



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS
POSPARTO EN PACIENTES GINECOLÓGICAS DE LA SALA DE
MATERNIDAD DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA DE MILAGRO, DURANTE
AGOSTO-OCTUBRE 2018.

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

AUTORES:

Lumbi Soria Jazmín Elizabeth

Toapanta Analuisa Karina Yazmín

DIRECTOR DEL PROYECTO

DR. MARCELO TAPIA

GUARANDA - ECUADOR

2018

ÍNDICE

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO, EMITIDO POR TUTOR (A)	9
RESUMEN EJECUTIVO	10
INTRODUCCIÓN	12
CAPITULO 1: EL PROBLEMA	14
1.1. Planteamiento del problema	14
1.1. Formulación del problema.....	15
1.1.1. Árbol de problemas	16
1.1.2. General.....	17
1.1.3. Específicos.....	17
1.2. Justificación	18
1.3. Limitaciones	19
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Antecedentes de la investigación	20
2.2 Bases Teóricas	24
2.2.1. Gestación.....	24
2.2.2. Parto espontáneo/normal/eutócico	25
2.2.3. Puerperio Normal	27
2.2.4. Duración del Puerperio.....	27
2.2.5. Cambios fisiológicos.	27
TITULO: VALORACIÓN Y CUIDADOS POSTPARTO	29
2.2.6. Complicaciones Postparto	33
2.2.7. Hemorragia Postparto	33
2.2.8. Factores de riesgo	34
a) Maternos	34
b) Embarazo	34
c) Parto.....	34
d) Postparto	35
2.2.9. Clasificación de las hemorragias postparto	35
a) Hemorragia uterina.	36
Atonía uterina.....	36
Retención de tejido placentario y/o coágulos.....	37

b) Hemorragia no uterina	38
Traumas.....	38
Alteraciones de la coagulación.....	39
Título: Causas de la hemorragia Postparto.....	39
c) Otras Causas	41
Hematomas.....	41
Distensión Vesical	42
Subinvolución	42
Diagnóstico	43
2.2.10. Enfermería Perinatal	44
2.2.11. Cuidado materno infantil	45
Asistencia de Enfermería en el período del parto	45
2.2.12. Prevención de la hemorragia Postparto	46
Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto	47
Paso 1.- Administración de medicamentos uterotónicos:	48
Paso 2.- Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical:.....	48
Paso 3.- Masaje uterino:.....	48
3.2 . Definición de términos	49
2.4. Sistemas de variables.....	51
2.4.1. Operacionalización de variable dependiente	52
2.4.2. Operacionalización de variable independiente	54
CAPITULO 3: MARCO METODOLÓGICO	55
3.1. Nivel de Investigación.....	55
3.2. Diseño del trabajo de investigación	55
3.3. Población y Muestra.....	55
Cálculo de la muestra	55
Criterios de inclusión	56
Criterios de exclusión.....	56
3.4. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	56
3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	57
Tabla N° 1	57
Gráfico N° 1	57

Tabla N° 2.....	58
Gráfico N° 2.....	59
Tabla N° 3.....	60
Gráfico N° 3.....	60
Tabla N° 4.....	61
Gráfico N° 4.....	62
Tabla N° 5.....	63
Gráfico N° 5.....	63
Tabla N° 6.....	64
Gráfico N° 6.....	65
Tabla N° 7.....	66
Gráfico N° 7.....	66
Tabla N° 8.....	67
Gráfico N° 8.....	67
Tabla N° 9.....	68
Gráfico N° 9.....	69
Tabla N° 10.....	70
Gráfico N° 10.....	70
CAPITULO 4: RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS	72
a. Resultados según Objetivo 1	72
b. Resultados según Objetivo 2	73
c. Resultados según Objetivo 3	74
CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
5.1. Conclusiones	75
5.2. Recomendaciones.....	76
Bibliografía	77
Anexos.....	80
Cronograma.....	80
Modelo de la encuesta.....	84
Presupuesto	107

DEDICATORIA

Mi trabajo de investigación lo dedico con todo mi amor y cariño a mis padres por todo su sacrificio, esfuerzo, por el amor y apoyo incondicional, por darme los recursos necesarios para poder finalizar mi carrera educativa y llegar a ser una profesional, por guiarme durante todo el transcurso de mi vida y hacer de mí una persona de bien, a mis amados hermanos y hermanas por su cariño y consejos cuando más lo necesitaba, por ser mi fortaleza y consuelo en mis momentos malos y de inseguridad.

A mis amigos y compañeros quienes sin esperar nada a cambio me compartieron sus conocimientos, experiencias y vivencias, a todas aquellas personas que me apoyaron durante estos cinco años y junto a mi lograron que este sueño se haga realidad.

Jazmín

DEDICATORIA

Dedico principalmente este trabajo a Dios por guiarme y darme fuerzas para llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional, a mis padres Milton Toapanta y Eulalia Analuisa por su amor, trabajo, sacrificio y por sus palabras de aliento que no me dejaron decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mi amada hija Aylin Monserrath por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis hermanos Renato, Daniela, Tanya y Antonio quienes siempre estuvieron apoyándome y cuidando de mi pequeña hija para que yo no me preocupara y culminara con mis estudios, gracias x no dejarme sola hermanos queridos.

A mi sobrina Adanna Devany quien con sus sonrisas me inspiro a seguir adelante, a no rendirme y a culminar con mis sueños.

A mis dos ángeles que sé que des el cielo nunca me dejaron sola y siempre me dieron su bendición para seguir y no decaer, esto también va para ustedes mis viejitos Gonzalo Toapanta y Antonio Analuisa los amo.

A mis amigos quienes sin esperar nada a cambio compartieron conmigo su conocimiento, alegrías y tristezas y sobre todo siempre me dieron los ánimos que necesitaba para levantarme cuando sentía ya no poder, a todos ustedes mil gracias, este logro alcanzado es con amor para todos ustedes.

Karina T.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios por bendecirme, cuidarme y protegerme en el transcurso de mi vida. A mis padres por ser el motor fundamental de mi vida, mi guía y mi fortaleza en mis momentos de debilidad, por apoyarme en cada decisión que he tomado, a mi padre Mesías por su amor, por confiar en mí, ser mi apoyo incondicional y mi ejemplo a seguir. A mi madre Elsia por los consejos y mano dura en los momentos que más lo necesitaba, a mi segunda madre Patricia por la paciencia, por ser mi mejor amiga y mi confidente. A mis hermanos Joel, Xavier, Paúl y Johana por estar conmigo en los buenos y malos momentos, por todo su amor y comprensión, por ser mi sostén y motivación para culminar mi carrera. A mi novio Washington por su paciencia, amor, palabras de aliento, su apoyo absoluto y por no dejarme sola en los momentos difíciles.

También quiero expresar mi eterno y sincero agradecimiento a todas las personas que han sido parte de mi formación académica en la Universidad Estatal de Bolívar, a la ing. Gloria Iñiguez quien estuvo para mí en mis momentos difíciles con sus palabras de motivación y fuerza para no derrumbarme y de manera especial al Dr. Marcelo Tapia, director de este trabajo investigativo por su dedicación y paciencia.

Jazmín

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a dios por bendecirme y por siempre guiarme, a mis padres por ser mi apoyo y fortaleza en los momentos de debilidad, a mi hija, mis hermanos y a mi pequeña sobrina por no permitir que me rinda, a mis amigos y a cada uno de mis familiares que siempre tuvieron una palabra de apoyo conmigo.

A la Universidad Estatal de Bolívar mi profundo agradecimiento por confiar en mí y abrirme sus puertas para poder formarme y alcanzar mi meta, a la Facultad de Ciencias de la Salud y a sus docentes, al Dr. Marcelo Tapia quien en calidad de Tutor con sus conocimientos, apoyo y dedicación permitió que este trabajo hoy esté finalizado y mi meta cumplida.

Finalmente quiero darle mi más sincero agradecimiento a Ing. Patricio Pachala quien siempre me animo a levantarme después de cada caída de todo corazón le doy las gracias infinitas porque con sus labras de aliento me empujo a seguir y a no rendirme y hoy en este trabajo se ve reflejado el fruto de sus palabras, mil gracias por no dejarme sola.

Karina T.

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO, EMITIDO POR TUTOR (A)

Guaranda, 06 de mayo del 2019



CERTIFICADO DEL TUTOR

El suscrito/a Dr. Marcelo Tapia Tutor del Proyecto de Investigación, como modalidad de Titulación.

CERTIFICA

Que el Proyecto de Investigación como requisito para la Titulación de Grado, con el tema: Cuidados de Enfermería para la Prevención de Hemorragias Postparto en Pacientes Ginecológicas de la sala de maternidad del Hospital León Becerra de Milagro durante Agosto – octubre 2018, realizado por las estudiantes: Lumbi Soria Jazmín Elizabeth y Toapanta Analuisa Karina Yazmín, ha cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometida para revisión y calificación por los miembros del Tribunal nombrado por la Comisión de Titulación y Aprobado en Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.

DR. MARCELO TAPIA

TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

RESUMEN EJECUTIVO

Las hemorragias postparto en su mayoría causada por atonía uterina, es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador, cuando no logra controlarse o tratarse adecuadamente puede llevar rápidamente un shock hipovolémico y en los peores casos la muerte. La enfermera como parte del equipo de salud está encargada de brindar cuidado directo a la madre y su hijo durante el parto y el puerperio, además el personal de enfermería es un elemento clave para la prevención y detección oportuna de la hemorragia postparto y puede proporcionar los primeros cuidados en el manejo de esta complicación obstétrica.

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar cuáles son los cuidados de enfermería para la prevención de hemorragias postparto en pacientes ginecológicas de la sala de maternidad del Hospital León Becerra de Milagro, para ello se realizó un estudio de tipo transversal mediante encuestas previamente elaboradas, para lo cual se tomó como muestra un total de 14 personas; las mismas que fueron encuestadas, de las cuales 6 son profesionales de enfermería y se incluyó a 8 auxiliares de enfermería debido a que también brindan cuidado directo por la falta de personal en el hospital.

Al concluir la investigación se obtuvo como resultado que existe un déficit de conocimiento sobre los factores de riesgo, manejo activo de la tercera etapa del parto y cuidados de enfermería que se deben dar a las pacientes ginecológicas; tanto por parte del personal de enfermería, como de las auxiliares de enfermería teniendo como resultado que las enfermeras tiene un conocimiento de 40% al 60% que sería una valoración media y los auxiliares de enfermería tiene con conocimiento bajo de 0% a 30%; además se educó a las pacientes sobre los factores de riesgo que producen hemorragias post parto mediante las charlas incluidas en el programa educativo.

Palabras Clave: Hemorragia postparto, atonía uterina, personal de enfermería, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Postpartum hemorrhages, mostly caused by uterine atony, is the most frequent cause of preventable maternal mortality worldwide, and the second most important cause of maternal death in Ecuador, when it can not be adequately controlled or treated, can quickly lead to hypovolemic shock and in the worst cases death. The nurse as part of the health team is in charge of providing direct care to the mother and her child during childbirth and the puerperium, in addition the nursing staff is a key element for the prevention and timely detection of postpartum hemorrhage and can provide the First care in the management of this obstetric complication.

The objective of the research was to determine what nursing care is for the prevention of postpartum haemorrhage in gynecological patients in the maternity ward of the Leon Becerra Hospital in Milagro. For this purpose, a cross-sectional study was carried out by means of previously prepared surveys. which was taken as sample a total of 14 people; the same ones that were surveyed, of which 6 are nursing professionals and 8 nursing auxiliaries were included because they also provide direct care due to the lack of personnel in the hospital.

At the conclusion of the investigation, it was obtained that there is a deficit of knowledge about the risk factors, active management of the third stage of delivery and nursing care that should be given to gynecological patients; both on the part of the nursing staff, as well as of the nursing assistants, resulting in that the nurses have a knowledge of 40% to 60% that would be an average assessment and the nursing assistants have low knowledge of 0% to 30%; In addition, the patients were educated about the risk factors that produce postpartum hemorrhages through the talks included in the educational program.

Key Words: Postpartum hemorrhage, uterine atony, nursing staff, nursing care.

INTRODUCCIÓN

Entre las múltiples tareas que la enfermera debe desempeñar al ejercer su profesión, una de las que le brindan mayores satisfacciones es la atención de la madre en el momento del parto y el puerperio, por la trascendencia especial que tiene el nacimiento de un niño sano; el papel de la enfermera en el ciclo materno infantil consiste en contribuir al desarrollo adecuado y al desenlace feliz del mismo en el plano profesional; como miembro del equipo de salud, debe encargarse de planear y realizar programas de educación dirigidos al personal de enfermería a la madre y su familia; finalmente, como está implícito en sus funciones de enfermera, debe asumir la tarea de prestar y supervisar los cuidados de enfermería a la madre y al niño durante todo el proceso de gestación, parto y puerperio (Ehresman, 2016).

La hemorragia postparto (HPP) es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves generalmente asociadas con la pérdida considerable de sangre, incluidos el shock y la disfunción orgánica. (OMS, 2014)

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; para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una Hemorragia Postparto; a menudo, los cálculos clínicos de la pérdida de sangre no son precisos. (MSP, 2013)

La atonía uterina es la causa más común de Hemorragia Postparto, el traumatismo genital (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), la rotura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar Hemorragia Postparto; la gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas con un mayor riesgo de sangrado después del parto; la mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas; la atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte; por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas (OMS, 2014).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América latina y del caribe, la mortalidad materna es un problema de salud pública, pues su grado de impacto no se ha podido disminuir significativamente. La OMS, reporta que existen en el mundo 536 000 muertes maternas al año, de las cuales 140 000 son originadas por hemorragia obstétrica, representando el 25% del total de las muertes maternas y su prevalencia varía entre los países desarrollados (0.16 a 8.8/100). Más del 50% de estas muertes se presentan dentro de las primeras 24 horas postparto.

En el Ecuador, 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 es una de las fundamentales; esto nos indica, que debemos realizar un control previo a los factores que hacen que estas principales causas de muerte se desarrollen. (MSP, 2014)

En el hospital León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, en base a la información obtenida en el sistema, se registraron 745 pacientes ingresados al área de ginecología durante el periodo 2017 – 2018, de los cuales 208 pacientes fueron diagnosticadas con hemorragia postparto, representando una incidencia del 27.91% entre los pacientes ingresados al área de ginecología, siendo relativamente alta.

Entre el equipo profesional de salud, el personal de enfermería es un elemento clave para la prevención y detección oportuna de la hemorragia postparto y puede proporcionar los primeros cuidados en el manejo de esta complicación obstétrica. Por lo anteriormente descrito, la finalidad de este proyecto de investigación es determinar cuáles son los cuidados de enfermería para la prevención de hemorragias posparto en pacientes ginecológicas de la sala de maternidad del Hospital León Becerra de la Ciudad de Milagro, favoreciendo así a la disminución de la tasa de mortalidad materno-infantil existente en dicho hospital.

CAPITULO 1: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La hemorragia severa se define como la pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a los 150 ml/minuto (aproximadamente cincuenta por ciento de volumen sanguíneo total en un lapso de veinte minutos). (SAPI, 2015)

Para Espinoza T. Luis, es la pérdida sanguínea de más de 500ml. después del parto, siendo las razones principales que las provocan son: atonía uterina, desgarros del canal de parto, retención de restos placentarios, alteraciones de la coagulación, rotura uterina e inversión uterina. (TORIJA, 2009)

Para la Organización Mundial de Salud, “más de medio millón de mujeres muere cada año por complicaciones asociadas al embarazo y parto, HPP es causa de mortalidad entre un 25 y 60% en distintos países”. (OMS, 2014)

La hemorragia posparto, en su mayoría causada por atonía uterina, es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador. (MSP, 2013)

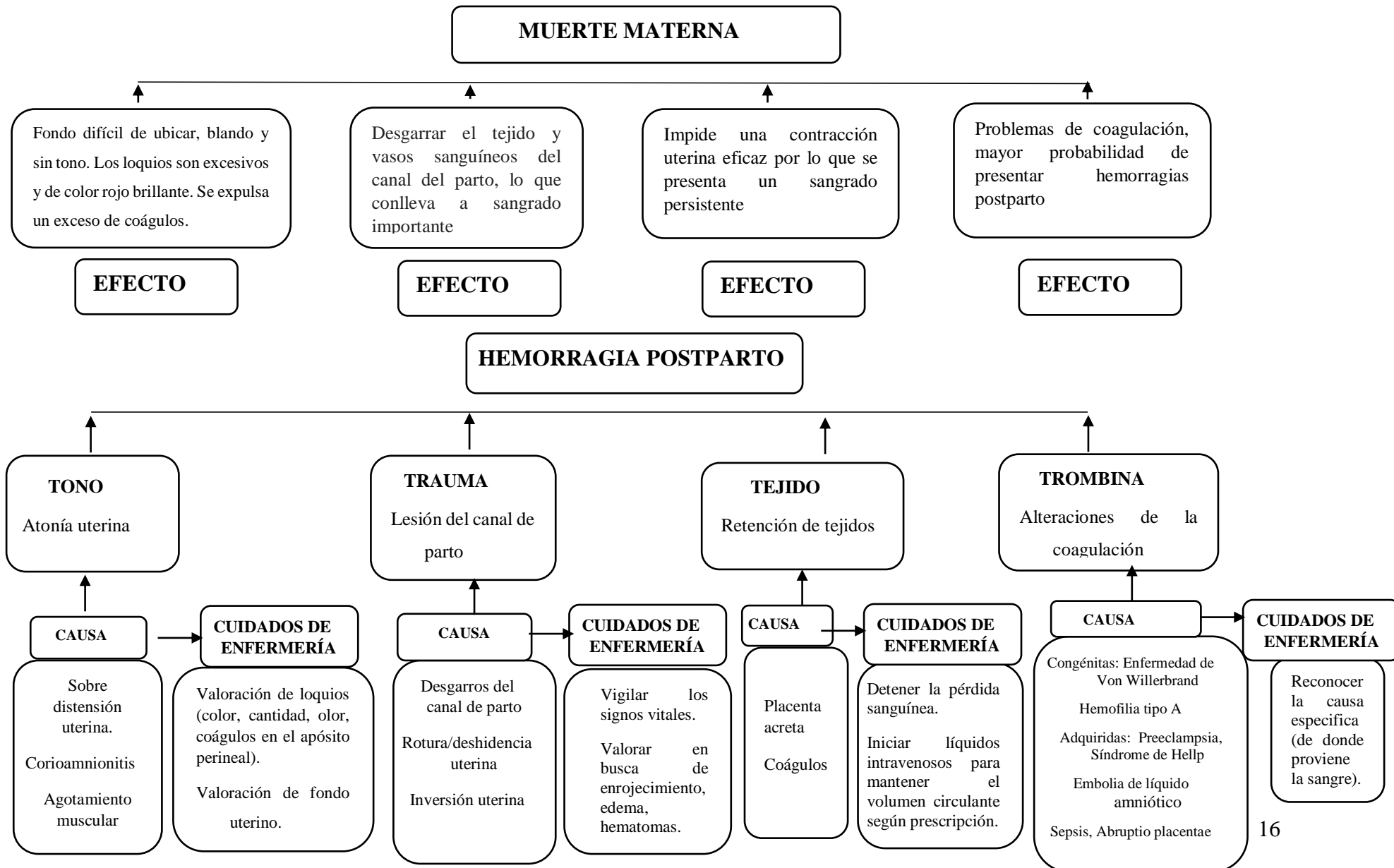
En el hospital León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, se registraron 745 pacientes ingresados al área de ginecología durante el periodo 2017 – 2018, de los cuales 208 pacientes fueron diagnosticadas con hemorragia postparto, representando una incidencia alta del 27.91% entre los pacientes ingresados al área de ginecología.

