



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la
cuidad de Guayaquil periodo 2025.**

AUTORAS:

**Cruz Chaguay, Ginger Roxana
Yanez Pihuave, Yamily Isabel**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS DE ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Muñoz Aucapiña, Miriam Jacqueline Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
01 de septiembre de 2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cruz Chaguay, Ginger Roxana y Yanez Pihuave, Yamily Isabel** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciatura en Enfermería**.

TUTORA



**Miriam Jacqueline
Munoz Aucapina**



f. _____
Lcda. Muñoz Aucapiña, Miriam Jacqueline Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Lcda. Mendoza Vincés, Angela Ovilda Msc

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Cruz Chaguay, Ginger Roxana**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA:



f. _____
Cruz Chaguay, Ginger Roxana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Yanez Pihuave, Yamily Isabel**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del septiembre del año 2026

LA AUTORA:



f. _____
Yanez Pihuave, Yamily Isabel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Cruz Chaguay, Ginger Roxana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del septiembre del año 2026

LA AUTORA:



f. _____
Cruz Chaguay, Ginger Roxana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Yanez Pihuave, Yamily Isabel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA:



f. _____
Yanez Pihuave, Yamily Isabel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
REPORTE DE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Final TESIS Hemorragias (1)

ID : f956098821cbbc2b8e40c7a6c7032852f06b3ca8



2%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Final TESIS Hemorragias (1).txt
Tamaño del archivo original : 1012,62 kB
Número de palabras : 13.752

Depositante : yamily yanez
Autor : yamily yanez
Fecha de depósito : 11 de agosto de 2026
Tipo de carga : url_submission
fecha de fin de análisis : 11 de agosto de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Similitudes

<1%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA

2%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos

0%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.

Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.

No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Textos entre comillas

0%

Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.



Miriam Jacqueline
Munoz Aucapina



AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi tutora de tesis, **Licenciada Miriam Muñoz**, por su valiosa orientación, dedicación, paciencia y compromiso durante el desarrollo de esta investigación. Su experiencia, exigencia académica y constantes recomendaciones fueron fundamentales para fortalecer este trabajo y culminarlo de manera satisfactoria.

Asimismo, manifiesto mi profundo agradecimiento a **la Universidad Católica Santiago de Guayaquil**, por brindarme una formación académica de excelencia y proporcionarme los conocimientos, valores y herramientas necesarias para mi desarrollo profesional. Agradezco también a su distinguido cuerpo docente, cuya enseñanza, experiencia y acompañamiento contribuyeron significativamente a mi crecimiento académico y personal, así como por facilitar los espacios y recursos que hicieron posible la realización de este trabajo de investigación.

De manera especial, agradezco a mi compañera de tesis, **Yánez Pihuave, Yamily Isabel**, por su apoyo constante, compromiso y colaboración durante todo el proceso de elaboración de este trabajo, cuyo esfuerzo conjunto fue fundamental para alcanzar los objetivos propuestos.

Cruz Chaguay, Ginger Roxana

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi tutora de tesis, **Licenciada Miriam Muñoz**, por su valiosa dirección, paciencia y exigencia académica, cuyas orientaciones fueron indispensables para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi tutora, la **Licenciada Ylenia Viscarra**, por su dedicación, paciencia y compromiso durante todo este año de internado. Su guía, sus conocimientos y su exigencia académica fueron fundamentales para mi formación profesional y personal. Gracias a su acompañamiento aprendí que la enfermería no solo requiere conocimientos científicos, sino también empatía, responsabilidad, ética y vocación de servicio.

A la **Universidad Católica Santiago de Guayaquil** y a su cuerpo docente, por brindarme los conocimientos necesarios durante mi formación profesional y abrirme las puertas de sus instalaciones.

Yanez Pihuave, Yamily Isabel

DEDICATORIA

Agradezco a Dios, por brindarme fortaleza, sabiduría y la oportunidad de culminar esta importante etapa de mi vida. A mi madre **Martha Alexandra Chaguay Conforme**, por ser el apoyo incondicional en mi vida por no soltar nunca mi mano, por impulsarme a seguir adelante cuando las fuerzas parecían agotarse y por enseñarme que los sueños se construyen con esfuerzo, sacrificio y perseverancia. Cada página de esta tesis lleva un poco de tu lucha y de tu amor incondicional. Asimismo, dedico este logro a mi papa **Pablo Camilo Cruz Conforme** y a mi hermano **Jonathan Cruz Chaguay**, quienes con su cariño, confianza y palabras de aliento me motivaron a seguir adelante. A mi familia, por estar siempre presente, brindándome su apoyo y enseñándome que con esfuerzo, dedicación y unión es posible alcanzar cualquier meta. Este triunfo representa el fruto de todo lo que hemos vivido y compartido juntos.

Dedico esta tesis a mis dos angelitos de cuatro patas, que, aunque hoy ya no están físicamente conmigo, dejaron una huella imborrable en mi corazón. Gracias por regalarme amor sincero, compañía incondicional y momentos de alegría que iluminaron incluso los días más difíciles. Su recuerdo vive en mí y me acompaña en cada paso que doy. Estoy segura de que, desde el cielo, siguen cuidándome y celebrando conmigo este logro. Esta meta también es en honor a ustedes, porque el amor verdadero nunca desaparece; permanece para siempre en el corazón

También dedico este logro a todas las personas que creyeron en mí y me impulsaron a no rendirme. Este trabajo representa el esfuerzo, la perseverancia y los sacrificios realizados durante mi formación profesional, y espero que sea el inicio de una vida llena de éxitos, compromiso y servicio hacia los demás.

Cruz Chaguay, Ginger Roxana

Dedico este logro, en primer lugar, a Dios, por guiar cada uno de mis pasos, darme fortaleza en los momentos difíciles y permitirme culminar con éxito esta importante etapa de mi vida.

A mis padres, **Flor Rocío Pihuave Pincay, Manuel Catalino Yáñez Conforme y Sonia Cecilia Álvarez Mena**, por su amor incondicional, sus sabios consejos, su apoyo constante y por ser el pilar fundamental en cada etapa de mi formación. Gracias por creer en mí, impulsarme a seguir adelante y enseñarme que la perseverancia es el camino para alcanzar los sueños. Este logro también les pertenece.

A mis hermanos, **Ivette, Víctor y Nicole**, por su cariño, paciencia, comprensión y apoyo incondicional. Gracias por alentarme siempre y por acompañarme durante este proceso con palabras de ánimo y confianza.

Finalmente, a mis amigos, **Gabriela Pozo, Marcos Mora y Ginger Cruz**, por estar presentes en los momentos más difíciles de este camino, brindándome su amistad sincera, comprensión y apoyo inquebrantable. Su compañía hizo que este proceso fuera más llevadero y significativo.

Yanez Pihuave, Yamily Isabel



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES MSC
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. GENY MARGOTH RIVERSA SALAZAR MGS
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____

LCDA. KRISTY GLENDA FRANCO POVEDA PHD.
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

Resumen	XVI
(Abstract)	XVII
Introducción	2
Capítulo I	4
1.1 Planteamiento Del Problema	4
1.2 Preguntas De Investigación	7
1.3 Justificación	6
1.4 Objetivos:	8
1.4.1 Objetivo General	8
1.4. 2 Objetivos Específicos	8
Capítulo II	9
Fundamentación Conceptual	9
2.1. Antecedentes de la Investigación.	9
2.2. Marco conceptual	12
2.2.1. La hemorragia posparto	12
2.2.2. Antecedentes obstétricos	13
2.2.3. Control prenatal	14
2.2.4. Tipos de parto	14
2.2.4.1. Parto normal	14
2.2.4.2. Cesárea	14
2.5. Factores de riesgo	14
2.6. La atonía uterina	15
2.7. Tratamiento farmacológico:	16

2.8. Atención posparto	16
2.3 Marco Legal	17
Capítulo III	22
3.1 Diseño De La Investigación	22
3.1.1 Tipo de estudio	22
3.2 Nivel	22
3.3 Método:	22
3.4 Diseño:	22
3.4.1 Según el tiempo:	22
3.4.2 Según la naturaleza de los datos:	22
3.5 Población y muestra:	23
3.6 Criterios de inclusión y exclusión:	23
3.7 Procedimientos para la recolección de la información	23
3.8 Técnica de procesamiento y análisis de datos	23
3.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.	24
3.10 Variable General y Operacionalización.	24
Presentación y análisis de Resultados	25
Discusión	33
Conclusiones	37
Recomendaciones	38
Referencias	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Datos sociodemográficos de la muestra	26
Tabla 2	Distribución según número de gestaciones	26
Tabla 3	Distribución según número de partos	27
Tabla 4	Distribución según número de controles prenatales	28
Tabla 5	Antecedentes patológicos personales	29
Tabla 6	Trastornos hipertensivos	29
Tabla 7	Distribución según vía del parto.....	30
Tabla 8	Distribución según tiempo de ingreso hospitalario	31
Tabla 9	Distribución según tratamiento aplicado	31

RESUMEN

Introducción: La hemorragia posparto (HPP) constituye la principal causa de muerte materna en países de ingresos bajos representa cerca del 20% de todos los fallecimientos maternos a nivel mundial (1). **Objetivo:** Identificar la frecuencia de hemorragias posparto en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. **Población y muestra:** la población estuvo conformada por 21 pacientes atendidas en el área de urgencias y posteriormente hospitalizadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. **Instrumento:** Se utilizó una ficha de recolección de datos Ad Hoc mediante revisión de historias clínicas **Resultados:** El rango de edad con mayor prevalencia fue entre 30 y 34 años (38,1 %) y quienes habían tenido un embarazo previo (52,4 %), en tanto que el 57,1 % eran primíparas. En su mayoría, acudieron entre tres y cinco consultas prenatales (90,5 %), y tenían antecedentes de afecciones médicas (76,2 %), el 76,2 % de los partos se realizaron por cesárea. En relación con el tratamiento recibido, los principales procedimientos fueron reposición de líquidos (33,3 %), masaje uterino (28,6 %) y el uso de agentes uterotónicos (23,8 %), en tanto que solo el 14,3 % requirieron procedimientos quirúrgicos **Conclusión:** La HPP es una importante complicación obstétrica, se presentó en mujeres con diferentes características ginecológicas y obstétricas, asociadas a diversas condiciones clínicas. El tratamiento oportuno permitió mantener bajo control la mayoría de los casos gracias a las terapias iniciales, destacando la importancia de la adecuada implementación de los respectivos protocolos.

Palabras Clave: Hemorragia posparto; complicaciones obstétricas; tratamiento obstétrico; atención materna.

(ABSTRACT)

Introduction: Postpartum hemorrhage (PPH) constitutes the main cause of maternal death in low-income countries and represents approximately 20% of all maternal deaths worldwide (1). **Objective:** To identify the frequency of postpartum hemorrhage at the Teodoro Maldonado Carbo Specialty Hospital. **Population and sample:** The population consisted of 21 patients treated in the emergency department and subsequently hospitalized who met the inclusion and exclusion criteria. **Instrument:** An Ad Hoc data collection form was used through the review of medical records. **Results:** The age range with the highest prevalence was between 30 and 34 years (38.1%), and those who had had a previous pregnancy (52.4%), while 57.1% were primiparous. Most of them attended three to five prenatal consultations (90.5%) and had a history of medical conditions (76.2%); 76.2% of deliveries were performed by cesarean section. Regarding the treatment received, the main procedures were fluid replacement (33.3%), uterine massage (28.6%), and the use of uterotonic agents (23.8%), while only 14.3% required surgical procedures. **Conclusion:** PPH is an important obstetric complication; it occurred in women with different gynecological and obstetric characteristics, associated with various clinical conditions. Timely treatment allowed most cases to be controlled through initial therapies, highlighting the importance of the adequate implementation of the respective protocols.

