



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TEMA:

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA
POSTPARTO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. LEÓN BECERRA CAMACHO, DE LA CIUDAD DE MILAGRO, DE
ENERO-DICIEMBRE 2020**

AUTORA:

LCDA. CHANCAY PINCAY FLORENCIA LAURA

DIRECTOR TFM:

LCDA. KATHIUSCA ECHEVERRÍA CAICEDO, MSc.

MILAGRO, MARZO 2022

ECUADOR

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL(A) TUTOR(A)

Yo, Leda. Kathiusca Echeverría Caicedo, MSc, en mi calidad de tutora del Proyecto de Investigación, elaborado por la estudiante, Licenciada Chancay Pincay Florencia Laura, cuyo título es: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. LEÓN BECERRA CAMACHO, DE LA CIUDAD DE MILAGRO, DE ENERO-DICIEMBRE 2020**, que aporta a la Línea de Investigación **Salud Pública, Atención Primaria en Salud**. Previo a la obtención del Grado de **Magister en Salud Pública**; considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y epistemológico, para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que **Apruebo**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Proyecto de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

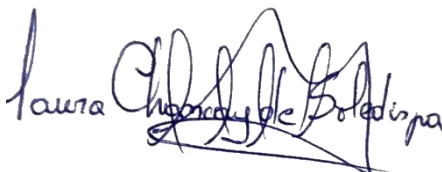
En la ciudad de Milagro, a los 22 días del mes de septiembre de 2021.


Leda. Kathiusca Echeverría Caicedo, MSc.
Tutor(a)
C.I.: 0918863168

DECLARACIÓN AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La autora de esta investigación declara ante el Comité Académico del programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro título de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 23 días del mes de marzo de 2022

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Laura Chancay de Pincay', with a stylized flourish at the end.

Lcda. Florencia Laura Chancay Pincay
Maestrante
CI: 1307255610

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El tribunal calificador luego de realizar la revisión de la TESIS, previo a la obtención del título de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA, presentado la estudiante Lcda. **CHANCAY PINCAY FLORENCIA LAURA**; cuyo título es: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. LEÓN BECERRA CAMACHO, DE LA CIUDAD DE MILAGRO, DE ENERO-DICIEMBRE 2020**. Otorga a la presente tesis las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	156
DEFENSA ORAL	139
TOTAL	145
EQUIVALENTE	$\frac{145}{100}$

Milagro, a los 23 días del mes de marzo del 2022.



PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



PROFESOR DELEGADO



PROFESOR SECRETARIO

DEDICATORIA

A mi hija por ser el estímulo en mi vida,
en todo momento.

A mi esposo, por su apoyo incondicional
y constante para mi desarrollo profesional
y cumplir mis objetivos.

A mi sobrino Martín por ser la inspiración
para finalizar este proyecto.

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por darme la sabiduría y fuerza para culminar esta etapa académica.

A los docentes por su ayuda, apoyo y estímulo permanente al impartir sus conocimientos.

Al área de posgrado de la Universidad Estatal de Milagro por ser los pioneros en permitir que los profesionales se sigan capacitando.

Al personal administrativo y asistencial del hospital general León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro que ha permitido la realización de este estudio y la obtención de los datos necesarios.

De manera especial a mi tutora de tesis Lcda. Kathiusca Paola Echeverría Caicedo, por compartir su experiencia y brindar su asesoría para la realización del trabajo de investigación.

CESION DE DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Presente.

Yo, CHANCAY PINCAY FLORENCIA LAURA en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de la Tesis de Posgrado, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer la entrega de la Cesión de Derechos del Autor de tesis de posgrado realizada como requisito previo para la obtención del Título de Posgrado de **MASTER EN SALUD PÚBLICA**, como aporte a la temática: **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. LEÓN BECERRA CAMACHO, DE LA CIUDAD DE MILAGRO, DE ENERO-DICIEMBRE 2020”**, en conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada. Así mismo, autorizamos a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta practica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior. La autora declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 23 de marzo del 2022

Lcda. Florencia Laura Chancay Pincay

Maestrante

CI: 1307255610

ÍNDICE GENERAL

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL(A) TUTOR(A).....	ii
DECLARACIÓN AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	iii
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
CESION DE DERECHOS DE AUTOR	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
EL PROBLEMA	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1.1. Problematización.....	4
1.1.2. Delimitación del problema.....	7
1.1.3. Formulación del problema.....	7
1.1.4. Sistematización del problema.....	7
1.1.5. Determinación del tema.....	7
1.2. OBJETIVOS.....	7
1.2.1. Objetivo General.....	7
1.2.2. Objetivos Específicos.....	8
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	8
CAPÍTULO II.....	11
MARCO REFERENCIAL	11
2.1. MARCO TEÓRICO	11
2.1.1. Antecedentes históricos.....	11
2.1.2. Antecedentes referenciales.....	13
2.1.3. Fundamentación.....	16
2.1.3.1. Hemorragia postparto: motivos y factores de riesgo.....	16
2.1.3.2. Hemostasia en embarazo y posparto.....	18
2.1.3.3. Hemorragia masiva y transfusión.....	19
2.1.3.4. Hemorragia postparto severa - prevención y tratamiento.....	21
2.1.3.5. Factores de Riesgo de la HPP.....	25
2.1.3.6. Teorías de enfermería.....	30
2.1.3.6.1. Teoría déficit de autocuidado.....	31

2.1.3.7. Las adolescentes embarazadas y las incidencias de los factores sociales que influyen en la HPP	32
2.2. MARCO LEGAL	35
2.3. MARCO CONCEPTUAL	36
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES	38
2.4.1. Hipótesis General	38
2.4.2. Declaración de variables	38
2.4.3. Operacionalización de las variables	39
CAPÍTULO III	41
MARCO METODOLÓGICO	41
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL	41
3.2. LA POBLACION Y LA MUESTRA.....	41
3.2.1. Características de la población	41
3.2.2. Delimitación de la población	41
3.2.3. Tipo de muestra	42
3.2.4. Tamaño de la muestra	42
3.2.5. Proceso de selección	42
3.3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS	42
3.3.1. Métodos teóricos	42
3.3.2. Métodos empíricos	43
3.3.3. Técnicas e instrumentos	43
3.3.4. Consideraciones éticas	44
3.4. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN.....	45
CAPÍTULO IV	46
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	46
4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	46
4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVA.....	73
4.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	77
CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES	80
CAPÍTULO V	81
PROPUESTA	81
5.1. TEMA.....	81
5.2. FUNDAMENTACIÓN	81

5.3. JUSTIFICACIÓN.....	82
5.4. OBJETIVOS.....	83
5.4.1. Objetivo general de la propuesta	83
5.4.2. Objetivos específicos de la propuesta	83
5.5. UBICACIÓN.....	83
5.6. FACTIBILIDAD.....	84
5.7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.....	85
5.7.1. Actividades	85
5.7.2. Recursos, análisis financiero	90
5.7.3. Impacto	91
5.7.4. Cronograma	92
5.7.5. Lineamiento para evaluar la propuesta	93
REFERENCIAS.....	94
ANEXOS.....	105
Anexo N°1. Instrumento de recolección de información hemorragia Postparto (HPP).....	105
Anexo N°2. Grados de la hemorragia postparto.....	108
Anexo N°3. Cálculo chi-cuadrado (Ji ²).....	111
Anexo N°4. Árboles de problemas.....	112
.....	112
Anexo N°5. Informe Turnitin.....	114
Anexo N°6. Carta de aceptación Revista Científica Killkana Salud y Bienestar (Universidad Católica de Cuenca).....	115
Anexo N°7. Solicitud para validación del instrumento.....	116
Anexo N°8. Instrumento para validación.....	117
Anexo N°9. Evidencias de revisión de datos en áreas hospitalaria.....	126

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Rango de edad	46
Figura 2. Distribución sociodemográfica	47
Figura 3. Estado civil	48
Figura 4. Nivel de estudios	49
Figura 5. Ocupación	50
Figura 6. Datos generales predominantes	51
Figura 7. HPP durante el alumbramiento	52
Figura 8. Primigesta	53
Figura 9. Adolescentes multíparas	54
Figura 10. Parto por cesárea	55
Figura 11. Distensión uterina	56
Figura 12. Síndrome de Hipertensión Gestacional (SHG)	57
Figura 13. Miomatosis	58
Figura 14. Coagulopatía	59
Figura 15. Anemia	60
Figura 16. Atención durante el parto	62
Figura 17. Inversión uterina	64
Figura 18. Placenta acreta	65
Figura 19. Desgarros obstétricos	66
Figura 20. Retención placentaria	67
Figura 21. Retención de restos placentarios	68
Figura 22. Atonía uterina	69
Figura 23. Grados de hemorragias postparto	72
Figura 24. Ubicación del Hospital General de Milagro	84
Figura 25. Proceso sistémico de información	86

ÍNDICE DE CUADROS

Tabla 1. Distribución según rango de edad	46
Tabla 2. Distribución sociodemográfica	47
Tabla 3. Estado civil	48
Tabla 4. Nivel de estudios	49
Tabla 5. Ocupación	50
Tabla 6. Datos generales de la sección I-II	51
Tabla 7. HPP durante el alumbramiento	52
Tabla 8. Primigesta	53
Tabla 9. Adolescentes multíparas	54
Tabla 10. Parto por cesárea	55
Tabla 11. Distensión Uterina (DU)	56
Tabla 12. Síndrome de hipertensión gestacional (SHG)	57
Tabla 13. Miomatosis	58
Tabla 14. Coagulopatía	59
Tabla 15. Anemia	60
Tabla 16. Atención durante el parto	62
Tabla 17. Inversión uterina	64
Tabla 18. Placenta acreta	65
Tabla 19. Desgarros Obstétricos (DO)	66
Tabla 20. Retención placentaria	67
Tabla 21. Retención de restos placentarios	68
Tabla 22. Atonía uterina	69
Tabla 23. Grados de hemorragias postparto	71
Tabla 24. Recursos Financieros	91
Tabla 25. Cronograma de actividades	92

RESUMEN

Introducción: La hemorragia postparto (HPP) representa una de las complicaciones obstétricas más temidas, siendo considerada entre las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente es entendida como la pérdida hemática superior a 500ml tras un parto vaginal o 1000ml en cesárea. Las causas de HPP más comunes que la originan son: atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación; siendo la más frecuente la atonía. **El objetivo:** Analizar los factores que influyen en la presentación de la hemorragia postparto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho, de la ciudad de Milagro en el período comprendido de enero-diciembre 2020. **Metodología;** es una investigación de enfoque cuantitativo, no experimental, observacional, descriptivo, de campo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 400 pacientes embarazadas atendidas en el área de parto, cirugía y maternidad durante el periodo enero-diciembre 2020, empleando posteriormente un criterio de selección en adolescentes gestantes entre los 13 y 19 de edad. **Los resultados:** señalan que una vez revisado los documentos internos que reposan en el área de parto, cirugía y maternidad el grado de significancia en cuanto a la enfermedad HPP es considerada baja (76,43% no choque) destacando factores tales como: trabajo de parto prolongado, deshidratación, agotamiento materno, corioamnionitis y anestésicos hipotónicos. **Las conclusiones:** denotan, que, tomando las previsiones en cuanto al estado de salud de las adolescentes embarazadas, se pueden disminuir los casos de HPP. Los factores de riesgos antes del parto asociados a esta enfermedad fueron: primigesta, anemia y distensión uterina. Finalmente, después del parto, las adolescentes presentaron factores de riesgos de forma progresiva destacando: hipotonía uterina, desgarros obstétricos, retención placentaria y restos placentarios; siendo los de menor frecuencia la inversión uterina y el acretismo placentario.

Palabras claves: adolescentes embarazadas, complicaciones obstétricas, etapas del parto, factores de riesgos, hemorragia postparto.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum hemorrhage (PPH) represents one of the most feared obstetric complications, being considered among the three leading causes of maternal mortality in the world. It is universally understood as blood loss greater than 500ml after a vaginal delivery or 1000ml by caesarean section. The most common causes of PPH that originate it are: uterine atony, traumas/lacerations, retention of products of conception and coagulation disorders; the most frequent being atony. **The objective:** analyze the factors that influence the presentation of postpartum hemorrhage in adolescent patients treated at the General Hospital Dr. León Becerra Camacho, in the city of Milagro in the period from January to December 2020. **Methodology:** It is an investigation of quantitative, non-experimental, observational, descriptive, field and cross-sectional approach. The population consisted of 400 pregnant patients treated in the delivery, surgery and maternity area during the period January-December 2020, subsequently using a selection criterion in pregnant adolescents between 13 and 19 years of age. **The results:** Indicate that once the internal documents that rest in the delivery, surgery and maternity areas have been reviewed, the degree of significance in terms of PPH disease is considered low (76.43% no shock), highlighting factors such as: labor prolonged, dehydration, maternal exhaustion, chorioamnionitis and hypotonic anesthetics. **The conclusions:** Denote that taking the forecasts regarding the health status of pregnant adolescents, the cases of PPH can be reduced. The risk factors before childbirth associated with this disease were: primigravida, anemia and uterine distention. Finally, after childbirth, the adolescents progressively presented risk factors, highlighting: uterine hypotonia, obstetric tears, placental retention and placental remains; the least frequent being uterine inversion and placental accrete. **Keywords:** pregnant adolescents, obstetric complications, stages of labor, risk factors, postpartum hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

..

La hemorragia postparto (HPP) constituye una de las causas primordiales que generan una alta tasa de mortalidad y morbilidad materna alrededor del planeta. En este sentido, Astudillo, et al (2021) mencionan que es considerado como la tipología con mayor incidencia dentro de la hemorragia obstétrica, y uno de los motivos principales que ocasionan muertes maternas en los países cuyos ingresos son relativamente bajos; mientras que, a escala mundial, representa cerca de una cuarta parte de mujeres que se encuentran en labores de parte. Por su parte, Karlsson y Pérez (2009), señalan que una etiología común es la atonía uterina, que a menudo puede estar relacionada con el manejo intraparto; pero una causa cada vez más común es la placentación anormalmente adherente, que ocurre con mayor frecuencia debido al aumento de las tasas de cesárea.

De acuerdo con Cruz (2016), a nivel mundial aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a la presencia de intensas hemorragias, así como infecciones, perturbaciones hipertensivas relacionados con el periodo de gestación (eclampsia) y el alumbramiento obstructivo. Señala la autora, que las causas de muertes maternas según las estadísticas del 2015 establecieron que por cada 100000 nacidos vivos se registraron 216 decesos. Donde cerca del 99% de los decesos maternos fueron centradas en países donde su economía aún se encuentra en desarrollo, siendo la HPP la causa primordial a escala global. En este sentido, por cada fallecimiento, 20 de ellos están asociados a una morbilidad materna extrema, situación que ocasiona un gran impacto, tanto social como económico para las distintas regiones.

En palabras de la autora, cerca del 88% de las pérdidas a consecuencia de la HPP se generan entre las 4 horas posterior al alumbramiento, dado que constituye el periodo permanente de sangrado, influyendo también en este indicador la calidad de atención recibida ya sea antes, durante o después del parto. Entre las principales causas destaca: alumbramiento obstruido, placenta previa sangrante, rompimiento del útero en las labores de parto, desprendimiento prematuro de placenta y rotura uterina.

A todas estas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) manifiesta que, con la finalidad de prevenir estos indicadores, es relevante identificar el tiempo exacto que ha transcurrido desde cuándo empezó la hemorragia y determinar el origen, con el objeto de poder emitir el debido tratamiento. Por este motivo el organismo hace hincapié en la atención hacia

las mujeres durante el parto, con la idea de prevenir y tratar la HPP de manera profesional y oportuna. Esto último es fundamentado por las cifras que emiten los organismos correspondientes, donde en la región de América Latina, cerca del 8,2% de las HPP que solicitan transfusión se producen en la etapa de postparto, siendo el 64% las que demandan una transfusión inmediata según una revisión realizada a 712081 historias clínicas perinatales que fueron recuperadas de su base de datos.

En este contexto, en las instalaciones del Hospital General Dr. León Becerra Camacho localizado en el cantón Milagro, provincia del Guayas; durante los últimos años se ha identificado una problemática, identificada con un índice bajo (grado no choque) de casos con HPP en adolescentes, lo cual está asociado a una serie de factores que influyen. Además, la HPP puede causar una caída severa de la presión arterial y si no es tratada rápidamente, esto puede provocar una grave conmoción y como consecuencia directa el fallecimiento de la paciente que concibió.

Partiendo de esta problemática identificada y la importancia del tema en el contexto de la salud, el objetivo de la investigación se centra en analizar aquellos factores que influyen en la presentación de hemorragia postparto en las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho. Para ello, se proyecta determinar la prevalencia de las HPP en pacientes adolescentes, con miras a identificar los factores de riesgos obstétricos que presentan y, finalmente, precisar los protocolos correspondientes a los debidos procedimientos que coadyuven a disminuir el índice HPP registrado en la institución señalada.

En otro orden de ideas, el aporte práctico del estudio se fundamenta en los datos que arrojará el estudio, el cual servirán como proyección para intervenciones directas sobre los posibles problemas de HPP, tomando en cuenta, la aplicación en la actualización de los protocolos maternos actualmente vigentes, cuya razón se enfilan en contribuir a mejorar el tratamiento y disminuir los índices de mortalidad asociados con la HPP. Respecto a la originalidad, si bien es cierto la existencia sobre diversas investigaciones direccionadas al estudio de la HPP, cabe destacar que en las instalaciones del Hospital León Becerra Camacho; no existen trabajos previos asociadas a la temática planteada.

En torno al marco metodológico, se plantea crear un instrumento para ser utilizado en estudios futuros, con la finalidad de dar solución al fenómeno observado; analizando las causas y consecuencias que generan la presencia del HPP buscando, comparando y ofreciendo alternativas novedosas, creativas e inéditas para contrarrestar de forma parcial o total dicho

problema obstétrico. La investigación se enfoca hacia lo cuantitativo, de tipo no experimental, observacional, descriptivo, de campo y de corte transversal.

Cabe agregar que, para mantener un orden coherente y metodológico, el presente trabajo de investigación será estructurado en capítulos, el cual se detallan a continuación:

Capítulo I: se describe el planteamiento del problema o estado situacional del fenómeno observado, así como la delimitación y la formulación del estudio. Seguidamente la sistematización del problema y la determinación del tema; para finalizar con el propósito de la investigación exponiendo los objetivos (general y específicos) y la justificación.

Capítulo II: corresponde el marco teórico, donde incluye antecedentes históricos y referenciales, la fundamentación epistemológica producto de las teorías que forman parte de la investigación, los marcos que integran al estudio (legal y conceptual) y la operacionalización de las variables que conforman al estudio.

Capítulo III: se detallan el contexto metodológico, develando el paradigma o modelo epistémico, el tipo de investigación, su enfoque, diseño y modalidad. Asimismo, se describen la población y muestra, los métodos, técnicas y los instrumentos de recolección de datos.

Capítulo IV: presenta el análisis e interpretación de resultados de la investigación, que servirán de sustento y base para la fijación de las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Capítulo V: ostenta la propuesta de la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Problematización

En torno al embarazo en la adolescencia, es definido como aquel producido por féminas comprendidas entre los 12 y 19 años de edad, generando un impacto biológico, económico, social y cultural; además de ser un grupo donde se reporta un mayor riesgo de complicaciones y muerte. Tomando en consideración a la OMS (2014), se originaron 303000 decesos maternos, de los cuales 7900 sucedieron en América, en donde la gestante adolescente aporta en forma considerable a este índice, viéndose influenciada por la región donde habita. Asimismo, Ortiz et al. (2018) plantean que para el 2016 se registraron alrededor de 16 millones de embarazos adolescentes, de las cuales un millón corresponden a gestantes menores de 15 años, donde la mayoría ocurrieron en países de bajos y medios ingresos.

De acuerdo con Coello (2015) la HPP complica aproximadamente el 3,9% de partos vaginales, y el 6,4% de cesáreas, en cualquier grupo fértil de mujeres de distintas edades. Esto implica que, cerca del 10% de mortalidad materna no se encuentran asociadas a abortos. Una mujer con HPP inmediata, suele tener una estancia mayor en la unidad de salud, incrementando los gastos de tipo económicos, además de presentar un riesgo alto de contagio con aquellas enfermedades nosocomiales, por ser receptor directo de unidades de sangre. Entre las consecuencias inmediatas se destacan: dificultad en la relación madre e hijo, alteración en el núcleo familiar y problemas socioeconómicos, sin dejar a un lado el estado anímico de la madre al tener que sobrellevar su embarazo siendo aún una adolescente.

Por otro lado, un estudio desarrollado por Camejo et al. (2017) mencionan que la prevalencia de la HPP se da principalmente en aquellas jóvenes nulíparas, situación que está asociada con la falta de cooperación durante la etapa expulsiva y el puerperio instantáneo. En efecto, de acuerdo a las estadísticas disponibles su incidencia tiene mayor repercusión en aquellas naciones que se encuentran en desarrollo, debido a que un gran número de mujeres no tienen la posibilidad de ser asistidas durante las labores de parto por personal calificado.

Para el tratamiento de estas pacientes, Briones et al. (2014) advierten que se usan parámetros de microcirculación y hemodinámicos, que consisten en la monitorización biofísica que se encarga del estudio de la dinámica de la sangre en el interior de las estructuras sanguíneas, que permite obtener información acerca de la fisiopatología cardiocirculatoria que ayudará a

realizar el diagnóstico y a guiar la terapéutica, en las situaciones de inestabilidad hemodinámica los cuales se han extrapolado de la población general a las madres como medidas de resucitación en hemorragia postparto.

No obstante, García et al. (2014) señalan a su vez que, el ácido láctico constituye un marcador indirecto de metabolismo anaerobio e hipoxia tisular, el cual es usado como guía de reanimación en el choque hemorrágico y la sepsis; demostrando la baja en relación a las muertes de pacientes con hipoperfusión tisular cuando los valores se normalizaban o reducían con las acciones de reanimación. Dicho en otras palabras, la medición del ácido láctico y su disminución progresiva ha sido considerada como uno de los objetivos de la reanimación.

En un contexto globalizado, mujeres en edad reproductiva mueren a causa de las complicaciones asociadas con embarazo y parto. Más de la mitad ocurren en las primeras 24 horas después del parto y se asocian con sangrado excesivo. De forma general, Rivera y Andrade (2014) revelan que los factores con mayor incidencia en la muerte materna se encuentran dadas por las siguientes patologías: hemorragia postparto, hipertensión, sepsis, abortos y otras causas indirectas.

Según estudios desarrollados por el Hospital Central Docente de Yaundé (Camerún), la tasa de mortalidad materna ha aumentado en los últimos años; dado que, en el año 2013 el registro de muertes ascendió a 690 casos, mientras que para el año 2015 este número se incrementó a 789 de nacidos vivos; convirtiéndose la hemorragia en la principal causa con el 38% y de este porcentaje el 4,1% de muertes fue a causa de la HPP (Halle, et al., 2016). Otra investigación, fue la emprendida por Tebeu et al. (2013) en el Hospital Sant Joan de Deu de Barcelona, donde para el año 2010 existió una prevalencia de la hemorragia postparto del 1,6%, mientras que para el año 2013 se incrementó al 13,9% de casos. Esto indica, que la prevalencia de la HPP ha aumentado de forma significativa durante los últimos años.

De acuerdo a los datos de Hernández y Zamora (2019) de las 275000 mujeres que mueren cada año por embarazo y parto, una cuarta parte de estas muertes se deben a la HPP. Esto conduce a pensar que tal situación puede ser considerada un importante problema de salud entre las gestantes, debido a que la mayoría de las muertes maternas, es decir, el 88%; se producen entre las 4 horas posteriores al alumbramiento a pesar de todos los avances realizados en el manejo activo de la tercera etapa del proceso de gestación o parto.

Resulta importante conocer las circunstancias en las que se produce hemorragia y factores de riesgo asociados. El riesgo de morir a causa de la HPP no sólo depende de la cantidad y pérdida

de sangre, sino también del estado de salud de la mujer. La pobreza, el estilo de vida y la desnutrición; son algunas de las cuestiones generales que lamentablemente han llegado a ser aceptados como inevitables e inmutables, sino que influyen en el resultado de un paciente con HPP. La realidad existente alrededor de la hemorragia, es que dos tercios de las mujeres que la sufren, no tienen factores de riesgo identificables tales como nacimientos múltiples o fibromas (López, et al., 2017).

En países donde su economía aún se encuentra en desarrollo, Joya, et al. (2015) expresan que la HPP constituye la principal causa para que se presenten muertes maternas severas y mortal. De acuerdo a las estimaciones realizadas por la OMS (citado en Ministerio de Salud Pública, 2018), la hemorragia obstétrica complica al 10,5% de los nacimientos en el contexto mundial, lo que en términos generales representan alrededor de 13,7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año. A nivel de Latinoamérica, la hemorragia postparto representa la segunda causa de mortalidad materna con el 20,8%.

Bajo esta misma perspectiva, Arias y Espinoza (2015) son de los que opinan que la gran parte de fallecimientos maternos, acontecen entre las 4 iniciales horas posterior al parto y, son generalmente, complicaciones presentadas en la tercera etapa de gestación. Es así que, por la necesidad que tienen las madres por cuidado hospitalario, es en cierta manera la calidad del cuidado de primer nivel; así, por ejemplo, la corrección y la personalización de la anemia en el periodo de gestación, teniendo en cuenta el mando activo del periodo tercero del alumbramiento y las instantáneas acciones al ver como se presenta la hemorragia.

En Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública [MSP] en el lapso del año 2018, se reconocieron 154 procesos de muertes de mujeres en gestación, en medio del parto y postparto, siendo en si la causa que registra mayor porcentaje de casos aquella que se encuentra asociada a las complicaciones no obstétricas con el 22% (34 casos), seguido por los trastornos hipertensivos 21% (32 casos), muertes maternas tardías 19% (29 casos), hemorragias obstétricas 15% (23 casos), embarazos que terminaron en aborto 11% (17 casos), infecciones relacionadas con el embarazo 7% (11 casos), otras complicaciones obstétricas 5% (7 casos) y muertes obstétricas de causa no especificada 1% (1 caso).

Según el MSP (2018) uno de los porcentajes con mayor mortandad materna en lugares en los cuales ha sucedido, es en las ciudades de Guayaquil con el 32% (50 casos), Quito 11% (17 casos) y Esmeraldas, Riobamba y Santo Domingo 5% respetivamente (8 casos). Dentro del contexto que surge en el Hospital León Becerra Camacho, perteneciente al cantón Milagro, provincia del Guayas, la investigadora ha identificado una problemática que expresa un índice

de casos con hemorragia postparto (No Choque) en pacientes adolescentes, llamando la atención sobre el desconocimiento de cuáles son los factores que se asocian a esta patología. Es necesario reconocer los factores incidentes, para tratar de disminuir la presencia de HPP y evitar que sigan elevándose los casos de manera desproporcional.

1.1.2. Delimitación del problema

El presente trabajo se realizará en las pacientes puérperas adolescentes de 13 a 19 años, que presentan hemorragia postparto, que acudieron al Hospital General Dr. León Becerra Camacho en el período comprendido de enero-diciembre 2020, del cantón Milagro–Ecuador. Esta investigación está acorde con la línea de investigación en Salud Pública y la sublínea corresponde a Salud Reproductiva.

1.1.3. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que influyen en la presentación de hemorragia postparto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro durante el período comprendido entre enero-diciembre 2020?

1.1.4. Sistematización del problema

- ¿Cuál es la prevalencia de hemorragia postparto en las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico que presentan las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho?
- ¿Cómo se podría planificar procesos que disminuyan la incidencia de la hemorragia postparto en las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho?

1.1.5. Determinación del tema

Factores que influyen en la presentación de hemorragia postparto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho, de la ciudad de Milagro, de enero-diciembre 2020.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Analizar los factores que influyen en la presentación de la hemorragia postparto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho, de la ciudad de Milagro, en el período comprendido de enero–diciembre 2020.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de las hemorragias postparto en pacientes adolescentes.
- Identificar los factores de riesgo obstétricos que presentan las pacientes adolescentes atendidas.
- Planificar los protocolos de procedimientos que ayuden a disminuir el índice de la hemorragia postparto registrado en el hospital.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación es muy significativo porque permitirá determinar los factores que influyen en la presentación de hemorragia postparto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho del cantón Milagro; tomando en consideración que a nivel global es una de las primordiales causas de fallecimientos maternos, a pesar de los esfuerzos que realiza el gobierno para disminuir el porcentaje de deceso materna, existen ciertas restricciones determinados por las características demográficas y clínicas respecto al embarazo y sus complicaciones.

Para que conozcan esta complicación del parto que se menciona constantemente en la sociedad, es necesario incentivar a que las mujeres gestantes realicen los respectivos controles prenatales, manejar una buena nutrición para el desarrollo del producto de la concepción y, de esta manera, evitar complicaciones en el puerperio bien sea inmediato o tardío. Tal situación es relevante, ya que, si se conocen las falencias involucradas, se podrían mejorar la calidad de atención y disminuir el porcentaje de decesos maternos. De manera conjunta, permitirá mejorar la calidad de vida de todas aquellas adolescentes en estado de gestación, así como, de las que se encuentran en etapa postparto.

Epistémicamente, sirven de fundamento para futuras investigaciones, sobre los posibles problemas relacionados con la HPP y su aplicación en la actualización de los protocolos maternos actualmente vigentes, lo cual; contribuirá a mejorar el tratamiento y disminución del índice actual que registra el Hospital objeto de estudio. Viendo de una manera más práctica, mejorará esta calidad en vida de las futuras madres, en donde la población aún se reusa bien sea por desconocimiento o irresponsabilidad, a cumplir los procedimientos básicos necesarios para llevar un adecuado proceso de gestación y parto, que ayuden a reducir las posibles consecuencias asociadas al HPP.

Un aspecto que se considera relevante para la investigadora es la teoría de enfermería que según Mesquita et al. (2009) viene ganando espacio para comenzar a verla como una disciplina dentro del sector salud, debido a la importancia direccionada en la promoción, prevención y rehabilitación de los pacientes. En este mismo sentido León (2017) señala que la teoría debe ser entendida como una ciencia humana práctica, sistematizada con base en situaciones complejas, lógicas y racionales. Para esta investigación se toma como referencia la teoría déficit de autocuidado, exponiendo como máxima figura a Dorothea Orem quién clasifica en autocuidado, déficit autocuidado y sistemas de enfermería. A todas estas, Naranjo et al. (2017) argumentan que el fundamento relacionado a la gestión del cuidado como herramienta para una atención de calidad manteniéndose, debe enfocarse hacia las conductas normales del riesgo en los diversos entornos de la salud.

Como lo indica su nombre, la teoría desarrolla el déficit de autocuidado; aborda al individuo de manera integral, con mira a los cuidados para generar un mejor bienestar durante el tiempo de recuperación del enfermo. Asimismo, contextualiza como arte a la enfermería para así proceder hacia la incapacidad de la persona, para atenderla y ofrecerle sustento restablecedor con el fin de administrar autocuidado para preservar la salud y la vida o, en su defecto, tener mejoría de la enfermedad y luchar contra las consecuencias de esta enfermedad, incorporando competencias a partir de la relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer necesidades y demandas de autocuidado.

Metodológicamente, se podría crear un instrumento fiable y validado para utilizarlo en estudios futuros, que sirva de apoyo, sustento a la comunidad académica y sector salud, mismo que se emplearía de gran ayuda para obtener información sobre las variables puestas a consideración —factores que influyen en la hemorragia posparto—. Finalmente, sugiere como emplear adecuadamente un proceso poblacional, es decir, establecer un universo de acuerdo a las características del estudio, y analizando la amplitud o no de la misma, se utilizará un tipo de muestreo que sea aplicable y adaptable a la investigación.

Desde una óptica social, el profundizar sobre la relación dentro de las causas de riesgo y la HPP, impulsará a detectar a buena hora estos elementos maternos y creencias para disminuir las posibles consecuencias asociadas. Por otro lado, los resultados de esta investigación, beneficiaran a las mujeres gestantes en edad reproductiva, familias, instituciones, en lo económico y social.