En la sala de ginecología laboran 6 enfermeras profesionales y 8 auxiliares de enfermería las cuales ejercen las mismas funciones que las enfermeras y a pesar de no tener la misma formación académica brindan cuidado directo sin fundamento científico, lo que podría ser un factor de riesgo para que se produzcan hemorragias postparto ya que no se brindan los cuidados de enfermería adecuados para prevenir y tratar dicha complicación obstétrica.

1.1. Formulación del problema

¿Cómo influyen los cuidados de enfermería para la prevención de hemorragias postparto en la sala de ginecología del hospital León Becerra?

1.1.1. Árbol de problemas



Objetivos

1.1.2. General

Determinar los cuidados de enfermería para la prevención de hemorragias postparto en pacientes ginecológicas de la sala de maternidad del Hospital León Becerra de Milagro, durante agosto-octubre 2018.

1.1.3. Específicos

- Describir las causas que desencadenan hemorragias postparto en pacientes ginecológicas, y los cuidados de enfermería para su manejo en la sala de maternidad.
- Evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería del área de maternidad sobre los cuidados para la prevención de las hemorragias postparto.
- Educar al personal de enfermería sobre los factores de riesgo que producen hemorragias postparto y los cuidados de enfermería para su manejo, mediante la elaboración de un Programa Educativo.

1.2. Justificación

El presente proyecto se lo realiza debido a que la hemorragia postparto, en su mayoría producida por la atonía uterina, es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa de muerte más importante en el Ecuador, de tal manera que el personal de enfermería a través de sus cuidados contribuye satisfactoriamente a la prevención de este trastorno en la mujer ginecológica. (OMS, 2014)

Es importante ya que contribuirá a la prevención de trastornos ginecológicos en la mujer mediante cuidados específicos que el personal de enfermería puede otorgar, puesto que en el Ecuador hay déficit de cuidados en la salud materno-infantil que pone en peligro la vida de la mujer en la sociedad, por lo tanto mediante los cuidados de enfermería, la identificación temprana de factores de riesgo y signos y síntomas de alarma, se promoverá una salud materna más efectiva disminuyendo la tasa de mortalidad materno-infantil existente en el Hospital León Becerra del cantón Milagro. (MSP, 2014)

Es necesario ya que a través de esta investigación se pretende aportar de forme efectiva a reducir la mortalidad materna, mediante la correcta aplicación de cuidados de enfermería que minimice los riesgos del desarrollo de hemorragias postparto en mujeres de la sala de maternidad del Hospital León Becerra del cantón Milagro.

Es conveniente debido a que se aportará con una investigación que será el eje transversal para iniciar nuevas investigaciones que tributen a la prevención de morbilidades maternas de tal manera que se mejore la salud materno-infantil del hospital.

Será beneficioso ya que se fortalecerá el cuidado de enfermería brindado en la sala de maternidad del Hospital León Becerra del Cantón Milagro para el manejo y prevención de hemorragias postparto, además del fortalecimiento en investigación para los autores del proyecto como un indicador de calidad para la Universidad Estatal de Bolívar en materia de investigación.

1.3. Limitaciones

Dificultad para reunir la debida información bibliográfica a fin a la temática, debido a la escasa presencia de libros físicos en la biblioteca de la universidad.

Bajo presupuesto por parte de las estudiantes.

Poca colaboración para la recolección de la información por parte del hospital.

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

La hemorragia postparto (HPP) constituye la principal causa de muerte materna en los países pobres. (OMS, 2005)

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), a nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Más de medio millón de mujeres mueren cada año y muchos millones más padecen lesiones graves debido a estas complicaciones. La mayoría de las discapacidades y muertes maternas ocurren en los países en desarrollo, especialmente entre las mujeres con menos recursos, menor acceso a educación o que viven en zonas rurales. La HPP es la causa de un cuarto de todas las muertes maternas, mientras que en ciertos países esta proporción se eleva hasta el 60%. El riesgo de muerte por HPP en los países en desarrollo es de 1/1000 mientras que en los países desarrollados es de 1/100,000. (OMS, 2005)

Situación en las Américas, según la (OPS/OMS), una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto. Cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son su principal causa. Se estima que el 8.2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión. En las Américas, el manejo activo del parto implicaría una reducción de 770,000 hemorragias, 170,000 hemorragias severas y 140,000 transfusiones de sangre (OPS, 2015).

Según la encuesta Nicaragüense de demografía y salud manifiesta: De un total de 1,498 muertes maternas registradas por el Ministerio de Salud (MINSa) en el período 2000- 2014, el 34.4% (516 casos) fueron causada por hemorragias; de ellas el 62.4% (322 casos) durante la etapa post parto y 37.5% (194 casos) en el ante parto. Las hemorragias ante parto (HAP) se han reducido, mientras que las hemorragias postparto (HPP) se han incrementado. En promedio anual se registran un total de 22 muertes maternas por HPP. (INIDE, 2013)

En el período 2006/07 y 2011/12 se evidencia incremento de la proporción de mujeres que hacen uso de los servicios de salud para la atención puerperal, pasando del 48 al 69 por ciento. En el 2011/12 y de acuerdo a la zona geográfica, 40 de cada 100 mujeres de la zona rural no recibió este tipo de atención y un 21.4% en la zona urbana; según el nivel educativo, las madres sin educación tienen 4 veces más riesgo de no tener atención puerperal que aquellas de educación superior; las madres que habitan en la zona del Caribe tienen 3 veces más probabilidades de no recibir la atención puerperal que las del pacífico del país. (INIDE, 2013)

Según Karlsson y Pérez en el 2009 en su estudio sobre: “Hemorragia Postparto”, en su artículo menciona que: es importante que el personal de la salud tenga lo conocimientos necesarios para afrontar el evento obstétrico, lo cual es de gran ayuda a la hora de prevenir una HPP. Estos conocimientos los resume en los siguientes pasos: Administración de un uterotónico, sección precoz del cordón umbilical, tracción suave y mantenida del mismo y el masaje uterino tras alumbramiento (Karlsson, 2009).

Según Piloto Padrón y colaboradores (2010), en su artículo sobre: “Impacto materno del manejo activo del alumbramiento”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto del manejo activo del alumbramiento sobre la ocurrencia de hemorragia posparto y complicaciones graves maternas, utilizando una Investigación experimental comparativa entre la atención del alumbramiento activo modificado y el alumbramiento activo, señalan que el manejo activo del alumbramiento está asociado con disminución de la hemorragia posparto, por lo que el empleo

sistemático del manejo activo del tercer periodo del parto es la mejor opción (Padrón, Silva, Setién, & González, 2010).

Oswaldo J. Cárdenas H. (2012) en su artículo “Estudio comparativo entre la atención del alumbramiento activo y modificado y el alumbramiento activo”, cuyo objetivo fue, comparar los resultados de los procedimientos del alumbramiento activo modificado con los del alumbramiento activo en: duración del alumbramiento, pérdida de sangre durante el alumbramiento, frecuencia de la retención parcial y total placentaria y pérdida de sangre durante la primera hora post alumbramiento; llegó a la conclusión que los dos tipos de atención del alumbramiento activo modificado y alumbramiento activo, disminuyeron notoriamente el tiempo de duración del alumbramiento y la pérdida de sangre a niveles tan bajos, que induce a no admitir y aún a rechazar algunas recomendaciones internacionales sobre la atención del alumbramiento. (Cárdenas, 2012)

Según Álvarez (2013), en su artículo sobre: “Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto”; cuyo objetivo fue: entender la percepción de las mujeres respecto a los cuidados ofrecidos por el personal de enfermería, durante hospitalización por la hemorragia postparto, estudio de tipo cualitativo con enfoque fenomenológica interpretativa; describe el cuidado de enfermería durante el periodo del puerperio inmediato y menciona que el personal de enfermería, profesional y auxiliar, es el encargado de brindar a la mujer y a su hijo un cuidado de calidad durante el trabajo de parto, parto y postparto, ya sea normal o complicado. Concluyó que la investigación mostró que las mujeres receptoras del cuidado de enfermería percibieron la importancia del mismo, a través de los comportamientos y acciones de las enfermeras (Álvarez, 2013)

Para C. Barreiro (2013), en su artículo “Percepción que tienen las pacientes obstétricas de alto riesgo en relación con la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería en una institución”, tiene como objetivo, determinar la percepción que tienen las pacientes obstétricas de alto riesgo sobre la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería mediante la aplicación de un instrumento de calidad CUCACE desarrollado por Thomas LH y colaboradores en

versión castellano, entre sus resultados señala que las gestantes afirman sentirse satisfechas con el cuidado brindado por enfermería (Mariño, Rodríguez, & Barreiro, 2013).

Según R. Coral (2008), en su artículo “Humanización del cuidado de enfermería durante el parto”, estudio de tipo prospectivo-descriptivo, entre sus resultados afirma: que la enfermera debe poner en práctica los principios específicos que orientan la práctica de enfermería hacia la humanización en el cuidado de enfermería que son: la promoción de la calidad de vida, mayor interés por los derechos del paciente sin categorizarlo, incluir en los protocolos de cuidado de enfermería el componente humanístico, revisar las normas administrativas, tomar decisiones éticas, fortalecer el trabajo interdisciplinario hacia la humanización y profundizar en la dimensión humana del cuidado de enfermería, de tal manera que no solo se cumplan con una serie de procedimientos o actividades (Coral, 2008).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Gestación

Proceso único por el cual crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. La gestación se inicia cuando termina la implantación (esto ocurre entre el día 12-14 de la fecundación). El tiempo que transcurre entre la fecundación y el parto: 40 semanas o 280 días (10 meses lunares) desde el primer día de la FUR (fecha de la última regla). (Pacheco María, 2015)

El embarazo se inicia cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del ovulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética, para dar lugar a una célula, huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación, la multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo. (Pacheco María, 2015)

Así también Dr. Gutarra F. menciona en su artículo conceptos básicos de obstetricia que gestación o gravidez proviene del latín gravitas, y es el periodo que transcurre entre la fecundación en las trompas, y el momento antes del inicio de parto, comprendiendo todos los procesos fisiológicos de implantación, crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así también como los cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer, encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. (Pacheco María, 2015)

Grávida – gesta. Toda mujer que está embarazada. Primigesta. Grávida por primera vez.

Primigesta añosa. Grávida por primera vez, pero la gestante con edad de 35 a 39 años.

Multigesta. Mujer en su segundo o posterior embarazo.

2.2.2. Parto espontáneo/normal/eutócico

Es aquel de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o la niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. (MSP, 2015)

Fase latente

Es el período del parto que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas regulares con modificación cervical hasta los 4 cm de dilatación. La duración es de aproximadamente 6,4 horas en la nulípara y 4,8 horas en las multíparas. El periodo expulsivo comienza con la dilatación completa y acaba con la expulsión del feto. (MSP, 2015)

Fase activa

Es el período del parto que transcurre entre los 4 cm y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular. La duración de la fase activa del parto es variable entre las embarazadas y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. La duración de la fase activa del parto puede establecerse de la siguiente manera: (MSP, pág. 20)

- En las primíparas: El promedio de duración es de 8 horas. Es poco probable que dure más de 18 horas.
- En las multíparas: El promedio de duración es de 5 horas. Es poco probable que dure más de 12 horas. Para mejor control recordar que está determinado que en la fase activa el progreso es de 1,1 cm/hora en las mujeres nulíparas y de 1,3 cm/hora en las multíparas. Se recomienda usar el promedio y límite de tiempo de la fase activa para:

Informar a las mujeres sobre la duración posible del parto. Detectar distocias, e indicar el momento en que obstetras, médicos de familia y médicos generales deben solicitar con la debida oportunidad la intervención del especialista en gineco-obstetricia en el mismo centro de asistencia o realizar la referencia del parto. Se recomienda valoración por el especialista siempre que el trabajo de parto en fase

activa se prolongue más allá del promedio de 8 horas en la nulípara y 5 horas en la multípara. (MSP, pág. 20)

Segunda etapa del parto (Expulsivo)

La duración normal del expulsivo depende de cada embarazada, y puede ser:

Hasta tres horas para nulíparas sin analgesia epidural; hasta cuatro horas para nulíparas con analgesia epidural, para multíparas sin analgesia epidural, hasta un máximo de dos horas, multíparas con analgesia epidural, hasta tres horas. Los riesgos de resultados adversos maternos y perinatales aumentan con una mayor duración de la segunda etapa del parto, en especial de más de tres horas en las mujeres nulíparas y más de dos horas en las multíparas. Existe asociación entre la duración larga de la 2ª etapa y la presencia de hemorragia posparto (HPP). Existe asociación entre un período expulsivo prolongado y altos índices de cesáreas y de partos instrumentales. Un período expulsivo prolongado no está asociado a la incontinencia urinaria de esfuerzo a largo plazo (medida en un período de hasta 7-8 años tras el parto). (MSP, pág. 24)

Tercera etapa (alumbramiento)

Duración del período del alumbramiento:

La tercera etapa del trabajo de parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato, con manejo activo (comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta). A partir de los 10 minutos de duración del alumbramiento, con manejo activo, el riesgo de hemorragia posparto aumenta progresivamente con la duración del mismo. Una duración superior a los 30 minutos tras un manejo activo del alumbramiento se asocia con un incremento significativo en la incidencia de hemorragias posparto. (MSP, pág. 27)

2.2.3. Puerperio Normal

Es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se opera por un proceso de involución uterina hasta casi restituir las a su estado primitivo. Solo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad. (Benrubi, 2015)

2.2.4. Duración del Puerperio

Se lo ha fijado clásicamente en seis semanas o sea 42 días después del parto, aunque en la práctica se lo haya ampliado progresivamente ante la evidencia de problemas severos y aun la muerte materna, vinculados a la gestación, pero acaecidos más allá de este período. (Benrubi, pág. 65)

Se divide en:

Puerperio inmediato, que abarca las primeras 24 horas.

Puerperio mediato, que abarca los primeros 10 días.

Puerperio alejado, que se extiende hasta los 42 días y finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación.

Puerperio tardío, desde los 42 hasta los 60 días; la asistencia al puerperio, según cabero, es el seguimiento de los primeros días postparto para detectar precozmente las patologías correspondientes a este periodo y asegurar un restablecimiento completo y pronto de la paciente, incluyendo el seguimiento clínico y el alta obstétrica hospitalaria. (Benrubi, pág. 65)

2.2.5. Cambios fisiológicos.

Durante el puerperio se presentan cambios, prácticamente en todos los aparatos y sistemas corporales, el periodo posnatal la paciente experimenta:

Pérdida ponderal de 6.8 a 7.7kg, la mayor parte de esta pérdida (4.5 a 7.7kg) es resultado de la expulsión del producto, la placenta y el líquido amniótico; además se pierden por diuresis aproximadamente 2.5kg de líquido excesivo y hay una pérdida de sangre de 500ml. (Benrubi, pág. 65)

El útero, inmediatamente después del alumbramiento tiene un tamaño de 15 a 20 cm. En su diámetro longitudinal, su fondo llega a la altura de la cicatriz umbilical y pesa alrededor de un kilo, en el posparto el útero se contrae por tiempo variable pero no en un lapso mayor de siete días, la paciente lo percibe como un dolor cólico de leve a moderado y se caracteriza porque los dolores de manera gradual van siendo menos intensos, a estos cólicos se les conoce con el nombre de entuertos; la contractilidad uterina posparto tiene dos funciones, expulsar material sanguinolento y detritus, y evitar la apertura de los vasos miometriales y por ende la hemorragia. (Benrubi, pág. 67)

Los loquios, es la secreción uterina, que en el transcurso de las primeras dos horas se trata de sangre coagulada de color rojo brillante, que va disminuyendo de cantidad conforme transcurren las horas, hacia el tercer día y en los próximos siete se observa de color pardoso (sangre oscura), pasando la semana el escurrimiento es serosanguinolento y al final es seroso amarillento compuesto de suero, leucocitos, tejido decidual e inclusive bacterias. (Benrubi, pág. 67)

Cérvix. Posteriormente al parto se observa elongado, edematoso, un poco friable, con diversas y discretas laceraciones labiales. (Benrubi, pág. 67)

Temperatura corporal, en el primer día la temperatura axilar puede alcanzar los 38°C, pero si persiste se debe de descartar alguna patología, tal vez de origen infeccioso; de tal forma también hace referencia para el control del puerperio en la paciente con parto vaginal. (Benrubi, pág. 68)

Primer día, control clínico, cada seis horas, verificar estado general de la paciente, pérdida hemática, altura uterina, y cada doce horas, verificar las constantes de pulso, TA, temperatura, así como estado de la herida perineal; asistencia, en la diuresis, vigilar la aparición del globo vesical, no hay que excluirlo en pacientes que aparentemente orinan, en estas pacientes y en las que no ha habido diuresis espontánea, en las seis horas siguientes al parto, se debe realizar un sondeo vesical. Del periné, mantener una higiene adecuada, hielo local como analgésicos y antiinflamatorio, si se precisa; la deambulacion, se debe iniciar precoz, (entre las 4 y las 12 horas posparto) lactancia, iniciarla precozmente. Segundo día y sucesivos

hasta el alta, control clínico, verificando las constantes de pulso, TA, temperatura, así como la exploración del estado general, del estado del fondo uterino, periné y loquios, vigilancia de las deposiciones, llevar el control de la lactancia y recomendaciones sobre la misma, y el mantener una higiene adecuada. (Benrubi, pág. 68)

De igual manera hace mención a cerca de las indicaciones generales al egreso de la paciente en puerperio; dieta blanda, rica en fibra, proteína y calorías, aseo diario en regadera, el aseo de genitales externos con agua y jabón, usar toalla femenina y cambiarla cuantas veces sea necesario, las glándulas mamarias deben asearse con agua y jabón, así como después de dar lactancia utilizar un poco de leche para aplicarlo en pezón y areola, indicar periodos de reposo con periodos de actividad en el interior de la casa, enseñar los datos de alarma, pues todas las molestias deben ir desapareciendo de manera gradual, pero en caso de incremento del dolor, del sangrado, entre otros puede ser un dato de alarma, al igual que olor desagradable de los loquios, presencia de fiebre, ataque al estado general, datos de pre eclampsia (acufenos, cefalalgia, fosfenos, entre otros). (Benrubi, pág. 68)

TITULO: VALORACIÓN Y CUIDADOS POSTPARTO

Valoración	Primeras 8h postparto	8 a 24 h postparto	24 a 48 h postparto
Signos vitales	Temperatura, pulso, presión arterial: 1ª hora: c/15 min 2ª hora: c/30 min 3 a 8 h c/4 hs Vigilar si hay hipotensión y taquicardia.	Cada 4 h: temperatura, pulso, respiración, presión arterial. Buscar hipotensión y taquicardia. ↑ De la frecuencia cardiaca, puede ser un signo de infección, dolor,	Cada 8 h: continuar con la valoración.

