las causas de hemorragia postparto que se presentaron con mayor frecuencia en las puérperas.
- Determinar en qué etapas del puerperio se presentan las hemorragias postpartos y su clasificación.

3. Justificación

Mediante la presente investigación se busca determinar los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia postparto, a través de los datos obtenidos de las puérperas atendidas en un centro de salud Bastión Popular tipo C. A su vez, se destacará que la hemorragia postparto es considerada en la actualidad como la principal causa de morbimortalidad, por lo tanto, a través de los resultados obtenidos, se busca describir los factores que las madres presentaron durante su embarazo.

La información recopilada podrá ser de utilidad para el personal de salud que atiende a las puérperas durante las primeras veinticuatro horas de la labor del parto, de tal forma que puedan desarrollar los parámetros de control y de manejo terapéutico, de tal forma que garantice una calidad de atención y prevención. Por otra parte, mediante los hallazgos se desea proporcionar con datos que puedan ser utilizados a futuro, para el desarrollo de nuevos estudios o investigaciones, con la finalidad de disminuir los casos de mortalidad materna, además de aportar con resultados actualizados para las instituciones de salud.

La viabilidad de la presente investigación está justificada debido a que para su desarrollo se cuenta con la aprobación por parte de las autoridades del centro de salud, para poder realizar la revisión de los expedientes clínicos mediante el sistema informático, contando además con el apoyo del personal encargado; para así poder recopilar datos sobre los factores que desencadenan la hemorragia postparto en esta institución y así identificar sus complicaciones.

A través de los resultados, se espera aportar a la comunidad científica, debido a que se expondrán los factores de riesgo obstétrico que conllevan a la hemorragia postparto en las puérperas, sirviendo además de base para el desarrollo de estrategias y medidas de prevención, para prevenir complicaciones o lograr que estas se presenten con menos severidad, de tal forma que será de beneficio para las usuarias; también será de ayuda para el gasto público, debido a que se evitar la estancia extendida de puérperas debido a esta complicación.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Fundamentación referencial

En un estudio realizado en Perú por Campos & Tarrillo (2019) realizaron un estudio sobre riesgos obstétrico-asociados a hemorragias postparto, con el objetivo general determinar los factores asociados a hemorragia post parto en puérperas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Pucallpa. Entre los resultados describen que las características de la hemorragia post parto en puérperas atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha según el tiempo de ocurrencia fueron de 24 horas en un 97% y un sangrado entre 500cc a 1000cc en el 51% de las pacientes y 49% con sangrado mayor a 1000cc, de las 96 pacientes que presentaron hemorragia posparto, el 69% se ubican entre los 20 – 35 años, con estado civil conviviente (73%), educación secundaria (65%) y ocupación ama de casa (88%).

Mediante el estudio desarrollado por Flores (2017), sobre la prevalencia de los factores de riesgo asociados a hemorragia postparto, tuvo como objetivo general determinar la prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes; señala que la prevalencia en su estudio fue del 4% de hemorragia postparto de 572 cesáreas. Concluye señalando que, entre los factores de riesgo preparto, se distingue la multiparidad, sobredistensión uterina, estados hipertensivos, y entre los factores durante el Pareto, se destaca la episiotomía medio-lateral, inducción del trabajo de parto, trabajo de parto prolongado. Indica además que es necesario que se cumplan los controles mensualmente, para de esta manera poder determinar y evitar que exista una muerte materna por una hemorragia postparto.

En una investigación en Cuba, la cual estuvo dirigida por Fernández y Sierra (2019), con el objetivo general de caracterizar la hemorragia postparto. Señalan que la edad media que predominó con hemorragia postparto fue de 24 años, en cuanto a la edad de gestación, la mayoría de las madres tuvo 34 semanas de gestación, alrededor

del 70% tuvo parto vaginal y presentó hemorragia postparto luego de dos horas. Entre las causas, la atonía uterina abarcó el 60% de los casos, se aplicó en el 50% de las púerperas, la técnica de histerectomía y ligadura arterias hipogástricas. Concluyen señalando que la hemorragia postparto es la principal causa de mortalidad y morbilidad en esta institución sanitaria (Fernández y Sierra, 2019).

Por otra parte, a través de un estudio desarrollado en Cuenca, por los autores Lasso y Maldonado (2019) con el objetivo general evaluar el cumplimiento del protocolo de manejo de las pacientes hospitalizadas con hemorragia obstétrica en el hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca. Describen entre sus resultados, que 230 púerperas presentaron diagnóstico de hemorragia postparto, cerca del 50% tuvo una edad entre los 18 años hasta los 25 años, el 74% de estas, tuvo un embarazo a término, así mismo describen que el 100% de las acciones de manejo clínico que se ejecutaron en el área de emergencia fueron cumplidas, mientras que el 74% se cumplió en el área de hospitalización. Por lo tanto, concluye señalando que para el manejo de la hemorragia postparto, es importante el cumplimiento de cada uno de los procedimientos.

En la ciudad de Guayaquil, se llevó a cabo una investigación por la autora Castro (2017), que tuvo como objetivo general determinar los factores de riesgo asociados a hemorragias postparto en pacientes que acuden a la maternidad San José. Entre los resultados indica que el 10% eran mujeres gran multíparas, el 21% tuvo hemorragia postparto, entre los factores de riesgo el 20% presentó trastornos hipertensivos, el 12% parto prolongado, el 8% macrosomía fetal, anemia, distocia de presentación, partos inmaduros en un 8% y el 4% el uso de oxitócicos. Concluye señalando que la hemorragia postparto se presenta con mayor frecuencia en mujeres que no poseen un factor de riesgo, esto quiere decir que esta alteración se puede dar en cualquier mujer, a pesar de que se hayan aplicado todas las medidas preventivas necesarias.

2.2. Fundamentación teórica

2.2.1. Factores de riesgo

Se conoce como factor de riesgo a aquella característica o circunstancia detectable en una mujer, que aumenta la probabilidad de que se desarrolle condiciones que distienden demasiado el útero, inducción y aumento del trabajo de parto por cesárea anterior, trastornos hipertensivos del embarazo, fibromas, placenta previa, coagulopatía y obesidad (Oberg y Hernández, 2014).

En cuanto a los factores de riesgo obstétricos, se define a “aquellas características o atributos cuya presencia se asocia con un aumento de probabilidades de presentar complicaciones en las madres, durante o después del parto” (Bermeo, 2019, pág. 28), estos factores asociados al proceso del parto causan una pérdida de sangre mayor, tales como la cesárea, la episiotomía y el trabajo de parto prolongado; alguno de estos factores son identificables, mientras que no son identificados sino hasta cuando ocurre la hemorragia postparto en la mujer, por lo tanto es recomendable que el personal a cargo, esté capacitado para el manejo de un evento, como lo es la hemorragia postparto, para instaurar medidas profilácticas (MSP, 2013).

Debido a la mortalidad y morbilidad que representa este tipo de hemorragia, es relevante la determinación de los factores de riesgo para su prevención, alguno de sus factores comunes se identifica la anemia y los síndromes hipertensivos. El estratificar los riesgos, puede ser una técnica muy útil para disminuir los casos de mortalidad materna. Entre los factores de riesgos, se puede describir la placenta baja o previa, la preeclampsia con signos de gravedad, un nivel de hematocrito inferior al 30%, las plaquetas menos de 100.000/mm³, problemas de coagulopatías, sangrado activo, placenta acreta, desprendimiento de placenta y uso de anticoagulantes (OPS, 2018).

Es notable que existen diferentes causas que pueden conllevar al desarrollo de las hemorragias postparto, pero las técnicas para poder abordarlas dependerán del nivel de gravedad. Las causas están agrupadas en cuatro grupos, lo que se conoce en medicina como las cuatro T: tono, trauma, tejido y trombina, las cuales se describen a continuación:

Factores de riesgo relacionados con el Tono

- HPP previa: las gestantes que han tenido previamente poseen un riesgo mayor de presentar en embarazos posteriores la hemorragia postparto.
- Etnia asiática: Existe una influencia de las etnias sobre la morbilidad y mortalidad materna, en el caso de la hemorragia postparto, se ha identificado como un factor de riesgo el origen étnico asiático.
- Obesidad: Se la relaciona con el desarrollo de patologías, tales como las enfermedades cardíacas, la diabetes, dislipidemias, problemas psicosociales, problemas respiratorios; así mismo tiene un impacto sobre la salud reproductiva y el periodo gestacional de la mujer; por lo tanto, puede reducir la capacidad de contracción que posee el útero durante el momento del parto, aumentando la probabilidad que haya complicaciones como es el caso de la hemorragia postparto (Conde y Tarifa, 2018).
- Trabajo de parto prolongado (>12 horas): El miometrio puede tener una baja contracción a causa de la fatiga por la labor del parto prolongado, en especial si hay estimulación. El trabajo de parto que es mayor a las doce horas puede conllevar al desarrollo de varias complicaciones, no solo para la madre sino también para el feto, como la pérdida de bienestar fetal, la ruptura de membranas o la aparición de líquido amniótico meconial que indique un sufrimiento fetal.
- Macrosomía fetal (>4 kg): la hemorragia postparto se asocia con la presencia de macrosomía fetal, debido a las complicaciones que puede presentar la madre, debido al crecimiento excesivo del bebé, tales como el desgarro perineal, la atonía uterina; así mismo esta ocasiona complicaciones fetales tales como la distocia de hombros, la asfixia y la fractura de la clavícula.
- Edad: Tanto la edad como la multiparidad, poseen una relación fuerte con el desprendimiento de la placenta, al igual que la placenta anormalmente invasiva, junto con varias otras afecciones mórbidas durante el embarazo y el parto (Vento, 2017).

Factores de riesgo relacionados con el Trauma

- Cesárea de emergencia: se conoce así a la cesárea que es realizada por amenaza inmediata a la vida de la mujer o el feto. La hemorragia postparto es la principal complicación intraparto en este tipo de cesárea, las probabilidades son tres veces mayores en relación con los casos de cesáreas electivas (Pires y Flatley, 2018).

- Cesárea electiva: intervención que se programa durante el control prenatal a gestantes por patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal, cabe señalar que el riesgo aumenta en función del número de cesáreas anteriores (MSP, 2015).
- Episiotomía medio lateral: a través de la revisión literaria, se describe que, al realizar una episiotomía, existe un aumento del riesgo del traumatismo perineal cuando se emplea junto con partos vaginales operativos.
- Parto vaginal asistido (fórceps/vacum): las complicaciones maternas pueden ocurrir durante el parto, pero es más probable que esté asociadas con el parto con ventosa y fórceps; el uso de estos aumenta el riesgo de laceración perineal, vaginal y ruptura del esfínter (Wegner y Bernstein, 2017).
- Macrosomía fetal (>4 kg): la hemorragia postparto se asocia con la presencia de macrosomía fetal, debido a las complicaciones que puede presentar la madre, debido al crecimiento excesivo del bebé, tales como el desgarro perineal, la atonía uterina; así mismo esta ocasiona complicaciones fetales tales como la distocia de hombros, la asfixia y la fractura de la clavícula (Vento, 2017).

Factores de riesgo relacionados con el Tejido

- Placenta retenida: Se diagnostica como placenta retenida, cuando del parto y la tracción controlada del cordón, permanece después de treinta minutos retenida. El paso principal para el manejo es mediante la inyección venosa intraumbilical de oxitocina: 10-20 U diluidas en 20 ml de solución fisiológica (López y Achard, 2017).

Factores de riesgo relacionados con la Trombina

- Desprendimiento placentario: abrupción que se da generalmente luego de las veinte semanas de gestación; esta se desprende de la pared uterina de forma prematura y provoca una hemorragia uterina que reduce el suministro de sangre y de nutrientes al feto.
- Pirexia durante la labor: Se la asocia con temperaturas ambientales en la sala de partos que son superiores de 24 a 26°C. Cabe señalar que la analgesia epidural puede causar un desbalance entre producción y disipación de calor. El trabajo muscular del útero en cada contracción provoca un incremento de temperatura

que a lo largo del parto puede llegar a ser de 1,5°C en nulíparas y 0,5°C en multíparas.

- Preeclampsia Hipertensión arterial: Luego del parto, la hipertensión afecta a diferentes mujeres, aquellas que han tenido diagnóstico de hipertensión crónica previa, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia. Cabe señalar, que la preeclampsia se puede presentar luego del periodo postnatal. La hipertensión arterial afecta a un 6 -10% de las mujeres embarazadas, pero son pocos los estudios que han informado la incidencia de la hipertensión posparto (Peralta, 2017).

2.2.2. Hemorragia

Se conoce así a la pérdida de sangre aguda dada en un vaso sanguíneo dañado, esta se presenta de diversas maneras de acuerdo con la ubicación de esta y el mecanismo anatómico. Esta emergencia es grave y común, por lo que es necesario una detección oportuna y adecuada. Se la considera como una causa principal de muertes de mujeres, en especial aquellas que presentan un trauma agudo; por lo tanto, es importante la evaluación y el manejo oportuno del equipo de salud la mejora de la atención a los pacientes con esta afección (Páez, 2017).