Al respecto conviene decir que en cuanto a lo económico le resulta más factible al estado hacer prevención ya que en la rehabilitación en las mujeres que presentan HPP tiene que invertir más

recursos económicos, se dan casos que por falta de insumos las complicaciones pueden desencadenar en graves e incluso en la muerte de la paciente.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Antecedentes históricos

La muerte de mujeres en periodo de gestación es y seguirá siendo un importante factor de prematura mortalidad en madres a nivel mundial. Cada año mueren 500000 féminas por este motivo, y hasta un cuarto de estos descensos suceden por un sangrado. La HPP, puede ocurrir en 1-5% de los partos en países desarrollados y en vías de desarrollo, por eso es considerada una de las causas comunes de morbilidad y mortalidad materna. La pérdida de sangre de 500 ml después de un parto, generalmente se considera como fisiológicamente normal y, cualquier cosa por encima de este límite, es conocido como HPP (Edhi et al., 2013).

Asimismo, es de destacar la postura de Ghosh y Chandraharan (2017) quienes expresan que algunas investigaciones internacionales y particulares revelan que el principal motivo de la HPP está causado por la atonía uterina, así mismo del hematoma vaginal, placenta adherente, extensión del ángulo uterino, desgarro cervical o vaginal y placenta retenida. También refieren que, la HPP masiva, disfunción hepática, conduce a complicaciones como conmoción hipo volumétrica y coagulación intravascular diseminada.

Por otro lado, Astudillo et al. (2021) plantean un estudio acerca de las causas postparto, destacando que, la HPP es un tipo de emergencia obstétrica más mortales y comunes en las mujeres en estado de parturientas. La hemorragia también es muy importante, pues es el segundo motivo de defunción materna en todo Ecuador, es así que, proyecta en hacer el resumen de los factores que la originan y, de esta mera, ofrecer alternativas obstétricas para realzar su importancia dentro de los procesos tan importantes y necesarios como los es el parto antes y después de la gestación. La mujer debe tener un alto grado de seguridad, al momento, sobre todo; de emprender su proceso de parto, asegurando la vida tanto personal como la de su bebé.

Astudillo et al. (*op. cit.*), consideran que una de las herramientas útiles de investigaciones tecnológicas favorables se consigue por medio de publicaciones científicamente comprobadas que permitieron afrontar las verdaderas razones de la HPP que originan el fallecimiento y de qué manera se pueden evitar, empleando diagnósticos oportunos y una estimación sincera de que este tipo de casos deben o ameritan un nivel de emergencia. Parece inusual, para los autores, la insuficiencia existente en cuanto al manejo de la información y reconocimiento del proceso

estadístico el cual se debe direccionar con la intencionalidad de contribuir de forma más efectiva a controlar tal problema en tan importante área poblacional.

La investigación deja entrever que entre los factores que más coinciden son: traumas/laceraciones, atonía uterina, alteraciones de la coagulación y retención de retos placentarios post concepción. Los porcentajes en relación, por ejemplo, como la causa más frecuente a la atonía uterina se encuentra alrededor del 50 al 70% de las hemorragias post alumbramiento y del 4% de todas las muertes maternas. El desgarro del suelo pélvico, es también una de las causas a tomar en consideración, ya que viene acompañado de una denervación de la musculatura del suelo pélvico por daño en los nervios pudendos y sacros, la cual pudo deberse a la instrumentación empleada en la atención del parto.

En este mismo orden de ideas se puede citar a Vargas y Duarte (2020) quienes sostienen que la HPP es una emergencia obstétrica, que depende tanto de la salud general de la mujer gestante, como de los recursos para su tratamiento agudo. La incidencia se encuentra supeditada a los criterios empleados para la determinación del diagnóstico emanada de los profesionales tratantes. La determinación de intervención temprana y de la causa, la mayoría son de gran importancia los decesos son provenientes del sangrado postparto ocurrente, por lo general, dentro de las primeras cuatro horas del puerperio. Por este motivo, es indispensable emplear un monitoreo cercano para conocer y valorar la intensidad de la interposición que se dará a futuro a cada mujer q será atendida.

Siguiendo esta misma perspectiva Vargas y Duarte (2020), la aniquilación de las madres por esta situación médica, es de un aproximado del 2%, de diversas diferenciaciones globales, dependiendo de la salud que poseen las mujeres embarazadas y de los recursos para el tratamiento existente. Acotan, que la HPP tipo leve es entendida siendo una pérdida de $\geq 500\text{mL}$ de sangre, mientras que es una pérdida insensible es cuando hay $\geq 1000\text{mL}$, muy independiente de la razón que la origina. Según la investigación practicada, la incidencia en alumbramientos es del 5% de cavidad en la pérdida sangrienta no es cuantitativo tomando y cuando si lo es de un 10%. El motivo más reiterativo es la atonía uterina, que tiene complicaciones en nacimientos 1 de cada 40 en los Estados Unidos y son comprometidos de los casos de HPP por lo menos un 75%.

Algo relevante con el estudio de Vargas y Duarte (2020) son los factores de riesgos, el cual señalan que entre los años 1988 y 2002, se destacan: conservación del material placentario, en el progreso la no mejora de la segunda instalación de labor, alumbramiento instrumental, laceraciones, placenta adherente, para el período de gestación del recién nacido de gran tamaño,

inducción de labor y patología hipertensiva. No descartan, historia personal o familiar de hemorragia postparto previa, obesidad, paridad alta, raza asiática o hispana, labor precipitada, distensión uterina, corioamnionitis, inversión uterina, y anemia.

2.1.2. Antecedentes referenciales

A continuación, se presentan de forma organizada los antecedentes referenciales, destacando lo más relevante de cada caso, citando las conclusiones tomando como referencia investigaciones previas referentes al tema planteado en pacientes adolescentes las causas que en la presentación influyen de la HPP, para así poder determinar cuáles fueron los factores de éxito y fracaso que guíen la presente investigación:

Una investigación emprendida en el Hospital Sant Joan de Deu de Barcelona por Tebeu et al. (2013) señalan que para el 2010 existió una prevalencia de la hemorragia postparto del 1,6%, mientras que para el año 2013 se incrementó al 13,9% de casos. Esto indica, que la prevalencia de la HPP ha aumentado de forma significativa durante los últimos años siendo considerada causa de mortalidad principal entre las pacientes que sufren este tipo de complicaciones situaciones obstétricas.

Por otro lado, Bolaños, et al. (2020) emprenden un estudio titulado: El incidente de causas clínicas y hemorragia postparto sociodemográficos en mujeres atendidas en el Hospital del Niño de Jesús de Barranquilla; y que particularmente tenía como finalidad, establecer el incidente de causas relacionadas con el HPP en las mujeres en proceso de parto y fueron atendidas en Gineco-obstetricia en el servicio por el Hospital señalado. Esta HPP la consideran como la pérdida de sangre superior a 500 miligramos o inferior del 10% o más del hematocrito mientras se realizaba el alumbramiento. Esta ilustración muestra varias dificultades que son dependientes de la condición volumétrica y hematológica, por lo que se vuelve a definir como pérdida hemática que no es compensada fisiológicamente.

Los resultados indicaron lo siguiente, de las 280 pacientes atendidas en el Hospital, en edades comprendidas variando edades de 30-38 años, hubo el nivel de edad con el 42% de predominio, continuo a esto en edades de 39-47 años con un 28%, demostrando así que la mujer mayor tiene muchas más posibilidades de tener hemorragias pospartos. De las pacientes atendidas un 47% se encontraban en emparejamiento doméstico, mientras que las mujeres casadas eran el 29%. Se visualizó que han tenido más de 3 embarazos un 80% de las pacientes, continuando que un 8% han tenido un solo embarazo y el 12% expresó haber tenido 2 embarazos. En

correspondencia al tiempo de gestación, desde las 37 – 40 semanas obtuvo superior prevalencia con 40%, >40 semanas con un 32% y <37 semanas con un 28%.

En balance, pese al progreso en el área de la obstetricia, la HPP continúa siendo una de las primeras causas de fallecimiento en mujeres maternas en distintos países. Un evalúo de estas muertes fue de por lo menos el 25% que se deben a hemorragias, siendo las más graves la materna a nivel mundial. La HPP estima que han tenido un parto aproximadamente un 11% de las mujeres maternas. Esta investigación da los resultados obtenidos por este episodio, dado que se visualiza con una alta incidencia (18%), en tanto que las mujeres que tuvieron más de un parto tomaron un 58%.

Las conclusiones denotan que, la hemorragia postparto es un componente revelador que apoya a la morbilidad materna y a largo plazo la incapacidad, del mismo modo que una sucesión de algunas enfermedades de las madres maternas con dificultad generaliza con la considerable pérdida sanguínea, incluidos la conmoción y el desorden orgánico (Bolaños, et al., 2020). Las definitivas y las causantes de riesgo han sido investigadas con la finalidad de identificar a las mujeres en periodo de gestación con el aumento de riesgo. Estos factores no reseñan lo importante o frecuente de la institución relativa y, los integrantes de estudio de la Especialización en Ginecología y Obstetricia, para su identificación oportuna no absorben la formación, tampoco tienen los datos estadísticos y/o destinos de manejo estandarizado, lo que incide probablemente en una alta incidencia de la HPP.

Profundizando todo esto, Columbié, et al. (2019). emprendieron una investigación que lleva por título: Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas (Cuba); cuyo objetivo era evaluar la actuación médica protocolizada ante el manejo de los factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato. Expresan que la prevención de la morbilidad materno-fetal a causa de HPP, se fundamenta en la adecuada actuación de los factores de riesgo y de una metodología adecuada para preservar la salud reproductiva.

Los resultados indican que, el uso de la oxitocina para la conducción del trabajo de parto estuvo en 84,7% y la sobre distensión uterina en 44,7%. Ambos habían sido los primeros motivos a los riesgos agrupados a la HPP instantáneo. Las primeras etiologías incluyeron, atonía uterina (35,2%), lesiones del canal blando del parto (35,2%) y retención de membranas ovulares (14,2%). Se modeló en orden cronológico las principales acciones y medidas preventivas que se preceptúan por el protocolo cubano de HPP. El empleo en primer lugar de fármacos como la oxitocina y/o misoprostol en los casos indicados, fue en un 97,1% considerado adecuado.

Las conclusiones se enfilan que el cumplimiento sobre actuación pre establecido, evidencian una evaluación contraria a lo establecido en sus protocolos. La atonía uterina sigue siendo como primera etiología de hemorragia obstétrica en el postparto inmediato; razón por lo cual el uso de fármacos uterotónicos se evidencia sobre la primera línea en la actuación ante la hemorragia del postparto. Consecuencia que decisiva la adecuada cuantificación de los primeros síntomas y signos de las pérdidas sanguíneas y la identificación. La orientación sindrómica en el mando de la HPP además depende del estado antecedente carencial y la resonancia hemodinámica individual.

Asimismo, Mocarro (2019) en un trabajo realizado en el Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura en el 2017, cuyo objetivo era investigar los factores de riesgos asociados con hemorragias postparto, determinó que, los factores antes del parto están dados por una cesárea anterior, el antecedente de anemia, la obesidad de la paciente y la multiparidad. Mientras que, los que incrementan durante las labores de parto en dos o más veces la probabilidad de presentar hemorragia postparto, se encuentran dados por: la labor precipitada, el bajo peso al nacer y las distocias contráctiles y el uso de medicamentos.

Seguidamente, Calle y Espinoza (2015) en una investigación practicada en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral de la ciudad de Cuenca, tuvo la finalidad de especificar las causas de riesgo agrupados a la HPP, determinaron que, los motivos de riesgo agrupados con la HPP presentando alto porcentaje hubieron: conducción de labor de parto (54,8%), fase activa prolongada (50%) y multiparidad (52,9%); demostrando que son los primordiales factores agrupados. Adicional a ello, resulta necesario destacar, que pese a que en la investigación el porcentaje de las pacientes anémicas es reducido (13,4%), la anemia previa es un motivo de riesgo transformable y apto para corregir. En definitiva, las causas más frecuentes de hemorragia postparto encontradas fueron: la atonía uterina, desgarros y retención de tejidos.

En esta misma perspectiva, González (2020) en un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral de la ciudad de Cuenca, Ecuador, cuyo objetivo era establecer los factores asociados a HPP, determinó que los factores antes del parto están dadas por diversas comorbilidades, siendo las más frecuentes dentro del grupo de estudio el sobrepeso y la obesidad. Mientras que, en estadística, las causas de riesgo demostrativos fueron: conducción del trabajo de parto, retención de restos placentarios y atonía uterina.

Partiendo de los antecedentes expuestos, se puede mencionar que existen una serie de factores relacionados a la presencia de una hemorragia postparto; sin embargo, entre los que presentan

mayor incidencia son: factores demográficos, multiparidad, hipertensión arterial, gestación postérmino, macrostomia embrionaria, preeclampsia, trabajo de alumbramiento disfuncional, estímulo con oxitocina.

2.1.3. Fundamentación

2.1.3.1. Hemorragia postparto: motivos y factores de riesgo

La hemorragia postparto (HPP) Rivera, et al. (2020) la refieren como la pérdida de sangre ≥ 500 ml en las primeras 24 horas después del parto, a menudo se desarrolla minutos después del parto, pero también puede ser secundario si ocurre después de los primeros 24 horas hasta 6 semanas después del parto. Para las mujeres sometidas a cesárea, el límite es mayor y generalmente se define como $\geq 1,000$ ml. Cabe señalar que, no todos los países o estudios están de acuerdo con estas definiciones, creando no solo confusión sino también resultados contradictorios.

Se encuentra una mayor inconsistencia cuando se trata de definir una HPP grave, donde existe una variación no solo en el límite utilizado para definirlo, pero tampoco un acuerdo uniforme sobre si se debe usar el término severo, mayor o moderado HPP la estimación de la pérdida de sangre se puede evaluar de muchas maneras según el equipo disponible. Señala Edwards (2016) que la proyección visual es el método más fácil, pero también el método que es más inexacto como a menudo se subestiman grandes cantidades de pérdida de sangre y pequeñas cantidades de pérdida de sangre.

Para la autora, las etiologías de la HPP se dividen clásicamente en cuatro categorías diferentes, conocidas como las cuatro T - Tono, Trauma, Tejido y Trombina. El tono se refiere a la atonía, que es insuficiente contracción del útero durante y después del parto de la placenta, lo que lleva a un sangrado extenso desde la cama placentaria. El trauma se refiere principalmente a laceraciones de la vagina y el perineo, graduadas de primer a cuarto grado dependiendo de su profundidad y extensión, pero también puede incluir vulva y hematomas vaginales o ruptura uterina, todo lo cual necesitará reparación quirúrgica.

Bajo esta perspectiva, Vera (2017) se refiere a placenta retenida o fragmentos de placenta que inhiben la contracción del útero. La trombina se refiere a coagulopatías, que pueden ser defectos conocidos antes del parto o desarrollados durante o después parto debido a otras complicaciones como la embolia de líquido amniótico. La mayoría de los casos se atribuyen tradicionalmente a la atonía.

El tiempo desde el parto del bebé hasta el parto de la placenta se conoce como la tercera etapa de trabajo. En circunstancias normales, el útero se contraerá y expulsará la placenta dentro de 10 minutos, cortando eficientemente el flujo sanguíneo a la placenta. La placenta en algunas circunstancias necesita manual eliminación si no se entrega espontáneamente. Si la duración de la tercera etapa del parto excede los 30 minutos; existe un mayor riesgo de HPP. Estudios recientes han cuestionado el umbral de 30 minutos y han sugerido que aumenta el riesgo de HPP después de solo 15 a 20 minutos (Edwards, 2016).

Una gestión activa de la tercera etapa del parto ha sido demostrada a reducir el riesgo de HPP. Esto incluye la administración de oxitocina (un uterotónico que estimula la contracción del útero), arrastre controlado del cordón y frotación uterina. Si la placenta no se libera espontáneamente, se deben considerar varias condiciones. La placenta podría separarse de la pared uterina pero aún quedar atrapado dentro del útero debido a un cuello uterino cerrado: una placenta atrapada; la placenta no se desprende, pero no hay signos de crecimiento invasivo en la pared uterina: una placenta adherente; o hay un crecimiento invasivo anormal hacia o a través de la pared uterina: una placenta invasiva anormal (AIP) (Castellano y Quilumba, 2012).

Refiriéndose al AIP, Vera (2017) opina que la misma tiene una incidencia de aproximadamente 0,2-3 por 1000 entregas. Dependiendo de la profundidad de AIP de fijación se denomina placenta acreta (placenta unida al miometrio); placenta increta (la placenta invade el miometrio); o placenta percreta (la placenta invade a través del miometrio). AIP a menudo conduce a HPP grave que requiere transfusiones de sangre y en más casos graves, incluso la necesidad de histerectomía, complicaciones que pueden minimizarse si se diagnostica antes del parto. Actualmente, hasta el 50% de los casos de AIP se identifican prenatalmente mediante ecografía. Examen de detección de mujeres con cesárea previa y placenta previa.

Se han realizado numerosos estudios epidemiológicos para tratar de identificar a las mujeres en riesgo de desarrollo de HPP, con la esperanza de iniciar medidas preventivas suficientes. Entre los riesgos que contienen los factores identificados incluyen multiparidad, cesárea previa, trastornos hipertensivos, macrosomía, HPP previa, inducción del trabajo de parto, aumento del trabajo de parto, cirugía vaginal parto, cesárea y placenta previa. Algunos de estos factores tienen mayor riesgo de HPP que otras, pero las mujeres con alto riesgo o múltiples riesgos bajos aún pueden tener entrega sin complicaciones. Según el autor, el 22-39% de las mujeres que desarrollan HPP no tienen riesgo factores, lo que hace extremadamente difícil predecir qué mujeres desarrollarán tal situación (Ordeñana, 2016).

Señala Ordeñana (2016) la existencia de una amplia gama de complicaciones después de la HPP. Los casos leves pueden provocar anemia, fatiga, depresión, sentimientos de separación o ansiedad. En casos severos, las complicaciones a menudo son críticas e involucran transfusiones de sangre, cirugía abierta, insuficiencia orgánica, tratamiento en una unidad de cuidados intensivos, complicaciones tromboembólicas, histerectomía y en el peor caso incluso la muerte.

2.1.3.2. Hemostasia en embarazo y posparto

La hemostasia es el proceso que mantiene el equilibrio entre la coagulación y la fluidez de la sangre en vasos sanguíneos dañados a través de las acciones de la cascada de coagulación, plaquetas y fibrinólisis. La intención es detener el sangrado formando un coágulo a través de una cascada de procesos iniciados después de la exposición del factor tisular principalmente después de daño vascular. El método de coagulación se compone de elementos de coagulación en estado inactivo que se activan a través de una cascada de procesos y culmina con la conversión de grandes cantidades de trombina de protrombina. La trombina cambia el fibrinógeno en fibras de fibrina, que junto con las plaquetas activadas y el factor Von Willebrand crean el coágulo sanguíneo (Ghosh y Chandraharan, 2017).

Fibrinógeno es una glicoproteína sintetizada en el hígado y es indispensable en la formación del coágulo no solo mediante la conversión a fibras de fibrina sino también para la agregación plaquetaria. Existen varios reguladores de la cascada de coagulación, incluidos los factores de anticoagulación: antitrombina, proteína C y proteína S que limitan la formación de coágulos en vasos sanos. La activación simultánea de la fibrinólisis disuelve el coágulo en un proceso altamente regulado, evitando la formación excesiva de coágulos (Edwards, 2016).

Durante el embarazo, el volumen de sangre y la coagulación aumentan, mientras que los anticoagulantes y la fibrinólisis disminuyen, todas las medidas profilácticas para prepararse para la pérdida de sangre y la separación placentaria después del parto. Este cambio en la hemostasia implica un aumento en algunos de los factores de coagulación, como la protrombina, el fibrinógeno y el factor Von Willebrand, pero también una disminución en el recuento de plaquetas debido a la hemodilución y al consumo presunto en el sitio placentario (Edwards, 2016).

No obstante, este estado hiper coagulable en el embarazo conduce a un aumento de hasta seis veces en el riesgo de complicaciones tromboembólicas, incluyendo embolias pulmonares y trombosis venosa profunda. Se produce un aumento adicional en los factores de coagulación,

incluido el fibrinógeno, durante la labor de parto y el alumbramiento. Los factores de coagulación se activan mediante la liberación de cantidades abundantes de factor tisular tras la separación placentaria que conduce a la formación de coágulos (Edwards, 2016).

El aumento de los niveles de fibrinógeno y plaquetas postparto también es resultado de la inflamación. Un sistema de coagulación intacto junto con una contracción suficiente del útero dará como resultado una pérdida de sangre mínima después del parto. Sin embargo, un alto consumo de factores de coagulación y plaquetas en la formación de coágulos en el sitio de la placenta puede conducir a un agotamiento si la hemorragia está en curso. En circunstancias normales, Vera (2017) opina que por lo general los factores de coagulación permanecen altos los primeros días después del parto con fibrinólisis aumentando a niveles normales dentro de 1-2 días después del parto y la coagulación normal alcanzada dentro de 4-6 semanas postparto.

2.1.3.3. Hemorragia masiva y transfusión

La hemorragia masiva se define como la pérdida del volumen sanguíneo total en 24 horas, 50% en 3 horas, o una tasa de pérdida de sangre de 150 ml / min. La pérdida de sangre de esta cantidad puede ser difícil de evaluar durante una situación de emergencia, por lo que la hemorragia masiva también se puede definir como una hemorragia que requiere una transfusión masiva de ≥ 10 unidades de glóbulos rojos (RBC) en 24 horas. Es así como Castellano y Quilumba (2012) adicionan que en obstetricia no existe un consenso bien definido para la hemorragia masiva, y los términos HPP mayor y masivo se usan al azar para más de 1,000 ml en una pérdida sanguínea y una pérdida sanguínea de más de 2500 ml.

La hemorragia masiva después de un trauma, cirugía o parto puede conducir a la coagulopatía, un estado de hemostasia alterada. Es por esta razón que Castellano y Quilumba (2012) destacan tres circunstancias, la liberación abundante de factor tisular conduce a la activación de la cascada de coagulación, el consumo de factores de coagulación y las plaquetas. La hipoperfusión sistémica simultánea provoca hipotermia y acidosis, inhibiendo la coagulación y activando factores de anticoagulación y fibrinólisis, lo que complica aún más la coagulación.

Al mismo tiempo, expone Vera (2017) que se pueden administrar transfusiones con glóbulos rojos, cristaloides o coloides en un esfuerzo por restablecer la perfusión causando coagulopatía dilucional adicional. La combinación de coagulopatía consuntiva y dilucional, acidosis e hipotermia, conocida como la tríada letal, provocará una mayor hemorragia. Por lo tanto, el

tratamiento que implica no solo la reanimación de volumen y el control quirúrgico de la hemorragia, sino también la corrección de la coagulopatía es necesaria.

En este punto Edwards (2016) deja saber que el fibrinógeno es el primer factor de coagulación conocido que cae a niveles críticos durante la hemorragia masiva, y como el nivel normal de fibrinógeno es 2,0-4.5 g / L en adultos sanos, los niveles bajos son difíciles de sustituir con FFP solo, donde la concentración es 1-3 g/l. Es posible la sustitución adicional a través de crioprecipitado y concentrado de fibrinógeno. El crioprecipitado contiene altas concentraciones de fibrinógeno (aproximadamente y 15 g/L), factor .01.0Von Willebrand y otros factores de coagulación. La compatibilidad cruzada y la descongelación son necesarias antes de la administración. El concentrado de fibrinógeno, por otro lado, solo contiene fibrinógeno (15-20 g/L), y viene como un polvo que solo requiere disolverse en agua estéril antes de la administración.

La identificación de pacientes con bajos niveles de factores de coagulación específicos es posible mediante pruebas de laboratorio convencionales. Estas pruebas pueden llevar mucho tiempo y no evalúan la funcionalidad general de la coagulación, razón por la cual los ensayos viscoelásticos en el punto de atención se utilizan cada vez más. Apoyado en esto, Vera (2017) sostiene que estos ensayos se pueden realizar junto a la cama y evaluar la formación de coágulos y la fibrinólisis, proporcionando así información vital sobre el desarrollo de la coagulopatía. La advertencia y el procedimiento de la coagulopatía en mujeres maternas con hemorragia masiva también es posible con la transfusión temprana de glóbulos rojos, FFP y PLT. Además, los estudios de trauma y no trauma han mostrado una reducción en la mortalidad cuando se usa una proporción fija de 1: 1: 1 de PLT, FFP y RBC durante la hemorragia masiva.

Desde la postura de Vera (2017) debido a los altos riesgos asociados con las transfusiones de sangre, todas las estrategias que pueden reducir las transfusiones de sangre son esenciales. Hoy el riesgo de transmisión de infección a través de transfusiones de sangre es bajo; en cambio, los riesgos están relacionados con reacciones no infecciosas que incluyen reacciones hemolíticas, alérgicas e inmunológicas que ocurren en aproximadamente el 1% de todas las transfusiones. La contusión de pulmón sutil vinculado con la transfusión (TRALI) es una reacción inmunológica y la principal causa de morbilidad y mortalidad relacionadas con la transfusión con una incidencia de 0,08-15%.

TRALI en la opinión de Edwards (2016) evoluciona dentro de las seis horas posteriores a la transfusión y se asocia principalmente con transfusiones de plasma. Los síntomas incluyen disnea, hipoxemia e hipotensión debido a edema pulmonar y hasta un 70% necesitará asistencia

respiratoria. Se observan complicaciones adicionales en pacientes que requieren transfusiones masivas, incluidas complicaciones metabólicas debido a hemólisis y altos niveles de citrato, y sobrecarga circulatoria asociada a la transfusión.

2.1.3.4. Hemorragia postparto severa - prevención y tratamiento

El manejo activo de la tercera etapa del parto y la extracción de una placenta retenida pueden reducir el riesgo de HPP. Otras medidas preventivas incluyen minimizar los factores de riesgo evitables o administrar uterotónicos adicionales a mujeres de alto riesgo. Una vez que HPP ha desarrollado, las opciones de tratamiento se relacionan con la causa de la hemorragia: uterotónicos para atonía, reparación quirúrgica de laceraciones, extirpación de tejido retenido y corrección de coagulopatía diagnosticada.

La progresión en la gravedad no siempre es evitable y en este sentido Andrew, Waters Jonathan y Yazer Mark describen que se ha llevado a un mayor enfoque en las señales de advertencia tempranas y el procedimiento de la HPP grave. Las causas de riesgo asociados con la progresión a una HPP más grave incluyen parto instrumental, aumento del trabajo de parto, embarazo múltiple, polihidramnios y trastornos hipertensivos (Dilla, et al., 2013). Como estos factores de riesgo no siempre se pueden prevenir o tratar directamente, los estudios recientes han tratado de identificar predictores más específicos de gravedad relacionados con la coagulopatía. El enfoque principal ha estado en el fibrinógeno desde que Charbit, et al. (2006). mostraron que una concentración de fibrinógeno ≤ 2 g / L era 100% predictiva de HPP grave.

El estudio incluyó a 128 mujeres con HPP, de las cuales 50 (39%) desarrollaron HPP grave (definida como disminución de la hemoglobina ≥ 4 g / dl, transfusión de ≥ 4 eritrocitos, embolización, ligadura arterial, histerectomía o muerte), mujeres con HPP que requerían infusión de prostaglandina IV (uterotónica). Se identificó un nivel de fibrinógeno de ≤ 2 g / L al momento de la inscripción en 11 de las 50 mujeres (22%) que desarrollaron HPP grave. Varios otros estudios han confirmado la asociación entre los niveles inferiores de fibrinógeno y la pérdida de sangre en la HPP (Charbit, et al., 2006).

La asociación no siempre es lo mismo que causalidad. Los resultados de Charbit, et al. (2006) han llevado a estudios recientes que investigan el impacto de la sustitución de fibrinógeno en el desarrollo de una HPP más grave. Sin embargo, Henriksen Daniel et al., como el nivel normal de fibrinógeno al momento del parto es mayor que en la mujer no embarazada (3,5-6,5 g/L vs. 2,0-4,5g/L), el umbral exacto para la intervención no está claro.

El tratamiento intensivo y la atención se convierten en el foco principal una vez que la HPP ha progresado, lo que implica una estrecha colaboración entre obstetras, ginecólogos, anestesistas y, a veces, también expertos en coagulación. La atonía se trata principalmente con uterotónicos adicionales, pero se deben considerar otras causas de HPP si la hemorragia es refractaria a los uterotónicos de primera línea. El tratamiento adicional de todas las causas de HPP en curso se lleva a cabo principalmente en el quirófano que involucra a todo el equipo multidisciplinario.

La reparación quirúrgica de las laceraciones, desde la postura de Shinar, et al., (2016) la extracción de tejido placentario y el taponamiento con balón intrauterino se pueden realizar desde un abordaje vaginal. Las intervenciones quirúrgicas adicionales requieren laparotomía, con sutura hemostática uterina (por ejemplo, sutura de linchamiento B) o intento de ligadura de la arteria antes de la histerectomía. Aunque la histerectomía a menudo se considera la última opción en la HPP incontrolable, no necesariamente conduce a la hemostasia, quizás debido a una coagulopatía no tratada.

La coagulopatía se debe considerar desde el principio en los eventos de HPP progresiva, con enfoque simultáneo tanto en transfusiones como en control quirúrgico, ya que ninguno de los dos puede estar solo. Expresa Shinar, et al. (2016) que la tasa de transfusión en obstetricia es relativamente baja en 0,5-2,0%, la investigación sobre la proporción óptima de glóbulos rojos, FFP y PLT es escasa. Algunos estudios retrospectivos han demostrado que una alta relación FFP: RBC se asoció con un menor riesgo de intervenciones y una mayor tasa de éxito de la histerectomía, pero ninguno de los estudios se relacionó con la HPP que requirió transfusión masiva. Los métodos utilizados para controlar la coagulopatía en la HPP grave son los mismos que en otros pacientes con hemorragia grave.

La directriz danesa para HPP recomienda pruebas de laboratorio tradicionales que incluyen recuento de plaquetas, relación internacional normalizada (INR), tiempo de tromboplastina parcial activada (APTT) y fibrinógeno temprano en el curso de eventos, o si está disponible, punto de atención ensayos viscoelásticos. En la opinión de Dilla, et al. (2013) las pruebas de laboratorio no dan resultados rápidos, y la hemostasia del paciente puede haber cambiado sustancialmente antes de que sea posible reaccionar a los resultados. Por lo tanto, es de gran importancia estar continuamente al tanto de la formación de coágulos en el campo operativo.

No consta un concepto universal de la hemorragia obstétrica, porque no se ha establecido claramente, lo que constituye una pérdida de sangre excesiva. Acorde al momento en que se presenta la hemorragia obstétrica se puede seleccionar en hemorragia ante parto (HAP) y hemorragia posparto (HPP). Teniendo en cuenta a Dilla, et al. (2013) la pérdida de volumen de

sangre con una velocidad alta a 150 ml/min (que en 20 minutos produciría la pérdida del 50% del volumen), que se presenta en medio del estado grávido o puerperal, que sobrepasa los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea. Hoy en día se define como HPP a la pérdida de sangre de mayor magnitud que provoca cambios hemodinámicos.

Tomando en consideración la Guía de Práctica Clínica [GPC] relacionado con la advertencia, análisis y procedimiento de la HPP, expone que las madres en periodo de gestación sufren cierta disminución sanguínea justamente al momento del parto, siendo esto importante porque pone en peligro la vida de la paciente. Es necesario acotar que la GPC (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013) señala que “si bien la mayoría de las HPP no presentan factores de riesgo identificables, la mayoría de HPP pueden prevenirse con el manejo activo de la tercera etapa del parto” (p. 18). Partiendo de lo anterior, resulta interesante tal afirmación porque en la mayoría de países en vías de desarrollo los partos suceden en casa. Las investigaciones realizadas por Bristol y Hinchingsbrooke (citados en *World Health Organization*, 2009), plantean lo que han denominado en este caso la tercera etapa del parto (MATEP) para tratar de contrarrestar los efectos de la HPP.