	Nota: después de la valoración inicial de la temperatura, dejar de valorarla con los signos vitales c/15 min	pérdida sanguínea o cardiopatía.	
Color de la piel	Valorar el color de la piel, los lechos unguales y la cavidad bucal en busca de anomalías. 1ª hora: c/15 min 2ª hora: c/30 min 3ª a 8ª h: c/4 hs	Cada 4 h: valorar el color de la piel, los lechos unguales y la cavidad bucal en busca de anomalías	Cada 8 h: continuar con la valoración
Valoración de fondo	Verificar su ubicación y tono. Asegurarse que la vejiga esté vacía. Si el fondo está blando o sin tono, dar masaje. Valorar los loquios con cada masaje. No dar masaje si el fondo está firme. 1ª hora: c/15 min 2ª hora: c/30 min 3ª a 8ª h: c/4 h	Cada 4 h: verificar la ubicación y el tono. Asegurar que la vejiga esté vacía. Si el fondo está blando o sin tono, dar masaje. Valorar los loquios con cada masaje.	Cada 8 h: continuar con la valoración y las intervenciones de enfermería.
Loquios	Valorar en cuanto a color, cantidad, olor y coágulos en apósito perineal. 1ª h: c/15 min 2ª h: c/30 min 3ª a 8ª h: cada 4 h	Cada 4 h: valorar en cuanto a color, cantidad, olor, y coágulos en el apósito perineal.	Cada 8 h: continuar con la valoración.

<p>Valoración de vejiga y gasto urinario</p>	<p>Valorar la cantidad de la orina, frecuencia y molestias para orinar</p> <p>1ª h: c/ 30 min</p> <p>2ª h: cada hora</p> <p>3ª a 8ª h: cada 4 hs</p>	<p>Cada 4 h: valorar la cantidad de orina, la frecuencia y las molestias para orinar</p>	<p>Cada 8 h: continuar la valoración.</p>
<p>Perineo</p>	<p>Valorar en busca de enrojecimiento, edema, hematomas y secreción.</p> <p>Si se realizó una episiotomía, valorar la aproximación de los bordes de la herida</p> <p>1ª hora: c/30 min</p> <p>2ª hora: cada hora</p> <p>3ª a 8ª h: c/8 hs</p> <p>Proporcionar paquetes de hielo en las primeras 1 a 2 h para detectar hinchazón del perineo.</p> <p>Después usar una lámpara de calor, baños de asiento, astringentes, analgésicos tópicos y medicamentos para el dolor según esté indicado.</p> <p>Administrar ablandadores de heces según se requiera. Fomentar el consumo de líquidos y fibra para reducir el estreñimiento</p>	<p>Valorar si hay enrojecimiento, edema, hematomas y secreción.</p> <p>Si se realizó episiotomía, valorar la aproximación de los bordes de la herida.</p> <p>Utilizar intervenciones de enfermería apropiadas.</p> <p>Administrar ablandadores de heces según se requiera.</p> <p>Fomentar el consumo de líquidos y fibra para reducir el estreñimiento</p>	<p>Continuar la valoración.</p> <p>Utilizar intervenciones de enfermería apropiadas para aliviar las molestias.</p> <p>Administrar ablandadores de heces según se requiera.</p>

Nivel de actividad	1ª a 2ª h: reposo en cama 3ª a 8ª h: indicar a la paciente que se siente con los pies colgando en el borde de la cama, asegurar la estabilidad, levantarse de la cama con ayuda, después a voluntad	Levantarse a voluntad	Levantarse a voluntad. Enseñar sobre respiración abdominal, levantamiento de cabeza y sentadillas modificadas
Dolor	La valoración del dolor es el quinto signo vital 1ª h: c/15 min 2ª h: c/30 min 3ª a 8ª h: c/ 4 h Siempre valorar el dolor al intervalo apropiado después de la administración de analgésicos	Cada 4 h y al intervalo apropiado después de la administración de analgésicos	Cada 4 h y al intervalo apropiado después de la administración de analgésicos
Mamas	Valorar cada guardia: tamaño simetría, forma, suavidad y apariencia de los pezones	Valorar cada guardia	Valorar cada guardia
Factor Rh	Verificar los registros prenatales y neonatales para determinar el tipo de sangre y el factor Rh y saber si es necesario administrar RhoGAM. Si la madre es Rh- y el neonato es Rh+ y la madre aún no a sido sensibilizada, debe administrarse inmunoglobulina Rh		

	(D) en 72hs después del parto		
--	-------------------------------	--	--

ELABORADO POR: LAS AUTORAS

FUENTE: (Johnson, 2011)

2.2.6. Complicaciones Postparto

El embarazo y el parto son funciones naturales de las cuales la mayoría de las mujeres se recuperan sin complicaciones; sin embargo, si ocurren complicaciones y las enfermeras deben estar al tanto de los problemas que pueden presentarse, sus efectos y los esquemas de tratamiento. (Johnson, 2011)

2.2.7. Hemorragia Postparto

Se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras; es por ello que se hace necesario y recomendable añadir que la hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia; otros parámetros han ido cayendo en desuso, como es el caso de la cuantía de hemoglobina y/o hematocrito, los cuales tienen la limitación de depender del momento preciso de su determinación y de los volúmenes previos al parto; a su vez, es necesario distinguir entre hemorragia postparto precoz y tardía. (Johnson, 2011)

MANEJO DE ENFERMERÍA

Se requiere de un esfuerzo en colaboración del equipo de atención de salud para proporcionar atención sin demora. El manejo del choque hipovolémico (reducción del volumen sanguíneo) que resulta de la hemorragia postparto incluye lo siguiente:

- Reconocer la causa específica (de donde proviene la sangre).
- Detener la pérdida sanguínea.
- Iniciar líquidos intravenosos para mantener el volumen circulante.
- Vigilar los signos vitales.
- Proporcionar oxígeno para aumentar la saturación de los eritrocitos.
- Insertar una sonda Foley para valorar la función renal y el gasto urinario.

2.2.8. Factores de riesgo

a) Maternos

Hemorragia postparto previa

Fibromas

Múltipara

b) Embarazo

Útero sobre distendido: embarazo multi-fetal, feto macrosoma, hidramnios.

Anemia, otros problemas de salud como malnutrición

c) Parto

Manipulación intrauterina: parto por fórceps, extracción con ventosa, retención placentaria, extracción manual de placenta.

Parto precipitado o prolongado

Disfunción uterina: administración de oxitocina para la inducción o aceleración.

Relajación muscular: administración de sulfato de magnesio, anestesia general

d) Postparto

Vejiga distendida

Retención de fragmentos placentarios

2.2.9. Clasificación de las hemorragias postparto.

Las hemorragias pueden clasificarse según el tiempo de presentación: La hemorragia postparto precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto. (Johnson, 2011)

La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo y suele deberse a subinvolución, que se define como la incapacidad del útero para regresar a su tamaño previo al embarazo. El sitio de implantación de la placenta es el último en sanar y regenerarse después del parto. Un área vascular, fragmentos retenidos de placenta o una infección pueden ser las causas de hemorragia postparto tardía. (Johnson, 2011)

También pueden clasificarse de acuerdo con su lugar de origen: a) uterinas, como la atonía o hipotonía, retención placentaria y restos, por placentación anormal (acretismo), inversión uterina, así como por traumatismo uterino (debido a desgarro cervical, rotura uterina). b) no uterinas, como consecuencia de desgarres y hematomas en el canal de parto, por episiotomía o coagulopatías (SAPI, 2015).

El personal de enfermería debe tomar en cuenta una buena regla nemotécnica para recordarlas y así prevenir la hemorragia obstétrica y son las 4 “T”: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación). (Karlsson, 2009)

a) Hemorragia uterina.

Atonía uterina: es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP.

La atonía uterina es la incapacidad del músculo medio, que tiene fibras entrelazadas “en forma de ocho” en el útero, de contraerse y permanecer contraídas alrededor de los vasos sanguíneos abiertos; sin esta contracción, los vasos en el sitio de la implantación de la placenta no pueden cerrar y comenzar a sanar. (Johnson, 2011)

Los factores mecánicos que contribuyen a la incapacidad de los músculos de contraerse incluyen retención de fragmentos placentarios o coágulos sanguíneos grandes; la distensión uterina extrema puede causar atonía uterina; la observación del útero blando y sin tono que puede palparse por arriba del ombligo es evidencia adicional de que la hemorragia se debe a atonía uterina; el estiramiento excesivo puede causar una falta de eficacia de las células de músculo liso para contraerse; una vejiga llena también puede evitar que el útero se contraiga. (Johnson, 2011)

Hay factores metabólicos que pueden contribuir a la atonía uterina; puede ocurrir agotamiento muscular por acumulación de ácido láctico; debido a que el calcio es un importante regulador del tono del músculo liso, en algunos casos de atonía uterina puede relacionarse con hipocalcemia; los fármacos tienen un importante efecto sobre el tono uterino postparto; la administración de sulfato de magnesio para prevenir convulsiones o como un tocolítico puede resultar en atonía uterina al alterar las propiedades mediadas por calcio dentro de las células; además, los bloqueadores de los canales de calcio, como nifedipino, utilizados en las contracciones uterinas pretérmino, también pueden inhibir las contracciones uterinas postparto. (Johnson, 2011)

Factores de riesgo

Sobre distensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosoma), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, Ruptura Prematura de Membranas

prolongada RPM); conviene recordar la premisa: “Un útero vacío y contraído no sangra” (Karlsson, 2009)

Signos y Síntomas

- Fondo difícil de ubicar
- Fondo blando y sin tono
- Útero que se pone firme con el masaje, pero pierde su tono cuando este se detiene.
- Loquios excesivos de color rojo brillante.
- Se expulsa un exceso de coágulos.

Intervenciones de enfermería

Para reducir el riesgo de atonía uterina, la enfermera debe hacer lo siguiente:

- Asegurarse de que la vejiga este vacía.
- Valorar el fondo en cuanto a firmeza y posición.
- Dar masaje al útero en caso necesario para aumentar el tono.
- Valorar y vigilar el flujo de loquios, informar si hay hemorragia anormal o coágulos en exceso.
- Vigilar los signos vitales de la madre y la capacidad del útero para contraerse.
- Si se sospecha de atonía uterina, la enfermera debe prepararse para estudios de laboratorio de referencia (biometría hemática completa y de perfil de coagulación), así como tratamiento intravenoso con dextrosa o albúmina y productos sanguíneos. Pueden estar indicadas dosis de oxitocina. (Johnson, 2011)

Retención de tejido placentario y/o coágulos: la salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto; de no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncreta o pécreta; el acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos)

aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente; el riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. (Karlsson, 2009)

b) Hemorragia no uterina.

Traumas: hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.

Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina; normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura; en ocasiones también pueden hacerlo como hematomas; los hematomas vulvares y vaginales auto limitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados; si la paciente presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia hay que sospechar un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso convendrá monitorizar estrictamente por si fuese necesaria una exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes. (Karlsson, 2009)

Rotura uterina: se define como la pérdida de integridad de la pared del útero; el factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente; otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia / hiperestimulación uterinas; las roturas asociadas a traumatismos externos (incluyendo la versión cefálica externa) son excepcionales. (Karlsson, 2009)

Dehiscencia uterina: a diferencia de la rotura uterina propiamente dicha, la dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa; raramente son responsables de HPP moderadas-graves. (Karlsson, 2009)

Inversión uterina: se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial; los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual; el prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de

imagen confirmatorias, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado. (Karlsson, 2009)

Alteraciones de la coagulación: coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo.

Congénitas: enfermedad de Von Willerbrand, Hemofilia tipo A.

Adquiridas: pre eclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abruptio placentae, sepsis. Además de estas causas formalmente descritas, existen otros factores de riesgo como son la edad materna avanzada, la miomatosis uterina y el hecho de haber sufrido una HPP en una gestación anterior; el conocimiento sobre si una gestante presenta alguno de estos factores de riesgo es una parte importante para la prevención de la HPP, pero no hay que olvidar que hasta 2/3 de las HPP ocurren en mujeres sin ningún factor de riesgo. (Karlsson, 2009)

Esta revisión se centrará principalmente en las causas y tratamientos de la hemorragia postparto primaria (HPP), por ser generalmente más grave. (Karlsson, 2009)

Título: Causas de la hemorragia Postparto

	CAUSAS	FACTORES DE RIESGO
Atonía uterina (Tono)	Sobre distensión uterina	Gestación múltiple Hidramnios Feto macrosoma
	Corioamnionitis	RPM prolongado

		Fiebre
	Agotamiento muscular	Parto prolongado y/o rápido Elevada multiparidad
Retención de tejidos (Tejido)	Placenta	Acretismo placentario Cirugía uterina previa
	Coágulos	
Lesión del canal de parto (Trauma)	Desgarros del canal de parto	Parto instrumental Fase de expulsivo precipitada
	Rotura/deshidencia uterina	Cirugía uterina previa (cesárea) Parto instrumental Distocia Hiperdinamia Versión cefálica externa
	Inversión uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de credé
	Adquiridas	Preeclampsia Síndrome de Hellp CID

Alteraciones de la coagulación (Trombina)		Embolia de líquido amniótico Sepsis Abruptio placentae
	Congénitas	Enfermedad de Von Willebrand Hemofilia tipo A

Elaborado por: Autoras

Fuente: H. Karlsson, C. Pérez Sanz **Artículo:** Hemorragia postparto

c) Otras Causas

Hematomas

Los hematomas pueden dar lugar a una pérdida importante de sangre pero sin hemorragia evidente; los hematomas se forman al dañarse un vaso sanguíneo sin lesión del tejido que lo recubre; suelen visualizarse en el periné o esconderse en la vagina; pueden aparecer en cualquier lugar del tracto reproductor; el dolor perineal es una característica distintiva, más que la hemorragia franca y el útero permanece firme; la mujer puede ser incapaz de orinar por la compresión de la uretra, o puede tener urgencia por defecar debido a la presión ejercida sobre el recto; es típico el dolor intenso; los hematomas del ligamento ancho son difíciles de detectar pero pueden sospecharse cuando existe anemia, dolor intenso unilateral en la pelvis o el abdomen, y distensión abdominal; puede ser necesaria una incisión local y drenaje o una laparotomía para extraer los edemas grandes o en expansión; los hematomas perineales pequeños pueden tratarse con hielo. (Didona, 2016)

Cuidados de enfermería

- Colocarse guantes e inspeccionar el perineo.
- Informar si se observa la presencia de un hematoma.
- Vigilar el flujo de loquios, su cantidad y color.

- Valorar el dolor, los hematomas producen un dolor intenso, profundo y una sensación de presión.
- Vigilar los signos vitales en cuanto a un aumento en la frecuencia del pulso y una disminución de la presión arterial.
- Preparar a la paciente para cirugía en caso necesario.

Distensión Vesical

La distensión vesical provoca un desplazamiento del útero desde su posición central e impide que se contraiga eficazmente; tras el nacimiento, la vejiga se llena rápidamente a medida que se administran líquidos Intravenosos (IV) y el cuerpo empieza a deshacerse del volumen sanguíneo extra adquirido durante el embarazo; además, la mujer tiene menos sensación de plenitud vesical después del traumatismo que supone el parto; por ello puede no notar una vejiga que contenga más de 500 o hasta 1000ml; la enfermera detecta la distensión vesical al palpares fondo uterino muy alto (POR ENCIMA DEL OMBLIGO), desplazado habitualmente a la derecha y blando; también observa que los loquios son espesos. Si la micción espontánea no se produce en 6-8 horas puede ser necesario sondar la vejiga para vaciarla; esto evita la distensión vesical y descomprime una vejiga que ya estaba distendida. (Didona, 2016)

Subinvolución

La subinvolución es el término que se emplea para describir la incapacidad del útero para recuperar su tamaño y localización previas al embarazo y que da lugar a una hemorragia tardía suele ser secundaria a la retención de fragmentos placentarios, a infecciones o a la falta de cicatrización del lugar donde se insertó la placenta. Un masaje uterino excesivamente enérgico puede ser un factor contribuyente. La subinvolución se caracteriza por un útero grande y blando habitualmente por encima del ombligo, loquios prolongados (más de dos semanas de postparto) o la reaparición de loquios rojo brillante después de los 3 primeros días, sensación de pesadez en la pelvis, y en ocasiones un olor fétido cuando existe sepsis. El tratamiento conservador consiste en administrar maleato de metilergonovina

(Methergin) y antibióticos si existe infección. Una hemorragia intensa y brusca puede originar una rápida pérdida de sangre y shock, siendo necesario un tratamiento médico o quirúrgico de urgencia para salvar la vida. (Didona, 2016)

Diagnóstico

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (HPP verdadera). Como se ha explicado anteriormente, además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente. Para ello pueden tomarse como referencia los siguientes:

Signos:

TA sistólica. Indica afección hemodinámica leve/moderada/ grave según la cifra tensional sea 100-80/ 80-70/ 70-50 respectivamente.

– Síntomas: indican hemorragia.