2.2.3. Hemorragia posparto

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013), se conoce como hemorragia posparto “a pérdida de sangre mayor de 1000 ml, causa principal de muerte potencialmente prevenible, especialmente en la población con trauma agudo” (pág. 12). Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HP.

La hemorragia posparto (HPP) se define como la pérdida de sangre acumulada de 1000 ml o más, acompañada de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento. En la actualidad, se la considera como la principal causa de muerte a nivel mundial, causando alrededor de 140.000 muertes al año. Las cifras de estos casos pueden llegar a evitarse, en su mayoría se dan en países que son medianos y bajos ingresos. Por otra parte, este tipo de hemorragia también puede ocasionar secuelas físicas o emocionales. Por esta razón, es necesario que las instituciones sanitarias en conjunto con el profesional encargado del parto, debe estar

capacitados para prevenir, diagnosticar y manejar una condición de HPP (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, 2017).

La estrategia principal en la hemorragia postparto es el tener un control temprano, para prevenir el shock hipovolémico. La “hora dorada” se al lapso de una hora, donde se aplican estrategias para poder controlar el sitio hemorrágico. De tal manera es evidente que el sangrado masivo necesita un control temprano, para la prevención de las complicaciones (Romo, 2017). Cabe señalar que a través del abordaje temprano, eficiente y organizado, permite evitar el desarrollo mortal del shock hemorrágico (hipotermia, acidosis y coagulopatía). Por lo tanto, es recomendable que se disponga de un sistema de alerta y respuesta, fundamental para el desarrollo de la hora dorada en pacientes con hemorragia postparto (Sosa y otros, 2019).

Cabe señalar, que los casos, en que hayan tenido previamente el evento hemorrágico, poseen mayor riesgo de presentarlo de nuevo en futuros embarazos, con mayor probabilidad si es menor el periodo intergenésico al recomendado; de tal forma que es un antecedente principal que debe ser considerado para la identificación de la anemia durante el embarazo, el manejo activo del tercer periodo del parto y la acción inmediata cuando se presenta una hemorragia en el post parto inmediato (Estévez, 2017).

2.2.4. Clasificación de la hemorragia posparto

- Hemorragia posparto primaria o inmediata: Se conoce así a aquella hemorragia que se da dentro de un día después al proceso del parto. La causa principal es la atonía uterina, abarcando el setenta por ciento de los casos. La atonía es cuando el útero no tiene capacidad para poder contraerse posteriormente al proceso del parto.
- Hemorragia posparto secundaria o tardía: Se conoce así a la hemorragia que se presenta después de un día o hasta seis semanas en que hubo el parto. Generalmente se da por la retención de productos de la concepción o también por procesos de infección.

2.2.5. Etiología de la hemorragia posparto

Entre las causas, se considera como principal la atonía uterina. Luego del proceso del parto el principal mecanismo de la hemostasia inmediata es la contracción miometrial, el cual conduce a que se obstruyan los vasos sanguíneos uterinos miometriales que pasan entre las células musculares del útero. Para el abordaje sistemático de este tipo de hemorragia, es útil recordar la nemotecnia de las 4T, que describe las causas en orden de frecuencia; como es el caso del tono con una frecuencia del 70%, presentándose atonía uterina; otra causa es el trauma con una frecuencia del 20% presentándose lesión cervical o vaginal, ruptura uterina; el tejido con una frecuencia del 10%, presentándose retención de placenta o coágulos, y la trombina con una frecuencia <1%.

2.2.6. Diagnóstico diferencial del sangrado vaginal posparto

En la siguiente tabla, se describe de manera resumida las manifestaciones principales que permiten diagnosticar el sangrado vaginal postparto.

Tabla 1

Argumentos para el diagnóstico diferencial

Manifestaciones iniciales, otros signos y síntomas atípicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y etiología
Hemorragia postparto inmediata	<ul style="list-style-type: none"> • Útero blando y no retraído • Taquicardia • Hipotensión 	Atonía uterina	70% atonía uterina, anomalía de la contractilidad
Hemorragia postparto inmediata	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta íntegra • Útero contraído 	Desgarros del cuello uterino, la vagina o el periné	
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso	<ul style="list-style-type: none"> • Inversión uterina visible en la vulva o hemorragia posparto inmediata 	Inversión uterina	20% trauma
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura)	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen doloroso 	Rotura uterina	
Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Shock 		

posparto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal)	• Taquicardia • No se expulsa la placenta		
No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto	• Útero contraído	Retención de placenta	
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	• Hemorragia posparto inmediata • Útero retraído	Retención de restos placentarios	10% Tejido, retención de productos de la
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	• Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) • Anemia	Retención de restos placentarios	de gestación

Nota: Resumen de las principales manifestaciones iniciales y síntomas típicos que permiten el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal posparto. Ministerio de Salud Pública (2017). *Score Mamá y claves obstétricas, Protocolo*. Primera edición. Quito: MSP.

2.2.7. Prevención de hemorragia posparto

Cabe señalar que las mujeres durante el proceso del parto pueden tener una pérdida de sangre que, si no es intervenida a tiempo, puede poner en riesgo su vida. La mayoría de los casos no suelen evidenciar factores de riesgos identificables, pero que pueden ser prevenidos durante el manejo activo de la tercera etapa del parto. La “Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia” señala que la utilización de esta técnica es la principal para evitar el desarrollo de estas hemorragias, por lo que se recomienda que se deben seguir estas medidas, tales como:

- Paso 1. Se debe administrar medicamento uterotónico, como lo es la oxitocina cerca de un minuto posterior al nacimiento del neonato.
- Paso 2. Luego de que es cortado, se debe controlar la tracción, después de dos a tres minutos del proceso del parto.
- Paso 3. Luego de que la placenta ha sido expulsada, se debe realizar mediante el abdomen los masajes uterinos, para promover la contracción del útero, evitando que existan sangrados.

Tabla 2

Manejo activo de la tercera etapa del parto

Paso 1. Uso de agentes uterotónicos.

Posterior al primer minuto que ha pasado desde el nacimiento, se debe palpar el abdomen de la puérpera, para identificar la presencia de otros productos, aplicando posteriormente 10 UI de oxitocina intramuscular; esta es recomendada a los pocos efectos que causa después de su aplicación.

En caso de no haber este fármaco, se aplica vía oral 600 mcg de misoprostol. Se puede aplicar también 0,2 mg IM de ergometrina o metilergometrina; sintometrina (una combinación de 5 UI de oxitocina y 0,5 mg de ergometrina en ampollas IM); cabe agregar que estos medicamentos no se pueden aplicar en mujeres con antecedentes de eclampsia, preeclampsia o problemas cardiacos.

Para el almacenaje, se recomienda que la Oxitocina se coloque entre dos a ocho grados menores a 30°C, de acuerdo a las indicaciones que señala el envase o el estuche. En el caso del Misoprostol, debe estar en una temperatura menor a 30°C, y la Ergometrina el ambiente debe ser desde 2°C hasta 8°C; al igual que los otros medicamentos no debe ser congelado ni exponerse a la luz.

Paso 2. Tracción y contracción del cordón umbilical.

La tracción controlada del cordón debe hacerse con la aplicación de fármacos uterotónicos, debido a que de no aplicarse, puede causar que haya una parcial separación de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero.

Se recomienda que se debe aplicar la contracción en la parte del pubis, para permitir que se dé la tracción del cordón umbilical.

Paso 3. Masaje uterino posparto.

El masaje debe ser en el fondo uterino, mediante el abdomen de la mujer, para así poder lograr contraer el útero. El control de esta retracción uterina y los loquios, es aconsejable que sea dentro de las primeras dos horas.

Nota: Manejo para reducir la incidencia de la hemorragia posparto durante la tercera etapa del embarazo. Ministerio de Salud Pública (2017). *Score Mamá y claves obstétricas, Protocolo*. Primera edición. Quito: MSP.

2.2.8. Tratamiento de la HPP

Al identificarse la hemorragia, se debe tener en cuenta cuatro componentes esenciales, entre los cuales se puede mencionar el mantener informado al personal correspondiente, se debe realizar reanimación a través de maniobras para poder reponer la oxigenación y los líquidos, así mismo debe realizarse un seguimiento y monitoreo de la causa, finalmente se debe detectar el sangrado (Barranco, 2017).

Manejo general

- Se debe informar a la gestante sobre su estado de salud, describiendo cada uno de los procedimientos que se le va a realizar, conjunto con contención y aliento en ellas.
- Todo profesional debe pedir ayuda, informando la situación y movilizándolo a todo el personal disponible, tales como enfermeras, personal de laboratorio, anestesistas, entre otros. Por otra parte, para evitar que haya pérdida de tiempo y para que las medias sean aplicadas de forma simultáneas, es necesario que el personal actúe sabiendo que procedimiento deberá de realizar ante cada emergencia. El alcance de una buena coordinación se logrará a través de las prácticas continuas mediante simulacros.
- Se debe colocar dos vías intravenosas, además de suministrar en la paciente, soluciones cristaloides, siendo mediante la infusión rápida la cantidad de hasta dos litros. Si no se posee sangre, para poder realizar la transfusión, se proseguirá con la aplicación de las soluciones coloides hasta una cantidad de litro y medio.
- Luego se debe valorar el estado holístico de la puérpera, revisando sus signos vitales, tales como la presión arterial, el pulso, la respiración y la temperatura. Si hay sospecha de shock, se debe inmediatamente iniciar un tratamiento. Si no se observan aun signos de shock, se debe tenerlos en consideración, mientras se sigue realizando la valoración a la paciente, ya que su estado puede empeorar rápidamente.
- Se debe valorar el tono uterino. Si existe atonía, se debe dar masajes al útero para que pueda expulsar la sangre junto con los coágulos, que si no son evacuados pueden bloquear las contracciones uterinas.

- Para la contención del sangrado, se debe ejercer un masaje uterino bimanual, para la prevención o manejo del sangrado mientras prepara de forma simultánea el manejo farmacológico.
- Se debe asegurar que haya permeabilidad área, así como la provisión de oxígeno.
- La identificación de la causa permite aplicar los tratamientos necesarios. Así mismo, es necesario verificar que haya una expulsión completa de la placenta, examinando que esta haya sido íntegra. Se debe determinar desgarros, examinando la vagina, el cuello uterino y el perineo. Así mismo, puede considerarse la posibilidad de que haya coagulopatía.
- De no haber las condiciones necesarias para la intervención, se deberá derivar a la paciente a otra institución sanitaria, para que sea intervenida de manera oportuna.

Claves obstétricas

Se denomina así a los roles que se llevan a cabo con la finalidad de lograr un trabajo coordinado. Está conformado por profesionales que se encuentran capacitados, de tal forma que su intervención prevenga una muerte materna (Díaz y Alfaro, 2013). Por otra parte el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, señala como recomendaciones, que entre los componentes importantes es necesario que se implementen sistemas de alerta en el área de obstetricia, se deben desarrollar protocolos, proveer de kits de emergencias obstétricas, así mismo desarrollar estrategias de comunicación que sean efectivas durante la crisis y se debe desarrollar periódicamente simulacros.

Activación de la clave

La activación es realizada por el profesional que está con la paciente que presenta la emergencia obstétrica, ya sea en el servicio de emergencia, como también en los quirófanos, pasillos, salas de parto, en hospitalización o en cualquier área en que se encuentre; para lo cual es relevante que se defina un mecanismo tanto rápido como eficiente para que al ser activada esta clave, el personal involucrado pueda actuar de inmediato, evitando el realizar búsquedas repetitivas de estos, lo que conlleva a la pérdida de tiempo y aumenta el riesgo de la paciente; se sugiere para esto que se haga uso de timbres, alarmas o altavoz de acuerdo a la disponibilidad que posea la institución o casa sanitaria.

2.2.9. Clave roja

Manejo de las hemorragias obstétricas en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención.

Organización del equipo:

Coordinador (a): deberá ser un profesional de la salud capacitado en claves obstétricas, encargado de liderar al grupo. Esta persona debe estar ubicada en la parte inferior del cuerpo de la paciente a nivel de la pelvis (útero). Sus funciones son:

1. Organizar el equipo y verificar continuamente las funciones de los asistentes y del circulante. Definir conductas a seguir, dependiendo de la evolución clínica de la paciente.
2. Determinar con la información de los signos vitales y Score MAMÁ, el grado de choque en el que se encuentra la paciente y su evolución, en el tiempo de reanimación y reemplazo de volumen.
3. Buscar la causa de hemorragia e iniciar tratamiento.
4. Tomar la decisión de traslado o de asumir el caso de acuerdo con la causa y capacidad resolutive del establecimiento de salud.
5. Ordenar la administración de fluidos, hemo componentes (dependiendo disponibilidad) y medicamentos.
6. Evacuar vejiga previa antisepsia y colocar catéter urinario para medición de excreta urinaria.
7. Brindar la información requerida para los familiares o acompañantes a través del circulante.
8. Evaluar los parámetros de respuesta.

