



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE
CLAVES OBSTÉTRICAS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR: MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI

DIRECTOR: LCDA. ANA BEATRIZ GUAPACASA YANZA

CUENCA - ECUADOR

2021

*Yo me gradué en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES
OBSTÉTRICAS

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR: MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI

DIRECTOR: LCDA. ANA BEATRIZ GUAPACASA YANZA

CUENCA-ECUADOR

2021

*Yo me gradué en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Metodología.....	7
Figura 1.....	8
Resultados y Discusión.....	8
<i>Porcentaje de activación de las claves obstétricas.....</i>	<i>9</i>
<i>Clasificación las claves obstétricas.....</i>	<i>9</i>
<i>Factores de riesgo que predisponen la activación de las claves obstétricas.....</i>	<i>10</i>
<i>Signos de alarma para la activación de las claves obstétricas roja, azul y amarilla.....</i>	<i>11</i>
Clave roja.....	11
Clave azul.....	11
Clave amarilla.....	12
<i>Intervenciones de enfermería en el uso de las diferentes claves obstétricas.....</i>	<i>12</i>
Clave roja.....	12
Clave Azul.....	13
Clave Amarilla.....	14
Conclusiones.....	15
Referencias Bibliográficas.....	17
Anexos.....	24

Intervenciones de Enfermería en el uso de Claves Obstétricas

Autora: Martha Cecilia Dominguez Zari

Directora: Lcda. Ana Beatriz Guapacasa

RESUMEN

Introducción: Las claves obstétricas son herramientas que ayudan al personal de salud a identificar y manejar las emergencias o urgencias de gestantes, parturientas o puérperas. **Objetivo:** realizar una revisión bibliográfica sobre las intervenciones de enfermería en el uso de claves obstétricas. **Metodología:** se realizó una revisión bibliográfica, donde se utilizó 50 artículos de bases científicas como: Scopus, PubMed, Springer, Science Direct, Redalyc, Scielo, Medigraphic, como también documentos de Organizaciones Sanitarias como: Guías de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Guías Obstétricas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), publicados en los años 2016 al 2021. **Resultados:** el mayor porcentaje de activación de claves obstétricas fueron para la clave azul con el 41,9% en Sudamérica; se clasifican según su gravedad en clave roja (hemorragias obstétricas), clave azul (trastornos hipertensivos) y clave amarilla (sepsis); los factores riesgo obstétrico son la edad, antecedentes patológicos; los signos de alarma son: hemorragias por parto vaginal o cesárea, taquicardia, hipertensión arterial e hipertermias. **Conclusiones:** las intervenciones de enfermería dependerán de la clave obstétrica que se active, mediante la herramienta Score MAMA, en ella se valoran los signos vitales, estado de conciencia y proteinuria; el personal debe actuar de manera rápida y precisa en la administración de oxígeno, administración de líquidos intravenosos, manejo de hemorragias manuales o con ayuda de dispositivos, administración de medicamentos y control de diuresis horaria, según la clave activada.

Palabras claves: Muerte materna, Factores de riesgo, Hipertensión, Hemorragia posparto, Sepsis.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric cues are tools that help health personnel to identify and manage emergencies or emergencies of pregnant, parturient, or puerperal women. **Objective:** To conduct a literature review on nursing interventions in the use of obstetric cues. **Methodology:** A literature review was performed, utilizing 50 articles from scientific databases, such as Scopus, PubMed, Springer, Science Direct, Redalyc, Scielo, Medigraphic, as well as documents from Health Organizations, like the Pan American Health Organization (PAHO) Guidelines, World Health Organization (WHO) documents and Obstetric Guidelines of the Ministry of Public Health of Ecuador (MSP), published in the years 2016 to 2021. **Results:** The highest percentage of obstetric key activation was for the blue key with 41.9% in South America; they are classified according to the severity in red key (obstetric hemorrhage), blue key (hypertensive disorders), and yellow key (sepsis). Obstetric risk factors are age, pathological history; alarm signs are hemorrhage by vaginal delivery or cesarean section, tachycardia, arterial hypertension, and hyperthermia. **Conclusions:** nursing interventions will depend on the obstetric key that is activated, using the Score MAMA tool, which assesses vital signs, state of consciousness, and proteinuria; the staff should act quickly and accurately in the administration of oxygen, intravenous fluids, management of bleeding manually or with the aid of devices, administration of drugs and control of hourly diuresis, according to the activated key.

Keywords: Postpartum Hemorrhage, Hypertension, Puerperal Infection, Maternal Death, Risk Factors.

Introducción

Las claves obstétricas son herramientas que disminuyen el riesgo de muerte materna mediante la identificación y manejo de una emergencia o urgencia de las gestantes, parturientas o puérperas, se clasifican en función de su gravedad mediante el instrumento Score MAMA, esta dará una puntuación que ayuda a detectar el riesgo de las pacientes y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones (1).

La OMS (2) describe que “cada día mueren alrededor de 830 mujeres a nivel mundial, por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio”. Según Hernández et al (3) en su estudio realizado se identificaron las principales causas de muerte materna como los trastornos hipertensivos con 44,6%, seguido de las hemorragias obstétricas con 33,9% y finalmente las infecciones puerperales con un 11,6% en el continente Africano.

Tallapured S (4) en su estudio realizado en Asia las principales causas de muerte materna fueron las hemorragias postparto con el 43,7%, seguido de los trastornos hipertensivos con el 31,2%. Mientras que Moncloa et al (5) menciona que las principales causas de morbilidad materna se relacionaron con los trastornos hipertensivos con el 34,9%, seguido de sepsis con el 13,3% y por último las hemorragias obstétricas con el 7,6%. En Sudamérica en el año 2020 la principal causa de muerte materna fue por trastornos hipertensivos, seguido de las hemorragias postparto y por último sepsis (6).

Por este motivo las autoridades sanitarias desarrollaron estrategias para disminuir la morbilidad materna e incluyeron una herramienta de puntuación de alerta temprana llamada Score Mama, en el cual, se valora seis parámetros como: Tensión Arterial (TA), Frecuencia Cardíaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR), Saturación de Oxígeno (SatO₂), Temperatura (T°), Estado de Conciencia y Proteinuria, su finalidad es dar un color según el riesgo obstétrico de las mujeres gestantes y puérperas, como la clave roja (hemorragia postparto), clave azul (trastornos hipertensivos) y clave amarilla —sepsis—(7). Existen factores de riesgo obstétricos como la edad en menores de 18 años o mayores de 35 a 40 años, el nivel socioeconómico, controles prenatales inadecuados que pueden desencadenar desprendimiento placentario entre otros (8).

Los signos de alarma para la activación de cada clave obstétrica se deben realizar de manera rápida, oportuna y eficaz para proteger la vida de la gestante, así como el producto de la gestación (9). La clave obstétrica azul, están relacionada con los trastornos hipertensivos, los signos se manifiestan con una tensión arterial sistólica (TAS) igual o mayor a 160mmHg y una tensión arterial diastólica (TAD) igual o mayor a 110mmHg (10). Cuando se presenta la activación de esta clave el personal de enfermería, informará al paciente el procedimiento a realizarse, se iniciará con la administración de fluidos y fármacos, continuando con la revaloración de signos vitales (11).

En la clave roja los signos están relacionados con hemorragias postparto, aquellas pérdidas superiores a 500ml, posterior a un parto vaginal o mayor a 1000ml después de una cesárea, cuando el sangrado supera los 1000ml en las primeras 24 horas del puerperio, cuando este sangrado no es controlado puede llegar a producir un choque hipovolémico con una pérdida de volumen sanguíneo mayor del 40% (12). El personal de enfermería debe realizar intervenciones como: realizar un masaje uterino o compresión bimanual para disminuir la hemorragia, administración de líquidos cristaloides para la reposición de la volemia perdida y la administración de fármacos uterotónicos que ayuden a prevenir las hemorragias postparto, reevaluar los signos vitales y el estado de conciencia (13,14).

En la clave amarilla misma que está relacionada con sepsis o choque séptico, se encuentran algunas manifestaciones como: $T^{\circ} > 38.5^{\circ}C$ (hipertermia), FC (bradicardia), FR (taquipnea), causadas por sepsis puerperal e infecciones del tracto urinario, el personal de enfermería interviene mediante una evaluación de signos vitales e iniciará al tratamiento con la aplicación de antibióticos y líquido cristaloides (7,15).

La presente investigación tiene la finalidad de realizar una revisión bibliográfica sobre las intervenciones de enfermería en el uso de claves obstétricas, es importante conocer el porcentaje de activación de las mismas, así como su clasificación, cuáles son los factores de riesgo que predispone, los signos de alarma para la activación de las claves roja, azul y amarilla y finalmente las intervenciones de enfermería frente a cada una de estas claves, los resultados de esta

investigación servirán como fuentes de consulta actualizada para toda persona que esté vinculada a la rama de la salud.

Metodología

La presente revisión bibliográfica narrativa, relacionada con las intervenciones de enfermería en el uso de claves obstétricas, se realizó mediante una búsqueda en bases de datos científicas como Scopus, PubMed, Springer, Science Direct, Redalyc, Scielo, Medigraphic, también se utilizaron documentos de Organizaciones Sanitarias como: Guías de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Guías Obstétricas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), publicados en los años 2016 al 2021.