- Leve: debilidad, sudor, taquicardia.
- Moderada: palidez, oliguria.
- Grave: shock, fallo renal con anuria, disnea, Síndrome de Seehan en el puerperio inmediato. (Karlsson, 2009)

Cuidados de enfermería

- Enseñanza para la paciente sobre como ubicar y palpar el fondo y calcular su altura, lo es extremadamente importante dado que la subinvolución del útero suele ocurrir después de que la madre a regresado a casa.
- Explicar que el útero debe hacerse más pequeño cada día.
- Explicar las diferencias en el flujo de los loquios: cantidad, color, consistencia y olor.
- Indicar a la madre que informe dolor de fondo, secreción vaginal mal oliente y cualquier desviación del flujo esperado de los loquios.

2.2.10. Enfermería Perinatal

Campo del conocimiento comprende el estudio de la salud reproductiva, el embarazo, el parto, el puerperio y al recién nacido, incorpora en este estudio el enfoque de riesgo y el uso de tecnología propias para el diagnóstico y tratamiento, así como la resolución del embarazo de bajo riesgo y la referencia oportuna de los casos de alto riesgo. Analiza con un enfoque integral los problemas de salud de la mujer dentro del proceso reproductivo en su contexto cultural y familiar. (Universidad Nacional Autónoma de México, 2011)

Incorpora los conocimientos en el diseño y aplicación de intervenciones especializadas, prevención de defectos al nacimiento y discapacidad, contribuyendo a la disminución de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Así también integra la atención humanizada al nacimiento que repercute en la transformación de la práctica profesional en la atención del binomio con el más alto sentido ético. (Universidad Nacional Autónoma de México, 2011)

El nombre de enfermería materna infantil es aquel que recibe una rama de la enfermería que se encarga de realizar actividades y tareas relacionadas tanto con las mujeres embarazadas o parturientas como también con los niños una vez que estos han nacido. La enfermería materna infantil es quizás una de las ramas de la enfermería que mayor dedicación y compromiso requiere debido a que, en lo que respecta a los pacientes recién nacidos, estamos hablando de pacientes muy delicados y frágiles que necesitan todo tipo de atención, cuidado y mucho compromiso. (Bembibre, 2013)

Debido a que la enfermería materna infantil tiene que lidiar con el fenómeno más importante del ciclo reproductivo humano, su objeto de trabajo no se puede limitar solamente a un momento específico si no que tiene en cuenta todo el proceso desde el comienzo del funcionamiento del ciclo reproductivo, pasando por el embarazo y el parto, el puerperio y siguiendo en el refuerzo y cuidado de la salud familiar una vez que el grupo madre-padre-hijo se ha constituido. (Bembibre, 2013)

La enfermería materna infantil tiene como objetivo principal prevenir la presencia de cualquier tipo de complicaciones o de enfermedades que puedan alterar el normal ciclo reproductivo, embarazo y nacimiento de la criatura. Así es entonces que esta rama de la enfermería se debe ocupar no sólo de la madre sino también del niño desde antes de que este nazca, es decir, desde el momento en que comienza a desarrollarse dentro del vientre de su madre (Bembibre, 2013).

2.2.11. Cuidado materno infantil

Se definen los cuidados de salud materno infantil como las actividades encaminadas a satisfacer las necesidades normales, alteradas y esenciales de la madre durante el ciclo reproductivo, y del hijo, centrados en la familia. Son actividades de orientación, apoyo, educación para la salud, etc. (Enfermeria Maternal, 2015)

Asistencia de Enfermería en el período del parto

En el trabajo del parto la enfermera es la encargada de llevar a cabo una cantidad de tareas y previsiones tendientes a crear las mejores condiciones para un parto normal. Al realizar dichas tareas, la enfermera deberá ante todo preservar las condiciones asépticas en torno a la embarazada, lavándose las manos según el procedimiento aconsejado, antes de entrar en la sala de partos o de tocar a la madre y, en general, después de cualquier procedimiento; del mismo modo, tratará que la embarazada no haga esfuerzos para ayudar al parto hasta que ella o el médico no se lo indiquen (Ehresman, 2016).

Los consejos y la asistencia adecuada a la madre podrán acortar la duración del parto y ayudarán a esta a emplear su fuerza más adecuadamente durante este período, ya que si la dirige con acierto podrá ayudarse mucho a sí misma durante el parto; a este efecto, la enfermera puede indicar a la madre cómo descansar al comienzo del trabajo del parto, durante las contracciones y después de ellas, disponer su cama de modo adecuado, y crearle las condiciones más propicias manteniendo una luz tenue

en el ambiente, eliminando en lo posible los ruidos molestos y arreglándole las almohadas. (Ehresman, 2016)

Por otra parte, debe mantenerse alerta a la manifestación de cualquier complicación durante este período, para lo cual deberá registrar periódicamente los signos vitales de la madre con la frecuencia que demande el progreso del parto y la condición de la misma. Además, vigilará el tono del útero y la aparición de cualquier hemorragia, síntomas de toxemia o distensión vesical, y ha de registrar, asimismo, los ruidos fetales a fin de advertir signo de sufrimiento fetal, como el meconio en el líquido amniótico y la hiperactividad o la ausencia de ella; cuando se produce una hemorragia o se advierte sufrimiento fetal, la enfermera puede administrar inmediatamente oxígeno a la madre. Si cumple las instrucciones del médico con rapidez y calma, puede aportar una ayuda muy importante para superar tales complicaciones, así como también puede ayudar a la madre a tranquilizarse dándole una explicación sencilla de lo que está ocurriendo. (Ehresman, 2016)

2.2.12.Prevencción de la hemorragia Postparto

Se ha demostrado que una actitud activa durante el alumbramiento disminuye la frecuencia de presentación de la HPP > 40% (34), por ello se debe recomendar la prevención de la misma de forma sistemática en todos los partos (nivel de evidencia I, grado recomendación A). La identificación de los factores de riesgo es importante, pero la prevención de la HPP se realizará de forma sistemática en todos los partos, existan o no factores de riesgo. (Basurto, 2015)

El manejo activo de la tercera etapa del parto, incluye las siguientes intervenciones:

1. Administración de agentes uterotónicos = Alumbramiento dirigido o farmacológico.
2. Pinzamiento y sección precoz del cordón umbilical.
3. Tracción controlada del cordón umbilical.

Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto

El manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) en todas las mujeres reduce el riesgo de HPP en un 60%, reduce los casos de anemia posparto y la necesidad de transfusiones sanguíneas. (MSP, 2013)

Oxitocina, 10 UI intramuscular dentro del primer minuto después del parto del recién nacido o 5 UI intravenosas administradas lentamente, es el agente de elección para el manejo activo de la tercera etapa del parto (NNT 12). (MSP, 2013)

Misoprostol 600 mcg VO es menos efectivo que Oxitocina, pero puede utilizarse en caso que oxitocina no esté disponible o su administración no sea posible (NNT 18). (MSP, 2013)

Las mujeres embarazadas pueden sufrir una pérdida de sangre en el momento del parto, susceptible de poner en riesgo su vida. Si bien la mayoría de las HPP no presentan factores de riesgo identificables, la mayoría de HPP pueden prevenirse con el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP). En muchos países en desarrollo todavía se utiliza el manejo expectante de la tercera etapa del parto en la mayoría de partos que ocurren en el hogar. Sin embargo, los estudios de Bristol y Hinchingsbrooke que compararon el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) versus el manejo expectante o fisiológico de la tercera etapa del parto, demostraron claramente que, cuando se aplicó el manejo activo, la incidencia de HPP fue significativamente inferior (5,9% con MATEP vs. 17,9% con manejo expectante; y 6,8% con MATEP vs. 16,5% sin MATEP). Los datos respaldan el empleo habitual del manejo activo de la tercera etapa del parto por parte de todo personal especializado en partos, independientemente del lugar en el que trabajan; el MATEP reduce la incidencia de HPP, la necesidad de transfusión de sangre, y por lo tanto se lo debe incluir en todo programa de intervención destinado a reducir la mortalidad debido a HPP. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda el uso de rutina de MATEP como el mejor método basado en evidencia para la prevención de la HPP, y destaca que se deben tomar todas las medidas para asegurar el uso de MATEP en cada parto vaginal atendido por personal especializado. Los componentes habituales del MATEP incluyen:

Paso 1.- Administración de medicamentos uterotónicos: Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de un minuto luego del nacimiento del recién nacido. Uso de agentes uterotónicos. Dentro del primer minuto luego del nacimiento del producto, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) producto(s) y administre 10 UI de oxitocina intramuscular (IM). Se prefiere la oxitocina a otros medicamentos uterotónicos debido a que hace efecto entre dos y tres minutos luego de la inyección, sus efectos secundarios son mínimos y puede usarse en todas las mujeres. Si no hay oxitocina disponible, se puede usar 600 mcg de misoprostol por vía oral. Otros uterotónicos como: 0,2 mg IM de ergometrina o metilergometrina; sintometrina (una combinación de 5 UI de oxitocina y 0,5 mg de ergometrina en ampollas IM) deben evitarse en mujeres con enfermedad cardíaca, pre eclampsia, eclampsia o presión arterial alta. Los uterotónicos requieren un almacenamiento adecuado. (MSP, 2013)

Paso 2.- Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical: Se lo realiza cuando el cordón umbilical ha dejado de latir o a los dos o tres minutos del parto. No se recomienda la tracción controlada del cordón sin la administración de fármacos uterotónicos o antes de observar signos de separación de la placenta, ya que esto puede provocar la separación parcial de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero. No se debe realizar la tracción del cordón umbilical sin aplicar la contratracción por encima del pubis con la otra mano. Aunque es uno de los temores principales, no se registró ningún caso de inversión uterina o de separación del cordón en los cinco principales estudios controlados en los que se comparó el manejo activo y el manejo expectante (MSP, 2013).

Paso 3.- Masaje uterino: a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado. Después del alumbramiento, masajee el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga. Durante las dos primeras horas, se debe controlar que exista una adecuada retracción uterina y que los loquios sean normales (MSP, 2013).

3.2. Definición de términos

HPP: es la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea.

Atonía uterina: es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

Corioamnionitis: es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica, infección ovular o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.

Hidramnios: es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica, infección ovular o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.

Hipovolemia: es una disminución del volumen circulante de sangre u otros líquidos dentro del sistema cardiovascular, debido a múltiples factores como hemorragia, deshidratación, quemaduras, entre otros. Se caracteriza porque el paciente se encuentra pálido debido a la vasoconstricción compensadora, con taquicardia debido a la liberación de catecolaminas, con pulso débil y rápido.

Placenta pércreta: La placenta se adhiere y crece a través del útero, extendiéndose en ocasiones a los órganos cercanos, como la vejiga.

Placenta acreta: La placenta se adhiere con demasiada profundidad y muy firmemente al útero.

Hiperdinamia uterina: aumento de la contracción uterina.

Miomatosis uterina: son tumores benignos y frecuentemente asintomáticos, los cuales se deben vigilar porque pueden incrementar la hemorragia durante la menstruación, y complicar el embarazo y el parto.

Acretismo Placentario: complicación rara pero peligrosa del embarazo por una adherencia anormal de la placenta a la pared uterina.

Placenta acreta: se define como aquella placenta que se adhiere al miometrio de forma anormal. Las vellosidades coriales se insertan directamente sobre el miometrio (80%).

Placenta íncreta: las vellosidades penetran en el interior del miometrio (15%).

Placenta pércreta: las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal e incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos vecinos como la vejiga (5%).

Manejo Expectante

El manejo expectante (conservador o fisiológico) es aquel en el que el profesional espera los signos de separación placentaria y el alumbramiento se produce de forma espontánea con ayuda de la gravedad, los pujos maternos y en ocasiones con estimulación del pezón. Por tanto, en este tipo de alumbramiento no se administra ningún fármaco uterotónicos e idealmente el cordón no se corta ni se pinza hasta el alumbramiento o al menos, hasta que deje de latir. (Pacheco María, 2015)

2.4. Sistemas de variables

Variable Dependiente: Cuidados de enfermería

Variable Independiente: Hemorragias postparto

2.4.1. Operacionalización de variable dependiente

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	INSTRUMENTO
Cuidados de enfermería	Son todos los cuidados directos a la persona sana o enferma, asistirlo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación	CUIDADOS GENERALES	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de enfermería adecuada en pacientes que presentan factores de riesgo. • Valoración inicial (Toma de signos vitales: presión arterial, temperatura, FC, FR) • Valoración de loquios (cantidad, características) 	1, 2, 3, 7, 8, 9. 10	Encuesta aplicada al personal de enfermería mediante la utilización de un cuestionario.

			<ul style="list-style-type: none"> • Canalización de vía periférica. 		
		<p>CUIDADOS ESPECÍFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de Uterotónicos • Masaje uterino postparto • Valorar la altura del fondo uterino respecto al ombligo. • Vigilar constantemente a pacientes que tuvieron un parto prolongado. • Controlar vaciamiento vesical 		

2.4.2. Operacionalización de variable independiente:

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	INSTRUMENTO
Hemorragia postparto	Sangrado abundante de más de 500ml. de sangre siguiente al alumbramiento o después del mismo se produce en aproximadamente el 5% de los partos y son una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad materna.	Hemorragia uterina	Atonía Uterina	4, 5, 6	Encuesta aplicada al personal de enfermería mediante la utilización de un cuestionario.
			Retención de tejidos		
		Hemorragia no uterina	Laceraciones del canal del parto		
			Alteraciones de la coagulación		

CAPITULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de Investigación

Según la naturaleza de estudio es una investigación de tipo Descriptivo puesto que se inició con la recolección de la información, facilitando hacer una descripción de las variables de estudio.

3.2. Diseño del trabajo de investigación

El tipo de investigación que se utilizó Según el tiempo es de tipo Transversal porque se realizó en un determinado corte de tiempo.

Según la fuente es bibliográfica debido a que la información obtenida de la institución investigada, en la sala de maternidad sobre los cuidados de enfermería para la prevención de hemorragias postparto se obtuvo a través de libros, artículos científicos, documentos web y otros medios.

Según el lugar es de campo o directa ya que se obtuvo en el Hospital León Becerra Camacho con el personal de enfermería y auxiliares de enfermería y cuya fuente de información fueron: datos estadísticos y la aplicación de encuestas.

3.3. Población y Muestra

El estudio se realizará en la sala de Maternidad del Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro a través de la aplicación de encuestas al personal de Enfermería profesional y auxiliares de enfermería, se incluyeron al estudio a los auxiliares de enfermería debido a que ellos brindan cuidado directo por la falta de personal profesional de enfermería.

Cálculo de la muestra

Por ser un universo lo suficientemente manejable no se ha extraído una muestra por lo que se tomó la población total de profesionales de enfermería, de las cuales 6 son enfermeras profesionales y 8 son auxiliares de enfermería que labora en la sala de maternidad dando un total de 14 personas.

Criterios de inclusión

Personal de enfermería profesional y auxiliar que labora exclusivamente en la sala de maternidad.

Criterios de exclusión

- Personal de enfermería profesional y auxiliar que estén cubriendo turnos en el servicio de maternidad.
- Estudiantes de la carrera de enfermería o estudiantes auxiliares de enfermería que se encuentren en el servicio realizando prácticas pre profesionales.

3.4. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería y auxiliares de enfermería a través de un cuestionario.

Datos estadísticos: revisión bibliográfica.

Para la tabulación de los datos se utilizó el programa Excel.

3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Encuestas aplicadas al personal de enfermería del área de Maternidad y parto.

Tabla N° 1

TITULO: Localización del fondo uterino después del parto

Opciones de respuesta	Profesionales de enfermería	Auxiliares de enfermería	Subtotal
a) Por encima del ombligo	5	4	9
b) A nivel del ombligo	1	4	5
c) Por debajo del ombligo	0	0	0
d) Ninguna de las anteriores	0	0	0
TOTAL	6	8	14

Gráfico N° 1



FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería

ELABORADO POR: Las Autoras

Análisis: según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestra que, de las 14 personas encuestadas, 9 de ellas que representan el 64% de la población de las cuales 5 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería de la sala de maternidad del Hospital León Becerra Camacho indican que el fondo uterino después del parto se localiza por encima del ombligo que según (Johnson, 2011) es lo normal.

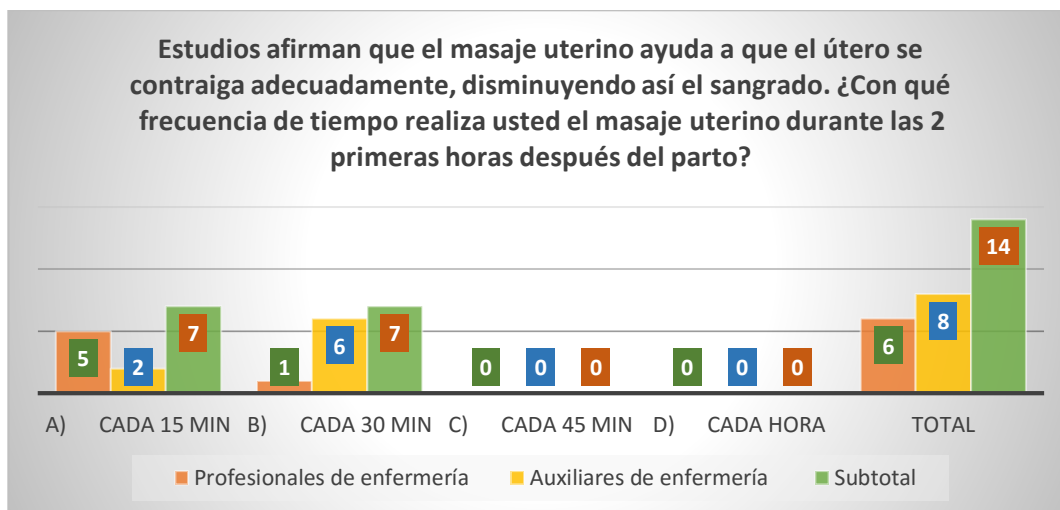
Interpretación: Estos resultados reflejan que la mayoría de profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería de la sala de Maternidad del hospital León Becerra Camacho conocen la ubicación correcta del fondo uterino después del parto.

Tabla N° 2

TITULO: Frecuencia de tiempo con la que se realiza el masaje uterino durante las primeras 2 horas después del parto.