Asistente 1: el profesional de la salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas se colocará en la cabecera de la paciente y realizará las siguientes funciones:

1. Explicar brevemente los procedimientos a seguir y brindar confianza a la paciente.
2. Verificar permeabilidad de vía área.
3. Tomar la presión arterial, la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y monitoriza eliminación urinaria y registrar en formulario 005.

4. Suministrar oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90 %.
5. Registrar eventos con tiempos en la historia clínica.
6. Reevaluar el estado de choque luego de la infusión de líquidos e informar al coordinador del equipo.
7. Colaborar con dicho coordinador en la realización de procedimientos.
8. Cubrir a la paciente para evitar la hipotermia.
9. Verificar que la paciente esté en posición con desviación uterina a la izquierda, si está embarazada con más de 20 semanas de gestación.

Asistente 2: profesional de la salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas, se colocará a un lado de la paciente y realizará las siguientes funciones:

1. Abrir el KIT ROJO.
2. Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N°16 o 18, una en cada brazo. (Ideal brazo izquierdo medicación brazo derecho hidratación o manejo de fluidos).
3. Tomar muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste), según disponibilidad.
4. Administrar líquidos, hemocomponentes (según disponibilidad) y medicamentos ordenados por el coordinador del equipo.
5. Colaborar con dicho coordinador en la realización de procedimientos.
6. Realizar la prueba de coagulación junto a la cama.

Circulante: profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas para realizar las siguientes funciones:

1. Activar al servicio de laboratorio y medicina transfusional, según disponibilidad.
2. Marcar los tubos de las muestras sanguíneas y realizar las órdenes de laboratorio.
3. Garantizar que las muestras lleguen al laboratorio y que se inicie el procesamiento.
4. Llamar a más personal de acuerdo con el requerimiento del coordinador del equipo.

5. Asistir al coordinador del equipo en un procedimiento.
6. Establecer contacto con la familia de la paciente para mantenerla informada, y la información la define el coordinador del equipo.
7. Activar la RED para la referencia si el establecimiento de salud no tiene capacidad resolutive del caso. Llenar formulario 053 para transferencia si el caso lo amerita.

Tabla 3

Protocolo de manejo CLAVE ROJA

Protocolo de manejo CLAVE ROJA			
Acciones generales a realizar. (las acciones a realizar deberán realizarse al mismo tiempo por el equipo conformado en la clave roja)	1er nivel	2do nivel	3er nivel
Identifique a la paciente con hemorragia con o sin signos de choque. Debido a que existe una subestimación de la pérdida sanguínea en la gestante, se utilizará la escala de Basket para clasificar el grado de choque. (ver tablas 5 y 6)	X	X	X
Active la CLAVE ROJA y conforme el equipo de acuerdo a la disponibilidad	X	X	X
Comunicar y activar			
Laboratorio y servicio de medicina transfusional de acuerdo al nivel de atención.	Tipo c	X	X
Sala de cirugía, centro obstétrico	Tipo c	X	X
Servicio de cuidados intensivos			X
Transporte: ambulancia	X	X	
Acciones a realizar			
Realizar examen físico completo que incluya signos y nivel de conciencia.	X	X	X
Colocar traje antishock no neumático, de acuerdo a disponibilidad.	X	X	X
Asegurar vía aérea: Proporcione oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90%.	X	X	X
Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N°18 o N°20 (realizar exámenes de laboratorio) e iniciar infusión rápida de líquidos preferiblemente calientes.	X	X	X

Iniciar reposición de líquidos (3:1) en infusión rápida con cristaloides, luego bolos de 500 cc según evolución clínica hasta que la presión arterial sistólica (PAS) suba sobre 90 mmHg. (29)	X	X	X
Nota: evite la reposición rápida o en grandes volúmenes en pacientes con preeclampsia, anemia y cardiopatías, en ellas el manejo inicial será con bolos de 500 cc.			
Si la paciente presenta choque severo: Transfundir 2 concentrados de glóbulos rojos previa realización de pruebas cruzadas, y en caso de no disponer pruebas cruzadas se colocarán 2 unidades de ORh Negativo.	Tipo c	X	X
Vaciar vejiga y colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección.	X	X	X
Mantener abrigada a la paciente	X	X	X
Activar la RED para transferir a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad.	X	X	

Exámenes de laboratorio complementarios

• Biometría hemática			
• Pruebas cruzadas			
• Tiempos de coagulación, fibrinógeno		X	X
• Función renal y hepática			
• Electrolitos			
• Gasometría			
• Realizar prueba de coagulación junto a la cama (tubo rojo 10ml)	X	X	X

Acciones a realizar según la causa de la hemorragia (4T)	1er nivel	2do nivel	3er nivel
---	------------------	------------------	------------------

1 T: Atonía uterina

1. Inicie masaje uterino o compresión bimanual permanente. Con guantes estériles el puño de una mano se coloca en la vagina presionando la cara anterior del útero, con la otra mano se comprime a través del abdomen la cara posterior del útero.	X	X	X
--	---	---	---

2. Administre uterotónicos si el caso lo amerita:

- Oxitocina 10 UI/mL intramuscular (o 5 UI intravenoso lento) y 20-40 UI en 1000 mL de solución cristalóide en infusión intravenosa a 250 mL/h.
- Misoprostol 800 µg sublingual o vía oral u 800 µg vía rectal.
- Metilergonovina o Ergonovina (en ausencia de preeclampsia) 0,2 mg IM, se puede repetir cada 2 a 4 horas, máximo 5 dosis (1 mg) en un período de 24 horas.

Nota: en el primer nivel de atención se dispondrá de oxitocina y misoprostol. 3. Si a pesar del masaje uterino y la administración de uterotónicos la hemorragia no cede, se deberá colocar el balón de compresión uterina.

2 T: Trauma del tracto genital

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Realizar inspección visual de la cavidad | | |
| 2. Aplicar presión | | |
| 3. Realizar reparo de las lesiones | X | X |
| 4. En caso de no obtener resultados adecuados, TRANSFERIR | | |

Inversión uterina

- | | | |
|---|---|---|
| 5. No coloque uterotónicos | | |
| 6. No intente remover | | |
| 7. TRANSFERIR a la placenta paciente para resolución establecimiento de mayor definitiva a una complejidad. | X | X |

3 T: Retención placentaria

- | | | |
|---|---|---|
| 1. TRANSFERIR a la paciente para resolución definitiva. | X | X |
|---|---|---|

4 T: Coagulopatía

- | | | |
|---|---|---|
| TRANSFERIR a la paciente para resolución definitiva. Administrar ácido tranexámico a dosis de 1 g IV (luego cada 6 horas) en caso de: | | |
| • Hemorragia posparto (HPP) secundaria a traumatismo de canal del parto | X | X |
| • Sospecha trastornos de coagulación por historia clínica | X | X |

- HPP que no cede al manejo inicial con uterotónicos.

En caso de hemorragia que no cede, colocar balón de compresión uterino, previa administración de antibiótico profiláctico.

X X X

Si no obtiene un resultado satisfactorio en el manejo de estas patologías, se debe realizar la TRANSFERENCIA de la paciente a un establecimiento de mayor complejidad

X X

Nota: Manejo de las hemorragias obstétricas generales que deberá ser realizado por el equipo conformado en la clave roja. Ministerio de Salud Pública (2017). *Score Mamá y claves obstétricas, Protocolo*. Primera edición. Quito: MSP.

Tabla 4

Clasificación del grado de shock

Pérdida de Volumen en % y ml (gestante 50-70 Kg)	Nivel de conciencia	Perfusión	Frecuencia cardiaca Lat/min	Presión arterial sistólica mmHg	Grado de choque	Cristaloides a infundir en la primera hora
10-15% 500-1000	Normal	Normal	60-90	Normal	Compensado	Ninguno
16-25% 1000-1500	Normal y/o Agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	3000-4500
26-35% 1500-2000	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500-6000

Nota: Grado de severidad del compromiso de la gestante. Ministerio de Salud Pública (2017). *Score Mamá y claves obstétricas, Protocolo*. Primera edición. Quito: MSP.

Tabla 5

Índice de choque

Índice de choque

Indicador: frecuencia cardíaca / presión arterial sistólica

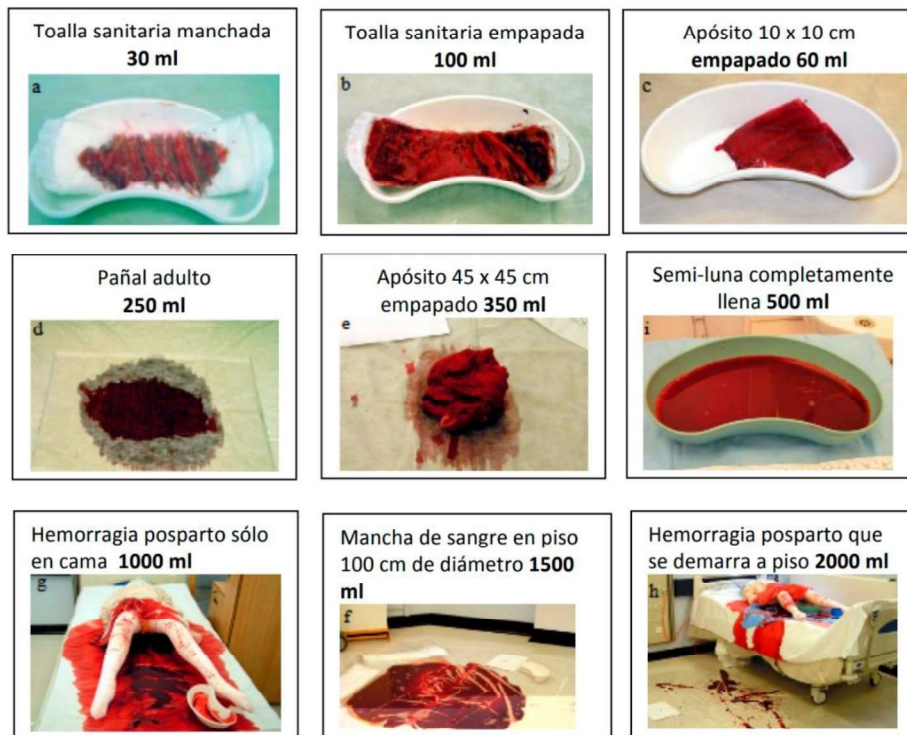
Índice > 1: se debe iniciar transfusión inmediata de 2 unidades de sangre sin cruzar-O negativo-. Si no está disponible se puede usar -O positivo- y solicitar las unidades adicionales cruzadas.

Si se transfunden 6 unidades o más de glóbulos rojos, se debe mantener la relación 1:1:1, por cada unidad de glóbulos rojos se debe administrar 1 unidad de plasma y 1 unidad de plaquetas.

Nota: Frecuencia cardíaca dividida por la presión arterial sistólica. Ministerio de Salud Pública (2017). *Score Mamá y claves obstétricas, Protocolo*. Primera edición. Quito: MSP.

Figura 1

Pictograma para la estimación visual de la hemorragia obstétrica



Nota: Herramienta para estimar el sangrado real de la gestante. Ministerio de Salud Pública (2017). *Score Mamá y claves obstétricas, Protocolo*. Primera edición. Quito: MSP.

2.2.10. Fundamentación de enfermería

Teoría de Enfermería de Nola Pender

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables (Lleixá, 2017).

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (Aristizábal y Blanco, 2017).

Esta teoría ayudará a comprender, abarcar y conocer los factores de riesgos obstétricos que tienen las puérperas con relación a la salud, hábitos y sobre todo el comportamiento de las mismas, incluido a esto poder detallar y analizar cada uno de estos factores, de igual manera orientará a promover y favorecer las buenas conductas de las mismas mediante la información adecuada por la razón de que si se mejoran las conductas de salud se le otorgará independencia a las puérperas mejorando su calidad de vida, así las únicas beneficiadas serán tanto ellas como el lactante (Aristizábal y Blanco, 2017).

Teoría de Enfermería de Virginia Henderson

La teoría destaca la sustentación de los cuidados del personal de enfermería de acuerdo con los diversos modelos a la que está orientado el profesional de salud, mencionando la teoría de Virginia Henderson enfocado al bienestar de todos los sentidos tanto físicos como psicológicos. Este es un considerado de tendencia humanista y de tendencia de ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad enfocada en las necesidades básicas

de los usuarios; el modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística (Delgado y Hernández, 2017).

Para el desarrollo del estudio, se elige de referencia la teoría de Henderson, debido a que considera que el papel del personal de enfermería es ayudar a una persona que pueda presentar alguna necesidad, con el propósito de satisfacerla y contribuir en su recuperación y bienestar aportando con la fuerza, voluntad y conocimientos que le ayuden a obtener su independencia, por lo tanto se asimila al presente estudio que busca aplicar los cuidados de enfermería a las gestantes que presentan diagnóstico de preeclampsia con lo que se pretende fortalecer la calidad en la atención del grupo prioritario.