La información que difunden los investigadores busca respaldar los efectos del parto destacando la formación médica de los profesionales de la salud, reducir mediante el MATEP la incidencia de HPP, controlar o manejar eficaz y oportunamente la necesidad de transfusión de sangre, y diseñar protocolos o programas de intervención destinados a reducir la mortalidad producido por el HPP. *Lalonde & International Federation of Gynecology and Obstetrics* (2012) aprueban al MATEP como herramienta fundamentada en registrar y sustentar todo con la firme convicción de erradicar la HPP. Entre los usuales elementos del MATEP se destacan: distribución de oxitocina u otro medicamento uterotónico para el comienzo del recién nacido dentro de un minuto, tracción controlada del cordón al instante de pinzar y dividir el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los dos o tres minutos del parto y masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, reduciendo así el sangrado.

En este mismo orden de ideas, es oportuno destacar lo expresado en la GPC (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017b) sobre la existencia de estrategias que sirven de prevención o aviso, fundamentadas en procesos empíricos exitosos en algunas regiones que contienen tres actividades:

- a) captación oportuna; b) estandarización de la atención a pacientes; y, c) mejora de la gestión de la atención a gestantes cuyo basamento se sustenta en tres objetivos

específicos: 1) identificar oportunamente a una mujer en el embarazo, parto y puerperio, con riesgo obstétrico (Score MAMÁ); 2) mejorar el manejo oportuno para prevenir su muerte (aplicación de claves y kits); y, 3) mejorar la gestión en la respuesta inmediata (redes y microredes). (p. 5)

Tomando en cuenta que el estado de gestación de una mujer y la labor de alumbramiento son sucesos naturales, es relevante evaluar constantemente y a período los signos de vida de la gestante son parte de la atención integral. Existen probabilidades que la puérpera produzca HPP antes, durante o después del parto que ocasionen riesgo o deterioro fisiológico, por lo que es importante predecirlos. Entre los inconvenientes que se tienen que evaluar la GPC (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017b) destaca:

1) la falta del reconocimiento oportuno del deterioro de la condición materna sigue siendo un desafío para todos los profesionales involucrados en su cuidado. 2) una complicación obstétrica es poco frecuente pero potencialmente devastadora, no solo para el binomio madre-hijo, sino también para su familia y para los profesionales de la salud responsables de su cuidado. 3) en su forma más extrema, las complicaciones obstétricas pueden conducir a la muerte de la mujer y/o del niño durante el embarazo, parto o puerperio. Existen varios factores que se asocian a las complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, y éstos pueden darse debido a condiciones maternas directas, indirectas o incidentales. 4) en este contexto se propone la elaboración de este protocolo para mejorar la calidad de la captación oportuna, diagnóstico y atención de las emergencias obstétricas en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud a nivel país. (p. 5)

En este sentido, señala Vega (2018) que el Score MAMÁ es una herramienta compuesta por seis indicadores fisiológicos (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y nivel de conciencia y una prueba cualitativa, la proteinuria); cuya evaluación oscila entre 0 a 3 siendo 0 un coste normal. Sigue expresando la autora que la aplicación en Ecuador es empleada a todas las féminas embarazadas, generando un registro en el formulario 051 de cada paciente, entre los que se destacan: frecuencia respiratoria, presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, temperatura, nivel de conciencia y uno cuantitativo y la proteinuria.

De esto resulta, las conocidas claves obstétricas donde Bowyer (2008) las identifica como un método de actividades y ocupaciones que logran una efectiva y rápida respuesta por la comunicación o claves obstétricas, integradas por expertos en la salud debidamente instruidos para accionar de manera coordinada prevenciones y riesgos causales en este caso de muerte materna (Bowyer, 2008). En este sentido, las sugerencias entregadas por el Colegio Americano

de Ginecología y Obstetricia (citadas en la GPC, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017b, p. 17), de los que componen el cuidado importante obstétrico incluyen:

- La implementación de sistemas de alerta temprana en obstetricia
- El desarrollo de protocolos y listas de chequeo
- Disponer de *kits* de emergencias obstétricas
- Usar estrategias de comunicación efectiva en crisis
- Simulacros.

Señala la institución que el empleo oportuno relacionado con las simulaciones, facilitan la operatividad del sistema de claves, con miras a mejorar la calidad de la atención implementando medidas que mejoren el servicio ofrecido por los profesionales de la salud. Tal situación, robustece el trabajo en conjunto al momento de enfrentar una emergencia obstétrica, debido a que ya que se encuentran estandarizadas las costumbres y las continuas formaciones que son simulaciones basadas y simulacros.

Según lo estipulado es la GPC (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017b) para lograr implementar las claves, es necesario aclarar el sistema de activación, por consiguiente, el Sistema Nacional de Salud prevé las siguientes:

- Asegurar que todos los profesionales del establecimiento de salud cuenten con una capacitación previa a su implementación.
- Proveer y verificar si el establecimiento de salud posee todos los dispositivos médicos y medicamentos para conformar los kits de emergencias obstétricas.
- Verificar si el establecimiento puede manejar las claves obstétricas y definir los roles de cada profesional de salud.
- Acordar un sistema de activación consensuado: altavoz, alarma o timbre y comunicar a todo el equipo del establecimiento de salud, buscando la mejor forma para que no provoque caos en el resto de pacientes y familiares. Todos los miembros del establecimiento de salud deben saber lo que significa “Clave Roja, Azul o Amarilla” y como se activa. (p. 17)

2.1.3.5. Factores de Riesgo de la HPP

Son variadas las causas que influyen en la incidencia de HPP. Al respecto, Hernández y García (2016) señalan pueden deberse a preeclampsia, embarazo múltiple, episiotomía, trabajo de parto prolongado, entre otros, que en ciertas ocasiones tienden a asociarse peligrosamente siendo una causa significativa para que la mujer gestante pueda aumentar la probabilidad de hemorragia. Para los autores, se puede clasificar en tres momentos: antes, durante y después del parto. Respecto al antes, recomienda tomar algunas referencias personales que tienen que ver con la paciente tales como los años que se tomó la primera cita prenatal, su cultura, escolaridad

(cursado bajo con aprobación en la educación), situación de convivencia (estado civil), labor, implicaciones psicológicas y sociales, primigesta (conocimiento del conducto vaginal y perineo) y gran múltipara (fuerza muscular adecuada). Así como otras un poco más técnicas dentro del proceso de parto como:

Sobre distensión uterina (poli hidramnios, embarazos múltiples y macrosomía fetal) Arévalo y Sánchez (s. f) la consideran una de las razones absolutas de riesgo de HPP debido al fluido de sangre posterior proveniente de la falta de la conmoción uterina ya que por esto son formadas las ligaduras de Pinard. Para estos investigadores, la macrosomía fetal conmueve al 3,76% de las gestaciones como es señalado en los datos latinoamericanos y esta correspondencia desarrolla hasta un 5% de gestaciones que pasan con diabetes mellitus. Auténticamente es examinado las complicaciones asociadas en el aumento para estas gestaciones que logra alcanzar al rango de insensibilidad y desgarros perineales.

Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG): conforme a los documentos de la Organización Mundial de la Salud (2005), registran 192 muertes por cuestiones maternas sobre todo por dificultades del SHG, mientras que cifras provenientes de una investigación de Altman, et al. (2002) señalan que en los Estados Unidos la preeclampsia y sus complicaciones son la causa de 20 a 50% de los ingresos obstétricos a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y de 12 a 17% de los fallecimientos maternos. Dentro de las dificultades agrupadas al alumbramiento están las HPP, la división de la placenta normo inserta (DPPNI) y la convulsión.

Miomatosis uterina: es considerada un riesgo de padecer miomas uterinos conforme la mujer progresa con la edad. En la opinión de Altman, et al. (2002) la gran mayoría de gestaciones va desarrollando de manera normal pese a que puede crecer con miomas dentro de un útero, inclusive si los miomas son muy voluptuosos. Es considerado que las mujeres con miomas uterinos son el 10% que durante la gestación tendrán una complicación como la HPP.

La anemia: La OMS (2005) la considera como una de las primordiales razones de imposibilidad generalmente global en salud pública, la anemia en exclusiva gestacional tiene consecuencias clínicas asociándose a un mayor riesgo de mortalidad materna en particular con hemorragias y partos prematuros. Señala Xion et al. (2000) que la reducción del hematocrito en medio de la gestación es de 33-35% acreditada como anemia fisiológica de la gestación, donde las mujeres gestantes muestran ser anémicas el 37%. Está indicada la intervención cuando se encuentre pacientes anémicos para mejorar la hemoglobina. Los grados de hemoglobina inferiores de 10 a 10,5 g/dl son agrupadas a las deducciones adversas de la gestación como HPP.

Coagulopatía: en el proceso gestacional existente de un balance en medio de la anticoagulación y la coagulación que por regularidad se ve alterado con segura facilidad en el sobreparto, observándose ciertas hemorragias o trombosis. Para Anderson et al. (2006), la HPP en disminución del 1% se debe a que la coagulación se trastorna, donde consiguen clasificarse como coagulopatías congénitas (enfermedad de Von Willebrand y hemofilia tipo A) u obtenerlas en medio de la gestación (preeclampsia grave, síndrome de HELLP, embolia de líquido amniótico y sepsis). Señalan los autores que es inducido la hipertensión por las coagulopatías obstétricas por el periodo de gestación, la placenta desprendida siendo insertada normalmente, sintomatología del feto fallecido retenido, embolia de líquido amniótico y sepsis.

Respecto a los factores durante el parto, se destacan los siguientes:

- Placenta previa: tabaquismo, multiparidad, edad Materna mayor a 35 años, cicatrices uterinas previas (cesáreas, legrado, miomectomía, aspiración manual endouterina) (Rivera, 2012).
- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI): colagenopatías, trombofilias, uso de cocaína, trauma abdominal, sobre distensión uterina, antecedente de DPPNI y enfermedades hipertensivas.
- Rotura uterina: infecciones, antecedente de cicatrices uterinas, malformaciones, uso iatrogénico de oxitócicos, adenomatosis uterinas y parto prolongado.
- Óbito fetal: es el fallecimiento de un fruto posterior a la concepción o de la extracción o expulsión completa del cuerpo de la madre, libremente de la permanencia del tiempo en gestación.
- Preeclampsia y Eclampsia: es un desorden multisistémico del periodo de gestación y sobreparto con un acontecimiento aproximado desde el 6 y el 8% de la totalidad de los embarazos y forma parte de la morbilidad materna extrema. Una de las causas que pertenecen la destructora triada de los trastornos hipertensivos del periodo de gestación junto con la infección y la hemorragia son responsables de la mayoría de mortandad de madres en todo el mundo.
- Uso excesivo de oxitocina: normalmente produce fatiga uterina. Se presentan estímulos no frecuentes del musculo uterino usado durante un tiempo prolongado originando una firmeza, agrupados a las etapas de: hipocalcemia, deshidratación e hipoglicemia. Por lo tanto, es necesario que el médico obstetra tome en cuenta tales componentes con el fin de prever una posible hemorragia postparto (Arauz, 2012).

- Parto precipitado: es producido por una evacuación rápida del útero por la salida adelantada del feto hacia el exterior. Por lo inesperado y exigente del proceso, se puede producir desgarros, lesiones y contusiones esto lo causa HPP que constituye un porcentaje próximo al 20% este elemento está agrupado al mal control de la inducto-conducción del alumbramiento (Arauz, 2012).
- Las no recomendadas maniobras obstétricas: El alumbramiento con instrumentos en el cual se usan pinzas o tenazas (fórceps) y *vacuns* es relacionado con laceraciones dentro del conducto del alumbramiento, con lo que es contribuido con una pérdida hemática significativa siendo factores de la HPP (Arauz, 2012).
- Deshidratación y agotamiento materno: uso de anestésicos hipotónicos, el uso excesivo de oxitocina es una de las agrupaciones con ciertas condiciones, *distocias*, largo labor de parto, hipoglicemia e hipocalcemia en mujeres con mala nutrición dando como producto falla de la contractilidad uterina que pueden llegar a desencadenar HPP (Arauz, 2012).
- Corioamnionitis: es contextualizada por Rouse Dwight et al., como aquellos periodos de gestación a término se encuentra en el 20% de y en los pretérminos es más frecuente de hasta 60% de las mujeres maternas con fetos de 1000-1500 gramos. Las pacientes tienen más probabilidades con este factor de un 50% de tener una hemorragia cuando se les realiza una cesárea y un 80% en parto normal vaginal.
- Anestésicos hipotónicos: es una causa que interviene con el crecimiento de la HPP. El uso excesivo de la anestesia aplicada generalmente en el lapso el nacimiento y parto produce una vasodilatación generalizada y por consiguiente una hipotonía uterina con hemorragia (Arauz, 2012).
- Atención no capacitada para el parto por los profesionales de la salud: cuando no se aplican las debidas maniobras controladas por parte del personal de salud a cargo del proceso, por lo general ocasionan o aumentan el riesgo de sufrir HPP (Rouse et al., 2004).

Finalmente, con los factores después del parto, se destacan los siguientes:

- Inversión uterina: choque, dolor y caracterizada por la triada hemorragia transvaginal profusa. Es parcial y la alteración está aún dentro la canal vaginal diagnosticada por examen vaginal y total. El útero se exterioriza a través de la vulva, por lo tanto, se debe revertir el útero manualmente mantener sostenido con oxitócicos, en caso necesario tocolíticos, ritrodina, terbutalina, sulfato de magnesio y/o los anestésicos halogenados,

para facilitar reversión uterina. Este fracaso necesita tratamiento quirúrgico (Nápoles y Nápoles 2012).

- Placenta acreta: es una adherencia quimérica de la placenta al miometrio. El diagnóstico se debe realizar a través de la ecografía en la gestación. El efecto de la placenta va en incremento al aumento debido al superior número de cesáreas hechas. La incidencia de acretismo es del 5% cuando el útero no tiene cicatriz si existe placenta previa. Al previo acontecimiento aumenta al 10% con una cicatriz de cesárea y con acontecimientos previos con más de una cesárea se eleva a más del 50% de las pacientes presentan una placenta acreta. Hoy en día están en estudios conductos disyuntivos más conservadoras como la embolización de las arterias uterinas, como deja la placenta in situ esperando reabsorber, así como la colocación semanal de metotrexato después del alumbramiento, con lo que se logra el nacimiento espontáneo semanas después (O'Brien et al., 1996).
- Hemorragias ocultas: contusiones en la arteria uterina, son originados extensos hematomas pelvianos: en ligamento ancho, para la región cervical o la vaginal y en retro peritoneo, el diagnóstico es clínico, verificado por ecografía abdomino-pelviana. Cuando el volumen es superado por los 4 cm de diámetro, requiere tratamiento quirúrgico drenaje y hemostasia. Hemorragias retroperitoneales secundarias a una histerectomía demandan transfusiones masivas y nueva laparotomía exploradora para efectuar hemostasia, en caso de histerectomía subtotal con fluido sanguíneo probable de vasos cérvico-vaginales de arteria hipogástrica se puede realizar una arteriografía con el objetivo de identificar el vaso que sangra y proceder a su embolización (Asturizaga y Toledo, 2014).

Existe una inasistencia de uniformidad de cordura a la hora de definir la HPP aceptándose varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros se estimen. Universal es una de las más aceptadas pues es aquella que define la HPP como la pérdida hemática mayor a 500 ml tras un alumbramiento vaginal o a 1000 ml tras una cesárea (Reynosa et al., 2015).

Esta definición clásica dentro de las visiones de, Espitia et al. (2016), presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico quien tiende a subestimar estas cifras. Para los autores, la hemorragia postparto se define como la pérdida sanguínea de 500 ml o más después del parto fisiológico o más de 1000 ml en una cesárea, siendo esta una emergencia obstétrica y una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna, en todo el mundo y la tercera causa más frecuente en los países

subdesarrollados, hoy en día, la mayor disponibilidad, la atención obstétrica y mejor uso de fármacos oxitócicos, han permitido que su acontecimiento disminuya.

- **Retención placentaria:** si después de la conducción activa del nacimiento y hacer una tracción vigilada del cordón, luego de 30 minutos la placenta permanece retenida, entonces está constituyendo el estudio de placenta retenida. La inyección venosa infraumbilical de oxitocina: 10-20 U diluidas en 20 ml es el primer paso en el manejo de esta patología es de solución fisiológica. Si después de 15 a 30 minutos no se ve los signos de desprendimiento se debe aplicar la extracción manual de la placenta. Se considera que debe haber contraindicación para administración de ergonovínicos, ya que este ocasiona una contracción uterina tónica que retrasaría más la expulsión (Zamora et al., 2003).
- **Atonía uterina:** es el motivo primordial de la hemorragia postparto. Es presentado en uno de cada 20 partos, es representado en el 80% de las HPP y es comprometido de 50% de los fallecimientos maternos en naciones pobres. Para iniciar un tratamiento de la atonía uterina fundamenta una práctica de compresión en los casos más graves haciendo un masaje uterino y la suplementación de oxitocina por medio intravenoso. La compresión uterina o masaje, también es provocada en varias ocasiones la contracción uterina, puede reducir por sí mismo la hemorragia y así dar a los fármacos implementados el tiempo para que realicen su acción farmacológica (Iglesias y Urbina, 2016).
- **Restos placentarios:** el persistente sangrado uterino, la expulsión incompleta de la placenta como secundario, se presenta un sangrado con persistencia por lo que impide una contracción uterina eficaz. La gestión con más adecuación es revisar de cavidad uterina y legrado instrumental (Camacho y Pérez, 2013).

2.1.3.6. Teorías de enfermería

Lo que está ganando espacio, en palabras de Mesquita et al. (2009) es la enfermería con la aparición de trabajos investigativos y la develación y conocimiento que van generando las diferentes teorías que la conforman. A raíz de este razonamiento, comienza a conocerse como una disciplina relevante en el sector salud, debido a la importancia enfocada hacia la rehabilitación de los pacientes, promoción y prevención. Las primeras teorías acerca de la

enfermería, vinieron a conocerse en el siglo XX (década de los sesenta), centrado en relacionar el establecimiento hecho de una ciencia en la enfermería y una explicación a los sucesos que se refieren al universo natural.

En este sentido, León (2017) es una ciencia humana práctica, sistematizada cuyo fundamento recae en la explicación de hechos lógicos, racionales y básicos. Sus teorías se enmarcan dentro de un compendio de prácticas que sustentan el Proceso de Atención de Enfermería, ya que ofrece mecanismos, a través del cual, el profesional utiliza sus experticias, experiencias, opiniones, conocimientos y habilidades para dar a conocer un diagnóstico en un momento determinado. A los efectos de esta investigación, se dan a conocer la teoría considerada pertinente al fenómeno estudiado.

2.1.3.6.1. Teoría déficit de autocuidado

Una de sus máximas figuras es Dorothea E. Orem, quién la presenta de manera compuesta por tres siguientes teorías relacionadas: sistemas de Enfermería, déficit autocuidado y autocuidado. La idea vista desde una concepción integral, se basaba en fundamentar la aplicación de la teoría en el entorno de la gestión del cuidado, ofreciendo a los expertos en la rama, instrumentos para una eficiente atención, debido a cualquier situación respectiva con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, así como a las personas que toman la decisión sobre su salud y las personas sanas que prefieren tener un mantenimiento linealmente dentro de las conductas normales del riesgo en el entorno de la salud (Naranjo et al., 2017)..

Como lo indica su nombre, la teoría desarrolla la hipótesis del déficit de cuidado que se da uno mismo; abordando al individuo de manera integral, con miras a encausar los cuidados para generar un mejor bienestar durante el tiempo requerido para la recuperación del enfermo. Asimismo, contextualiza a la enfermería como el arte de proceder hacia la persona incapacitada, para ayudarla y ofrecerle apoyo recuperativo con el fin de administrar autocuidado para preservar la salud y la vida o, en su defecto, tener una gran mejoría de la enfermedad y afrontar los resultados de esta enfermedad, incorporando competencias a partir de la relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer necesidades y demandas de autocuidado.

Señalan Prado et al. (2014) que entre las competencias que se resaltan en la teoría se destacan: respeto hacia la dignidad humana, tolerancia, consentimiento de información, credo, veracidad e intimidad, confidencialidad, accediendo así que el enfermo sea participante en la planificación e implementación de su propia atención médica, teniendo la suficiencia para ser capaz de acoger

todos aquellos adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia adherida a la enfermería, haciendo énfasis en el respeto de las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión.

Esto conduce a comentar que, esta teoría planteada por Dorothea Orem (Déficit de su propio cuidado), es considerada la más investigada y aprobada en el ámbito de la enfermería, ya que busca en todos sus sentidos ampliar la visión de la asistencia de salud en los distintos escenarios que se desempeñan estos profesionales, ya que logra organizar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado. Refuerzan Prado et al. (2014), la definición de los siguientes conceptos paradigmáticos dentro de la teoría de Orem:

-Persona: percibe como organismo biológico al ser humano, pensante dinámico, integral y racional, con una suficiente cabida para reconocerse, emplear opiniones, símbolos para pensar y palabras, guiar esfuerzos y comunicar, hechos subsecuentes y capacidad para reflexionar en su propia experiencia, con el objeto de emprender actos relacionados con el autocuidado dependiente.

-Salud: estado direccionado hacia el significado de cosas distintas en sus diferentes componentes que lo conforman. Es relacionado hacia lo físico integro, funcional y estructural; escasez de defecto que complique el deterioro hacia el enfermo; así como desarrollando progresivamente y del ser humano reconocido integrado como la unidad individual, acercándose a grados de integración con salud cada vez más elevados. Es considerado una percepción del bienestar que tiene una persona.

-Enfermería: servicio humano prestado al momento de que una persona lo requiere por no tener la fuerza ni la habilidad para hacerlo por sí misma. Proporciona a las personas servicios de autocuidado, apegados a la ética y a los procedimientos necesarios, apoyando al enfermo por su condición de incapacidad supeditada por su actual situación física, mental, entre otras. Puede ser entendido como el conjunto de factores exógenos, influyentes en la decisión de la persona de emprender autocuidados de manera impersonal sobre su capacidad real de poder ejercerlo.

2.1.3.7. Las adolescentes embarazadas y las incidencias de los factores sociales que influyen en la HPP

Para la Organización Mundial de la Salud (2014), la juventud es un lapso de existencia donde el individuo obtiene una capacidad de reproducción, maneja los esquemas psicológicos de la niñez a la madurez y fortalece la independencia socioeconómica. En la opinión de Haeri Sina y

Baker Arthur es un período de cambio que interviene el desarrollo que señala al final de la niñez y predice la adultez. Para algunos adolescentes representa un lapso de incertidumbre y desesperación ya que se mezclan etapas de amistades internas, aflojamiento de ligaduras con los padres y de sueños acerca del futuro. Por lo tanto, el término anuncia el periodo desde un inicio de la pubertad hasta la vejez y empieza aproximadamente a la edad de catorce años en los varones y en las mujeres de trece años.

Tomando en consideración el trabajo de Chaj (2015), antes de los 20 años a nivel por lo mínimo tres de cada diez adolescentes resultan embarazadas antes de los 20 años, llevando una relevancia de porcentaje donde la mayoría ellas piensan en el aborto como primera opción de resolución, mientras que algunas jóvenes finalizan en partos donde la criatura nace sin vida, y otra parte deciden tener a los bebés. Bajo este mismo esquema, Perrota (2016) añade que dentro del periodo de gestación en las adolescentes puede tomarse como indicador el acceso a la salud concentrándose en las poblaciones más pobres, con condiciones inadecuadas de nutrición y salud. Para la autora, hace años que los estudios sobre este tema nos dan a conocer que los embarazos en la adolescencia se complican en por función de la maternidad previa, destacando los condicionamientos de género que definen a la identidad femenina y las tareas domésticas. Este estereotipo cultural y social también es determinado al acceso a la salud reproductiva y sexual.

El periodo de gestación en las jóvenes es considerado por Caraballo (2015) de mayor riesgo y sobrelleva más complicaciones ya que la gestante no se encuentra preparada física, ni mentalmente para obtener un bebé y ocupar la responsabilidad de la maternidad. Para la autora, las principales causas que originan estos riesgos se encuentran: la falta de conocimiento de educación sexual, la edad prematura en tener relaciones íntimas, el grado de educación de las gestantes, el estrato social y demográfico y desarticulación de los nexos familiares que provocan desajustes psicológicos que afectan directamente tales causas. Todo esto origina, una serie de riesgos una vez que la adolescente queda en cinta (embarazada) que puede producir daño físico tanto a la madre como al producto de la concepción.

Asiente Caraballo (2015) que todas estas situaciones son las que se integran posteriormente a problemas antes, durante y después del parto como, por ejemplo, la HPP. Los valores vitales principales se ven alterado ya que se van uniendo más dificultades a las nombradas como inadecuada alimentación, falta de apoyo de la pareja, desconocimiento de los cuidados previos en el embarazo, los respectivos chequeos ginecológicos, ausencia de vitaminas, el ser primeriza, la inexperiencia, etcétera, que se engranan para generar y aumentar los riesgos de la HPP. Esto

quiere representar que, de alguna manera, estos descuidos si prevalecen en relación a los riesgos adicionales de salud, evidenciando con frecuencia que las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo, lo que puede provocar problemas posteriores, es decir, incrementan el riesgo de hipertensión arterial y sus complicaciones.

En el crecimiento de la preeclampsia, según Vallejo (2013) existen algunos cuadros clínicos, es invocado el posible defecto del mecanismo inmunológico adaptado que permite el incremento de la estrecha interrelación en medio del organismo materno y su huésped. El embrión, al ser un 50 % de la estructura antigénica del principio paterno tiende a ser una especie de injerto. El defecto del mecanismo inmunológico adaptado se ha vinculado con los factores tales como lo inexperto del sistema inmunológico de la madre o, con una alteración funcional, que después podría estar agrupada con una escena de mala nutrición materna, la más común en embarazadas jóvenes.

Señala Vallejo (2013) que en relación a los componentes que aumentan el riesgo de HPP, identifica a las mujeres primigestas, las féminas con años maternos extremos y exposición con restringido al esperma. La preeclampsia es no sólo una hipertensión inducida por el gestante, sino es la segunda que interacciona a provenir de una perfusión placentaria reducida, así como de la perturbación en la función endotelial. Varias respuestas a la disminución de la perfusión placentaria podrían ser por adaptación del feto a la inferior cantidad de nutrientes recibidos.

Al respecto Vallejo (2013) señala lo que Wallemburg narra como una evidencia de adaptación circulatoria baja, se adapta circulatoriamente en medio del embarazo por un inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos, que tiende a ocasionar: desprendimiento prematuro de la placenta, hipertensión arterial materna, retardo del crecimiento intrauterino y prematuridad. Argumenta la falla existente dentro de las maquinarias fisiológicas de adaptación circulatoria de la adolescente embarazada, así como el síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. Este síndrome tiene dos modalidades: precoz y tardía, donde en el primero de los casos el fracaso reproductivo se debe a una impreparación anatómica o funcional de la circulación uterina, mientras que el segundo se produce por mala respuesta circulatoria materna de la adolescente gestante.

2.2. MARCO LEGAL

Dentro del marco legal, se toma como referencia lo expuesto en el artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador [CRE] (2008, p. 17) donde se establece que:

La salud constituye un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Asimismo, dentro del artículo 361 se establece:

El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Por otro lado, de acuerdo al artículo 4, de la Ley Orgánica de Salud se dictamina que:

La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias. (Asamblea Nacional, 2015, p. 2)

En este sentido, una de las responsabilidades quizá más importantes que tiene a su cargo el Ministerio de Salud Pública, es la expuesta dentro del artículo 6, numeral 34, que establece: “Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario” (Asamblea Nacional, 2015, p. 4).

Partiendo de este mandato, el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, establece como misión de la Dirección Nacional de Normalización definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión. A partir de ello, y entre los objetivos de esta Cartera de Estado se encuentra el reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con HPP,

garantizando el acceso de las pacientes a servicios de atención obstétrica seguros y de alta calidad (Asamblea Nacional, 2015, p. 4).

Para la consecución de este objetivo, resulta necesario que los profesionales de la salud, cuenten con una guía que reúna un conjunto de afirmaciones, desarrolladas de manera sistemática, que les oriente en la toma de decisiones acerca del manejo y atención de las pacientes con hemorragia postparto (Ministerio de Salud Pública, 2013). Con estos antecedentes, profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y especialistas en la materia desarrollan la Guía de Práctica Clínica (GPC) para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones acerca de prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Acretismo placentario: es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio (Muñiz et al., 2015).

Atonía uterina: es la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto (Carrillo, 2016).

Cesárea: es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero (Sarduy et al., 2018).

Factor de Willebrand: es una proteína plasmática que media la adhesión inicial de las plaquetas a los tejidos vasculares que han sufrido alguna lesión, además se une y estabiliza el factor de coagulación VIII (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016).

Fibrinólisis: proceso corpóreo que impide que los coágulos sanguíneos ocurran en forma natural y crezcan sin causar anomalías. Se refiere a la descomposición normal de los coágulos (Rodríguez et al., 2016).

Hemorragia: cualquier episodio hemorrágico en un músculo determinado clínicamente y/o mediante estudios de imágenes, generalmente relacionado con dolor y/o inflamación y disfunción (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016).

Hemorragia postparto: es la pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal y que supera 1000cc en un parto por cesárea (Berrezueta y Jacome, 2019).

Hemorragia Postparto Primaria: la HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto (Berrezueta y Jacome, 2019).

Hemorragia postparto secundaria o tardía: se produce entre las 24 horas y 6 semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas (Berrezueta y Jacome, 2019).

Muerte materna: ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la edad gestacional y del lugar del parto, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015b).

Parto normal: es aquel comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o la niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015a).

Placenta acreta, increta y percreta: adherencia de la placenta a la pared uterina (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017a).

Prenatal: conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015b).

Prueba de trabajo de parto: es el procedimiento obstétrico al que se somete a una paciente con relación céfalo-pélvica límite que tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, mediante su vigilancia y conducción (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015a).

Score Mamá: herramienta de puntuación de signos vitales para reconocimiento de alerta temprana en el embarazo basada en indicadores fisiológicos, orientada a la identificación temprana de patología obstétrica. Se aplica al primer contacto con pacientes obstétricas, en cualquier nivel de atención (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017b).

Sepsis: disfunción orgánica que pone en peligro la vida, provocada por una respuesta del huésped hacia una infección (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017b).

Signos vitales: son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017b).

Síndrome de HELLP: es una complicación de la preeclampsia - eclampsia, que se caracteriza por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas. Suele ser considerado como una complicación de la preeclampsia grave; sin embargo, en el 15 % de los casos puede ocurrir en ausencia de signos de la misma (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017b).

Sutura hemostática de B-Lynch: sutura comprensiva que se coloca quirúrgicamente para tratamiento de hemorragia postparto (Guzmán et al., 2017).

Útero de Couvelaire: infiltración de sangre dentro del musculo uterino que se acompaña de atonía uterina (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2016).

Trabajo de parto: contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración que producen borramiento y dilatación del cérvix (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015a).

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. Hipótesis General

H₁: Los factores obstétricos son los más influyentes en la presentación de hemorragia postparto en las pacientes adolescentes con atención en el “Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro”, en el tiempo comprendido de enero a diciembre 2020.

H₀: Los factores obstétricos no son los más influyentes en la presentación de hemorragia postparto en las pacientes adolescentes atendidas en el “Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro”, en el tiempo comprendido de enero a diciembre 2020.

2.4.2. Declaración de variables

Variable independiente:

- Factores presentes en las adolescentes embarazadas.

Variable dependiente:

- Hemorragia postparto (HPP).

