UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA DE OBSTETRICIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA

TEMA:

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DE POSPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO-MILAGRO DURANTE EL PERIODO 2017

AUTORAS:

DENISES ALEXANDRA GARCÍA GÓMEZ

JOHANNA BRIGITTE CASTRO MINDA

TUTORA:

OBST., MG., ANA MARÍA PASOS BAÑO

BABAHOYO-LOS RÌOS-ECUADOR

2018

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA DE OBSTETRICIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA

TEMA:

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DE POSPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO-MILAGRO DURANTE EL PERIODO 2017

AUTORAS:

DENISES ALEXANDRA GARCÍA GÓMEZ

JOHANNA BRIGITTE CASTRO MINDA

TUTORA:

OBST., MG., ANA MARÍA PASOS BAÑO

BABAHOYO-LOS RÌOS-ECUADOR

2018

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÒN

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. ORELLANA GAIBOR HUGOLINO, MSC.
DECANO O DELEGADO (A)

DR. BERMEO NICOLA CESAR AUGUSTO, MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)

LCDA. BERNAL MARTÍNEZ ELSA MARÍA, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)

AB. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN
APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo Obst. Ana María Pasos Baños, Msc., en calidad de Tutora del Proyecto de investigación tercera etapa: **FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DE POSPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO-MILAGRO DURANTE EL PERIODO 2017,** elaborado por las estudiantes: **DENISES ALEXANDRA GARCÍA GÓMEZ** con c.c. **1207702877** y **JOHANNA BRIGITTE CASTRO MINDA** con c.c. **120695775-3,** de la Carrera de Obstetricia de la Escuela de Obstetricia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO,** a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 19 días del mes de septiembre del año 2018

Atentamente,

Obst. Ana Pasos Baños, Msc
C.I: 1205556127

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

Lcda. Betty Mazacón Roca, PhD
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Alina Izquierdo Cirer, Msc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION
Dr. Hugolino Orellana Gaibor
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA

En su despacho:

En mi calidad de tutora del proceso de titulación de las Srtas: **DENISES ALEXANDRA GARCÍA GÓMEZ,** con **C.C: 1207702877** y **JOHANNA BRIGITTE CASTRO MINDA** con **C.C: 1206957753** egresadas de la Carrera de **Obstetricia,** de la Facultad de Ciencias de la Salud, cuyo tema es: **FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA OBSTETRICA DE POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO-MILAGRO DURANTE EL PERIODO 2017,** *me dirijo a usted y por su intermedio al Consejo* Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo para poner a vuestro conocimiento que las postulantes han cumplido con todos los requerimientos estipulados en el instrumento de trabajo de titulación de la Facultad de Ciencias de la salud, para el desarrollo de la investigación con fines de obtención del título de Obstetríz.

Por lo que están **APTAS,** para presentar su trabajo de investigación, el mismo debe de ser sustentado y sometido a evaluaciones por parte del Jurado que designe el Concejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo, a los 19 días del mes de septiembre del 2018.

Atentamente,

Obst. Ana Pasos Baños, Msc
C.I: 1205556127

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	tesis urkund.docx (D41535162)
Submitted:	9/18/2018 4:01:00 AM
Submitted By:	denissegarcia872@gmail.com
Significance:	2 %

Sources included in the report:

DRA. FRANCISCA NATIVIDAD RODRIGUEZ REYES para urkund.docx (D30580039)
Santiago Leon.docx (D30715717)
RESUMEN.docx (D29444274)
TESIS COMPLETA LIS.docx (D41496827)
https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20PREVENCI%C3%93N,%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20HEMORRAGIA%20POSPARTO.pdf
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/A03V54N4.pdf
http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30708/1/CD%202161-%20APOLO%20IZQUIERDO%252C%20JULEYSSE%20LILIBETH.pdf
http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-106_Falta%20Corregir.pdf
https://core.ac.uk/download/pdf/54243755.pdf

Instances where selected sources appear:

12

ANA MARIA PASOS BAÑO
CC 1205556127
TUTOR
E-MAIL: ampasos@utb.edu.ec

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico a Dios por habernos permitido llegar a este punto y culminar satisfactoriamente nuestra carrera, dándonos la sabiduría necesaria.

A nuestros padres por ser los pilares fundamentales en nuestras vidas, por su comprensión, que a pesar de todos los obstáculos presentados en nuestras vidas siempre nos han apoyado incondicionalmente.

Denises

Johanna

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por habernos dado fuerza y sabiduría a lo largo de nuestras carreras y así permitirnos cumplir esta meta.

Nuestra inmensa gratitud a la tutora Obst. Ana Pasos Baños, por ser nuestra guía a lo largo de este proyecto investigativo gracia a ella adquirimos los conocimientos necesarios que nos permitieron llegar a la meta propuesta.

Denises

Johanna

TEMA

Factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

RESUMEN

Antecedentes: La hemorragia posparto a nivel mundial es una de las principales causas de mortalidad materna, la segunda causa en nuestro país siendo la tercera causa en Latinoamérica, la mayoría ocurren en países en vía de desarrollo, se han implementado estrategias para disminuir la morbi-mortalidad materna.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de postparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

Metodología: La investigación es de modalidad descriptivo, observacional y transversal de tipo no experimental, el estudio comprende un universo de 2.782 mujeres embarazadas que fueron atendidas en la unidad de ginecoobstetricia, la muestra se obtuvo por medio de la fórmula de muestreo obteniendo para el estudio un grupo de 277 pacientes las que serán seleccionadas de manera aleatoria entre el grupo que fue atendido en el periodo de estudio que presentaron factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

Resultados: El principal factor de riesgo obstétrico modificable esta asociado a la hemorragia posparto inmediato oscila en un 19.4% por déficit de controles prenatales y entre los factores no modificables el de mayor prevalencia las condiciones socio-económicas desfavorables en un 24.9%.

Conclusiones: Los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato presentan una elevada prevalencia y se asocian con los controles prenatales insuficientes, anemia durante el embarazo, cirugías uterinas previas y el nivel socio-económico bajo.

PALABRAS CLAVES: FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO, HEMORRAGIA POSPARTO, POSPARTO INMEDIATO.

ABSTRACT

Background: Postpartum hemorrhage worldwide is one of the main causes of maternal mortality, the second cause in our country and the third cause in Latin America, most of these deaths occur in developing countries, strategies have been implemented to reduce maternal morbidity and mortality.

Objective: To identify the obstetric risk factors associated with immediate postpartum obstetric hemorrhage at the León Becerra Camacho-Milagro Hospital during the 2017 period.

Methodology: The research is of a descriptive, observational and transversal modality of not experimental type, the study includes a universe of 2782 pregnant women that were attended in the obstetric and gynecological unit, the sample was obtained through the application of the sampling formula obtaining For the study, a group of 277 patients will be randomly selected from the group that was attended in the study period that presented obstetric risk factors associated with immediate postpartum obstetric hemorrhage at the León Becerra Camacho-Milagro Hospital during the period 2017.

Results: The main modifiable obstetric risk factor associated with immediate postpartum haemorrhage ranges from 19.4% due to prenatal control deficits and among the non-modifiable factors the most prevalent unfavorable socio-economic conditions are 24.9%.

Conclusions: The obstetric risk factors associated with obstetric hemorrhage in the immediate postpartum period have a high prevalence and are associated with insufficient prenatal controls, anemia during pregnancy, previous uterine surgeries and low socio-economic level.

KEYWORDS: OBSTETRIC RISK FACTORS, POSTPARTUM HEMORRHAGE, IMMEDIATE POSTPARTUM.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA .....

AGRADECIMIENTO.....

TEMA .....

RESUMEN I

ABSTRACT II

INTRODUCCION.....III

CAPITULO I..... 1

1.PROBLEMA..... 1

1.1 Marco Contextual 1

1.1.1 Contexto Internacional:.....1

1.1.2 Contexto Nacional:.....1

1.1.3 Contexto Regional:.....3

1.1.4Contexto institucional: 3

1.2 Situación problemática.....6

1.3Planteamiento del Problema 7

1.3.1Problema General 7

1.3.2 Problemas Derivados 7

1.4 Delimitación de la Investigación 8

1.5 Justificación de la Investigación 9

1.6 Objetivos 10

1.6.1. Objetivo General. 10

1.6.2. Objetivos Específicos. 10

CAPITULO II 11

2.MARCO TEÓRICO 11

2.1 Marco teórico 11

2.1.1 Marco conceptual 26

2.1.2 Antecedentes investigativos 30

2.2 HIPOTESIS 36

2.2.1. Hipótesis general. 36

2.2.2 Hipótesis específicas. 36

2.3 Variables 37

2.3.1 Variable Independiente: 37

2.3.2 Variable Dependiente: 37

2.3.3 Variable interviniente: 37

2.2.3 Operacionalización de variables. 38

CAPITULO III 39

3.METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 39

3.1 Método de investigación 39

3.2 Modalidad de investigación 40

3.3 Tipo de Investigación 40

2.1 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información 41

2.1.1 Técnicas 41
2.1.2 Instrumento 41
2.2 Población y Muestra de Investigación 42
2.2.1 Población 42
2.2.2 Muestra 42
3.6 Cronograma del Proyecto 43
3.7 Recursos 44
3.4.1 Recursos humanos 44
3.4.2 Recursos económicos 44
3.5 Plan de tabulación y análisis 45
3.5.1 Bases de datos 45
Procesamiento y análisis de los datos 45
CAPITULO IV 46
4RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 46
4.1 Resultados obtenidos de la investigación 46
4.2 Análisis e interpretación de datos 51
4.3 Conclusiones 52
4.4 Recomendaciones 53
CAPITULO V 54
4.PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN 54
5.1 Título de la Propuesta de Aplicación 54
5.2 Antecedentes 54

5.3 Justificación 55

5.4 Objetivo 56

5.4.1 Objetivos generales 56

5.4.2 Objetivos Específicos 56

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación 57

5.5.1 Estructura general de la propuesta 57

5.5.2 Componentes 58

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación 59

5.6.1 Alcance de la alternativa 59

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 60

ANEXOS……..64

ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA……..……..65

ANEXO 2 CLASIFICACION DE LOS FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO……..66

ANEXO 3 PUNTUACION DEL SCORE MAMA……..……67

ANEXO 4 ACCIONES A REALIZARSE EN LOS ESTABLEECIMIENTO DE SALUD…….……68

INTRODUCCION

La hemorragia obstétrica en Ecuador es la segunda causa de muerte materna, corresponde al 16,2% de total de muertes al año, por lo cual se debe tener muy en cuenta cuáles son sus motivos mediante investigaciones. El mayor porcentaje de mortalidad materna por lugar de residencia se encuentran en las ciudades de Guayaquil, Durán y Samborondón, alcanzando el 23,33% de todos los casos (35 casos); seguidos por Santa Elena, Bolívar, Los Ríos y Galápagos con el 15,33% (22 casos) (Mintel, 2017).

Parte de la estructura del proyecto es identificar los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de postparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017. Los factores de riesgo obstétrico modificables están asociados en baja medida a la hemorragia obstétrica, mientras que los no modificables se asocian en alta medida a la hemorragia obstétrica (MSP, 2015).

El proyecto de investigación tiene como objeto de estudio la población de mujeres gestantes, lo que pretende es actualizar la información acerca de los factores que influyen en la evolución de una hemorragia obstétrica en la comunidad; para minimizar el porcentaje de muerte materna asociada a esta causa.

Datos estadísticos de entidades públicas y privadas, son materiales que justificaban la importancia del proyecto investigativo; las principales causas de muerte materna a nivel nacional se encuentran organizadas en tres grupos: Causas Obstétricas Directas, Indirectas y No Especificadas, dentro de las

cuales la hemorragia postparto, hipertensión gestacional y eclampsia son las fundamentales (INEC, 2011), lo que revela que se debe realizar un previo análisis de los factores de riesgo que ocasionan las principales causas de morbi – mortalidad materna. Sin embargo, “en el Ecuador, el registro de información en temas de muerte materna no es el adecuado y muchas muertes quedan sin registrarse en poblaciones rurales” (SISE, 2011).

En América Latina entre el 20 al 25% de complicaciones después del parto son producto de factores de riesgos asociados a dicha patología, cifras que van en aumento en la actualidad (TICONA RM, 2014). La OMS establece que el embarazo con algún factor de riesgo presente responde a múltiples complicaciones que incluyen: el bajo nivel de educación, y su situación económica desventajosa, cesáreas previas que acarrean un acretismo placentario y a su vez si presentan un periodo intergenésico corto una posible ruptura uterina (BJ, 2013), similar a lo obtenido en la investigación donde el principal factor de riesgo obstétrico modificable está asociado a la hemorragia posparto inmediato oscila en un 56.2% por déficit de controles prenatales y entre los factores no modificables el de mayor prevalencia las condiciones socio-económicas desfavorables en un 38.1%.