Las ecuaciones de búsqueda fueron estructuradas considerando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), mediante el uso de las palabras claves como “muerte materna”, “factores de riesgo”, “hipertensión”, “hemorragia posparto”, “sepsis”, “intervenciones de enfermería”, se utilizó el operador booleano “AND”, en varios idiomas; estableciendo las siguientes truncamientos: “maternal AND death”, “muerte AND materna”, “trastorno AND hipertensión AND obstétrico” “postpartum AND hemorrhage”, “factores AND riesgo AND obstétricos”, “hemorragias AND posparto”, “obstetric AND sepsis”, “obstetric AND risk AND factors”, “nursing AND intervention AND postpartum AND hemorrhages”.

Para la selección de los artículos se aplicaron criterios de inclusión con términos referentes al tema de estudio, se consideraron los artículos publicados entre los años 2016 y 2021, en varios idiomas y se excluyeron tesis, monografías, editoriales y artículos publicados fuera de los años establecidos y que no respondan a las preguntas de investigación.

En la presente revisión bibliográfica se encontraron 397 artículos, de los cuales, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se determinaron 64 artículos potenciales, después de una selección de artículos que respondían de manera directa a las preguntas planteadas se utilizó un total de 50 artículos científicos que comprenden: 45 artículos de campo, una Guía de la Organización Panamericana de la Salud, un documento de la Organización Mundial de la Salud, tres Guías del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

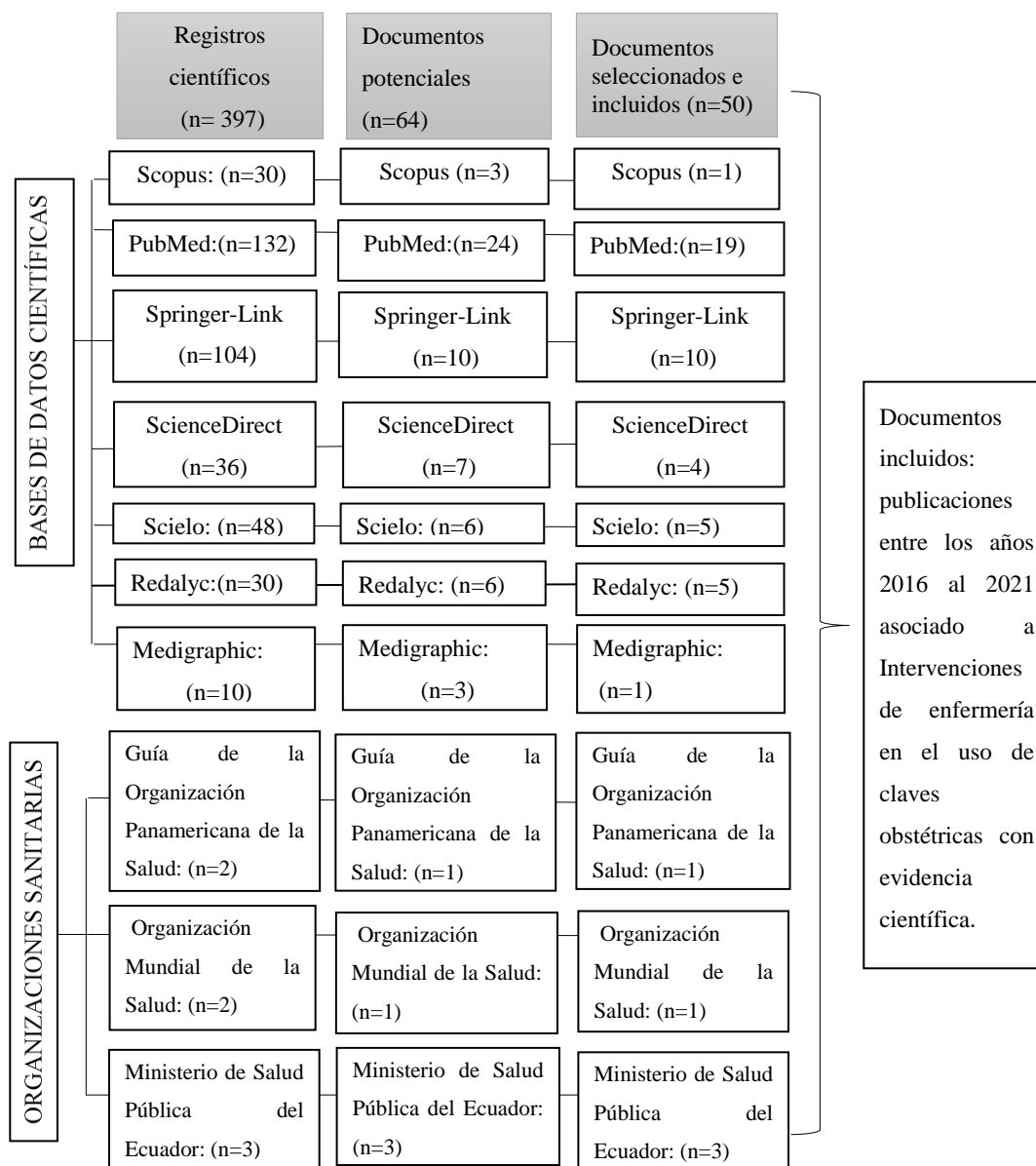


Figura 1

Flujograma de registro de búsqueda

Elaborado por: autor

Resultados y Discusión

Con el fin de reconocer la importancia de las intervenciones de enfermería en el uso de las claves obstétricas, se analizaron 50 documentos científicos para desarrollar esta investigación, los cuales, se distribuyeron de la siguiente manera: 45 artículos de campo, una Guía de la Organización

Panamericana de la Salud, un documento de la Organización Mundial de la Salud, tres Guías del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Porcentaje de activación de las claves obstétricas

Según Hernández et al (3) en un estudio realizado en África el porcentaje de activación de claves obstétricas es del 44,6% para la clave azul, seguida del 33,9% para la clave roja y en tercer lugar con el 11,6% para la clave amarilla. En Asia en el año 2019 se describió que la primera clave en activarse es la clave azul con el 51.1%, seguida de la clave roja con el 43,5% y por último la clave amarilla con 34% (16).

En un estudio realizado en Norteamérica el porcentaje de activación fue la clave azul con 23,7% (17–19). Así mismo, Pantoja L (20) en su investigación demostró que la clave con mayor activación fue la clave azul con el 53,3% y la clave roja con el 22%. Mientras que, Mora G et al (21) en un estudio realizado en Sudamérica en el año 2020 menciona que la clave obstétrica con mayor porcentaje de activación fue para la clave azul con el 41,9%, seguida de la clave roja con el 34% para la clave roja y finalmente la clave amarilla con el 11,9%.

Clasificación las claves obstétricas

En Ecuador se realiza la clasificación utilizando el sistema de puntuación de alerta temprana Score MAMA, el cual valora seis parámetros; TA, FC, FR, SatO₂, T°, estado de conciencia y proteinuria, con el fin de determinar el riesgo obstétrico de las mujeres gestantes y puérperas, por lo cual se clasifican en clave roja, azul y amarilla (7,22). Distintos autores indicaron que para brindar una atención rápida y multidisciplinaria de las urgencias obstétricas se clasifican en clave azul, clave roja y clave amarilla; una vez realizada la valoración (latidos cardíacos y movimientos fetales) y la clasificación se aplicará el protocolo que ayudan a disminuir la muerte de la madre y conservar la vida del feto (23–25).

En un estudio realizado en el Hospital de Norteamérica en el año 2019, menciona que un control periódico prenatal permite clasificar con mayor rapidez las claves obstétricas en roja, azul y amarilla, se realiza mediante la valoración de parámetros tales como: signos vitales de la

gestante, exámenes complementarios y estado de conciencia, mediante los cuales se obtiene una puntuación para detectar el nivel de riesgo (26,27).

En Norteamérica las claves obstétricas son clasificadas en código rojo cuando la vida de la gestante está comprometida, es decir, cuando hay hemorragias, pérdida de conciencia, crisis convulsivas y cambios graves en los signos vitales; el código amarillo se activa cuando hay presencia de actividad uterina regular pero controlable y una leve alteración en los signos vitales y en el código verde se encuentran los signos vitales estables (28).

Factores de riesgo que predisponen la activación de las claves obstétricas

En diferentes estudios indicaron que un factor incidente es la edad (menores de 18 años), ya que tienden a sufrir complicaciones como embarazos ectópicos y abortos espontáneos o partos prematuros (29–31). Por otro parte, Islam M (32) en su artículo menciona que un cofactor es la edad (mayores de 35 años), además indico que el sobrepeso es un factor que puede desencadenar diabetes gestacional y preeclampsia.

Varios autores identificaron otros factores de riesgo como: el analfabetismo ya que las madres no eran capaces de reconocer los riesgos que pueden presentarse en el transcurso de la gestación, el difícil acceso a casas asistenciales en zonas rurales, bajos ingresos económicos y antecedentes patológicos (33–35). Moreno J (36) describió que los factores de riesgo están relacionados con un inadecuado control prenatal que puede desencadenar placenta previa, sangrado vaginal, edematización corporal.