Keywords: Postpartum hemorrhage; obstetric complications; obstetric treatment; maternal care.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto (HPP) constituye la principal causa de muerte entre las madres en países de ingresos bajos y es la responsable de cerca del 20 % de todos los fallecimientos maternos a nivel mundial. La HPP puede definirse como la pérdida de sangre de 500 ml o más durante al menos las primeras 24 horas posteriores al parto, y la HPP severa como una pérdida sanguínea de más de 1000 ml. En términos generales, esta complicación se produce en aproximadamente el 5 % de los nacidos vivos(1).

Factores como la elección de partos en casa en lugar de centros de salud especializados sobre todo en países de renta media y baja plantean grandes desafíos para la salud pública. Las elevadas tasas de mortalidad materna que se registran de forma persistente se atribuyen al uso tardío o poco sistemático de métodos terapéuticos y preventivos, además de a carencias institucionales en los servicios sanitarios, como la inexistencia de bancos de sangre y la falta de recursos humanos capacitados (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM) emitieron en el transcurso de este año nuevas directrices enfocadas a mejorar y fortalecer la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz de la HPP con el objetivo de combatir la principal complicación asociada al parto así como el de reducir las muertes maternas y las secuelas asociadas a esta complicación obstétrica a nivel mundial (3).

De igual manera, esta complicación genera consecuencias físicas, así como psicológicas a largo plazo entre las cuales se mencionan; la anemia, las lesiones vesicales, depresiones posparto, disfunciones sexuales y alteraciones por estrés postraumático. Entre las comunidades y las mujeres más afectadas figuran las de estrato social más bajo, lo que pone de relieve la necesidad de garantizar la equidad y los derechos humanos para erradicar la morbilidad y mortalidad materna prevenibles(4). Bajo este contexto, es importante determinar la frecuencia de casos de hemorragia posparto en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, casa de salud de tercer nivel que presta sus servicios médicos y asistenciales a mujeres

afiliadas al seguro social ecuatoriano en las que se incluyen el seguro voluntario y el seguro campesino.

CAPITULO I

1.1. Planteamiento del problema

Las visitas posparto al servicio de urgencias médicas oscilan entre un 4,8 % y 12,2 % en la población general y se presentan sobre todo durante las dos primeras semanas posteriores al mismo; aproximadamente un tercio de las muertes maternas ocurren durante este periodo(5). Entre sus causas principales se encuentran la hipertensión, el malestar gastrointestinal y la hemorragia vaginal, que está directamente relacionada con la HPP. Algunos factores, como la avanzada edad materna, las comorbilidades médicas, los trastornos hipertensivos durante la gestación y las complicaciones durante el parto incrementan el riesgo de reingreso, subrayando la relevancia en la identificación y el tratamiento oportuno de las hemorragias posparto con el fin de optimizar la asistencia médica asistencial, así como disminuir las tasas de reingresos hospitalarios (6).

Según una revisión sistemática y un metaanálisis en MEDLINE, Embase, Web of Science, Cochrane Library y Google Scholar de 327 investigaciones con más de 847 millones de mujeres (1960 hasta 2024), se evidenció que la principal causa de hemorragia posparto (70,6 %) es la atonía uterina, es decir, la incapacidad del útero para retraerse después del parto. En segundo lugar, se sitúan los traumatismos del tracto genital (16,9 %) y finalmente la retención de placenta (16,4 %). Entre los principales factores de riesgo se incluyen la anemia, el parto por cesárea, la escasa atención prenatal, el embarazo múltiple, la placenta previa y la macrosomía fetal, lo que subraya la necesidad de la prevención y la detección precoz en mujeres con mayor riesgo (7).

En un estudio realizado en un hospital de Estados Unidos (2020) donde se examinaron los ingresos hospitalarios posparto durante los 42 días posteriores al mismo entre 2015 y 2019 y se identificó que, sobre un total de 8589 partos, 491 mujeres (5,7 %) requirieron asistencia médica de urgencia, y entre los diagnósticos más frecuentes destacaron el sangrado vaginal y la hemorragia posparto. El mayor número de casos ocurrieron durante las primeras tres semanas, sobre todo en las dos primeras, lo que subraya el

interés de un seguimiento posparto a tiempo a fin de detectar y tratar las hemorragias en tiempo oportuno(8).

Reducir la mortalidad materna derivada de una hemorragia posparto requiere una intervención temprana y una gestión estandarizada de los equipos de atención sanitaria. En el ensayo E-MOTIVE (2025), que se llevó a cabo en 80 hospitales de Kenia, Nigeria, Sudáfrica y Tanzania se contó con la participación de 210132 mujeres, se aplicaron medidas de primera respuesta (masaje uterino, oxitocina, ácido tranexámico, líquidos intravenosos y examen del tracto genital) aplicando un umbral de pérdida de sangre de 300 ml. Con ello se consiguió reducir la hemorragia posparto grave o la muerte del 4,3 % al 1,6 % (RR 0,40; IC del 95 %: 0,32-0,50), demostrando así la eficacia de la intervención y la trascendencia de la revisión de los criterios de riesgo (9).

En una sistematización de búsquedas en bases de datos internacionales (MEDLINE, Embase, Cochrane, entre otras) y de ensayos clínicos hasta el 2023, el programa E-MOTIVE ha mejorado varios resultados en relación con la HPP posterior al parto vaginal. El programa California Maternal Quality Care Collaborative, basado en un conjunto de intervenciones que combinan acciones de prevención y de tratamiento de la HPP, ha demostrado ser capaz de reducir la morbilidad materna grave en contextos de altos ingresos (10).

Según informes de la OMS más del 85% de las muertes por HPP se producen en África Subsahariana y en Asia Meridional (11). Resultados que coinciden con los hallazgos de Forbes, G. et al (2021) quienes identificaron la HPP como la primera causa de mortalidad en África subsahariana y supone entre el 30 % y el 50 % de las muertes maternas, en su mayoría prevenibles si se detectan y se atienden a tiempo. Para identificar las barreras y los facilitadores en la gestión de la HPP y en la aplicación del paquete de cuidados E-MOTIVE, 45 profesionales de 9 hospitales de Nigeria, Kenia y Sudáfrica fueron evaluados y entre los resultados se identificaron factores como la falta de recursos, la capacitación limitada, la tensión laboral, la confusión en cuanto a las funciones y de igual manera se plantearon algunas medidas que mejorarían la atención, entre ellas la educación, la capacitación, el liderazgo, el monitoreo y la reorganización del entorno con equipos de emergencia (12).

En países como Etiopía, la hemorragia posparto es una importante complicación obstétrica cuya prevalencia total es del 8,24 %, según se indica en un metaanálisis de 21 estudios efectuados entre 2010 y 2021. Diversos son los factores que incrementan el riesgo, como la edad materna avanzada, la prolongación del parto, la ausencia de atención prenatal, partos múltiples y un cuadro clínico previo de hemorragia posparto. Estos resultados evidencian la importancia de detectar y gestionar de forma adecuada a las mujeres con factores de riesgo, además de mejorar la asistencia prenatal y la planificación del parto, a fin de reducir la morbilidad y mortalidad derivadas de esta complicación (13).

Aunque los fallecimientos maternos son poco habituales en países desarrollados, la hemorragia posparto grave (HPPG) se mantiene entre las principales causas de morbilidad en las madres. Una investigación retrospectiva efectuada en China (2024), determinó una prevalencia de 1,56 % en más de 34 000 partos, cuyas causas principales incluían trastornos placentarios y atonía uterina. Algunos factores de riesgo fueron la edad materna por debajo de los 18 años, cesáreas previas, antecedentes de hemorragia posparto, fecundación in vitro, problemas de anemia previa al parto, trabajo de parto prolongado, complicaciones placentarias y macrosomía fetal. Las conclusiones de este estudio destacan la importancia de identificar los posibles factores de riesgo y reforzar la supervisión y el control durante el trabajo de parto para prevenir posibles complicaciones graves vinculadas a la HPP (14).

Después del parto, la OMS calcula que el 8,2 % de las mujeres de América Latina desarrollarán una HPP grave, en países como Colombia constituye la segunda causa de muerte entre las embarazadas afectando principalmente a mujeres con un rango de edad entre 24 y 34 años, registrándose 6,9 casos por cada 1000 nacidos vivos (15). De igual manera, en Ecuador la HPP ocupa el segundo lugar después de los trastornos hipertensivos del embarazo como una complicación frecuente. Mediante un estudio observacional de tipo cuantitativo efectuado en el Hospital Materno Matilde Hidalgo de Procel (2022), con 153 mujeres púrpas se evidenció una mayor incidencia en mujeres de 30 a 39 años y múltiparas. La anemia previa fue el factor de riesgo

más prevalente, mientras que la hipotensión uterina fue la causa preponderante de la hemorragia (16).

El Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo, al ser un centro hospitalario de tercer nivel, atiende principalmente a pacientes referidos desde los distintos subcentros ambulatorios del IESS. Por tratarse de una población que se encuentra en edad laboral, es importante investigar la frecuencia de la hemorragia posparto en este grupo. Con estos resultados es posible la identificación temprana de factores de riesgo, así como el fortalecimiento en capacitación del personal de salud para la prevención de complicaciones más graves.

Preguntas de investigación

¿Cuál es la frecuencia de hemorragias post parto en el hospital Teodoro Maldonado Carbo?

¿Cuáles son los datos gineco-obstétricos de las pacientes atendidas que presentaron hemorragia posparto en el hospital Teodoro Maldonado Carbo?

¿Cuáles son los tratamientos aplicados en las mujeres que presentaron hemorragias post parto en el hospital Teodoro Maldonado Carbo?

1.2. Justificación

La hemorragia posparto (HPP) representa un importante problema de salud pública, puesto que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo, miles de mujeres cada año la padecen. A pesar de que la mayor parte de las muertes por HPP son prevenibles gracias a medidas y protocolos de cuidados eficaces, alrededor de 70 000 muertes maternas acontecen a nivel mundial cada año (17).

La HPP puede ser una complicación obstétrica grave que no sólo amenaza la salud física y emocional de la mujer, al exponer su vida en riesgo, también puede ser traumático para el cónyuge, así como para su entorno familiar. Si

bien la incidencia del trastorno de estrés postraumático en las parejas es baja, el hecho de presenciar una hemorragia grave y sentirse aislado en el momento del parto puede producir un nivel de estrés significativo. Identificar estos factores puede ser crucial, puesto que la salud mental de los padres repercute en el crecimiento de los niños, y destaca la relevancia de facilitar una información adecuada y prestar apoyo en el parto (18).

Un diagnóstico tardío o un retraso en el tratamiento de la hemorragia posparto puede ocasionar complicaciones aún más graves e incluso la muerte de la paciente (19). Identificar la frecuencia de hemorragias post parto registrados en las mujeres que recibieron atención médica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo permitirá calcular la incidencia de casos en la población estudiada y conocer la magnitud de esta complicación obstétrica en esta casa de salud. Resultados que pueden contribuir a evaluar las estrategias y protocolos institucionales y así potenciar la implementación de actualizaciones en los programas de prevención y manejo de atención de esta complicación posparto.

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo general:

Identificar la frecuencia de hemorragias post parto en el hospital Teodoro Maldonado Carbo

1.3.2. Objetivos específicos:

- 1.- Describir los datos gineco obstétricos de las pacientes atendidas que presentaron hemorragia posparto en el hospital Teodoro Maldonado Carbo.
- 2.- Conocer el tratamiento aplicado en las mujeres que presentaron hemorragias post parto en el hospital Teodoro Maldonado Carbo.

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la Investigación.

La hemorragia posparto (HPP) está entre las principales causas de mortalidad y morbilidad materna alrededor del mundo: en realidad, alrededor de un cuarto del total de casos de muerte durante el embarazo, partos o posparto están relacionados con la HPP. Las causas suelen ser varias; entre las más importantes se encuentran: la atonía uterina, desgarros del útero o del perineo, residuos de placenta, alteraciones de la coagulación, prolapso y ruptura uterinos(20).