Tanto el personal de salud como las mujeres embarazadas debe saber sobre la importancia de conocer los factores de riesgo obstétrico tanto modificable y no modificables que se asocian a la hemorragia obstétrica para así disminuir la incidencia de complicaciones de esta patología y evitar la mortalidad materna. Se evidenció en la investigación realizada por la OMS que el 30% de muertes maternas fue debido a factores de riesgo agregados en la gestante donde al igual que en el nuestro se obtuvo resultados similares, se logró comprobar una baja prevalencia del 19.4% de factores de riesgos obstétricos modificables en comparación a los factores de riesgo obstétrico no modificables en un 24.9%, ambos asociados a la hemorragia de posparto.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco Contextual

1.1.1 Contexto Internacional:

Cada año, aproximadamente 14 millones de mujeres presentan hemorragia posparto y de ellas 125 mil mueren debido a las complicaciones que presenta dicha patología, cabe resaltar que alrededor del 30% de las mujeres embarazadas fueron en predominio adolescentes, en la actualidad estas cifras aumentan ocasionadas por el inicio precoz de la vida. Actualmente, en la región de las Américas, muere una de cada 130 gestantes debido a complicaciones durante su gestación, trabajo de parto y posparto, de estas un 60% de las muertes son producto de hemorragia postparto (RM, 2014).

1.1.2 Contexto Nacional:

"De acuerdo al Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 y dentro de los objetivos nacionales se plantea la reducción de la razón de mortalidad materna a 50 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2017" (SENPLADES, 2013); De acuerdo a esta información el Estado Ecuatoriano considera una

prioridad establecer los factores de riesgo obstétrico a evitarse para elaborar estrategias enfocadas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y evitar una mortalidad materna.

El Ministerio de Salud Pública en respuesta a este problema implementa la estrategia alarma materna que tiene como objetivo “identificar y tratar oportunamente a una mujer con morbilidad obstétrica y riesgo de muerte para contribuir a la disminución de la mortalidad materna” (MSP, 2017), para mejorar la calidad de vida , capacitar al personal de salud de todos los establecimientos de salud y mejorar a su vez la atención a la gestante, implementar equipamiento obstétrico. Para el Gobierno Nacional “reducir la mortalidad materna es un eje fundamental dentro de las políticas del sector social; por lo cual el Plan Nacional del Buen Vivir “reducir la mortalidad materna de 44,6 a 36,2 fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos a 2021” (Mintel, 2017).

“Las principales causas de muerte materna a nivel nacional se encuentran organizadas en tres grupos: Causas Obstétricas Directas, Indirectas y No Especificadas, dentro de las cuales la hemorragia postparto, hipertensión gestacional y eclampsia son las fundamentales” (INEC, 2011), lo que revela que se debe realizar un previo análisis de los factores de riesgo que ocasionan las principales causas de morbi – mortalidad materna. Sin embargo “en el Ecuador, el registro de información en temas de muerte materna no es el adecuado y muchas muertes quedan sin registrarse en poblaciones rurales” (SISE, 2011).

1.1.3 Contexto Regional:

> En Ecuador, durante el periodo 2017, se registraron 150 casos de fallecimientos de mujeres gestantes, durante el trabajo de parto y posparto, según la Gaceta de Muerte Materna del Ministerio de Salud; de las que destacan están agrupadas por causa indirecta en un 38.24% (28 casos), por sepsis el 20,50%(14 casos), por trastornos hipertensivos 16,18%(11 casos), por hemorragias posparto en 20.59%(14 casos).El mayor porcentaje de mortalidad materna por lugar de residencia se encuentra en las ciudades de Guayaquil, Durán y Samborondón, alcanzando el 23,33% de todos los casos (35 casos); seguidos por Santa Elena, Bolívar, Los Ríos y Galápagos con el 15,33% (22 casos) *(Mintel, 2017)*.

Registros del INEC durante el periodo 2015. A nivel nacional se registraron un total de 2,820.357 de partos normales de los cuales 314 terminaron en partos complicados; un promedio mensual 600 partos terminaron en cesárea. Pertenecientes a la Coordinación Zonal 05 distribuidos en la provincia del Guayas (7,753), Santa Elena (3,609), Los Ríos (7,085), Bolívar (1,829), Las Islas Galápagos (1,502).

1.1.4Contexto institucional:

El Hospital General León Becerra Camacho – Milagro fue construido en el Gobierno del General Leónidas Plaza Gutiérrez por Decreto Ejecutivo; este centro de salud de segundo nivel se inauguró en 24 de Mayo de 1917, siendo su director el Doctor Jorge Álvarez Lara, este hospital contaba con una capacidad de aproximadamente 80 pacientes, con cinco pabellones.

El Hospital General León Becerra Camacho – Milagro se encuentra ubicado en la calle Eplicachima, San Francisco de Milagro.

Actualmente, cuenta con infraestructuras modernas, diferentes áreas; emergencia, consulta externa (medicina general, medicina interna, cirugía pediátrica, pediatría, neumatología, gineco – obstetricia, neurología, traumatología, otorrinolaringología, psicología, dermatología, odontología, cardiología, rehabilitación física), hospitalización (salas de medicina interna, salas de gineco – obstetricia, cirugía, pediatría, neonatología), además, cuenta con otros servicios como laboratorio clínico, laboratorio de malaria, servicios de ecografía, servicio de rayos X, farmacia, terapia respiratoria, trabajo social, servicio de cirugía, servicio de consejería VIH, servicios de neumología, de nutrición y dietética, servicios de epidemiología. El Hospital General León Becerra Camacho – Milagro tiene a cargo nueve centros de salud de primer nivel en área urbana y rural; como son Los Pinos, 22 de Noviembre, CAI 3, Los Vergeles, Las Piñas, entre los sub- centros constan 17 de Septiembre, Roberto Astudillo, Mariscal Sucre, Los Monos y Carrizal.

En el área de gineco-obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho – Milagro se implementa el Score Mamá y las claves obstétricas con sus respectivos kits los cuales se encuentran en el área de emergencia gineco-obstétrica, maternidad y quirófano. Este sistema de respuesta rápida está conformado por el personal de salud capacitado, una vez identificada la hemorragia postparto, proceden a activar la clave roja por medio de alarma, se comunica y activa todo el personal, laboratorio y servicio de transfusión sanguínea, centro obstétrico, transporte (ambulancia), se conforma el equipo de acuerdo a la disponibilidad del personal que se encuentre en ese momento, si no se obtienen los resultados satisfactorios se realiza una transferencia a un centro de salud de mayor complejidad.

El Hospital General León Becerra Camacho – Milagro, diariamente llegan al área de gineco- obstetricia aproximadamente 120 pacientes, de las cuales se atenderán en consulta externa, en la sala de maternidad y emergencia de gineco – obstetricia; durante las 24 horas en emergencia gineco – obstetricia llegan alrededor de 30 pacientes embarazadas, de las cuales aproximadamente 10 están en trabajo de parto en fase activa y son ingresadas a la sala de parto. De acuerdo al departamento de admisiones y estadísticas del Hospital General León Becerra Camacho – Milagro durante el periodo 2017 hubo un total de 6 casos registrados de hemorragia posparto, de estos 3 casos causadas por hemorragia posparto inmediata y las 3 siguientes por hemorragia posparto tardía.

1.2 Situación problemática

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia posparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave (H Karlsoon, 2009). “Las causas de hemorragia postparto incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía (H Karlsoon, 2009)”. “En Ecuador la tasa de muerte materna es del 49%, de la cual el 16,2% está representada por la hemorragia postparto” (INEC, 2015).

Se considera a la hemorragia posparto una de las principales causas de morbi - mortalidad materna a nivel mundial, y la segunda causa de muerte materna en nuestro país. En ciertos casos pueden suceder en gestantes sin factores previos. Se recomienda el manejo activo de la tercera etapa del parto y que los profesionales estén preparados para manejar una hemorragia posparto en la atención de cada parto (MSP, 2013). Se considera, mejorar la calidad de atención médica a las gestantes durante el parto para prevenir y tratar adecuadamente una complicación como la hemorragia posparto.

1.3Planteamiento del Problema

1.3.1Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017?

1.3.2 Problemas Derivados

¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico modificables asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017?

¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico no modificables asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017?

¿Cómo identificar los factores de riesgo obstétrico para disminuir la hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017?

1.4 Delimitación de la Investigación

1.4.1 Delimitación Espacial: Hospital general León Becerra Camacho-Milagro.

1.4.2 Delimitación Temporal: periodo 2017.

1.5 Justificación de la Investigación

La hemorragia obstétrica en Ecuador es la segunda causa de muerte materna, corresponde al 16,2 % del total de muertes al año, se han implementado estrategias como el Score Mamá con el propósito de identificar de manera oportuna a una mujer que presente riesgo obstétrico durante la gestación, parto y posparto; a la vez mejorar el manejo de las claves obstétricas, mejorar la inmediata respuesta para prevenir la mortalidad materna.

Este proyecto investigativo va dirigido a las mujeres embarazadas y aquellas mujeres en edad reproductiva que desconocen de las complicaciones obstétricas en especial durante el trabajo de parto. Por lo que en este proyecto investigativo se establecerá los factores de riesgo obstétrico que agravan la incidencia de hemorragia postparto inmediata. El inadecuado estado de salud previo al parto, deficiencia socio – económica, controles insuficientes en el embarazo, bajo peso preconcepcional son indicadores desfavorables y que ocasionaran un trabajo de parto complicado.

Identificar y controlar una hemorragia posparto de manera oportuna significa evitar el shock y la muerte de una mujer. El estudio sobre factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017 es una medida de primer orden para generar información actualizada y significativa para la disminución de la morbi-mortalidad materna.

1.6 Objetivos

1.6.1. Objetivo General.

Identificar los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de postparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

1.6.2. Objetivos Específicos.

- Determinar los factores de riesgo obstétrico modificables asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

- Determinar los factores de riesgo obstétrico no modificables asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

- Evaluar estrategias que permitan identificar los factores de riesgo obstétrico para disminuir su asociación a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DE POSTPARTO INMEDIATO

Se debe identificar todos los factores de riesgo y clasificarlos de acuerdo al tipo de intervención que se puede realizar, dividiéndolos entre modificables y no modificables. Se consideran de riesgo las embarazadas que presentan alguna de las características detalla en la siguiente clasificación:

Factores de riesgo modificables:

- Inadecuado soporte familiar y de la pareja,

- **Control insuficiente de la gestación:** el realizar menos de cuatro controles o visitas prenatales o un control tardío después de las 20 semanas de gestación.

- **Fumadora habitual:** “El hábito de fumar o ser fumadora pasiva se asocian con el peso del feto al nacimiento” (MSP, 2015). El tabaquismo se ha asociado a un incremento en el riesgo de mortalidad perinatal, muerte súbita infantil, ruptura prematura de membranas, embarazo ectópico, placenta previa, parto prematuro, bajo peso al nacer y el desarrollo de labio o paladar hendido (MSP, 2015).

- **Anemia moderada (Hb: 7 a 10g/dLHcto 21 a 30%) y Anemia grave (Hcto< 21%, Hb <7g/mL):** “Tanto en un parto vaginal como en una cesárea la perdida hemática se produce durante el periodo expulsivo y en las primeras horas postparto, independientemente de la vía del parto” (LALONDE A, 2010). Las mujeres que siguen anémicas en el momento del parto pueden requerir precauciones adicionales para el parto que incluyen un entorno hospitalario para asegurar: vía intravenosa disponible, tipificación de grupo sanguíneo, manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto, planes para hacer frente a una hemorragia posparto (MSP, 2014).

- **Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos:** Se debe recomendar a las embarazadas evitar el consumo de marihuana pues se asocia con bajo peso al nacer, muerte perinatal y parto prematuro. Se recomienda insistir en los efectos nocivos del consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo, previniendo el consumo de las mismas durante todo el periodo de control tanto prenatal como posnatal (MSP, 2015).

- **Violencia familiar, historia de abuso sexual, físico y emocional:**"La violencia intrafamiliar en embarazadas genera problemas físicos, emocionales y sociales que dificultan la atención adecuada al neonato por parte de la madre, además de ser causa de nacimiento pre-término, hemorragias vaginales y muerte perinatal" (MSP, 2015).

Factores de riesgo no modificables:

- **Condiciones sociales desfavorables:** "Estas también contribuyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentra el alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacimiento, no solvencia económica, maltrato, etc.". (Ricardo, 2004).

- **Incremento del peso excesivo o insuficiente:** > 15 kg ó< 5 kg, "La obesidad aumenta la tasa de complicaciones durante la gestación y también intraparto" (Alvaro Alvir Alvaro, 2016). Además, el aumento de peso durante las primeras semanas de embarazo se relaciona con trastornos hipertensivos del embarazo y cesáreas.

- **Periodo Intergenésico menor de 2 años o mayor a 7 años:** "Lo consideramos corto cuando es menos de un año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta dos años. Esta condición se asocia con mayor frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo" (Ricardo, 2004).