Rong W (10) indico que un factor de riesgo son los trastornos hipertensivos de los embarazos anteriores ya que pueden desarrollar enfermedades cardio vasculares, enfermedades coronarias, trombosis coronaria y síndrome de enzimas bajas en plaquetas (HELLP). Gómez L (11) argumento que los riesgos están relacionados con el parto inducido, los trastornos del líquido amniótico, parto prematuro, anemia gestacional o trombocitopenia, trastornos hipertensivos, desprendimiento de la placenta, parto asociado a infección uterina y distocia.

Signos de alarma para la activación de las claves obstétricas roja, azul y amarilla

Clave roja.

En un estudio realizado en el Asia mencionó que los signos de alarma para la activación de la clave roja son dolor abdominal severo, visión borrosa, hemorragias prenatales (37). Mientras que, Wassihun B (38) indico que los signos de alarma para la activación de la clave roja son ausencia o disminución de movimientos fetales, hemorragias prenatales y picos febriles. Según León L (39) en su estudio indica que un signo de alarma para la activación de la clave roja es la hemorragia posparto por atonía uterina con una pérdida de 2.500-3.000 ml de sangre en 5 min, lo que equivale a una pérdida aproximada de 500-600 ml/min e incluso puede llegar a desarrollar shock hipovolémico en las gestantes después de parto.

Por otro lado, según Dagura A (40) estableció que un signo de alarma es la hemorragia postparto cuando el sangrado es mayor de 500ml tras un parto vaginal o 1.000ml después de una cesárea, por lo que, la tensión arterial disminuye produciendo diaforesis, taquicardia, palidez, anuria u oliguria, disnea, alteraciones del estado de conciencia, trabajo de parto que dura más de 12h y placenta no sustraída 30 minutos después del parto. Mientras que Kolin D (41) indicó que la hemorragia posparto tiene una pérdida de sangre de 1.000 ml en las 24 horas posteriores al nacimiento.

Clave azul.

Según la revista estadounidense American Heart Association —AHA— (42) para activar la clave azul mencionó que la presión arterial puede aumentar desde la preconcepción hasta el embarazo (semanas gestacionales 4-16), se asocia exclusivamente con el riesgo de desarrollar preeclampsia prematura por el aumento de 2 mmHg en la presión arterial media (PAM). Otros autores describen que hay una elevación de la TAS igual o mayor a 140mmHg y TAD mayor o igual a 90 mmHg, después de las 20 semanas de gestación acompañado de cefalea, edema distal (manos y pies), llegando a producir preeclampsia con afección de órganos blandos y niveles elevados de proteinuria (43).

Clave amarilla.

El signo de alarma para la activación de la clave amarilla es la sepsis que puede ocurrir durante el parto o el posparto, que puede llegar a desarrollar síndrome de dificultad respiratoria aguda e insuficiencia multiorgánica (34). Chertoff J (44) describió en su estudio que las gestantes presentaron signos de alarma como hipertermia $>38^{\circ}\text{C}$, flujo vaginal, peritonitis, pudiendo llegar a un aborto séptico, amenaza de aborto y aborto incompleto. En Norteamérica un grupo de gestantes desarrollaron sepsis dentro de las 24 horas posteriores al parto, las manifestaciones clínicas que se presentaron fueron: febrículas, escalofríos, anuria, hemoglobinuria y flujos vaginales (26).

Intervenciones de enfermería en el uso de las diferentes claves obstétricas**Clave roja.**

Según Sataloff R et al (39) mencionaron que las intervenciones de enfermería en la activación de clave obstétrica roja se realizan en las primeras horas del inicio de la hemorragia, donde se prioriza el acceso de vía venosa para la aplicación de fluidos de reposición, los más utilizados son el Cloruro de Sodio al 0,9%, Gelofusine y Lactato de Ringer. Mientras que, Vousden N (17) indicó como intervenciones de enfermería: la administración de oxígeno para mantener una saturación superior al 95%, accesos venosos con catéteres de gran calibre para la administración de sustancias cristaloides en bolos de 500 ml, control de signos vitales, constatación de la perfusión distal (llenado capilar menor a 5 segundos), palpación de pulso radial y presión sistólica superior a 90 mmHg, colocación de sonda Foley para evacuar la vejiga y medir diuresis horaria y se procederá a realizar masaje uterino bimanual externo.

Lima H (45) describió que las intervenciones de enfermería son: reposición de líquidos y la administración de fármacos para contrarrestar las hemorragias postparto conjuntamente con la administración de oxitocina de 5 UI intravenosa lenta, después de 5 minutos se debe repetir la dosis y se mantendrá una infusión intravenosa de oxitocina 40 IU/1000ml de solución cristaloides a una velocidad de 125-250 ml/h.

En Sudamérica los fármacos que fueron administrados por el personal de enfermería en la activación de la clave obstétrica roja fue la ergometrina con una dosis inicial de 0.2 mg

intramuscular, se administró una segunda dosis en la primera hora y se repitió la dosis cada 4 o 6 horas hasta una dosis completa de 1mg, también, se utilizó misoprostol con una dosis de 800 microgramos sublinguales solo en los casos fallidos de los medicamentos de primera y segunda línea (27).

Suarez S (46) mencionó que las intervenciones de enfermería no farmacológicas para el control de la hemorragia postparto se realizan mediante el balón de Bakri (dispositivo de silicón para taponamiento uterino), la insuflación del balón se realiza hasta el cese de la hemorragia o hasta un llenado máximo de 600 ml de solución salina. Davis A et al (47) indicó que el traje anti choque debe ser colocado por el personal de enfermería cuando hay una pérdida mayor a 750ml de sangre, se debe colocar de manera distal en cada pierna, el componente pélvico disminuye la irrigación sanguínea ayudando a combatir el shock, se puede utilizar hasta 48 horas y solo se retira cuando se haya identificado y controlado la causa del sangrado, logrando una estabilidad hemodinámica, valorando la FC con un valor menor a 100 latidos por minuto y una TAS superior a 100mmHg.

Clave Azul.

Nkamba D (48) realizó un estudio en África, indicando las intervenciones de enfermería para la activación de la clave obstetricia azul mediante la valoración de la TA, vía aérea permeable, administración de oxígeno (saturación mayor 90%), vía venosa permeable para la administración de solución salina al 0,9% y la colocación de una sonda Foley para el control de diuresis horaria.

Según Raney J (15) mencionó que el personal de enfermería en la activación de la clave obstétrica azul, se encarga de la administración del tratamiento farmacológico como el Labetalol en 20mg intravenoso lento, durante 1 a 2 minutos repitiendo la dosis, considerando no exceder los 220mg, seguida de la Hidralazina 5mg intravenosa en bolo, si la TAD no disminuye se continúa con la dosis de 5 a 10 mg cada 20 a 30 minutos. En otro estudio indicaron la Metildopa como uso farmacológico para mantener la TAS entre 120 y 150 mmHg, en dosis es de 500 a 1 000 mg por vía oral cada 12 horas y como fármaco de segunda línea se utilizará la Nifedipina en 10mg por vía oral, se debe repetir la dosis en 30 minutos según respuesta (49).

En otro estudio realizado por Joshi A (50) señalo que el personal de enfermería manejó las convulsiones por preeclampsia, mediante la infusión combinada de 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% (ampollas de 10 ml), diluida en solución salina 0,9% de 500 ml, esta solución proporciona 1 g de sulfato de Mg por cada 10 ml, y debe administrarse 4 gramos (40 ml) en 15 a 20 minutos, se continuará con una infusión de 1g por hora manteniendo la infusión por 24 horas y se coloca una sonda vesical para verificar el gasto urinario.

Clave Amarilla.

Chertoff J (44) en su estudio sugiere que las intervenciones de enfermería en la activación de la clave obstétrica amarilla son fundamentales dentro de las primeras seis horas, donde el manejo inicial es: mantener una presión arterial media (PAM) mayor o igual a 65 mmHg, una diuresis superior a 0,5mL/kg/h, saturación de oxígeno superior al 90%, valoración del estado de conciencia en busca de alteraciones y acceso a vías venosas para la administración de líquidos cristaloides como el Lactato de Ringer en bolo de 500 ml o la aplicación de vasopresores como norepinefrina.

Por otro lado, Koch DM (12) señalo que las intervenciones de enfermería utilizadas para el control de hipertermia que presentaron las gestantes fueron: retiro de prendas que generen calor, aplicación de medios físicos para una vasodilatación y la administración de antibióticos que se iniciaron en las primeras horas, los fármacos más utilizados son: piperacilina + tazobactam de 4,5grs, meropenem de 1gr, clindamicina de 60 mg y gentamicina 240mg.

Conclusiones

Se llevo a cabo una investigación con el fin de conocer sobre las intervenciones de enfermería en el manejo de las claves obstétricas, para ellos varios autores señalan que el mayor porcentaje de activación fue para la clave azul, con el 51,1% en Asia, seguida del 44,6% en África, en tercer lugar, con el 41,9% en Sudamérica y finalmente con el 23,7% en Norteamérica.

Las autoridades sanitarias del Ecuador implementaron la herramienta del Score MAMA, la cual valora signos vitales como: TA, FC, FR, T, SaTO₂, Estado de Conciencia y exámenes complementarios como Proteinuria, por el cual, se clasifican en clave roja, azul y amarilla, mientras que en Norteamérica tienen una clasificación diferente para la emergencia según las condiciones que presente la gestante, se categoriza en código rojo, amarillo y verde.