A nivel mundial, la HPP está a la cabeza de las causas prevenibles de muerte directamente relacionada a la maternidad, con aproximadamente el 27,1 % de los casos, la prevalencia de la hemorragia posparto es variable según la región, y va desde el 7,2 % en Oceanía, el 8 % en América Latina y el 25,7 % en África. Mientras que, en América Latina, la mortalidad materna por HPP es responsable del 21 % de los casos, en tanto que una de cada cinco muertes de madres es consecuencia de una hemorragia obstétrica que se produce durante el parto o de forma inmediata después de este. En países como México, los informes de vigilancia epidemiológica muestran que, en el 2023, el índice de mortalidad materna se situó en 26,5 muertes por cada 100 000 nacidos, donde la HPP fue la causa más recurrente, lo que representa el 19,4% del total de casos registrados en este país (21).

Una auditoría sobre la calidad de la atención sanitaria en el Hospital Universitario Hiwot Fana, en el este de Etiopía (2020), cuyo objetivo consistía en identificar carencias y proponer recomendaciones para su gestión, 45 mujeres con HPP hospitalizadas recibieron una evaluación mediante ocho estándares adaptados al contexto local, con un bajo nivel de cumplimiento encontrado en cuatro de ellos: cateterización intravenosa en 32 mujeres (71,1 %), monitoreo adecuado de los signos vitales posparto en 23 (51,1 %), clasificación y prueba cruzada en 22 (48,9 %) y registro del equilibrio de

líquidos en 6 (13,3 %). De las 45 pacientes, solo 3 (6,7 %) reunían los ocho criterios, con deficiencias en la documentación clínica y el seguimiento, carencias de recursos médicos y de hemo componentes para transfusiones, y demoras en la atención (22).

Liu et al (2021) realizaron un estudio retrospectivo en China, incluyendo a 34,178 embarazadas con una gestación de 28 semanas o más que recibieron tratamiento entre con el objetivo de identificar los factores de riesgo de hemorragia posparto grave. Reportaron una prevalencia del 1,56 % (532 casos); los trastornos placentarios estuvieron entre las principales causas (55,83 %), junto con la atonía uterina (38,91 %). También identificaron otros factores de riesgo: edad materna <18 años (ORa = 11,52; IC del 95 %: 1,51–87,62), con antecedentes de cesárea (ORa = 2,57; IC del 95 %: 1,90–3,47), historial de hemorragia posparto (ORa = 4,94; IC del 95 %: 2,63–9,29), además de anemia prenatal, labor de parto prolongada, placenta previa, desprendimiento de placenta y macrocefalia fetal. Algunos casos graves necesitaron transfusiones de sangre durante el proceso de tratamiento (14).

Barth et al. (2025) realizaron estudios retrospectivos de cohorte en la Facultad de Medicina de Hannover (Alemania), en donde participaron 1.038 mujeres con hemorragia posparto que fueron asistidas entre enero de 2013 y agosto de 2022, para identificar posibles factores de riesgo relacionados con la hemorragia posparto grave y su gestión quirúrgica. Descubrieron que el 20,9 % de las pacientes sufrieron hemorragias graves (≥ 1 500 ml) y más de un tercio necesitaron intervención quirúrgica, además de que se practicó una histerectomía periparto en el 1,9 % de las pacientes. Otros factores de riesgo destacables incluyen la multiparidad (OR ajustado = 2,12; IC del 95 %: 1,10–4,10), la cesárea (OR ajustado = 3,92; IC del 95 %: 2,59–5,92), los antecedentes de placenta previa, la placentación anómala, la preeclampsia y el síndrome de infección del líquido amniótico (variables relacionadas con el historial obstétrico, el tipo de parto, las alteraciones hipertensivas, las complicaciones del parto y las intervenciones quirúrgicas considerados en este estudio) (23).

Linde et al. (2022) realizaron un estudio transversal retrospectivo basado en la población de Noruega, mediante el Registro Médico de Nacimientos de Noruega y la Oficina de Estadística de Noruega, incluyendo 3 003 025 partos durante un lapso de 50 años con el propósito de valorar los factores de riesgo y frecuencia de los distintos tipos de hemorragia posparto. Se identificaron 277 746 cuadros de hemorragia posparto (9,3 %), donde la retención de placenta resultó ser la principal causa de hemorragia grave (29,3 %). Asimismo, descubrieron una relación muy significativa entre una cesárea previa y la hemorragia secundaria a distocia ($ORa = 13,2$; IC del 95 %: 12,5–13,9), además de un riesgo mayor en casos con distocia ($ORa = 6,8$), la retención de placenta ($ORa = 5,9$), la atonía uterina ($ORa = 4,0$) y el traumatismo obstétrico ($ORa = 3,9$); estos resultados pueden ponerse en comparación con las variables relacionadas con la vía de parto y las posibles complicaciones obstétricas analizadas en el presente estudio(24).

En México, durante 2023, la mayor cantidad de muertes maternas se produjeron en los estados de México (70), Veracruz (39), Guerrero (38), Chiapas (37) y Jalisco (32), con un total del 39,0 % del total total de muertes maternas registradas. El índice de morbilidad por maternidad fue de 26,5 muertes por cada 100 000 partos estimados, lo que representa una disminución del 12,9 %. Dentro de las principales razones de muerte materna, la más importante fue la hemorragia obstétrica (19,4 %), después de los trastornos hipertensivos en el embarazo, como el edema y la proteinuria en el embarazo, el parto y el posparto (16,2 %), y el aborto (8,3 %)(25).

Dominguez I, (2024) llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón (México) y evaluó el tratamiento de la hemorragia posparto por atonía uterina durante el año 2023. La muestra consta de 25 pacientes, siendo la incidencia de hemorragia posparto debida a atonía uterina del 1,26 %. Entre los principales factores de riesgo se encontraban el sobrepeso y la obesidad (84 %), además del parto prolongado (40 %). Con respecto al tratamiento, el 56 % respondieron a la terapia uterotónica, el 28 % necesitaron cirugía conservadora, el 8 % recibieron tratamiento con un globo de Bakri y el 4 %

necesitaron una histerectomía obstétrica. En ningún caso hubo muertes maternas, por lo que se concluyó que la rápida identificación de los factores de riesgo y el tratamiento gradual permiten controlar la hemorragia posparto(26).

León L, & Caichug Y, (2021) hicieron un estudio retrospectivo caso-control con 324 pacientes que fueron atendidas en el Hospital Ginecológico y Obstétrico Isidro Ayora de Quito entre 2018 y 2019, buscando identificar los factores de riesgo relacionados con la hemorragia posparto. Constataron una prevalencia del 39,2 %, con la atonía o hipotonía uterina como principal causa de hemorragia. Los factores de riesgo identificados fueron los antecedentes de cesárea (OR = 22,35), preeclampsia (OR = 17,15), desprendimiento de placenta (OR = 4,74), multiparidad (OR = 4,41) y obesidad (OR = 4,16); en cambio, una edad superior a los 35 años resultó ser un factor protector (OR = 0,57)(27).

2.2 Marco conceptual

2.1. La hemorragia posparto

La hemorragia posparto (HPP) según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ocurre con una pérdida de sangre de más de 500 ml luego de un parto vaginal o mayor a 1000 ml en un parto por cesárea. A veces se critica la definición de HPP basada en un solo punto de corte para el volumen de sangre perdido, ya que las mujeres pueden reaccionar de manera diferente a una cantidad específica de sangre perdida. Directrices más actuales han adoptado criterios que difieren ligeramente, en los que se considera una acumulación de pérdida sanguínea ≥ 1000 ml con signos o síntomas de hipovolemia, en cualquier tipo de parto. Asimismo, el Real Colegio de Obstetricia y Ginecología clasifica la HPP según el volumen de pérdida de sangre: leve (entre 500 y 1000 ml), leve-moderada (entre 1000 y 2000 ml) y moderada-grave (más de 2000 ml) (28) En función del momento en que se produce la pérdida de sangre, la HPP primaria es aquella que se presenta en las primeras 24 horas y la HPP secundaria, entre las 24 horas y

las 12 primeras semanas después del parto (29), se asocia con placentas retenidas, subinvolución de sitios placentarios, coagulopatías hereditarias y etiologías infecciosas (30).

2.2. Antecedentes obstétricos

Recopilación de información sobre la salud reproductiva de una mujer. Estos antecedentes incluyen, entre otros, información sobre los periodos menstruales, el uso de anticonceptivos, los embarazos, la lactancia y la menopausia. Además, a veces incluye información sobre las afecciones del aparato reproductor, los problemas reproductivos y las complicaciones durante el parto. También se llama antecedentes reproductivos e historia obstétrica (31).

2.3. Control prenatal

El control prenatal permite valorar el estado de salud y nutrición de la mujer, y detectar tempranamente posibles complicaciones o factores que puedan incidir negativamente en el embarazo y, por lo tanto, en el niño. De esta forma, se puede actuar precozmente para limitar sus efectos tanto como sea posible. Además, el control es fundamental para generar un espacio que permita manifestar dudas, preocupaciones, inquietudes y miedos. Es un momento importante para recibir información que será útil y necesaria tanto durante el embarazo como después, para el cuidado del bebé (32).

2.4. Tipos de parto

El parto es el proceso por el que se produce el nacimiento del bebé y por tanto, supone el fin del embarazo. Aunque la forma natural es el parto vaginal o eutócico (sin intervención médica), también hay muchos partos distócicos. Entre los partos que requieren ayuda médica, el parto por cesárea el más común.

2.4.1. Parto normal

El trabajo de parto es el proceso mediante el cual las contracciones uterinas regulares provocan la dilatación y el borramiento progresivos del cuello uterino, lo que resulta en la expulsión del feto y otros productos de la concepción. Este proceso fisiológico normal se divide en tres etapas. La primera etapa comienza con el inicio del trabajo de parto y termina con la dilatación y el borramiento completos del cuello uterino. La segunda etapa comienza con la dilatación cervical completa y concluye con el alumbramiento del feto. La tercera etapa comienza inmediatamente después del alumbramiento del feto y termina con la expulsión de la placenta. La identificación precisa de la etapa del trabajo de parto de la parturienta, el apoyo adecuado en cada etapa y la monitorización continua ayudan al equipo de salud a minimizar las intervenciones innecesarias y optimizar los resultados maternos y fetales, incluyendo la percepción de la parturienta sobre la experiencia del parto(33).

2.4.2. Cesarea

Parto de un bebé a través de incisiones (cortes) en el abdomen y el útero. Después de que se extrae el bebé, se sujeta y se corta el cordón umbilical, se retira la placenta y se cosen las incisiones para cerrarlas. La cesárea se hace cuando se complica el trabajo de parto, el bebé está en peligro de muerte, es muy grande o su posición dentro del útero es anormal. A veces también se hace cuando el embarazo es de 2 o más bebés, hay alteraciones de la placenta o la madre tiene infecciones u otros problemas médicos que impiden el parto vaginal. También se llama histerotomía, operación cesárea y parto por cesárea(34).

2.5. Factores de riesgo

Los factores maternos, fetales relacionados con el parto han sido reconocidos internacionalmente como factores de riesgo para el desarrollo de la HPP. La

atonía uterina representa la mayoría de los casos (70%–75%). Otros factores de riesgo reconocidos incluyen un historial previo de HPP, macrosomía fetal (> 4000 g al nacer), un aumento del índice de masa corporal materna, una edad materna avanzada (> 35 años), nuliparidad o gran multiparidad (> cuatro embarazos), lesiones del tracto genital, trastornos del espectro de acreta placentario (PAS), inducción del trabajo de parto, parto por cesárea y coagulopatía materna (35).