Henderson considera que al satisfacer las 14 necesidades básicas se puede contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, las mismas que se vuelven difícil de satisfacer cuando el individuo padece una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, estas necesidades se dividen en cinco grupos que son la fisiología, la seguridad, afiliación, reconocimiento y autorrealización, por lo tanto se considera que mediante la atención adecuada del personal de enfermería se puede mejorar las condiciones de las pacientes que presentan diagnóstico de preeclampsia para lograr su pronta recuperación y el bienestar del niño. (Pastuña y Concha, 2020).

2.3 Fundamentación Legal

2.3.1. Constitución de la República del Ecuador

Artículo N° 42: “El Estado Ecuatoriano garantizará el derecho a la salud su promoción y protección, Conforme a los principios de equidad, solidaridad, universalidad, calidad y eficiencia”. La ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia, (reformada) y su reglamento respectivo menciona en sus artículos 7 (funciones de la unidad): “definir criterios técnicos, estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud cubiertos por el programa, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública”; artículo 9 f (funciones del comité de gestión): “vigilar el cumplimiento de la gratuidad de la atención de las prestaciones cubiertas, así como su calidad” y artículo 11 f (funciones del comité de usuarios): “elaborar un informe trimestral sobre la calidad de atención de los servicios de salud que será presentado al

comité de Gestión del Fondo Solidario Local, para canalizar las demandas y los incentivos a las unidades ejecutoras” (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

2.3.2. Ley Orgánica De Salud

Art. 44.- El estado protege la maternidad a tal efecto debe garantizar servicios y programas de salud gratuitos y la demás alta calidad durante el embarazo parto y post natal. Adicionalmente, debe asegurar programas de atención dirigidos específicamente (Congreso Nacional del Ecuador, 2006). A través de este artículo, queda establecido la protección que debe darse a la mujer que está embarazada, por lo tanto, el Estado debe garantizar la realización de programas y de proyectos que permitan el cuidado y atención a las mujeres embarazadas e incluso después que las mismas han dado a luz y se encuentran en el post parto.

2.3.3. Plan Nacional del Buen Vivir

Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.

g. Valorar las condiciones particulares de salud de las mujeres diversas, en particular durante el embarazo, parto y postparto.

h. Priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico, en particular en las zonas rurales, las comunidades, pueblos y nacionalidades.

i. Optimizar y equipar los servicios de atención materno-infantil y acompañar a las madres durante el embarazo, con calidad y calidez, promoviendo una adecuada nutrición, cuidado y preparación, e impulso a la maternidad y paternidad responsable.

j. Fortalecer el sistema de atención diferenciada y acorde a las diversidades, en el postparto y al recién nacido, y articular éste a redes de cuidado a los niños en centros laborales, barriales, comunitarios, institucionales, en coordinación intersectorial y con las iniciativas locales.

l. Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente, e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos (Consejo Nacional de Planificación, 2018).

2.3.4. Modelo de Atención Integral de Salud

El MAIS fue creado con el propósito de mejorar la atención dentro del sistema sanitario y poder con esto brindar un servicio de calidad y calidez, en especial a las personas que se encuentran en desventajas con otras, llamadas también personas pertenecientes a grupos vulnerables, con este fin se creó este sistema, el mismo que se encamina mediante sus parámetros a mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones maternas puerperales en las pacientes ya que pertenece a sistema de grupo prioritario, Ministerio de Salud Pública (MSP, 2008).

Cabe recalcar que por el solo hecho que la mujer se encuentre en estado de gestación esta ya pertenece al grupo de personas con atención personalizada y prioritaria, mismo que obliga al estado y a las instituciones de mismo que se encuentren encaminados en brindar atención dentro del sistema de salud a que estos creen mecanismos que permitirán prevenir los riesgos de puedan presentar dentro durante la etapa de maternas puerperales en las pacientes con anemia, garantizando con esto la salud y la vida de la madre y del niño mismo.

2.4. Formulación de hipótesis

Las embarazadas con numerosos factores de riesgo obstétricos durante la gestación presentan hemorragias postpartos. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. 2021.

2.5. Identificación y clasificación de variables

Variable independiente: Factores de riesgo obstétricos

Variable dependiente: Hemorragia postparto

2.6. Operacionalización de variables

Tabla 6
Matriz de operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición operacional	Técnicas
Las embarazadas con numerosos factores de riesgo obstétricos durante la gestación presentan hemorragias postpartos. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. 2021.	Variable independiente: Factores de riesgo obstétricos	Los factores de riesgo obstétricos son las características o atributos cuya presencia se asocia con un aumento de probabilidades de presentar complicaciones en las madres, durante o después del parto.	Edad materna	<18 años 19-34 años >35 años	Revisión de documentos legales: Historias clínica materna perinatal-MSP.	
			Edad gestacional	39 a 45 S 37 a 38 S 35 a 36 S 32 a 34 S 29 a 31 S		
			Paridad	28 semanas Primípara Múltipara		
			Controles prenatales	0 a 2 3 a 4 >5		
			Cicatrices uterinas previas	Legrados Cesáreas Miomectomía Cesárea + miomectomía Legrado + cesárea		
			Hábitos tóxicos	Alcohol Cigarrillo Otras drogas		
			Enfermedades concomitantes	Anemia HTA Eclampsia IVU Preeclampsia		

Hipótesis	VARIABLES	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional Indicadores	Técnicas
Las embarazadas con numerosos factores de riesgo obstétricos durante la gestación presentan hemorragias postpartos. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. 2021.	Variable dependiente : Hemorragia postparto	La hemorragia postparto es la pérdida activa de sangre superior a 500 ml. posterior al parto.	Clasificación de hemorragia postparto	Hemorragia postparto inmediato Hemorragia postparto tardío	Revisión de documentos legales: Historias clínica materna perinatal-MSP.
			Clasificación de shock hipovolémico	Compensado Leve Moderado Severo	
			Etiología	Atonía uterina Retención placentaria Traumas del tracto genital Rotura uterina Coagulopatía	

Elaborado por: Liliana Isabel Catuto

CAPÍTULO III

3. Diseño Metodológico

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio, tiene un enfoque cuantitativo, porque permite procesar la información a través del desarrollo de estadísticos, que permitan recabar los resultados específicamente sobre factores los riesgos, la clasificación, etiología, grado de shock asociados a hemorragia postparto. Fue de tipo no experimental, ya que no manipula a la información o a los datos, lo cual permite recolectar la información relacionada con los factores de riesgo obstétricos que se asocian a pacientes que presentan hemorragia postparto.

Este estudio es además retrospectivo, se realiza basado en observaciones y análisis de historias clínicas de mujeres del centro de salud Bastión Popular tipo C, que han recibido diagnóstico de hemorragia postparto. Fue de corte transversal, debido a que se recolectó la información dentro de un periodo de tiempo mediante un instrumento previamente seleccionado; en el caso de la presente investigación las mujeres con diagnóstico de hemorragia postparto, con la finalidad de identificar los factores de riesgo obstétrico asociados con esta alteración materna. Fue de tipo correlacional-causal, porque describió la relación entre la variable independiente que es la hemorragia postparto y la variable dependiente factores de riesgo, para determinar si existe una relación de causa-efecto.

3.2. Métodos de investigación

Es de método deductivo, debido a que fue de lo general a lo específico, formulando una hipótesis para determinar la relación entre las variables dependiente e independiente, además de estar revisando y creando fuentes de información para llegar al tema principal de estudio, factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia postparto. Y fue analítico sintético, debido a la descomposición de los factores de riesgos obstétricos los mismos que se estudiaron por separado, así como también la hemorragia postparto.

3.3. Población y muestra

La población total es de 64 puérperas con diagnóstico de hemorragia posparto, atendidas en la Unidad de trabajo de parto y recuperación del centro de salud Bastión Popular Tipo C, durante el periodo 2021. La muestra fue constituida por 27 puérperas que fueron atendidas en el centro de salud Bastión Popular Tipo C, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión para su selección:

Criterios de inclusión

- a) Diagnóstico de hemorragia posparto.
- b) Edades extremas
- c) Hábitos tóxicos
- d) Edad gestacional de 28 a 45 semanas
- e) Enfermedades concomitantes

Criterios de exclusión

- a) Pacientes con puerperio inmediato normal
- b) Pacientes con puerperio inmediato complicado no por atonía uterina
- c) Puérperas con historias clínicas incompletas

3.4. Tipo de muestreo

Para la obtención de la muestra fue necesario el método no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionó a cierta cantidad de población en las historias clínicas obstétricas, las cuales tenían cierto rasgo o característica particular, seleccionados mediante un criterio de inclusión.

3.5. Técnica de recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos fue el análisis de documentos con su respectivo instrumento la historia clínica materna perinatal con diagnóstico de hemorragia postparto, que incluye la observación directa, por lo que se revisó documentos legales que han sido dado a través de matrices, para la recolección de la información, matrices como: los factores maternos (edad, gesta, edad gestacional, producto, periodo intergenésico, parto); etiologías (atonía uterina, retención placentaria, traumas del tracto genital, rotura uterina, coagulopatía) y clasificación (HPP, Grado de Shock).

3.6. Instrumento

El instrumento que se utilizará para la recolección de datos es la historia clínica materna perinatal del formulario 051-MSP, basados en la guía práctica clínica del MSP 2013 para de este modo determinar los factores de riesgo obstétrico, diagnóstico, tratamiento y prevención de la hemorragia posparto.

La historia clínica es un conjunto de documentos elaborados y legalizados por el ministerio de salud pública, donde se evidencia la relación directa entre el personal de salud y el paciente. De este documento se utilizará los antecedentes obstétricos, como la edad materna, semanas de gestación, patologías y tratamientos recibidos durante el periodo de embarazo, también cuenta con parámetros que nos indican las patologías fetales.

3.7. Aspectos éticos

Mediante un oficio dirigido al centro de salud Bastión Popular tipo C, se solicitó la autorización de la institución para la ejecución del trabajo de titulación, recabando información de las historias clínicas de manera confidencial de puérperas con hemorragia postparto, por medio del consentimiento informado, el cual protege los archivos analizados y los resultados que se obtengan de ellos. El presente trabajo se desarrolla sin provocar algún tipo de riesgo, puesto que, no se realiza intervenciones o modificaciones en las variables o de quienes participan en el estudio, se pretende salvaguardar los datos personales y proteger los derechos de las personas que participaron de la investigación.

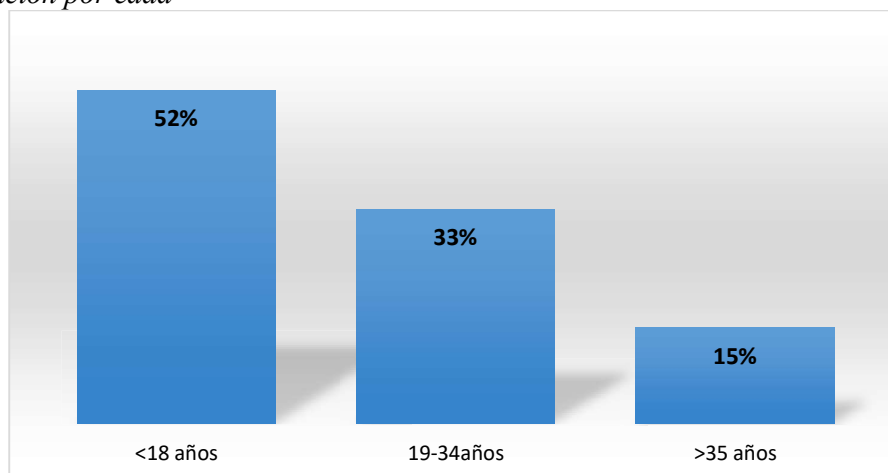
CAPÍTULO IV

4. Presentación de resultados

4.1. Análisis e interpretación de resultados

La información recabada mediante el instrumento aplicado, proyecta los siguientes resultados, de acuerdo con el primer objetivo específico, que consistió en caracterizar socio demográficamente a las puérperas que presentaron hemorragia posparto.