Entre los factores de riesgos que predisponen la activación de una clave obstétrica tenemos: la edad, nivel socioeconómico, nivel de educación, dificultad de acceso a casa de salud, inadecuados controles prenatales que pueden llevar a desencadenar placenta previa y anemia. Los signos de alarma que se han podido evidenciar para la activación de las claves obstétricas son: dolores abdominales, sangrado en periodo gestacional, disminución de movimientos fetales, hemorragias, diaforesis, taquicardia, disnea, entre otros.

Las intervenciones que brinda el personal de enfermería ante la activación de las claves obstétricas son: vías venosas permeables para la administración de líquidos cristaloides o vasopresores, administración de oxígeno para mantener una saturación mayor al 90%, control periódico de los signos vitales, valoración del llenado capilar, evaluación del estado de conciencia y control de diuresis horaria.

El tratamiento no farmacológico para las hemorragias postparto que realiza el personal de enfermería es: manejo del balón de bakier teniendo en cuenta el tiempo y cese de la hemorragia; el traje anti choqué realiza presión ayudando a disminuir las hemorragias uterinas, valorando el llenado capilar de las partes distales para la valoración de perfusión distal; cuando hay hipertermia se maneja con el retiro de prendas, aplicación de medios físicos los cuales contribuyen en la vasodilatación y posterior disminución de la temperatura.

El tratamiento farmacológico que el personal de enfermería debe realizar para las hemorragias postparto se encuentra la administración oxitocina, ergometría y misoprostol, por otro lado, para el tratamiento de los trastornos hipertensivos se utiliza labetalol, hidralazina, metildopa, nifedipina y por último para tratar la sepsis se utiliza norepinefrina y antibióticos como piperacilina + tazobactam, meropenem entre otros.

Finalmente, la presente investigación tuvo algunos factores limitantes entre ellos el acceso restringido a ciertos artículos, información desactualizada y la escasa documentación científica sobre las intervenciones de enfermería, esta investigación fue realizada con el propósito de ser un referente bibliográfico para futuras investigaciones sobre las Intervenciones de enfermería en el uso de claves obstétricas.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. OPS [Internet]. 2019 [citado el 12 de diciembre de 2020];2:1–86. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Internet]. 2019 [citado el 21 de noviembre de 2020];7. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>
3. Hernandez, J; Fonseca O. Extreme maternal morbidity and mortality in a regional hospital in South Africa. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado el 5 de enero de 2021];84(6):469–79. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526rchog-84-06-0469.pdf>
4. Tallapureddy S, Velagaleti R, Palutla H, Satti C. “Near-Miss” Obstetric events and maternal mortality in a Tertiary Care Hospital. Indian J Public Health [Internet]. 2017 [citado el 20 de enero de 2021];61(4):1–305. Disponible en: <http://www.ijph.in/text.asp?2017/61/4/305/220060>
5. Moncloa A, Valdivia A, Rodriguez G, Vigna C, Calderon J. Hipertensión en el embarazo. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2018 [citado el 15 de marzo de 2021];64:1–6. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2077/pdf>
6. Ministerio de Salud Pública. Muertes Maternas [Internet]. 2020 [citado el 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/MUERTE-MATERNA-SE_15_2020.pdf
7. Espinosa, V; Cornejo, F; Calle, J; Proaño, J;Gordón, M; Macías P et al. Score MAMÁ y claves obstétricas [Internet]. 2017 [citado el 22 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE MAMA Y CLAVES OBSTETRICAS.pdf>
8. Lee L, Chai A, Phua D, Padmapriya N, Bernard J, Cai S et al. Multiple modifiable lifestyle factors and the risk of perinatal depression during pregnancy: Findings from the GUSTO cohort. Compr Psychiatry [Internet]. 2020 [citado el 10 de enero de 2021];103:152210. Disponible en:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X20300523?via%3Dihub>
9. Ramon J, Kuri P, Moctezuma M, Velasco M, Ruiz G, Gutierrez F, et al. Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Secr Salud [Internet]. Primera Ed. 2016 [citado el 12 de diciembre del 2020];1–60. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/270472/web_TriageObstetricoCM.pdf
 10. Kolin D, Shakur H, Bello A, Chaudhri R, Bates I, Roberts I. Risk factors for blood transfusion in traumatic and postpartum hemorrhage patients: Analysis of the CRASH-2 and WOMAN trials. PLoS One [Internet]. 2020 [citado el 15 de marzo de 2021];15(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269233/>
 11. Gómez, L; Gonzales S. Asociación de factores obstétricos y neonatales con casos de sepsis neonatal temprana. Cartagena, Colombia. Rev Hanamera Ciencias Medicas [Internet]. 2018 [citado el 20 de enero de 2021];(14):1 (2). Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n5/1729-519X-rhcm-17-05-750.pdf>
 12. Koch D, Rattmann Y. Use of misoprostol in the treatment of postpartum hemorrhage: a pharmacoepidemiological approach. Einstein (Sao Paulo) [Internet]. 2020 [citado el 22 de febrero de 2021];18:1–5029. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6896658/>
 13. Ries J, Jeker L, Neuhaus M, Vogt D, Girard T, Hoesli I. Implementation of the D-A-CH postpartum haemorrhage algorithm after severe postpartum bleeding accelerates clinical management: A retrospective case series. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2020 [citado el 29 de marzo de 2021]; 247:225–31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211520300014>
 14. Wei J, Dai Y, Wang Z, Gu N, Ju H, Xu Y, et al. Intrauterine double-balloon tamponade vs gauze packing in the management of placenta previa: A multicentre randomized controlled trial. Med (United States) [Internet]. 2020 [citado el 29 de marzo de 2021];99(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7035072/>
 15. Raney J, Morgan M, Christmas A, Sterling M, Spindler H, Ghosh R, et al. Simulationenhanced nurse mentoring to improve preeclampsia and eclampsia care: An education intervention study in Bihar, India. BMC Pregnancy Childbirth [Internet] 2019 [citado el 19 de enero de 2021];19(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6344989/>

16. Vousden N, Lawley E, Seed P, Gidiri M, Charantimath U, Makonyola G, et al. Exploring the effect of implementation and context on a stepped-wedge randomised controlled trial of a vital sign triage device in routine maternity care in low-resource settings. *Implement Sci* [Internet]. 2019 [citado el 22 de febrero de 2021];14(1):1–38. Disponible en: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012019-0885-3>
17. Monte A, Rocha L, Batista M, Costa F, Brown C. Comparison between near miss criteria in a maternal intensive care unit. *Rev da Esc Enferm* [Internet]. 2018 [citado el 22 de febrero de 2021];52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30517294/>
18. Diaz R, Bobadilla L, Fajardo L, Méndez N, Gómez S. Análisis de la mortalidad materna de los años 2013 a 2015 en el estado de Yucatán. *Rev bioméd* [Internet]. 2019 [citado el 22 de febrero de 2021];30(1):25–30. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v30n1/2007-8447-revbiomed-30-01-25.pdf>
19. Garibaldi J, Than M, Guerrero S, Cuevas C. Morbimortalidad materna en una unidad de tercer nivel sin servicio de obstetricia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2016 [citado el 21 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745149011.pdf>
20. Pantoja L. Morbilidad materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente “Orlando Pantoja Tamayo”, Contramaestre 2014-2019. *Rev Inf Científica* [Internet]. 2014 [citado el 22 de febrero de 2021];99(1):10. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v99n1/1028-9933-ric-99-01-20.pdf>
21. Mora G, Cusihaman A, Insfran M. Situational Analysis of Maternal Deaths in Paraguay: scopes from 2008 to 2018. *Rev salud pública del Paraguay* [Internet]. 2020 [citado el 22 de febrero de 2021];10(1):10–22. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rspp.2020.enero.10-22>
22. Valencia L. Obstetric care packages. *Rev Peru Ginecol Obs* [Internet]. 2019 [citado el 22 de noviembre de 2020];(1):57. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2153>
23. Garcia L, Ramos J, Morales I, Funes M, Hernandez E, Garcia R. Emergencias y urgencias obstétricas en el Hospital Central Militar (I): nuestra visión y el horizonte epidemiológico. *Obstetric emergencies and non-emergencies at Central Military Hospital (I): Our vision and the epidemiologic horizon* Correspondencia: CIRU. *Cir Cir* [Internet]. 2018 [citado el 21 de noviembre de 2020];86:161–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29809179/>