Los siguientes factores de riesgo están asociados con las 4 principales etiologías:

- Atonía uterina: corioamnionitis, terapia con sulfato de magnesio, parto prolongado o parto precipitado, inducción o aumento del trabajo de parto, fibromas uterinos, inversión uterina o afecciones que resultan en sobredistensión uterina (por ejemplo, gestación múltiple, macrosomía fetal o polihidramnios) (30)
- Trauma: parto por cesárea, parto vaginal asistido por instrumentos, episiotomía de la línea media, parto precipitado y posición posterior persistente del occipucio (30)
- Tejido: Previo cesárea, placenta acreta, desprendimiento de la placenta e hipertensión asociada, y anomalías uterinas (30)
- Coagulopatía: preeclampsia grave y eclampsia, síndrome de HELLP (hemólisis, nivel elevado de enzima hepática y bajo recuento de plaquetas), muerte fetal intrauterina, desprendimiento de la placenta, embolia de líquido amniótico o coagulopatías hereditarias (por ejemplo, enfermedad de von Willebrand) (30).

2.6. La atonía uterina

La atonía uterina, se produce cuando el útero no se contrae después del parto y provoca un sangrado abundante, es una de las principales causas de la HPP(36). Los medicamentos uterotónicos pueden prevenir y tratar la HPP causada por la atonía uterina. Uno de estos medicamentos uterotónicos es el misoprostol y, aunque la oxitocina sigue siendo la primera opción para el tratamiento de la HPP, es una herramienta esencial, especialmente en

entornos con pocos recursos, ya que: estable al calor y a la luz, ampliamente disponible, de bajo costo, fácil de administrar (comprimidos). Se ha demostrado que una dosis oral de 600 µg de misoprostol previene la HPP en ensayos controlados aleatorios comunitarios, y una dosis sublingual de 800 µg de misoprostol parece ser un buen tratamiento de primera línea para controlar la HPP. El misoprostol ha sido recomendado por la FIGO y la OMS(36).

2.7. Tratamiento farmacológico:

Las intervenciones farmacológicas van dirigidas hacia el control inmediato de la pérdida de volumen sanguíneo, con la finalidad de mitigar el riesgo de shock hipovolémico. Por otro lado, los uterotónicos son usados ya que aumentan la contractilidad y el tono uterino; los fármacos de primera elección son la oxitocina y la ergometrina, puesto que su inicio de acción es de 2 a 3 minutos, el primero maneja una dosis inicial de 10 UI IM o 10-40 UI IV y una dosis máxima de 60 UI/día; el segundo tiene una dosis inicial de 0.2-0.4mg IV o IM en 15 a 20 minutos, cada 4 a 6 horas hasta un máximo de 1 mg; como alternativa se administra misoprostol 600-1000 mcg sublingual o rectal; carboprost 0.25 mg IM cada 15 a 90 minutos en un máximo de 8 dosis y ácido tranexámico 1g IV cada 4 horas, máximo 4 g. Las dosis de mantenimiento deben continuar simultáneamente: 10-30 UI IV de oxitocina o 100 µg de bolo IV de carbetocina, estos fármacos deben estar sellados, lejos de la luz y mantener a temperatura de hasta 30°C (37). La Organización Mundial de la Salud enfatiza la importancia de la administración de un uterotónico profiláctico como una métrica importante del proceso, pero también reconoce que también se pueden emplear indicadores más específicos y acordados localmente(38).

2.8. Atención posparto

Las manifestaciones clínicas durante el puerperio (período de 6 semanas después del parto) en general reflejan la reversión de los cambios fisiológicos

durante el embarazo. Cuando las pacientes consultan al médico durante el período posparto, estos cambios deben considerarse junto con cuestiones que no están relacionadas con el embarazo.

Las complicaciones más comunes son

- Hemorragia posparto inmediata (primaria) o tardía (secundaria)
- Endometritis posparto
- Infección o dehiscencia de la herida
- Infecciones urinarias (cistitis y pielonefritis)
- Mastitis
- Depresión posparto
- Trastornos hipertensivos posparto (preeclampsia o hipertensión posparto)(39)

2.3 Marco Legal

El Código Orgánico de Salud (COS) ampara el derecho a la salud en todo el territorio ecuatoriano; este instrumento legal permite enfrentar las dificultades actuales y las que puedan surgir en el futuro para la salud en Ecuador. EL COS pasó por cuatro años de discusión antes de su primer debate en la Asamblea Nacional del 9 de mayo de 2017. El nuevo proyecto clarifica y actualiza 43 leyes de las que toma el relevo, unas obsoletas e incluso contradictorias (40). A raíz del veto total en contra del Código Orgánico de Salud (COS) ocurrido en el 2020, y hasta la aprobación y publicación de uno nuevo, la normativa principal que rige el sector sanitario sigue siendo la Ley Orgánica de Salud vigente desde 2006; así mismo, el Ministerio de Salud Pública (MSP) se comprometió a que la asistencia en casos de complicaciones obstétricas, entre ellas incluidas principalmente las hemorragias posparto, las enfermedades hipertensivas, los casos de sepsis obstétrica o cualquier tipo de interrupción del embarazo sea provocado o involuntario, seguirían siendo una urgencia prioritaria en el Ecuador (41,42).

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Sección séptima Salud

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (43).

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos (43).

Sección segunda

Salud

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario (43).
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura (43).

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud (43).
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos (43).
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución (43).
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto (43).
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales (43).
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud (43).

LEY ORGÁNICA DE SALUD

Suplemento del Registro Oficial No. 423, 22 de diciembre 2006

Normativa: Vigente

Última Reforma: Segundo Suplemento del Registro Oficial 53, 29-IV-2022

Capítulo III

DE LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad (44) .

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para

las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución (44).

Art. 22.- (Sustituido por la Disp. Reformatoria Cuarta de la Ley s/n, R.O. 53-2S, 29-IV-2022).- Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación, las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las niñas, adolescentes, mujeres y personas de la diversidad sexogenérica con posibilidad de gestar que deseen interrumpir sus embarazos lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo (44).

Art. 25.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona (44).

Art. 26.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas (44).

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA

Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato

El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Nacional de Salud, ha trabajado arduamente en la reducción de la mortalidad materna a través de la aplicación del conjunto de herramientas de uso mundial, y ha planteado la aplicación de la estrategia «Score MAMA», cuya finalidad radica en identificar y tratar en forma oportuna a las mujeres con morbilidad obstétrica y

en riesgo de muerte, contribuyendo así a la reducción del índice de mortalidad materna, implementando un sistema de reacción rápida que consta de códigos rojo, azul y amarillo. Este instrumento está destinado a racionalizar y normalizar los procedimientos de atención a embarazadas y madres en el posparto, estandarizando las directrices para la toma de decisiones en emergencias obstétricas, que dan lugar a criterios para el manejo rápido de las embarazadas y las mujeres que acaban de dar a luz, ofreciendo apoyo constante al personal de salud y siendo un protocolo complementario a los documentos reguladores relacionados con la salud de la madre y el niño en el embarazo, el nacimiento y el posparto (45).

Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud

La estrategia de Atención Obstétrica y Neonatal Esencial (AONE) basa su enfoque al hecho de que un porcentaje no predecible de mujeres puede experimentar complicaciones obstétricas durante el periodo de gestación, alumbramiento y posparto, que pueden prevenirse por medio de una detección temprana y una atención oportuna y de calidad. Asimismo, en los primeros 28 días de vida, los recién nacidos son susceptibles de desarrollar problemas relacionados con la prematuridad, insuficiencia respiratoria, infecciones y trastornos metabólicos. En consecuencia, resulta fundamental disponer de una red integral de salud pública capacitada para identificar en tiempo oportuno los casos de riesgo y proporcionar la atención obstétrica y perinatal esencial de acuerdo con las normas y los protocolos establecidos, considerando que un número significativo de defunciones son evitables cuando los servicios de salud se desempeñan de manera adecuada (46).

CAPITULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

3.2. Nivel: Se trata un estudio observacional y descriptivo, debido a que no supone alguna intervención o manipulación con respecto al fenómeno observado. Con este estudio buscamos describir la actualidad clínica de las pacientes bajo condiciones habituales, valorando objetivamente la frecuencia de la HPP, así como las particularidades de las pacientes ingresadas en el hospital objeto de estudio dentro del periodo determinado (47).

3.3. Métodos: En este enfoque, utilizamos el método cuantitativo dado que, de acuerdo con el marco conceptual, permite realizar la selección pertinente del análisis estadístico adecuado para generar informaciones válidas y fiables en relación con el problema. Además, en el presente estudio, consideramos que resulta esencial emplear este método de análisis numérico para calcular con total precisión la incidencia de la hemorragia posparto en el hospital de Guayaquil durante el año 2025, logrando así la mayor coherencia entre el objetivo del estudio y sus datos estadísticos(48).

3.4. Diseño: No experimental. - Está clasificado explícitamente como observacional, dado que permite registrar las características del fenómeno sin manipular ninguna variable dentro de su entorno natural (49).

3.4.1. Según el tiempo: Retrospectivo, esta metodología permite, según el presente estudio sobre la HPP, analizar retrospectivamente recopilando información de diferentes fuentes secundarias ya disponibles y valorando las variables clínicas de las pacientes junto con su historial médico posterior al manejo del evento obstétrico (49).

3.4.2. Según la naturaleza de los datos: Se clasifica como un estudio transversal debido a que la recolección de datos se realizó en un momento

específico. Cada registro clínico del año 2025 se evalúa una sola vez en busca de posibles casos de HPP, sin seguimiento adicional de las pacientes (49).

3.5. Población y muestra:

El estudio inicialmente incluyó a todas las pacientes obstétricas admitidas en el Hospital Especializado Teodoro Maldonado Carbo que registraron episodios de hemorragia durante el embarazo, el parto o el posparto en el año 2025. Sobre esta población total, fueron aplicados los criterios de inclusión y exclusión para identificar y seleccionar exclusivamente aquellos episodios de HPP que requirieron hospitalización en el Servicio de Urgencias durante el periodo estudiado, comprendido entre octubre y diciembre de 2025. Con esta delimitación se obtuvo una población finita y accesible de 21 pacientes; al haberse incluido todos los casos que cumplían los criterios clínicos para ese trimestre, el muestreo fue de tipo censal, eliminando la necesidad de realizar un muestreo probabilístico. Para obtener resultados fiables y relevantes estadísticamente, se aplicaron frecuencias absolutas y relativas.

3.6. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Historias clínicas completas de mujeres atendidas por hemorragia posparto que incluyan todas las variables consideradas en el estudio.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas que no registren todas las variables consideradas en el estudio.

3.7. Procedimientos para la recolección de la información.

Técnica: Revisión de Historias Clínicas

Instrumento:

Formulario Ad-Hoc

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

En función de los criterios de exclusión e inclusión del estudio, se analizó la base de datos proporcionada por la casa de salud objeto de estudio, se verificó la información requerida en cuanto las variables consideradas en el estudio y posteriormente se registrará los datos estadísticos en el programa Microsoft Excel para representarlos mediante tablas de frecuencia para su posterior análisis e interpretación.

3.9. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

Se ingresó la solicitud correspondiente en el departamento de Docencia del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo para acceder a la información de las historias clínicas durante el periodo de análisis del estudio.

3.10. Variable general y operacionalización.

Variable general.