- **Cirugía uterina previa:** "El antecedente de una o más cesáreas como factor de riesgo importante para que se presente la hemorragia obstétrica con morbilidad grave" (Roberto A. Ruiz-Rosas, 2015). El incremento de cesáreas se relaciona con una mayor morbilidad y mortalidad materna

- futura ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna, además de los riesgos quirúrgicos y anestésicos (MSP, 2016).

- **Gran multiparidad > 5:** La gran multiparidad se asocia a mayor prevalencia de hemorragia posparto por atonía.

- **Edad menor de 16 años o mayor de 35 años:** "En las mujeres jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc" (Ricardo, 2004).

- **Embarazo gemelar:** "El organismo de una mujer tiene que realizar un esfuerzo para adaptare a esta sobrecarga lo que conlleva a que la amplia zona placentaria y el útero muy distendido ponga a la madre en riesgo de sangrado después del parto" (OMS, 2013).

- **Trastornos hipertensivos en el embarazo:** "Aquellas madres con hipertensión asociada al embarazo tienen riesgo aumentado para desarrollar complicaciones potencialmente letales, entre ellas desprendimiento de placenta normo-inserta y coagulación intravascular diseminada" (OMS, 2016).

- **Placenta previa:** Las anomalías de la inserción placentaria, se asocian a una elevada morbimortalidad materna y perinatal. Las principales complicaciones maternas son hemorragia severa que requerirá transfusión

- sanguínea, coagulación intravascular diseminadas, histerectomía (MSP, 2017).
- **Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación: "**Se acepta que la insuficiencia placentaria que suele acompañar a gran parte de embarazos prolongados expone al feto a mayor riesgo de sufrimiento fetal" (Alvarado, 2006).

HEMORRAGIA OBSTETRICA DE POSPARTO INMEDIATO

"La hemorragia postparto constituye una de las emergencias más frecuentes en obstetricia (5 % de los partos), con una amplia variación en su forma de presentación. Se define como el descenso en un 10 % del hematocrito o la necesidad de transfusión de hematíes en el alumbramiento o las 24 horas posteriores al parto" (Antonio PelliceMartínez, 2013).

Etiología

Es útil recordar las causas de hemorragia posparto a través de la nemotecnia de las "4T":
Tono: en un 70%: prevalece la atonía uterina
Trauma: en un 19%: debido a traumas uterinos como una inversión o rotura uterina y lesiones de cuello y vagina,
Tejidos: en un 10% debido a retención de restos placentarios y coágulos
Trombina: en 1% coagulopatías congénitas o adquiridas

La atonía uterina es la principal y más común de las causas de hemorragia posparto.

"El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción miometrial, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos

uterinos miometriales que pasan entre las células musculares del útero" (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica, 2013).

Si la musculatura uterina no se contrae adecuadamente ocasionará una hemorragia posparto que pondrá en peligro la vida de la madre y el hijo.

Causas

Inercia uterina: Es la causa más frecuente de hemorragia después del alumbramiento; se le conoce también como atonía uterina (ocurre en el posparto o durante la operación cesárea): se debe a un defecto de contracción uterina, al no presentarse de manera firme y sostenida una vez terminado el alumbramiento; en la mayor parte de los casos basta con la limpieza de la cavidad uterina y con masaje bimanual adecuado para revertirla. El tratamiento de la atonía uterina se basa en la reposición adecuada de volumen sanguíneo y administración de oxitócicos. La falta de respuesta a las medidas farmacológicas o la recurrencia del problema en las horas siguientes es indicación para tratamiento quirúrgico, que en la mayoría de las ocasiones es la histerectomía obstétrica (Alba, 2009).

Laceraciones del canal del parto: El promedio de pérdida sanguínea por una episiotomía media o mediolateral es de 200 ml; si a ésta se agrega la hemorragia por laceraciones cervicales, vaginales o perineales no reconocidas, suele ser significativa. Las laceraciones deben sospecharse cuando la hemorragia continúa a pesar de la buena contracción uterina; se identifican mediante reconocimiento visual con valvas vaginales y pinzamiento de los labios anterior y posterior del cuello uterino. El tratamiento consiste en reparar las lesiones iniciando la sutura por arriba del vértice de la laceración mediante surgete anclado con material absorbible; dicho trastorno se presenta con mayor frecuencia en la atención del parto con aplicación de fórceps; las laceraciones

ocurren más veces a nivel de los ángulos del cuello uterino y tercio superior de las paredes vaginales (Alba, 2009).

Retención de placenta y restos placentarios: Debe sospecharse la presencia de fragmentos placentarios o sus anexos retenidos cuando persiste la hemorragia en ausencia de laceraciones o atonía evidente. Se debe realizar una revisión manual de la cavidad uterina (Alba, 2009).

Hematomas: Los hematomas de periné, vagina o espacio subperitoneal (por arriba del elevador del ano) provienen de hemorragias ocasionales ocultas; El tratamiento consiste en incisión, limpieza y eliminación de coágulos, ligadura de los vasos sangrantes y obliteración del defecto con suturas absorbibles (Alba, 2009).

Rotura uterina: Hay que descartar rotura uterina mediante exploración manual intrauterina después de expulsada la placenta en pacientes con factores predisponentes, como cicatriz uterina previa (cesárea, miomectomía, metroplastia u otras), útero sobredistendido, hiperestimulación uterina con oxitócicos (en especial prostaglandinas), aplicación de fórceps y maniobras para acelerar la dilatación del cuello uterino.etroperitoneal. El tratamiento definitivo es quirúrgico; las más de las veces consiste en histerectomía obstétrica (Alba, 2009).

Inversión uterina: Es una complicación poco frecuente relacionada con atención obstétrica deficiente; requiere de maniobras precipitadas para acelerar el alumbramiento mediantetracción del cordón umbilical, sin que el desprendimiento de la placenta haya ocurrido y con un útero atónico (Alba, 2009).

Diagnóstico

El diagnóstico de la hemorragia postparto debe ser clínico, en función de los signos y síntomas que presente la paciente. La estimación visual de la pérdida hemática suele subestimar el volumen sanguíneo perdido, por lo que se deben valorar signos y síntomas para evaluar la afectación hemodinámica:

•Sin repercusión: pérdida hemática: 500-1.000 ml (10-15 %); sin descenso de presión arterial sistólica (PAS); palpitaciones, mareo y taquicardia,

•Leve: pérdida hemática: 1.000-1.500 ml (15-25 %); PAS: 80-100 mm Hg; debilidad, sudoración y taquicardia,

•Moderada: pérdida hemática 1.500-2.000 ml (25-35 %); PAS: 70-80 mm Hg; inquietud, palidez y oliguria,

•Grave: pérdida hemática de 2.000-3.000 ml (35-45 %); PAS: 50-70 mm Hg; colapso, disnea y anuria (Antonio PelliceMartínez, 2013).

Prevención de la hemorragia posparto

Manejo activo de la tercera etapa del parto: un adecuado manejo en las mujeres después del alumbramiento va a reducir en un 60% el riesgo de hemorragia posparto, además, reduce el riesgo de padecer anemia en el posparto y por lo consiguiente la necesidad de transfusiones sanguíneas.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda efectuar de manera rutinaria el manejo activo de la tercera etapa del parto a todas las mujeres tras cada parto vía vaginal atendido por un personal de salud especializado, para así evitar una hemorragia posparto, además la FIGO considera el MATEP como el mayor método basado en evidencia para prevenir la hemorragia posparto.

Los componentes habituales del manejo activo de la tercera etapa del parto incluyen:

Primer Paso: Uso de agentes uterotónicos: Administrar 10 UI de Oxitocina, vía intramuscular dentro del primer minuto de vida del recién nacido después del parto o 5 UI de Oxitocina vía intravenosa administradas lentamente, si no hay oxitocina se debe administrar 600 mcg de Misoprostol vía oral (MSP, Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto: Guía de Práctica Clínica, 2013)

Paso 2. Tracción y contratracción del cordón umbilical: No se debe realizar la tracción controlada del cordón sin antes administrar oxitocina u otro fármaco uterotónico o sin antes observar los signos que demuestren la separación de la placenta, ya que esto podría ocasionar una separación parcial de la placenta, una posible ruptura del cordón umbilical, un sangrado abundante o una inversión del útero (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica, 2013)

Paso 3. Masaje uterino posparto: Se recomienda que posterior al alumbramiento, s debe realizar masaje uterino a través del abdomen de la paciente hasta lograr que el útero se contraiga adecuadamente. Dentro de las dos primeras horas después del alumbramiento se debe controlar que el útero siga contraído y realizar el control de loquios, verificando que los loquios sean normales (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica, 2013).

Alarma Materna: Score MAMÁ - Claves obstétricas

Consiste en un sistema de puntuación de alerta temprana de morbilidad materna (Score MAMÁ), clasifica el riesgo obstétrico de las mujeres gestantes y puérperas, mejorando la respuesta oportuna para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de las claves obstétricas, que contribuye al manejo adecuado de las 3 principales causas de morbilidad grave: hemorragia, hipertensión y sepsis" (MSP, 2017).

Score MAMÁ

Esta herramienta comprende seis indicadores fisiológicos, que comprenden: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, la presión arterial, la saturación de oxígeno, temperatura, e nivel de conciencia y la prueba cualitativa que es la proteinuria. Con estos seis indicadores fisiológico se dará una puntuación que va de 0 a 3, en el que considerando al 0 como un valor normal (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo, 2017).

Claves obstétricas

Se ha implementado un sistema de alerta temprana en obstetricia, con el propósito de mejorar la calidad de visa de las gestantes, estas claves disponen de kits de emergencias obstétricas (MSP, 2017). Para la implementación de estas claves, es importante primero acordar un sistema de activación, en el que se debe:

- 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 (MSP, 2017).

Activación de la clave

La activación de la clave la realizará el primer profesional de salud que tiene contacto con la mujer que presente emergencia obstétrica, esto puede ocurrir en el servicio de emergencia, en los pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, internación o en cualquier otro servicio en donde se encuentre la paciente gestante o puérpera, por lo tanto se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación que garantice que sea escuchado por el personal involucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre, según la disponibilidad de los establecimientos de salud (MSP, 2017).

El equipo de respuesta ante la activación de la clave estará conformado de acuerdo a la disponibilidad de cada establecimiento de salud y su nivel de complejidad. Se deberá contar mínimo con 2 personas ideal 4:

• Primer nivel de atención: 2 personas
• Segundo y tercer nivel de atención: 2 a 4 personas

Cada miembro del equipo tendrá funciones específicas y se los designará como:
1. Coordinador
2. Asistente
3. Asistente
4. Circulante

Tratamiento de la hemorragia posparto

Una vez identificada la hemorragia posparto, se debe organizar el cuidado de la paciente en cuatro componentes:

Informar a todos los profesionales de salud relevantes para la atención y cuidado de la paciente, iniciar la reanimación a la paciente, monitorizar a la paciente e investiga la causa que desencadenó la hemorragia posparto e implementar las medidas para lograr detener el sangrado uterino. Estos cuatro componentes se deben efectuar de manera simultánea en todos los casos que se presente una hemorragia posparto. Si el establecimiento en el que se encuentra la paciente no reúne las condiciones necesarias para el manejo obstétrico, se debe iniciar con las maniobras de reanimación y proceder detener el sangrado y derive a la paciente a un establecimiento de salud con capacidades resolutivas adecuadas (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo, 2017)

Manejo general

- Informar a la paciente sobre su situación clínica y explicar los procedimientos que se le realizarán,

- Pedir ayuda a los profesionales de la salud,

- Informar sobre la situación y movilizar a todo el personal disponible (médicos, personal de laboratorio, enfermeras, anestesistas). Por lo que es recomendable realizar prácticas de simulacros,

- Colocar vías intravenosas, se recomienda colocar dos vías de gran calibre como16G o 14G y proceder a suministrar soluciones cristaloides,

- Realice una evaluación rápida sobre el estado general de la paciente, que incluyan los signos vitales: pulso, respiración, temperatura y presión arterial. Si se sospecha de shock, se debe iniciar tratamiento lo más pronto posible,

- Evaluar el tono uterino, en caso de presentar atonía uterina, dar masaje uterino para expulsar los coágulos sanguíneos que inhiben las contracciones uterinas. Iniciar masaje uterino bimanual para contener el sangrado mientras se prepara el manejo farmacológico,

- Asegurar la permeabilidad aérea,

- Colocar sonda vesical para la monitorizar el gasto urinario de la gestante,

- identificar la causa que provocó la hemorragia e iniciar tratamientos específicos de acuerdo a la causa identificada: Verificar si existen restos placentarios, examinar la vagina y el cuello uterino para detectar desgarros,

- Si el establecimiento en el que se encuentra la paciente no reúne las condiciones necesarias para el manejo obstétrico, se debe iniciar con las maniobras de reanimación y proceder detener el sangrado y derive a la paciente a un establecimiento de salud con capacidades resolutivas adecuadas (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo, 2017).