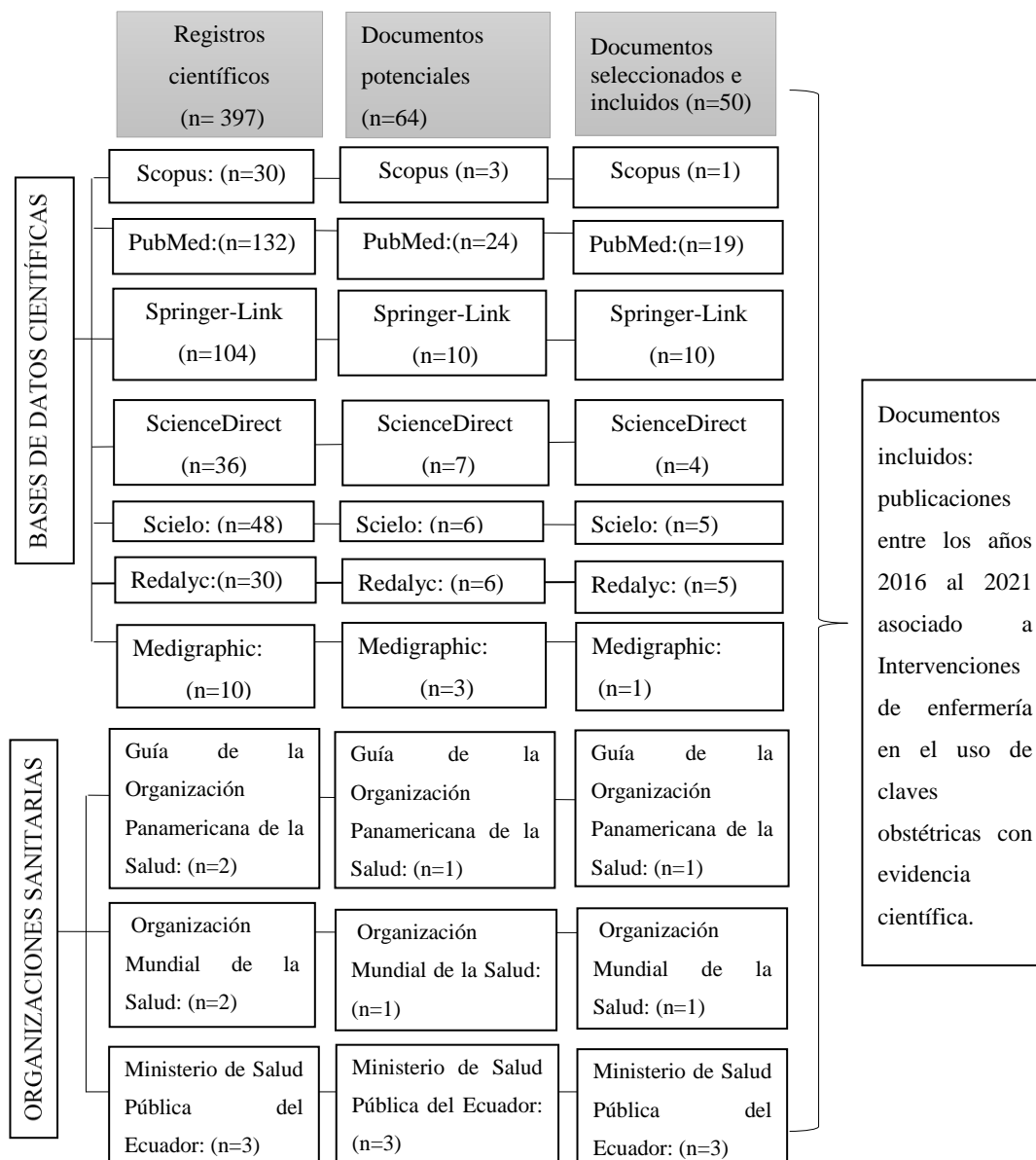
24. Rashidi F, Simbar M, Safari S, Zadeh S, Alavi H. The Quality of the Maternity Triage Process: Qualitative Study. *Adv J Emerg Med* [Internet]. 2019 [citado el 22 de febrero de 2021];4(1):6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6955035/>
25. Mayorga L, Sajín C, Pérez M, Guzmán J. Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería. *Rev la Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2019 [citado el 22 de febrero de 2021];51(3):220–7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3438/343862451005/html/index.html>
26. Moreno E, Becerril V, Alcalde J. Tacit and explicit knowledge: comparative analysis of the prioritization of maternal health problems in Mexico. *Gac Sanit* [Internet]. 2017 [citado el 22 de febrero de 2021];32(3):251–61. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301334?via%3Dihub>
27. Rashidi F, Simbar M, Zaden S, Alavi H. Obstetric Triage Scales; a Narrative Review. *Arch Acad Emerg Med* [Internet]. 2019 [citado el 22 de febrero de 2021];7(1):13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30847448>
28. Joseph N, Worrell N, Collins J, Schmidt M, Sobers G, Hutchins K, et al. Implementation of a Postpartum Hemorrhage Safety Bundle at an Urban Safety-Net Hospital. *Heal Inf Manag* [Internet]. 2020 [citado el 22 de noviembre de 2020];10:255–61. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0040-1714713.pdf>
29. Figueredo M, Fernández D, Hidalgo M, Rodríguez R, Alvares T. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Niquero. *Granma. Multimed Rev Médica Granma* [Internet]. 2019 [citado el 22 de febrero de 2021];23(5):13. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n5/1028-4818-mmed-23-05-972.pdf>
30. Varela M, Pereira C. Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2018 [citado el 22 de febrero de 2021];92. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/170/17059490042/17059490042.pdf>
31. Sun Y, Shen Z, Zhan Y, Wang Y, Ma S, Zhang S, et al. Effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on maternal and infant complications. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [citado el 22 de febrero de 2021];20(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7336408/>

32. Islam M, Sultana N. Risk factors for pregnancy related complications among urban slum and non-slum women in Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017 [citado el 22 de febrero de 2021];19(1):235. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2392-6>
33. Mohammadi S, Essén B, Fallahian M, Taheripanah R, Saleh S, Källestål C. Maternal nearmiss at university hospitals with cesarean overuse: an incident case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2016 [citado el 22 de febrero de 2021];95(7):777–86. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.12881>
34. Jewaro M, Yenus H, Ayanaw Y, Abera B, Derso T. Knowledge of obstetric danger signs and associated factors among mothers in Bahir Dar district, northwest Ethiopia: an institution-based cross-sectional study. *Public Health Rev* [Internet]. 2020 [citado el 22 de febrero de 2021];41(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7329417/>
35. Terefe N, Nigussie A, Tadele A. Prevalence of Obstetric Danger Signs during Pregnancy and Associated Factors among Mothers in Shashemene Rural District, South Ethiopia. *J Pregnancy* [Internet]. 2020 [citado el 22 de febrero de 2021];2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7533755/>
36. Moreno J, Garduño R, Pascual F, Tarasco M. Omisiones detectadas en 150 casos de muerte materna en la Ciudad de México. *Ginecol Obs Mex* [Internet]. 2018 [citado el 22 de febrero de 2021];12(86). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v86n12/0300-9041gom-86-12-794.pdf>
37. Abu A, Heena H, Nofal A, Riaz M, Alfayyad I. Knowledge of obstetric danger signs among Saudi Arabian women. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 [citado el 4 de marzo de 2021];20(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7296941/>
38. Wassihun B, Negese B, Bedada H, Bekele S, Bante A, Yeheyis T, et al. Knowledge of obstetric danger signs and associated factors: A study among mothers in Shashamane town, Oromia region, Ethiopia. *Reprod Health* [Internet]. 2020 [citado el 4 de marzo de 2021];17(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6966792/>
39. Sataloff R, Johns M, Kost K. Conducta perioperatoria ante la hemorragia posparto en el Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto”. *Rev Cuba Anestesiol y Reanim* [Internet].

- 2017 [citado el 15 de marzo de 2021];16(6):11. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v16n2/scar02217.pdf>
40. Dangura A. Knowledge about child birth and postpartum obstetric danger signs and associated factors among mothers in Dale district, Southern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [citado el 15 de marzo de 2021];20(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7268669/>
 41. Kolin D, Shakur H, Bello A, Chaudhri R, Bates I, Roberts I. Risk factors for blood transfusion in traumatic and postpartum hemorrhage patients: Analysis of the CRASH-2 and WOMAN trials. *PLoS One* [Internet]. 2020 [citado el 10 de enero de 2021];15(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269233/>
 42. Nobles C, Mendola P, Mumford S, Silver R, Kim K, Andriessen V. Early Risk Factors for Preeclampsia and Gestational Hypertension. *Am Hear Assoc* [Internet]. 2020 [citado el 15 de marzo de 2021];76(3):20. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
 43. Rong W, Tingting G, Runhui G, Dexiu X, Dexiu X, Changxiang Y, et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy and Risk of Cardiovascular Disease-Related Morbidity and Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cardiol* [Internet]. 2020 [citado el 22 de noviembre de 2020];(10):633–47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32841945/>
 44. Chertoff J, Chisum M, Simmons L, King B, Walker M, Lascano J. Prognostic utility of plasma lactate measured between 24 and 48 h after initiation of early goal-directed therapy in the management of sepsis, severe sepsis, and septic shock. *J Intensive Care* [Internet]. 2016 [citado el 22 de noviembre de 2020];4(1):1–8. Disponible en: <https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-016-0142-7>
 45. Lima H, Carvalho F, Feitosa C, Nune F. Factors associated with maternal mortality among patients meeting criteria of severe maternal morbidity and near miss. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2017 [citado el 30 de noviembre de 2020];136(3):337–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28099693/>
 46. Suarez S, Conde A, Borovac A, Suarez D, Eckardt M, Theron G, et al. Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 [citado el 15 de marzo de