VARIABLE GENERAL: Frecuencia de hemorragias post parto en el hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Dimensión	Indicador	Escala
Datos sociodemográficos	Edad	_____ años
Antecedentes gineco-obstétricos	Número de gestaciones	Primigesta Multigesta (2–4) Gran multigesta (≥5)
	Número de partos	Primípara Multípara Gran multípara
	Número de controles prenatales	0, 1 3, 4 6, 7 Más de 7

	Antecedentes patológicos personales	Sí / No
	Trastornos hipertensivos	Sí / No
Atención pre y post parto	Vía del parto	Parto vaginal / Cesárea
	Complicaciones durante el parto adicionales	Sí / No cuales
	Tiempo de ingreso posparto	<24 horas - 1–2 días - 3–5 días - >5 días
Hemorragias postparto	Tratamientos aplicados	Reposición de líquidos Transfusión sanguínea Masaje uterino Extracción del tejido placentario retenido Reparación de laceraciones del tracto genital Uterotónicos (oxitocina, prostaglandinas, metilergonovina) Procedimientos quirúrgicos (50)

Fuente: Elaboración propia.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión determinados previamente, se seleccionaron 21 pacientes con diagnóstico de hemorragia posparto quienes fueron asistidas en el área de urgencias y posteriormente hospitalizadas en el Hospital Especializado Teodoro Maldonado Carbo durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025. Considerando el reducido número de casos registrados durante el tiempo de estudio se incluyó toda la población por lo que no fue necesario realizar un muestreo.

Dentro de las pacientes asistidas en la casa de salud hubo un predominio de mujeres entre el rango de edad de 30 a 34 años (38,1%), seguidas con un porcentaje no muy distante del 33,3% por el grupo de 35 años o más, es decir, el 71,4% de los casos ocurrió en pacientes con más de 30 años de edad, una posible consecuencia de esta tendencia pudiera ser una mayor prevalencia de factores obstétricos asociados a la edad, incluyendo multiparidad, comorbilidades maternas o un incremento en las intervenciones obstétricas, condiciones que pudieran aumentar los riesgos de presentar complicaciones después del parto.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra

Rango de edad	Frecuencia (fa)	Porcentaje (%)
20–24 años	2	9,5
25–29 años	4	19
30–34 años	8	38,1
35 años o más	7	33,3
Total	21	100

Fuente: Encuesta. Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025.

Elaborado por: Cruz Chaguay, Ginger Roxana y Yanez Pihuave, Yamily Isabel.

Tabla 2

Distribución según número de gestaciones

Número de gestaciones	Frecuencia (fa)	Porcentaje (%)
1	11	52,4
2	2	9,5
3	3	14,3
4	3	14,3
5	1	4,8

Más de 5	1	4,8
Total	21	100

Fuente: Encuesta. Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025.

Elaborado por: Cruz Chaguay, Ginger Roxana y Yanez Pihuave, Yamily Isabel.

En el grupo predominante, el 52,4 % de las mujeres se encontraban en su primer embarazo. No obstante, el 47,6 % restante estaba compuesto por mujeres que habían tenido dos o más embarazos. Según estos resultados, la hemorragia posparto puede ocurrir con mujeres primigestas, así también con aquellas que tienen un historial de embarazos múltiples. No obstante, los cuidados prenatales adecuadamente realizados y el monitoreo oportuno permiten identificar posibles factores de riesgo e implementar medidas preventivas, reduciendo así la incidencia de dicha complicación. En consecuencia, es necesario mantener un adecuado seguimiento clínico sin considerar el número de embarazos previos.

Tabla 3

Distribución según número de partos

Número de partos	Frecuencia (fa)	Porcentaje (%)
1	12	57,1
2	4	19
3	4	19
Más de 3	1	4,8
Total	21	100

Fuente: Encuesta. Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025.

Elaborado por: Cruz Chaguay, Ginger Roxana y Yanez Pihuave, Yamily Isabel.

Considerando la paridad, el 57,1 % del total de pacientes eran primíparas, en tanto que el 42,9 % tenían antecedentes de dos o más partos previos. En términos estadísticos, si bien el grupo de las primíparas predomina, existe una

importante proporción de mujeres con partos previos, señalando que la HPP puede presentarse en múltiples perfiles obstétricos. En consecuencia, estos datos muestran que la paridad por sí sola tampoco es un factor suficiente para prevenir esta complicación, subrayando la necesidad de una valoración individualizada de los factores de riesgo antes y durante el parto; además, esta tendencia también se ve respaldada al observar una prevalencia de riesgo similar independientemente de si se trataba de un primer embarazo frente a embarazos previos.

Tabla 4

Distribución según número de controles prenatales

Controles prenatales	Frecuencia (fa)	Porcentaje (%)
2	2	9,5
3	8	38,1
4	6	28,6
5	5	23,8
Total	21	100

Fuente: Encuesta. Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025.

Elaborado por: Cruz Chaguay, Ginger Roxana y Yanez Pihuave, Yamily Isabel.

Con respecto al cuidado prenatal de las pacientes, el 38,1 % de las pacientes recibieron tres consultas prenatales, mientras que un 28,6 % recibió cuatro y el 23,8% recibieron 5 consultas. En general, el 90,5 % de la población recibieron de entre tres a cinco consultas prenatales. Si bien estos porcentajes representan una significativa disponibilidad de atención prenatal, la presencia de la HPP en estos casos indica que el seguimiento prenatal por sí solo es insuficiente para reducir el riesgo de esta complicación, por lo cual se puede concluir que esta complicación se encuentra fuertemente asociada a condiciones durante o después del parto y que no son predecibles en el periodo prenatal.

Tabla 5
Antecedentes patológicos personales

Antecedentes	Frecuencia (fa)	Porcentaje (%)
Sí	16	76,2
No	5	23,8
Total	21	100

Fuente: Encuesta. Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025.

Elaborado por: Cruz Chaguay, Ginger Roxana y Yanez Pihuave, Yamily Isabel.

En cuanto a sus antecedentes médicos, el 76,2 % de las pacientes presentaba enfermedades previas, frente a solo un 23,8 % sin enfermedades asociadas. Esto indica altos índices de comorbilidades dentro de la población del estudio, y supone un factor de riesgo entre las complicaciones obstétricas. Por consiguiente, una alta frecuencia entre las condiciones preexistentes apoya la necesidad para implementar un seguimiento clínico, multidisciplinario y riguroso, mantenido estrictamente a través de la asistencia prenatal y el posparto.

Tabla 6
Trastornos hipertensivos

Trastornos hipertensivos	Frecuencia (fa)	Porcentaje (%)
Sí	9	42,9
No	12	57,1
Total	21	100

Fuente: Encuesta. Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025.

Elaborado por: Cruz Chaguay, Ginger Roxana y Yanez Pihuave, Yamily Isabel.

El 42,9 % del total de pacientes sufrieron trastornos hipertensivos mientras estaban embarazadas, en tanto que el 57,1 % restantes no los padecieron. Y aunque la mayoría nunca llegó a padecer hipertensión durante la gestación, las altas tasas de mujeres afectadas demuestran la importancia clínica de esta enfermedad en la muestra estudiada, puesto que esta patología podría aumentar la probabilidad de sufrir complicaciones obstétricas durante la gestación o durante el período de puerperio.

Tabla 7
Distribución según vía del parto

Vía del parto	Frecuencia (fa)	Porcentaje (%)
Cesárea	16	76,2
Parto vaginal	5	23,8
Total	21	100

Fuente: Encuesta. Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025.

Elaborado por: Cruz Chaguay, Ginger Roxana y Yanez Pihuave, Yamily Isabel.

Respecto al método de parto, la mayoría recurrió a la cesárea, siendo el procedimiento más habitual en el 76,2 % de las mujeres, mientras que el parto vaginal sólo representó el 23,8 % de los casos. El predominio evidente de la cesárea parece indicar una alta tasa de complicaciones obstétricas que requirieron cirugía en la población estudiada. Por otra parte, en términos causales, el procedimiento quirúrgico en sí mismo representa un factor de riesgo adicional para el desarrollo de HPP, como consecuencia del traumatismo tejido-muscular y del cambio hemodinámico relacionado al procedimiento quirúrgico.

Tabla 8*Distribución según tiempo de ingreso hospitalario*

Tiempo de ingreso	Frecuencia (fa)	Porcentaje (%)
Menor de 24 horas	4	19
1 día	13	61,9
2 días	4	19
Total	21	100

Fuente: Encuesta. Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025.

Elaborado por: Cruz Chaguay, Ginger Roxana y Yanez Pihuave, Yamily Isabel.

Considerando la estancia hospitalaria, un total del 61,9 % de las pacientes fueron hospitalizadas el mismo día, en tanto que el 19,0 % permaneció menos de 24 horas y una proporción equivalente prolongó su hospitalización hasta dos días. De acuerdo con estos resultados, podría considerarse que, dentro de la mayoría de las pacientes, las complicaciones hemorrágicas evolucionaron adecuadamente y lograron estabilizarse clínicamente dentro de un período breve (el mismo día). No obstante, el porcentaje de pacientes cuya estancia hospitalaria resultó más extensa indica el grado de severidad de la HPP junto con las comorbilidades vinculadas a ella, que requieren una supervisión ininterrumpida y un seguimiento prolongado para garantizar una adecuada recuperación médica en el posparto inmediato.

Tabla 9*Distribución según tratamiento aplicado*

Tratamiento	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia relativa (fr)	Porcentaje (%)
Reposición de líquidos	7	0,333	33,3
Masaje uterino	6	0,286	28,6
Uterotónicos	5	0,238	23,8

Procedimiento quirúrgico	3	0,143	14,3
Total	21	1	100

Fuente: Encuesta. Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025.

Elaborado por: Cruz Chaguay, Ginger Roxana y Yanez Pihuave, Yamily Isabel.

Considerando el enfoque terapéutico de la hemorragia posparto, los procedimientos de reposición de volumen sanguíneo con terapia de fluidos estuvieron entre las intervenciones más comunes (33,3 %), seguido por el masaje uterino (28,6 %) y en tercer lugar la administración de agentes uterotónicos (23,8 %). En cambio, únicamente el 14,3 % de ellas requirió intervención quirúrgica. La distribución en cuanto a tratamientos demuestra que la gran mayoría fueron controladas efectivamente siguiendo el protocolo médico inicial y tomando medidas convencionales para mantener la estabilidad de las pacientes. Estos resultados muestran que los procedimientos quirúrgicos invasivos más complejos quedaron reservados para casos clínicos de mayor gravedad o con inestabilidad cardiovascular.

DISCUSIÓN

La hemorragia posparto (HPP) constituye actualmente una de las principales complicaciones obstétricas a nivel mundial. Asimismo, representa una de las principales causas directas de mortalidad materna y, al mismo tiempo, puede prevenirse fácilmente mediante un adecuado diagnóstico y tratamiento (20). Según estimaciones internacionales, la HPP supone en torno al 27,1 % de las muertes directamente relacionadas con la maternidad, aunque existen variaciones entre regiones, alcanzando cifras cercanas al 8 % en América Latina uterinos(20). En este estudio se identificaron y describieron 21 pacientes diagnosticadas con HPP y atendidas en el Hospital Especializado Teodoro Maldonado Carbo entre septiembre, octubre y noviembre de 2025, incluyendo sus antecedentes ginecológicos y obstétricos, además del tratamiento llevado a cabo.

Considerando la edad materna, nuestros hallazgos mostraron que predominaban las pacientes de entre 30 y 34 años (38,1 %), luego las de 35 años o más con un 33,3 %, las cuales, conjuntamente, representan el 71,4 % del total de casos. Estos resultados coinciden con los reportados por Cedeño et al. (2022) en mujeres ecuatorianas atendidas en el Hospital Materno Matilde Hidalgo de Procel, el cual identificó una frecuencia más elevada de hemorragia posparto entre las mujeres de 30 a 39 años, como también una mayor prevalencia de casos con antecedentes de partos múltiples y con anemia previamente diagnosticada (20). Datos que coinciden con los reportados en el metaanálisis dirigido por Tsegaye et al. (2022) en Etiopía (que comprendió 21 estudios difundidos entre 2010 y 2021) donde se reportó una incidencia de HPP del 8,24 %, y señaló como factores asociados el embarazo a edad avanzada, así como un parto prolongado, una atención prenatal insuficiente y antecedentes de hemorragia posparto (20). Pero que no concuerdan con los reportados en la revisión sistemática desarrollada por Liu et al. (2021) en mujeres chinas, quienes evaluaron a 34,178 pacientes embarazadas y encontraron una frecuencia de HPP del 1,56% (532 casos). Según ese estudio, algunos factores de riesgo fueron la edad materna por

debajo de los 18 años, así como cesáreas previas, antecedentes de HPP, fecundación in vitro, problemas de anemia previa al parto, trabajo de parto prolongado, así como complicaciones placentarias (14).