Opciones de respuesta	Profesionales de enfermería	Auxiliares de enfermería	Subtotal
a) Cada 15 min	5	2	7
b) Cada 30 min	1	6	7
c) Cada 45 min	0	0	0
d) Cada hora	0	0	0
TOTAL	6	8	14

Gráfico N° 2



FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería

ELABORADO POR: Las Autoras

Análisis: según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestra que, de las 14 personas encuestadas, 7 de ellas que representan el 50% de la población de las cuales 5 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería de la sala de maternidad del Hospital León Becerra Camacho indican que realizan el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas después del parto, así mismo 7 de ellas que representan el 50% restante de la población indican que el masaje uterino lo realizan cada 30 minutos, según la bibliografía de (Johnson, 2011) se debe realizar el masaje uterino cada 15 min durante la primera hora.

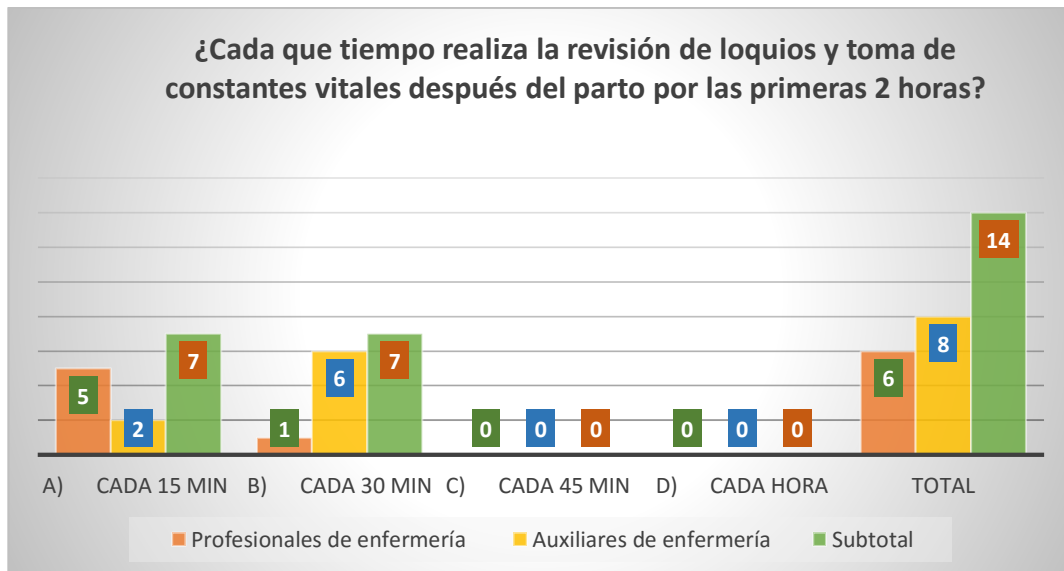
Interpretación: Estos resultados reflejan que la mitad de la población encuestada conocen cada que tiempo debe realizarse el masaje uterino durante las 2 primeras horas después del parto.

Tabla N° 3

TITULO: Frecuencia de tiempo con la que se realiza la revisión de loquios y toma de constante vitales después del parto por las primeras 2 horas.

Opciones de respuesta	Profesionales de enfermería	Auxiliares de enfermería	Subtotal
a) Cada 15 min	5	2	7
b) Cada 30 min	1	6	7
c) Cada 45 min	0	0	0
d) Cada hora	0	0	0
TOTAL	6	8	14

Gráfico N° 3



FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería

ELABORADO POR: Las Autoras

Análisis: según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestra que, de las 14 personas encuestadas, 7 de ellas que representan el 50% de la población de las cuales 5 son enfermeras y 6 son auxiliares de enfermería de la sala de maternidad del

Hospital León Becerra Camacho indican que realizan la revisión de loquios y toma de constantes vitales cada 15 minutos después del parto por las primeras 2 horas, así mismo 7 de ellas que representan el 50% restante de la población indican que lo realizan cada 30 minutos, según la bibliografía de (Johnson, 2011) debe realizarse cada 15 min durante las 2 primeras horas después del parto.

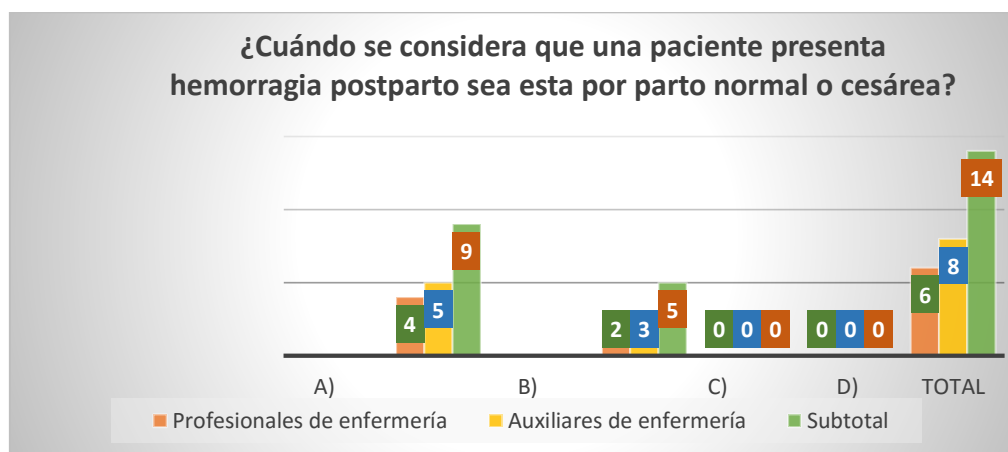
Interpretación: Estos resultados reflejan que la mitad de la población encuestada conocen cual es el tiempo correcto con el que se realiza la revisión de loquios y la toma de constates vitales.

Tabla N° 4

TITULO: Cuándo se considera que una paciente presenta hemorragia postparto sea esta por parto normal o cesárea

Opciones de respuesta	Profesionales de enfermería	Auxiliares de enfermería	Subtotal
a) Cuando hay una pérdida hemática menor a 500ml por parto vaginal y mayor a 1000ml por cesárea	4	5	9
b) Cuando hay una pérdida hemática igual o mayor a 500ml por parto vaginal y 1000ml por cesárea	2	3	5
c) Ninguna de las Anteriores	0	0	0
d) Todas las anteriores	0	0	0
TOTAL	6	8	14

Gráfico N° 4



FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería

ELABORADO POR: Las Autoras

Análisis: según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestra que, de las 14 personas encuestadas, 9 de ellas que representan el 64% de la población de las cuales 4 son enfermeras y 5 son auxiliares de enfermería de la sala de maternidad del Hospital León Becerra Camacho indican que una paciente presenta hemorragia postparto cuando hay una pérdida hemática menor a 500ml por parto vaginal y mayor a 1000ml por cesárea, según (OMS, 2014) la respuesta correcta es cuando hay una pérdida hemática igual o mayor a 500ml por parto vaginal y 1000ml por cesárea .

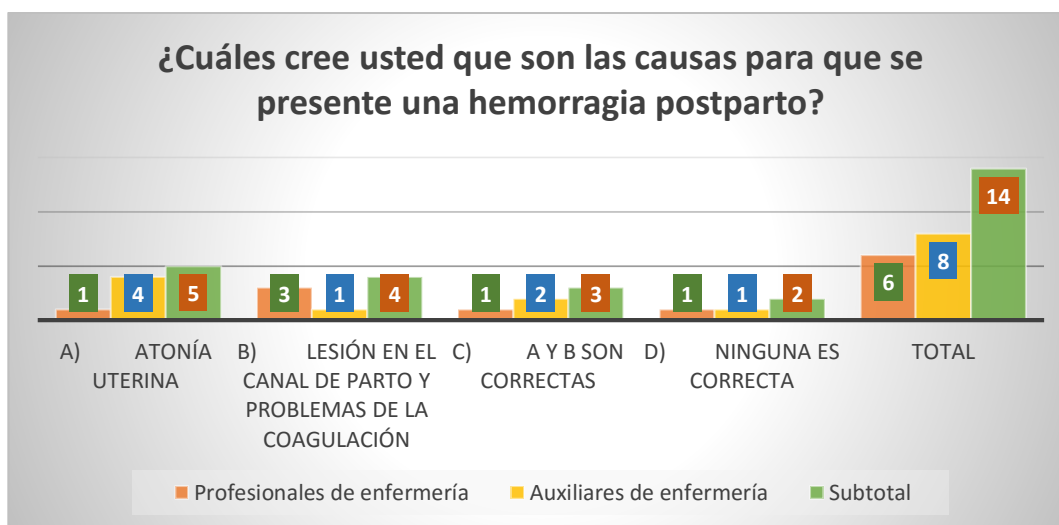
Interpretación: Estos resultados reflejan que la mayoría del personal encuestado desconoce cuáles son los valores de pérdida hemática para considerar que una paciente presenta hemorragia postparto.

Tabla N° 5

TITULO: Causas para que se presente una hemorragia postparto.

Opciones de respuesta	Profesionales de enfermería	Auxiliares de enfermería	Subtotal
a) Atonía uterina y retención de tejidos.	1	4	5
b) Lesión en el canal de parto y problemas de la coagulación	3	1	4
c) A y b son correctas	1	2	3
d) Ninguna es correcta	1	1	2
TOTAL	6	8	14

Gráfico N° 5



FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería

ELABORADO POR: Las Autoras

Análisis: según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestra que, de las 14 personas encuestadas, 5 de ellas que representan el 36% de la población de las cuales 1 es enfermera y auxiliares de enfermería de la sala de maternidad del Hospital León

Becerra Camacho indican que las causas para que se presente hemorragia postparto son atonía uterina y retención de tejido, según la revisión bibliográfica en el artículo de (Karlsson, 2009), sobre hemorragias postparto, refiere que la opción correcta es la opción a y b.

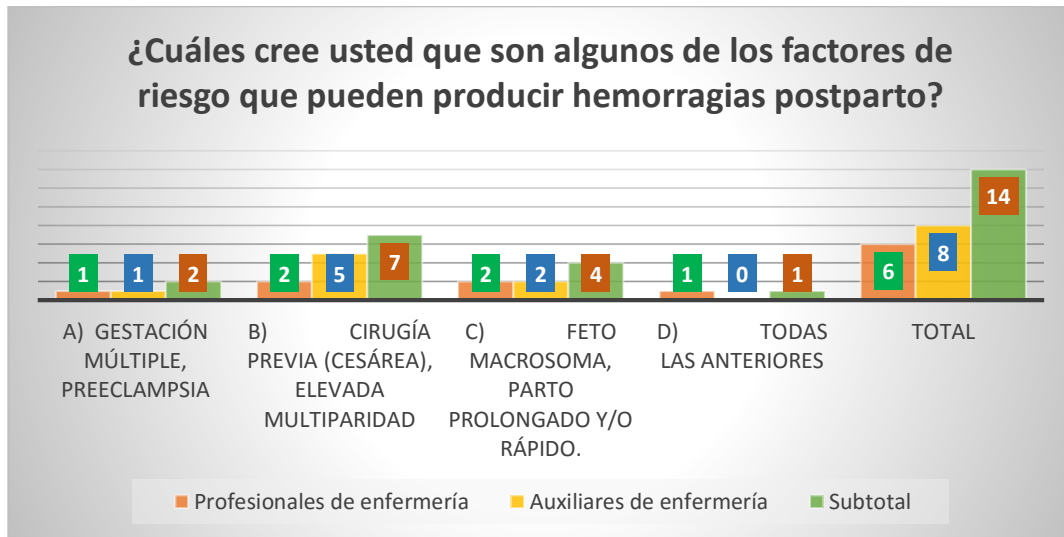
Interpretación: Estos resultados reflejan que la mayoría del personal encuestado desconoce cuáles son las causas para que se presente una hemorragia postparto.

Tabla N° 6

TITULO: Factores de riesgo que producen hemorragias postparto.

Opciones de respuesta	Profesionales de enfermería	Auxiliares de enfermería	Subtotal
a) Gestación múltiple, preeclampsia	1	1	2
b) Cirugía previa (cesárea), elevada multiparidad	2	5	7
c) Feto macrosoma, parto prolongado y/o rápido.	2	2	4
d) Todas las anteriores	1	0	1
TOTAL	6	8	14

Gráfico N° 6



FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería

ELABORADO POR: Las Autoras

Análisis: según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestra que, De las 14 personas encuestadas, 7 de ellas que representan el 50% de la población de las cuales 2 son enfermeras y 5 son auxiliares indican que los factores de riesgo que pueden producir hemorragias postparto son cirugía previa (cesárea) y elevada multiparidad, 4 de ellas que representan el 29% de la población indican que los factores de riesgo que pueden producir las hemorragias postparto son causadas por feto macrosoma o parto prolongado y/o rápido, así mismo 1 de ellas que representan el 7% de la población indican que todas las opciones anteriores son correctas, según el estudio de (Karlsson, 2009) sobre hemorragia postparto refiere que los factores de riesgo son todas las respuestas anteriores.

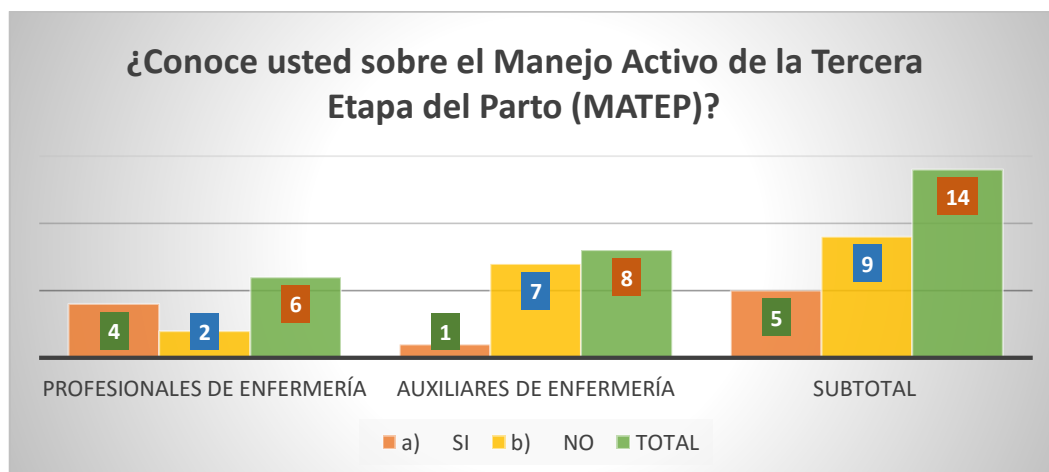
Interpretación: Estos resultados reflejan que la mayoría del personal encuestado desconoce cuáles son los factores de riesgo que pueden producir las hemorragias postparto.

Tabla N° 7

TITULO: Manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP)

Opciones de respuesta	Profesionales de enfermería	Auxiliares de enfermería	Subtotal
a) SI	4	1	5
b) NO	2	7	9
TOTAL	6	8	14

Gráfico N° 7



FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería

ELABORADO POR: Las Autoras

Análisis: según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestra que, de las 14 personas encuestadas, 5 de ellas que representan el 36% de la población de las cuales 4 son enfermeros y 1 es auxiliar de enfermería de la sala de maternidad del Hospital León Becerra Camacho conocen sobre el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP), mientras que 9 de las personas encuestadas que representan el 64% de la población encuestada de las cuales 2 son profesionales de enfermería y 7 son auxiliares, no conocen sobre el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP).

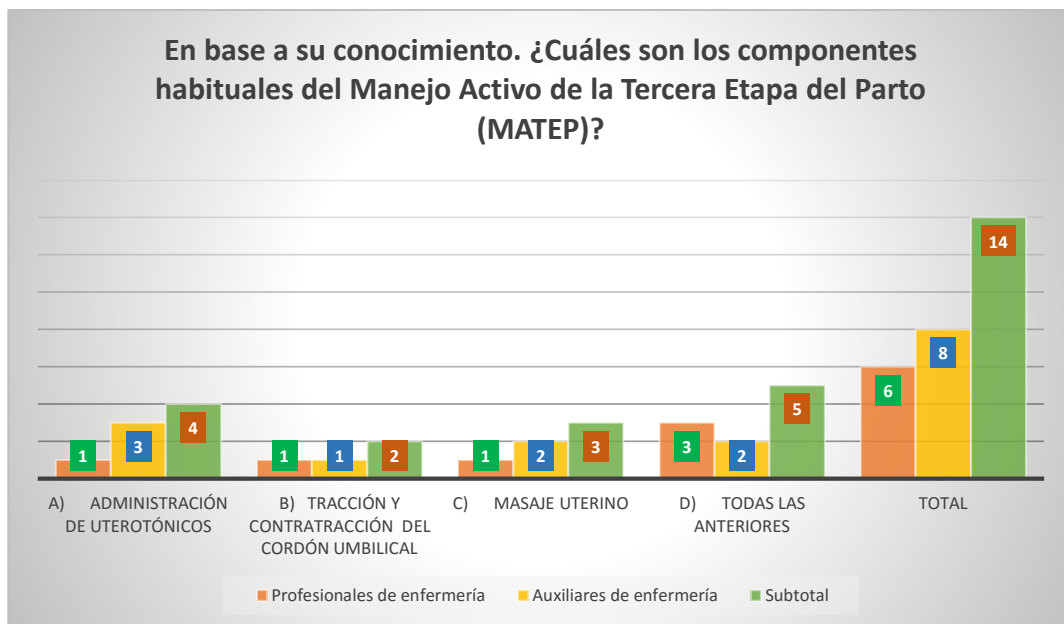
Interpretación: Estos resultados reflejan que la mayoría de personas encuestadas no conocen sobre el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP).

Tabla N° 8

TITULO: Componentes habituales del MATEP

Opciones de respuesta	Profesionales de enfermería	Auxiliares de enfermería	Subtotal
a) Administración de uterotónicos	1	3	4
b) Tracción y contratracción del cordón umbilical	1	1	2
c) Masaje uterino	1	2	3
d) Todas las anteriores	3	2	5
TOTAL	6	8	14

Gráfico N° 8



FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería

ELABORADO POR: Las Autoras

Análisis: De las 14 personas encuestadas, 4 de ellas que representan el 29% de la población de las cuales 1 es enfermera y 3 son auxiliares de enfermería de la sala de maternidad del Hospital León Becerra Camacho indican que los componentes habituales del MATEP es la administración de uterotónicos, 2 de ellos que representan el 14% de la población indican que los componentes habituales del MATEP son la tracción y la contratracción del cordón umbilical, 3 de ellos que representan el 21% de la población indican que los componentes habituales del MATEP son los masajes uterinos, así mismo 5 de las personas encuestadas que representan el 36% de la población encuestada indican que todas las opciones anteriores corresponden a los componentes habituales del MATEP, según el protocolo del (MSP, 2013) sobre los componentes del MATEP, la respuesta correcta es d, todas las anteriores.