- 2021];222(4):293.293.e52. Disponible en:
[https://www.ajog.org/article/S00029378\(19\)32751-6/pdf](https://www.ajog.org/article/S00029378(19)32751-6/pdf)
47. Davis A, Rudd A, Lollar J, McRae A. Simulación interprofesional para el abordaje de la hemorragia posparto. *Nurs (Ed española)* [Internet]. 2019 [citado el 22 de noviembre de 2020];36(1):10–2. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0212538219300044>
48. Nkamba D, Ditekemena J, Wembodinga G, Bernard P, Tshefu A, Robert A. Proportion of pregnant women screened for hypertensive disorders in pregnancy and its associated factors within antenatal clinics of Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [citado el 22 de noviembre de 2020];19(1).
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6694649/>
49. Ferreira M, Silveira C, Silva S, Souza D, Ruiz M. Nursing care for women with preeclampsia and/or eclampsia: Integrative review. *Rev de Enfermagem*. [Internet]. 2016 [citado el 15 de marzo de 2021]. p. 320–30. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27384214/>
50. Joshi A, Beyuo T, Oppong S, Moyer C, Lawrence E. Preeclampsia knowledge among postpartum women treated for preeclampsia and eclampsia at Korle Bu Teaching Hospital in Accra, Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [citado el 22 de noviembre de 2020];20(1):1–11. Disponible en:
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03316-w>

Anexos

**Figura 1**

Flujograma de registro de búsqueda

Elaborado por: autor

ANEXO 1. OFICIO DE SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACIÓN

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cuenca, 15 de Octubre del 2020

Asunto: Solicitud indicando la opción de titulación a desarrollar

Doctora
Susana Peña Cordero, Mgs.
DECANA DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Presente.

De mi consideración:

Tras hacerle extensivo un cordial saludo, yo **MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI** con cédula de identidad No 0105884019, estudiante de la Carrera de Enfermería – Matriz, comedidamente solicito se me permita optar como opción de titulación por el Trabajo de titulación implementado por la Carrera.

Aprovecho la ocasión para hacerle extensivo mi deseo de éxitos en el desempeño de sus delicadas funciones.

Atentamente,
DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
“AÑO JUBILAR, QUINCUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”

**ESTUDIANTE
CARRERA DE ENFERMERÍA MATRIZ**

www.ucacue.edu.ec

ANEXO 2. CERTIFICADO DE ACEPTACION DEL TEMA POR LA COMISION DE INVESTIGACION



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

A los 4 días del mes de diciembre del 2020 se aprueba por la Comisión de Investigación y el Docente Revisor de la Carrera de Enfermería- Matriz el anteproyecto de Trabajo de Titulación del estudiante: **Martha Cecilia Dominguez Zari** portador de la cédula de identidad Nro. 0105884019 titulado: **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS”** mismo que cumple con la estructura solicitada para la aprobación en el Consejo Directivo de la Unidad Académica y posterior desarrollo del proyecto final. Es todo cuanto se puede certificar en honor a la verdad.

Atentamente;

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

“AÑO JUBILAR, QUINCUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”

Lcda. Nube Pacurucu Ávila
RESPONSABLE COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).
 Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Ctda. Universitaria
 km.72 Quinceava Este y Primera Sur Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n Telf: 2700393, 2700392

ANEXO 3. OFICIO DE DESIGNACIÓN DEL DIRECTOR



Universidad
Católica
de Cuenca

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Oficio Nro. UCACUE-UASB-ENF- 2021-016-OF
Cuenca, 11 de enero de 2021

Asunto: Designación de Director para Trabajo de Titulación.

Licenciada
Anita Guapacasa Yanza Mgs.
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Su despacho.

De mi consideración:

Reciba un cordial y afectuoso saludo a la vez que le deseo éxito en las funciones que viene desempeñando a diario, por medio del presente me permito poner a su conocimiento que ha sido designada como Docente Director del Trabajo de Titulación que lleva por título "**Intervenciones de enfermería en el uso de claves obstétricas**", realizado por la estudiante **Dominguez Zari Martha Cecilia** con cédula de identidad No 0105884019.

Sin otro particular que informar, suscribo de Usted con sentimientos de consideración, agradecimiento y estima.

Atentamente,

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
"AÑO JUBILAR, QUICUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL"

Lic. Lilia Jaya Vásquez, Mgs.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarquí. Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (frente al Terminal Terrestre).
Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Avila Clavijo. Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cdia. Universitaria
km.72 Quinceava Este y Primera Sur Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n Telf: 2700393, 2700392

ANEXO 5. CONSOLIDADO DE TUTORÍAS REALIZADAS, EMITIDO POR EL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN



COMISIÓN DE TITULACIÓN-INVESTIGACIÓN





CRONOGRAMA DE PLANIFICACIÓN DE TUTORIAS DE TRABAJOS DE TITULACIÓN

TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS









DOCENTE DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN: LCDA. ANA BEATRIZ GUAPACASA YANZA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI









CICLO: DÉCIMO CICLO

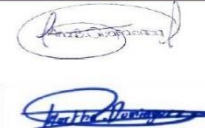
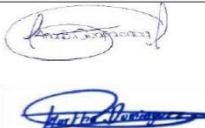

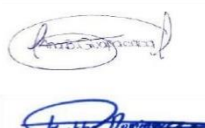
NUMERO DE TUTORÍAS	FIRMAS DE LAS TUTORÍAS RECIBIDAS	FECHAS DE EJECUCIÓN	LINK DEL REPORTE DEL ZOOM	AVANCES
1	 	6 de noviembre del 2020	https://cedia.zoom.us/j/89017563908	Planteamiento de tema para la aprobación
2	 	19 de noviembre del 2020	https://cedia.zoom.us/j/89017563908	Asesoría para el planteamiento de preguntas de investigación.


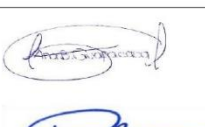
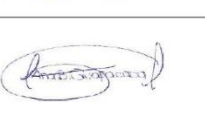










3	 	22 de noviembre del 2020	https://cedia.zoom.us/j/89017563908	Avances y revisión de anteproyecto.
4	 	13 de diciembre del 2020	https://cedia.zoom.us/j/89017563908	Revisión de anteproyecto.
5	 	14 de diciembre del 2020	https://cedia.zoom.us/j/89017563908	Revisión de anteproyecto
6	 	16 de diciembre del 2020		Revisión de anteproyecto



7	 	21 de enero del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796870	Revisión de guía de desarrollo del trabajo de artículos de revisión bibliográfica
8	 	26 de enero del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796870	Revisión de guía de desarrollo del trabajo de artículos de revisión bibliográfica
9	 	1 de febrero del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796870	Revisión y corrección de guía de desarrollo del trabajo de artículos de revisión bibliográfica
10	 	2 de febrero del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796870	Revisión de Introducción

11		5 de febrero del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796 870	Corrección de Introducción y
12		12 de febrero del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796 870	Corrección de Introducción y revisión de metodología
13		19 de febrero del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796 870	Corrección de metodología
14		25 de febrero del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796 870	Avances de artículo de resultados y primeras preguntas

15		2 de marzo del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796 870	Corrección de resultados y preguntas
16		4 de marzo del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796 870	Revisión y avances del artículo
17		10 de marzo del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796 870	Revisión de avances de preguntas de trabajo
18		15 de marzo del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796 870	Revisión de conclusión y resumen

				
19	 	19 de marzo del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796870	Corrección de resumen y conclusión
20	 	22 de marzo del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796870	Corrección y revisión de todo el artículo
21	 	26 de marzo del 2021	https://cedia.zoom.us/j/82220796870	Revisión del trabajo terminado

ANEXO 6. DOCUMENTACIÓN DE CRITERIO FAVORABLE DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN



Universidad
Católica
de Cuenca

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuenca, 5 de abril del 2021

Asunto: Criterio favorable del Director previa designación de Docentes Revisores

Sres. Docentes

**COMISIÓN DE TITULACIÓN
CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**

Presente.

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo, yo **ANA BEATRIZ GUAPACASA YANZA** con cédula de identidad No **0105830202** en calidad de Directora del Trabajo de Titulación, con el tema: **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS”** presentado por la estudiante **MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI**, para optar por el grado de Licenciada en Enfermería; informo que: una vez revisado el contenido del Trabajo de Titulación, doy fe que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido al análisis de prevención de plagio y su posterior evaluación por parte de los Docentes Revisores que se designen.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
“AÑO JUBILAR, QUINCUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**

Lcda. Ana Guapacasa
**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN DOCENTE DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**

www.ucacue.edu.ec

ANEXO 7. SOLICITUD PARA REVISIÓN POR TURNITIN, EMITIDO POR EL ESTUDIANTE Y DIRIGIDO A LA COMISIÓN DE TITULACIÓN



Universidad
Católica
de Cuenca

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuenca, 7 de abril del 2021

Asunto: Solicitud para análisis de plagio.

Sres. Docentes
COMISIÓN DE TITULACIÓN
CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Presente.

De mi consideración:

Yo **MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI** con cédula de identidad No 0105884019 autor del Trabajo de Titulación, sobre **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS”**, una vez concluida la redacción del Trabajo de Titulación, el cual ha sido revisado por el correspondiente Director, solicito sea sometido a análisis del sistema de prevención de plagio, para su correspondiente certificación.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,
DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
“AÑO JUBILAR, QUINCUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”

ESTUDIANTE
CARRERA DE ENFERMERÍA MATRIZ

www.ucacue.edu.ec

ANEXO 8. CERTIFICADO DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN DE PLAGIO CON UNA SIMILITUD DE HASTA UN 10%, OTORGADO POR EL DOCENTE RESPONSABLE DE TITULACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuenca, 7 de abril de 2021

Asunto: Certificado de análisis del sistema de prevención de plagio.