Histerectomía durante el periodo grávido puerperal

La extirpación quirúrgica del útero en cualquier momento del periodo grávido puerperal recibe la denominación de histerectomía obstétrica; al respecto, ha habido múltiples discusiones para diferenciar entre cesárea-histerectomía e histerectomía obstétrica. La primera es un procedimiento quirúrgico dentro del cual se realiza primero una cesárea y tiempo seguido una histerectomía (Alba, 2009).

Su indicación, y sobre todo su realización, implica las más de las veces una toma de decisión difícil, por ser una intervención mutilante que cancela de manera definitiva la función reproductora, situación particular e importante que con frecuencia conduce a retrasos que acentúan las consecuencias de la patología de base, y agravan aún más la ya de por sí delicada condición de la paciente (Alba, 2009).

El procedimiento debe estar de preferencia en manos de especialistas, pues casi siempre implica intervenir a una mujer en estado de choque, al cual se agregan las pérdidas sanguíneas de la propia intervención y aquellas que se originan en técnica quirúrgica inadecuada. La conjunción de estos factores explica la elevada mortalidad y morbilidad de tal intervención (Alba, 2009).

Prospectiva

Una vez que se han cohibido las hemorragias y han remitido sus secuelas, las hemorragias obstétricas en este periodo generan complicaciones en el corto y largo plazos. La morbilidad mediata y tardía por la histerectomía obstétrica es elevada. Pocas veces se observa panhipopituitarismo posparto, o síndrome de Sheehan, que ocurría en mujeres que tuvieron hemorragia masiva en la resolución obstétrica y que luego de sobrevivir, al paso de los meses presentaban manifestaciones de insuficiencia global de la adenohipófisis con agalactea (primera manifestación), hipogonadismo, hipotiroidismo e insuficiencia corticosuprarrena (Alba, 2009).

2.1.1 Marco conceptual

- **Factor de riesgo: "**Es toda característica o circunstancia observable en una persona asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un Daño en la salud" (Ricardo, 2004).

- **Riesgo obstétrico:** Término que indica la posibilidad de aparición o incremento de complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio, que puede ocasionar morbi-mortalidad materno-infantil o secuelas transitorias y/o permanentes en el feto, la madre o el recién nacido (Alvarado, 2006).

- **Factores de riesgo modificables:** Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, el cual puede ser prevenible y controlado (MSP, 2015).

- **Factores de riesgo no modificables:** Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, la cual no puede ser revertido (MSP, 2015).

- **Hemorragia posparto:** Es la perdida sanguínea mayor a 500 ml después de un parto vaginal o la perdida sanguínea mayor a 1.000 ml tras un parto vía cesárea (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica, 2013).

- **Hemorragia posparto primaria o inmediata:** Es aquella hemorragia que ocurre dentro de las 24 horas después del alumbramiento (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica, 2013).

- **Hemorragia posparto secundaria o tardía:** Es aquella hemorragia que ocurre entre las 24 horas y seis semanas posparto (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica, 2013).

- **Tercera etapa de trabajo de parto:** es aquella etapa que transcurre desde el nacimiento del neonato hasta la expulsión de la placenta (MSP, Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto: Guía de Práctica Clínica, 2013)

- **Control 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 (MSP, 2015).

- **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 (MSP, 2017).

- **Claves obstétricas:** es un sistema de funcione que permiten el trabajo coordinado entre los profesionales de la salud que están capacitados en estas claves que accionan coordinando y buscando prevenir la morbi-mortalidad materna (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica, 2013).

- **Embarazo sin riesgo o normal:** Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Aquel que no cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel de complejidad (MSP, 2015).

- **Embarazo de riesgo:** Es aquel en que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias (MSP, 2015).

- **Muerte materna obstétrica directa**: Muerte materna que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas (MSP, 2017).

- **Muerte materna obstétrica indirecta:** Muerte materna que resulta de una enfermedad existente previa al embarazo, que no se relaciona a una causa obstétrica directa pero que puede verse afectada por los efectos fisiológicos del embarazo, parto o puerperio (MSP, 2017).

- **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 (MSP, 2013).

- **Episiotomía:** Realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal «blando» para del parto y debe realizarse de forma selectiva y no en todos los casos (MSP, 2013).

- **Manejo activo del alumbramiento:** "Comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta" (MSP, 2013).

- **Manejo fisiológico del alumbramiento:** "Manejo del alumbramiento sin administración de uterotónicos y expulsión de la placenta por la gravedad y el pujo materno" (MSP, 2013).

- **Referencia:** Es el proceso estructurado de envío de un paciente a través de información por escrito de un nivel de sistema de salud a otro superior en tecnicidad y competencia (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo, 2017).

- **Contrarreferencia:** Es el proceso inverso a la referencia, es la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida

- información en el formulario correspondiente (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo, 2017) .

2.1.2 Antecedentes investigativos

La hemorragia posparto es una causa habitual de muerte materna. Actualmente, a nivel mundial el 30% de todas las muertes maternas que ocurren son debido a complicaciones obstétricas, se estima que a nivel mundial ocurre cada 4 minutos una muerte materna a causa de esta patología; el Ministerio de Salud Pública refleja que a nivel mundial durante el año 2013 alrededor de 289.000 mujeres murieron debido a complicaciones obstétricas durante el embarazo, trabajo de parto y posparto. La Organización Mundial de la Salud calcula que el 99% de las muertes maternas se producen en países en vía de desarrollo y de los cuales la hemorragia posparto justamente es una complicación severa que frecuentemente produce la muerte de la mujer, y en la mayoría de casos son producto de la deficiencia en los servicios de salud (Bonifaz, 2010) .

De acuerdo a un estudio de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2016 que afirma que la incidencia promedio de la hemorragia posparto en el mundo es de 6,09%. La incidencia en Latinoamérica y región del Caribe se estima un 8,9% de acuerdo a la evaluación de este evento en diferentes regiones del mundo. Estos estudios también nos confirmaron que los factores de riesgo influyen tradicionalmente a la hemorragia posparto como son la gran multiparidad o los embarazos múltiples, en países subdesarrollados aumenta el riesgo de morir debido a causa de una complicación obstétrica como la hemorragia posparto en 1 de cada 1.000 nacidos vivos, mientras que, en los países desarrollados el riesgo es cien veces menor (Colombia, 2016) .

La disminución de la razón de mortalidad materna está determinada por múltiples factores. En un estudio realizado en Estados Unidos, en el que se analizaron las causas del incremento de la mortalidad materna (principalmente por hemorragia obstétrica), se observó que es necesario establecer y dar seguimiento a estrategias como la identificación oportuna de las complicaciones potencialmente mortales, utilización de la medicina basada en la evidencia y la atención de la mujer embarazada con complicaciones, por parte de un equipo multidisciplinario en los centros hospitalarios *(Roberto A. Ruiz Rosas, 2014)*.

la hemorragia posparto puede ocasionar una hipotensión severa o incluso un shock que conlleve a la muerte si no la controlamos a tiempo, No obstante, en su mayor parte de casos de hemorragia obstétrica ocurren entre las primeras 24 horas posparto, pero pueden estar presentes hasta incluso en los 7 días después del alumbramiento. Coexisten factores de riesgo obstétrico que crean de la hemorragia posparto un cuadro de gravedad. Como lo es la alta incidencia en pacientes con anemia durante o después del parto. Además, un gran número de nacimientos en países en desarrollo ocurren sin atención médica profesional u ocurren en establecimientos de salud que no cuentan con insumos y sin personal de salud necesarios para enfrentar una complicación obstétrica. Incluso, muchas veces la paciente deber ser trasladada a un centro de mayor complejidad y no existen los medios de transporte necesarios para que ello suceda (falta de medios de transporte, vías de acceso, comunicaciones, entre otros). Si bien la hemorragia posparto es una complicación obstétrica muy seria, es importante destacar que es altamente prevenible (Calle, Barrera, & Guerrero, 2015).

Por ello, el conocer los factores de riesgo que la pueden desencadenar permite al personal de salud estar prevenido para disminuir los efectos de esta emergencia. Identificar con la mayor objetividad el volumen del sangrado posparto es fundamental, pues por lo general se puede subestimar y no tomar las medidas necesarias a tiempo lo que sucede en varias ocasiones que la

paciente inicia con hemorragia y la persona que está atendiendo el parto a menudo no está preparada para manejar la emergencia o se tarda mucho tiempo tomar una decisión oportuna o quizá el traslado de la paciente a una unidad hospitalaria de mayor complejidad. Cuando ha existido hemorragia posparto que produce alteraciones en los signos vitales, con frecuencia la paciente requiere transfusiones de sangre, lo cual también conlleva los riesgos propios de este procedimiento *(Calle, Barrera, & Guerrero, 2015)*.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, calcula en la región de las Américas que 1 de cada 5 muertes maternas son consecuencias de hemorragias obstétricas en el trabajo de parto o posparto inmediato. Se estima que la hemorragia postparto ocurre en 4% de los partos vaginales y en 6% de los partos por cesárea; según la Organización Mundial de la Salud (OMS). El 20.8% de las muertes maternas en Latinoamérica se deben a complicaciones hemorrágicas, (segunda causa de muerte materna) (Evidenci, 2014), mientras que "en nuestro país en el año 2014 según las estadísticas del INEC, la hemorragia postparto fue la principal causa de muerte materna, seguida después de los trastornos hipertensivos" (Usiña JH, 2014).

Según datos del Ministerio de Salud Pública, en el año 2015 las principales causas de mortalidad materna por egresos hospitalarios fueron: las enfermedades hipertensivas, hemorrágicas y sepsis. En la actualidad la hemorragia obstétrica y sus complicaciones constituyen una de las principales causas de mortalidad materna en nuestro país, y un número considerable de casos presentan secuelas orgánicas irreversibles; conjuntamente con los trastornos hipertensivos del embarazo y la sepsis obstétrica (MSP, 2017).

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus

hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento y disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita (MSP, 2015).

A pesar del progreso que se ha logrado en los últimos años en la reducción de la cantidad de mujeres que sufren morbilidad o mortalidad por hemorragia posparto. esta continúa siendo la causa directa más común de muerte materna en los países de ingresos bajos. La mayoría de estas muertes pueden evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante el control y tratamiento oportuno y apropiado. La Organización Mundial de la Salud realizó una consulta técnica sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto para revisar los datos científicos actuales y actualizar las directrices sobre la hemorragia posparto. Las nuevas directrices combinan documentos previos para abordar tanto la prevención como el tratamiento, ya que reconocen la importancia de la asistencia integrada (OMS, Recomendaciones de la OMS, 2014). La hemorragia posparto es una circunstancia que puede constituir una urgencia y a la vez una emergencia de modo tal que atendiéndonos a la definición estricta de estos hechos existe el peligro de perder un órgano y, tal vez, la vida (Pariguana lópez, 2016).

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para el Ministerio de Salud Pública, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico oportuno y atención adecuada. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal (MSP, 2015).

La muerte materna es evitable en la mayoría de los casos, se ha comprobado que una intervención eficaz, y la inversión en el fomento de una

maternidad sin riesgo no solo reduce la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a lograr mejor salud, calidad de vida y equidad para la mujer, sus familias y las comunidades (MSP, Control Prenatal Guía de Práctica Clínica, 2015).

El Ministerio de Salud Pública ha creado dos estrategias para reducir la muerte materna y disminuir la incidencia de hemorragias postparto:

a) Identificación oportuna, mediante la incorporación del Score MAMÁ, como herramienta complementaria a la identificación oportuna de factores de riesgo obstétricos (MSP, 2017).

b) Atención de calidad a pacientes con morbilidad y referencia oportuna, que incluye la elaboración y activación de claves obstétricas y kits de emergencias obstétricas de las 3 principales causas relacionadas con la muerte materna (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo, 2017).

La FIGO avala las recomendaciones internacionales que destacan que contar con personal especializado y mejores servicios obstétricos es fundamental para reducir la mortalidad materna y neonatal. Estas políticas reflejan lo que debería ser un derecho básico para cada mujer. Para abordar los factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto será preciso combinar enfoques para ampliar el acceso a una atención especializada y al mismo tiempo, aumentar las intervenciones para salvar la vida, en el continuo de la atención desde la comunidad hasta el hospital. Los distintos entornos en los que las mujeres dan a luz dentro de este continuo requieren enfoques diferentes para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (FIGO, 2014).

A pesar de que se realizan actividades para reducir la morbi- mortalidad materna por esta patología, todavía mueren mujeres durante el trabajo de parto. Las mujeres que viven en entornos de bajos recursos son las más vulnerables debido a las enfermedades concurrentes, la pobreza, la discriminación y el acceso limitado a la atención médica. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia desempeña un papel fundamental para mejorar la capacidad de las asociaciones nacionales de obstetricia y de parteras para reducir la muerte y discapacidad materna a través de estrategias seguras, efectivas, posibles y sostenibles para prevenir y tratar la hemorragia posparto. A su vez, las asociaciones nacionales de obstetricia y parteras deben dirigir las iniciativas para implementar los enfoques que se describen en este documento (FIGO, 2014) .

Además, cabe destacar que “La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son activos en promover la prevención de la morbimortalidad materno-fetal secundaria a hemorragias postparto” (DR. ALDO SOLARI A., 2014).