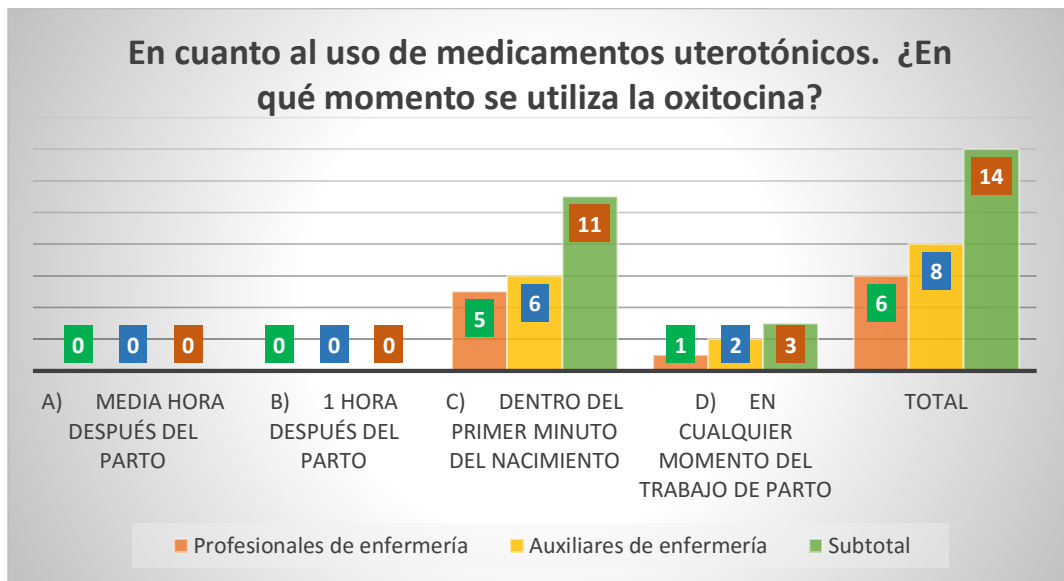
Interpretación: Estos resultados reflejan que la mayoría de las personas encuestadas no conocen cuales son los componentes habituales del MATEP.

Tabla N° 9

TITULO: Momento en el que se utiliza la oxitocina en el parto.

Opciones de respuesta	Profesionales de enfermería	Auxiliares de enfermería	Subtotal
a) Media hora después del parto	0	0	0
b) 1 hora después del parto	0	0	0
c) Dentro del primer minuto del nacimiento	5	6	11
d) En cualquier momento del trabajo de parto	1	2	3
TOTAL	6	8	14

Gráfico N° 9



FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería

ELABORADO POR: Las Autoras

Análisis: según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestra que, de las 14 personas encuestadas, 11 de ellas que representan el 79% de la población de las cuales 5 son enfermeras y 6 son auxiliares de enfermería de la sala de maternidad del Hospital León Becerra Camacho indican que el momento en el que se debe utilizar la oxitocina es dentro del primer minuto del nacimiento, 3 de ellos que representan el 21% de la población encuestada indican que en cualquier momento del trabajo de parto se puede utilizar la oxitocina, mientras que un 0% de la población encuestada indican que la oxitocina se puede usar media hora después del parto o 1 hora después del parto, según el protocolo del (MSP, 2013) la respuesta correcta es la opción c, dentro del primer minuto del nacimiento .

Interpretación: Estos resultados reflejan que la mayoría de las personas encuestadas si conocen en qué momento se debe utilizar la oxitocina en el parto.

Tabla N° 10

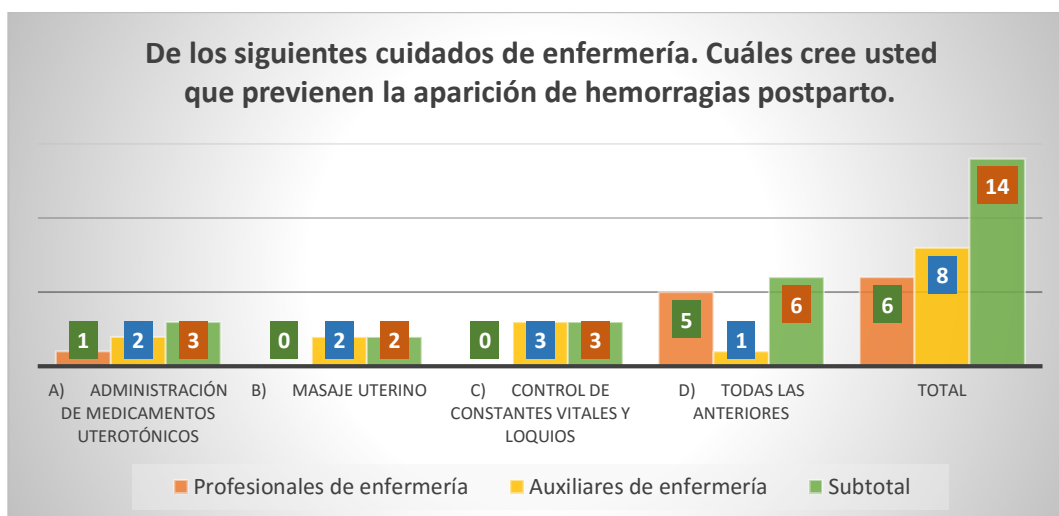
TITULO: Cuidados de enfermería que previenen hemorragias postparto.

Opciones de respuesta	Profesionales de enfermería	Auxiliares de enfermería	Subtotal
a) Administración de medicamentos uterotónicos	1	2	3
b) Masaje uterino	0	2	2
c) Control de constantes vitales y loquios	0	3	3
d) Todas las anteriores	5	1	6
TOTAL	6	8	14

FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería

ELABORADO POR: Las Autoras

Gráfico N° 10



FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería

ELABORADO POR: Las Autoras

Análisis: según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestra que, Del 100% de encuestadas, 3 de ellas que representan el 22% de la población de las cuales 1 es enfermera y 2 son auxiliares de enfermería e indican que los cuidados de enfermería que previenen las hemorragias postparto es la administración de medicamentos uterotónicos, 2 de ellas que representan el 14% indican que los cuidados de enfermería que previenen las hemorragias postparto son los masajes uterinos, 3 de ellas que representan el 21% de la población señalan que los cuidados de enfermería que previenen las hemorragias postparto son el control de signos vitales y loquios, mientras que 6 de las personas encuestadas que representan el 43% de la población señalan que los cuidados de enfermería que previenen las hemorragias postparto son todas las opciones anteriores, según el protocolo de (MSP, 2013) la respuesta correcta es la opción d, todas las anteriores.

Interpretación: Estos resultados reflejan que la mayoría de personas encuestadas si conocen cuales son los cuidados de enfermería que se deben realizar para prevenir las hemorragias postparto.

CAPITULO 4: RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS

a. Resultados según Objetivo 1

OBJETIVO	RESULTADO
<p>➤ Describir las causas que desencadenan hemorragias post parto en pacientes ginecológicas y los cuidados de enfermería para su manejo en la sala de maternidad.</p>	<p>Los resultados obtenidos mediante la revisión bibliográfica establecen que las causas que desencadenan HPP en pacientes ginecológicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atonía uterina (Tono) ➤ Retención de tejidos (Tejido) ➤ Lesión del canal de parto (Trauma) ➤ Alteraciones de la coagulación (Trombina) <p>y los cuidados de enfermería, para su manejo son:</p> <p>CUIDADOS GENERALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de enfermería adecuada en pacientes que presentan factores de riesgo. • Valoración inicial (Toma de signos vitales: presión arterial, temperatura, FC, FR) • Valoración de loquios (cantidad, características) <p>CUIDADOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de Uterotónicos • Masaje uterino postparto • Valorar la altura del fondo uterino respecto al ombligo. • Controlar vaciamiento vesical

b. Resultados según Objetivo 2

OBJETIVO	RESULTADO
<p>➤ Evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería del área de maternidad sobre los cuidados para la prevención de las hemorragias post parto.</p>	<p>Los resultados que obtuvimos mediante la aplicación de encuestas y la tabulación de resultados nos ha permitido conocer lo siguiente:</p> <p>El personal de enfermería tiene un nivel de conocimiento medio con un porcentaje entre el 40% al 60% ya que no todas las 6 enfermeras tienen el conocimiento adecuado de los cuidados que se debería dar para la prevención de hemorragias post parto.</p> <p>En cuanto a los auxiliares de enfermería que también brindan cuidado directo en esta área debido a la falta de personal tienen un nivel de conocimiento bajo de entre 0% al 30%. Debido a su nivel de formación no tienen el conocimiento adecuado de los cuidados se deberían dar, por lo tanto se demuestra que la atención brindada a las pacientes no es el adecuado.</p>

c. Resultados según Objetivo 3

OBJETIVO	RESULTADO
<p>➤ Educar a las pacientes sobre los factores de riesgo que producen hemorragias post parto, mediante la elaboración de un Programa Educativo.</p>	<p>Antes de socializar nuestro programa educativo se elaboró y se aplicó una encuesta con el fin de medir el conocimiento de los 14 profesionales de salud que se tomaron como muestra en nuestro estudio, al obtener los resultados y conocer que existe un déficit de conocimiento se educó al personal satisfactoriamente y en su totalidad. Y de esa manera se contribuye a mejorar la calidad de atención brindada a las usuarias del hospital.</p>

CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Una vez finalizado nuestro proyecto de investigación y al obtener los resultados se concluyó lo siguiente:

- 8 de las 14 personas que formaron parte de nuestra muestra para el estudio son auxiliares de enfermería las cuales ejercen las mismas funciones que las enfermeras y a pesar de no tener la misma formación académica brindan cuidado directo sin fundamento científico, lo que podría ser un factor de riesgo para que se produzcan hemorragias postparto ya que no se brindan los cuidados de enfermería adecuados para prevenir a las pacientes ginecológicas.
- Existe un déficit de conocimiento en el personal de enfermería sobre los cuidados que se deberían dar a las pacientes ginecológicas para la prevención de hemorragias post parto, teniendo como resultado que las enfermeras tienen un conocimiento medio y los auxiliares de enfermería tienen un conocimiento bajo debido a su nivel de formación.
- El personal de enfermería del hospital León Becerra de Milagro no utiliza las normativas implementadas por el Ministerio de Salud Pública y desconoce sobre los protocolos para el manejo y tratamiento de hemorragias postparto, además no cumplen los estándares de calidad del MSP.
- Mediante la elaboración y aplicación del programa educativo se logró instruir al personal de enfermería del área de ginecología sobre los factores de riesgo que producen hemorragia postparto y así fomentar la prevención dicha complicación obstétrica y mejorar la calidad de atención a las usuarias del hospital.

5.2. Recomendaciones

Una vez concluido nuestro proyecto de investigación y al obtener los resultados de nuestra investigación se recomienda lo siguiente:

- Se debe promover la utilización de las normas implementadas por el Ministerio de Salud Pública, en especial de la guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de hemorragia postparto al personal de enfermería que labora en el área de ginecología.
- Se recomienda educar y evaluar al personal de enfermería, mediante un proceso de capacitación continua, especialmente a los auxiliares de enfermería ya que brindan cuidado directo teniendo escaso conocimiento sobre hemorragias postparto, cuidados de enfermería y manejo activo de la tercera etapa de parto (MATEP), debido a que no tienen la misma formación académica que los profesionales de enfermería.
- Hacer seguimiento a través del Ministerio de Salud Pública, para evaluar la situación actual del hospital León Becerra de Milagro debido a la falta de personal profesional de enfermería en los servicios, ya que no se brinda la atención adecuada; siendo un factor de riesgo para produzcan muertes maternas y neonatales.

BIBLIOGRAFÍA

Didona, N. (2016). *Enfermería Maternal*. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A de C.V.

Roura, L. C. (2017). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. España: Editorial Médica Panamericana S.A.

Toriya, L. (2009). "*Parto mecanismo clínica y atención*". El Manual Moderno.

Johnson, J. (2011). *Enfermería materno-neonatal*. México: El Manual Moderno, S.A de C.V.

Álvarez, C. (05 de Marzo de 2013). Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 17-26. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n1/v13n1a03.pdf>

Basurto, H. (Enero de 2015). hemorragia Postparto. *Hospital de basurto*. Obtenido de <http://svgo.es/sites/default/files/Hemorragia%20postparto%20precoz%20MANEJO%20OBST%C3%89TRICO.pdf>

Bembibre, C. (25 de 06 de 2013). *Enfermería Materno Infantil* . Obtenido de <https://www.definicionabc.com/salud/enfermeria-materna-infantil.php>

Benrubi, G. (2015). *Urgencias obstetricas y ginecologicas*. España: marban libros.

Cárdenas, O. J. (27 de Julio de 2012). Estudio comparativo entre la atención del alumbramiento activo y modificado y el alumbramiento activo. *Revista semestral de DIUC*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5388/1/MASKANA%20si6396%20%283%29.pdf>

Coral, R. (2008). Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Universidad de ciencias aplicadas y ambientales*, 47-56.

Ehresman, E. (Abril de 2016). Cuidados de enfermería a la madre y al niño. *boletín de la oficina sanitaria panamericana* . Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/12746/v64n4p322.pdf?sequence=1>

Enfermería Maternal. (2015). Etapas del parto. *Apuntes y notas de enfermería materno infantil*. Obtenido de <http://www4.ujaen.es/~mlinares/APUNTES.pdf>

INIDE. (Junio de 2013). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y salud 2011/12*. Recuperado el 14 de Agosto de 2018, de http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa11_12/HTML/endesa11/assets/common/downloads/Informepreliminar.pdf

Karlsson, H. (2009). Hemorragia postparto. *Mi SciELO*, 159-167. Recuperado el Agosto de 16 de 2018, de <https://recyt.fecyt.es//index.php/ASSN/article/view/6262/5049>

Mariño, C, Rodríguez, J. L., & Barreiro, C. (06 de Noviembre de 2013). Percepción que tienen las pacientes obstétricas de alto riesgo en relación con la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería en una institución de cuarto nivel. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13806/BarreiroCarrilloCaterin2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MSP. (2013). *Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Postparto*. Recuperado el 16 de Agosto de 2018, de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>

MSP. (2015). *Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato*. Obtenido de Guía de Práctica Clínica : https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf

MSP. (17 de Diciembre de 2014). *Informe Mortalidad en la Maternidad*. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1121/MARCO%20TEORICO%20MODELO%20MORTALIDAD%20MATERNAL.pdf

OMS. (2005). *Mortalidad materna* . Recuperado el 14 de 08 de 2018, de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/

OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*. Recuperado el 14 de Agosto de 2018, de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/es/

OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*. Recuperado el 14 de Agosto de 2018, de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/es/

OMS. (18 de Marzo de 2015). *Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas*. Recuperado el 13 de agosto

de 2018, de
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es

OPS. (18 de Marzo de 2015). *Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas*. Recuperado el 14 de 08 de 2018, de
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es

Pacheco, María. (2015). *Tercera fase del parto; tipos de alumbramiento y sus repercusiones*. Recuperado el 2018, de
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/i_jornada_partos/3_tercera_fase_del_parto.pdf

Padrón, M; Silva, D.; Setián, S. Á., & González, A. P. (julio - septiembre de 2010). Impacto materno del manejo activo del alumbramiento. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de Impacto materno del manejo activo del alumbramiento

SAPI. (Septiembre de 2015). *Mortalidad materna en México Marco Conceptual, Derecho Comparado, Políticas Públicas, Tratados Internacionales, Estadísticas y Opiniones Especializadas*. Obtenido de
<http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf>

Sistema de información sobre la primera infancia en América Latina. (15 de 06 de 2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2 – Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido*. Obtenido de
http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/mexico_norma_oficial_mexicana_nom-007-ssa2_1993.pdf

Universidad Nacional Autónoma de México. (2011). Enfermería Perinatal. *Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia*. Obtenido de <http://www.eneo.unam.mx/>

ANEXOS

Cronograma

Actividades		Año 2018					Año 2019				
		Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Actividades previas	Aprobación del tema	X									
	Asignación del tutor	X									
	Revisión del tema establecido con el Tutor	X									
	Entrega del oficio al hospital en que se realizó la investigación.		X								
	Aprobación de la solicitud			X	X						

Capítulo I: El problema	Planteamiento del problema					X					
	Formulación del problema					X					
	Formulación de objetivos					X					
	Redacción de la justificación					X					
Capitulo II: Marco teórico	Antecedentes de la investigación						X				
	Bases teóricas						X				
	Elaboración de la operacionalización de variables						X				

Capitulo III: Metodología	Redacción del nivel, diseño de la investigación.							X			
	Redacción de la población y muestra							X			
	Elaboración de las técnicas e instrumentos de recolección de datos							X			
	Redacción de técnicas y procesamiento de datos							X			
	Validación de instrumentos							X			

Capítulo IV: Resultados según los objetivos planteados	Redacción de los resultados de los objetivos.									X		
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones	Elaboración de conclusiones y recomendaciones.										X	
	Inclusión de anexos										X	
Revisión	Presentación del primer borrador											X
	Correcciones											X

Elaborado por: Jazmín Elizabeth Lumbi Soria – Karina Yazmín Toapanta Analuisa



MODELO DE LA ENCUESTA
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Grado académico en el que se encuentra actualmente	Licenciada/o de enfermería <input type="checkbox"/>
	Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/>
Tiempo de servicio en el área de maternidad	
Cargo que ocupa actualmente	

Cuestionario aplicado al personal de enfermería de las áreas de maternidad y parto del Hospital León Becerra Camacho – Milagro.

OBJETIVO: Evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería del área de maternidad sobre los cuidados para la prevención de las hemorragias postparto.

INDICACIONES:

- Subraye el ítem con la opción que usted cree correcta de acuerdo a su conocimiento y experiencia.
- Cada pregunta tiene una sola respuesta.

1. ¿A qué nivel se localiza el fondo uterino después del parto?

- a) Por encima del ombligo
- b) A nivel del ombligo
- c) Por debajo del ombligo
- d) Ninguna de las anteriores

2. ¿Cada que tiempo realiza la revisión de loquios y toma de constantes vitales después del parto por las primeras 2 horas?

- a) Cada 15 min
- b) Cada 30 min
- c) Cada 45 min
- d) Cada hora

3. ¿Conoce usted sobre el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP)?

- a) SI
- b) NO

4. En base a su conocimiento. ¿Cuáles son los componentes habituales del Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP)?