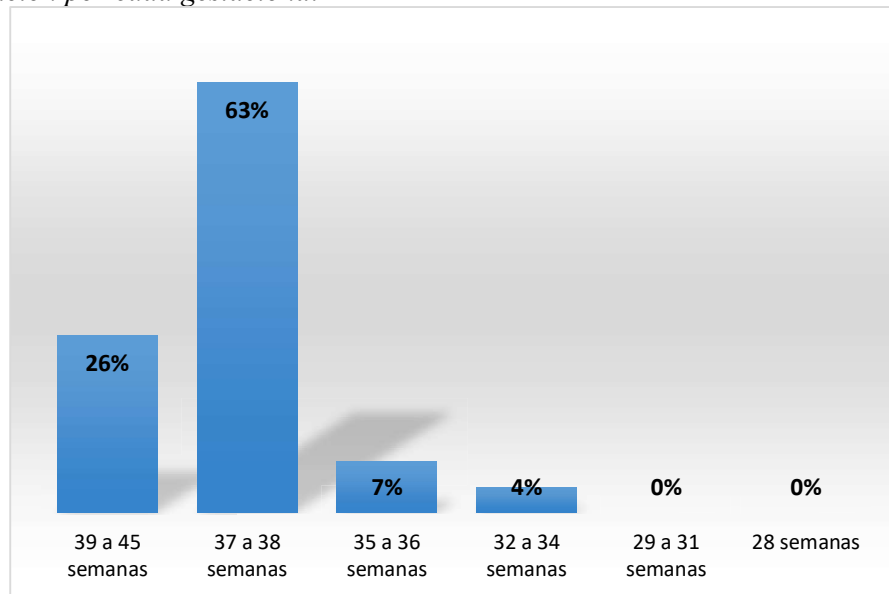
Figura 2
Distribución por edad



Fuente: Historias clínicas de puérperas con hemorragias posparto del centro de salud Bastión Popular Tipo C.
Elaborado por: Catuto Flores Liliana

En relación con el objetivo sobre caracterizar sociodemográficamente a las puérperas, en la figura 2, es evidente que el 52% de las puérperas que presentaron hemorragia posparto, eran menores de 18 años; lo cual aporta al objetivo general, debido a que permite conocer que este es un factor de riesgo que inciden en las puérperas de este centro de salud, debido a que, por su edad, no han terminado su desarrollo fisiológico, lo cual aumenta el riesgo de un embarazo a esa edad. Estos resultados poseen cierto contraste con los hallazgos emitidos por Fernández y Sierra (2019), debido a que describen que las hemorragias posparto se presentaron en puérperas con una edad media de 24 años; Lasso y Maldonado (2019) por su parte indican que el 51% de los casos de hemorragia posparto se presentaron en mujeres de 18 a 25 años. De tal forma, es evidente que la hemorragia posparto se puede presentar a cualquier edad, pero tiene una mayor vulnerabilidad las pacientes menores de 18 a 25 años.

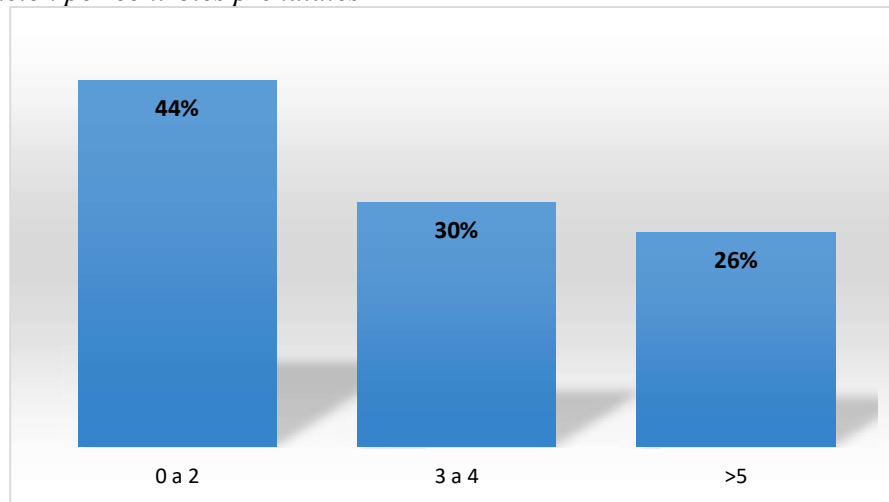
Figura 3
Distribución por edad gestacional



Fuente: Historias clínicas de púerperas con hemorragias postparto del centro de salud Bastión Popular Tipo C.
Elaborado por: Catuto Flores Liliana

En cuanto al objetivo sobre determinar las características de las púerperas, se puede observar en la Figura 2, que de las mujeres que presentaron hemorragia postparto, el 63% tuvo una edad gestacional de 37 a 38 semanas; es decir que una gran parte de las pacientes, tuvieron un parto a término. Respondiendo al objetivo general es evidente, que la edad gestacional se considera también un factor de riesgo, debido que, al no tener menos semanas de gestación, hay una mayor vulnerabilidad al desarrollo de complicaciones. Por otra parte, se observa en estudios como el de Fernández y Sierra (2019), que la hemorragia postparto es común en mujeres que tienen una edad gestacional de 34 semanas, mientras que en el estudio de Rojas (2019), la edad gestacional más frecuente fue de 40 semanas y la edad gestacional mínima fue de 31 semanas.

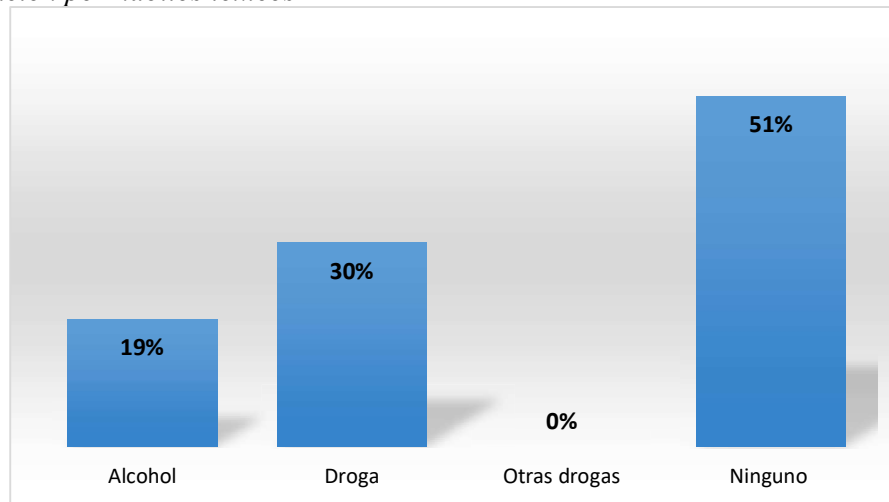
Figura 4
Distribución por controles prenatales



Fuente: Historias clínicas de puérperas con hemorragias postparto del centro de salud Bastión Popular Tipo C.
Elaborado por: Catuto Flores Liliana

La presente figura en relación con el segundo objetivo específico, que consistió en identificar las causas de la hemorragia posparto, refleja que un 44% de las puérperas no asistieron o asistieron un máximo de 2 ocasiones a sus controles prenatales, mientras que el 30% de 3 a 4 y el 26% tuvieron más de cinco controles. En respuesta al objetivo general, esto se considera también un factor de riesgo, debido a que, si no se lleva un control riguroso del embarazo, hay una mayor vulnerabilidad al desarrollo de complicaciones durante o después del parto. Estos resultados poseen cierta relación con los hallazgos observados en el estudio de Huiñocana (2019), investigación que describe que el 65.9% de las puérperas tuvieron menos de 6 controles prenatales durante su embarazo; por otra parte, Acurio (2017), señala también mediante los resultados de su estudio, que solo el 40% de las puérperas habían tenido de 1 a 4 controles prenatales.

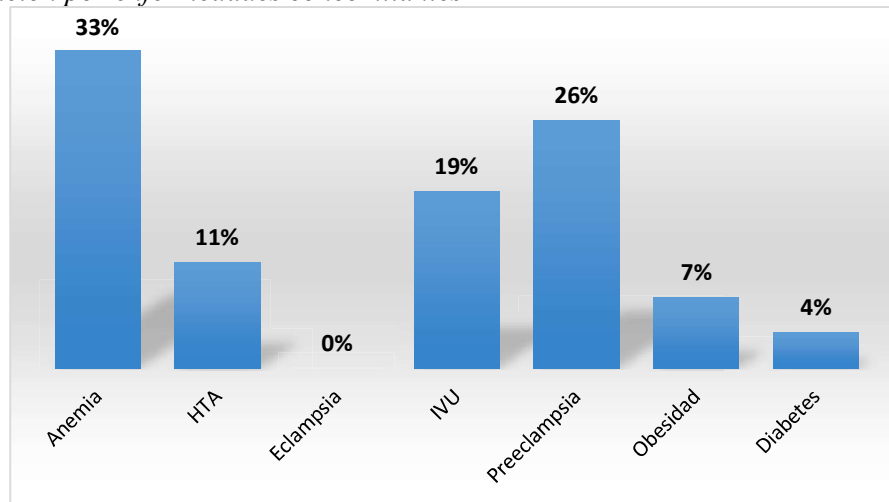
Figura 5
Distribución por hábitos tóxicos



Fuente: Historias clínicas de puérperas con hemorragias postparto del centro de salud Bastión Popular Tipo C.
Elaborado por: Catuto Flores Liliana

Con relación al objetivo sobre identificar las causas de hemorragia postparto, la presente figura refleja que una de las causas asociadas a la hemorragia posparto, destacándose que el 51% refería que no consume ninguna de estas sustancias, por otra parte, el 30% de las puérperas señala consumir drogas y el 19% de las mujeres consume alcohol. Esto permite responder el objetivo general, debido a que también es un factor que incide en el desarrollo de la hemorragia postparto, debido a que estas sustancias pueden ocasionar efectos sobre la madre y el recién nacido. Se observa cierta similitud en comparación con los hallazgos de Gualacate (2021), quien, en los resultados de su investigación, destaca que el 15% de las puérperas había consumido tabaco, alcohol o drogas previo al embarazo; al igual que el estudio de Reyes (2019), quien señala que, entre los factores de riesgo, se destacó que el 23% de las mujeres había consumido tabaco y el 4% drogas.

Figura 6
Distribución por enfermedades concomitantes

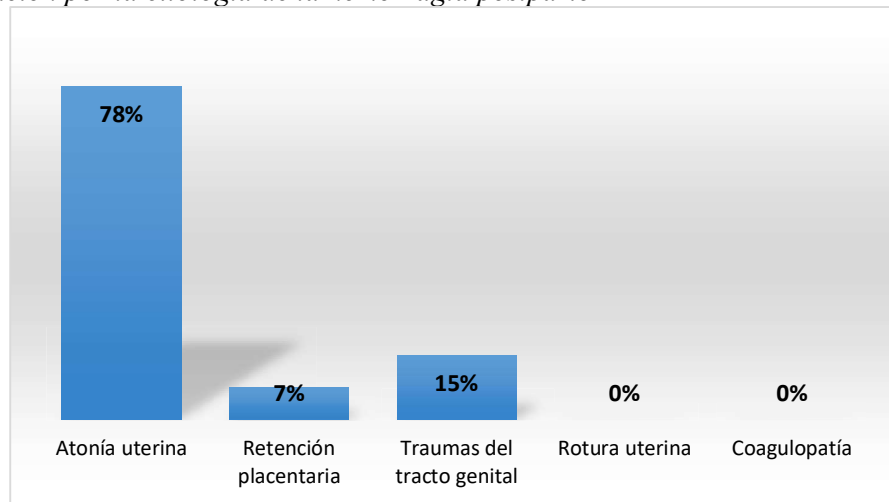


Fuente: Historias clínicas de puérperas con hemorragias postparto del centro de salud Bastión Popular Tipo C.
Elaborado por: Catuto Flores Liliana

En la presente figura, relacionada con el objetivo sobre las causas de hemorragia postparto, permite conocer que el 33% de puérperas tuvo como antecedente la anemia, mientras que el 26% indica la preeclampsia, el 19% IVU, el 11% la hipertensión arterial, el 7% la obesidad y el 4% la diabetes. En respuesta al objetivo general, es evidente que las enfermedades concomitantes tales como la anemia o preeclampsia, inciden en el desarrollo de las hemorragias postparto, por lo que es necesaria una intervención oportuna para disminuir los casos de morbilidad y mortalidad materna e infantil. Datos que poseen cierta similitud con los hallazgos de la investigación de Castro (2017), quien describe que el 20% de los casos de hemorragia postparto, eran de puérperas que presentaron como enfermedades concomitantes los trastornos hipertensivos. Mientras que en el estudio de Acurio (2017), también se registró entre los factores, que el 30% de las puérperas, presentó trastornos hipertensivos que derivan a una hemorragia postparto.

Figura 7

Distribución por la etiología de la hemorragia postparto

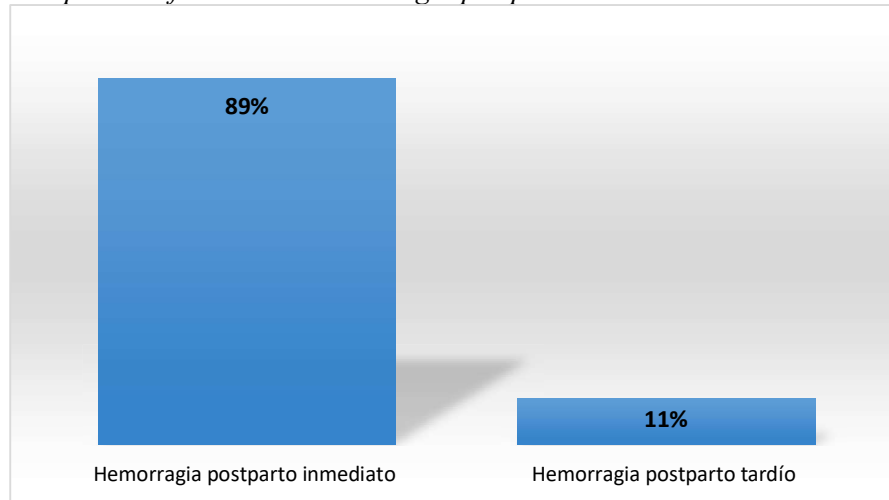


Fuente: Historias clínicas de puérperas con hemorragias postparto del centro de salud Bastión Popular Tipo C.
Elaborado por: Catuto Flores Liliana

En función al objetivo de determinar las causas de hemorragia postparto, en la Figura 8, se observa que la atonía uterina se ha presentado en el 78% de las puérperas, el 15% debido a traumas del tracto genital y el 7% debido a la retención placentaria. En respuesta al objetivo general, es necesario considerar a la atonía uterina como una causa o factor principal que incide en el desarrollo de la hemorragia postparto en las puérperas. Así mismo, en base a estas causas, debe desarrollarse y mejorarse la intervención del personal de salud, de tal forma que puedan identificar e intervenir de manera oportuna, para proteger la salud de la madre y del niño por nacer. Al compararse estos hallazgos con otros estudios, se observa cierta similitud, como es el caso de Campos y Tarrillo (2019), quienes describen que el 68% de los casos de puérperas presentó atonía uterina como principal causa de la hemorragia postparto; Fernández y Sierra (2019), también destacan entre sus hallazgos, que la causa más común fue la atonía uterina, representando el 60% de las puérperas que seleccionaron en su estudio.