2.2 HIPOTESIS

2.2.1. Hipótesis general.

Los factores de riesgo obstétrico se asocian directamente a la hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

2.2.2 Hipótesis específicas.

- Los factores de riesgo obstétrico modificables asociados en baja medida a la hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

- Si se determinan los factores de riesgo obstétrico no modificables se asocian en alta medida a la hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

- Si se Identifican los factores de riesgo obstétrico permite disminuir su asociación a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

2.3 Variables

2.3.1 Variable Independiente:

Factor de Riesgo Obstétrico.

2.3.2 Variable Dependiente:

Hemorragia Obstétrica.

2.3.3 Variable interviniente:

Factores de riesgo obstétrico modificables.

Factores de riesgo obstétrico no modificables.

2.2.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICE	TECNICAS O INSTRUMENTOS DE MEDICION
Hemorragia Obstétrica	Se define a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 mL en un parto vaginal y que supera 1.000 mL en un parto por cesárea.	Procesos patológicos	% de pacientes atendidas por Hemorragia Obstétrica en el Hospital León Becerra Camacho durante el periodo de estudio.	Revisión de base de datos
Factor de Riesgo Obstétrico	Es toda característica o circunstancia observable en una persona asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un Daño en la salud	Factores de Riesgo Modificables Factores de Riesgo no modificables	% de controles a los que asistieron las pacientes atendidas en las que se identificaron al menos un factor de riesgo obstétrico en el Hospital León Becerra Camacho durante el periodo de estudio.	5 controles 4 controles 3 controles 2 controles 1 control Ningún control

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

Para realizar el trabajo de investigación sobre factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017 se realizó una revisión bibliográfica de artículos médicos, de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública, FIGO, FESGO, OMS, entre otras, para establecer el estado del arte, del trabajo de investigación, la información se recopiló de acuerdo a las variables de estudio y se extrajo la información de las bases de datos de la estadística del Hospital previo consentimiento de las autoridades del Hospital en conjunto con el área de Docencia una vez expuesto el perfil de investigación en el que se demostró que la información necesaria para la realización de la misma no atentó contra la seguridad de los usuarios internos ni externos ya que utilizara una base de datos anonimizada que cuenta con información verídica de las gestantes atendidas durante el año 2017 en la sala de Ginecoobstetricia del Hospital lo que permitiría en cualquier momento repetir la investigación y obtener resultados similares. Estos datos extraídos fueron sometidos a un proceso de observación en una hoja de cálculo de Excel donde se obtuvo los resultados de acuerdo a los objetivos de investigación.

3.2 Modalidad de investigación

El trabajo de investigación sobre factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017 es de modalidad descriptiva, observacional, transversal.

3.3 Tipo de Investigación

La investigación sobre factores de riesgo obstétrico asociados a la hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017, fue de tipo básica, cuantitativa, deductiva, descriptiva, transversal, no experimental ya que no se intervino sobre las variables de estudio, solo se las observó.

2.1 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

2.1.1 Técnicas

Para la recolección de los datos del proyecto de investigación se revisó la información contenida en los archivos de las usuarias atendidas en la unidad de ginecoobstetricia, de acuerdo a los objetivos planteados, utilizando como fuente informativa al departamento de admisiones y estadísticas del Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017, se obtendrán datos anonimizados para garantizar la confidencialidad de las pacientes.

2.1.2 Instrumento

Para la recolección de los datos se elaboró en una hoja de cálculo de Excell una base de datos que se describía las variables de estudio que sirvió para vaciar los datos contenidos en el sistema RDACAA (Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias) del Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017 de acuerdo a los objetivos de la investigación, lo que permitió observar el comportamiento de las variables de acuerdo a la población y muestra del estudio.

2.2 Población y Muestra de Investigación

2.2.1 Población

La población de estudio comprende las gestantes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho durante el periodo 2017 siendo un total de 2782.

2.2.2 Muestra

Para el cálculo de la muestra se realizó el Muestreo Aleatorio simple, con las siguientes restricciones: tamaño de la población: 2.782 pacientes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho - Milagro, durante el periodo 2017, con un nivel de confianza de 95%, un error de estimación máximo aceptado de 5%, con estos parámetros se calcula una muestra de 277 pacientes con factores de riesgo obstétrico a ser estudiadas.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$$

N= Tamaño de población

Z= factor probabilístico dado por el nivel de confianza que se decide trabajar.

p .q= Varianza de la proporción

e= El error máximo permitido

n= ?

N=2782

1-X=95%

Z=1.96

e=5%

P=0.5

q:0.5

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2} = \frac{3.84 * 0.25}{0.0025} = \frac{0.96}{0.0025} = 384$$

Ajuste:

$$n = \frac{no}{1 + \frac{(no+1)}{N}} = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{2.782}} = \frac{384}{1 + \frac{384}{2.782}} = \frac{384}{1 + 0.138} = \frac{384}{1.138} = N = 227$$

De acuerdo a esto, el tamaño de muestra es de 277 pacientes.

3.6 Cronograma del Proyecto

N°	Meses / Sem / Actividades	Mayo				Junio				Julio				agosto				Septiembre				Octubre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Selección de Tema				X																				
2	Elaboración del perfil						X																		
3	Aprobación del tema									x															
4	Recopilación de la información										X														
5	Desarrollo del capítulo I											x													
6	Desarrollo del capítulo II												x												
7	Desarrollo del capítulo III													X											
8	Presentación de la segunda etapa de proyecto															x									
9	Elaboración de las encuestas																x								
10	Aplicación de las encuestas																	X							
11	Tamización de la información																	X							
12	Desarrollo del capítulo IV																		X						
11	Elaboración de las conclusiones																		X						
12	Presentación de la tesis																			X					
13	Sustentación de la previa																			X					
14	Sustentación																				x				

3.7 Recursos

3.4.1 Recursos humanos

Recursos humanos	N° de personal
Investigadoras	2
Tutora de tesis	1
Personal del departamento de Admisión y Estadística del Hospital León Becerra Camacho	1
TOTAL	4

.

3.4.2 Recursos económicos

MATERIALES	COSTO UNITARIO	TOTAL
Impresión del perfil del proyecto	$ 0, 10	$9,00
Alimentación	$40,00	$80,00
Movilización	$38,00	$76,00
Cyber	$20,50	$41,00
Cds	$ 0, 75	$2,25
Impresiones	$0,10	$20,00
Fotocopias	$0,03	$6,00
Anillados	$1,00	$3,00
Esferos	$0,50	$2,00
Cuaderno	$3,00	$6,00
USB	$8,00	$16,00
TOTAL	$111,98	$342,25

3.5 Plan de tabulación y análisis

3.5.1 Bases de datos

Para el alcance de los objetivos de la investigación sobre factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017 se realizó una base de datos anonimizada, se asignó un código numérico de 3 dígitos a cada paciente para garantizar la confidencialidad en una hoja de cálculo de Excel que contiene las variables de estudio.

Procesamiento y análisis de los datos

Para procesar los datos se buscó según la muestra de estudio y las variables e identificar los factores de riesgo modificables y no modificables asociados a hemorragia obstétrica del posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017 lo que permitió obtener los resultados del estudio de acuerdo a los objetivos planteados, se analizaron los resultados obtenidos para plantear la propuesta de la investigación.

CAPITULO IV

4 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados obtenidos de la investigación

Durante el periodo 2017, se generaron 2.782 registros de historias clínicas de pacientes posparto, de estas pacientes 337 fueron seleccionados entre las que presentaron factores de riesgo obstétrico, de los cuales se evidenció 6 casos de hemorragia posparto, las que representan una incidencia del 4.6%.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de postparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

CUADRO 1: Factores de riesgo obstétrico Modificables y No modificables

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MODIFICABLES	96	34.5%
NO MODIFICABLES	181	65.5%
TOTAL	277	100%

FUENTE: Archivos del departamento de admisión y estadística del HLBCM
ELABORADO: Autoras

ANALISIS E INTERPRETACIÓN:

Considerando que la hemorragia posparto es la segunda causa de muerte materna en Ecuador, se la puede prevenir mediante la detección temprana en la gestante, que nos permita identificar los factores de riesgo obstétrico e individualizar su manejo mediante la aplicación del Score MAMA, esta herramienta por ayuda a detectar el mayor caso de factores obstétricos que influyan a una complicación en el momento del parto. En este cuadro se evidencia que de las 277 pacientes de nuestro estudio el 34.5% de los casos estudiados corresponden a los factores de riesgo modificables a diferencia de los factores de riesgo no modificables que tienen una mayor prevalencia de un 65.5%. Por lo que se considera que el oportuno reconocimiento de los factores de riesgo que predisponen a una hemorragia posparto contribuye en forma directa para detectar a las gestantes que presenten un riesgo obstétrico.

OBJETIVO ESPECIFICO 1:

Determinar los factores de riesgo obstétrico modificables asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

CUADRO 2. Principales factores de riesgo obstétricos modificable

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO MODIFICABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Controles prenatales insuficientes	54	19.4%
Anemia moderada o severa	32	11.5%
Infecciones vaginales y/o urinarias	10	3.6%

FUENTE: Archivos del departamento de admisión y estadística del HLBCM
ELABORADO: Autoras

ANALISIS E INTERPRETACIÓN:

Los factores de riesgo obstétrico modificables son aquellos que presentan cualquier exposición o característica de la paciente que la conlleve a sufrir una

posible enfermedad pero que a su vez podrá ser prevenible y controlado, entre los factores de riesgo obstétrico modificables caben destacar los controles prenatales insuficientes, pues un control tardío o insuficiente es un indicador desfavorable que conlleva a una hemorragia obstétrica, las pacientes que se presentan anémicas durante el parto requerirán de cuidados adicionales como la reposición de la perdida de la volemia. De las 277 pacientes que presentaron factores de riesgo obstétrico, 96 presentaron factores de riesgo modificables, el 19.4% de paciente se realizaron controles prenatales insuficientes, el 11.5% de pacientes presentaron anemia moderada después del alumbramiento, de acuerdo al cuadro el 3.6% de pacientes en trabajo de parto presentaron infecciones vaginales y/o urinarias debido a un inadecuado tratamiento durante el embarazo.

CUADRO 3. Asociación de factores de riesgo obstétrico modificables con hemorragia obstétrica de posparto inmediato

PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO MODIFICABLE	ASOCIACION A LA HPP	PORCENTAJE
277	96	2	4.8%

FUENTE: Archivos del departamento de admisión y estadística del HLBCM
ELABORADO: Autoras

ANALISIS E INTERPRETACIÓN:

De acuerdo al INEC, en Ecuador la tasa de muerte materna es del 49%, de la cual el 16,2% está representada por la hemorragia posparto. De acuerdo al cuadro, las 96 pacientes presentaron factores de riesgo modificable, de los cuales 2 pacientes presentaron hemorragia posparto que corresponden al 4.8%, de esta una paciente presentó hemorragia de posparto como consecuencia de controles prenatales insuficientes además de presentar anemia durante el embarazo por la inadecuada alimentación, y la puérpera restante presentó hemorragia posparto inmediato debido a anemia durante el

embarazo y el no realizarse controles prenatales, a la cual se le realizó reposición de volemia.

OBJETIVO ESPECIFICO 2:

Determinar los factores de riesgo obstétrico no modificables asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

CUADRO 4. Principales factores de riesgo obstétricos no modificable

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO NO MODIFICABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Condiciones socio-económicas desfavorables	69	24.9%
Cirugía uterina previa	50	18%
Trastornos hipertensivos en el embarazo	32	11.5%
Periodo intergenésico menor de 2 años	11	3.9%
Gran multiparidad	11	3.9%
Edad menor de 16 años o mayor de 35 años	8	2.8%

FUENTE: Archivos del departamento de admisión y estadística del HLBCM
ELABORADO: Autoras

ANALISIS E INTERPRETACIÓN:

Se considera un factor de riesgo obstétrico no modificable a aquella característica o exposición que lleve a la paciente a aumentar la probabilidad de padecer esta patología la cual no será reversible. De acuerdo al cuadro podemos observar que un total de 181 de casos de las 277 pacientes de nuestra muestra presentan condiciones socio-económicas desfavorables que incluyen a las embarazadas solteras, el vivir en hacinamiento y a las gestantes que provienen de áreas rurales representan un 24.9% debido al difícil acceso a la atención médica; el 18% de casos registrados en este cuadro corresponden a las cirugías uterinas previas que se relacionan con un mayor índice de morbi-mortalidad aumentando el riesgo de padecer placenta previa y/o acretismo placentario, lo que conlleva a una posible hemorragia posparto y a su vez a una posible muerte materna los trastornos hipertensivos durante el embarazo se presentaron en un 11.5% los cuales deberían ser controlados por medio de los controles prenatales evitando futuras complicaciones durante el trabajo de

parto, el periodo intergenésico y la gran multiparidad se presentaron en el hospital en un 3.9%, seguida por las edades extremas en un porcentaje de 4.4%.