- a) Administración de uterotónicos.
- b) Tracción y contratación del cordón umbilical.
- c) Masaje uterino
- d) Todas las Anteriores

5. Estudios afirman que el masaje uterino ayuda a que el útero se contraiga adecuadamente, disminuyendo así el sangrado. ¿Con qué frecuencia de tiempo realiza usted el masaje uterino durante las 2 primeras horas después del parto?

- a) Cada 15 min
- b) Cada 30 min
- c) Cada 45 min
- d) Cada hora

6. En cuanto al uso de medicamentos uterotónicos. ¿En qué momento se utiliza la oxitocina?

- a) Media hora después del parto
- b) 1 hora después del parto

- c) Dentro del primer minuto del nacimiento
- d) En cualquier momento del trabajo de parto.

7. ¿Cuándo se considera que una paciente presenta hemorragia postparto sea esta por parto normal o cesárea?

- a) Cuando hay una pérdida hemática menor a 500 ml por parto vaginal y mayor a 1000 ml por cesárea
- b) Cuando hay una pérdida hemática igual o mayor a 500ml por parto vaginal y 1000 ml por cesárea
- c) Ninguna de las Anteriores
- d) Todas las anteriores

8. ¿Cuáles cree usted que son las causas para que se presente una hemorragia postparto?

- a) Atonía uterina y retención de tejidos.
- b) Lesión en el canal de parto y problemas de coagulación
- c) A y b con correctas
- d) Ninguna es correcta

9. ¿Cuáles cree usted que son algunos de los factores de riesgo que pueden producir hemorragias postparto?

- a) Gestación múltiple, Preeclampsia.
- b) Cirugía uterina previa (cesárea), elevada multiparidad.
- c) Feto macrosoma, parto prolongado y/o rápido.
- d) Todas las anteriores.

10. De los siguientes cuidados de enfermería. Cuáles cree usted que previenen la aparición de hemorragias postparto.

- a) Administración de medicamentos uterotónicos.
- b) Masaje uterino
- c) Control de constantes vitales y loquios
- d) Todas las anteriores.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO

PERSONAL DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA



REGISTRO DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

TEMA: Factores de riesgo que producen hemorragias postparto y los cuidados de enfermería

HOJA DE ASISTENCIA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

N°	NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CEDULA	FIRMA
1	Carthia Uyle Arca	0924197636	
2	Valeria Cañarte Jopodo	0928893197	Valeria Cañarte J.
3	Kermis Comino Cudeno	0942128851	Kermis Comino Cudeno
4	Viscacha Serrano Cruz	0919617126	Viscacha Serrano C.
5	Alberto Esp. rozo Manzo	0927567078	
6	Nayely Cortez	0996783373	Nayely Cortez

AUTORAS:
JAZMIN LUMBI
TOAPANTA KARINA

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO

AUXILIARES DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA



REGISTRO DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

TEMA: Factores de riesgo que producen hemorragias postparto y los cuidados de enfermería

HOJA DE ASISTENCIA AUXILIARES DE ENFERMERÍA

N°	NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CEDULA	FIRMA
1	CARLOS URIBE ZAPATA LI	0909262284	
2	MAYRO ZAPATA ALBARRADO	0916307809	
3	Guiselle González	0923200208	
4	Fran Rodríguez Visquez	091847862-9	
5	Amabel Placencia	0928642878	
6	Suzette Basto Pacheco	0929132777	
7	Jully Jora Carpio	1714236922	
8	Julissa Vera Carpio	0953879871	

AUTORAS:
JAZMIN LUMBI
TOAPANTA KARINA



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CHARLA EDUCATIVA

ELABORADA POR:

JAZMIN LUMBI

KARINA TOAPANTA

El objetivo principal de esta investigación es evaluar un Programa de Educación sobre la Prevención de Hemorragias Postparto mediante los Cuidados de Enfermería. Por tanto, se sigue una metodología evaluativa, específicamente de evaluación de programas (Bisquerra, 2015). La evaluación integra los programas educativos y produce, si se realiza con adecuación a su exigencia, un mayor diálogo, una comprensión holística del proceso de implantación y, en último término, una mejora del mismo (Santos Guerra, 2016).

Existen numerosos diseños de evaluación de programas educativos (Alvira, 2015; Stufflebeam, 20015), entre ellos los modelos experimentales, los que se centran en la decisión, la mejora o el cambio (Stufflebeam, 2016), el enfoque respondiente (Stake, 2017), o modelos comprensivos (Pérez Juste, 2014, 2016). En nuestro estudio optamos por el diseño propuesto por Pérez Juste (2016) porque integra diversos elementos de otros enfoques (Pérez-González, 2008), como por ejemplo del modelo cipp de Stufflebeam (2000, 2003), pero ofrece una orientación más concreta, operativa y sistematizada para evaluar programas. Siguiendo el modelo de Pérez Juste (2016), la investigación sigue las siguientes fases en la evaluación del Programa de Educación para la Prevención de Hemorragias Postparto mediante los Cuidados de Enfermería:

• **Primera fase. Evaluación inicial.**

— Finalidad: establecer la calidad técnica del programa, su viabilidad práctica y su evaluabilidad.

— Función: formativa y sumativa, al someterse el programa a una revisión crítica para su mejora y evaluar su calidad inicial.

• **Segunda fase. Evaluación del proceso de implantación del programa.**

— Finalidad: facilitar la toma de decisiones a fin de mejorar el desarrollo del programa.

— Función: formativa.

• **Tercera fase. Evaluación de los resultados de la aplicación del programa.**

— Finalidad: comprender la eficacia del programa y sus implicaciones sociales para el futuro.

— Función: sumativa y formativa, con el objeto de mejorar el programa.

PARTICIPANTES

El Programa de Educación para la Prevención de Hemorragias Postparto mediante los Cuidados de Enfermería fue realizado por dos estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano como requisito para evidenciar los resultados de los objetivos propuestos en la tesis para la obtención del Título de Licenciadas en Enfermería y se aplicó a un grupo de 6 enfermeras y 8 auxiliares de enfermería en el Hospital General León Becerra Camacho de Milagro.

Las personas que participaron en nuestra investigación son profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería de la sala de maternidad que prestan sus servicios en dicha casa de salud a quienes por medio de charlas se les dio a conocer sobre los cuidados de enfermería que se deben dar para prevenir las hemorragias postparto y según las encuestas realizadas se pudieron obtener los resultados esperados para nuestra tesis de grado.

Primera fase. Evaluación inicial

En la fase de evaluación inicial del Programa Educativo para la Prevención de Hemorragias Postparto mediante los Cuidados de Enfermería se elaboró y validó un cuestionario de evaluación inicial del programa dirigido al personal de salud de la sala de maternidad del Hospital General León Becerra Camacho de Milagro.

Segunda fase. Evaluación del proceso de implantación del programa

Para la evaluación al proceso de implementación del programa se elaboraron dos instrumentos, también teniendo como referencia indicadores para la fase de la evaluación, que incluye las categorías: a) Ejecución o puesta en marcha del programa, y b) Marco de aplicación del programa.

El primer instrumento, es un registro de observación, que incluye cuestionarios con preguntas abiertas para reflejar incidentes u observaciones encontradas en cada sesión.

En cuanto al segundo instrumento, hace referencia a un guión para las entrevistas con los profesionales de salud de la sala de maternidad del Hospital General León Becerra de Milagro y las estudiantes que realizaron el programa educativo durante la implantación del programa, entrevistas que se realizaron al finalizar cada charla educativa. Este instrumento presenta cuestiones para orientar las entrevistas semiestructuradas.

Tercera fase. Evaluación de los resultados de la aplicación del programa

La tercera y última fase de la evaluación del programa educativo corresponde al análisis de los resultados que se han obtenido como consecuencia de su aplicación. En esta investigación se han valorado los resultados en el personal de enfermería y auxiliares de enfermería a las cuales se les dio la charla educativa sobre la Prevención de Hemorragias Postparto por medio de los Cuidados de Enfermería.

Para la realización de la evaluación de las concepciones acerca de los cuidados de enfermería que se deben realizar para la prevención de hemorragias post parto, se realizaron entrevistas semiestructuradas.

PROGRAMA EDUCATIVO CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS POST PARTO Y SUS FACTORES DE RIESGO

La Hemorragia Post Parto (HPP) es una complicación preocupante, pues es la primera causa Mortalidad Materna en el mundo con un porcentaje del 17 al 40%. 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 postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos.

Los cambios hemodinámicos y hematológicos que ocurren durante el embarazo, si bien proveen un efecto protector contra la pérdida sanguínea asociada durante el parto, pueden por otro lado alterar las manifestaciones clínicas usuales de choque hipovolémico.

HEMORRAGIAS POST PARTO PREVIO

Existe una ausencia de uniformidad de criterio a la hora de definir la hemorragia post-parto, aceptándose varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros se estimen. Una de las más universalmente aceptadas es aquella que define la hemorragia postparto como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras. Es por ello que se hace necesario y recomendable añadir que la hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia.

Otros parámetros han ido cayendo en desuso, como es el caso de la cuantía de hemoglobina y/o hematocrito, los cuales tienen la limitación de depender del momento preciso de su determinación y de los volúmenes previos al parto.

A su vez, es necesario distinguir entre hemorragia postparto precoz y tardía. La hemorragia postparto precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo. Esta revisión se centrará principalmente en las causas y tratamientos de la hemorragia postparto primario (HPP), por ser generalmente más grave.

Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. Una buena regla nemotécnica para recordarlas son las 4 «T»: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación).

- Tono (70 %): incluye la atonía o inercia uterina.
- Trauma (19 %): incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina) y laceraciones del cuello y la vagina.
- Tejidos (10 %): incluye retención de restos placentarios y coágulos y placentación anormal.
- Trombina (1 %): incluye coagulopatías congénitas o adquiridas.

UTERO SOBREDISTENDIDO

EMBARAZO MULTI-FETAL

Un embarazo multifetal (múltiple) ocurre en 1 de 70 a 80 partos. Factores de riesgo son

- Estimulación ovárica (en general, con clomífero o gonadotropinas)
- Reproducción asistida (p. ej., fertilización in vitro)
- Embarazo multifetal previo
- Edad materna avanzada

El útero sobredistendido tiende a estimular el trabajo de parto temprano y provoca un parto pre término (el promedio de las gestaciones es de 35 a 36 semanas con gemelos, 32 semanas trillizos y 30 semanas con cuatrillizos). La presentación fetal puede ser anormal. El útero puede contraerse después del parto del primer bebé, desprendiendo la placenta y aumentando el riesgo para los fetos remanentes. A veces, la distensión uterina empeora la contracción uterina posparto y produce atonía y hemorragia materna. El embarazo multifetal aumenta el riesgo de preeclampsia, diabetes gestacional, hemorragia posparto, cesárea, parto pre término y restricción del crecimiento. Algunas complicaciones se desarrollan solo en embarazos multifetales; un ejemplo es el síndrome de transfusión gemelagemelar (cuando los gemelos comparten la misma placenta y uno de los gemelos recibe más sangre que el otro).

El embarazo multifetal se sospecha si el útero es más grande que lo correspondiente para la edad gestacional; es evidente en la ecografía prenatal. La cesárea se realiza cuando está indicada. La cesárea se recomienda para gemelos a menos que el gemelo de presentación esté de vértice. En general, los embarazos con muchos fetos se terminan con cesárea sin importar el tipo de presentación.

FETO-MACROSOMA

El término es usado para describir el desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo, como en el caso de un recién nacido con un peso por arriba del promedio.

La fisiopatología de la macrosomía está relacionada a la condición materna o a la condición del desarrollo fetal. Esta condición está fuertemente relacionada con la diabetes gestacional, en general cuando está mal controlada, así como en casos de obesidad en la madre y/o un aumento excesivo de peso en la madre.

Estos factores tienen en común periodos intermitentes de hiperglucemia. La hiperglucemia en el feto provoca una estimulación de la insulina, estimulando muchos factores que terminan con acumulación de grasa y glicógeno, y el resultado es un bebé con un peso mayor al normal. (De 4.000 g hacia arriba).

El riesgo de este tipo de bebés de nacer por cesárea es alto.

Otra posible causa de esta condición es un embarazo prolongado, más allá de la fecha esperada del parto.

RETENCION PLACENTARIA

La placenta es el órgano que comunica estrechamente a la madre y al feto durante la gestación. Pero es un órgano efímero, esto es, temporal. En cuanto nace el bebé, la placenta debería ser expulsada por el organismo, ya que su razón de ser era servir al bebé para nutrirlo, oxigenarlo, protegerlo... y ahora ya no tiene ninguna función. Pero, en ocasiones, **se produce un fenómeno poco frecuente pero peligroso: la retención de la placenta.**

Por ello, los profesionales que atienden el parto comprueban que, una vez expulsada, la placenta está entera, que no le falta ningún fragmento, y el parto no se da por finalizado hasta que se lleva a cabo esta "segunda expulsión": es la última fase del parto, el alumbramiento.

Lo habitual es que la fase de alumbramiento o expulsión de la placenta dure entre cinco y treinta minutos. Después de las fuertes contracciones del parto, con el cansancio por el esfuerzo y con la emoción de la llegada del bebé, estas contracciones más leves pueden pasar casi desapercibidas para la madre. El profesional médico ayuda a la madre a percibir las y vigila la expulsión de la placenta.

La retención de la placenta es una de las complicaciones de la placenta que no ocurren durante el embarazo, sino que se dan después del parto ya que este órgano no ha sido expulsado junto al bebé. Veamos los tipos de retención placentaria, las distintas causas y los riesgos que supone este fenómeno.

La retención se puede producir porque no hay contracciones (atonía uterina, como vemos en el punto siguiente) o en ocasiones por alteraciones uterinas o placentarias (miomas, malformaciones). La retención de la placenta es más frecuente en partos prematuros y también si esta se halla insertada en un lugar poco habitual, el cuello uterino (placenta previa).

Incluso aunque se produzca la expulsión de la placenta en el alumbramiento, es muy importante la revisión minuciosa de ésta, ya que puede faltar algún segmento (cotiledón) que haya quedado en el interior del útero o la existencia de placenta accesoria ("succenturiata", un cotiledón fuera de la placenta). Si quedan olvidados en el interior del útero uno o varios cotiledones, estos pueden sangrar e infectarse.

Riesgos

- Atonía o inactividad uterina, es decir, que no se produce el proceso natural por el cual, cuando la mujer da a luz, el útero pasa poco a poco a recuperar su tamaño anterior. Si no se produce este proceso de involución uterina gracias a los entuertos o contracciones del postparto y en virtud a una serie de cambios hormonales, se incrementa el riesgo de sufrir una hemorragia postparto. Lo natural es que la matriz se contraiga, apretándose y encogiéndose, para detener el sangrado del lugar donde la placenta estaba prendida, pero si el organismo detecta que parte de ella sigue en su sitio, se detiene el proceso, aunque el sangrado sí se produzca.
- Riesgo de hemorragia en el postparto, de hecho, la retención de placenta se señala como una de las causas más frecuentes de hemorragia después de dar a luz (junto a otros como desgarro uterino, fallos de coagulación, inversión del útero). Si una parte de la placenta o la placenta entera ya se ha desprendido, pero aún está en la matriz, puede mantenerla abierta, con los vasos sanguíneos abiertos tras la separación placenta-útero.
- **Riesgo de inhibición de la producción de leche** (debido a los estrógenos y los gestágenos que produce la placenta). Además, una hemorragia grave durante el parto o después de este puede dañar la hipófisis (síndrome de Sheehan) y también sería una causa de hipogalactia.

Hay determinados **signos que indican que la placenta ya se ha desprendido**, como un pequeño chorro de sangre que sale de la vagina de repente (y no es continuo), el cordón umbilical se ve más largo y se detecta que la parte más alta del huerto sube, se eleva a nivel del ombligo o sobre él.

Si pasan 30 minutos después de que nazca el bebé y aún no hay signos de que la placenta se haya desprendido, recomiendan que el bebé ya haya sido puesto a mamar, ya que cuando la madre da el pecho al bebé, el útero se contrae y eso ayuda a expulsar la placenta. También se recomienda a la madre orinar, ya que si la vejiga está llena podría retrasar la salida de la placenta.

Si después de una hora la placenta aún no ha nacido por sí misma o si la madre está sangrando mucho, los profesionales sanitarios cualificados seguirán distintos pasos para que no aumente el riesgo y extraer o que salga la placenta.

Existe cierta controversia sobre si los sanitarios han de ayudar a que salga la placenta o dejar que salga sola y parece que las últimas revisiones recomiendan finalmente el manejo activo del alumbramiento de la placenta como método inicial, habiendo informado a las mujeres. El manejo expectante de la placenta sería una opción válida si una mujer solicita que se le atienda de ese modo.

En cualquier caso, recordemos que **la retención de la placenta** no es un fenómeno frecuente, se da en aproximadamente del 0'5% al 1% de los nacimientos y que incluso en estos casos con la atención médica adecuada no van a poner en riesgo la vida de la madre, con la hemorragia postparto como una de las causas más importantes de morbi-mortalidad materna en el mundo.

La retención se puede producir porque no hay contracciones (atonía uterina, como vemos en el punto siguiente) o en ocasiones por alteraciones uterinas o placentarias (miomas, malformaciones...). La retención de la placenta es más frecuente en partos prematuros y también si esta se halla insertada en un lugar poco habitual, el cuello uterino (placenta previa).

Incluso aunque se produzca la expulsión de la placenta en el alumbramiento, es muy importante la revisión minuciosa de ésta, ya que puede faltar algún segmento (cotiledón) que haya quedado en el interior del útero o la existencia de placenta accesoria ("succenturiata", un cotiledón fuera de la placenta). Si quedan olvidados en el interior del útero uno o varios cotiledones, estos pueden sangrar e infectarse.

EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA

PARTO PRECIPITADO

Con cada embarazo, el parto y el nacimiento pueden ser bastante diferentes. Algunas mujeres siguen el curso típico de la mano de obra, mientras que otros pueden experimentar retrasos en el parto o encuentran necesario inducir. Sin embargo, otras experimentan **parto precipitado**. Mientras algunas mujeres consideran el parto precipitado como un gran beneficio, existen algunos inconvenientes para dar parto a su bebé rápidamente.

Independientemente de la clase de parto que experimenta, puede esperarse a tener un parto saludable.

Parto y el nacimiento de su bebé consta de tres etapas:

- Parto Activo
- Nacimiento del bebe
- Entrega de la placenta

Normalmente, estas etapas duran entre **6-18 horas**. Parto precipitado, también llamado parto rápido, se caracteriza por el proceso que puede durar de **3 horas y es por lo general, menos de 5 horas**.