			Secundarias	<p>Maniobras obstétricas recomendadas. Deshidratación. Óbito fetal. Preeclampsia. Eclampsia. Agotamiento materno. Corioamnionitis. Anestésicos hipotónicos. Negligencia profesional.</p> <p>Inversión Uterina. Placenta acreta. Desgarros obstétricos. Retención placentaria. Retención de restos placentarios. Atonía uterina.</p>	Sección III. Factores de Riesgo para HPP – Después del parto.
Planificar los protocolos de procedimientos que ayuden a disminuir el índice de la hemorragia postparto registrado en el hospital	Hemorragia postparto (HPP) V. D.	Contribuir al descenso de cifras de mortalidad producidas por la HPP	Féminas embarazadas de edades comprendidas entre los 13 y 19 años de edad	Mujeres que presentan HPP	Revisión documental. La observación. Resultados del instrumento de recolección

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL

Desde la opinión de Cabezas et al., (2018); el conjunto de pasos, técnicas y procedimientos sistemáticos empleados para organizar, entender, formular y resolver problemas de investigación; utilizando pruebas o verificación de hipótesis, es conocido como metodología. En otras palabras, es el conjunto de fases y preceptos, necesarias para conducir una investigación, cuyos resultados sean aceptados como válidos para la comunidad científica.

En referencia a lo anterior, la investigación fue de tipo no experimental, observacional, cuantitativo, descriptivo, prospectivo de campo de corte transversal. Es de tipo no experimental, porque no existirá manipulación deliberada de las variables, debido a que se observaran los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos con fines investigativos. Es observacional, debido a que se observaron las condiciones de las pacientes. El enfoque es cuantitativo, ya que analiza la realidad a partir de las mediciones numéricas y análisis estadísticos (Guzmán, 2018).

Es de naturaleza descriptiva, dado a que describe la relación de las variables objetos de estudios. También es prospectivo, dándole seguimiento al problema antes planteado y permite analizar estudiar la incidencia de las causas de la HPP. De campo, ya que se obtiene información de la realidad a través de la recolección de datos; y finalmente, es transversal, porque el estudio se realiza una sola vez en un tiempo determinado, el análisis se enfoca en efectos y consecuencias (Hernández y Mendoza, 2018).

3.2. LA POBLACION Y LA MUESTRA

3.2.1. Características de la población

El objetivo de estudio en la población estuvo en conformidad por un total de 400 pacientes embarazadas que fueron atendidas en el área de parto, cirugía y maternidad del Hospital Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro durante el periodo enero-diciembre 2020.

3.2.2. Delimitación de la población

La población de estudio estuvo conformada por 400 adolescentes embarazadas de 13 a 19 años que concibieron en el Hospital Dr. León Becerra Camacho de Milagro durante el periodo enero-diciembre 2020.

3.2.3. Tipo de muestra

El tipo de muestra es no probabilística de conveniencia, ya que se está investigando a un grupo de pacientes adolescentes atendidas en el área de parto, cirugía y maternidad.

3.2.4. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra es de 40 pacientes adolescentes puérperas (edades comprendidas entre 13 y 19 años) que presentaron hemorragia postparto.

3.2.5. Proceso de selección

Las pacientes se seleccionaron acorde con la llegada al área de parto, cirugía y maternidad del Hospital Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de hemorragia postparto.
- Edades expuestas entre 13 y 19 años.
- Documentación que dispongan notas de postparto y complicaciones que reposan en el área de parto, cirugía y maternidad.

Criterios de exclusión

- En el periodo de estudio no estar dentro de ello.
- Documentos internos de las pacientes que no presente hemorragias postparto.

3.3.LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1. Métodos teóricos

Inductivo

La postura de Villabella (2015) en relación a este método "...va de particular a lo general instaurando un principio general luego de realizar el estudio y análisis del acontecimiento o fenómeno en particular" (p. 69). Bajo este escenario, el método general que será aplicado dentro del presente estudio será el inductivo, pues a través de la recolección de información y diferentes puntos de vista de los sujetos de investigación en su estado propio permitirán llegar

a una conclusión general que probablemente ayudará a plantear una alternativa de solución al problema detectado.

Analítico

Este método consiste en la desmembración de un todo, en sus elementos con la finalidad de obtener su naturaleza, relaciones y peculiaridades. En este sentido, el análisis implica ir de lo concreto a lo abstracto mediante la aplicación de diferentes etapas como: la descripción, la observación, el examen crítico, la descomposición del fenómeno, la enumeración de las partes, la ordenación, y la clasificación como parte definitiva de la investigación, que conduce finalmente a establecer el fenómeno como un todo (Ruiz, 2012).

3.3.2. Métodos empíricos

Observación

Se utilizó los documentos internos realizadas en el área de parto, cirugía y maternidad de cada paciente que fueron hospitalizadas a causa de hemorragias postparto y verificar con la ayuda de los registros de chequeo los factores de riesgo, analizando las causas y sustentándose mediante los exámenes de laboratorio conexos en cada caso.

3.3.3. Técnicas e instrumentos

La técnica empleada en la investigación, consistió en la revisión minuciosa de los expedientes existentes del área de parto, cirugía y maternidad del Hospital General Dr. León Becerra Camacho, con la finalidad de identificar las pacientes adolescentes que fueron intervenidas en labores de parto y revisar los valores y síntomas para poder identificar los distintos factores de riesgo en HPP ocurridas entre enero y diciembre de 2020.

El instrumento que se empleó en la presente investigación, fue una ficha donde se encuentran preguntas relacionadas con la HPP, así como de los factores determinantes que inciden, sobre todo en mujeres adolescentes. La ficha consta de cuatro secciones. En la primera y segunda se destacan los datos generales para conocer las diferentes edades, procedencia, estado civil, escolaridad y ocupación de la población estudiada. La tercera se desarrolla en tres momentos (antes, durante y después), trata de factores incidentes antes del parto el cual es importante conocer los diversos síntomas que presentan las féminas precoces. Entre los factores antes del parto se encuentran: si presentó alumbramiento, ser primigesta, si eran múltiparas, si presentó parto por cesárea, si ocurrió distensión uterina, SGH, miomatosis, coagulopatía y anemia.

La sección durante el parto, se describieron los factores adheridos a las siguientes acciones: placenta previa, DPPNI, si fue parto domiciliario, uso excesivo de oxitocina, parto precipitado, trabajo de parto prolongado, maniobras obstétricas no recomendadas, deshidratación, óbito fetal, preeclampsia, eclampsia, agotamiento materno, corioamnionitis, anestésicos hipotónicos y mala atención del parto por personal de salud. La sección después del parto, se atendieron factores relacionados con la inversión uterina, placenta acreta, desgarros obstétricos, retención placentaria, retención de restos placentarios y atonía uterina.

La cuarta sección, va referida a los grados (No Choque, Leve, Moderada y Severa) por las cuales las féminas adolescentes gestantes, pueden presentar HPP. Entre las actividades sintomáticas se destacan en la ficha: índices de choques, frecuencia cardíaca, PA sistólica, estado de conciencia, mortalidad, pérdida sanguínea, pérdida de volemia, lactato, fibrinógeno y necesidad de productos sanguíneos. Es oportuno destacar, que la ficha que fue aplicada por Iglesias y Urbina (2016) para la obtención del título de Médico Cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, para una población particular y determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia postparto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Escuela César Amador Molina (HECAM), Matagalpa en el período 2010-2013.

En ese mismo orden de ideas, la ficha relacionada con los grados para determinar los niveles de HPP, fue aplicada por Lino, et al. (2019) en una investigación realizada para la Revista La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición titulada hemorragia postparto: nueva tendencia; aplicado en un estudio literario que involucró a 32 artículos médicos que incluyen las GPC. La validación de las fichas presentadas se realizó tomando en consideración las exigencias de las instituciones involucradas en la investigación y las aceptaciones de los estudios. El instrumento está acoplado al contexto del trabajo (véase Anexo 1).

La ficha de evaluación fue revisada y posteriormente validada por personal del área de ginecología, quienes son expertos en el tema, calificaron la ficha bajo parámetros de validez, pertinencia y coherencia en el tema, obteniendo así una validez global del 86.6% de confiabilidad permitiendo así su aplicación.

3.3.4. Consideraciones éticas

Se realiza con propósitos académicos. La recolección de datos obtenidos se realizará de forma anónima sin publicar ningún tipo de información de las pacientes participantes, sin embargo, la

información alcanzada será de uso estricto de la investigadora asegurando la privacidad y confianza.

3.4. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada, analizada e interpretada producto de los resultados de la aplicación del instrumento de medición, fueron realizados empleando la herramienta Hoja de Cálculo Excel incluyendo la estructura de las figuras.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

La información recolectada fue ubicada por medio de los documentos internos que reposan en la unidad de parto, cirugía y maternidad del Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, de pacientes que presentaron HPP durante el año 2020. Una vez ejecutado el análisis cuantitativo con base al instrumento diseñado y empleado; a continuación, se detallan los datos relevantes en los siguientes cuadros y figuras:

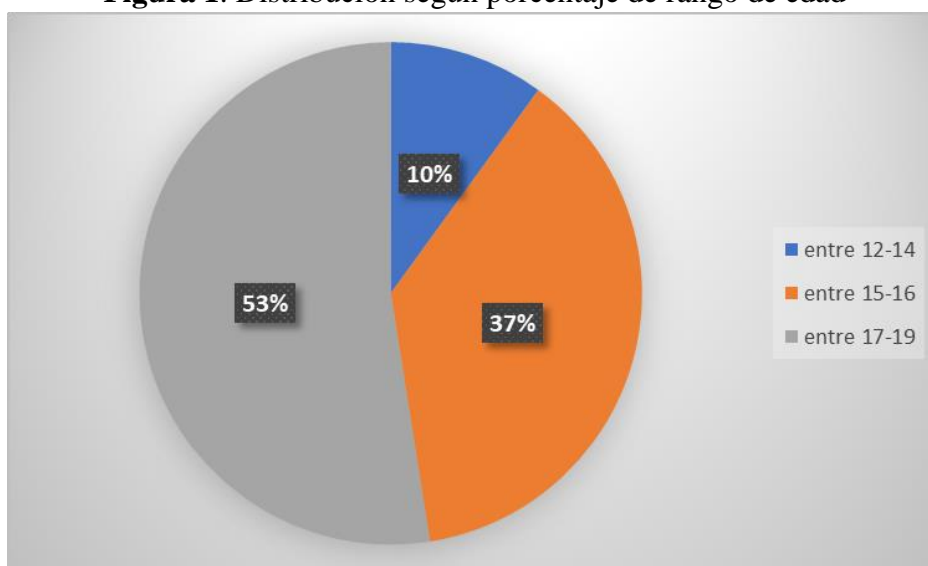
Tabla 1. Distribución según rango de edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12-14	4	10
15-16	15	37,50
17-19	21	52,50
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 1. Distribución según porcentaje de rango de edad



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: Teniendo en consideración la edad condicionante para la recolección de la información tomado de los documentos internos sobre casos de gestantes adolescentes durante el año 2020 los resultados fueron los siguientes: el 10% comprendía de féminas entre los 12 y 14 años, el 37,50% se encontraron entre los 15 y 16 años y finalmente el 52,50% fueron mujeres

entre los 17 y 19 años. Siendo esta última el monto más relevante o significativo en la muestra de 40 pacientes que presentaron HPP.

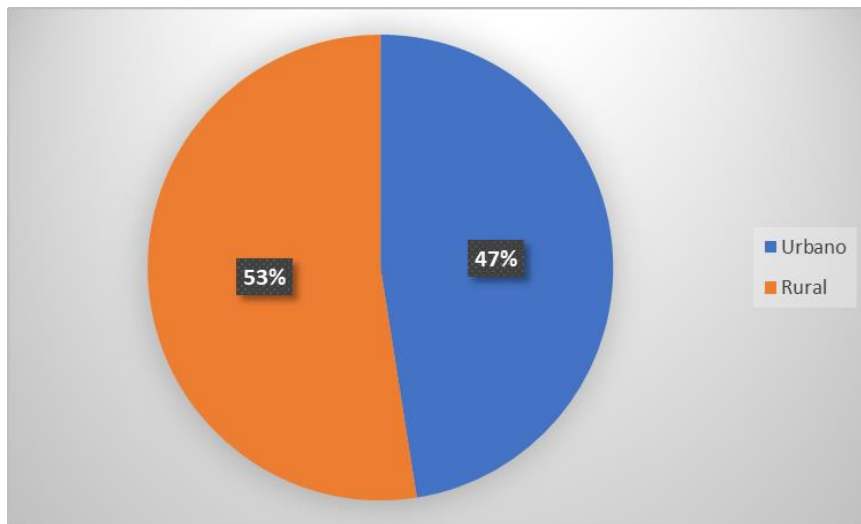
Tabla 2. Distribución sociodemográfica

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbano	19	47,50
Rural	21	52,50
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 2. Distribución sociodemográfica



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: En relación a los puntos geográficos de las pacientes que padecieron de HPP en el “Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro” a lo largo del año 2020, el 47,50% residían en la zona urbana, mientras un 52,50% radicaban en la zona rural.

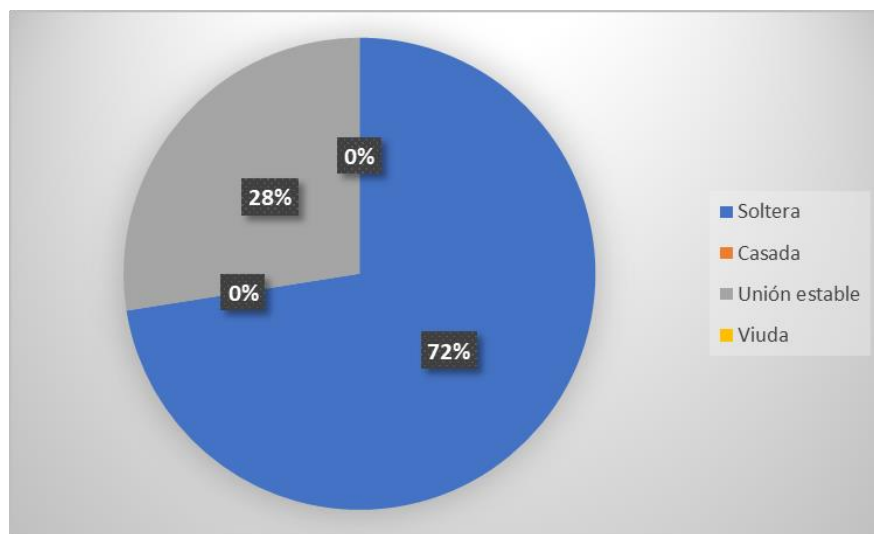
Tabla 3. Estado civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	29	72,50
Casada	0	0
Unión estable	11	27,50
Viuda	0	0
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 3. Estado civil



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: la estabilidad emocional forma parte del antes, durante y después del parto; por lo tanto, la condición de la mujer (sobre todo en la adolescencia) con la pareja es importante y relevante para el apoyo psicológico en momentos tan delicado y apremiante. Para esta investigación el 72,50% de las féminas que integran la población se encuentran solteras, mientras un 27,50% mantienen una relación estable con su pareja.

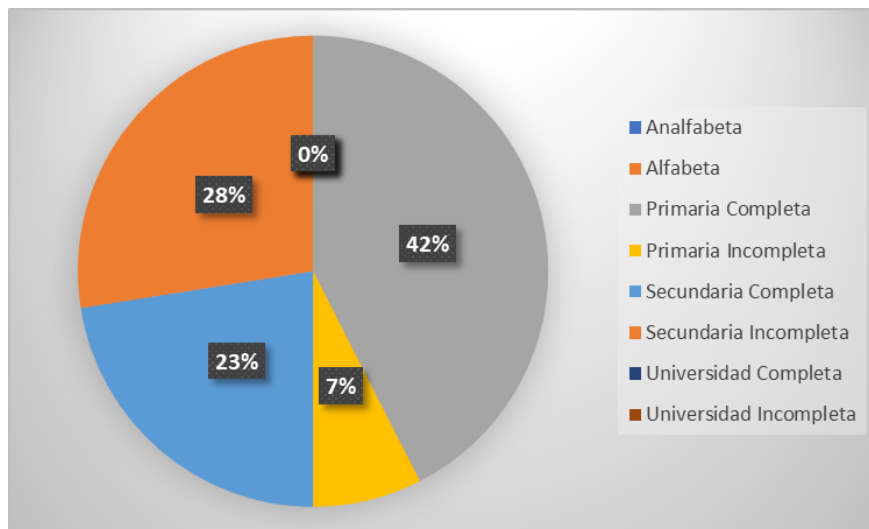
Tabla 4. Nivel de estudios

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	0	0
Alfabeta	0	0
Primaria completa	17	42,50
Primaria incompleta	3	7,50
Secundaria completa	9	22,50
Secundaria incompleta	11	27,50
Universitaria completa	0	0
Universitaria incompleta	0	0
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 4. Nivel de estudios



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: el estudio arrojó entre las diferentes modalidades de estudio, que el 42,50% de las adolescentes que conforman la data de la investigación no lograron completar todavía la primaria, sin embargo, un 7,50% si la pudieron culminar. Asimismo, el 22,50% del porcentaje anterior pudo completar los estudios secundarios y el 27,50% no logró ese nivel de estudios. Ninguna de las mujeres adolescentes que presentaron HPP, no registraron estudios universitarios.

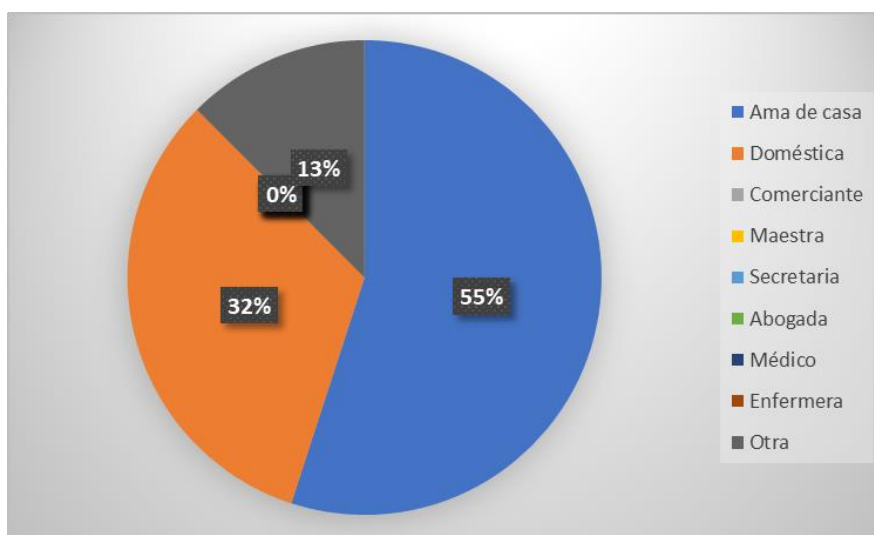
Tabla 5. Ocupación

OFICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	22	55
Doméstica	13	32,50
Comerciante	0	0
Maestra	0	0
Secretaria	0	0
Abogada	0	0
Médico	0	0
Enfermera	0	0
Otra	5	12,50
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 5. Ocupación



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: Siempre es importante tener una fuente de ingresos que permita solventar ciertas situaciones personales. A pesar de que las mujeres gestantes que presentaron HPP son adolescentes, debido a diferentes motivos se tiene la prioridad de hacer varias actividades laborarles formales e informales. En este sentido, el 55% de las féminas se ocupaban de los quehaceres de hogar, mientras que un 32,50% prestaban sus servicios en casa de familia como doméstica y apenas el 12,50% realizaban trabajos eventuales diversos.

En líneas generales en cuanto a los datos generales se obtuvo lo siguiente (véase Cuadro 6):

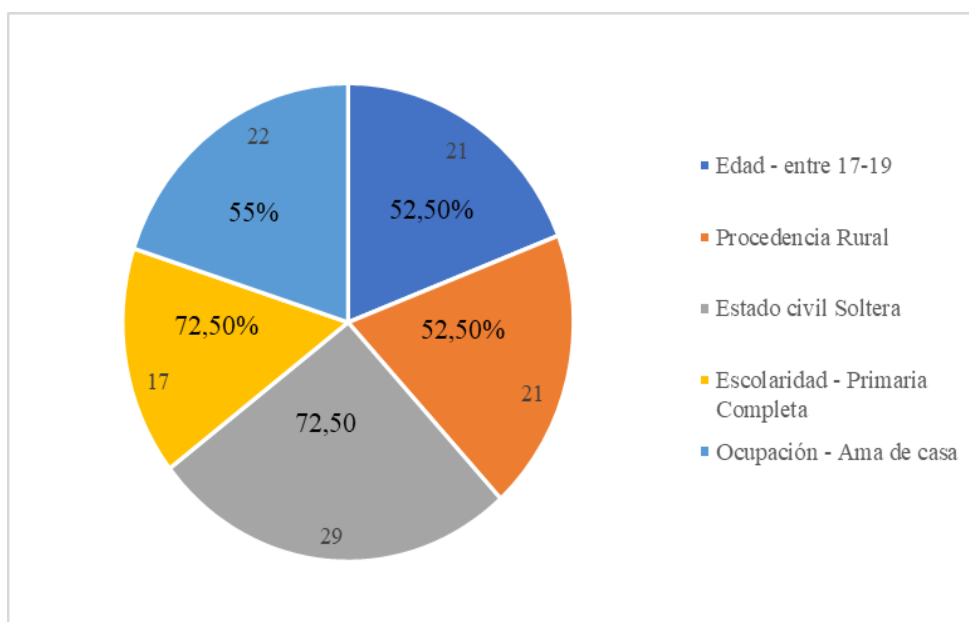
Tabla 6. Datos generales de la sección I-II

DATOS GENERALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	21	52,50
Rural	21	52,50
Soltera	29	72,50
Primaria completa	17	72,50
Ama de casa	22	55

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 6. Datos generales predominantes



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Las edades de las adolescentes gestante que presentaron mayores casos de HPP estuvo comprendido entre los 17 y 19 años (52,50%), cuya procedencia sociodemográfica provenían de zonas rurales (52,50%) y por lo general su estado civil eran solteras (72,50%). En cuanto al nivel de escolaridad la mayoría culminó sus estudios primarios (72,50%) y muy pocos lograron culminar el bachillerato (22,50% de ese porcentaje anterior). Asimismo, gran parte de las féminas que formaron parte de la data el 55% se ocupan como amas de casa. Con esta información se pueden deducir circunstancias sociales, económicas, laborales, emocionales y psicológicas que pueden influir en mujeres adolescentes que presentaron HPP.

Seguidamente se detallan datos acerca de la situación de las adolescentes que presentaron HPP antes, durante y después del parto para analizar las causas y motivos que la generaron. Los datos

referentes al porcentaje sobre si hubo HPP antes del parto durante el alumbramiento, los resultados fueron los siguientes:

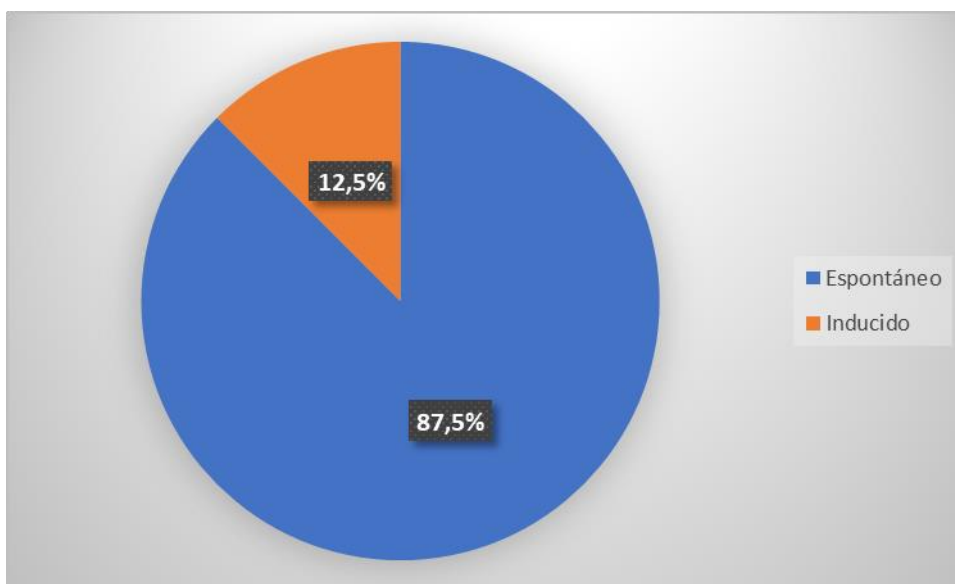
Tabla 7. HPP durante el alumbramiento

ALUMBRAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Esponáneo	35	87,50
Inducido	5	12,50
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 7. HPP durante el alumbramiento



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: Los resultados arrojaron que un 87,5% tuvo HPP durante el alumbramiento antes del parto, deduciendo que este nacimiento se dirigió con oxitocina vía infraumbilical tiene mejor eficacia en comparación con el nacimiento espontaneo. Al no aplicar el nacimiento con buena dirección de este un procedimiento que llevará mucho más riesgo de HPP y obstáculos obstétricos. Durante el alumbramiento, se deben proporcionar agentes uterotónicos preventivo; por lo tanto, se recomienda la administración de oxitocina (IM/IV, 10 UI) como el uterotónico preferido. Apenas un 12,5% no presentó tal situación.

En cuanto a reconocer si las adolescentes gestantes que incurrieron en HPP eran primigestas, los resultados fueron:

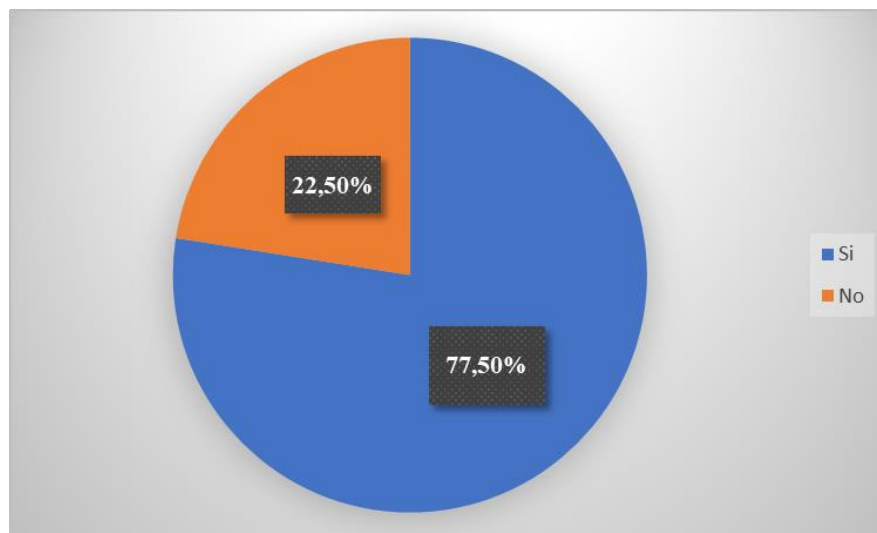
Tabla 8. Primigesta

PRIMIGESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	31	77,50
No	9	22,50
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 8. Primigesta



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: como se observa el 77,50% resultaron ser adolescentes gestante primigestas la cual indica un alto nivel de probabilidad en este tipo de pacientes la episiotomía juega un componente de riesgo para la hemorragia postparto observándose que a este grupo de embarazadas se les realizó dicho procedimiento siendo causante de la HPP. Sin embargo, al analizar el grupo de primigestas el 22,50% no tuvo episiotomía, lo que refleja que en muchas mujeres primigestas tuvo cierto grado de protección, aunque la diferencia no tuvo significancia estadística.

Respecto a si la población estudiada era múltipara, los resultados arrojaron:

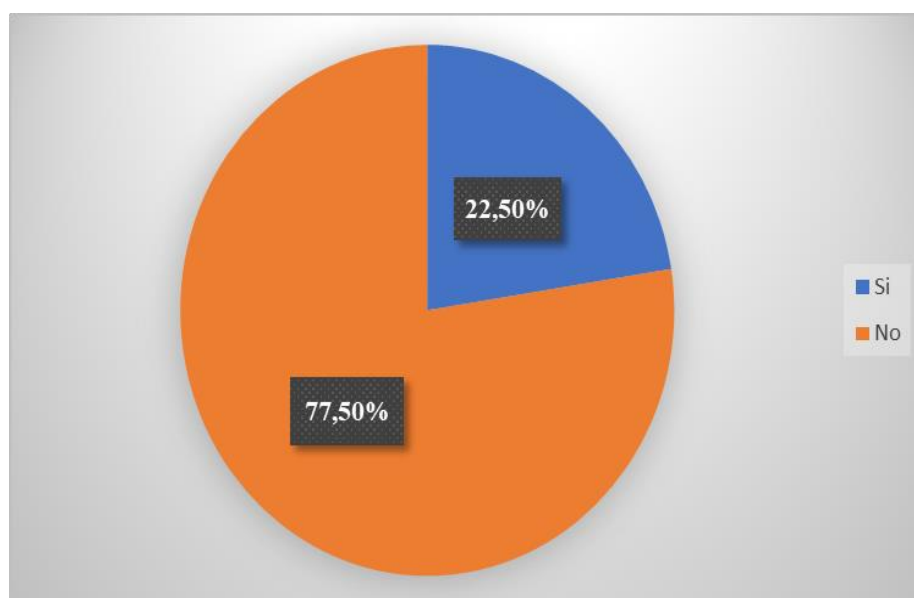
Tabla 9. Adolescentes múltiparas

MULTÍPARAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	9	22,50
No	31	77,50
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 9. Adolescentes múltiparas



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: tal situación arrojó que un 77,50% de las primigestas no son múltiparas y en cierta forma concuerdan con los resultados anteriores. Las mujeres múltiparas por lo general tienden a ser más cercanas a producir HPP debido a lo exigente que resulta su condición de haber pasados por un número considerado de partos en el tiempo. Por su puesto que la edad en el estudio tal vez no permita que ciertas féminas adolescentes todavía no lleguen a ese estado, pero pudieran ser un paciente potencial en el tiempo. También se observó que el 22,50% ya se encuentra dentro de esta peligrosa situación multigestante.

Determinar si una puérpera que tuvo HPP antes del parto su parto fue por cesárea, la situación encontrada fue la siguiente:

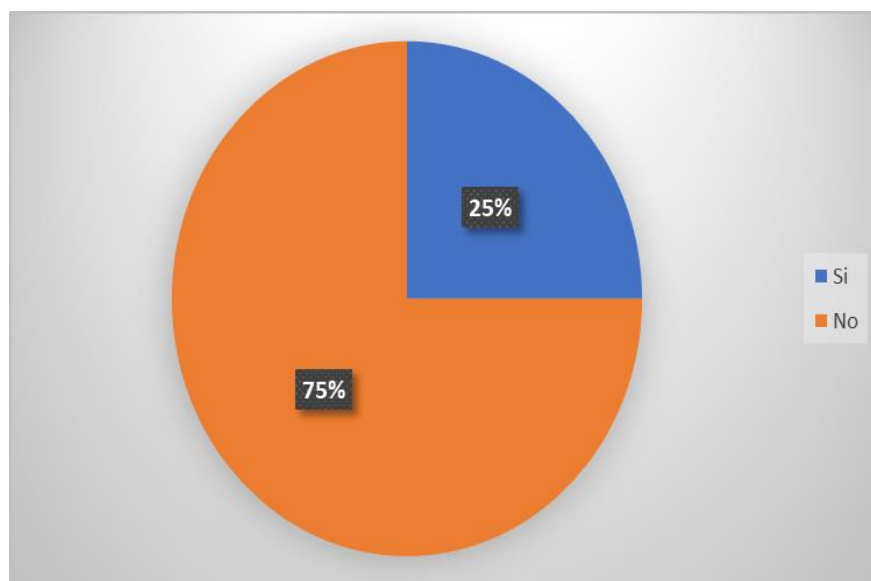
Tabla 10. Parto por cesárea

PARTO POR CESÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	10	25
No	30	75
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 10. Parto por cesárea



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: En este punto el 75% de las mujeres adolescentes fueron atendidas mediante el proceso de parto normal. Esto determina que de alguna manera los protocolos previsivos respecto a las no incidencias de HPP fueron practicadas de manera adecuada. Sin embargo, un 25% entraron en situación de cesárea, sobre todo por presentar diversas complicaciones que no tienen que ver únicamente con HPP. Las pérdidas de sangre que ocurren en una operación tipo cesárea no deben adjuntársele a un proceso subsecuencia de hemorragia. Son situaciones diferentes que de alguna manera se puede complicar por otros hechos que se generan antes y durante el parto.