Yo **Jhojana Vintimilla Molina** con cédula de identidad No **0301919304** en calidad de responsable de la Comisión de Titulación, certifico que:

El Trabajo de Titulación bajo el tema: “**Intervenciones de enfermería en el uso de claves obstétricas**”, presentado por la estudiante **Martha Cecilia Domínguez Zari**, con cédula de identidad No. **0105884019**, para optar por el grado de Licenciado en Enfermería; tras haber sido analizado por el sistema de prevención de plagio Turnitin presenta una similitud de 6%, por lo que procede para continuar con el trámite respectivo para la evaluación por parte de los Docentes Revisores que se designen.

Cabe señalar que, como aspectos generales, se sugiere:

- Cumplir con todos los aspectos establecidos en la Guía de elaboración de los trabajos de Titulación (revisión bibliográfica).
- Tanto el texto, así como, las tablas y los gráficos no pueden extender el margen sugerido.
- Las tablas y los gráficos deben cumplir con lo establecido en la Guía antes mencionada, esto es tanto para el cuerpo como para los títulos.
- Corregir las faltas ortográficas y mejor redacción.

Atentamente,

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
“AÑO JUBILAR, QUINCUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”

Lcda. Jhojana Vintimilla Molina, Mgs.
RESPONSABLE DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN
CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).
Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria
km. 72 Quinceava Este y Primera Sur Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n Telf: 2700393, 2700392

ANEXO 8.1 INFORME FINAL DEL TU RNITIN

Intervenciones de enfermería en el uso de las claves obstétricas

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE
INTERNET

1%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.slideshare.net

Fuente de Internet

2%

2

repositorio.ucsg.edu.ec

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

scielo.sld.cu

Fuente de Internet

1%

5

inba.info

Fuente de Internet

<1%

6

Submitted to Universidad Autónoma de Ica

Trabajo del estudiante

<1%

7	repositorio.urp.edu.pe	<1 %
	Fuente de Internet	
8	vsip.info	<1 %
	Fuente de Internet	
9	es.slideshare.net	<1 %
	Fuente de Internet	
10	G. Sanz Fernndez, E. Martnez Fernndez.	<1 %
	"Manejo del paciente con infarto cerebral durante la hospitalizaci?n. Unidad de ictus", Medicine - Programa de Formaci?n M?dica Continuada Acreditado, 2007	
	Publicaci?n	
11	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca	<1 %
	Trabajo del estudiante	

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliograf?a

Activo

ANEXO 9. CERTIFICADO DE SECRETARIA VERIFICANDO QUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTE SU DESARROLLO EN AL MENOS TRES MESES



Cuenca, 11 de mayo de 2021

AUXILIAR DE SECRETARÍA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CERTIFICA:

Que de acuerdo a la Resolución N°. 054 C.D. – 2021 del Consejo Directivo de fecha 04 de enero de 2021, se aprueba el trabajo de titulación de la Srta. **DOMÍNGUEZ ZARI MARTHA CECILIA**, portadora de la cedula de ciudadanía No. 0105884019 por lo que, tras cotejar la fecha de aprobación antes señalada con la fecha de presentación de la solicitud para la designación de docentes revisores de su trabajo de titulación, se verifica que han transcurrido al menos tres meses entre las mismas.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,



LCDA. CARMITA VICUÑA MERCHÁN

Elaborado por:	Lcda. Carmita Vicuña M.	
Aprobado por:	Dra. Shirley Cárdenas H.	

www.ucacue.edu.ec

ANEXO 10. SOLICITUD DEL ESTUDIANTE PARA LA REVISIÓN POR PARES DIRIGIDA A DIRECCIÓN DE CARRERA



Universidad
Católica
de Cuenca

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuenca, 15 de abril del 2021

Asunto: Solicitud para asignación de docente revisor

Licenciada
Licenciada Lilia Jaya Vásquez, Mgs.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Presente.

De mi consideración:

Yo **MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI** con cédula de identidad No **0105884019** autor del Trabajo de Titulación, sobre **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS”**, una vez concluida la redacción del Trabajo de Titulación, el cual ha sido revisado por el correspondiente Director, solicito sea sometido a evaluación por parte de los Docentes Revisores que se designen.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,
DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
“AÑO JUBILAR, QUINCUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”

ESTUDIANTE
CARRERA DE ENFERMERÍA MATRIZ

www.ucacue.edu.ec

ANEXO 11. DELEGACIÓN DE DOCENTE REVISORES DE TRABAJOS DE TITULACIÓN EMITIDO POR DIRECCIÓN DE CARRERA



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio Nro. UCACUE-UASB-ENF- 2021-249-OF
Cuenca, 11 de mayo de 2021

Asunto: Designación de docentes revisores para trabajo de titulación.

Doctora
Karla Cumbe Guerrero Mgs.
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Su despacho.

De mi consideración:

Reciba un cordial y afectuoso saludo a la vez que le deseo éxito en las funciones que viene desempeñando a diario, por medio del presente me permito poner a su conocimiento que ha sido designada como docente revisor del trabajo de titulación que lleva por título "**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS**", realizado por la estudiante **Domínguez Zari Martha Cecilia** con cédula de identidad 0105884019 a fin de que en un plazo máximo de siete días, una vez emitida la presente designación, entregue un informe firmado con uno de los siguientes criterios:

- Aprobado para la sustentación;
- Aprobado con observaciones para corrección previa a la sustentación;
- Reprobado

Para cuyo efecto anexo la siguiente documentación:

- El trabajo de titulación elaborado por las estudiantes en formato PDF, junto con las tablas de registro de la búsqueda bibliográfica.
- La rúbrica de calificación del docente revisor
- Modelo de informe del docente revisor.

Sin otro particular que informar, suscribo de Usted con sentimientos de consideración, agradecimiento y estima.

Atentamente,
DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
"AÑO JUBILAR, QUICUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL"

Lic. Lilia Jaya Vásquez, Mgs.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

www.ucacue.edu.ec

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Oficio Nro. UCACUE-UASB-ENF- 2021-248-OF

Cuenca, 11 de mayo de 2021

Asunto: Designación de docentes revisores para trabajo de titulación.

Licenciada
Anita Puente Arroyo Mgs.
**DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**
Su despacho.

De mi consideración:

Reciba un cordial y afectuoso saludo a la vez que le deseo éxito en las funciones que viene desempeñando a diario, por medio del presente me permito poner a su conocimiento que ha sido designada como docente revisor del trabajo de titulación que lleva por título "**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS**", realizado por la estudiante **Domínguez Zari Martha Cecilia** con cédula de identidad 0105884019 a fin de que en un plazo máximo de siete días, una vez emitida la presente designación, entregue un informe firmado con uno de los siguientes criterios:

- Aprobado para la sustentación;
- Aprobado con observaciones para corrección previa a la sustentación;
- Reprobado

Para cuyo efecto anexo la siguiente documentación:

- El trabajo de titulación elaborado por las estudiantes en formato PDF, junto con las tablas de registro de la búsqueda bibliográfica.
- La rúbrica de calificación del docente revisor
- Modelo de informe del docente revisor.

Sin otro particular que informar, suscribo de Usted con sentimientos de consideración, agradecimiento y estima.

Atentamente,
DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
"AÑO JUBILAR, QUICUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL"



Lic. Lilia Jaya Vásquez, Mgs.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

www.ucacue.edu.ec

ANEXO 12. INFORME DE DOCENTE REVISORES DE TRABAJO DE TITULACIÓN EMITIDO POR DIRECCIÓN DE CARRERA



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuenca, 18 de mayo del 2021

Asunto: Informe del Docente Revisor

Lcda. Lilia Jaya Vásquez. Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**
Presente.

De mi consideración:

Yo **Md. Karla Cumbe Guerrero, Mgs**, con cédula de identidad N° **0105226641**, Docente Revisor del Trabajo de Titulación, sobre **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS”**, presentado por la estudiante **MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI, CON NÚMERO DE CÉDULA 0105884019**, para optar por el grado de Licenciados en Enfermería, informo que: el Trabajo de Titulación se encuentra **aprobado con observaciones para corrección previa a la sustentación**.

Se adjunta la rúbrica aplicada.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,
**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
“AÑO JUBILAR, QUINCUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**

Mgs. Karla Cumbe Guerrero
MÉDICO - NUTRICIONISTA INFANTIL
M.S.P. Libro 36 Folio 14 No 36

Md. Karla Cumbe Guerrero, Mgs.

**DOCENTE REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cc: Comisión de Titulación

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

www.ucacue.edu.ec

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cuenca, 18 de mayo del 2021

Asunto: Informe del Docente Revisor

Lcda. Lilia Jaya Vásquez. Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**
Presente.

De mi consideración:

Yo **Anita del Carmen Puente Arroyo**, con cédula de identidad **1705783957**, Docente Revisor del Trabajo de Titulación, sobre “**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS**”, presentado por la estudiante Domínguez Zari Martha Cecilia, para optar por el grado de Licenciada en Enfermería, informo que: el Trabajo de Titulación se encuentra Aprobado con observaciones para corrección previa a la sustentación.