CUADRO 5. Asociación de factores de riesgo obstétrico no modificables con hemorragia obstétrica de posparto inmediato

PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLE	ASOCIACION A LA HPP	PORCENTAJE
277	181	4	4.5%

FUENTE: Archivos del departamento de admisión y estadística del HLBCM
ELABORADO: Autoras

ANALISIS E INTERPRETACIÓN: Los factores de riesgo obstétrico no modificables están asociados a la hemorragia posparto inmediato en mayor incidencia que los no modificables, de las 277 pacientes en el hospital durante el periodo 2017, un total de 181 pacientes presentaron factores de riesgo no modificables como consecuencia a estos factores un número de 4 pacientes presentaron hemorragia posparto que corresponde al 4.5%; 2 de aquellas mujeres con esta patología fueron consecuencia de cirugías uterinas previas lo que ocasionó retención de restos placentarios y atonía uterina. Las pacientes restantes presentaron hemorragia posparto como resultado de las condiciones socio – económicas desfavorables y una detección inoportuna de trastornos hipertensivos en el embarazo.

Análisis e interpretación de datos

En un estudio realizado por la Universidad Estatal de Guayaquil en el periodo 2016 evidenció que a mayor número de controles prenatales que presente la gestante menor es el riesgo de presentar una complicación durante el posparto, además, el 12.5% presentaron anemia con hemoglobina <10,5% este factor de riesgo modificable se relacionó con el nivel socio – económico bajo y mala nutrición de la gestante. En este presente trabajo de investigación se comprobó que los controles prevalecen en un 19.4% así como las condiciones socio – económicas desfavorables que presentaron un 24.9% siendo estos datos los de mayor prevalencia tanto en los factores de riesgo modificables como los no modificables. Según la OMS un control prenatal adecuado durante la gestación comprende un mínimo de 5 controles realizado por el personal de salud capacitado, además se demanda que en cada consulta se realicen actividades con la finalidad de identificar factores de riesgo obstétrico que puedan agravar el embarazo.

4.3 Conclusiones

- En la investigación realizada por la OMS en el año 2015 en donde el 30% de muertes maternas fue debido a factores de riesgo agregados en la gestante donde al igual que en el nuestro se obtuvo resultados similares, se logró comprobar una baja prevalencia del 34.5% de factores de riesgos obstétricos modificables en comparación a los factores de riesgo obstétrico no modificables en un 65.5%, ambos asociados a la hemorragia de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho de Milagro durante el periodo 2017, de acuerdo a esto la hemorragia posparto tuvo 4.6% de incidencia.

- De acuerdo a un estudio realizado por la Universidad Estatal de Guayaquil durante el año 2017 indicó que el 67% de las pacientes objeto de estudio que presentaron una pérdida hemática considerable del 25% fue debido a que la paciente presentó anemia en el momento del parto, lo que se demostró en la presente investigación es que, entre los factores de riesgo obstétrico modificable que conllevaron a una hemorragia obstétrica, los controles insuficientes durante el embarazo son los que más se relacionan en un 19.4% presento a dicha complicación, mientras que la anemia durante el embarazo represento el 11.5% de los casos observados, además de presentar infecciones vaginales y/o urinarias en un 3.6%.

- El estudio realizado en el Hospital Angela Llano de Argentina en el año 2015 obtuvo como resultado que las condiciones socio-económicas desfavorables fueron del 30%, además se identificaron 8 casos de hemorragia posparto debido a estos factores, la frecuencia de factores de riesgo no modificable durante el embarazo fue: edad extrema <18 o >35 años 16%, gran multípara 15%. Mientras que en el presente estudio las

condiciones sociales presentaron un 38.1%, las edades extremas corresponden al 6%, la gran multiparidad en un 6%.

4.4 Recomendaciones

Se recomienda:

- Identificar los factores de riesgo obstétricos durante el embarazo, como el factor de riesgo que mayor prevalencia tuvo durante nuestra investigación fueron los controles prenatales insuficientes y condiciones socio-económicas desfavorables, se recomienda mejorar el acceso a la atención médica.

- Identificar y registrar oportunamente los factores de riesgo obstétrico, en cada control prenatal se debe evaluar si existe anemia durante el embarazo a través de la hemoglobina de control, detectar infecciones de vías urinarios y/o vaginales, además de interrogar a la paciente por medio de la anamnesis para detectar oportunamente los factores de riesgo obstétrico y evitar una muerte materna por esta patología.

- Se recomienda referir oportunamente a la gestante a un establecimiento de salud de mayor complejidad para evitar comprometer el bienestar de la madre y el feto, por lo tanto, se debería capacitar a las mujeres embarazadas y personal de salud, sobre la importancia de conocer los factores de riesgo modificables y no modificables asociado a hemorragia posparto.

CAPITULO V

4. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

Capacitar a las mujeres embarazadas y personal de salud, sobre la importancia de conocer los factores de riesgo modificables y no modificables asociados a hemorragia posparto.

5.2 Antecedentes

Mediante la investigación se obtiene que la hemorragia posparto se considera “la segunda causa más importante de muerte materna en ecuador” (OMS, 2013).

El problema erradica en que las mujeres embarazadas no están informadas de cómo influyen los factores de riesgos obstétricos, debido a que uno de los principales problemas es que no acuden a los controles prenatales y no obtienen la información suficiente sobre los riesgos y complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo, parto y posparto; también la falta de conocimiento del personal de salud, sobre las complicaciones que pueden presentarse durante el trabajo de parto y

posparto. Mediante las capacitaciones tanto al personal de salud como a las mujeres embarazadas, se logrará reducir la tasa de mortalidad materna.

5.3 Justificación

Teniendo en cuenta que la hemorragia posparto es una de las principales causas de muerte materna en el Ecuador, mediante la base de datos obtenidos del área de estadística del Hospital León Becerra Camacho se comprobó que durante el periodo 2017 se registraron 6 casos de hemorragia posparto.

Por lo que es necesario fomentar al personal de salud del área Gineco-Obstetricia del hospital sobre la importancia de conocer los factores de riesgo obstétrico y de cómo actuar al momento de la activación de la clave roja para que en equipo de manera eficaz y oportuna puedan actuar ante esta complicación materna y así disminuir la tasa de morbi-mortalidad materna.

5.4 Objetivo

5.4.1 Objetivos generales

Fomentar la importancia de conocer los factores de riesgo obstétrico para esta manera reducir los niveles de complicaciones materno-fetales.

5.4.2 Objetivos Específicos

- Explicar a las pacientes sobres los factores de riesgos obstétricos y sus consecuencias.

- Proponer al personal de la salud a brindar charlas en educación obstétricas a las gestantes con el propósito de que al momento del parto las pacientes colaboren y así garantizar el bienestar materno-fetal.

- Verificar que las mujeres embarazadas acudan a sus controles prenatales para así detectar a tiempo algún factor de riesgo obstétrico.

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación

5.5.1 Estructura general de la propuesta

- Elaborar charlas de educación obstétrica en los centros de salud al menos una vez al mes, en la que se aplique al menos un pre-test o post-test que permita evaluar los conocimientos de usuarios internos y externos de las unidades de salud.

- Utilizar información de fuentes confiables y actualizadas, más el uso de trípticos, gráficos, diapositivas, etc. son herramientas útiles para realizar las charlas a las pacientes y al personal de salud.

- Realizar visitas comunitarias a las pacientes que viven en zonas de difícil acceso, y que no acudan a los controles prenatales.

5.5.2 Componentes

OBJETIVO	TEMAS	DOCENTES	DIRIGIDO	LUGAR
Fomentar la importancia de conocer los factores de riesgo obstétrico para esta manera reducir los niveles de complicaciones obstétrica.	Importancia de conocer los factores de riesgo obstétrico	Médicos Obstetras	Médicos, Obstetras, internos y pacientes embarazadas	Centro de salud y comunidad
	Higiene y Cuidados durante el embarazo	Médicos Obstetras Enfermería	Pacientes embarazadas	Centro de salud y comunidad
	Charlas sobre educación obstétrica	Médicos Obstetras	Médicos, Obstetras e internos	Sala de pre-parto y consulta externa del hospital
Proponer al personal de la salud a brindar charlas en educación obstétricas a las gestantes con el propósito de que al momento del parto las pacientes colaboren y así garantizar el bienestar materno-fetal.	Taller sobre educación obstétrica	Médicos Obstetras Internos	Pacientes embarazadas	Sala de pre-parto y de consulta externa del hospital
	Alimentación adecuada durante la etapa de embarazo y puerperio	Médicos Obstetras Nutricionistas	Médicos, Obstetras, internos y pacientes embarazadas	Sala de maternidad y de consulta externa del hospital
	Taller sobre la aplicación de la estrategia de la clave roja	Médicos Obstetras	Médicos Obstetras Enfermería	Área de admisión y de pre-parto del hospital

Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

Las informaciones que se compartan en este proyecto de investigación, sirvan de herramientas para futuros tesistas. Contribuir con las capacitaciones al personal de la salud y a los futuros profesionales para la identificación oportuna de algún factor de riesgo que nos pueda presentar graves complicaciones maternas como la hemorragia obstétrica. Por lo que es necesario que los Médicos, Obstetras y personal de Enfermería estén capacitados y preparados al momento de activarse la clave roja puedan actuar de manera oportuna y poder evitar una mortalidad materna.

5.6.1 Alcance de la alternativa

El objetivo de esta propuesta es que el tiempo que dure el cronograma de actividades, se logre capacitar eficazmente sobre los temas planteados no solo al personal de la salud sino también a pacientes en estado de gestación para que actúen de manera responsable con su embarazo y mejore su estilo de vida y así puedan educar a sus familiares y comunidad sobre los cuidados que debe de tener durante su etapa de embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ACOG. (2017). HEMORRAGIA POSTPARTO. BOLETÍN PRÁCTICO DEL COLEGIO AMERICANO . *The American college of obstetricians and gynecologists*, 2.

Alba, D. J. (2009). *OBSTETRICIA CLÍNICA DE LLACA-FERNÁNDEZ.* México, D,F.: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

Alvarado, J. C. (2006). *Manual de obstetricia.* Lima: Apuntes Médicos de perú.

Alvaro Alvir Alvaro, P. B. (2016). *manejo de la hemorragia postparto.* Madrid: Liber Factory.

Antonio Morales L., A. I. (2015). MANEJO EXITOSO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ACRETISMO PLACENTARIO MEDIANTE TAMPONAMIENTO CON BALÓN DE BAKRI. *REVISTA CHILENA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 122.

Antonio PelliceMartínez, J. J. (2013). *Obstetricia y Ginecología - guía de práctica clínica.* Madrid: Médica Panamericana.

BJ, V. (2013). Embarazo en adolescentes complicaciones. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica*, 65-69.

Bonifaz, M. J. (2010). *hemorragia posparto en el servicio de Ginecoobstetrica* . Riobamba.

Calle, A., Barrera, M., & Guerrero, A. (2015). Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 234 - 235.

Canchila C, L. H. (2017). Prevención de la hemorragia postparto. *Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina Departamento de Ginecología & Obstetricia, Cartagena Colombia*, 4.

Colombia, U. N. (2016). Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologí*, 2016.

COOMS, C. A. (2015). Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth‖, Obstetrics & Gynecology. *Obstetrics & Gynecology*, 67.

Cunningham FG, L. K. (2010). Obstetrical Hemorrhage. En J. W. Williams, *Williams Obsterics 23rd edition* (pág. 760). New York: McGraw-Hill.

DR. ALDO SOLARI A., I. C. (2014). HEMORRAGIA DEL POSTPARTO. PRINCIPALES ETIOLOGÍAS, SU PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *Revista Medica Clínica Las Condes.*, 993.

Dra. Patricia Asturizaga, D. L. (2014). Hemorragia Obstetrica. *Revista Medica La Paz*, 58.

Dra. Patricia Asturizaga, D. L. (2014). HEMORRAGIA OBSTETRICA. *Revista Medica La Paz*, 4.

Evidenci, C. d. (2014). *"Manejo de la Hemorragia Postparto".* Guatemala: Departamento de Organización y Métodos del IGSS .

FIGO, C. d. (2014). Prevención y tratamiento de la hemorragia postparto en entornos de bajos recursos. *revista, International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 9.

Ginecología, S. P. (2015). DIAgnóStico y MAnejo de la hEmorrgia posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 233.

H Karlsoon, C. P. (2009). Hemorragia Posparto. *Scielo*, 32.

H. Karlsson, C. P. (2015). Hemorragia postparto. *Scielo*, 159.

H. Karlsson, C. P. (2015). Hemorragia postparto. *Scielo*, 159.

INEC. (2011). *Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones.* Quito-Ecuador.: INEC.

INEC. (2015). *Hemorragia postparto*. Quito: INEC.

INEC. (2015). *Hemorragia postparto*. Quito: INEC.

Jorge Andrés Rubio-Romero, Ó. A.-C.-D. (2015). ALIDEZ DE LA ESTIMACIÓN VISUAL COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO SEVERA. *Revista Medíca Bogotá*, 182.