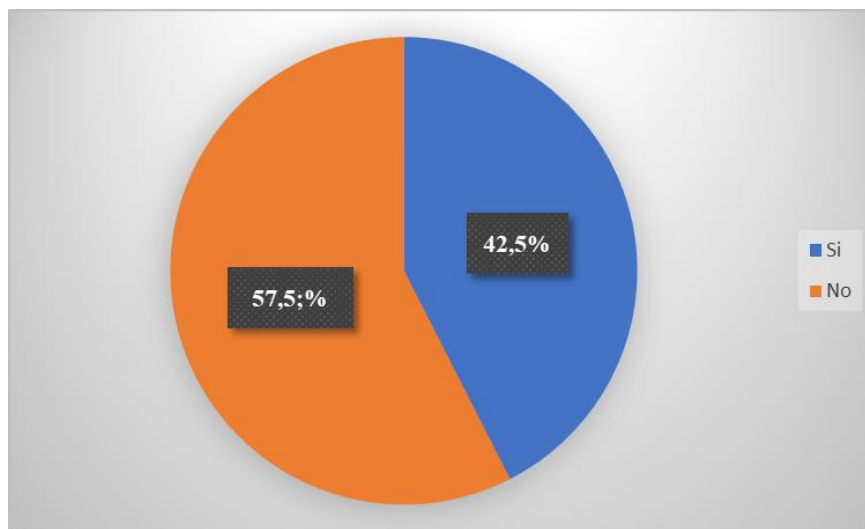
Al momento de evaluar si se presentó distensión uterina, los registros clínicos arrojaron la siguiente información:

Tabla 11. Distensión Uterina (DU)

DU	FRECUENCIA	%	Macrosomía	Polihidramnios	Embarazo múltiple
Sí	17	42,50	11	6	0
No	23	57,50			
TOTAL	40	100			

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.
Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 11. Distensión uterina



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.
Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: el 42,50% si presentó distensión uterina siendo el 64,70% de tipo macrosomía y 35,30% de polihidramnios. Este resultado da por enterado que la causa del desgarro uterino se origina por la ruptura mediante el periodo de gestación, labor de alumbramiento o el alumbramiento de un desbarate en el útero que tiene como resultado de la presión. El útero tiende a romperse en varias o en todas sus capas, siendo comprometido el suministro de oxígeno de la criatura y haciendo una provocación de un sangrado severo en la mujer materna. El 57,50% no presentó tal situación, siendo un poco alentador tal resultado.

Es bueno destacar que durante el parto se presentaron síndromes hipertensivos gestacionales, presentando estos datos:

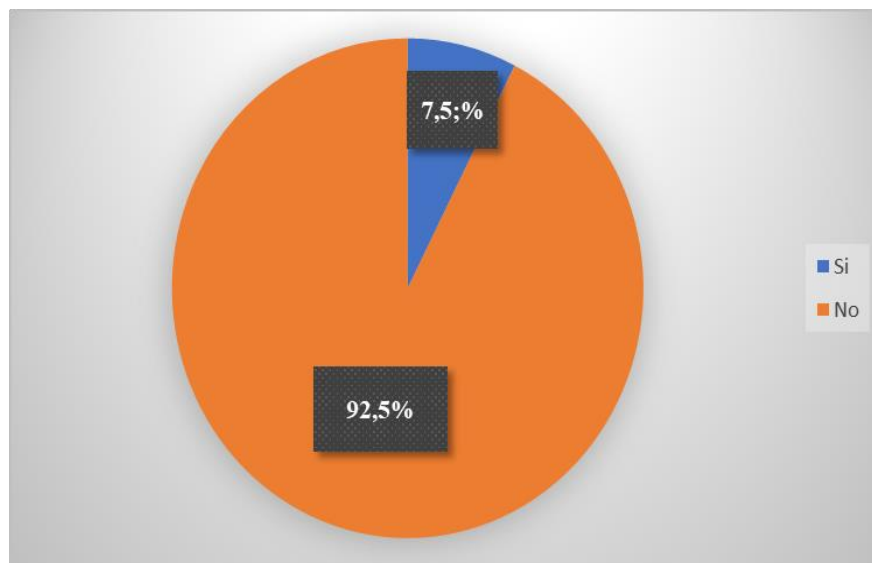
Tabla 12. Síndrome de hipertensión gestacional (SHG)

SHG	FRECUENCIA	%	Crónico	Gestacional	Preeclampsia
Sí	3	7,50	0	0	3
No	37	92,50			
TOTAL	40	100			

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 12. Síndrome de Hipertensión Gestacional (SHG)



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: en relación a este importantísimo punto se obtuvo que el 92,50% no presentó este síndrome que resulta muy relevante mantenerlo controlado. Se puede notar que un 7,5% si lo presentó siendo de tipo preeclampsia el cual es una complicación del embarazo caracterizada por ciertas desgracias en un distinto sistema de órganos, mucho más frecuente los riñones y el hígado. Ordinariamente, la preeclampsia empieza posteriormente de las 20 semanas de gestación en mujeres donde la presión arterial había existido normal. En este caso los tres casos presentados fueron determinados como preeclampsia.

Seguidamente se indagó acerca de la miomatosis, detallando lo siguiente:

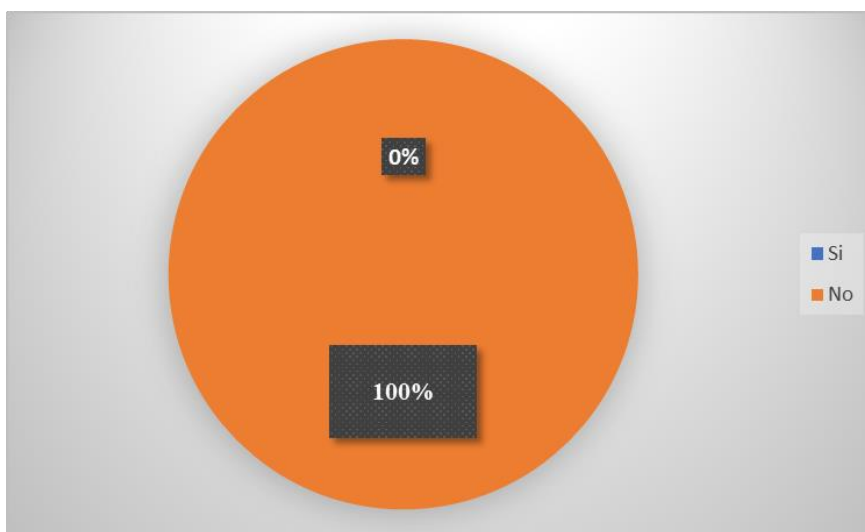
Tabla 13. Miomatosis

MIOMATOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	0	0
No	40	100
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 13. Miomatosis



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: El 100% es decir, las 40 mujeres adolescentes no presentaron miomatosis en ninguna de su tipología (submucoso, subseroso, intramurales y transmurales).

En consecuencia, a lo anterior, se investigó sobre la existencia de coagulopatía antes del parte, detallando:

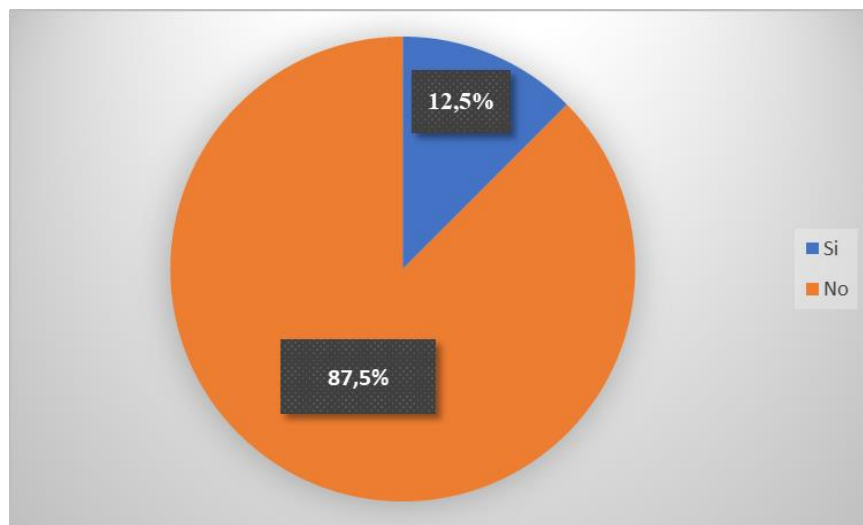
Tabla 14. Coagulopatía

COAGULOPATÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	Pérdida de sangre uterina de origen no menstrual
Sí	5	12,50	5
No	35	87,50	
TOTAL	40	100	

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 14. Coagulopatía



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: el 87,50% de las mujeres adolescentes no presentaron coagulopatía, lo que significa que el tipo de gravedad e incidencia varían en función de la etiología de la HPP. En este caso apenas el 12,50% si lo presentó en compañía de atonía y desgarros que provocaron pérdida de sangre uterina de origen no menstrual (los cinco casos). No presentaron hemorragias de este tipo por desprendimiento de placenta, ni tampoco un desarrollo rápido de hipofibrinogenemia y trombocitopenia.

Finalmente, con los resultados de HPP antes del parto se señala si hubo la presencia de la anemia, cuyos resultados fueron:

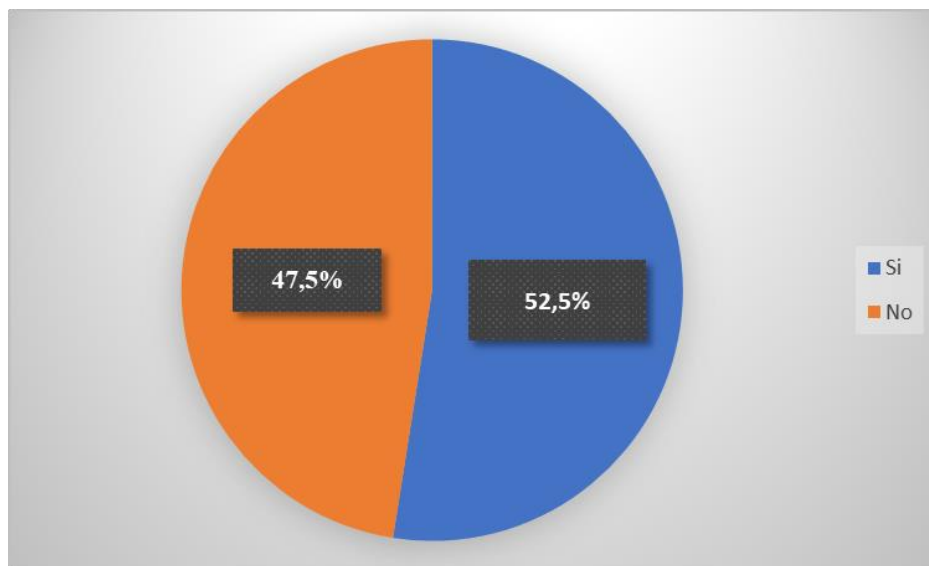
Table 15. Anemia

ANEMIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	DEFICIENCIA DE HIERRO
Sí	21	52,50	21
No	19	47,50	
TOTAL	40	100	

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 15. Anemia



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: los resultados relacionados con la anemia antes del parto se presentaron en el 52,50% de las puérperas adolescentes, una cifra más alta era lo que se esperaba de acuerdo a las cifras respecto a la edad de las féminas. Las mujeres en situación de gestación que sufren de anemia, tienen como resultados adversos inmediato como; por ejemplo, HPP. Por otro lado, el 47,50% no presentó tal situación anémica.

Siguiendo en este orden de mostrar los resultados que devienen de los registros clínicos revisadas, es importante resaltar las cifras que arrojaron los diferentes síntomas y comportamiento realizadas o presentadas durante el parto (véase Cuadro 16), en relación a la HPP. Es precisamente en este punto donde ocurren por lo general las pérdidas fatales producto de la no prevención sobre el manejo de las HPP. Durante el puerperio sobre todo en adolescente precoz y primigesta como la mayoría de la muestra tratado en la investigación, las primeras 24 horas resultan vitales.

Entre las complicaciones más comunes se pueden presentar la dehiscencia de la histerorrafia, atonía uterina, inversión uterina, traumatismo cérvico-vaginal, endometritis, trastornos adherenciales placentarios, retención de restos ovulares, retención de restos ovulares y involución anormal del lecho placentario. Como efectos Secundarios se destacan: coagulopatías congénitas, adquiridas, coagulación intravascular diseminada, coagulopatía post transfusional, sepsis intrauterina, preeclampsia /HELLP y óbito fetal.

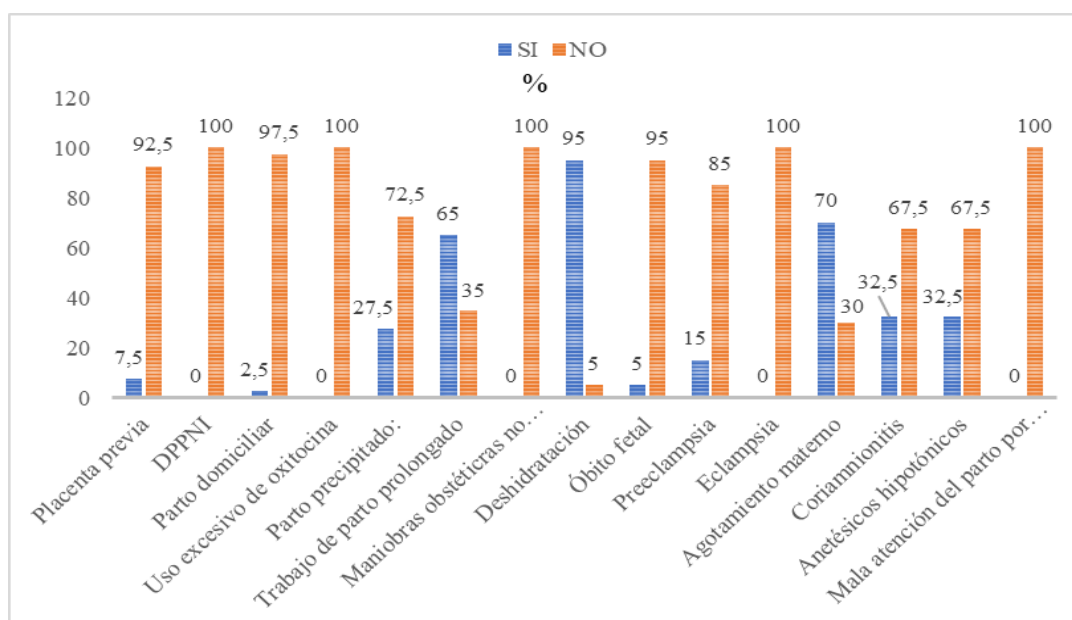
Tabla 16. Atención durante el parto

ESTADÍOS	SI	NO
Placenta previa	3	37
DPPNI	0	40
Parto domiciliari	1	39
Uso excesivo de oxitocina	0	40
Parto precipitado	11	29
Trabajo de parto prolongado	26	14
Maniobras estéticas no recomendada	0	40
Deshidratación	38	2
Óbito fetal	2	38
Preeclampsia	6	34
Eclampsia	0	40
Agotamiento materno	28	12
Corioamnionitis	13	27
Analgésicos hipotónicos	13	27
La baja atención del parto por el personal de salud	0	40

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 16. Atención durante el parto



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: los resultados señalan que el 7,5% si presentó problemas de placenta previa mientras un 92,5% no tuvo esa sintomatología. El 100% de las mujeres adolescentes no presentaron la DPPNI que justifica la intervención prematura de estas mujeres maternas tiempo anterior de

mostrar dicha complicación que probable se da por el buen manejo de la complicación. El 2,5% tuvo un parto domiciliario y el 97,5% no lo tuvo. Asimismo, el 100% de las féminas registradas en los expedientes clínicos no presentó uso excesivo de oxitocina. En este mismo orden de ideas el 27,5% tuvo un parto precipitado y un 72,5% no sufrió de tan estresante situación, aunque o en contraste el 65% de las puérperas durante el parto registró 65% de parto prolongado y un 35% no. Las maniobras obstétricas no recomendadas no se hicieron presente durante los partos registrados.

La deshidratación fue uno de los factores más resaltante durante el parto, llegando a tener 95% de presencia. Respecto al óbito fetal el 5% si lo presentó mientras que el 95% no. Además, el 15% de las mujeres tuvieron episodios de preeclampsia que a pesar de no ser un porcentaje escandaloso no deja de ser preocupante, por lo tanto, se debe controlar y disminuir. No hubo eclampsia y, por lo tanto, no se considera un factor de riesgo para HPP. En cuanto al agotamiento que presentaron las adolescentes estuvo por el orden del 70%, dejando claro lo agotador del proceso y lo que significa este proceso de gestación. La corioamnionitis estuvo en 32,5% de los partos destacando que no tuvo incidencia como factor de riesgo ya que los partos no presentaron infección vaginal. Mientras que los anestésicos hipotónicos estuvieron por el orden del 32,5% y 67,5% no se hicieron presentes siendo satisfactorio durante el proceso. Finalmente, no se apreciaron manejos inequívocos o mala atención por parte del personal de salud, lo que significa respecto a la ética y diligencia de estos profesionales en la atención es adecuada, aguantando por la salud de una población en riesgo.

Seguidamente se muestran los resultados provenientes de los factores de riesgos de la HPP, después del parto:

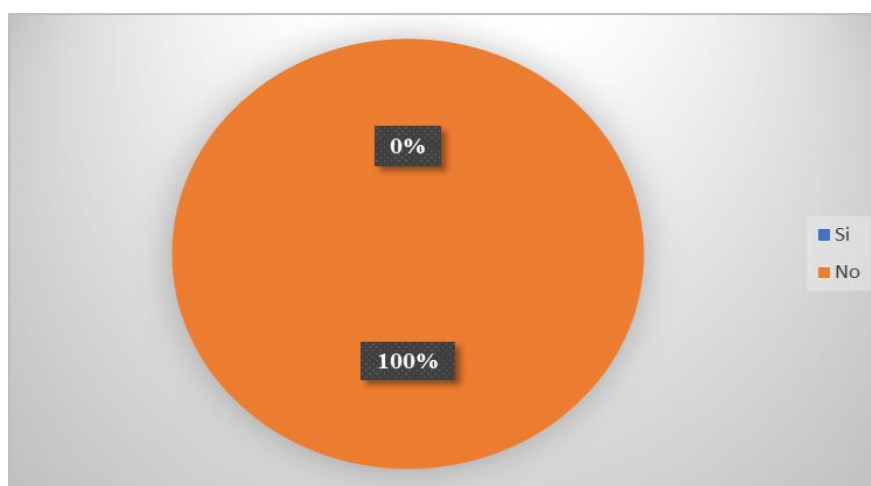
Tabla 17. Inversión uterina

INVERSIÓN UTERINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	0	0
No	40	100
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 17. Inversión uterina



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: los resultados indicaron que el 100% de las adolescentes encontradas en los documentos internos consultados no presentaron inversión uterina, por lo tanto, no hubo presencia de complicaciones iatrogénica rara y grave generadas cuando se realiza una tracción excesiva del cordón umbilical, quedando la placenta no separada totalmente del útero o por una presión abdominal excesiva.

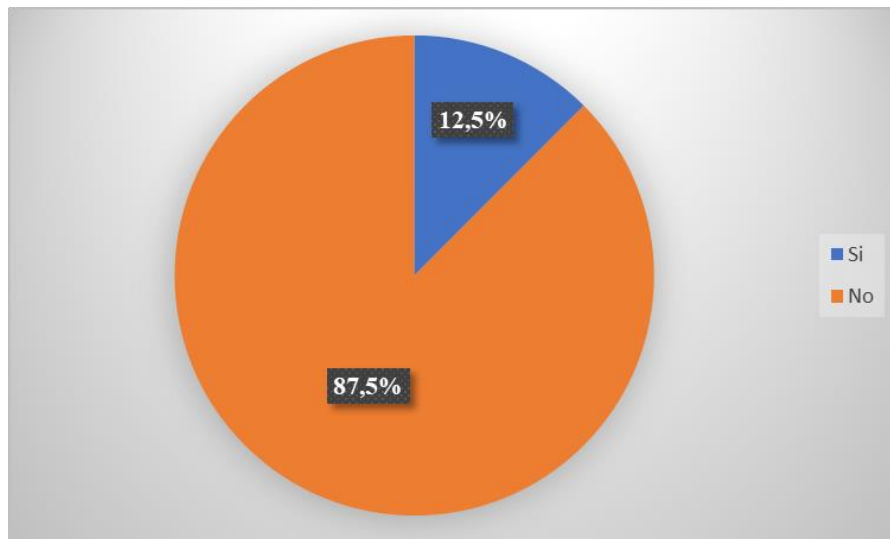
Tabla 18. Placenta acreta

PLACENTA ACRETA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	5	12,50
No	35	87,50
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 18. Placenta acreta



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: el 87,50% de las féminas no presentaron placenta acreta, determinando que no es un factor potencial de riesgos en las pacientes investigadas. El 12,50% si tuvo este tipo de situación.

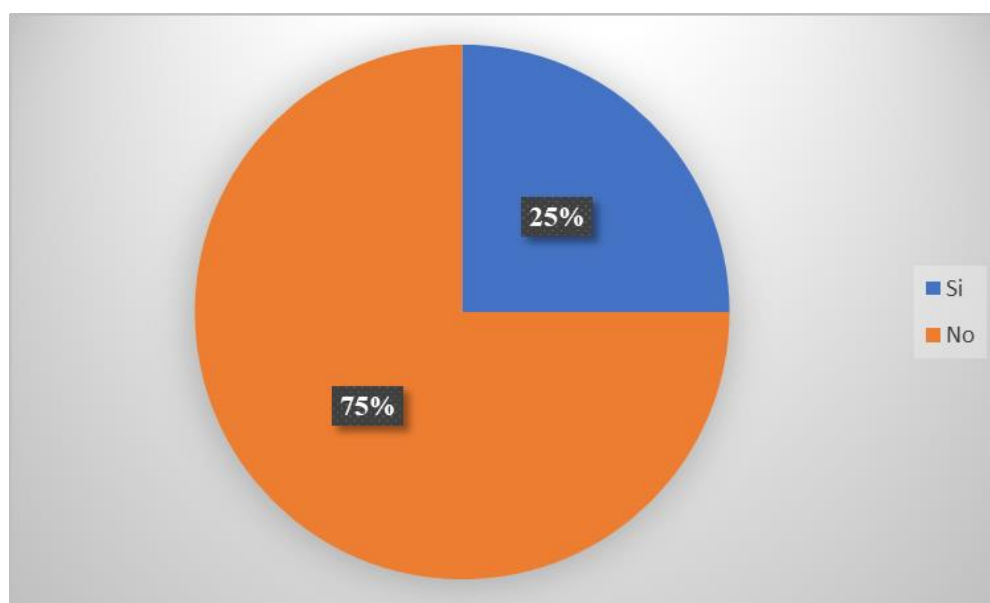
Tabla 19. Desgarros Obstétricos (DO)

DO	FRECUENCIA	%	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Sí	10	25	8	2	0	0
No	30	75				
TOTAL	40	100				

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 19. Desgarros obstétricos



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: el 75% de las pacientes no presentaron desgarros obstétricos. Esto quiere significar que apenas un 25% tuvo traumas en el canal del parto que si ocasionan HPP. Los desgarros obstétricos suelen clasificarse en cuatro grados, en esta oportunidad de ese 25% donde si se produjo episiotomía el 80% fue de grado 1 (lesión de piel perineal) y el 20% era de grado 2 (lesión de músculos del periné sin afectar el esfínter anal).

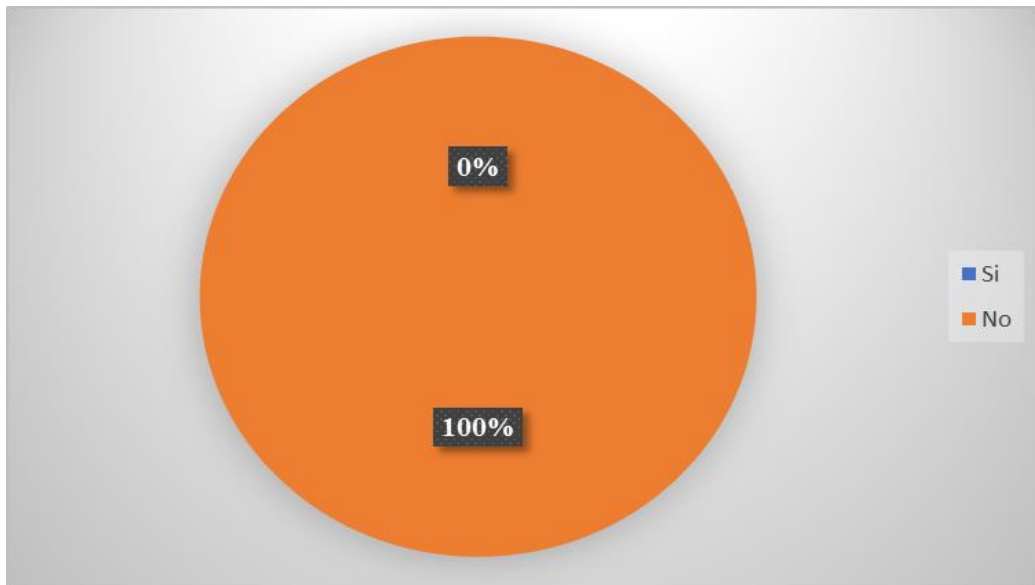
Tabla 20. Retención placentaria

RETENCIÓN PLACENTARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	0	0
No	40	100
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 20. Retención placentaria



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: en relación a la retención placentaria el 100% de las adolescentes puérperas no lo presentaron. Tal situación es entendible debido al buen manejo en cuanto a la adherencia por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos por el dirigido. No se presentaron contracciones uterinas fuera de lo normal, existencia de alteraciones uterinas (miomas, malformaciones), anomalías de la placenta ni maniobras uterinas inadecuadas.

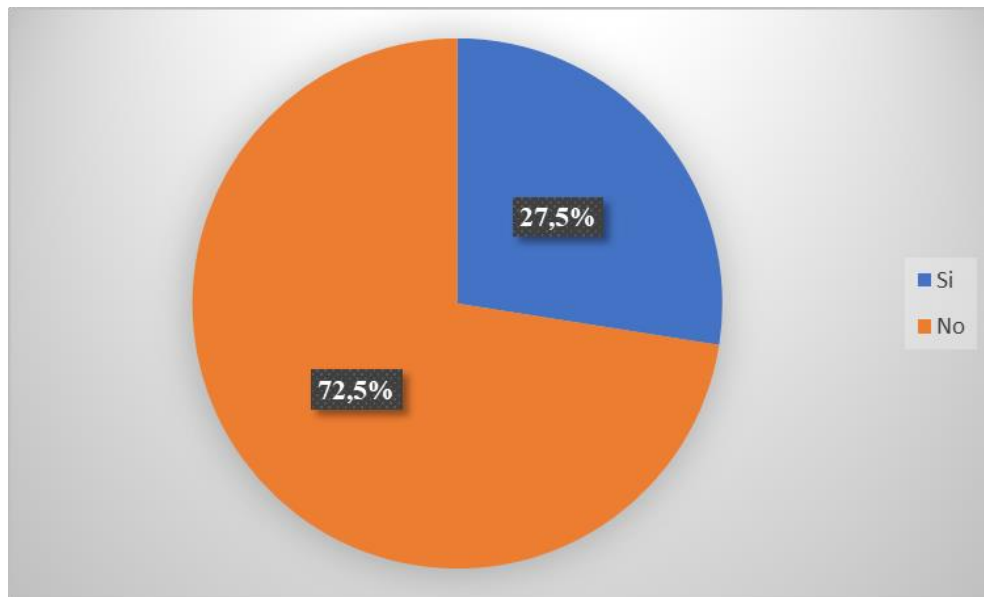
Tabla 21. Retención de restos placentarios

RETENCIÓN PLACENTARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	11	27,50
No	29	72,50
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 21. Retención de restos placentarios



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: se presentó en 27,50% retención de restos placentarios que impidieron la retracción muscular del útero, que condujo a la pérdida acelerada y significativa de sangre en la paciente inclusive y según lo indicado en la historia, por encima de los niveles normales dentro del parto vaginal la cual promedia aproximadamente los 500cc de sangre. El 72,50% no produjo tal retención, lo cual fue favorable en este tipo de mujeres adolescentes.

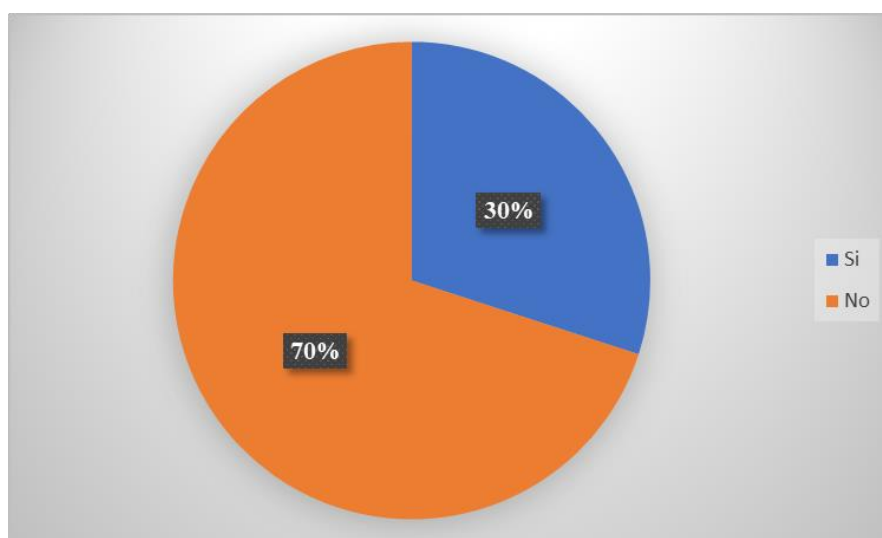
Tabla 22. Atonía uterina

ATONÍA UTERINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	12	30
No	28	70
TOTAL	40	100

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 22. Atonía uterina



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: el 30% de las mujeres adolescentes presentó atonía uterina, teniendo mayores riesgos al momento de contraerse el útero tras el alumbramiento, lo que condujo hacia una falta de hemostasia del lecho placentario originando hemorragia excesiva postparto de forma inmediata. Según los registros clínicos, el promedio de sangre estuvo alrededor de 500 ml tras parto vaginal o más de 1000 ml en las cesáreas practicadas sobre todo en las primeras 24 horas). Tales situaciones fueron consideradas en su momento como emergencia, debido a que el sangrado por lo general está asociado a clínica, produciendo hipovolemia, inestabilidad hemodinámica y *shock*.

En resumen, a este punto de HPP en cuanto a la atención después del parto se puede decir que el 100% de las parturientas adolescentes no presentaron inversión uterina, mientras que el 12,5% si tuvo placenta acreta por lo que el 87,5% no fue visto como un factor de riesgo relevante. En esta misma línea el 75% de las féminas investigadas no contrajeron desgarre obstétrico de riesgo, aunque en este punto se observó en los documentos clínicos que las situaciones fueron discutidas por la manera como deben clasificarse los grados que las clasifica.

También el 100% de las puérperas no mostraron retención placentaria, sin embargo, el 27,5% mostró retención de restos placentarios que fueron considerados en su momento como no representativo de riesgo alto ya que fueron tratados de inmediato. Finalmente, el 30% de la población revisada exhibió atonía uterina postparto, que propició a sangrados inestables que pudo haber atentado contra la salud y el bienestar de la adolescente.