Figura 8

Distribución por clasificación de hemorragia postparto



Fuente: Historias clínicas de puérperas con hemorragias postparto del centro de salud Bastión Popular Tipo C.
Elaborado por: Catuto Flores Liliana

A través de la presente figura, con relación al tercer objetivo sobre determinar la etapa del puerperio y su clasificación, es evidente que se presentan con mayor frecuencia en el puerperio inmediato con el 89% de los casos, mientras que la hemorragia tardía representó el 11% de los casos estudiados. En respuesta al objetivo general, es evidente que existen diferentes factores de riesgo obstétrico que, al identificarse a tiempo, permiten una intervención inmediata en la hemorragia postparto, evitando que cause severas complicaciones para la salud de la madre. Un estudio similar en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, llevado a cabo por Campos y Tarrillo (2017), coincide en un 97% que las características de la hemorragia post parto en puérperas según el tiempo de ocurrencia fueron de 24 horas, es decir, en el puerperio inmediato; mientras que en el estudio de Guapizaca (2017), se evidencia mediante los resultados alcanzados, que la hemorragia postparto inmediata prevaleció en el 23% de puérperas atendidas.

4.2. Comprobación de hipótesis

Acorde a los resultados plasmados y el respectivo análisis, se puede decir que las embarazadas con numerosos factores de riesgo obstétricos durante la gestación presentan hemorragias postpartos, dado que presentaron enfermedades concomitantes como la anemia y la preeclampsia, que sumado a la edad gestacional, ponen en riesgo la calidad de vida de las puérperas que son atendidas en el centro de salud Bastión Popular tipo C. 2021. De esta manera se puede comprobar que existe relación entre ambas variables de estudio.

5. Conclusiones

Luego del análisis e interpretación de los resultados obtenidos sobre la investigación se concluyó lo siguiente:

En cuanto al objetivo general de la investigación, se destaca a través de los resultados que entre los factores de riesgo obstétrico que se presentan con mayor frecuencia en las puérperas atendidas en el Centro de Salud Bastión Popular tipo C. 2021, se destaca la edad gestacional, la primiparidad, enfermedades concomitantes y la atonía uterina.

En relación con el primer objetivo específico, se denota que entre las características sociodemográficas que comúnmente se presentan en las puérperas con hemorragia postparto, es de tener una edad menor a 18 años, una edad gestacional de 37 a 38 semanas de gestación, es decir que tuvieron un parto a término; también se destaca que una gran parte eran primíparas y solo habían acudido a los controles prenatales menos de dos veces.

Así mismo, en cuanto al segundo objetivo específico, sobre las causas de la hemorragia postparto, se identificó que la mayoría de las puérperas de este centro de salud no presentaba hábitos tóxicos, pero si presentaba enfermedades concomitantes como la anemia y la preeclampsia; además, se identificó que la etiología principal de la hemorragia postparto fue la atonía uterina.

En relación con el tercer objetivo específicos relacionado con la etapa en que se presentó, se pudo determinar que la mayoría de las puérperas presentó hemorragia en el postparto inmediato, presentando un choque hipovolémico compensado, mientras que las puérperas restantes presentaron hemorragia en el postparto tardío.

6. Recomendaciones

Desarrollar en el centro de salud Bastión Popular Tipo C, una historia clínica detallada y completa a cada paciente, con la finalidad de conocer los factores de riesgos que estén asociados a hemorragia postparto.

Tener presente que se deben tomar a consideración las características de las puérperas al momento de realizar la historia clínica, de tal manera que se podrá tomar las medidas más adecuadas, para orientarla sobre los riesgos del embarazo, debido a su edad, la falta de controles, hábitos tóxicos o enfermedades concomitantes, de tal manera que ayuda a disminuir el riesgo de una hemorragia postparto.

Llevar a cabo en el centro de salud, la documentación y el seguimiento de las pacientes que tengan factores de riesgo obstétrico con la posibilidad de presentar hemorragia postparto y las consecuencias que estas puedan causar de tal manera que se pueda disminuir la mortalidad materna.

Indicar al personal de enfermería que se debe evitar la máxima pérdida de sangre, debido a que esto pone en riesgo la integridad física de la puérpera y el producto; se recomienda que se aplique el masaje uterino o la administración de la oxitocina de acuerdo con lo recomendado en la guía de práctica clínica, que es específica para estos casos, se debe tener en cuenta que no es mucha la diferencia entre leve y moderado en el grado de shock y por lo tanto se debe intervenir para disminuir este grado de shock.

7. Referencias Bibliográficas

- Acurio, Z. (2017). Factores asociados a la hemorragia postparto en el servicio de hospitalización. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/45984/1/CD%20084-%20ACURIO%20PAREDES%20ZOILA%20IRENE.pdf>
- Acurio, Z. (2017). Factores asociados a la hemorragia postparto en el servicio de hospitalización. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/45984/1/CD%20084-%20ACURIO%20PAREDES%20ZOILA%20IRENE.pdf>
- Altamirano, P. (2019). Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato. Perú.
- Alves, A., & Osanan, C. (2020). Hemorragia posparto: prevención, diagnóstico y manejo. Brasil.
- Arcia, R., & Lorie, L. (2017). Caracterización de hemorragia posparto en maternidad del Hospital General “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo. Obtenido de Revista Información Científica: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6113684>
- Aristizábal, H., & Blanco, B. (2017). El modelo de promoción de la salud propuesto por Nola Pender. Una reflexión sobre tu comprensión. Obtenido de Mediagraphic: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=36608>
- Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). Constitución del Ecuador. Quito: Editorial Nacional.
- Barranco, A. (2017). Valoración inicial del paciente en urgencias o emergencias sanitarias. Madrid: Editorial CEP, S.L.
- Bermeo, C. (2019). Factores de riesgo obstétrico asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Martín Icaza. Obtenido de Universidad Técnica de Babahoyo: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6492/P-UTB-FCS-ENF-000148.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Campos, J., & Tarrillo, D. (2019). Hemorragias postparto: factores asociados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Perú.
- Campos, J., & Tarrilo, D. (2017). Hemorragias post parto: Factores asociados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Pucallpa 2017. Obtenido de <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3483>
- Carvajal, T. (2019). Complicaciones puerperales por hemorragia postparto y sus factores de riesgos asociados. Obtenido de Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/42216/1/CD-551-CARVAJAL%20ALARCON.pdf>
- Castro, A. (2017). Riesgos ergonómicos en enfermeros de un hospital de Lima - Perú. Obtenido de Rev. Cienc y Arte Enferm.: https://www.researchgate.net/publication/334244399_Riesgos_ergonomicos_en_enfermeros_de_un_hospital_de_San_Juan_de_Lurigancho_Lima_-_Peru
- Castro, C. (2017). Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en pacientes gran multiparas. Guayaquil, Ecuador.
- Código del Trabajo. (2013). Comisión de Legislación y Codificación. Obtenido de <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/CODIGO-DEL-TRABAJO-1.pdf>
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (2017). Hemorragia Postparto. Estados Unidos: ACOG.

- Columbié, F., & Pérez, C. (2019). Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. Obtenido de Revista Médica Sinergia: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90199>
- Conde, M., & Tarifa, L. (2018). Efecto de la obesidad en los resultados obstétricos y perinatales. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/efecto-la-obesidad-los-resultados-obstetricos-perinatales/>
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). Ley Orgánica de Salud. Quito: Editorial Nacional.
- Consejo Nacional de Planificación. (2018). Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida. Obtenido de http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_ecuador_0244.pdf
- Delgado, M., & Hernández, C. (2017). Fundamentos Filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson. Obtenido de <http://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/472>
- Díaz, E., & Alfaro, H. (2013). Complicaciones médicas durante el embarazo y el puerperio. México: Servicios Editoriales Solar.
- Estévez, M. (2017). Cuidados de enfermería en la maternidad, infancia y adolescencia. España: Servicio de Publicaciones y Difusión Científica.
- Fernández, J., & Sierra, R. (2017). Hemorragia Postparto. La Habana: Revista Médica.
- Fernández, J., & Sierra, R. (2019). La hemorragia postparto. Cuba: Revista Cubana de Anestesiología y reanimación.
- Flores, J. (2017). Prevalencia y factores de riesgo asociados a hemorragia postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja}.
- García, M. (2019). Factores de riesgo para hemorragia postparto: una revisión narrativa entre los años 2008 a 2018. Obtenido de https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/3299/Garcia_Fernandez_Maria_Alejandra_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20hemorragia%20post%20parto%20se,inadecuada%20elección%20del%20tratamiento%204%20.
- Gualacata, G. (2021). Conocimientos sobre la atención integral en embarazadas atendidas en el Hospital Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2021. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11708/2/06%20ENF%201215%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
- Guapizaca, G. (2017). Prevalencia y etiología de hemorragia posparto inmediata y tardía en mujeres que acuden al Hospital Básico Sucúa en el periodo de enero a junio del 2017. Obtenido de <http://186.5.103.99/bitstream/reducacue/7468/1/9BT2017-MTI03.pdf>
- Habitamu, D. (2018). La magnitud y los factores asociados a la hemorragia posparto entre las madres que dieron a luz en el hospital general Debre Tabor 2018. Obtenido de BMC Research Notes: https://www.researchgate.net/publication/335996570_The_magnitude_and_associated_factors_of_postpartum_hemorrhage_among_mothers_who_delivered_at_Debre_Tabor_general_hospital_2018
- Hernández, M., & García, J. (2017). Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. Ginecol Obstet Mex, 757-764.
- Huiñocana, L. (2019). Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2018. Obtenido de http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/4645/T036_71848670_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Lancaster, L., & Barnes, R. (2020). Muerte materna y hemorragia posparto en África subsahariana: un estudio piloto en Mozambique metropolitano. Obtenido de Res Pract Thromb Haemost: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7086466/>
- Lasso, G., & Maldonado, M. (2019). Cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente con hemorragia obstétrica, Hospital Vicente Corral Moscoso, de enero a diciembre de 2018, Cuenca 2019. Cuenca, Ecuador.
- Legesse, T., & Abdulahi, M. (2017). Tendencias y causas de la mortalidad materna en el Hospital Especializado de la Universidad de Jimma, en el suroeste de Etiopía: un estudio de casos y controles emparejados. Obtenido de Int J Womens Health: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28496370/>
- Lilley, G., & Burkett, D. (2017). Medición de la pérdida de sangre durante la hemorragia posparto. España.
- Liu, Y., & Shen, Y. (2017). Indicadores de evaluación clínica de la hemorragia posparto: una revisión sistemática. Chin Nurs Res.
- Lleixá, M. (2017). Investigación en enfermería: teoría y práctica. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virigili.
- López, F., & Achard, A. (2017). Sangrado uterino anormal: diagnóstico y tratamiento. Ecuador: Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Main, E., & Goffman, D. (2017). Asociación Nacional para la Seguridad Materna: paquete de consenso sobre hemorragia obstétrica.
- McMaster, R., & Wei, S. (2017). Mujer y salud: Labor y parto. Obtenido de Elsevier: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1016/B978-0-12-384978-6.00022-4>
- MSP. (2008). Modelo de Atención Integral de Salud. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- MSP. (2013). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Guía-de-hemorragia-postparto.pdf>
- MSP. (2015). Atención del parto por cesárea. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GPC_guias_practica_clinica_msp/GPC_atencion_parto_por_cesarea_2015.pdf
- MSP. (2017). Score Mamá y claves obstétricas. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>
- MSP. (2019). Gaceta de Muerte Materna 2019. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/Gaceta-SE-1-MM_2019.pdf
- MSP. (2021). Gaceta de Muerte Materna 2021. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/Gaceta-MM-SE-51.pdf>
- Naranjo, Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Obtenido de Revista Archivo Médico de Camagüey: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814
- Oberg, A., & Hernández, S. (2014). Patrones de recurrencia de la hemorragia posparto en una cohorte grande basada en la población. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943527/>
- OIT. (2019). Seguridad y Salud en el centro del futuro trabajo. Obtenido de Organización Internacional del Trabajo: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/-/---dcomm/documents/publication/wcms_686762.pdf
- OMS. (2017). Recomendaciones sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto y el ensayo WOMAN. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