Juan Antonio Suárez González, Y. S. (2016). Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 465-466.

LALONDE A, A. A. (2010). Postpartum hemorrhage. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*, 243.

Mintel, l. v. (2017). *Plan Toda Una Vida v2*. Quito.

Mousa HA, A. Z. (2014). Tratamiento para la hemorragia postparto primaria. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 1.

MSP. (2013). *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica.* Quito: Dirección Nacional de Normatización.

MSP. (2013). *GPC-Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto.* Quito: Dirección Nacional de Normatización.

MSP. (2013). *Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto: Guía de Práctica Clínica.* Quito: ministerio de Salud Pública.

MSP. (2013). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto.* Quito: Dirección Nacional de Normatización.

MSP. (2013). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica.* Quito: Dirección Nacional de Normatización.

MSP. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de infección vaginal en obstetricia.* Quito: Dirección Nacional de Normatización.

MSP. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo.* Quito: Dirección Nacional de Normatización.

MSP. (2015). *Control Prenatal Guía de Práctica Clínica.* Quito: Dirección Nacional de Normatización.

MSP. (2016). *Atención del Parto por Cesárea.* Quito: Dirección Nacional de Normatización.

MSP. (2017). *Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Guía de Práctica Clínica.* Quito: ria y vasos sanguíneos fetales. Guía de Práctica Clínica. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización.

MSP. (2017). *Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo.* Quito: Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna.

OMS. (2013). *Programa Integrado de Salud Materna e Infantil.* Departamento para la Salud Mundial de USAID.

OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS.* Ginebra: Ediciones de la OMS.

OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.* Ginebra: OMS.

OMS. (2015). *Muerte Materna.* Ginebra: Organización Mundial de la Salu.

OMS. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo. (Actualización 2016).* Quito: Dirección Nacional de Normatización.

P., E. S., & C., M. A. (2014). *Informe Mortalidad en la Maternidad* . Quito: Ministerio de Salud Pública.

Pacora, P. (2016). El desprendimiento prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 40.

Pariguana lópez, J. S. (2016). Factores de riesgo de la hemorragia postparto inmediato. *Universidad Nacional Mayor De San Marcos*, 10.

Pública, M. d. (2017). *Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Guía de Práctica Clínica.* Quito: Dirección Nacional de Normatización- MSP; 2017.

Pública, M. d. (2017). *Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Guía de Práctica Clínica.* Quito: Dirección Nacional de Normatización.

Ricardo, O. R. (2004). *Obstetricia y ginecología.* La habana: Ciencias Médicas.

RM, T. (2014). Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes. *Revista Médica Basadrina*, 4 - 7.

Roberto A. Ruiz Rosas, P. d. (2014). Hemorragia obstétrica, causa de muerte materna. *Revista de práctica clínica - quirurgica* , 3 - 4 .

Roberto A. Ruiz-Rosas, P. d.-C.-A. (2015). Hemorragia obstétrica, causa de muerte materna. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 662.

SENPLADES. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.* Quito: SENPLADES.

SISE. (2011). *Tasa de Mortalidad Materna.* Quito: SISE.

TICONA RM. (2014). Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes adolescentes. *Revista Medica Basadrina*, 4-7.

Usiña JH. (2014). *INEC.* Quito.

William E., R. M. (2010). Tratamiento obstetrico urgentede la hemorragia posrparto . *revista clínica de ginecología y obstetricia*, 265-282.

ANEXOS

5 matriz de consistencia.

IDEA O TEMA DE INVESTIGACION	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS
Factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de postparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.	**Problema General:** ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017?	**Objetivo General:** Identificar los factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de postparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.	**Hipótesis General:** Los factores de riesgo obstétrico se asocian directamente a la hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.
	Problemas Específicos: • Determinar los factores de riesgo obstétrico modificables asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017. • Determinar los factores de riesgo obstétrico no modificables asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017. • Identificar los factores de riesgo obstétrico para disminuir su asociación a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.	**Objetivos Específicos:** • Determinar los factores de riesgo obstétrico modificables asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017. • Determinar los factores de riesgo obstétrico no modificables asociados a hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017. • Evaluar los factores de riesgo obstétrico para disminuir la hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.	**Hipótesis Especificas:** • Los factores de riesgo obstétrico modificables asociados en baja medida a la hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017. • Determinar los factores de riesgo obstétrico no modificables se asocian en alta medida a la hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017. • Identificar los factores de riesgo obstétrico permite disminuir la hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2017.

ANEXO 1:

Clasificación de los factores de riesgo obstétrico:

Factores de riesgo Modificables	Factores de riesgo No modificables
Inadecuado soporte familiar y de la pareja	Baja escolaridad
Control insuficiente de la gestación: < 4 visitas prenatales o 1 visita después de la semana 20 de gestación	Múltiples compañeros sexuales.
Esfuerzo físico excesivo, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas.	Fecha de última menstruación incierta
Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática	Vivienda y condiciones sanitarias deficientes
Síntomas neurovegetativos	Desocupación personal y/o familiar
Fumadora habitual	Anomalía pelviana identificada clínica y/o radiológicamente
Anemia moderada (Hb: 7 a 10g/dL Hcto 21 a 30%)	
Anemia grave (Hcto < 21%, Hb <7g/mL)	Baja estatura materna: < 1,45 metro
Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37	Incremento del peso excesivo o insuficiente: > 15 kg ó < 5 kg
Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos	Planificación familiar (embarazo programado)
Violencia familiar, historia de abuso sexual, físico y emocional	Condiciones socioeconómicas desfavorables
Disminución o ausencia de movimientos fetales	Infertilidad previa: dos años o más
Cambios en la Frecuencia Cardiaca Fetal FCF: <110LPM ó >160LPM	Incompatibilidad Rh
Pielonefritis	Bajo peso preconcepcional (IMC< 20)
	Periodo Intergenésico menor de 2 años o mayor a 7 años
	Enfermedades hereditarias
	Condiciones psicosociales y estrés
	Embarazo no programado
	Hemorragia del primer trimestre
	Malnutrición Preconcepcional (Índice de Masa Corporal < 18,5 ó >30)
	Cirugía uterina previa
	Cardiopatía 1 y 2: incluye limitación en la actividad física.
	Diabetes gestacional controlada
	Gran multiparidad > 5
	Gestante con Rh negativo
	Edad menor de 16 años o mayor de 35 años
	Embarazo gemelar
	Endocrinopatía controlada (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica)

Fuente: (MSP, Control Prenatal Guía de Práctica Clínica, 2015)

	Antecedente de sangrado en 2do o 3er trimestre
	Polihidramnios u oligoamnios
	Historia obstétrica desfavorable (óbito fetal, muerte neonatal, malformaciones congénitas)
	Enfermedades infecciosas de tipo TORCHs
	Preeclampsia sin signos de gravedad: TAS ≥ 140 mm Hg y < 160 mm Hg y/o TAD ≥ 90 mm Hg y < 110 mm Hg* más proteinuria** y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco
	Sospecha de malformación fetal
	Presentación anómala: constatada tras la semana 38 de gestación
	Cardiopatías 3 o 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad física, o en la que está provocada su descompensación. Diabetes pregestacional.
	Incompetencia cervical
	Isoinmunización: Coombs indirecto positivo
	Malformación fetal confirmada
	Muerte perinatal recurrente
	Placenta previa.
	Preeclampsia con signos de gravedad: TAS ≥ 160 mm Hg y/o TAD ≥ 110 mm Hg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco
	Patología asociada grave.
	Restricción de crecimiento fetal
	Rotura prematura de membranas
	VIH + con o sin tratamiento, SIDA.
	Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación

Fuente: (MSP, Control Prenatal Guía de Práctica Clínica, 2015)

ANEXO 2: Puntuación del SCORE MAMA

Parámetro	Puntaje							Parámetro	Puntaje parcial
	3	2	1	0	1	2	3		
FC(****)	≤ 50	–	51-59	60-100	101-110	111-119	≥120	FC(****)	1
Sistólica	≤ 70	71-89	–	90-139	–	140-159	≥160	Sistólica	2
Diastólica	≤ 50	51-59	–	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	0
FR(****)	≤ 11	–	–	12-22	–	23-29	≥30	FR(****)	0
T (°C) (*)	–	≤35.5	–	35.6-37.5	37.6-38.4	–	≥38.5	T (°C) (*)	0
Sat O_2	≤ 85	86-89	90-93(**)	94-100	–	–	–	Sat O_2	0
Estado de Conciencia	–	confusa / agitada	–	Alerta	responde a la voz / somnolienta	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	0
Proteinuria (***)	–	–	–	Negativo	Positivo	–	–	Proteinuria(***)	0
Considerar que en la labor de parto los signos vitales podrían alterarse									3

Fuente: (MSP, Control Prenatal Guía de Práctica Clínica, 2015).

ANEXO 3: Acciones a realizarse en los establecimientos de salud: puesto de salud centros de salud tipo A, B, y de atención Prehospitalaria.

Puesto de salud, Centros de salud tipo A, B, y de atención prehospitalaria	
Puntaje	**Pasos a Seguir**
0	**Evaluar y analizar factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma**
1	**Evalúe y analice factores de riesgo** 1. Aplique el **Score MAMÁ** c/4 horas y registre. 2. Reevalúe signos vitales y signos de alarma materna. 3. Evalúe factores de riesgo. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, Doppler fetal o campana de Pinar. 5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista. 6. Si se revierte el puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (Agendar cita).
2-4	**Trate y refiera según el caso** 1. Aplique **Score MAMÁ** c/ hora y registre. 2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma. 3. Realice un diagnóstico primario basado en el cuadro clínico. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando (estetoscopio, Doppler fetal o campana de Pinar) 5. Aliste, active y aplique **CLAVE AZUL, ROJA o AMARILLA,** según sea el caso. 6. Elabore la referencia (053) y envíe a nivel de mayor capacidad resolutiva según el caso. 7. Transfiera (acompañada por un profesional de salud). 8. Active cadena de llamadas: comunique al Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital. 9. Realice el seguimiento del caso.
≥ 5	**Trate y refiera según el caso** 1. Aplique **Score MAMÁ** c/ 30 minutos y registre. 2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma. 3. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, Doppler fetal o campana de Pinar. 4. Aliste, active y aplique **CLAVE AZUL, ROJA O AMARILLA,** según sea el caso. 5. Elabore la referencia (053) y envíe a establecimiento de salud de mayor complejidad según la emergencia obstétrica. 6. Transfiera acompañada por un profesional de salud. 7. Active cadena de llamadas: comunique al Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital o Coordinador Zonal. 9. Realice el seguimiento del caso.

(MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo, 2017)

PACIENTES HLBCM - Excel

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DE POSPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO-MILAGRO DURANTE EL PERIODO 2017

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

		edad men.14 años		edad mayor 35 años		Estado civi	Escolarida	Procedenc	edad gest.acional en trimestre			N° control	periodo intergenesico		Embarazo
	N°PACIENTES	SI	NO	SI	NO				1er trim.	2 do. Trim.	3er. Trim.		menor 2 a	mayor 7 a	
	N°001		X		X	UNIDA	SECUNDARIA	URBANA			X	5	NO	NO	SIMPLE
	N°002		X		X	UNIDA	SECUNDARIA	URBANA			X	4	NO	NO	SIMPLE
	N°003		X		X	CASADA	SECUNDARIA	RURAL			X	6	SI	NO	SIMPLE
	N°004		X		X	UNIDA	SECUNDARIA	URBANA			X	4	NO	NO	SIMPLE
	N°005		X		X	UNIDA	SECUNDARIA	RURAL			X	4	NO	NO	SIMPLE
	N°006		X		X	UNIDA	SECUNDARIA	RURAL			X	5	NO	NO	SIMPLE
	N°007		X		X	UNIDA	PRIMARIA	URBANA			X	2	SI	NO	SIMPLE
	N°008		X		X	UNIDA	PRIMARIA	RURAL			X	5	NO	NO	SIMPLE
	N°009		X		X	UNIDA	SECUNDARIA	RURAL			X	2	NO	NO	SIMPLE
	N°010		x		x	UNIDA	SECUNDARIA	RURAL			x	2	NO	NO	SIMPLE
	N°011		X		X	UNIDA	SECUNDARIA	URBANA			X	3	NO	NO	SIMPLE
	N°012		X		X	SOLTERA	SECUNDARIA	RURAL			X	5	NO	NO	SIMPLE
	N°013		X		X	UNIDA	PRIMARIA	URBANA			X	5	NO	NO	SIMPLE
	N°014		X		X	UNIDA	SECUNDARIA	URBANA			X	8	NO	NO	SIMPLE
	N°015		X		X	UNIDA	PRIMARIA	URBANA			X	4	NO	NO	SIMPLE
	N°016		X		X	UNIDA	SECUNDARIA	URBANA			X	5	NO	NO	SIMPLE
	N°017		x		x	SOLTERA	SECUNDARIA	RURAL			x	7	NO	NO	SIMPLE

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 5 de julio del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, nosotras, Denises Alexandra García Gómez, con cédula de ciudadanía **120770287-7** y Johanna Brigitte Castro Minda, con cédula de ciudadanía **120695775-3** egresadas de la Carrera de **Obstetricia**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, nos dirigimos a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de tema o perfil del proyecto: FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA OBSTETRICA DE POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO-MILAGRO DURANTE EL PERIODO 2017., el mismo que fue aprobado por el Docente Tutora: Obst. Ana Pasos Baño, Msc.