En relación a los grados de hemorragias postparto investigado, se obtuvo los siguientes resultados (véase Cuadro 23):

Tabla 23. Grados de hemorragias postparto

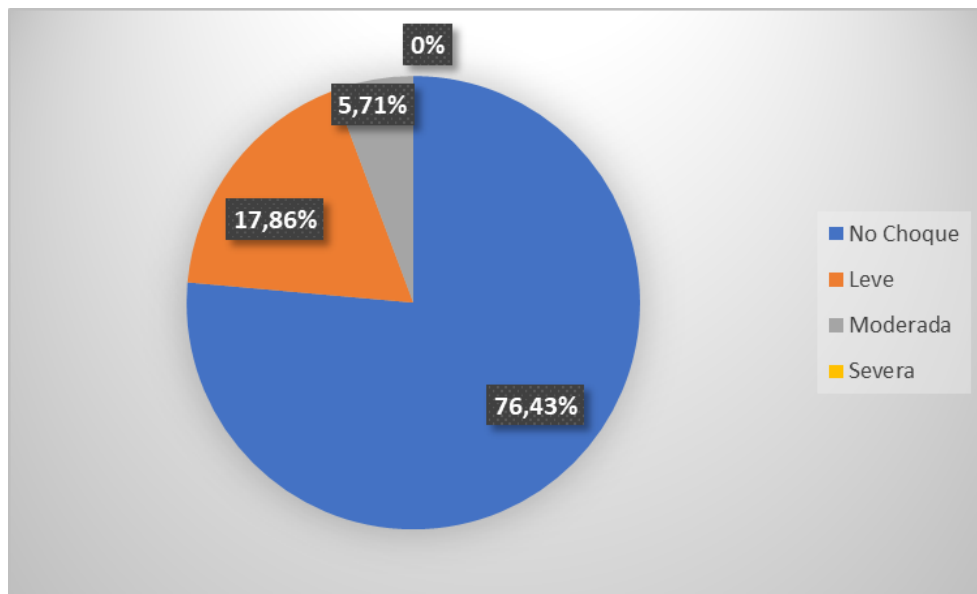
		Hemorragias en %			
		No Choque	Leve	Moderada	Severa
		Grado I (0.7-0.9)	Grado II (1)	Grado III (1.1)	Grado IV (≥ 1.7)
1	Índice de choques	97,5	2,5	0	0
		Grado I (< 100)	Grado I (100-120)	Grado III (120-140)	Grado IV (> 140)
2	Frecuencia cardíaca	80	15	5	0
		Grado I (normal)	Grado II (observado)	Grado III (< 90)	Grado III (< 80)
3	PA sistólica	80	7,5	12,5	0
		Grado I (ansioso leve)	Grado II (ansioso moderado)	Grado III (confundido)	Grado IV (confundido + letargo)
4	Estado de conciencia	92,5	7,5	0	0
		Grado I (< del 10%)	Grado II (12%)	Grado III (25%)	Grado IV (55%)
5	Mortalidad				
		Grado I (500)	Grado II (501-1000)	Grado III (1001-2000)	Grado IV (> 2000)
6	Pérdida sanguínea (ml)	0	82,5	17,5	0
		Grado I (10-15%)	Grado II (16-25%)	Grado III (26-35%)	Grado IV (> 35%)
7	Pérdida de volemia	90	10	0	0
		Grado I (< 2)	Grado II (2-4)	Grado III (4-8)	Grado IV (> 8)
8	Lactato				
		Grado I (normal)	Grado II (< 290)	Grado III (< 200)	Grado IV (< 100)
9	Fibrinógeno				
		Grado I (observar)	Grado II (considerar)	Grado III (administrar hemoderivados)	Grado IV (transfusión masiva)
10	Necesidad de productos sanguíneos	95	0	5	0

Promedio General (%)	76,43	17,86	5,71	0,00
	No Choque	Leve	Moderada	Severa

Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Figura 23. Grados de hemorragias postparto



Fuente: Respuestas obtenidas tras la aplicación de ficha.

Elaborado por: Chancay, 2021.

Análisis: estos datos permiten que la HPP se clasifica en grados que van a permitir determinar el nivel de relevancia según los datos arrojados desde los registros clínicos. Se observa en la tabla anterior que la gran mayoría de los indicadores se encuentran entre No Choque y Leve, lo cual es importante resaltar. El índice de choques estuvo en el grado I con un 97,5% mientras que la frecuencia cardíaca que es necesaria estarla monitoreando constantemente se mantuvo en 80% dentro del grado I, así como la PA sistólica que al igual que el indicador anterior arrojó 80% en el mismo grado. El estado de conciencia lo cual es primordial en estos casos y sobre todo en las adolescentes por su inexperiencia en partos, estuvo en 92,5% dentro del grado I, son tasa de mortalidad que lamentar siendo relevante la pérdida sanguínea se ubicó en el grado II con un porcentaje del 82,5% considerado bastante significativo, pero al observar que la mortalidad es nula se considerado que todas fueran controladas en su momento.

La pérdida de volemia se mantuvo en la tónica del grado I con un 90% sin observar la presencia de lactato y fibrinógeno donde finalmente el 95% no tuvo la necesidad de productos sanguíneos. Toda esta información permite afirmar que dentro de la población de las adolescentes investigadas del “Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro” entre los meses de enero-diciembre de 2020 relacionadas con casos de HPP, el nivel del grado I fue de 76,43% considerado de tipo No Choque, mientras un 17,86% estuvo en el nivel de grado II tipo leve, así como el 5,71% moderado clasificado dentro del grado III y ningún porcentaje o caso que pudiera considerarse severa o de grado IV.

4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVA

Por medio de los datos obtenidos, se puede deducir que la hemorragia postparto constituye uno de los temas en salud que deben ser tomados en consideración, para reducir al máximo la mortalidad materna, sobre todo en las gestantes adolescentes, es decir, en mujeres de edades comprendidas entre los 13 y 19 años. Es imperante que los Estados en concordancia con la empresa privada (clínicas) tomen medidas de prevención en conjunto con los diferentes equipos de trabajos que conforman la población de profesional (especialistas, médicos y enfermería) para tratar de reducir los decesos maternos, cuya relación directa tiene que ver con la HPP, garantizando la implementación de intervenciones y mensajes comunicativos eficaces para contrarrestar este problema obstétrico.

Una de las primeras premisas que se analizaron, fueron los datos personales y demográficos presente en la investigación, para tratar en lo posible centrarse en pacientes o féminas adolescentes (edades entre 13 y 19 años), y que vienen a representar la población que interesa a la investigadora. En promedio, el 53% de los casos revisados presentaron HPP tenían una edad entre los 17 y 19 años deduciendo lo que expresa Chaj (2015), quien señala que resultan embarazadas jóvenes de 20 años de edad al menos tres de cada diez. Esta situación conduce a deducir la importancia que genera preparar programas de información donde se destaquen la posibilidad de padecer HPP en mujeres de esas edades sin los debidos controles obstétricos previos.

En discordancia con Perrotta (2016) quien sostiene que por alguna razón la edad se encuentra conjugada con situaciones demográficos, la investigación delineó una situación contraria, ya que el 53% residían en zona rural mientras que el 47% lo hacía en zona urbana. Por lo tanto, con el pasar del tiempo se puede notar, ciertos cambios en relación a este indicador donde no necesariamente las adolescentes embarazadas por lo general se concentran demográficamente en poblaciones de bajos recursos económicos. A esta analogía se adicionan patrones relacionadas con lo estable o no de la situación sentimental de pareja, el oficio y el nivel de estudios de las féminas investigadas.

Los datos arrojan que el 72% de las mujeres mantienen un estatus de soltera y un 28% de unión estable sin compromiso alguno, por lo tanto, se alinea a la postura de Perrotta (2016) el cual le da importancia a lo relevante que resulta el apoyo psicológico al momento del parto. El porcentaje es considerado alto lo que indica que todavía las mujeres que comprenden estas edades no se encuentran preparadas para afrontar sus realidades y condiciones de embarazadas,

afectándose de alguna manera la posibilidad alta de que padezcan HPP. Asimismo, el 42% son mujeres que apenas completaron la educación primaria y por lo general no tienen un empleo fijo que las respalde (55% amas de casa). A todas estas se puede afirmar, que los embarazos en la adolescencia están determinados por los condicionamientos de género identificados por la identidad femenina en función de la maternidad y las tareas domésticas.

De alguna manera, este grupo de pacientes resultaron ser un factor significativo en concordancia con asociaciones con la retención placentaria e hipotonía uterina, ya que la carnosidad de las pacientes en edades adolescentes, presentan agotamiento muscular. Tal situación también viene respaldada por el trabajo presentado por Muñoz y Zamarreño (2013) quien señala que en Ecuador 41% de las adolescentes presentaron HPP ($p = 0,000$; $OR=7,9$, $IC95\%= 2,31 - 26,9$), resaltando la edad y la situación demográfica como factores de riesgo para HPP. En parte señala el autor, se deriva al desconocimiento de no controlarse durante el embarazo precoz.

Todo indica que cuando hay presencia de embarazos donde se involucran situaciones de inmadurez en adolescentes, se puede hablar de un estado precoz donde pudieran presentarse complicaciones de todo tipo incluyendo de HPP, cuyas consecuencias generan decesos maternos y emergencias quirúrgicas durante el puerperio.

Respecto a los factores que influyen directamente en la HPP, los mismos que resultan variables, se puede acotar que en su mayoría el 76,43% son hemorragias posparto No Choques, 17,86% Leves y 5,71% Moderadas. El tratamiento utilizado en la hemorragia posparto fue 82,50% grado II de pérdida sanguínea, 46% masaje uterino y 32,5% anestésicos hipotónicos. Resaltando la hipotonía uterina 30%, desgarres 25% y retención de restos placentarios 27,5%. De alguna manera mantienen ciertas similitudes con el trabajo presentado por Castellano y Quilumba (2012) que arroja una prevalencia del 10%, destacando porcentajes solamente de HPP Moderadas y Leves.

Como se puede ir observando, a pesar de que los resultados no son alarmantes, esto resulta una dificultad de salud pública cuyos indicadores detallan un impacto relevante en la salud de las adolescentes, en virtud de ello los esfuerzos para la reducción de la HPP, es necesario emplear procesos de información obstétricos para reducir estos efectos contradictorios y mortales para la población estudiada. Es imperante revisar, por ejemplo, la pérdida de la conciencia, ratificando la definición de hemorragia (sangrado > 500 ml) para las mujeres sobre todo en estas edades (13 y 19 años). Se apunta como una observación, la variabilidad de criterios para la definición de HPP siendo, por cierto, la más usada y normatizada por el MSP del Ecuador. Uno de los factores de riesgos relevantes es la atonía uterina, producida por evitar que los vasos

miometriales se colapsen y detengan el sangrado. Si se comparan con la de otros países incluidas en el estudio, Perú causa al menos el 64% de las HPP, Estados Unidos 24% y Noruega 26%, causando en líneas generales una atonía causal de 77%.

No se presentan muchas investigaciones sobre la relación entre atonía uterina y HPP pues en la mayoría de los casos, este factor es considerado una etiología directa resaltando entre los resultados un riesgo alto y queda claro que la atonía uterina es un fuerte factor para desarrollar HPP en las adolescentes, determinando que 30% de los casos presentaron este riesgo, dando como resultado un valor razonable con lo expuesto a nivel internacional. En lo que respecta a la inducción del trabajo de parto se relaciona con el agotamiento miometrial que puede derivar en atonía por los fármacos usados, no obstante, no se evidenció asociación a nivel estadístico para corroborar este dato.

Por lo general, la conducción del trabajo de parto resulta ser un factor de riesgo a considerar debido a la implementación de fármacos para aumentar el tono uterino, por lo tanto, cuando es usado en dosis máximas produce contracciones exageradas y agotamiento muscular significativo que llevan a producir HPP. En el caso de las adolescentes primigestas, se acrecienta el riesgo por la retención de los restos placentarios, que inhiben la contracción uterina efectiva, ya sea focal o difusamente. En lo investigado, se determina que un 27,50% presentaron este riesgo, por consiguiente, debe ser considerado como un control a tomar en consideración. Para tener una referencia en torno al porcentaje arrojado, en Perú según, Mocarro (2019) se presentó una frecuencia de 4% en relación a este factor en pacientes con HPP. La retención placentaria se asocia con padecimientos de HPP asociadas con inserciones frecuentes como placentas acreta, increta o percreta, que ponen en riesgo la vida de la mujer.

De acuerdo al tipo de sobre distensión uterina, tomando en consideración el tipo de muestra investigada, su condición es acentuada siendo un 42,50% de las pacientes con HPP. Por su parte la preeclampsia estuvo presente como factor de riesgo para HPP estando que oscila en un 15% ratificando su presencia más no significancia. Estos datos van en contraposición al estudio presentado por Vera (2017) donde la preeclampsia a pesar de hacerse presente apenas registró un 4,2%. Es oportuno destacar, que algunas féminas adolescentes presentaron anemia antes del parto (52,50%) siendo relevante y que el 100% fue por deficiencia de hierro. Tal situación contradice a Iglesias Johana y Urbina Daniela y que sus antecedentes respecto a la anemia fueron del 28,3%, sin embargo, y a pesar del porcentaje, las embarazadas produjeron anemia resultando contraproducente para las HPP (Iglesias y Urbina, 2016).

Al mismo tiempo, la placenta previa se presentó apenas en un 7,50% contrastado que el parto extra hospitalario es lo suficientemente importante para amenazar la vida de las madres. El óbito fetal tuvo una incidencia del 5% y estuvo asociada con complicaciones de coagulopatías en 12,50%. Asimismo, el agotamiento materno se dio en un 70% siendo relevante y significativo en las gestantes que padecieron de HPP.

Según lo investigado, existe la presencia del SGH cuyo valor no se asocia directamente como causal de HPP en las mujeres adolescentes. En estas circunstancias, es importante mantener un chequeo o monitoreo constante de la presión arterial, de lo contrario se pueden desencadenar eventos circulatorios relacionados con la HPP como el asociado a las coagulopatías de consumo en pacientes con SHG. Tal situación concuerda con Vera (2017) quien lo refleja como uno de los principales factores de riesgo identificable para HPP, seguido de la prolongación del tiempo de labor de parto.

Existe un proceso que es interesante resaltar, y tiene que ver con el uso de las maniobras durante el parto, el cual pudiera aumentar el riesgo de HPP, sin embargo, los datos revelan que la exposición no es significativa. Esto concuerda con lo expresado por Castellano y Quilumba (2012) quienes señalan que una vez producida la expulsión de la placenta se observa una pequeña HPP producto de maniobras externas, que se produce debido a la falta de contracción del útero, el cual está blando, flácido y sin tono. De acuerdo a la paridad, se determinó que la multiparidad es menos frecuente en las gestantes adolescentes promediando un 22,50% mientras que las primíparas fueron más frecuentes con un 77,50%, es decir, que las segundas fueron más propensas a generar HPP. Al compararlo con el estudio de González (2020) la multiparidad es más frecuente con el 29,17% siendo esta diferencia no estadísticamente significativa. Esto contradice con Vera (2017), quien señalan que las de mayor riesgo de HPP son las nulíparas. En cierta forma y en concordancia con algunos autores, en consideraciones normales (sin una muestra específica) esta situación es contraria. Lo que se puede agregar de todo esto es que existe la posibilidad que estas mujeres adolescentes tiendan a complicarse la primera vez, en concordancia con lo que generalmente ocurre en este tipo de caso donde se presenta la HPP.

También se evidencian algunos factores de riesgo para HPP, tales como: manejo activo del alumbramiento, episiotomía, uso excesivo de oxitocina, deshidratación, macrosomía, antecedente de aborto, parto domiciliario, frecuencia cardíaca, periodo intergenésico corto y corioamnionitis, que estadísticamente son necesarios poner atención, sin embargo, no se debe establecer un criterio de aplicabilidad de estos resultados sin la debida extrapolación a la práctica clínica. Lo relevante hasta ahora, es ir atenuando estos factores definitivamente

determinan un problema de salud pública que debe ser contrarrestado por todos los involucrados, en especial el Estado. No obstante, es importante mantener una línea investigativa con el fin de conocer los diferentes cambios por la cual esta población padece. Conocer las realidades en este entorno, significa actualizarse para poder tomar decisiones acertadas que fortalezcan el proceso por las cuales las mujeres adolescentes padecen de HPP.

Es oportuno resaltar, que una paciente adolescente con trabajo de parto prolongado tiene como resultado el progreso insatisfactorio o no progresión del trabajo de parto, por consiguiente, se debe considerar que el trabajo de parto prolongado lleva a un agotamiento de la musculatura uterina y por ende a una HPP, por lo que una vez diagnosticada se debe vigilar y tratar de evitar las complicaciones. En este sentido, González (2020) deja saber que la presencia de la prolongación puede transformarse en una amenaza para la vida de la madre. sin embargo, no se debe establecer un criterio de aplicabilidad en este factor sin la debida extrapolación a la práctica clínica. Se debe valorar que el porcentaje de adolescentes embarazadas del grupo de casos que presentaron trabajo de parto prolongado, para ver si fue mayor que en el grupo de controles, por lo que esta es una alteración que debe ser identificada y corregida para evitar males mayores para las féminas.

En definitiva, a estos hallazgos determinados de los trabajos previamente especificados, se puede decir, que las relaciones de datos primarios en concordancia con las sociodemográficas en cierta forma no son directamente causas de HPP. Entre las complicaciones más significativas se pueden nombrar: trabajo de parto prolongado, retención placentaria, hipotonía uterina y la presencia de restos placentarios.

4.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La hipótesis general de la investigación señala:

H₀: Los factores obstétricos no son los más influyentes en la presentación de hemorragia postparto en las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, en el periodo comprendido de enero a diciembre 2020.

H₁: Los factores obstétricos son los más influyentes en la presentación de hemorragia postparto en las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, en el periodo comprendido de enero a diciembre 2020.

Para verificar estas hipótesis se aglomeran los factores que forman parte del proceso generativo de la HPP, en las mujeres adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y 19 años. Los datos se analizaron mediante el χ^2 para determinar la aceptación o no de la H_0 . El valor de significancia es de 0,05 y el nivel de confianza de 95%. Los resultados arrojaron lo siguiente:

Tomando en consideración que los resultados fueron recogidos en tres fases (antes, durante y después del parto) se calculó por separado para analizar el comportamiento de los grados de libertad críticos que vienen expuestos en la tabla Chi-Cuadrado. En relación a la primera fase (antes), el valor del Chi-Cuadrado calculado fue de 132,22 y el Chi-Cuadrado Crítico según la tabla era de 21,955. Respecto a la segunda fase (durante) el calculado estuvo en 290,31 mientras que el crítico arrojó 31,319 y, finalmente la última fase (después) el cuadrado estuvo en 28,01 y el crítico en 16,75. En resumen:

Fases	Chi-Cuadrado calculado	Chi-Cuadrado crítico
Antes	132,22	21,955
Durante	290,31	31,319
Después	28,01	16,75

Cómo se observa, en todos los casos el Chi-Cuadrado calculado es mayor que el crítico, por lo tanto, no se acepta la hipótesis nula quedando ratificada la alternativa la cual señala que los factores obstétricos son los más influyentes en la presentación de hemorragia postparto en las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, en el periodo comprendido de enero a diciembre 2020 (para verificar los cálculos véase Anexo 2).

CONCLUSIONES

Se pudo constatar una baja prevalencia de HPP (No Choque) en las adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y 19 años que tuvieron partos vaginales o por cesáreas durante el año 2020 en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro-Ecuador, que de alguna manera corrobora la hipótesis alternativa planteada. Tomando en consideración que los datos arrojados al respecto son mínimas, es importante acotar que el propósito se centró en disminuir al máximo el índice de morbilidad y mortalidad que atenta tanto a la madre como al bebé.

Los factores de riesgo antes del parto asociados a HPP que tuvo mayor significancia son: primigesta, tener anemia y con distensión uterina. Durante el parto los factores de riesgo, más relevantes que ocurrieron se destacan: trabajo de parto prolongado, deshidratación, agotamiento materno, corioamnionitis y anestésicos hipotónicos. Entre los factores de riesgos obstétricos más frecuentes se destacan: la edad, estado civil, escolaridad, alumbramiento espontáneo, primigesta, distensión uterina, anemia (deficiencia de hierro), trabajo de parto prolongado, deshidratación, agotamiento materno, desgarros del canal blando del parto, la retención placentaria y alteraciones del tono muscular. Entre lo destacable en relación a los grados hemorrágicos tienen significancia: índice de choques, frecuencia cardíaca, estado de conciencia, pérdida de volemia y necesidad de productos sanguíneos.

Para la planificación de los protocolos relacionados a los procedimientos que ayuden a disminuir el índice de la HPP registrado en el Hospital Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, en mujeres adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y 19 años; fue necesario la identificación de los factores clave y las causas iniciales que las originaron, desde una cosmovisión teórica contrastadas con la realidad del hecho observado; que permitió aclarar las ideas sobre la estructura y diseño de la propuesta. Por lo que se consideró, que el tipo de tratamiento más utilizado por parte del equipo médico y de enfermería al momento de presentarse HPP, fue el procedimiento quirúrgico (toma de decisión oportuna) siendo la sutura de los desgarros el procedimiento más realizado para contrarrestar el efecto peligroso y que atente contra la madre. Seguidamente el proceso de limpieza o retiro minucioso de los restos placentarios retenidos, fue otra de las actividades cuidadosamente practicadas. Es de destacar, que entre las complicaciones más prevalecientes se encontró el *shock* hipovolémico, no obstante, la mayoría de las adolescentes púerperas no presentaron complicación severas o serias.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al personal de enfermería del área de parto, cirugía y maternidad del Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, a seguir detalladamente la sistematización de las actividades preventivas contentivas en la propuesta de esta investigación para disminuir la prevalencia, con miras a mejorar la atención brindada en las pacientes adolescente y disminuir y prevenir los riesgos que se pudieran presentar por HPP. Los profesionales de salud deben mantener un nivel de exigencia en cuanto a los procesos antes, durante y después de los partos. Debe ser un control estricto, poniendo mayor atención y énfasis en las pacientes adolescentes (sobre todo las precoz y primigesta).

Planificar campañas médicas evaluativas y que señalen los efectos positivos y negativos en cuanto al correcto uso y práctica de lo que representa un problema de HPP. Explicar y dar a conocer las causas que la originan, cuáles son los factores de riesgos más comunes y, sobre todo, como prevenirlos. Comunicar empleando la estadística local, nacional e internacional cuáles son los porcentajes actuales de morbilidad y mortalidad de las pacientes que han padecido de la HPP en niveles de adolescencia. En cuanto a la forma de llenar de manera efectiva y eficiente los documentos de las pacientes, se recomienda hacerlo completando correctamente las ocurrencias de cada paciente que ingresa al área y sobre todo con situación de HPP. No es común encontrar información referente a estos casos, siendo importante contar con datos precisos y confiables, que señale fehacientemente situaciones al respecto para poder determinar claramente los potenciales factores de riesgos en este tipo de enfermedad.

Realizar procesos continuos periódicos de inducción a todo el personal del área (médicos, especialistas y personal de enfermería) con el fin de fortalecer los conocimientos acerca de los procedimientos ante la presencia de una HPP, tomando en consideración la GPC emitidas por el MSP y relacionadas con el tema; en concordancia con la propuesta en esta investigación. Para la planificación de los protocolos relacionados a los procedimientos que coadyuvan a aminorar los indicadores de la HPP registrado en el Hospital Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro en la población de féminas adolescentes; a continuación, se detalla la propuesta que cubre el objetivo específico final de esta investigación.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1.TEMA

Propuesta de actividades preventivas dirigido a adolescentes embarazadas para la disminución de factores incidentes en la hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

5.2.FUNDAMENTACIÓN

La hemorragia postparto (HPP) es conceptuada por Vera (2017) como la pérdida sanguínea de más de 500 ml durante las primeras 24 horas después del parto vaginal, así como más de un litro de pérdida hemática después de una cesárea. En la opinión de la autora, representa la tercera causa más común de mortalidad materna (30%) en países en vías de desarrollo. No obstante, cabe señalar que los datos referentes a las HPP pueden considerarse subestimadas, ya que por lo general las pérdidas sanguíneas durante el parto no se encuentran valoradas de manera objetiva. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005) reseña que las hemorragias graves se apoderaron del primer lugar de las causas de mortalidad materna mundialmente, eso representa aproximadamente el 25% de las muertes maternas a nivel en general.

En el caso de los embarazos en las adolescentes (edad comprendida entre los 10 y 19 años) Menéndez et al. (2012) la consideran gestaciones de alto riesgo que conduce a complicaciones debido a que las féminas no están preparadas ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad de la maternidad. Los riesgos que se presentan en este tipo de partos y que se relacionan con las HPP, para Pérez (2013) las detalla con: cuadros de mala nutrición, carencia de nutrientes esenciales para el buen desarrollo del bebé, aumentos en cuanto a abortos espontáneos, partos prematuros, prolongados o difícil (ante de las 37 semanas de gestación), preeclampsia y eclampsia, peso bajo en los bebés debido a que la inmadurez del cuerpo de la adolescente en relación al útero no se haya desarrollado a plenitud, problemas de salud y trastornos del desarrollo, desinformación en cuanto al chequeo obstétrico, falta de vitaminas y medicinas que deben consumir para prevenir riesgos y en los casos de embarazos de niñas menores a los 15 años, pudiera el bebé presentar malformaciones.

A todas estas, es necesario proponer actividades para reducir los factores que influyen en la presentación de HPP, que permita de forma sistemática identificar la realidad y estructurar en concordancia con el personal que labora en el área de parto, cirugía y maternidad el conocimiento necesario para contrarrestar esta situación que atenta la vida en este caso, de las embarazadas adolescentes que son atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

5.3.JUSTIFICACIÓN

La presente investigación reviste significancia debido a lo relevante que resulta la HPP como factor de mortalidad en las mujeres embarazadas. La maternidad es conocida como una representación de amor y protección que debe ser atendida oportunamente antes y durante el parto, ya que en algunos casos no se obtiene el resultado esperado, es decir, se presentan diversas complicaciones obstétricas que por lo general ponen en riesgo la vida tanto de la madre como del bebé, siendo una de ellas la HPP como una de las tres principales causas riesgosas que ameritan total atención médica.

Tales complicaciones suelen agravarse cuando ocurre en adolescentes gestantes, ya que es considerada una nueva modalidad de morbilidad sanitaria; dicho de otra forma, es una enfermedad que proviene por diferentes circunstancias entre las que se destaca el estilo de vida y las situaciones sociales, sobre todo en los países del tercer mundo. Este estudio se vuelve de total interés para develar los factores incidentes en la HPP en pacientes adolescentes, como parte de un programa de información que sirve de indicador para los profesionales de la salud, cuya finalidad radique en plantear normas y protocolos actualizados que garanticen antes, durante y después del parto; disminuir los riesgos de vida tanto para la madre precoz como para el bebé.

Asimismo, lo que se persigue con esta tesis, es que los resultados recolectados sirvan como marco de referencia para futuros trabajos investigativos, cuya finalidad converge en mejorar la calidad en cuanto a la presencia de riesgos que conducen a HPP bien sea por parto vaginal o cesárea, mediante una adecuada atención materna perinatal y, que, a su vez, emerja como antecedente válido para investigaciones relacionadas con la temática planteada de mujeres adolescentes gestantes.

Socialmente es notable ya que el conocer la asociación entre los riesgos y la HPP, contribuirá a detectar temprano los factores maternos que se encuentra arraigados por algunas costumbres

y creencias en donde la población no le da la importancia y respeto que merece en asistir tanto a las citas médicas obstétricas como a la institución médica al momento del parto (disminuir el parto domiciliario). Aunado a todo esto, aspira con este trabajo robustecer al Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, en procura a mejorar la salud materna en la población adolescente que, de alguna manera, rebaje los riesgos y muertes derivados de complicaciones emanadas de la HPP.

5.4.OBJETIVOS

5.4.1. Objetivo general de la propuesta

Proponer actividades preventivas dirigido a adolescentes embarazadas para la disminución de factores incidentes en la presentación de hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

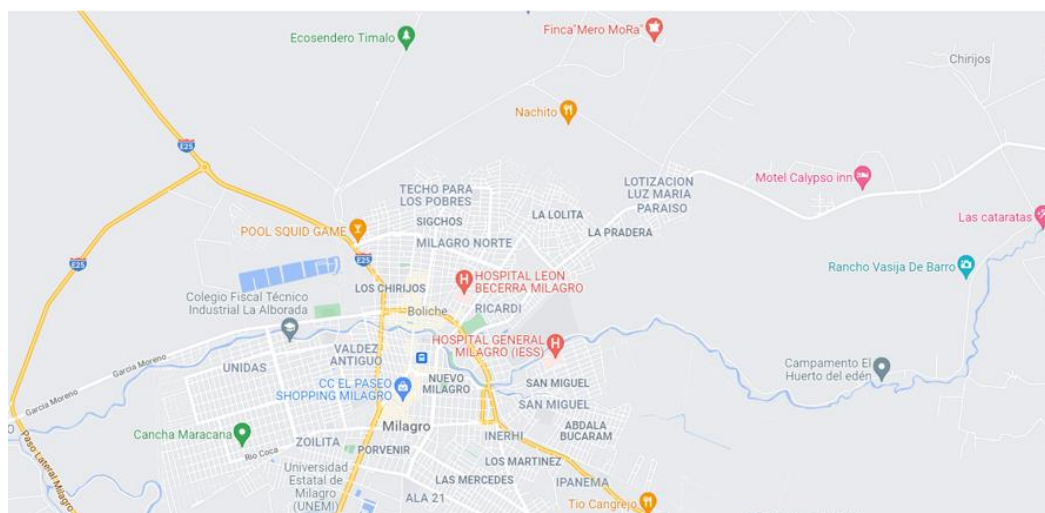
5.4.2. Objetivos específicos de la propuesta

1. Analizar los programas y protocolos que más se adapten para la disminución de los factores que influyen en las HPP en las pacientes puérperas adolescentes en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.
2. Capacitar al personal de salud (internos, obstetras) y de enfermería sobre los riesgos y complicaciones incidentes HPP en las pacientes puérperas adolescentes en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, con base a las Guías Prácticas Clínicas emitidas por el Ministerio de Salud Pública relacionadas con el tema.
3. Elaborar actividades preventivas que coadyuven a la reducción de los factores de riesgos que inciden en las HPP en las pacientes puérperas adolescentes que acuden al Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

5.5.UBICACIÓN

El Hospital General Dr. León Becerra Camacho, se encuentra ubicado en la provincia de Guayas, en cantón Milagro-Ecuador, en las calles Epicachima entre Eloy Alfaro y Atahualpa.

Figura 24. Ubicación del Hospital General de Milagro



Fuente: <https://www.google.com/maps/@-2.1259583,-79.5880472,14z>

5.6.FACTIBILIDAD

En lo que respecta a la factibilidad técnica, es oportuno comentar que dentro de las instalaciones de la institución hospitalaria existen espacios físicos y tecnológicos (laptops, proyectores, pizarras, equipos de sonido) adecuados para impartir las diferentes facilitaciones profesionales médicas referente a los factores de riesgos de HPP que inciden en las adolescentes embarazadas. Asimismo, en las mismas instalaciones se puede acondicionar y adaptar salones para que las féminas reciban orientaciones sobre las acciones que deben realizar antes, durante y después del parto, bien sea vaginal o cesárea, para tratar en lo posible disminuir los posibles factores que bordean la ocurrencia de HPP. Del mismo modo, apoyados con la tecnología, se pueden reforzar ese acercamiento entre todos los interesados que conforman la población (médicos, enfermeras y pacientes) para informar acerca de los percances que pueden surgir al momento de presentarse una HPP. Es importante acotar, la predisposición del personal competente para llevar a cabo las técnicas comunicacionales de forma efectiva.

En relación a la factibilidad humana, tal como se comentó en el párrafo anterior, la institución cuenta con los debidos profesionales capaces y calificados para emprender programas, charlas y conferencias dejando entrever de manera clara (sin mucho tecnicismo) y dinámica (fácil comprensión), acerca de los riesgos y factores actuante en HPP en adolescentes, así como la manera de disminuir los efectos, en pro de aumentar el bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

Finalmente, la factibilidad financiera dependerá de la disposición de la institución de querer instaurar la propuesta, por lo tanto, el apoyo sería en parte generado por el estado ecuatoriano.

5.7.DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta de investigación se confecciona por medio de la estructuración de varios procesos que tienen como finalidad disminuir los factores de riesgos en HPP de las adolescentes embarazadas, empleando actividades acordes y tomando en consideración los resultados de la investigación, para que los efectos sean provechosos y acordes a las realidades abordadas. Es de resaltar que parte de los problemas por los cuales se acrecientan los factores de riesgos, es debido a los escasos procesos comunicacionales, es decir, prácticamente no existen programas donde las pacientes investigadas conozcan los alcances y magnitudes del problema de la HPP.