- https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/pph-woman-trial/en/
- OMS. (2017). WHO Recommendations on Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage and the WOMAN Trial. Obtenido de World Health Organization : https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/pph-woman-trial/en/
- OMS. (2018). Prevención de enfermedades a través de un lugar de trabajo más saludable y seguro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (2017). Plan de acción sobre la salud de los trabajadores 2015-2025. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33983>
- OPS. (2018). Recomendaciones asistenciales para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Brasilia.
- OPS. (2020). Salud Materna. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
- Ordeñana, C. (2017). Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato, en pacientes del servicio de labor de parto. Nicaragua.
- Osanán, G. (2018). Estrategia para cero muertes maternas por hemorragia en Brasil: una iniciativa multidisciplinaria para combatir la morbimortalidad materna. Brasil.
- Padilla, F. (2017). Actualizan a ginecólogos XXII Congreso Internacional en Guayaquil. Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, 1.
- Páez, G. (2017). Patología estructural y funcional: cuello uterino. Ecuador: Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Pastuña, R., & Concha, P. (2020). Búsqueda de la autonomía de enfermería desde la mirada de Virginia Henderson. Obtenido de <file:///C:/Users/RAFAEL/Downloads/975-110-2357-1-10-20201205.pdf>
- Peralta, M. (2017). Hipertensión durante el embarazo. México: IMSS.
- Pires, A., & Flatley, C. (2018). Severe neonatal outcomes associated with emergency cesarean section at term. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2019.1611770?af=R&journalCode=i>
- Ponce, M. (2019). Indicadores clínico-epidemiológicos materno-fetales de atonía uterina en púerperas post cesárea primaria en una clínica privada de agosto 2017 – agosto 2018. Obtenido de Rev. Fac. Med. Hum.: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312019000200011&script=sci_arttext
- Ramos, E. (2018). Incidencia y factores de riesgos asociados a la hemorragia postparto. Colombia.
- Reyes, C. (2019). Factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018. Obtenido de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3460/UNFV_REYES_PE%20C3%91A_CYNTHIA_KATHERINE_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Roberts, W. (2016). Tratamiento Obstétrico Emergente de la hemorragia Posparto. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 283-302.
- Roberts, W. (2016). Tratamiento Obstétrico Emergente de la hemorragia Posparto. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 283-302.
- Rojas, G. (2019). Cesárea iterativa, como factor de riesgo para hemorragia postparto. Obtenido de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3078/UNFV_ROJAS_CAV

- EL_GABYTERE_STEFANIE_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1
&isAllowed=y
- Romero, A. (2019). Características de las púerperas que presentaron hemorragia postparto inmediato. Huancayo, Perú: Universidad Peruana Los Andes.
- Romo, J. (2017). Atención integral de enfermería en el parto extrahospitalario (2a. ed.). España: Interconsulting Bureau S.L.
- Sighaldehy, S., & Nazari, A. (2020). Prevalencia, factores relacionados y resultados maternos de la hemorragia posparto primaria en hospitales gubernamentales en Kabul-Afganistán. Obtenido de BMC Pregnancy and Childbirth: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03123-3>
- Solanke, P. (2016). Estudio de la hemorragia posparto en el centro de atención terciaria. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 289-765.
- Sosa, C., Althabe, F., & Belizán, J. (2019). Factores de riesgo de hemorragia posparto en partos vaginales en una población latinoamericana.
- Vento, E. (2017). Macrosomía fetal y complicaciones maternas en usuarias de parto vaginal. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5537/vento_ac.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wegner, E., & Bernstein, I. (2017). Operative vaginal delivery. Obtenido de https://somepomed.org/articulos/contents/mobipreview.htm?25/14/25825?source=see_link
- WHO. (2017). Recommendations on Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage and the WOMAN Trial. Obtenido de World Health Organization: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/pph-woman-trial/en/
- Zuñiga, M., & López, K. (2019). Prevalencia de infecciones de vías urinarias en el embarazo y factores asociados en mujeres atendidas en un centro de salud de San Luis Potosí, México.

8. ANEXOS

Autorización de la institución



**Facultad de
Ciencias Sociales y de la Salud**
Enfermería

UPSE

Dr. Jimmy Eduardo Jiménez Espinoza

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C

En su despacho. -

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de la estudiante de enfermería de la Universidad Estatal Península Santa Elena, Liliana Isabel Catuto Flores, con cédula de identidad N° 2450343070, quien realizo su internado rotativo en el centro de Salud Bastión Popular Tipo C.

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de consejo académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo de investigación previa a la obtención del título del tercer nivel con el siguiente trabajo investigativo:

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. 2021

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso al área correspondiente de UTPR Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación como también el levantamiento de información dentro del centro de Salud, a fin de desarrollar el trabajo investigativo indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima.

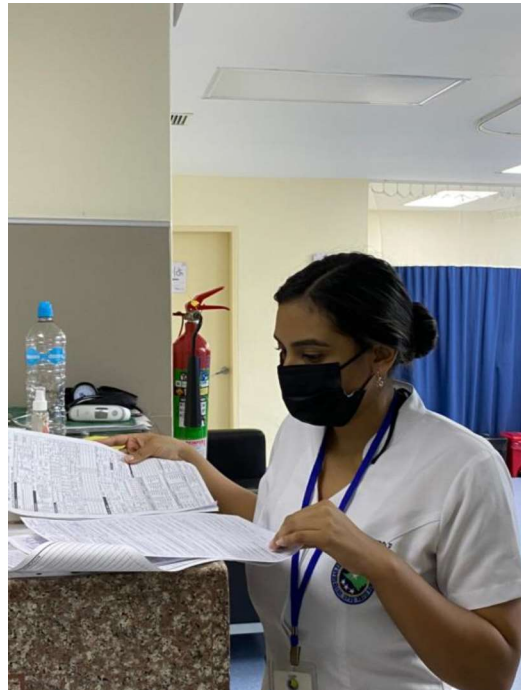
Atentamente,


Liliana Isabel Catuto Flores
CI: 2450343070


Dr. Jimmy Jiménez Espinoza
**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD
BASTIÓN POPULAR TIPO C**

Dirección: Campus matriz, La Libertad - prov. Santa Elena - Ecuador
Código Postal: 240204 - Teléfono: (04) 2-781732
www.upse.edu.ec

Evidencias fotográficas



Estudiante Liliana Isabel Catuto Flores realizando la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragia postparto.

Instrumento

HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MSP

DATOS GENERALES		C.C./H.C.U.	TELEF.	FECHA DE NACIMIENTO	AUTIDENTIFICACIÓN	SABER LEER Y ESCRIBIR	ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL	
NOMBRES: APELLIDOS:		Residencia habitual de la madre (División Política Administrativa):		TEL.:	FECHA DE NACIMIENTO: día mes año	Autodentificación: Indígena, Afroecuatoriana, Negra, Mestiza, Blanca, Otra	Saber leer y escribir: NO, SI	Alfabetización e instrucción: Edu. Básica Jóvenes y Adultos Inicial, Edu. básica (Preparatoria), Edu. básica (dem. y media), Edu. básica (superior), Técnico superior, 3er nivel de grado, 4to nivel postgrado	Estado civil: Unión de hecho, Soltera, Casada, Divorciada, Viuda, Se ignora	Establecimiento del control prenatal: []
Provincia: Cantón: Parroquia: Dirección Domicilio:		Nacionalidad: Ecuatoriana, Extranjera		EDAD (años): < de 15, > de 35, Cuál?	EDAD (años): < de 15, > de 35, Cuál?	FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año	ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO: []	ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO: []	ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO: []	
ANTECEDENTES		OBSTÉTRICOS		ÚLTIMO EMBARAZO		EMBARAZO PLANIFICADO		FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO		
FAMILIARES: TBC, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia, Otra cond., médica grave, Cuál?		PERSONALES: Crugía, Genito-Urinaia, Infertilidad, Cardiopatía, Nefropatía, VIH, Cuál?		ÚLTIMO EMBARAZO: n/a, < 250g, normal, > 4000g, Embarazos múltiples, Emb. molar, emb. ectópico		EMBARAZO PLANIFICADO: no, sí		FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Barrera, DIU, Hormonales, Natural, Quirúrgico, No usaba		
GESTACIÓN ACTUAL		EG CONFIABLE por:		ECOGRAFÍA		FUMA ACT.		FUMA PAS.		
PESO INICIAL, TALLA (cm.), FUMI		EG CONFIABLE por: FUM Eco < 20 s., no, sí		ECOGRAFÍA: 11-13 semanas, no, sí		FUMA ACT.: 1º, 2º, 3º trim., no, sí		FUMA PAS.: no, sí		
CERVI: normal, anormal, PAP, COLP		GRUPO Rh, TOXOPLASIOSIS		PRUEBA solicitada, resultado		TARV. en emb.		Hb < 20 sem., Fe/FOLATOS indicados		
CHAGAS: PALLIDUM, BACTERIURIA, GLUCEMIA EN AYUNAS		GRUPO Rh, TOXOPLASIOSIS: no, sí		PRUEBA solicitada, resultado: no, sí		TARV. en emb.: no, sí		Hb < 20 sem., Fe/FOLATOS indicados: no, sí		
CONTROLES PRENATALES		Edad gest., Peso, Ganancia adecuada peso		TA, FC, FR, T°C, Sat., Proteína, Est. conc., Altura uterina, Presentación, FCF (lpm), Movim. fetales, Sangrado vaginal		ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas, no, sí		CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA, PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA		
PARTO ABORTO		CORTICOIDES ANTENATALES		UTERINHIBIDORES		INICIO espontáneo, inducido, cesárea		RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		
FECHA DE INGRESO, CONSULTAS PRENATALES, HOPITALIZACIÓN EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES: completo, incompl., ninguno, n/a		UTERINHIBIDORES: si, no		INICIO: espontáneo, inducido, cesárea		RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: < 37 sem., > 37 sem., hora, min, temp 38°C		
PESO PRODUCTO (aborto), TAMAÑO FETAL ACORDE EG		ACOMPANANTE: Pareja, Familiar, Partera, Otro, Ninguno		PRÁCTICAS INTERCULTURALES: Vestimenta, Entrega placenta, Ingesta líquidos, Otras		POSICIÓN PARTO: arrodillada, sentada, acostada de lado, libiotómica		NACIMIENTO: Establecimiento de salud, casa, otro		
MÚLTIPLE, TERMINACIÓN		INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO		INDUC. OPER.		EPISIOTOMIA		MANEJO ACTIVO		
PLACENTA: completa, referida		LIGADURA CORDÓN AL CESAR PULSACIONES		RECIBIO: Inducido, Oxitocico en TDP, Antibiot., Analgesia, Anest. local, Anest. regional, Anest. oral, Trasfusión, Sulfato de Mg. prececes. ecem.		INDUC. OPER.: []		EPISIOTOMIA: no, sí		
MORBILIDAD		TRASTORNOS HIPERTENSIVOS		INFECCIONES		HEMORRAGIA		POSTPARTO		
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: Eclampsia, Help, Transitoria, Previa con proteinuria sobrealregada, Previa, Preeclampsia		INFECCIONES: SIRS, Sepsis, Endometritis, Infección ovular, Infección genital, Bacteriuria asintomática, Pielonefritis		HEMORRAGIA: 1 TRIM., 2 TRIM., 3 TRIM.		POSTPARTO: día, hora, T°C, TA, FR, pulso, Sat., et. conc., rnd, str, loquaz, SCORE BLAMA		MORBILIDAD: Eclampsia, Help, Transitoria, Previa con proteinuria sobrealregada, Previa, Preeclampsia		
TRASTORNOS METABÓLICOS		TRASTORNOS TIROIDEOS		OTROS TRASTORNOS		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS		MORBILIDAD: Eclampsia, Help, Transitoria, Previa con proteinuria sobrealregada, Previa, Preeclampsia		
DIABETES MELLITUS		TRASTORNOS TIROIDEOS: Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Crisis tiroidea, Otro trastorno metabólico		OTROS TRASTORNOS: Hipertensión gravídica, Trombosis venosa prof., Tromboembolismo pulm., Embolia L.A., Cardiopatía, Valvulopatía, Convulsiones		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: Parto obstruido, Rotura prolongada de membr., Oligamnios, Restricción de crecimiento intrauterino		MORBILIDAD: Eclampsia, Help, Transitoria, Previa con proteinuria sobrealregada, Previa, Preeclampsia		
INTERVENCIONES		Procedimientos para detener/contener la hemorragia		Ligadura de arterias uterinas/hipogástricas, Embolizaciones		Procedimientos para detener/contener la hemorragia: Ligadura de arterias uterinas/hipogástricas, Embolizaciones		MORBILIDAD: Eclampsia, Help, Transitoria, Previa con proteinuria sobrealregada, Previa, Preeclampsia		

MSP/DNEAIS/DNCSS/Inf. 05/11/mayo/2016

ADAPTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE CLAP - OPS/OMS

Este color significa ALERTA

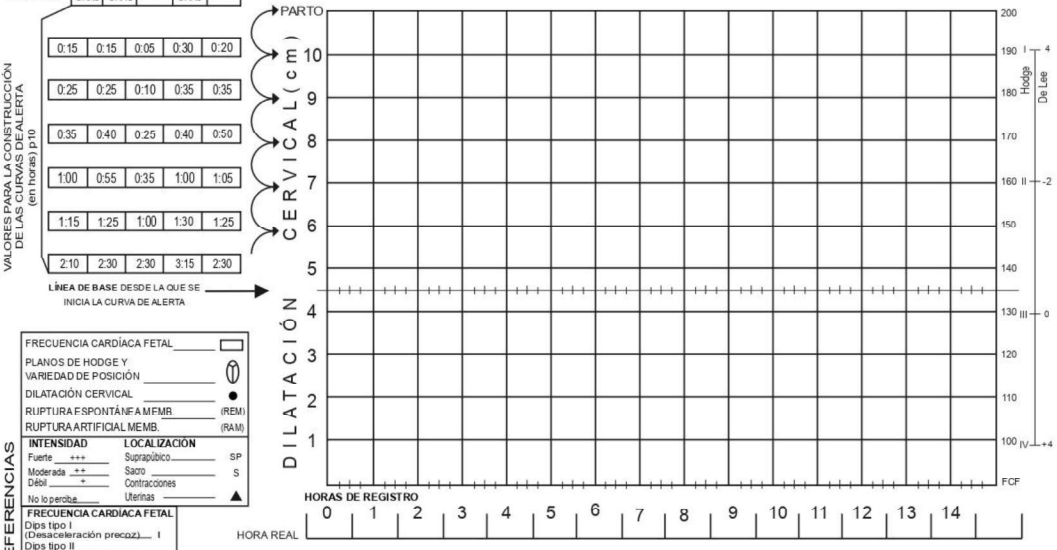
PARTOGRAMA

C.C. / H.CU.