En cuanto a los controles prenatales, se observó que el 90,5 % de las pacientes recibieron entre tres y cinco controles durante el embarazo. Aunque la asistencia prenatal contribuye a detectar los factores de riesgo, esta no elimina la posibilidad de desarrollar una HPP, puesto que existen causas asociadas al parto o al proceso posparto inmediato. Con respecto al tema de igual manera Tsegaye et al. (2022), en Etiopía, encontraron que la falta de revisiones prenatales estaba relacionada con un mayor riesgo de HPP, así como la edad materna avanzada, el parto prolongado y los antecedentes de hemorragia previa (20).

Al analizar la paridad, de igual manera la más frecuente fue la primiparidad (57,1 %), frente al 42,9 % en el que las mujeres habían tenido dos o más partos anteriores. Estos resultados discrepan de las conclusiones planteadas por León L, & Caichug Y, (2021), en un estudio realizado con 324 pacientes residentes en Quito, quienes observaron unos índices de prevalencia de HPP del 39,2 % e identificaron la multiparidad como factor de riesgo (OR = 4,41), juntamente con la cesárea, la hipertensión gestacional y la obesidad (14). Del mismo modo, Barth et al. (2025), en Alemania, hicieron un análisis de 1,038 mujeres con HPP y encontraron que el 20,9 % había tenido una hemorragia grave (≥ 1500 ml), donde identificaron la multiparidad (OR ajustado = 2,12), la cesárea (OR ajustado = 3,92), la placenta previa, alteraciones placentarias y la preeclampsia como factores de riesgo asociados (14).

Respecto a los antecedentes gineco obstétricos, el 76,2 % de pacientes registraban comorbilidades y el 42,9 % habían desarrollado trastornos hipertensivos mientras estaban embarazadas. Los resultados son similares a los de Barth et al. (2025), donde se determinó que en el grupo de estudio de mujeres alemanas; la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos son factores relacionados con la HPP (14), así como a los de Liu et al. (2021), los cuales determinaron que la anemia prenatal, las anomalías placentarias, una

cesárea previa y un parto prolongado incrementan el riesgo de hemorragia grave en mujeres chinas (14). Por otra parte, la cesárea (76,2 %) fue más frecuente que el parto vaginal (23,8 %) durante el presente estudio, resultados que concuerdan con los de Liu et al. (2021), que informaron de que una cesárea previa aumentaba el riesgo de HPP grave (aOR = 2,57; IC del 95 %: 1,90–3,47), y con los publicados por Barth et al. (2025), quienes observaron mayor probabilidad de hemorragia grave y necesidad de intervención quirúrgica entre las pacientes tras una cesárea (14). Linde et al. (2022), en Noruega, relacionaron determinados tipos de parto con un mayor riesgo de HPP debido a alguna dificultad en el parto (ORa = 13,2), placenta retenida (ORa = 5,9), atonía uterina (ORa = 4,0) y traumatismo obstétrico (ORa = 3,9) (14). El presente estudio muestra que la cesárea resultó ser el tipo de parto predominante, mientras que ninguna relación directa con la HPP pudo establecerse.

Según la estancia hospitalaria de la población de estudio, el 61,9 % estuvo hospitalizado un día, lo que refleja las necesidades de seguimiento clínico tras una HPP. En el contexto internacional se reconoce que entre el 4,8 % y el 12,2% requieren atención médica urgente en el posparto, sobre todo debido a sangrados vaginales (14). Asimismo, según un estudio realizado por Rodríguez A, et al en Estados Unidos (2020), que incluyó 8.589 partos; de las cuales, 491 mujeres (5,7 %) fueron atendidas en urgencias dentro de los primeros 42 días tras el parto, y el sangrado vaginal y la HPP estuvieron incluidos entre los diagnósticos más frecuentes (14),

En cuanto al manejo terapéutico, las principales intervenciones de este estudio consistieron en la reposición de líquidos (33,3 %), el masaje uterino (28,6 %) y la administración de agentes uterotónicos (23,8 %), siendo necesaria la intervención quirúrgica en el 14,3 % del total de casos. Estos resultados siguen las recomendaciones disponibles en la literatura y se basan en las directrices del Comité de Salud Materna y Neonatal Segura (SMNH) de la FIGO, sobre el cuidado inicial de la hemorragia posparto, con prioridad en la estabilización hemodinámica, el masaje uterino, agentes uterotónicos y la determinación de la causa de la hemorragia (51). Los beneficios que tiene

recibir tratamiento de forma temprana fueron demostrados en el ensayo E-MOTIVE (2025), llevado a cabo entre 80 hospitales de Kenia, Nigeria, Sudáfrica y Tanzania, donde participaron 210 132 mujeres. El uso combinado del masaje uterino, la oxitocina, el ácido tranexámico, líquidos intravenosos y la valoración del tracto genital disminuyó la frecuencia de hemorragia posparto grave o muerte materna del 4,3 % al 1,6 % (RR = 0,40; IC del 95 %: 0,32–0,50) (51).

Domínguez I, et al (2024), en México, realizaron un estudio con 25 pacientes con HPP como consecuencia de una pérdida de tónica uterina y reportó una incidencia del 1,26 %. El 84 % de ellas presentaba sobrepeso u obesidad, y el 40 %, había tenido un parto prolongado. El 56 % respondieron al tratamiento uterotónico, el 28 % necesitaron cirugía conservadora, el 8 % tuvieron que someterse a la técnica del globo de Bakri y el 4 % necesitaron una histerectomía obstétrica (51). Nuestros resultados coinciden con los del presente estudio, donde predominó el enfoque conservador y los procedimientos quirúrgicos resultaron menos frecuentes.

CONCLUSIONES

Esta investigación determinó la incidencia de HPP en el Hospital Especializado Teodoro Maldonado Carbo dentro del periodo de estudio determinado, lo que demuestra como esta emergencia obstétrica requiere atención médica inmediata, monitoreo constante además de la implementación adecuada de los protocolos de tratamiento que reducen las complicaciones relacionadas durante el periodo posparto.

Los antecedentes obstétricos y ginecológicos indicaron que estas complicaciones podrían presentarse en pacientes con una variedad de condiciones obstétricas y clínicas previas; en consecuencia, cada caso requiere una evaluación obstétrica personalizada, considerando los factores vinculados al embarazo, antecedentes clínicos, desarrollo del embarazo y circunstancias durante la atención del parto.

Los tratamientos proporcionados a pacientes con HPP estuvieron principalmente dirigidos a estabilizar la hemorragia y la condición hemodinámica de la paciente, así como evitar complicaciones utilizando medidas iniciales terapéuticas definidas en los protocolos obstétricos. El diagnóstico precoz de la HPP junto con la implementación progresiva de medidas terapéuticas conservadoras en relación con la evolución clínica fue esencial para obtener resultados favorables en las complicaciones maternas, esto permitió que solo un reducido porcentaje de los casos estudiados requirieran tratamientos más invasivos mediante procedimientos quirúrgicos.

En conclusión, los cuidados relacionados con la HPP suponen un enfoque integral pre y post parto basados en la prevención, la detección precoz, la capacitación continua de los profesionales sanitarios disponibles y la disponibilidad inmediata de los recursos necesarios para una intervención eficaz. La implementación de estos enfoques permite mejorar la atención obstétrica y disminuir las consecuencias relacionadas con esta urgencia en el Hospital Especializado Teodoro Maldonado Carbo.

RECOMENDACIONES

Al Hospital objeto de estudio, fortalecer sus programas y protocolos institucionales para la identificación, gestión y tratamiento oportuno de la hemorragia posparto, para asegurar la aplicación adecuada de las recomendaciones establecidas para el cuidado de esta urgencia obstétrica tanto del personal de enfermería como del personal médico.

Al Hospital se recomienda implementar y mantener de forma constante programas de capacitación y educación continua para el personal médico, de enfermería y otros profesionales involucrados en la atención materna, haciendo énfasis sobre el diagnóstico precoz ante los síntomas de alarma, las evaluaciones para identificar los factores de riesgo, manejo inicial de la hemorragia posparto y correcta aplicación y seguimiento de terapias establecidas.

Al Hospital fortalecer el seguimiento y control obstétrico desde el periodo prenatal, pasando por el parto, hasta el posparto inmediato, con evaluaciones exhaustivas de las pacientes para identificar a la brevedad los antecedentes médicos, las afecciones obstétricas relacionadas y los factores asociados que podrían aumentar las posibilidades de sufrir una hemorragia posparto.

A los estudiantes realizar investigaciones regulares sobre la hemorragia posparto, utilizando un mayor número de variables y analizando las correlaciones existentes para detectar los posibles factores asociados y generar evidencia más detallada que aporte a la investigación sobre las complicaciones relacionadas con esta afección obstétrica.

A la Universidad, realizar futuras investigaciones con periodos de seguimiento mayores y una mayor población estudiada para evaluar los aspectos relacionados, causas específicas de la hemorragia posparto, desarrollo clínico y efectividad de los procedimientos aplicados, ayudando así a crear evidencia que fortalezca la asistencia obstétrica dentro del ámbito hospitalario.

REFERENCIAS

1. Ammerdorffer A, Rushwan S, Timms R, Wright P, Beeson L, Devall AJ, et al. Quality of oxytocin and tranexamic acid for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage in Kenya, Nigeria, South Africa, and Tanzania. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2022 Jun 1;158(S1):46–55. doi:10.1002/IJGO.14197 PubMed PMID: 35762808.
2. Althabe F, Therrien MNS, Pingray V, Hermida J, Gülmezoglu AM, Armbruster D, et al. Postpartum hemorrhage care bundles to improve adherence to guidelines: A WHO technical consultation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2020 Mar 1;148(3):290–9. doi:10.1002/IJGO.13028 PubMed PMID: 31709527.
3. OMS. Varios organismos mundiales de la salud publican nuevas recomendaciones para tratar de poner fin a las muertes por hemorragia puerperal [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 11]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2025-global-health-agencies-issue-new-recommendations-to-help-end-deaths-from-postpartum-haemorrhage>
4. Williams CR, Adnet G, Gallos ID, Coomarasamy A, Gülmezoglu AM, Islam MA, et al. Research agenda for ending preventable maternal deaths from postpartum haemorrhage: a WHO research prioritisation exercise. *BMJ Glob Health*. 2024 Nov 7;9(11):15342. doi:10.1136/BMJGH-2024-015342 PubMed PMID: 10.1136/bmjgh-2024-015342.
5. Mitchell KA, Haddock AJ, Husainy H, Walter LA, Rajapreyar I, Wingate M, et al. Care of the Postpartum Patient in the Emergency Department: A Systematic Review with Implications for Maternal Mortality. *Am J Perinatol*. 2021 Apr 1;40(5):489. doi:10.1055/S-0041-1732455 PubMed PMID: 34327686.
6. Corry-Saavedra K, Murphy A, Mei JY. Clinical and demographic factors associated with increased risk of postpartum readmission among patients presenting to the emergency department by 6 weeks postpartum. *J Matern*

Fetal Neonatal Med. 2025;38(1). doi:10.1080/14767058.2025.2466210
PubMed PMID: 39956638.