Hay varios factores que pueden afectar su potencial para un parto rápido incluyendo:

- Un particularmente útero eficaz que se contrae con gran fuerza
- Un parto muy obediente
- Una historia del anterior parto rápido
- Nacimiento de un menor que promedio bebé

Signos y síntomas

- Un inicio repentino de intensos, estrechamente el tiempo de contracciones con poca oportunidad para la recuperación entre contracciones.

- Un intenso dolor que se siente como una contracción que continua sin tiempo para la recuperación.
- La sensación de presión incluyendo un impulso para empujar que se enciende rápidamente y sin advertencia. Esto también puede ser descrito como teniendo y sensación similar a un movimiento de intestino. A menudo a veces este síntoma no es acompañado por contracciones como el cuello uterino que se dilata muy rápido.

Dificultades

La dificultad más evidente con el parto rápido es agitación emocional. El parto precipitado puede hacerlo extremadamente difícil para encontrar estrategias de afrontamiento y puede dejar a la mujer embarazada sintiendo fuera de control. Muchas mujeres sienten decepción ya que esperamos el proceso de parto y son sorprendidos por un parto rápido.

Una preocupación muy práctica del parto precipitado es también el lugar del nacimiento. A menudo, cuando la madre se da cuenta que ella de hecho está teniendo un parto rápido, hay una ventana de oportunidad chica para conducir al hospital. En este caso, métodos de medicación para el dolor aparece en el plan de parto pueden o pueden no estar disponibles.

Parto rápido puede tener un número de otras dificultades potenciales para la madre o del bebé incluyendo:

Para la madre:

- Mayor riesgo de desgarro y laceración del cuello uterino y vagina
- Hemorragia del útero o vagina
- El estado de choque después del nacimiento que aumenta el tiempo de recuperación.
- Entrega en un medio no esterilizado como el coche o el baño/li>

Para él bebe:

- Riesgo de infección de entrega no esterilizado

- Potencial aspiración de líquido amniótico

PARTO PROLONGADO

El trabajo de parto prolongado es una dilatación cervical o un descenso fetal anormalmente lentos durante el trabajo de parto. El diagnóstico es clínico. El tratamiento se realiza con oxitocina, parto vaginal operatorio o cesárea.

Una vez que el cuello se dilata ≥ 4 cm, en general se produce un trabajo de parto activo. Normalmente, la dilatación cervical y el descenso de la cabeza en la pelvis se producen a una velocidad de al menos 1 cm/h y con mayor rapidez en las mujeres multíparas.

Etiología

El trabajo de parto prolongado puede producirse por una desproporción fetopelviana (el feto no puede pasar por la pelvis materna), que puede producirse por una pelvis materna anormalmente pequeña o por un feto anormalmente grande o mal posicionado (distocia fetal).

Otra causa son las contracciones uterinas demasiado débiles o infrecuentes (disfunción uterina hipotónica) o, a veces, demasiado potentes o demasiado frecuentes (disfunción uterina hipertónica).

Diagnóstico

- Evaluación de las dimensiones pelvianas, la posición y el tamaño del feto, y las contracciones uterinas
- Respuesta al tratamiento

El diagnóstico es clínico. La causa debe identificarse porque determina el tratamiento. La evaluación de las dimensiones fetales y pelvianas (ver Examen físico) a veces permite determinar si la causa es una desproporción fetopelviana. Por ejemplo, un peso fetal > 5.000 g (> 4.500 g en una mujer diabética) sugiere una desproporción fetopelviana. La disfunción uterina se diagnostica evaluando la fuerza y la frecuencia de las contracciones mediante la palpación del útero o con el uso de un catéter de presión intrauterina.

A menudo, el diagnóstico se basa en la respuesta al tratamiento.

Tratamiento

- Oxitocina
- Cesárea por desproporción fetopelviana o disfunción hipotónica intratable
- A veces, parto instrumentado durante la segunda etapa del trabajo de parto

Si la primera y segunda etapa del trabajo de parto procede lentamente y el peso fetal es < 5.000 g (< 4.500 g en mujeres diabéticas), el trabajo de parto puede potenciarse con oxitocina, que es el tratamiento de la disfunción hipotónica. Si se restablece el progreso, el trabajo de parto puede proceder. Si no, puede haber una desproporción fetopelviana o una disfunción hipotónica intratable, y puede requerirse una cesárea. En un trabajo de parto en la segunda etapa, maniobras con fórceps o un extractor por vacío pueden ser apropiadas después de valorar el tamaño fetal, la presentación y la estación (2 cm por debajo de las espinas isquiáticas maternas [+2] o más bajo) y también la pelvis materna. La disfunción uterina hipertónica es difícil de tratar, pero el reposicionamiento, los tocolíticos de acción corta (p. ej., terbutalina 0,25 mg IV 1 vez), interrumpir la oxitocina si está usándose y los analgésicos pueden ayudar.

2.2.1 Primera fase. Evaluación inicial

En la fase de evaluación inicial del Programa Educativo para la Prevención de Hemorragias Postparto mediante los Cuidados de Enfermería se elaboró y validó un cuestionario de evaluación inicial del programa dirigido a las pacientes de la sala de maternidad y parto del Hospital General León Becerra Camacho de Milagro. El cuestionario se elaboró teniendo en consideración los indicadores definidos para la evaluación inicial de programas educativos, incluyendo preguntas correspondientes a las siguientes categorías de análisis: a) Calidad intrínseca del programa; b) Adecuación al contexto. Pertinencia, y c) Adecuación a las circunstancias: viabilidad.

2.2.2 Segunda fase. Evaluación del proceso de implantación del programa

Para la evaluación al proceso de implementación del programa se elaboraron dos instrumentos, también teniendo como referencia indicadores para la fase de la evaluación, que incluye las categorías: a) Ejecución o puesta en marcha del programa, y b) Marco de aplicación del programa.

El primer instrumento, es un registro de observación, que incluye cuestionarios con preguntas abiertas para reflejar incidentes u observaciones encontradas en cada sesión.

En cuanto al segundo instrumento, hace referencia a un guion para las entrevistas entre las pacientes de la sala de maternidad y parto del Hospital General León Becerra de Milagro y las estudiantes que realizaron el programa educativo durante la implantación del programa, entrevistas que se realizaron al finalizar cada charla educativa. Este instrumento presenta cuestiones para orientar las entrevistas semiestructuradas.

2.2.3 Tercera fase. Evaluación de los resultados de la aplicación del programa

La tercera y última fase de la evaluación del programa educativo corresponde al análisis de los resultados que se han obtenido como consecuencia de su aplicación. En esta investigación se han valorado los resultados en las paciente a las cuales se les di la charla educativa sobre la Prevención de Hemorragias Postparto por medio de los Cuidados de Enfermería tanto sobre las hemorragias post parto como en la adquisición del concepto de cuidados de enfermería para la prevención de los mismos, entendiendo a las primeras como el conjunto de ideas, creencias y actitudes presentes en el discurso acerca de los cuidados de enfermería que se deben dar para la prevención de hemorragias post parto.

Para la realización de la evaluación de las concepciones acerca de los cuidados de enfermería que se deben realizar para la prevención de hemorragias post parto, se realizaron entrevistas semiestructuradas. La entrevista incluía la lectura de un relato breve, preguntas sobre el mismo y otras cuestiones generales.

GUIÓN DE LA ENTREVISTA SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS HEMORRAGIAS POST PARTO

CATEGORÍA DE ANÁLISIS	PREGUNTA
1.- Actitudes ante las hemorragias post parto	¿Conoce usted sobre las hemorragias post parto, sus complicaciones y sus cuidados?
	¿Cree que se debe hablar sobre las hemorragias post parto, sus complicaciones y sus cuidados?
2.- Ideas sobre la hemorragias post parto	¿Cuáles son las complicaciones que conoce de las hemorragias post parto?
	¿Cree usted que si se le da los cuidados de enfermería adecuados y oportunos se puede prevenir las hemorragias post parto y sus complicaciones?
3.- Conocimiento sobre los cuidados de enfermería en las hemorragias post parto	¿Ha recibido información sobre los riesgos de las hemorragias post parto en su área de salud?
	¿Puede identificar usted los síntomas de las hemorragias post parto?
	¿Usted ha recibido información adecuada sobre los cuidados de enfermería que se deben dar para la prevención de las hemorragias post parto?

En cuanto a la evaluación sobre los cuidados de enfermería para la prevención de hemorragias post parto, llevamos a cabo la elaboración de un cuestionario con

una corrección de tipo criterial fundamentada en las teorías sobre el concepto de las hemorragias post parto y los cuidados de enfermería que se deben realizar para su prevención.

El cuestionario tiene siete preguntas las cuales están relacionadas a los cuidados de enfermería, a las hemorragias post parto y sus complicaciones con las cuales constataremos el grado de conocimiento que tienen nuestros participantes sobre estos temas.

PROCEDIMIENTO

Una vez elaborado el programa, se comenzó la primera fase de la investigación, que fue la evaluación inicial de la calidad técnica del programa, su viabilidad práctica y evaluabilidad.

Previo a la implementación del programa se realizaron las entrevistas y se aplicó el cuestionario del a los catorce participantes.

A lo largo del desarrollo del programa y, por consiguiente, de la evaluación en el proceso de su implementación, realizamos los registros de observación y realizamos el análisis para conseguir nuestros resultados.

Cronograma de actividades del programa educativo

JUNIO						
DÍAS DE EJECUCIÓN	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles
ACTIVIDADES: Charlas Educativas	14	15	16	17	18	19
Atonía uterina: factores de riesgo (gestación múltiple, hidramnios, feto macrosoma, RPM prolongado, fiebre, parto prolongado y/o rápido y elevada multiparidad)) y cuidados de enfermería para su prevención.						
Retención de tejidos: factores de riesgo (Acretismo placentario y cirugía uterina previa) y cuidados de enfermería para su prevención.						
Lesión del canal de parto: factores de riesgo (Parto instrumental, fase de expulsivo precipitada, cirugía uterina previa (cesárea), parto instrumental, distocia, maniobra de credé) y cuidados de enfermería para su prevención.						
Alteraciones de la coagulación: factores de riesgo (Preeclampsia, sepsis, síndrome de Hellp, Enfermedad de Von Willerbrand, Hemofilia tipo A) y cuidados de enfermería para su prevención.						
Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP)						

RESULTADOS

Mediante la ejecución y los resultados obtenidos de nuestro Programa Educativo hemos podido constatar que existe un déficit de conocimiento sobre los factores de riesgo y los cuidados oportunos de enfermería que se deberían dar para prevenir las hemorragias post parto esto se debe a que en el Hospital León Becerra de Milagro trabajan 6 enfermeras y 8 auxiliares de enfermería las cuales dan cuidado directo a las pacientes a pesar de no tener la misma formación académica debido a la falta de personal.

CONCLUSIONES

- Se pudo constatar el déficit de conocimiento del personal de enfermería de la sala de maternidad del Hospital León Becerra de Milagro sobre las hemorragias post parto y sus factores de riesgo esto se debe a que las enfermeras y auxiliares de enfermería realizan cuidado directo a pesar de no tener el mismo nivel académico.
- Luego de dar a conocer el programa educativo, se ha logrado educar satisfactoriamente al personal de salud de la sala de maternidad del Hospital León Becerra de Milagro.

RECOMENDACIONES

- ❖ Se debería realizar charlas educativas con mayor frecuencia para que tomen conciencia sobre esta complicación obstétrica y así poder prevenir y disminuir los casos de hemorragias post parto.
- ❖ Se deberían tomar más conciencia en los signos y síntomas de las hemorragias post parto para que se puedan brindar los cuidados adecuados y oportunos para así prevenir complicaciones que desencadenen una hemorragia post parto.

BIBLIOGRAFÍA:

Karlsson, H. (2009). Hemorragia postparto. *Mi SciELO*, 159-167. Recuperado el Agosto de 16 de 2018, de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6262/5049>

Mariño, C, Rodríguez, J. L., & Barreiro, C. (06 de Noviembre de 2013).
 Percepción que tienen las pacientes obstétricas de alto riesgo en relación con
 la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería en una institución
 de cuarto nivel. Obtenido de
[https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13806/Barreiro
 CarrilloCaterin2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13806/BarreiroCarrilloCaterin2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

PRESUPUESTO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

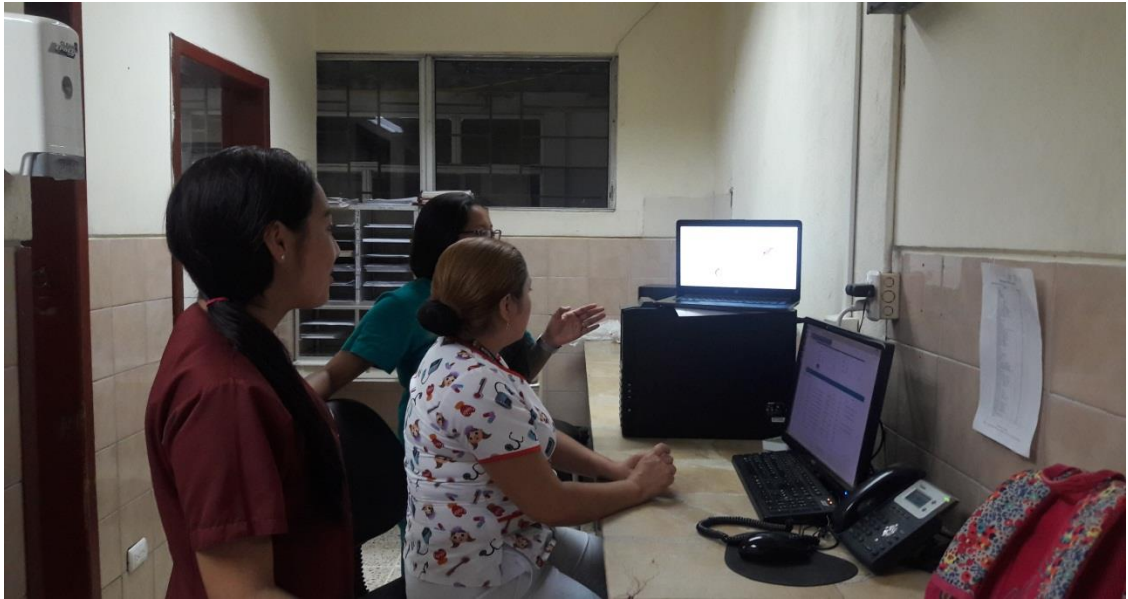
MATERIALES	COSTO
Impresiones	30\$
Tiempo de consulta en el internet	10\$
Transporte	144\$
Hotel	160\$
Alimentación	105\$
Material didáctico: cartulinas, marcadores, palos de helado, colores, papel periódico, cinta adhesiva, trípticos, recortes.	25\$
Anillados	13.50\$
TOTAL	487.50\$

Tabla con el presupuesto utilizado para la realización de nuestro proyecto de investigación.

Autoras: Lumbi Jazmín y Toapanta Karina.

ANEXOS

Aplicación del programa educativo



Charla educativa dirigida al personal de enfermería de la sala de maternidad y parto del Hospital León Becerra de Milagro

Autoras: Lumbi Jazmín y Toapanta Karina



Charla educativa al personal de enfermería de la sala de maternidad y parto del Hospital León Becerra de Milagro

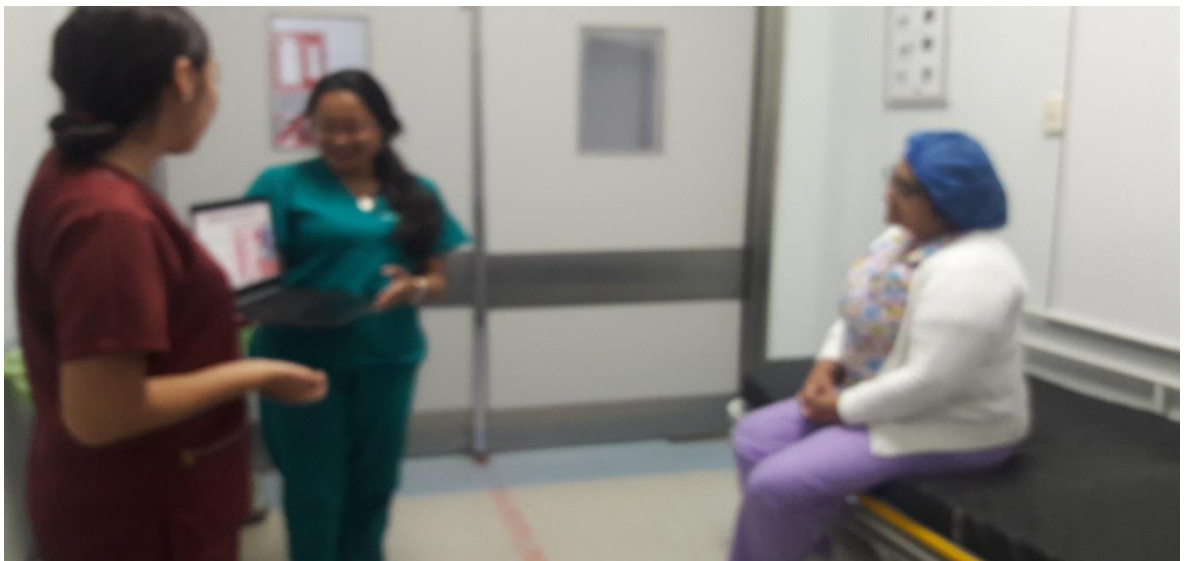
Autoras: Lumbi Jazmín y Toapanta Karina

Aplicación del programa educativo



Charla educativa dirigida los auxiliares de enfermería de la sala de maternidad y parto del Hospital León Becerra de Milagro

Autoras: Lumbi Jazmín y Toapanta Karina



Charla educativa dirigida a los auxiliares de enfermería de la sala de maternidad y parto del Hospital León Becerra de Milagro

Autoras: Lumbi Jazmín y Toapanta Karina

Aplicación de encuestas



Aplicación de encuestas al personal de enfermería de la sala de maternidad y parto del Hospital León Becerra de Milagro

Autoras: Lumbi Jazmín y Toapanta Karina



Aplicación de encuestas al personal de enfermería de la sala de maternidad y parto del Hospital León Becerra de Milagro

Autoras: Lumbi Jazmín y Toapanta Karina

TUTORIAS



Revisión de la tesis con el tutor

Autoras: Lumbi Jazmín y Toapanta Karina, Dr. Marcelo Tapia (tutor)



Revisión de la tesis con el tutor

Autoras: Lumbi Jazmín y Toapanta Karina, Dr. Marcelo Tapia (tutor)