Esperando que nuestra petición tenga una acogida favorable, quedamos de usted muy agradecidas.

Atentamente,

Denisse García G.

Denises Alexandra García Gómez
C.I 120770287-7

Brigitte Castro M.

Johanna Brigitte Castro Minda
C.I 120695775-3

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Obst. Ana María Pasos Baño, Msc., en calidad de Tutora del Perfil o Tema del Proyecto de investigación (Primera Etapa): **"FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA OBSTETRICA DE POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO-MILAGRO DURANTE EL PERIODO 2017",** elaborado por las estudiantes: Denises Alexandra García Gómez, Johanna Brigitte Castro Minda, de la Carrera de Obstetricia de la Escuela de Obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los cinco días del mes de julio del año 2018

Firma del Docente -Tutor
Obst. Ana Pasos Baño, Msc
CI: 1205556127

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA DE OBSTETRICIA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 05-07-2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: ANA MARIA PASOS BAÑO FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: Factores de riesgo obstétrico asociados a hemorragia obstétrica de postparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho - Milagro durante el periodo 2017

NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES: Denisse Alexandra García Gómez; Johanna Brigitte Castro Miranda

CARRERA: Obstetricia

Pag. Nº. 1

Horas de Tutorias	Fecha de Tutorias	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1	13 JUNIO 2018	1.- REVISIÓN GUIA METODOLOGICA.	X		10%		
1	20 JUNIO 2018	2.- REVISIÓN DE LA PROPUESTA TEMA.		X	20%		
1	25 JUNIO 2018	3.- ORGANIZACIÓN PERFIL GUBADEA G.M.	X		40%		
1	27 JUNIO 2018	4.- REVISIÓN DEL PERFIL.		X	60%		
1	04-07-2018	6.- APROBACIÓN DEL PERFIL.	X		100%		

Lcda. Lilian Muñoz Solorzano. MSc.
COORDINADORA TITULACIÓN
CARRERA DE LABORATORIO OBSTETRICIA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)

RUBRICA PARA EVALUAR PERFILES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN: Factores de riesgo obstétrico asociados de hemorragia obstétrica de posparto inmediato en el Hospital León Becerra Camacho – Milagro durante el periodo 2017.

NOMBRES DE LOS PROPONENTES: Denises Alexandra Garcia Gomez - Johanna Brigitte Castro Minda

No.	Criterios de evaluación	NIVEL DE DOMINIO				Puntos
		Competente 4	Satisfactorio 3	Básico 2	Insuficiente 1	
1	Idea o tema de Investigación	El tema de investigación es relevante y pertinente a perfil de la carrera. En su formulación refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación es relevante y pertinente al perfil de la carrera. Pero en su formulación no refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación no es relevante pero si es pertinente al perfil de la carrera.	El tema de investigación no es relevante y no responde al perfil de la carrera.	4
2	Planteamiento del problema (Descripción breve del hecho problemático)	Planteamiento del problema contiene una descripción breve y clara del hecho problemático y cuenta con la delimitación del tema, así como del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto cuenta con la delimitación del tema, así como el planteamiento del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto solo cuenta con la delimitación del tema o el planteamiento del problema de forma clara y precisa.	El proyecto no cuenta con delimitación del tema ni planteamiento del problema.	4
3	Problema (General)	Desarrolla interrogantes que se deriven de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que no se deriven de la justificación y planteamiento del problema pero que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que se deriven de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación pero no están relacionados con su hipótesis.	Las interrogantes propuestas no se relacionan con la investigación.	4
4	Objetivo (General)	Los objetivos son claros y precisos, permiten saber hacia dónde se dirige y lo que se espera de la investigación. Son posibles de cumplir, medir y evaluar.	Se definen los objetivos y permiten de alguna manera saber hacia dónde se dirige la investigación, aunque son difíciles de medir y evaluar.	Se establecen objetivos para la investigación, pero no permiten determinar si los resultados son medibles y si responden a las necesidades planteadas.	Se establecen de alguna manera los objetivos, pero no son claros, no es posible medirlos o evaluarlos.	4
5	Justificación.	Se explica las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación, sin el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación limitadamente, sin el contenido a desarrollar.	Se omite la explicación de las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	4

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)

6	Marco teórico preliminar (Esquema de contenidos).	Determina con claridad todas las dimensiones y categorías de las variables del problema de investigación, de manera ordenada	Determina con claridad todas las dimensiones y categorías de las variables del problema de investigación, sin ningún orden.	Las categorías determinadas están relacionas con el problema de investigación pero son insuficientes	Las categorías determinadas no son pertinentes al problema de estudio	4
7	Hipótesis (General).	La hipótesis tiene relación con el problema y con el objetivos	La hipótesis se relaciona con los problemas pero no con el objetivos	La hipótesis se relaciona con el problema pero no da respuesta al mismo.	La hipótesis no tiene relación ni con el problema ni con el objetivo.	4
8	Tipo de investigación.	Tiene relación con el propósito de la investigación y se justifica su aplicación.	Tiene relación con el propósito de la investigación, pero no se justicia su aplicación.	Explica las razones de su aplicación pero no es pertinente al propósito de la investigación	No corresponde al propósito de la investigación.	4
9	Metodología.	Define la población, muestra (si corresponde), métodos, técnicas e instrumentos de investigación; y, además describe en que consistió cada uno de sus pasos de manera breve para constituir este proyecto.	Solo define la población, muestra (si corresponde), métodos, técnicas e instrumentos de investigación.	Describe en que consistieron algunos de los pasos empleados de manera breve para constituir este proyecto.	Carece de metodología.	2
10	Referencias Bibliográficas.	Presente una lista de referencias bibliográficas completa, considerando las normas propuesta(APA, Vancouver)	Presente una lista de referencias bibliográficas incompleta, considerando las normas propuesta(APA, Vancouver)	Presente una lista de referencias bibliográficas completa, sin observar ninguna norma	La lista de referencias bibliográficas, no corresponde, y no se observa ninguna norma.	4
					TOTAL	38
				PROMEDIO PONDERADO	**40 = 10 / 28 = 7 Mínimo**	9,50

OBSERVACIONES:

ANA MARIA PEÑOS BAÑO	04-07-2018	05/07/18
Nombre y Firma del Docente Evaluador	Fecha de Revisión	Fecha y Firma de Recepción

JFAV.

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 20 de agosto del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, Msc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De nuestras consideraciones:

Por medio de la presente, nosotras, **Denises Alexandra García Gómez** con cédula de ciudadanía 1207702877, y **Johanna Brigitte Castro Minda** con cédula de ciudadanía 1206957753; egresadas de la Carrera de **obstetricia** de la Facultad de Ciencias de la Salud, nos dirigimos a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del anillado requerido en la Segunda Etapa del Proyecto de Investigación, para que pueda ser evaluado junto a la sustentación por el Docente - Tutor y el Docente asignado por el consejo directivo para atender el proceso de Titulación por carreras.

Esperando que nuestra petición tenga una acogida favorable, quedamos de usted muy agradecidas.

Atentamente

Denises Alexandra García Gómez
1207702877

Johanna Brigitte Castro Minda
1206957753

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo Obst. Ana María Pasos Baños, Msc., en calidad de Tutora del Proyecto de investigación (Segunda Etapa): **FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DE POSPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO-MILAGRO DURANTE EL PERIODO 2017,** elaborado por las estudiantes: DENISES ALEXANDRA GARCÍA GÓMEZ y JOHANNA BRIGITTE CASTRO MINDA , de la Carrera de Obstetricia de la Escuela de Obstetricia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológioo, por lo que lo **APRUEBO,** a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 20 días del mes de agosto del año 2018

Firma del Docente - Tutor
Obst. Ana Pasos Baños, Msc
C.I: 1205556127

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA DE OBSTETRICIA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 20 de agosto del 2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (SEGUNDA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Obst. Ana Pasos Baño, Msc FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: Factores de Riesgo Obstetricio Asociados a Hemorragia Obstetricia de Posparto inmediato en el Hospital José Becerra Camacho - Milagro durante el periodo 2017

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Denises Alexandra Garcia Gomez - Johanna Brigitte Castro Hinda

CARRERA: Obstetricia

Pag. Nº 1

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiantes	
2	17-07-2018	Desarrollo del informe general e introducción del proyecto de investigación	X		80%		Denise Garcia	Brigitte Castro H.
2	19-07-2018	Formulación del capítulo I, contexto internacional, contexto nacional, contexto regional y contexto institucional	X		100%		Denise Garcia	Brigitte Castro H.
2	24-07-2018	Situación problemática, planteamiento del problema, problema general y derivados		X	60%		Denise Garcia	Brigitte Castro H.
2	27-07-2018	Delimitación de la investigación, justificación, objetivos general y específicos.	X		80%		Denise Garcia	Brigitte Castro H.
2	31-07-2018	Guía del marco teórico y formulación del mismo		X	90%		Denise Garcia	Brigitte Castro H.
2	2-08-2018	Revisión del marco teórico final.	X		100%		Denise Garcia	Brigitte Castro H.
2	7-08-2018	Hipótesis general, hipótesis específicas, elaboración y operacionalización de las variables	X		70%		Denise Garcia	Brigitte Castro H.
2	9-08-2018	Desarrollo del capítulo III, metodología de la investigación.	X		80%		Denise Garcia	Brigitte Castro H.
2	14-08-2018	Revisión del cronograma, referencia bibliográficas y anexos	X		60%		Denise Garcia	Brigitte Castro H.
2	16-08-2018	Revisión y corrección de la segunda etapa del proyecto de investigación previo a presentación	X		90%		Denise Garcia	Brigitte Castro H.

Obst. Lilian Muñoz Solorzano, MSc
COORDINADORA DE TITULACIÓN
CARRERA DE OBSTETRICIA

Milagro, 16 de Agosto del 2018

CERTIFICACION

LA SUSCRITA DEL DEPARTAMENTO DE ADMISIONES Y ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL GENERAL"LEÓN BECERRA CAMACHO" DE MILAGRO.

CERTIFICA:

En atención al oficio S/N con fecha 14 de agosto del 2018, suscrito por PhD. Betty Maiacon-Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, dónde solicita las estadísticas de hemorragias Posparto del año 2017. Me permito anexar la información solicitada:

AÑO 2017

DIAGNOSTICOS	CANTIDAD
HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA O TARDIA	3
OTRAS HEMORRAGIAS POSTPARTO INMEDIATA	1
OTRAS HEMORRAGIAS POSTPARTO INMEDIATAS	2
Total general	6

Con sentimiento de distinguida consideración.
Atentamente,

Ing. Rosa Barreiro
Responsable de Admisión y Estadísticas

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 19 de septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, nosotras **DENISES ALEXANDRA GARCIA GOMEZ C.C: 1207702877** y **JOHANNA BRIGITTE CASTRO MINDA CC: 1206957753** egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, tema: **FACTORES DE RIESGO OBSTETRICOS ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA OBSTETRICA DE POSPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO – MILAGRO DURANTE EL PERIODO 2017** para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

Denise Garcia G.
DENISES ALEXANDRA GARCIA GOMEZ
C.C: 1207702877

Brigitte Castro M.
JOHANNA BRIGITTE CASTRO MINDA
CC: 1206957753

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA OBSTETRICIA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 19-09-2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACION (TERCERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: ANA MARIA PASOS BAÑO FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: Factores de Riesgo Obstétrico Asociados a Hemorragia Obstétrica de Postparto Inmediato en el Hospital León Becerra Camacho - Milagro Durante el Periodo 2017

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Denisse Alexandra García Gómez Johanna Brigitte Bartra Mindo

CARRERA: Obstetricia

Pag. Nº. 1

Horas de Tutorias	Fecha de Tutorias	Tema tratado	Tipo de tutoria		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
2	28/08/2018	Elaboración instrumento	X		40%		Denisse García - Brigitte Bartra
4	30/08/2018	Análisis e interpretación de resultados	X	X	60%		Denisse García - Brigitte Bartra
4	4/09/2018	Conclusiones	X	X	80%		Denisse García - Brigitte Bartra
2	6/09/2018	Recomendaciones	X		60%		Denisse García - Brigitte Bartra
4	11/09/2018	Propuesta	X	X	90%		Denisse García - Brigitte Bartra
6	13/09/2018	Revisión del informe final	X	X	100%		Denisse García - Brigitte Bartra

Obs. Lilian Muñoz Solorzano Msc.
COORDINADOR DE TITULACIÓN
CARRERA I DE OBSTETRICIA