7. Yunas I, Islam MA, Sindhu KN, Devall AJ, Podeseck M, Alam SS, et al. Causes of and risk factors for postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2025 Apr 26;405(10488):1468–80. doi:10.1016/S0140-6736(25)00448-9 PubMed PMID: 40188841.
8. Rodriguez AN, Patel S, Maclas D, Morgan J, Kraus A, Spong CY. Timing of Emergency Postpartum Hospital Visits in the Fourth Trimester. *Am J Perinatol*. 2021 Mar 1;38(4):319–25. doi:10.1055/S-0040-1716842 PubMed PMID: 32992354.
9. Ducloy-Bouthors AS, Vidarte MFE. Weighing up causes of and risk factors for postpartum haemorrhage to improve its prevention. *The Lancet*. 2025 Apr 26;405(10488):1440–1. doi:10.1016/S0140-6736(25)00573-2 PubMed PMID: 40188840.
10. Vogel JP, Nguyen PY, Ramson J, De Silva MS, Pham MD, Sultana S, et al. Effectiveness of care bundles for prevention and treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2024 Jul 1;231(1):67–91. doi:10.1016/J.AJOG.2024.01.012 PubMed PMID: 38336124.
11. OMS. La OMS publica un plan mundial para luchar contra la principal causa de muerte en los partos [Internet]. [cited 2025 Oct 11]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2023-who-issues-global-plan-to-tackle-leading-cause-of-death-in-childbirth>
12. Forbes G, Akter S, Miller S, Galadanci H, Qureshi Z, Fawcus S, et al. Factors influencing postpartum haemorrhage detection and management and the implementation of a new postpartum haemorrhage care bundle (E-MOTIVE) in Kenya, Nigeria, and South Africa. *Implementation Science*. 2023 Dec 1;18(1):1–23. doi:10.1186/S13012-022-01253-0/TABLES/5
13. Nigussie J, Girma B, Molla A, Tamir T, Tilahun R. Magnitude of postpartum hemorrhage and its associated factors in Ethiopia: a systematic review and

meta-analysis. *Reprod Health*. 2022 Dec 1;19(1):1–13. doi:10.1186/S12978-022-01360-7/FIGURES/10 PubMed PMID: 35264188.

14. Liu C ning, Yu F bing, Xu Y zhe, Li J sheng, Guan Z hong, Sun M na, et al. Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Dec 1;21(1):1–8. doi:10.1186/S12884-021-03818-1/TABLES/3 PubMed PMID: 33902475.
15. Castiblanco Montañez RA, Coronado Veloza CM, Morales Ballesteros LV, Polo González TV, Saavedra Leyva AJ, Castiblanco Montañez RA, et al. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte*. 2022 Jan 1;13(1). doi:10.15649/CUIDARTE.2075
16. Vélez AS, Soria CM, Valarezo MP, Reyes GL. Complicaciones asociadas a la hemorragia posparto. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*. 2023 Sep 30;7(49):88–100. doi:10.29018/ISSN.2588-1000VOL7ISS49.2023PP90-102
17. OMS. Salud sexual y reproductiva e investigación (SSR) [Internet]. [cited 2025 Oct 10]. Available from: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/maternal-and-perinatal-health/postpartum-haemorrhage](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/maternal-and-perinatal-health/postpartum-haemorrhage)
18. van Steijn ME, Scheepstra KWF, Zaat TR, van der Post JAM, Olf M, van Pampus MG. Posttraumatic stress disorder in partners following severe postpartum haemorrhage: A prospective cohort study. *Women and Birth*. 2020 Jul 1;33(4):360–6. doi:10.1016/J.WOMBI.2019.06.016 PubMed PMID: 31307939.
19. Gallos I, Devall A, Martin J, Middleton L, Beeson L, Galadanci H, et al. Randomized Trial of Early Detection and Treatment of Postpartum Hemorrhage. *New England Journal of Medicine*. 2023 Jul 6;389(1):11–21. doi:10.1056/NEJMOA2303966 PubMed PMID: 37158447.

20. Felis S, Tirloni V, Bertoni M, Tomasi A. Postpartum Hemorrhage. *Journal of Critical Care & Emergency Medicine*. 2023 Aug 16;2(8):1–16. doi:10.47363/JCCEM/2023(2)134
21. Garduño JCB. Advancements in the management of postpartum hemorrhage: a semi-systematic review. *Ginecol Obstet Mex*. 2025 Apr 1;93(4):152–63. doi:10.24245/gom.v93i4.156
22. Tura AK, Aboul-Ela Y, Fage SG, Ahmed SS, Scherjon S, van Roosmalen J, et al. Introduction of Criterion-Based Audit of Postpartum Hemorrhage in a University Hospital in Eastern Ethiopia: Implementation and Considerations. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol 17, Page 9281. 2020 Dec 11;17(24):9281. doi:10.3390/ijerph17249281 PubMed PMID: 33322495.
23. Barth E, Klapdor R, Brodowski L, Hillemanns P, von Kaisenberg C, Dütemeyer V. Postpartum hemorrhage: risk factors for severe blood loss, surgical intervention and peripartum hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2025 Jul 1;312(1):167. doi:10.1007/S00404-025-07969-W PubMed PMID: 39934419.
24. Linde LE, Rasmussen S, Moster D, Kessler J, Baghestan E, Gissler M, et al. Risk factors and recurrence of cause-specific postpartum hemorrhage: A population-based study. *PLoS One*. 2022 Oct 1;17(10). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0275879 PubMed PMID: 36240210.
25. Alaniz D. INFORMACIÓN RELEVANTE MUERTES MATERNAS. Dirección General de Epidemiología. 2023.
26. De Medicina F, De Salud S, Estado D, Guerrero DE, Domínguez Andrade I. Estudio sobre el manejo de la hemorragia postparto por atonía uterina en las pacientes que asistieron al Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el año 2023 [Internet]. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2025 [cited 2026 Aug 2]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12371/29332>
27. Lugmaña León CE, Yumiseba Caichug ÁS. Prevalencia y factores de riesgo de hemorragia postparto en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora en el

periodo de tiempo 01 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2019 [Internet]. 2021 [cited 2026 Aug 2]. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/13806>

28. Schoretsanitis G, Gastaldon C, Ochsenbein-Koelble N, Olbrich S, Barbui C, Seifritz E. Postpartum hemorrhage and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2024 Nov 1;150(5):274–83. doi:10.1111/acps.13583 PubMed PMID: 37286177.
29. Llerena MFC, Morán BAV, Soledispa MMD, Desiderio MJZ, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=5778347>, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=5778348>, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto. *Dominio de las Ciencias*, ISSN-e 2477-8818, Vol 8, Nº Extra 3, 2022 (Ejemplar dedicado a: Agosto Especial 2022), págs 66-77. 2022;8(3):66–77. doi:10.23857/dc.v8i3
30. Wormer KC, Jamil RT, Bryant SB. Postpartum Hemorrhage. *StatPearls*. 2024 Jul 19. PubMed PMID: 29763164.
31. Definición de antecedentes obstétricos - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. [cited 2026 Aug 2]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/antecedentes-obstetricos>
32. Controles y cuidados en el embarazo | UNICEF [Internet]. [cited 2026 Aug 2]. Available from: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/controles-y-cuidados-en-el-embarazo>
33. Hutchison J, Mahdy H, Jenkins SM, Hutchison J. Normal Labor: Physiology, Evaluation, and Management. *StatPearls*. 2025 Feb 15. PubMed PMID: 31335010.
34. Definición de cesárea - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. [cited 2026 Aug 2]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cesarea>

35. Arcudi S, Ronchi A, Capecchi M, Iurlaro E, Ossola MW, Mancini I, et al. Assessment of post-partum haemorrhage risk among women with moderate thrombocytopenia. *Br J Haematol*. 2022 May 1;197(4):482–8. doi:10.1111/bjh.18098 PubMed PMID: 35266559.
36. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2022 Mar 1;157(S1):3–50. doi:10.1002/ijgo.14116
37. Castiblanco Montañez RA, Coronado Veloza CM, Morales Ballesteros LV, Polo González TV, Saavedra Leyva AJ, Castiblanco Montañez RA, et al. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte*. 2022 Jan 1;13(1). doi:10.15649/cuidarte.2075
38. Federspiel JJ, Eke AC, Eppes CS. Postpartum hemorrhage protocols and benchmarks: improving care through standardization. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2022 Feb 1;5(2 Suppl):100740. doi:10.1016/j.ajogmf.2022.100740 PubMed PMID: 36058518.
39. Stuebe A, Auguste T, Gulati M. ACOG COMMITTEE OPINION Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics and Gynecology*. 2018 May 1;131(5):E140–50. doi:10.1097/AOG.0000000000002633 PubMed PMID: 29683911.
40. MSP. Entérate más sobre el Proyecto de Ley – Código Orgánico de Salud – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [cited 2026 Feb 21]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/enterate-mas-sobre-el-proyecto-de-ley-codigo-organico-de-salud/>
41. MSP asegura que garantiza la atención a las emergencias obstétricas, incluido el aborto de cualquier tipo y causa [Internet]. [cited 2026 Feb 15]. Available from: https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/msp-asegura-que-garantiza-la-atencion-a-las-emergencias-obstetricas-incluido-el-aborto-de-cualquier-tipo-y-causa-96506?utm_source=chatgpt.com#google_vignette

42. MSP. La atención obstétrica está garantizada y es una prioridad en Ecuador – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [cited 2026 Feb 15]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/la-atencion-obstetrica-esta-garantizada-y-es-una-prioridad-en-ecuador/>
43. Legislativo D. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial [Internet]. 2008 [cited 2026 Feb 15];449(20):25–2021. Available from: www.lexis.com.ec
44. LEY ORGÁNICA DE SALUD (Ley No. 2006-67) [Internet]. 2006 [cited 2026 Feb 15]. Available from: <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley%20Org%20a1nica%20de%20Salud.pdf>
45. MSP. Score MAMÁ y claves obstétricas [Internet]. 2016 [cited 2026 Feb 21]. Available from: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/ECU-CC-10-011-OPERATIONAL-GUIDANCE-2016-esp-Score-mama-y-claves-obstetricas-protocolo.pdf>
46. Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. [cited 2026 Feb 21]. Available from: www.salud.gob.ec
47. Estudios descriptivos: Tipos, Fases, Ventajas y Limitaciones - Salud y Enfermería [Internet]. [cited 2026 Aug 29]. Available from: <https://saludyenfermeria.org/estudios-descriptivos-tipos-fases-ventajas-y-limitaciones/>
48. Támara VG. Enfoque cuantitativo: taxonomía desde el nivel de profundidad de la búsqueda del conocimiento. Llalliq. 2022 Jun 28;2(1):13–27. doi:10.32911/LLALLIQ.2022.V2.N1.936
49. Ramoo D. Correlations as Non-Experimental Research [Internet]. 2026 Jan 1. doi:10.17605/OSF.IO/HF7DQ
50. Hemorragia posparto - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [cited 2025 Oct 11]. Available from:

https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/hemorragia-posparto#Etiolog%C3%ADa_v25896608_es

51. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 2022 Mar 1;157(Suppl 1):3. doi:10.1002/IJGO.14116 PubMed PMID: 35297039.

ANEXOS



Guayaquil, 19 de Marzo del 2026

Mgs. María Gabriela Acuña Chong
Coordinadora General de Investigación
Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted de manera atenta para solicitar la autorización institucional para acceder a datos clínicos y hospitalarios de la unidad médica que usted dirige, con fines exclusivamente académicos, en el marco del trabajo de titulación que lleva por título:

"Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025"

Este trabajo será desarrollado por Yamily Isabel Yáñez Pihuave, identificada con cédula de ciudadanía N.º 0951658814 y por Ginger Roxana Cruz Chaguay, identificada con cédula de ciudadanía N.º 0929273969, matriculadas en la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, bajo la tutoría de la docente Lcda. Miriam Muñoz, Mgs.

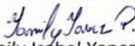
Nos comprometemos a:

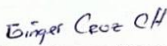
1. Utilizar los datos única y exclusivamente con fines académicos e investigativos.
2. Garantizar el anonimato y la confidencialidad de los datos de los pacientes, cumpliendo con las normativas legales nacionales e internacionales sobre protección de datos personales y ética en investigación.
3. No divulgar ni reproducir información sensible fuera del marco del trabajo académico.
4. Compartir los resultados obtenidos con la institución de salud, como parte del compromiso de retroalimentación del conocimiento generado.
5. Aportar con los hallazgos de la investigación a la mejora continua de la calidad de la atención médica en beneficio del personal de salud, la gestión institucional y, principalmente, de la comunidad usuaria.