También, el manejo inadecuado por parte de las adolescentes en relación al descuido de chequeos obstétricos. Las diversas situaciones personales (psicológicas, incluyendo las maritales), socioeconómicas, escolares y de oficio (laboral), forman parte integral del cúmulo de situaciones que afecta directa e indirectamente la problemática de la investigación, sin descuidar todos los conocimientos que deben manejar los especialistas (obstetras) y el cuerpo de enfermería para enfrentar de manera correcta, la presencia de HPP en partos vaginales o cesáreas.

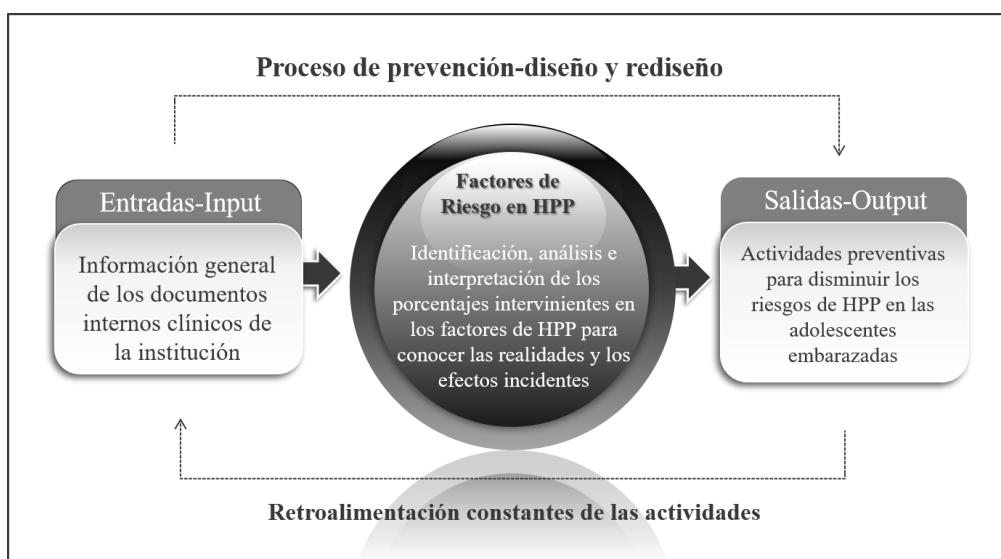
5.7.1. Actividades

La presente propuesta sobre la elaboración de actividades preventivas que coadyuven a la reducción de los factores de riesgos que inciden en las HPP en las pacientes puérperas adolescentes que acuden al Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, representa una sistematización de procedimientos que formarían parte de procesos de prevención que garanticen la disminución de pérdidas tanto de la madre como del bebé. Lo que se pretende es fortalecer mediante la aplicación de actividades básicas y principales, mejorar aún más los porcentajes de HPP en adolescentes que participan en partos tanto vaginales como por cesárea en la institución investigada. En razón de lo anterior, se plantea la siguiente propuesta:

El basamento se fundamenta en un proceso sistemático de información (véase Figura 25), el cual necesita de unos insumos (*input*) generadores de la información (causas y efectos que originan la HPP en adolescentes), necesarios para procesar datos (prevenciones de los factores de riesgos en HPP en adolescentes) que se puedan convertir posteriormente (*output*) en

opciones o alternativas preventivas para reducir los riesgos de la enfermedad. Un aspecto muy importante que no se puede dejar de reseñar, es tomar en consideración los resultados arrojados de los análisis de los documentos clínicos donde se reflejan los porcentajes de aquellos factores de riesgos de HPP más comunes presentados en el Hospital estudiado. Para esto fue necesario que la investigadora apoyada en la fundamentación epistémica, logrará identificar los factores más significativos, a pesar de que en líneas generales los grados hemorrágicos tuvieron una clasificación de No Choque.

Figura 25. Proceso sistémico de información



Fuente: Elaboración propia (2021).

Este sistema permite la organización de las actividades que deben estar enmarcadas con esta finalidad, para poder obtener resultados efectivos preventivos al momento de presentarse HPP en las adolescentes. Entre las actividades se proponen:

Controlar el nivel de ansiedad ante cualquier procedimiento con la gestante adolescente:

- Comunicar los procesos intervinientes, inclusive las posibles sensaciones y efectos que se pueden experimentar durante el procedimiento de parto antes, durante y después. Esto es posible debido a que ya se conocen los factores incidentes de riesgos de HPP que se integran con la historia médica de la paciente, para determinar las probabilidades acerca de las reacciones en el proceso.
- Determinar por parte del equipo médico, la información objetiva relacionada con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico precomprensivo, tomando en cuenta el comportamiento de la paciente adolescente durante el embarazo. En el caso de que sea

una emergencia no tratada obstétricamente, se debe aplicar la información estándar para estimar los riesgos de HPP.

- Ofrecerle a la gestante adolescente seguridad, ya que su estado precoz trae consigo ansiedad y miedo que se debe tratar en lo posible de reducirlo para crear círculos de confianza.

Valorar los niveles del sangrado: de ser posible manejar el pictograma relacionado de las hemorragias obstétricas emanado del MSP. Entre las actividades a revisar constantemente se detallan:

- Toalla sanitaria manchada 30 ml.
- Toalla sanitaria empapada 100 ml.
- Apósito 10 x 10 empapado 60 ml.
- Pañal adulto 250ml.
- Apósito 45 x 45 empapado 350 ml.
- Semi luna completamente llena 500ml.
- Hemorragia postparto solo en cama 1000ml.
- Mancha de sangre en piso 100 cc de diámetro 1500ml.
- Hemorragia postparto que se derrama al piso 2000ml

Planificar masajes uterinos: practicarlos cada 20 minutos por un espacio estimado de dos horas, donde se puedan anotar en el expediente la involución del útero y su comportamiento o características las significativas. Para lograr niveles preventivos se plantea que el masaje incluye colocar una mano sobre el abdomen inferior de la adolescente y al mismo tiempo estimular el útero por medio de acciones repetitivas de masaje o presión.

Monitorizar señales constantes de tipo vital tales como:

- Tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno. Cada una de ellas deben realizarse por espacios de 15 minutos constantes en un tiempo estimado mínimo de dos horas. Sin embargo, al momento de detectar una anomalía es importante practicar esta monitorización las veces que sean necesarios.
- Apersonarse de la posibilidad de que aparezcan signos indicativos de *shock* hipovolémico, tales como: palidez, estado de frialdad, sudoración copiosa, taquicardia marcada, taquipnea e hipotensión.

Identificar la(s) causa(s) y riesgo(s) de la hemorragia postparto:

- Tono: Atonía uterina. (administración de uterotónicos).
- Trauma: de tipo vaginal o ruptura uterina (desgarre obstétrico).
- Retención de placenta o restos placentarios-coágulos. (aplicar masaje uterino indicado, revisión de la cavidad uterina. Depende de la evolución tomar decisión de informar para preparar traslado a quirófano por emergencia).
- Coagulopatía preexistente o adquirida. Es importante determinar la causa que la origina para decidir la administración de hemoderivados según su estado (grave, moderado y leve).
- Vigilar el nivel o estado de hidratación. Observar comportamiento de las mucosas húmedas, el pulso y sobre todo la presión arterial. Saber interpretar el significado de los diferentes valores, para determinar el grado del riesgo hemorrágico.
- Medir signos vitales intervinientes que sirven de indicadores preventivos directos e indirectos durante la presencia o posible incursión de HPP en adolescentes puérperas.
- Evaluar el estado nutricional de la adolescente.
- Administrar los líquidos, es decir, controlar el estado de los líquidos, incluyendo la ingesta y eliminación de ser necesario y prudente. En el caso de que se hayan perdido líquidos, se deben restaurar inclusive hasta por prescripción médica.

Prepararse con base a los antecedentes mencionados, para la posibilidad de emitir un orden para la realización de análisis de laboratorio: Esta actividad es importante, ya que incluya una biometría hemática completa y un perfil de coagulación para descartar acciones ocultas que originen una HPP en este tipo de pacientes gestantes. Entre las acciones preventivas se destacan:

- Revisar detalladamente y acorde a la evolución de la paciente adolescente embarazada la requisición de los exámenes de laboratorio requeridos, incluyendo los datos personales de la gestante.
- De ser necesario marcar los tubos de los exámenes identificando los datos de la paciente, corroborando que las herramientas (tipos de tubos) sean los correctos o indicados para la toma de la muestra de laboratorio.
- Dejar claro la importancia de que los tubos tengan la cantidad correcta y necesaria para que los resultados sean confiables. Cualquier desviación en los resultados, conducen a

tomar decisiones inequívocas por el personal responsable ante la presencia de una posible HPP en este tipo de fémias precoz.

- En caso de presentarse cualquier duda o no conformidad entre los datos que arrojan os resultados y el estado físico de la adolescente, es importante repetir el proceso de toma de muestra de laboratorio.
- Tomar la decisión de enviar las muestras al laboratorio de manera oportuna y respetando las respectivas normas de bioseguridad. En caso de ser una emergencia, debe indicarse en la solicitud para agilizar los resultados y tomar decisiones preventivas ente posibles hechos de HPP.

Conservar los niveles de temperatura corporal, controlando incidentes relacionados con la hipotermia. Este tipo de actividades amerita la preparación previa de las siguientes herramientas:

- Manta y/o manta eléctrica en el caso de que exista.
- Foco o flexo de calor.
- Implementos o *kit* desechables que contenga prendas o piezas que cubra partes de cuerpo tales como: guantes, medias y vendajes de algodón preferiblemente.
- Mantenerse en constante chequeo o revisión de la temperatura, aproximadamente cada 20 minutos hasta que la paciente adolescente sea dada de alta físico y por el sistema por parte de los especialistas.

En el caso que la situación amerite el suministro o administración de hemoderivados, como medida de prevención en pacientes adolescentes es importante tomar en consideración:

- Las mediciones de los signos vitales que se vienen realizando como medidas preventivas de las actividades precedidas, ya que son necesarias al momento de tomar decisiones de emprender procesos sanguíneos (transfusiones) que en el caso de que existan valores alterados, deben ser comunicadas inmediatas al médico especialista y anotadas en la historia de la adolescente embarazada.
- Al momento de tomar decisiones acerca de administrar transfusión sanguínea, es importante encauzar una vía periférica en preferencia empleando catéter de calibre 16 o 18 para el proceso.
- Es necesario mantener una regulación y revisión constante en relación al goteo donde por lo general debería iniciarse en una secuencia de 30 gotas por minuto. Adicionalmente, es necesario emprender actividades de observación con la intención de

presenciar cualquier tipo de cambio clínico que pueda ser considerado como una reacción por la velocidad del goteo, aplicando de una vez un aumento a 60 gotas por minuto, sin perder de vista el ritmo de la infusión suministrada.

- Comunicar a la paciente adolescente (por su inexperiencia en este tipo de casos) sobre la posibilidad de presentar signos y síntomas de una reacción una vez que se comienza el proceso transfusional, que se puede representar mediante la ansiedad, escalofríos, cefalea, mareo, náuseas, vómito, taquicardia, acaloramiento, deficiencia respiratoria (disnea), dolor lumbar y torácico. En este caso indicarle que lo notifique de inmediato más aún si se encuentra en proceso de parto bien sea vaginal o cesárea.
- Observar la piel en el sitio de punción intravenosa para detectar si hay presencia de una flebitis que se pueda complicar al momento de existir presencia de HPP.

5.7.2. Recursos, análisis financiero

Este punto va referido a detallar algunos aspectos y elementos que son necesarios para facilitar la elaboración de la investigación. El recurso humano se destacan los aportes realizados por la investigadora en concordancia epistemológica y técnica con la tutora. Asimismo, se cuenta con la buena disposición del personal médico y de enfermería que labora en el área de parto, cirugía y maternidad del Hospital General. Respecto al recurso material, se contó con todos aquellos datos estadísticos suministrados por el área donde se realizó la investigación, sobre todo lo relacionado a los registros clínicos que fueron prescindibles para poder acceder la data de la muestra seleccionada. Es preciso acotar que la papelería (hojas, cuadernos, lápices, esferos, libretas, correctores, sujetadores, ganchos, carpetas, regla, resaltadores, marcadores, grapadora, grapas, perforadora) fueron suministrados por la investigadora ya que forman parte de sus materiales básicos y necesarios de trabajo.

En cuanto al recurso tecnológico, el uso de computadoras, laptop, memorias (*flash*) e impresora fueron responsabilidad y propiedad de la investigadora (insumo personal). También se empleó el manejo de las conexiones de comunicación digitales tales como: correos electrónicos, *Skype*, *WhatsApp*, *Google Meet*, *Zoom*, *Telegram*. Esto conduce a decir, que el recurso financiero prácticamente es bajo en la investigación, ya que la mayoría de los insumos materiales, monetarios y humanos se encuentran cubiertas debido a que forman parte de las diferentes responsabilidades y ocupaciones de todos los involucrados en la propuesta.

En el caso de que la institución de la salud decida emprender la propuesta, se tendrá que analizar las herramientas y recursos necesario para poder comunicar las nuevas metas establecidas. Por

lo pronto, los recursos en general se encuentran autogestionados ya que tanto la investigadora como el Hospital General cuenta con ellos y pueden ser empleados en los procesos propuestos en caso de ponerlo en marcha o ejecución.

Tabla 24. Recursos Financieros

Descripción	Cantidad	Precio Unitario (\$)	Total (\$)
Hojas (paquetes de 50 hojas)	2	3,00	6,00
Cuadernos	2	3,50	7,00
Lápices	2	0,75	1,50
Esferos	4	0,25	1,00
Libretas	1	4,00	4,00
Correctores	2	1,75	3,50
Sujetadores (paquete de 6)	1	2,00	2,00
Ganchos	3	0,10	0,30
Carpetas	3	0,40	1,20
Regla	1	2,00	2,00
Resaltadores	3	1,25	3,75
Marcadores	2	1,25	2,50
Grapadora	1	5,00	5,00
Grapas (caja de 100 grapas)	1	1,75	1,75
Perforadora	1	4,00	4,00
Flash 30Gb	1	33,00	33,00
Recargas telefónicas	10	100,00	100,00
Transporte (taxis y buses urbanos)			55,00
Total			233,50

Fuente: Elaboración Propia (2022)

5.7.3. Impacto

En primera instancia el impacto lo recibe la sociedad en general, en especial las mujeres adolescentes gestantes quienes serán las más beneficiadas por el impacto que acarrea la propuesta. El fundamento se basa en la elaboración sistemática sobre los estudios clínicos evaluados durante el año 2020 que permitió conocer las incidencias asociadas a casos de

morbilidad en HPP que condujeron a practicar pasos de prevención que conlleve a reducir aún más los porcentajes de hemorragias en el número de pacientes gestantes asistidos bajo los criterios establecidos en la muestra, con miras a fortalecer todos los pasos existentes en cuanto a las habilidades para los diagnósticos y el trabajo en equipo del grupo médico que interviene.

Además, la propuesta incluye no solamente los datos de los documentos internos elaboradas como referencias de casos de HPP durante el año 2020, sino una fusión de horizontes epistémicos que permiten revisar, analizar e interpretar por medio de analogías, diferentes trabajos (antecedentes) y referentes teóricos para sustentar los pasos expuestos en materia de prevención de HPP centrados en adolescentes embarazadas al momento del parto bien sea vaginal o por cesárea. El impacto se fortalece a nivel institucional, ya que se elabora un programa de seguridad y prevención para la atención de la HPP, que busca robustecer tal enfermedad que pone en peligro tanto la vida de la madre como la del bebé.

5.7.4. Cronograma

Para desarrollar las actividades preventivas expuestas relacionadas con la HPP en adolescentes embarazadas, es importante planificar previamente un trabajo de comunicación donde se deben fijar metas y objetivos basadas en los lineamientos planteados, que permitan un mejor accionar acerca de la sistematización y fortalecimiento del proceso propuesto. Para organizarse, se detalla un cronograma (diagrama de Gantt) que contiene una serie de tareas previas que se deben tomar en consideración al momento que la institución decida poner en marcha la propuesta.

Tabla 25. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES A EJECUTAR EN LA IMPLEMENTACIÓN	Meses																							
	1				2				3				4				5				6			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Discusión con las autoridades del Hospital	■	■																						
Revisión de los materiales y equipos a utilizar			■	■																				
Reuniones con el personal médico y de enfermería			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Implementación de los protocolos de prevención																								
Verificaciones y adaptaciones de la propuesta									■	■	■	■	■	■	■	■								
Recolección de los resultados obtenidos de los procesos preventivos																								
Rediseño o ajustes del proceso																					■	■		
Presentación de los resultados a las autoridades del																								
Toma de decisión de su incursión oficial al sistema de protocolos y asistencia en el área de parto, cirugía y maternidad																								■

Fuente: Elaboración propia (2022)

5.7.5. Lineamiento para evaluar la propuesta

La propuesta debe ser sometida constantemente a procesos de evaluaciones, efectividad, viabilidad, calificación y practicidad donde se tomen en consideración a los integrantes directos en la implementación (médicos internos, especialistas, enfermería, comité de ética e institucional, entre otros pertinentes y necesarios). La evaluación de las propuestas debe contemplar: señalamientos vinculantes y/o sugerencias no vinculantes por parte de los pares que conforman el equipo de trabajo evaluativo. A su vez, una valoración por parte de las autoridades de la institución donde se da conformidad a los procesos expuestos.

Entre las dimensiones a evaluar se deben incluir: calidad y excelencia (indicadores que evalúan consistencia, coherencia, rigurosidad, factibilidad y originalidad), pertinencia y relevancia (considera indicadores relevantes para calificar lo oportuno enfocado hacia la visión, misión y políticas institucionales), integración y sinergias potenciales (comprende los niveles de integración del talento humano consolidando los beneficios alcanzados) y productividad proyectada e impacto esperado (se consideran la visibilidad, difusión y proyección de las actividades a nivel local y nacional, sin perder de vista el desarrollo científico, social y cultural).

REFERENCIAS

- Altman, D., Carroli, G., Duley, L., Farrell, B., Moodley, J., Neilson, J. & Smith, D. (2002). Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 359(9321), 1877-1890. doi: 10.1016/s0140-6736(02)08778-0.
- Arauz, P. (2012). *Manejo de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque del 1 de julio al 31 de diciembre del 2011*. Monografía, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas. UNAN-Managua, Managua.
- Arévalo, S., Sánchez, D. (s.f.). *Morbilidad fetal y complicaciones maternas asociadas al parto del recién nacidos mayor o Igual 3800 gr. análisis de 276 casos*. Universidad militar nueva Granada.
- Arias, J. y Espinoza, I. (2015). *Nivel de aplicación del protocolo en la normativa del MATEP en la prevención de la hemorragia postparto en pacientes cuyo parto fue vía vaginal en el HBCR en el primer semestre del 2014*. (Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua). Recuperado de: <https://repositorio.unan.edu.ni/1405/1/23676.pdf>
- Asamblea Nacional (2008). Constitución de la República del Ecuador. https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Asamblea Nacional (2015). Ley Orgánica de Salud. https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
- Asamblea Nacional (2018). Constitución de la República del Ecuador reformado. <https://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>
- Astudillo, M., Landín, T., Vélez, A. y Villavicencio, W. (2021). Causas de hemorragia postparto. *RECIMUNDO*, 5(1), 191-206. <https://doi.org/10.26820/recimundo/5>
- Asturizaga, P. y Toledo, L. (2014). Hemorragia obstétrica. *Revista Médica La Paz*, 20(2), 57-68. http://scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n2/v20n2_a09.pdf
- Berrezueta, A. y Jacome, M. (2019). *Hemorragia postparto y aplicación del proceso de atención de enfermería*. (Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Machala).

Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13436/1/BERREZUETA%20QUITO%20ADRIAN%20ARTURO.pdf>

- Bolaños, M., Ferrer, L. y Martínez, J. (2020). Incidencia de factores clínicos y sociodemográficos de Hemorragia Postparto en pacientes atendidas en el Hospital Niño Jesús En Barranquilla. Enero 2017-enero 2018. *Biociencias*, 15(2), 39-47. <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.2.7344>
- Bowyer L. (2008). The confidential enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003-2005. The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the UK. *Obstet. Med. [Internet]*, 1(1), 54-54. Available from: <http://obmed.Rsmjournals.com/cgi/doi/10.1258/om.2008.080017>
- Briones, J., García, E., Díaz de León, M., Guerrero, A. y Sandoval, A. (2014). Hemodinamia en hemorragia obstétrica aguda. *Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 28(2), 100-105. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2014/ti142g.pdf>
- Cabezas, E., Andrade, D. y Torres, J. (2018). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. ESPE. <http://repositorio.espe.edu.ec/jspui/bitstream/21000/15424/1/Introduccion%20a%20la%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf>
- Calle, A., Barrera, M., y Guarrero, A. (2008). Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. *Revista Peruana de Ginecología y obstetricia*, 54, 233-243. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf
- Calle, J. y Espinoza, D. (2015). *Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto (HPP) en las pacientes del Departamento De Gineco-Obstetricia Del Hospital Vicente Corral Moscoso, Periodo enero-diciembre 2014*. (Tesis de pregrado, Universidad Estatal de Cuenca). Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23071/1/TESIS.pdf>
- Camacho, A. y Pérez, J. (2013). Revisión de cavidad uterina instrumentada gentil frente a la revisión manual y su relación con la hemorragia posparto. *Enfermería Universitaria*, 10(1), 21-26. [https://doi.org/10.1016/s1665-7063\(13\)72624-1](https://doi.org/10.1016/s1665-7063(13)72624-1)
- Camejo, L., Echevarría, A. y Segura, A. (2017). Conducta perioperatoria ante la hemorragia posparto en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". *Revista Cubana*

- Anestesiología y Reanimación*, 16(2). <http://revanestesia.sld.cu/index.php/antesRean/rt/printerFriendly/151/149>
- Caraballo, A. (2015). *Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias*. Guía Infantil. Disponible: <https://www.guiainfantil.com>
- Carrillo, A. (2016). *Shock hipovolémico refractario secundario a hemorragia postparto*. (Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato). Recuperado de: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23864/2/Carrillo%20Acosta%20Andrea%20Dolores.pdf>
- Castellano, G. y Quilumba, M. (2012). *Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Básico de Machachi, en el período de 01 de enero al 31 de diciembre del 2011*. (Tesis de postgrado, Universidad Central del Ecuador). Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2177/1/T-UCE-0006-57.pdf>
- Chaj, G. (2015). *Adaptación emocional en el embarazo precoz*. (Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar). Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/42/Chaj-Gabriela.pdf>
- Charbit, B., Mandelbrot, L., Smain, E., Baron, G., Haddaoui, B., Keita, H., Sibony, O., Mathieu, D., Hurtaud, M., Huisse, M., Denninger, M., de Prost, D., y PPH Study Group. (2006). The decrease of fibrinogen is an early predictor of the severity of postpartum hemorrhage. *J Thromb Haemost*, 5(3), <https://doi.org/266-73>. 10.1111/j.1538-7836.2007.02297.x
- Coello, Y. (2015). Hemorragia posparto inmediata en gestantes adolescentes: etiología, factores de riesgos y complicaciones. *Revista Medicina*, 11(3), 199-204.
- Columbié, T, Pérez, R. y Cordero, Y. (2019). Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. *Revista Médica Sinergia [Internet]*, 4(10), e269. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269>
- Cruz, N. (2016). *Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital José María Velasco Ibarra octubre 2013-marzo 2014*. (Tesis de pregrado, Universidad Regional Autónoma de los Andes). Recuperado de: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5180/1/PIUAMED0052-2016.pdf>

- Dilla, A., Waters, J. y Yazer, M. (2013). Clinical validation of risk stratification criteria for peripartum hemorrhage. *Obstetrics and Gynecology*, 122(1), 120-126. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182941c78>
- Edhi, M., Aslam, H., Naqvi, Z. y Hashmi, H. (2013). Post-partum hemorrhage: Causes and management. *BMC Research Notes*, 6(1), 2-7. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-236>
- Edwards, H. (2016). *Aetiology and treatment of severe postpartum hemorrhage*. University of Copenhagen. https://ugeskriftet.dk/files/b5444_aetiology_and_treatment_of_severe_postpartum_haemorrhage.pdf
- Espitia, F., Zuluaga, O. y Orozco, L. (2016). Ligadura de arterias hipogástricas en hemorragia postparto severa. *CES Medicina*, 30(1), 26-34. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052016000100003&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v30n1/v30n1a03.pdf
- García, V., Rodas, D., Gonzáles, M., y Ardilla, R. (2014). Ácido láctico como marcador pronóstico en hemorragia obstétrica posparto. *Revista Carta Científica-Medicina Intensiva*, 38(8), 524-526. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4887109>
- Ghosh, M., & Chandraharan, E. (2017). Management of post-partum hemorrhage. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 27 (8), 239-244. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2017.06.002>
- González, A. (2020). Factores asociados a hemorragia posparto primaria en las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, 2019. (Tesis de postgrado, Universidad de Cuenca). Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34182/1/Tesis.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015a). *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015b). *Control prenatal. Guía de Práctica Clínica*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CP N-final-mayo-2016-DNN.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Diagnóstico y tratamiento de la hemofilia congénita. Guía de Práctica Clínica*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Gu%C3%ADa_hemofilia-cong%C3%A9nita_230117_D-3-1.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017a). *Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Guía de Práctica Clínica* Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/GPC_anomalias_de_insercion_placentaria_2017.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017b). *Score MAMÁ y claves obstétricas. Protocolo. Guía de Práctica Clínica*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible: <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>
- Guzmán, C., Narváez, P., Lattus, J., Seguel, A. y Lizana, S. (2017). Sutura de B-Lynch en hemorragia postparto por inercia uterina. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(5), 504-514. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000500504
- Guzmán, Radamés (2018). *Metódica de investigación para Ciencias Sociales*. Masfe Ediciones. México.
- Haeri, S. & Baker A. (2012). Estimating the impact of pelvic immaturity and young maternal age on fetal malposition. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 286(3), 581-4. doi: 10.1007/s00404-012-2345-z.
- Halle, G., Ketchem, F., Nkafu, N., Palle, J., Fongaing, D., Essome, H. & Fomulu, N. (2016). Prevalence and Risk Factors of Primary Postpartum Hemorrhage after Vaginal Deliveries in the Bonas Sama District Hospital, Cameroon. *International Journal of Tropical Disease & Health*, 13(2), 1-12. doi: 10.9734/IJTDH/2016/23078
- Henriksen, D., Rasmussen, L., Hansen, M., Hallas, J. y Pottegard, A. (2015). Comparison of the five Danish regions regarding demographic characteristics, healthcare utilization,

and medication use - A descriptive cross-sectional study. *PLoS ONE*, 10(10), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140197>

- Hernández, P. y Zamora, P. (2019). *Principales factores de riesgo y causas obstétricas y no obstétricas asociados a la mortalidad materna de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer Nanci Bach del periodo 2014-2018 Puerto Cabezas. II semestre 2019*. (Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua). Recuperado de: <https://repositorio.unan.edu.ni/14617/1/14617.pdf>
- Hernández-Morales, M y García-de la Torre, J. (2016). Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. *Ginecol. Obstet. Mex.*, 84(12), 757-764. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom1612d.pdf>
- Hernández-Sampieri, Roberto y Mendoza, Christian (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Education. México.
- Iglesias, J. y Urbina, D. (2016). *Factores de riesgo asociados a hemorragia post- parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia, del HECAM, Matagalpa en el período 2010-2013*. (Tesis de posgrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua). Recuperado de: <https://repositorio.unan.edu.ni/5192/>
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2016). *Manejo de la hemorragia postparto*. <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%2046%20HPP.pdf>
- Joya, G., Acevedo, K. y Loaisiga, F. (2015). *Factores asociados a hemorragia post parto Hospital Alemán Nicaragüense. Enero 2014 - junio 2015*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. <https://repositorio.unan.edu.ni/3275/>
- Karlsson, H. y Pérez, C. (2009). Hemorragia postparto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(Supl. 1), 159-167. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es&tlng=es
- Lalonde, A. & International Federation of Gynecology and Obstetrics (2012). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int. Journal Gynaecol Obstet.*, 117(2), 108-118. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.03.001.