DÍA MES AÑO

POSICIÓN	VERT	HORIZONTAL			
PARIDAD	TODAS	MULTIPARAS	NUJPARAS		
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS

APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRES



- REFERENCIAS**
- FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
 - PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN
 - DILATACIÓN CERVICAL
 - RUPTURA ESPONTÁNEA MEMBR. (REM)
 - RUPTURA ARTIFICIAL MEMBR. (RAM)
 - INTENSIDAD LOCALIZACIÓN
 - Fuerte +++ Suprapúbico SP
 - Moderada ++ Saco S
 - Débil + Contracciones S
 - No lo percibe Úterinas ▲
 - FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
 - Dips tipo I (Desaceleración precoz) I
 - Dips tipo II (Desaceleración tardía) II
 - Dips variables (Desaceleración variable) V
 - Microrritmo III
 - POSICIÓN MATERNA
 - Lat. derecho LD
 - Lat. izquierdo LI
 - Dorsal D
 - Semisentada SS
 - Sentada S
 - Parada o caminado PC
- *SCHWARZ, R., DIAZ A, G., HETLO, F. CLAP

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLORES Localiz / Intens																

VARIABLES IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS no si

CRITERIOS CLÍNICOS/DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA	LABORATORIO	INTERVENCIONES
Cardiovascular: si no Shock <input type="radio"/> <input type="radio"/> Puro cardíaco <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepático: Ictericia en pre-emptancia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Respiratorio: Cianosis aguda <input type="radio"/> <input type="radio"/> Respiración jadeante (gasping) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Taquipnea severa FR > 40rpm <input type="radio"/> <input type="radio"/> Bradipnea severa FR < 6rpm <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Renal: si no Oliguria resistente a líquidos diluidos <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hematológicos/coagulación: Alteraciones de la coagulación <input type="radio"/> <input type="radio"/> Neurológico: Coma <input type="radio"/> <input type="radio"/> Inconsciencia prolongada >12 hs <input type="radio"/> <input type="radio"/> Accidente Cerebro Vascular <input type="radio"/> <input type="radio"/> Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico <input type="radio"/> <input type="radio"/> Parálisis generalizada <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Laboratorio: si no sí/d Plaquetas < 50000por ml <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Creatinina > 300 micromoles/ >3,5mg/dl <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Bilirrubina > 100 micromoles >6,0 mg/dl <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> pH < 7.1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> PaO2 < 90% >1 hora <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> PaO2/FiO2 < 200 mmHg <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Lactato > 5mmol/L o 45mg/dl <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
INTERVENCIONES Administración continua de agentes vasoactivos <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Cúaltes <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> días <input type="text"/> Administración > 3 vol. de hemoderivados <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ingreso de UCI > 7 días <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> días <input type="text"/> Histerectomía <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Diálisis en caso de IRA <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Reanimación cardio-pulmonar <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
RECÉN NACIDO SEXO H <input type="radio"/> M <input type="radio"/> PESO AL NACER <input type="text"/> g LONGITUD <input type="text"/> cm ESTIMADA <input type="radio"/> <input type="radio"/>	EDAD GESTACIONAL sem. días <input type="text"/> PESO E.G. 1º <input type="text"/> g 5º <input type="text"/> g 10º <input type="text"/> g	REANIMACIÓN estimulac. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> aspiración <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> intubac. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> bolsa <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> tubo endotraq. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> masaje c. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> medicación <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
MÉTODO CANGURO Amanta Se aplica <input type="radio"/> <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> <input type="radio"/> DEFECTOS CONSENTOS <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	ENFERMEDADES ninguna <input type="radio"/> 1 ó más <input type="radio"/>	TAMIZAJE METABÓLICO Se realiza <input type="radio"/> No se realiza <input type="radio"/> <input type="radio"/>
EGRESO RN vivo <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/> referencia <input type="radio"/>	EGRESO MATERNO viva <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/> referencia <input type="radio"/>	ANTICONCEPCIÓN Método <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

MSP/DNFAIS/DNCSST/ram 051/mayo/2016



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



MATRIZ DE OBSERVACIÓN DIRECTA

Instrumento a utilizar en el proyecto de investigación, previo a la obtención del título de Licenciado en enfermería.

Título: Factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia postparto. Centro de Salud Bastión Popular tipo C, 2021

Objetivo: Recopilar información sobre los factores que inciden en el desarrollo de la hemorragia postparto en púerperas.

Instrucciones para el observador: Escriba una “X” en los casilleros de la información que se requiere.

1. Edad

<18 años	<input type="checkbox"/>
19-34 años	<input type="checkbox"/>
>35 años	<input type="checkbox"/>

2. Edad gestacional

39 a 45 semanas	<input type="checkbox"/>
37 a 38 semanas	<input type="checkbox"/>
35 a 36 semanas	<input type="checkbox"/>
32 a 34 semanas	<input type="checkbox"/>
29 a 31 semanas	<input type="checkbox"/>
28 semanas	<input type="checkbox"/>

3. Paridad

Primípara	<input type="checkbox"/>
Múltipara	<input type="checkbox"/>

4. Controles prenatales

0 a 2	<input type="checkbox"/>
3 a 4	<input type="checkbox"/>
>5	<input type="checkbox"/>

5. Clasificación de Hemorragia postparto

Hemorragia postparto inmediato	<input type="checkbox"/>
Hemorragia postparto tardío	<input type="checkbox"/>

6. Clasificación del choque hipovolémico

Compensado:

1000 a 1500 mL

FC: 60-90

Leve:

3000 a 4500 ml.

FC: 91-100

Moderado:

4500 A 6000 mL

FC: 70-80

Severa:

≥6000 MI

FC: >120

7. Cicatrices uterinas previas

Legrados

Cesáreas

Miomectomía

Cesárea + miomectomía

Legrado + cesárea

8. Hábitos tóxicos

Alcohol

Droga

Otras drogas

9. Enfermedades concomitantes

Anemia

HTA

Eclampsia

IVU

Preeclampsia

Obesidad

Diabetes

10. Causas de la hemorragia postparto

Atonía uterina

Retención placentaria

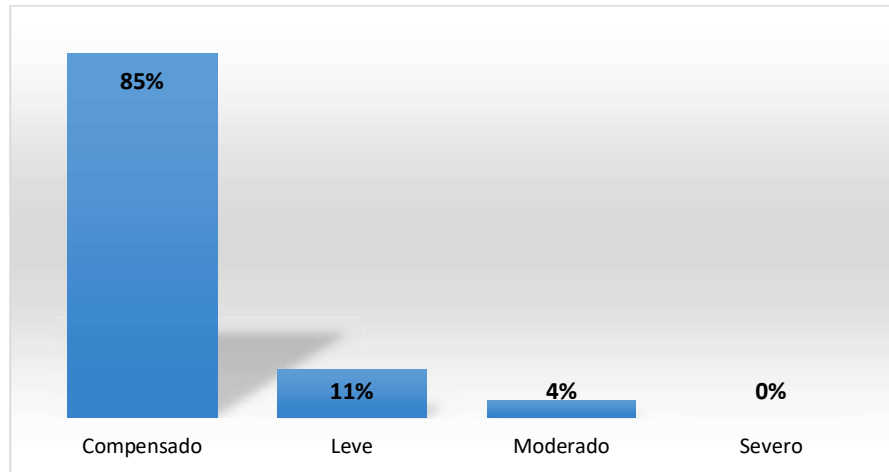
Traumas del tracto genital

Rotura uterina

Coagulopatía

Figura 9

Distribución según clasificación del choque hipovolémico

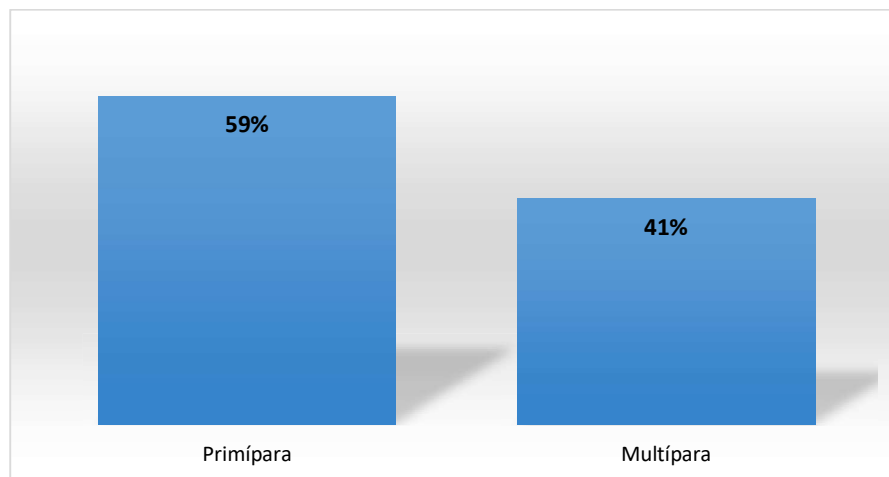


Fuente: Historias clínicas de puérperas con hemorragias postparto del centro de salud Bastión Popular Tipo C.
Elaborado por: Catuto Flores Liliana

Análisis: Los datos representados en la presente figura estadística, de acuerdo a la clasificación del choque hipovolémico, se obtuvo como resultado que 85% fue valorado como compensado, lo que significa que la pérdida sanguínea fue de 1000 a 1500 mL y una frecuencia cardíaca de 60-90 latidos por minuto; mientras que el 11% de las puérperas presentó leve y el 4% presentó un choque hipovolémico moderado.

Figura 10

Distribución por paridad



Fuente: Historias clínicas de puérperas con hemorragias postparto del centro de salud Bastión Popular Tipo C.
Elaborado por: Catuto Flores Liliana

Análisis: Los datos representados a través de la figura, permite evidenciar que el 59% de las puérperas eran primíparas, mientras que el 41% eran multíparas; esto permite conocer que quienes tienen su primer embarazo, tienen mayor vulnerabilidad de presentar este tipo de hemorragia, por ende cuando presentan esta característica, por tanto la paridad es directamente un factor de riesgos obstétrico causante de la hemorragia posparto, tan y cual como se indica en los objetivos.



La Libertad, 14 de abril de 2022

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado: **FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. 2021** elaborado por **LILIANA ISABEL CATUTO FLORES**, estudiante de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de titulación, se encuentra con el 3 % de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Lic. Aida García Ruiz, MSc.
Tutor de trabajo de titulación



Reporte Urkund.

Original

Document Information

Analyzed document	factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia postparto.docx (D133628245)
Submitted	2022-04-14T14:02:00.0000000
Submitted by	AIDA GARCIA RUIZ
Submitter email	aidagarcia@upse.edu.ec
Similarity	3%
Analysis address	aidagarcia.upse@analysis.urkund.com

Fuentes de similitud

Sources included in the report

SA	TESIS CULMINADA AYOVI DUARTE ALLISSON.docx Document TESIS CULMINADA AYOVI DUARTE ALLISSON.docx (D112260350)	4
W	URL: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf Fetched: 2019-09-27T18:04:08.1900000	1
W	URL: https://core.ac.uk/download/pdf/249984437.pdf Fetched: 2020-12-10T19:55:19.1830000	1