Estamos convencidos de que este trabajo puede constituir un aporte significativo al conocimiento científico, y contribuir a fortalecer los procesos clínicos, administrativos y de atención médica en su institución.

Agradecemos la apertura y colaboración institucional para la ejecución de este proyecto, y quedamos atentos a su aprobación y a cualquier requerimiento adicional que consideren pertinente.

Cordialmente,


Yamily Isabel Yáñez Pihuave
C.I.: 0951658814
Correo electrónico:
Yamily.yanez@cu.ucsg.edu.ec
Teléfono: 0990251156


Ginger Roxana Cruz Chaguay
C.I.: 0929273969
Correo electrónico:
Ginger.cruz04@cu.ucsg.edu.ec
Teléfono: 0939628886

www.iesg.gob.ec

Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2026-0078-M

Guayaquil, 07 de abril de 2026

PARA: Sr. Espc. Gonzalo Xavier Fernández Mancero
Jefe de Área de Materno Infantil Hospital de Especialidades - Teodoro Maldonado Carbo

ASUNTO: Solicitud de pertinencia y viabilidad para la realización del trabajo de investigación: "Frecuencia de hemorragias post parto en el hospital Teodoro Maldonado Carbo"

De mi consideración:

Por medio de la presente, me dirijo a usted de manera atenta para solicitar la factibilidad para la realización de la unidad médica que usted dirige, con fines exclusivamente académicos, en el marco del trabajo de investigación que lleva por título:

"Frecuencia de hemorragias post parto en el hospital Teodoro Maldonado Carbo"

Este trabajo será desarrollado por se deja constancia de que la Srta. Cruz Chaguay Ginger Roxana y la Srta. Yanez Pihuave Yamily Isabel, matriculadas en la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, bajo la tutoría de la docente Lcda. Lorena Gana.

Se solicita indicar la pertinencia y viabilidad del presente trabajo.

De autorizarse la realización del presente trabajo, una vez que sea concluido, los autores del proyecto, deberá remitir una copia del documento final hacia la Unidad Médica y hacia la Coordinación de Investigación, con la finalidad de aportar con los hallazgos de la investigación a la mejora continua de la calidad de la atención médica en beneficio del personal de salud, la gestión institucional y, principalmente, de los afiliados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que son atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

* Documento firmado electrónicamente por Guipuz

www.iesg.gob.ec

Síguenos en: 

1/2

Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2026-0078-M

Guayaquil, 07 de abril de 2026

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Maria Gabriela Acuña Chong
COORDINADOR/A GENERAL DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO

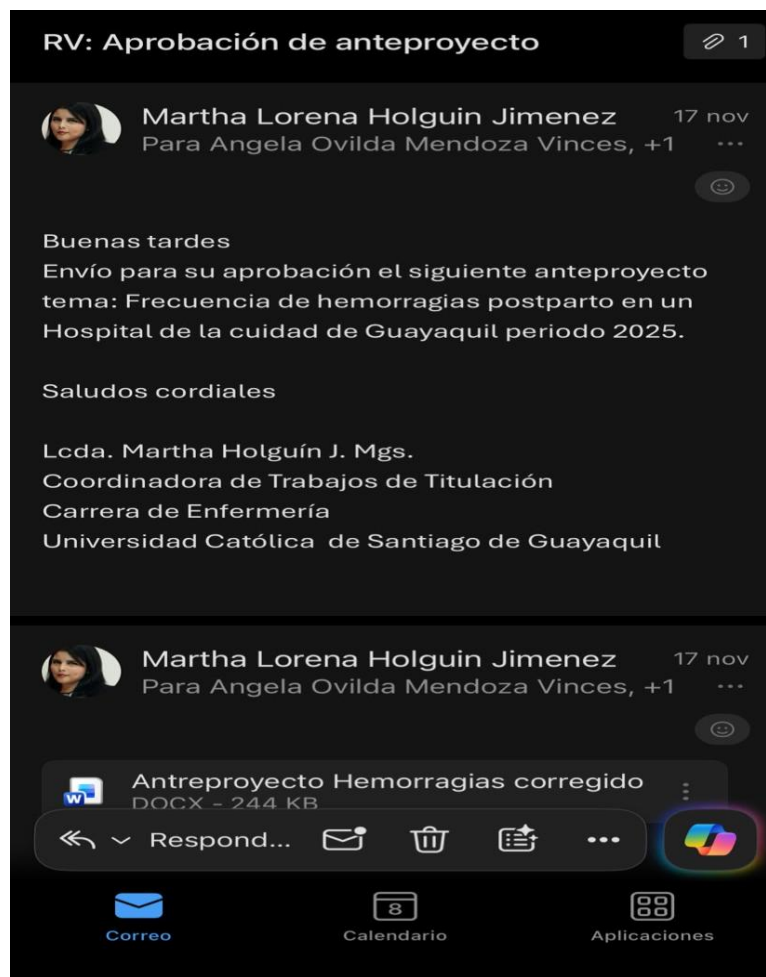
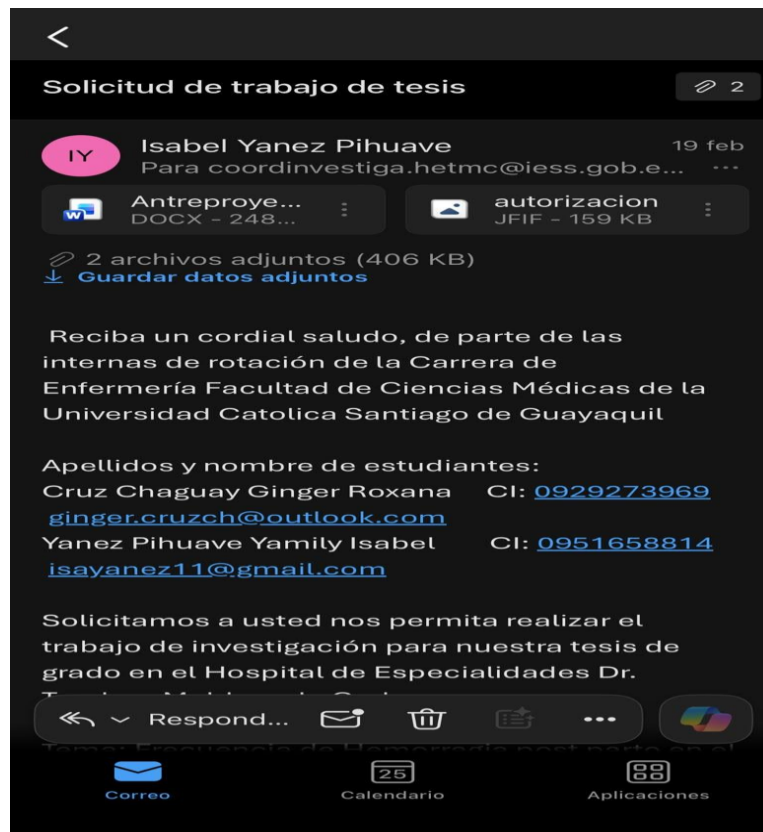
Anexos:
- 2._anteproyecto_hemorragias.pdf

* Documento firmado electrónicamente por Guipuz

www.iesg.gob.ec

Síguenos en: 

2/2





FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**CARRERA DE
ENFERMERIA**

Tema: Frecuencia de hemorragias post parto en el hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Instrumento de recolección de datos para revisión de historias clínicas

N° de ficha

Fecha de revisión

1. Datos sociodemográficos

Edad (años) _____

2. Antecedentes gineco-obstétricos

Número de gestaciones 1 / 2 / 3 / 4 / 5 o más

Número de partos 0 / 1 / 2 / 3 / 4 o más

Número de controles prenatales 0–1 / 3–4 / 6–7 / Más de 7

Antecedentes patológicos personales Sí / No

Trastornos hipertensivos Sí / No

3. Atención pre y post parto

Vía del parto Parto vaginal / Cesárea

Complicaciones durante el parto Sí / No

Tiempo de ingreso posparto <24 horas / 1–2 días / 3–5 días / >5 días

4. Hemorragias postparto y tratamientos aplicados

Tratamiento	Aplicado
-------------	----------

Reposición de líquidos	Sí / No
------------------------	---------

Transfusión sanguínea	Sí / No
-----------------------	---------

Masaje uterino	Sí / No
----------------	---------

Extracción de tejido placentario retenido	Sí / No
---	---------

Reparación de laceraciones del tracto genital	Sí / No
---	---------

Uterotónicos (oxitocina, prostaglandinas, metilergonovina)	Sí / No
--	---------

Procedimientos quirúrgicos	Sí / No
----------------------------	---------

Observaciones adicionales:



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cruz Chaguay, Ginger Roxana** con C.C: 0929273969 autor del trabajo de titulación: **Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025**, previo a la obtención del título de **licenciatura de Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **01 días del mes de septiembre del año 2026**



f.

Nombre: **Cruz Chaguay, Ginger Roxana**

C.C: 0929273969

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Yanez Pihuave, Yamily Isabel**, con C.C: **0951658814** autor del trabajo de titulación: **Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025**, previo a la obtención del título de **licenciatura de Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **01 días del mes de septiembre del año 2026**



f. _____

Nombre: **Yanez Pihuave, Yamily Isabel**

C.C: **0951658814**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Frecuencia de hemorragias post parto en un Hospital de la ciudad de Guayaquil periodo 2025		
AUTOR(ES)	Cruz Chaguay, Ginger Roxana Yanez Pihuave, Yamily Isabel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Muñoz Aucapiña, Miriam Jacqueline Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la salud		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 días de septiembre del 2026	No. DE PÁGINAS:	50 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud pública, Periodo Posparto, Atención Obstétrica, Mortalidad Materna.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	<i>Hemorragia posparto; complicaciones obstétricas; tratamiento obstétrico; atención materna.</i>		
RESUMEN. Introducción: La hemorragia posparto (HPP) constituye la principal causa de muerte materna en países de ingresos bajos representa cerca del 20% de todos los fallecimientos maternos a nivel mundial (1). Objetivo: Identificar la frecuencia de hemorragias posparto en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Población y muestra: la población estuvo conformada por 21 pacientes atendidas en el área de urgencias y posteriormente hospitalizadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Instrumento: Se utilizó una ficha de recolección de datos Ad Hoc mediante revisión de historias clínicas Resultados: El rango de edad con mayor prevalencia fue entre 30 y 34 años (38,1 %) y quienes habían tenido un embarazo previo (52,4 %), en tanto que el 57,1 % eran primíparas. En su mayoría, acudieron entre tres y cinco consultas prenatales (90,5 %), y tenían antecedentes de afecciones médicas (76,2 %), el 76,2 % de los partos se realizaron por cesárea. En relación con el tratamiento recibido, los principales procedimientos fueron reposición de líquidos (33,3 %), masaje uterino (28,6 %) y el uso de agentes uterotónicos (23,8 %), en tanto que solo el 14,3 % requirieron procedimientos quirúrgicos Conclusión: La HPP es una importante complicación obstétrica, se presentó en mujeres con diferentes características ginecológicas y obstétricas, asociadas a diversas condiciones clínicas. El tratamiento oportuno permitió mantener bajo control la mayoría de los casos gracias a las terapias iniciales, destacando la importancia de la adecuada implementación de los respectivos protocolos.			
ADJUNTO PDF:	SI ☒	NO ☐	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +59339628886 +59390251156		E-mail: ginger.cruz04@cu.ucsg.edu.ec yamily.yanez@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Rivera Salazar Geny Margoth, Mgs		
	Teléfono: +593 99 309 5069		
	E-mail: geny.rivera@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			