- León, C. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4), [Internet]. <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>
- López, L., Ruiz, D., Zambrano, C. y Rubio, J. (2017). Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. Resultados maternos en un Hospital de Mediana Complejidad de Bogotá, Colombia, 2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(3), 218-227. http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n3/es_0034-7434-rcog-68-03-00218.pdf
- Menéndez, G., Navas, I., Hidalgo, Y., y Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>
- Mesquita, E., Lopes, M., Carvalho, A., Teixeira, F. y Barbosa, I. (2009). Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. *Enfermería Global*, 17, 2-9. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es&tlng=es.
- Ministerio de Salud (2018). *Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas*. <http://www.minsa.gob.pe/index.php/repository/Descargas-MINSA/Dirección-General-de-Regulación-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2013/Normativa---109-Protocolos-para-la-Atención-de-las-Complicaciones-Obstétricas/>
- Ministerio de Salud Pública (2018). Mortalidad Evitable Gaceta de muerte materna SE 52. <https://www.salud.gob.ec/gacetas-muerte-evitable/>
- Mocarro, S. (2019). *Factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en pacientes atendidas en el Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017*. (Tesis de postgrado, Universidad Nacional de Piura). Recuperado de: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1623/OBS-MOC-CHA-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Muñiz, M., Álvarez, V. y Felipe, W. (2015). Acretismo placentario. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(2), 190-196. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n2/gin12215.pdf>

- Muñoz, A., y Zamarreño, W. (2008). Comportamiento del embarazo durante la adolescencia. *Revista Científica Estudiantil de Ciencias Médicas de Cuba*. <http://www.16deabril.sld.cu/rev/223/articulo2.html>
- Nápoles, D., Nápoles, D. (2012). *Consideraciones prácticas en la hemorragia obstétrica del periparto*. Santiago de Cuba: Hospital Provincial Gineco obstétrico “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”.
- Naranjo, Y., Concepción, J. y Rodríguez, M. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es.
- O'Brien, J., Barton, J. & Donaldson, E. (1996). The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 175(6), 1632-1638. doi: 10.1016/s0002-9378(96)70117-5.
- Ordeñana, C. (2016). *Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato, en pacientes del servicio de labor y parto, Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa Nicaragua, segundo semestre 2015*. (Tesis de postgrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua). Recuperado de: <https://repositorio.unan.edu.ni/7816/1/t918.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán!* https://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. (Ed. OMS, Ed.) www.who.int: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;jsessionid=8C8EAB49207B56688782E9AD-3B6553E0?sequence=1
- Ortiz, R., Otalora, M., Delgado, A. y Luna, D. (2018). Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(5), 478-486. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500478>
- Pérez, A. (2013). El embarazo en la adolescencia. Consideraciones para la prevención del embarazo adolescente. *Revista Con-Ciencia*, 1(1), 141-148. http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v1n1/v1n1_a16.pdf
- Perrotta, G. (2016). Perspectiva: Embarazo y maternidad en la adolescencia. Disponible: <http://psicopsi.com/>

- Prado, L., Reguera, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Paradigmas y Enfermería*, 21, 6-17. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- Reynosa, Y., López, E., Bazaldúa, J. y Martínez, G. (2015). Eficacia y seguridad del taponamiento uterino para control de hemorragia y disminución de histerectomía obstétrica. cohorte histórica en Nuevo León, México, 2013. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(3), 186-194. <https://doi.org/10.18597/rcog.23>
- Rivera, M. (2012). *Hemorragia obstétrica y choque hemorrágico*. IX curso de actualización de anestesiología en ginecología y obstetricia, 2-12
- Rivera, S. y Andrade, A. (2014). *Informe Mortalidad en la Maternidad*. Ministerio de Salud Pública. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_segui_miento/1121/MARCO%20TEORICO%20MODELO%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf
- Rivera, S., Chacón, C., y González, A. (2020). Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Revista Médica Sinergia*, 5(6), e512. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i6.512>
- Rodríguez, A., Salazar, A., Salazar, E., Sánchez, E., Girón, M., Aguilar, I., Vivas, J. y Guerrero, B. (2016). Sistema Fibrinolítico: Métodos de estudio y hallazgos en venenos de serpientes de los géneros bothrops, crotalus, micrurus en Venezuela. *Saber*, 28(4), 666-705. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1315-01622016000400003&lng=es&tlng=es
- Rojas, L., Rojas, L., Villagómez, M., Rojas, A. y Rojas A. (2019). Hemorragia posparto: nuevas evidencias. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*, 10(1), 98-108. <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn>
- Rouse, D., Landon, M., Leveno, K., Leindecker, S., Varner, M., Caritis, S., & Al, E. (2004). The maternal-fetal medicine units cesarean registry: chorioamnionitis at term and its duration-relationship to outcomes. *Am J. Obstet. Gynecol.*
- Ruiz, M. (2012). *Factores de riesgo que inciden en hemorragias postparto vaginal en mujeres indígenas atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro*. (Tesis de pregrado, Universidad Regional Autónoma de los Andes). Recuperado de: https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/109/1/TUAM_ED042-2012.pdf

- Sarduy, M., Molina, L., Tapia, G., Medina, C. y Chiong, D. (2018). La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(2), 1-20. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X201800200001
- Shinar, S., Shenhav, M., Maslovitz, S. y Many, A. (2016). Distribution of Third-Stage Length and Risk Factors for Its Prolongation. *American Journal of Perinatology*, 33(10), 1023-1028. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1572426>
- Tebeu, P., Yogang, L., Roger, M., Kengne, G., Fouelifack, F. y Fomulu, J. (2013). Postpartum hemorrhage at Yaoundé University Hospital, Cameroon. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 121(3), 283-284. doi:10.1016/j.ijgo.2013.01.010
- Vallejo, J. (2013). Embarazo en adolescentes complicaciones. *Revista Médica de Costa Rica y Centro América*, 70(605), 65-69. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>
- Vargas, S. y Duarte, M. (2020). Hemorragia postparto. *Revista Médica Sinergia [Internet]*, 5(11), e603. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/603>
- Vega, M. (2018). *Score MAMÁ aplicada en el diagnóstico oportuno de hipertensión gestacional en el primer nivel de atención*. (Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Machala). Recuperado de: http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12598/1/E-7591_VEGA%20RIVERA%20MARTHA%20JACKELINE.pdf
- Vera, G. (2017). *Hemorragia postparto de acuerdo a la duración de las etapas de la labor de parto, en mujeres nulíparas y multíparas atendidas en el Hospital Enrique Garcés de Quito, enero-diciembre del 2015*. (Tesis de postgrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12731/DISERTACI%c3%3N%20PREVIA%20A%20LA%20BTENCI%c3%93N%20DEL%20T%c3%8dTULO%20DE%20ESPECIALISTA%20EN%20GINECOLOG%c3%8dA%20Y%20OBSTETRICIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Villabella, C. (2015). *Los métodos en la investigación jurídica. Algunas precisiones*. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3983/46.pdf>

- World Health Organization (2009). *Guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241598514/en/
- Xiong, X., Buekens, P., Alexander, S., Demianczuk, N., Wollast, E. (2000). Anemia during pregnancy and birth outcome: a meta-analysis. *Am. J. Perinatol.*, 17(3), 137-46. doi: 10.1055/s-2000-9508.
- Zamora, P., García, J., Royo, S., Sánchez, M., Monleón, J. y Mínguez, J. (2003). Tratamiento médico y quirúrgico de las hemorragias postparto y del alumbramiento. *Ginecología y Obstetricia Clínica*, 4(2),70-79. https://www.researchgate.net/publication/255622611_Tratamiento_medico_y_quirurgico_de_las_hemorragias_postparto_y_del_alumbramiento

ANEXOS

Anexo N°1. Instrumento de recolección de información hemorragia Postparto (HPP)

Objetivo: analizar los factores que influyen en la presentación de la hemorragia postparto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho, de la ciudad de Milagro, en el período comprendido de enero–diciembre 2020.

Fecha: _____

I. DATOS DE IDENTIFICACION

Número de la ficha: _____

Nº de expediente: _____

II. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Edad: 1. 12-14 años:

2. 15-16 años:

3. 17-19 años:

4. >20 años:

Procedencia:

1. Rural:
2. Urbana:

Estado Civil:

1. Soltera:
2. Casada:
3. Unión estable:
4. Viuda:

Escolaridad:

1. Analfabeta:
2. Primaria Completa:
3. Primaria Incompleta:
4. Secundaria Completa:
5. Secundaria Incompleta:
6. Universidad completa:
7. Universidad incompleta:

Ocupación

1. Ama de casa:
2. Domestica:

3. Comerciante:

4. Maestra:

5. Secretaria

6. Abogada:

7. Médico:

8. Enfermera:

9. Otra:

III. FACTORES DE RIESGO PARA HPP ANTES DEL PARTO

Tuvo hemorragia durante el alumbramiento

1. Si:
2. No:
Espontáneos:
Inducidos:

Fue Primigesta:

1. Si:
2. No:

Es gran múltipara:

1. Si:
2. No:

Fue por cesárea:

1. Si:
2. No:

Presentó sobre distensión uterina (macrosomía, polihidramnios y embarazo múltiple):

1. Si:
2. No:
3. Cual:

Tuvo síndrome hipertensivo gestacional:

1. Si:
2. No:
3. Cual:

Hubo presencia de miomatosis uterina:

1. Si:
2. No:
3. Cual:

Tuvo coagulopatía:

1. Si:
2. No:
3. Tipo:

Presentó anemia:

1. Si:
2. No:
3. Tipo:

ATENCION DURANTE EL PARTO

Presentó placenta previa:

1. Si:
2. No:

Hubo DPPNI

1. Si:
2. No:

El parto fue domiciliario:

1. Si:
2. No:

Hubo presencia excesiva de oxitocina

1. Si:
2. No:

El parto fue precipitado

1. Si:
2. No:

Hubo trabajo de parto prolongado

1. Si:
2. No:

Se presentaron maniobras obstétricas no recomendada

1. Si:
2. No:

Hubo deshidratación:

1. Si:
2. No:

Estado del óbito fetal:

1. Si:
2. No:

Se presentó preeclampsia:

1. Si:
2. No:

Se presentó eclampsia:

1. Si:
2. No:

Hubo agotamiento materno:

1. Si:
2. No:

Estado de corioamnionitis:

1. Si:
2. No:

Se practicaron anestésicos hipotónicos:

1. Si:
2. No:

Hubo mala atención del parto por personal de salud

1. Si:
2. No:
3. Personal:

DESPUES DEL PARTO

Inversión uterina:

1. Si:
2. No:

Placenta acreta:

1. Si:
2. No:

Desgarros obstétricos

1. Si:
2. No:

Tipo:

Grado:

Retención placentaria:

1. Si:
2. No:

Retención de restos placentarios

1. Si:
2. No:

Atonía uterina:


1. Si:
2. No:

Anexo N°2. Grados de la hemorragia postparto

		Hemorragias			
		No Choque	Leve	Moderada	Severa
		Grado I (0.7-0.9)	Grado II (1)	Grado III (1.1)	Grado IV (≥ 1.7)
1	Índice de choques				
		Grado I (< 100)	Grado I (100-120)	Grado III (120-140)	Grado IV (> 140)
2	Frecuencia cardíaca				
		Grado I (normal)	Grado II (observado)	Grado III (< 90)	Grado III (< 80)
3	PA sistólica				
		Grado I (ansioso leve)	Grado II (ansioso moderado)	Grado III (confundido)	Grado IV (confundido + letargo)
4	Estado de conciencia				
		Grado I (< del 10%)	Grado II (12%)	Grado III (25%)	Grado IV (55%)
5	Mortalidad				
		Grado I (500)	Grado II (501-1000)	Grado III (1001-2000)	Grado IV (> 2000)
6	Pérdida sanguínea (ml)				
		Grado I (10-15%)	Grado II (16-25%)	Grado III (26-35%)	Grado IV (> 35%)
7	Pérdida de volemia				
		Grado I (< 2)	Grado II (2-4)	Grado III (4-8)	Grado IV (> 8)
8	Lactato				
		Grado I (normal)	Grado II (< 290)	Grado III (< 200)	Grado IV (< 100)
9	Fibrinógeno				
		Grado I (observar)	Grado II (considerar)	Grado III (administrar hemoderivados)	Grado IV (transfusión masiva)
10	Necesidad de productos sanguíneos				

Anexo N°2. Autorización para ejecutar la propuesta

REPÚBLICA DEL ECUADOR

 **UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO** 

*Quinto 28/07/2021
Dirección e Investigación*

Oficio No. UNEMI-DIP-MSP3-21-20
Milagro, Julio del 2021

*Docencia
Recibido de Salto
Favor volver y atender*

Sr. Dr.
Luis Saltos Román
DIRECTOR MEDICO ASISTENCIAL
HOSPITAL GENERAL LEON BECERRA CAMACHO
Presente:

De nuestra consideración.

Reciba un cordial saludo de las autoridades de la Dirección de Investigación y Postgrado (DIP) de la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), quienes hacemos extensos los sinceros agradecimientos por la predisposición, la orientación y el apoyo.

Considerando su apreciable aporte a la formación de los maestrantes en Salud Pública, solicito a usted y por su digno intermedio, el ingreso de la Lcda. Florencia Laura Chancay Pincay, con cédula de ciudadanía 1307255610, a las instalaciones del establecimiento de salud, Hospital León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, para realizar las encuestas, a los usuarios que regularmente son hospitalizados en el área de ginecología, datos que van a ser utilizados en el proyecto de investigación, con el tema "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. LEON BECERRA CAMACHO, DE LA CIUDAD DE MILAGRO, DE ENERO-DICIEMBRE 2020".

Concedores de su espíritu de colaboración quedamos agradecidos.

Cordialmente,

Lorena Ramirez

Msc. Lorena Ramírez Morán
COORDINADORA- MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

HOSPITAL GRAL. LEON BECERRA CAMACHO - MILAGRO
CERENCIA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RECIBIDO POR: *Jose Pedraza*
FECHA: *28-7-2021*
HORA: *12:00*

www.unemi.edu.ec

Dirección: Cda. Universitaria Km. 1 1/2 vía Km. 26
Conmutador: (04) 2715081 - 2715079

VISIÓN
Ser una institución de educación superior, pública, autónoma y acreditada, de pregrado y postgrado, abierta a las corrientes del

MISIÓN
Es una institución de educación superior, pública, que forma profesionales de calidad, mediante la investigación científica y la



Oficio No. UNEMI-DiP-MSP3-21-20

Milagro, octubre del 2021

Sr. MSc.
Luis Alfredo Medina Rodríguez
DIRECTOR ASISTENCIAL
HOSPITAL GENERAL LEON BECERRA CAMACHO
Presente:

HOSPITAL GRAL. LEON BECERRA CAMACHO - MILAGRO
GERENCIA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RECIBIDO POR: *J. J. J.*
FECHA: *05-10-2021*
HORA: *9:49 AM*

De nuestra consideración.

Reciba un cordial saludo de las autoridades de la Dirección de Investigación y Postgrado (DiP) de la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), quienes hacemos extensos los sinceros agradecimientos por la predisposición, la orientación y el apoyo. Considerando su apreciable aporte a la formación de los maestrantes en Salud Pública, solicito a usted y por su digno intermedio, el ingreso de la Lcda. Florencia Laura Chancay Pincay, con cédula de ciudadanía 1307255610, a las instalaciones del establecimiento de salud, Hospital León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, para realizar las encuestas, a los usuarios que regularmente son hospitalizados en el área de ginecología, datos que van a ser utilizados en el proyecto de investigación, además de obtener datos estadísticos referente con el tema "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. LEON BECERRA CAMACHO, DE LA CIUDAD DE MILAGRO, DE ENERO-DICIEMBRE 2021".

Concedores de su espíritu de colaboración quedamos agradecidos.

Cordialmente,

Lorena Ramírez

Msc. Lorena Ramírez Morán
COORDINADORA- MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Anexo N°3. Cálculo chi-cuadrado (Ji2)

FRECUENCIAS OBSERVADAS	SI	NO	TOTAL
Tuvo HPP durante el alumbramiento:	35	5	40
Era primigesta:	31	9	40
Era gran múltipara:	9	31	40
El parto fue por cesárea:	10	30	40
Durante el parto tuvo distensión uterina: (1)	17	23	40
Durante el parto presentó síndrome hipertens	3	37	40
# _{REF}	0	40	40
Durante el parto presentó coagulopatía:	5	35	40
Antes del parto presentó anemia:	21	19	40
	131	229	360

FRECUENCIAS ESPERADAS	SI	NO
	14,56	25,44

FRECUENCIAS OBSERVADAS	SI	NO	TOTAL
Placenta previa	3	37	40
DPPNI	0	40	40
Parto domiciliario	1	39	40
Uso excesivo de oxitocina	0	40	40
Parto precipitado:	11	29	40
Trabajo de parto prolongado	26	14	40
Maniobras obstétricas no recomendada	0	40	40
Deshidratación	38	2	40
Óbito fetal	2	38	40
Preeclampsia	6	34	40
Eclampsia	0	40	40
Agotamiento materno	28	12	40
Corionionitis	13	27	40
Anestésicos hipotónicos	13	27	40
Mala atención del parto por personal de salud	0	40	40
	141	459	600

FRECUENCIAS ESPERADAS	SI	NO
	9,40	30,60

FRECUENCIAS OBSERVADAS	SI	NO	TOTAL
Inversión uterina	0	40	40
Placenta acreta	5	35	40
Desgarros obstétricos	10	30	40
Retención placentaria	0	40	40
Retención de restos placentarios	11	29	40
Atonía uterina	12	28	40
	38	202	240

FRECUENCIAS ESPERADAS	SI	NO
	6,33	33,67

ANTES

CHI CUADRADO CALCULADO	28,72	16,43
132,22	18,58	10,63
	2,12	1,21
	1,43	0,82
	0,41	0,23
	9,17	5,25
	14,56	8,33
	6,27	3,59
	2,85	1,63
	84,11	48,11
		132,22

CHI CUADRADO CRÍTICO

FILAS	9	8
COLUMNAS	2	1
GRADOS DE LIBERTAD		8
SEGÚN TABLA		21,955

CHI CUADRADO CALCULADO	132,22
CHI CUADRADO CRÍTICO	21,955

DURANTE

CHI CUADRADO CALCULADO	4,36	1,34
290,31	9,40	2,89
	7,51	2,31
	9,40	2,89
	0,27	0,08
	29,31	9,01
	9,40	2,89
	87,02	26,73
	5,83	1,79
	1,23	0,38
	9,40	2,89
	36,80	11,31
	1,38	0,42
	1,38	0,42
	9,40	2,89
	222,09	68,22
		290,31

CHI CUADRADO CRÍTICO

FILAS	15	14
COLUMNAS	2	1
GRADOS DE LIBERTAD		14
SEGÚN TABLA		31,319

CHI CUADRADO CALCULADO	290,31
CHI CUADRADO CRÍTICO	31,319

DESPUÉS

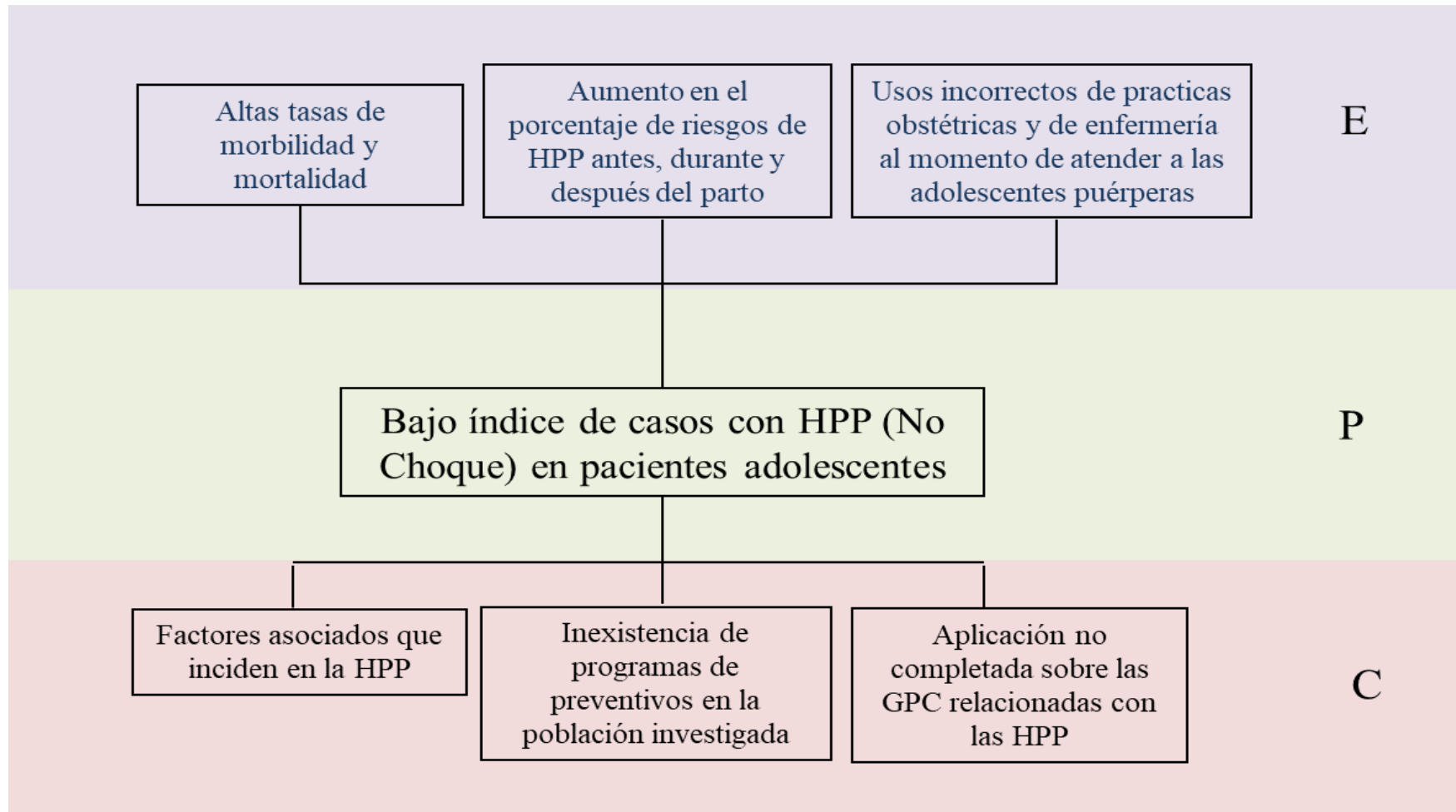
CHI CUADRADO CALCULADO	6,33	1,19
	0,28	0,05
	2,12	0,40
	6,33	1,19
	3,44	0,65
	5,07	0,95
	23,58	4,44
		28,01

CHI CUADRADO CRÍTICO

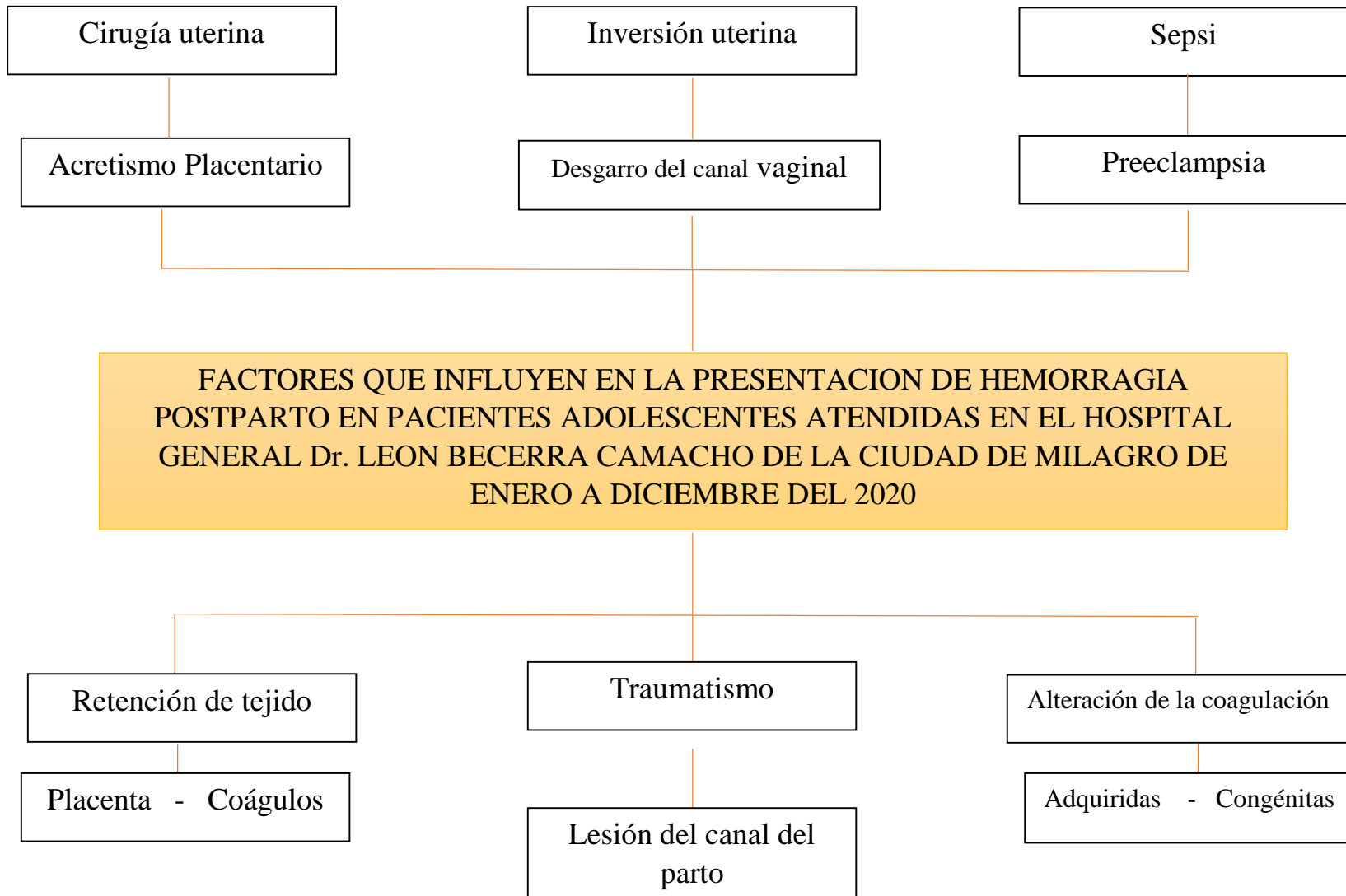
FILAS	6	5
COLUMNAS	2	1
GRADOS DE LIBERTAD		5
SEGÚN TABLA		16,75

CHI CUADRADO CALCULADO	28,01
CHI CUADRADO CRÍTICO	16,75

Anexo N°4. Árboles de problemas
(Variable Independiente)



(Variable dependiente)



Anexo N°5. Informe Turnitin

Hemorragia

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

1%

★ Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE

Trabajo del estudiante

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Anexo N°6. Carta de aceptación Revista Científica Killkana Salud y Bienestar
(Universidad Católica de Cuenca)



Cuenca, 31 de diciembre de 2021

CARTA DE ACEPTACIÓN

Distinguidas autoras

Florencia Laura Chancay Pincay
Kathiusca Paola Echeverría Caicedo
Mercedes Elizabeth Cedeño Zambrano
Ericka Lourdes Eras Covago

Presente

Por la presente tenemos el agrado de comunicarles que, luego de revisar su artículo titulado: "FACTORES DE RIESGOS QUE INCIDEN EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO", ha sido **ACEPTADO** para ser publicado en la Revista Killkana Salud en el número Volumen 5 Número 3 .

La revista asume los derechos de edición y publicación en índices académicos, científicos, nacionales o internacionales, con propósitos únicamente académicos, científicos o culturales y siempre con el total reconocimiento de los derechos de autoría, se regirá además por las políticas editoriales de esta revista, la normativa institucional de la Universidad Católica de Cuenca.

Sin otro particular que informar, suscribimos. Para constancia de la presente carta de aceptación, firma:

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Aura del Cisne Guerrero Luzuriaga'.

Ph.D. Aura del Cisne Guerrero Luzuriaga
Coordinadora Comité Editorial
Revista Killkana Salud y Bienestar
Universidad Católica de Cuenca
Cuenca - Ecuador



Universidad
Católica
de Cuenca

Anexo N°7. Solicitud para validación del instrumento



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

Milagro, octubre del 2021


Ginecólogo.
Adolfo Javier Barraza Mercado
Residente del área de Ginecología Hospital General León Becerra.

De mis consideraciones:



Por medio de la presente reciba un cordial saludo, conocedora de su trayectoria profesional en el campo de la salud, específicamente en el área de ginecología me permito solicitar a Usted muy respetuosamente la **validación del instrumento para recolección de datos** correspondiente a mi proyecto de tesis cuyo tema es **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. LEON BECERRA CAMACHO**, el cual servirá para optar al grado de Master en Salud Pública. Sus sugerencias serán de alta valía para ajustarme a los objetivos propuestos en el mismo, se adjunta el formulario al presente documento.

Con sentimiento de distinguida consideración.

Atentamente


Lda. Floréncia Laura Chancay Pincay
C.I. 1307255610

Anexo N°8. Instrumento para validación

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO					
Instituto de Posgrado y Educación Continua					
Maestría en Salud Pública					
 					
Tema: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACION DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA CAMACHO, DE LA CIUDAD DE MILAGRO, DE ENERO – DICIEMBRE 2020					
Instrucciones. Cada pregunta debe ser analizada y calificada sobre 100, según la rúbrica que consta al final; debe ser analizadas en relación de cada objetivo según su validez, confiabilidad y pertinencia.					
ANALISIS DE JUICIO DE EXPERTOS					
VALIDACION DE INSTRUMENTO					
FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACION DE HPP			VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
OBJETIVO 1 (GENERAL) Analizar los factores que influyen para la presentación de la hemorragia postparto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.	32.- Presento desgarro obstetricos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo <input type="checkbox"/> Grado		90	88	90
	13.- Presento coagulopatía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo		90	90	85
	31.- Placenta acreta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		70	80	90
OBJETIVO 2 (OBJ. 1 ESP) Determinar la prevalencia de la hemorragia postparto en pacientes adolescentes.	10.- Sobre distensión uterina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Macrosomía fetal <input type="checkbox"/> Polihidramnios <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple		95	90	90
	20.- Trabajo de parto prolongado		90	95	90

OBJETIVO 3 OBJ. 2 ESP.) Identificar los factores de riesgos obstétricos que presentan las pacientes adolescentes .	16.- DPPNI (Desprendimiento prematuro placenta normo inserta) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	80	50	50
	9.- CESAREA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	80	85	85
	23.- Obito fetal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	80	95	90
	30.- Inversion uterina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	60	90	90
	15.- Placenta previa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	80	85	80
	35.- Atonia uterina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	90	95	95
	33.- Retención placentaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	90	90	95

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
8.- Gran multipara <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	95	90	95
27.- Coramnionitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	98	90	90
7.- Primigesta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	90	60	95
31.- Miomatosis uterina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	80	90	85
11.- Síndrome hipertensivo gestacional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hipertensión crónica	80	85	85
19.- Parto precipitado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	95	80	98

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14.- Anemia	50	90	90
	17.- Parto domiciliario	80	55	60
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

Nota. Explicar la manera como calificaran sus variables o escalas. (casi siempre, casi nunca, el nivel de conocimiento. Etc.) los datos deben estar claramente definidos para que el experto pueda analizar y calificar cada pregunta.

RUBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	100 - 80	MUY CONFIABLE
APROBADO LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ITEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

Datos de Evaluador experto

NOMBRE: *Adolfo J. Barraza Mercado*
 TITULO ACADEMICO: *Especialista en Ginecología y Obstetricia*
 TRABAJA: *Si Hospital Leon Boletia.*
 CI: *0905351455*
 R. PROF. COD SENESCYT:
 Reg. INVES SENESCYT
 TELF. *096 894 8118*

[Handwritten Signature]

 FIRMA





UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

Milagro, octubre del 2021

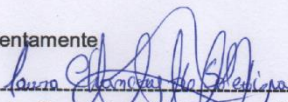
Ginecóloga.
María José Barreto Macías
Residente del área de Ginecología Hospital General León Becerra Camacho.P

De mis consideraciones:

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, conocedora de su trayectoria profesional en el campo de la salud, específicamente en el área de ginecología me permito solicitar a Usted muy respetuosamente la **validación del instrumento para recolección de datos** correspondiente a mi proyecto de tesis cuyo tema es **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. LEON BECERRA CAMACHO**, el cual servirá para optar al grado de Master en Salud Publica. Sus sugerencias serán de alta valía para ajustarme a los objetivos propuestos en el mismo, se adjunta el formulario al presente documento.

Con sentimiento de distinguida consideración.

Atentamente


Lcda. Florencia Laura Chancay Pincay
C.I. 1307255610

Tema: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACION DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. LEÓN BECERRA CAMACHO, DE LA CIUDAD DE MILAGRO, DE ENERO – DICIEMBRE 2020

Instrucciones. Cada pregunta debe ser analizada y calificada sobre 100, según la rúbrica que consta al final; debe ser analizadas en relación de cada objetivo según su validez, confiabilidad y pertinencia.

ANÁLISIS DE JUICIO DE EXPERTOS				
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO				
FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE HPP	VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA	
OBJETIVO 1 (GENERAL) Analizar los factores que influyen para la presentación de la hemorragia postparto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.	32.- Presento desgarro obstetricos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo <input type="checkbox"/> Grado	90	95	90
	13.- Presento coagulopatía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo	90	80	70
	31.- Placenta acreta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	80	80	90
OBJETIVO 2 (OBJ. 1 ESP.) Determinar la prevalencia de la hemorragia postparto en pacientes adolescentes.	10.- Sobre distensión uterina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Macrosomía fetal <input type="checkbox"/> Polihidramnios <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple	95	90	90
	20.- Trabajo de parto prolongado	90	95	95

OBJETIVO 3 OBJ. 2 ESP.) Identificar los factores de riesgos obstétricos que presentan las pacientes adolescentes .	16.- DPPNI (Desprendimiento prematuro placenta normo inserta) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	80	80	80
	9.- CESAREA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	90	95	80
	23.- Obito fetal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	80	70	75
	30.- Inversion uterina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	90	90	90
	15.- Placenta previa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	95	90	90
	35.- Atonia uterina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	90	95	95
	33.- Retención placentaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	95	95	95

	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
8.- Gran multipara	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	80	90	90
27.- Coramnionitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	90	95	80
7.- Primigesta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	95	95	95
31.- Miomatosis uterina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	90	90	90
11.- Síndrome hipertensivo gestacional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hipertensión crónica	95	95	95
19.- Parto precipitado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	85	90	90

14.- Anemia				
<input type="checkbox"/> Si		95	95	80
<input type="checkbox"/> No				
17.- Parto domiciliario				
<input type="checkbox"/> Si		90	90	90
<input type="checkbox"/> No				

Nota. Explicar la manera como calificarán sus variables o escalas. (casi siempre, casi nunca, el nivel de conocimiento. Etc.) los datos deben estar claramente definidos para que el experto pueda analizar y calificar cada pregunta.

RUBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	100 - 80	MUY CONFIABLE
APROBADO LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ITEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

Datos de Evaluador experto

NOMBRE: *Maria Jose Barreto Macias*
 TITULO ACADEMICO: *Obstetra*
 TRABAJA: *Hospital Leon Beerra.*
 CI: *0925407355*
 R. PROF. COD SENESCYT:
 Reg. INVES SENESCYT *103 - 2019 - 2121186*
 TELF. *0994116540*

CLÍNICA "SAN RAFAEL"
Obst. Maria Jose Barreto Macias
 DIRECTORA
 Reg. Senescyt. 1013-2019-2121186

Anexo N°9. Evidencias de revisión de datos en áreas hospitalaria