Se adjunta la rúbrica aplicada.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,
**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
“AÑO JUBILAR, QUINCUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**



**DOCENTE REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cc: Comisión de Titulación

ANEXO 13. RUBRICA DE CALIFICACIÓN DE LOS DOCENTES REVISORES



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ
RÚBRICA. DOCENTE REVISOR**

La presente rúbrica hace referencia a la revisión que realizan los docentes de la carrera de Enfermería Matriz, relacionado al Trabajo de Titulación, la cual deberá ser revisada paralelamente a la Guía de elaboración de los Trabajos de Titulación (Revisión bibliográfica).

TEMA: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI
CÉDULA DE IDENTIDAD:
FECHA DE ENTREGA: 18 de mayo de 2021
NOMBRE DEL DOCENTE REVISOR: Md. Karla Cumbe Guerrero, Mgs.

Puntuaciones:

Todos los parámetros excepto metodología y, resultados y conclusión.

1: No cumple. Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. 2: Cumple débilmente. La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. 3: Cumple mayoritariamente. Presenta errores el algún aspecto del parámetro que puede ser corregido. 4: Cumple. No necesita corrección *Metodología y, resultados y conclusión.*

1: No cumple. Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. 4: Cumple débilmente. La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. 7: Cumple mayoritariamente. Presenta errores el algún aspecto del parámetro que puede ser corregido. 9: Cumple. No necesita corrección

PROCESO				
PARÁMETROS	1	2	3	4
Formato del Trabajo de Titulación (numeral 2.12 al 2.16 de la Guía) y posee título, autor/es, tutor y asesor antes del resumen				X
Resumen: en 250 palabras que recoge, introducción, metodología, los principales resultados y conclusión o conclusiones más relevantes de la revisión.			X	
Palabras clave: incluir de 4-5 palabras clave que describan y orienten al lector sobre el tema de la revisión. Debe ser escrito de acuerdo al Medical Subject Headings (MeSH) o los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).			X	
Introducción: entre 2 a 3 hojas, en la cual se presenta la problemática que aborda el trabajo de titulación, se definen los conceptos principales y/o los principales antecedentes en relación al tema objeto de estudio.		X		

www.ucacue.edu.ec

Preguntas de investigación: redactadas en un párrafo al final de la introducción.			X	
	1	4	7	9
Metodología: constituido por el tipo de estudio realizado, las fuentes bibliográficas consultadas, el uso de palabras clave utilizadas; así como, las estrategias de búsqueda o ecuaciones de búsqueda. También se debe incluir los limitadores de búsqueda y/o criterios de inclusión exclusión. Contiene el diagrama de búsqueda.		X		
Resultados y discusión: posee en su primer párrafo e l número de artículos totales consultados y los seleccionados finalmente para la realización del trabajo, deben responder a las preguntas de investigación planteadas de forma ordenada por medio de subtítulos. Discute y/o compara los resultados con aportaciones de interés, sobre el tema tratado.			X	
	1	2	3	4
Conclusión: da respuesta a las preguntas del estudio, además incluye las limitaciones del estudio y prospectivas futuras (sin citas bibliográficas).			X	
Citas y referencias bibliográficas: presentadas según las Normas Vancouver. Constituido por un mínimo de 50 referencias bibliográficas científicas citadas a lo largo de todo el trabajo de titulación.			X	
Anexos Obligatorio: tablas de registro de la búsqueda de información científica los cuales no serán referidos en el Trabajo de Titulación *En caso de tener otro anexo, debe indicarse dentro del artículo y enumerado por orden de aparición.			X	
Puntuación total	35			

PUNTUACIONES		RESOLUCIÓN (marcar con una x donde corresponda)
0 - 34 puntos	REPROBADO	
35 - 48 puntos	* APROBADO CON OBSERVACIONES PARA CORRECCIÓN PREVIA A LA SUSTENTACIÓN	X
50 puntos	APROBADO PARA SUSTENTACIÓN	

*Observaciones

El artículo revisado presenta errores de forma y de fondo; revisar ya que existen errores gramaticales; no se observan signos de puntuación en la descripción de los párrafos, se observan

faltas de ortografía y errores de tipeo como por ejemplo “calve”, “comprensión” “evolución”, entre otras; además, no conjuga los verbos en forma correcta tanto en tiempo como en persona. Hay ideas inconclusas o que no indican información de relevancia.

En general no se observa una investigación científica detallada, la introducción carece de información relevante, en la pregunta de investigación de factores causales incluye factores de riesgo y factores asociados, por lo que no responde a la pregunta, las conclusiones no se enfocan en el tema central, el gráfico del flujograma no tiene una calidad en la imagen y o concuerdan el número de artículos citados con los utilizados.

Se recomienda redactar el documento en tercera persona y en tiempo pasado, se incluye por múltiples ocasiones en la redacción.

Revisar a qué hace referencia las claves obstétricas ya que en algunos párrafos se confunde e la información.

Md. Karla Cumbe Guerrero, Mgs.

FIRMA Y SELLO DEL DOCENTE



Mgs. Karla Cumbe Guerrero
MÉDICO - NUTROLOGISTA INFANTIL
M.S.P. Libro 38 Folio 14 No 38

REVISOR

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ
RÚBRICA. DOCENTE REVISOR**

La presente rúbrica hace referencia a la revisión que realizan los docentes de la carrera de Enfermería-Matriz, relacionado al Trabajo de Titulación, la cual deberá ser revisada paralelamente a la Guía de elaboración de los Trabajos de Titulación (Revisión bibliográfica).

TEMA: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI
CÉDULA DE IDENTIDAD:
FECHA DE ENTREGA: 18. Mayo. 2021
NOMBRE DEL DOCENTE REVISOR: Lcda. Anita Puente Arroyo Mg.

Puntuaciones:

Todos los parámetros excepto metodología y, resultados y conclusión.

1: No cumple. Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. 2: Cumple débilmente. La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. 3: Cumple mayoritariamente. Presenta errores el algún aspecto del parámetro que puede ser corregido. 4: Cumple. No necesita corrección

Metodología y, resultados y conclusión.

1: No cumple. Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. 4: Cumple débilmente. La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. 7: Cumple mayoritariamente. Presenta errores el algún aspecto del parámetro que puede ser corregido. 9: Cumple. No necesita corrección

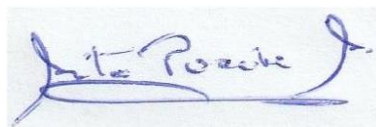
PROCESO				
PARÁMETROS	1	2	3	4
Formato del Trabajo de Titulación (numeral 2.12 al 2.16 de la Guía) y posee título, autor/es, tutor y asesor antes del resumen				X
Resumen: en 250 palabras que recoge, introducción, metodología, los principales resultados y conclusión o conclusiones más relevantes de la revisión.			X	
Palabras clave: incluir de 4-5 palabras clave que describan y orienten al lector sobre el tema de la revisión. Debe ser escrito de acuerdo al Medical				X

Subject Headings (MeSH) o los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).				
Introducción: entre 2 a 3 hojas, en la cual se presenta la problemática que aborda el trabajo de titulación, se definen los conceptos principales y/o los principales antecedentes en relación al tema objeto de estudio.			X	
Preguntas de investigación: redactadas en un párrafo al final de la introducción.			X	
	1	4	7	9
Metodología: constituido por el tipo de estudio realizado, las fuentes bibliográficas consultadas, el uso de palabras clave utilizadas; así como, las estrategias de búsqueda o ecuaciones de búsqueda. También se debe incluir los limitadores de búsqueda y/o criterios de inclusión exclusión. Contiene el diagrama de búsqueda.			X	
Resultados y discusión: posee en su primer párrafo el número de artículos totales consultados y los seleccionados finalmente para la realización del trabajo, deben responder a las preguntas de investigación planteadas de forma ordenada por medio de subtítulos. Discute y/o compara los resultados con aportaciones de interés, sobre el tema tratado.			X	
	1	2	3	4
Conclusión: da respuesta a las preguntas del estudio, además incluye las limitaciones del estudio y prospectivas futuras (sin citas bibliográficas).			X	
Citas y referencias bibliográficas: presentadas según las Normas Vancouver. Constituido por un mínimo de 50 referencias bibliográficas científicas citadas a lo largo de todo el trabajo de titulación.				X
Anexos Obligatorio: tablas de registro de la búsqueda de información científica los cuales no serán referidos en el Trabajo de Titulación *En caso de tener otro anexo, debe indicarse dentro del artículo y enumerado por orden de aparición.				X


Puntuación total	42
-------------------------	----



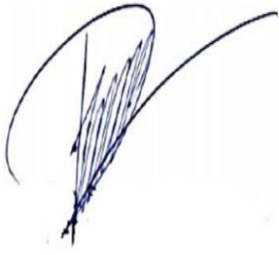
PUNTUACIONES		RESOLUCIÓN (marcar con una x donde corresponda)
0 - 34 puntos	REPROBADO	
35 - 48 puntos	*APROBADO CON OBSERVACIONES PARA CORRECCIÓN PREVIA A LA SUSTENTACIÓN	X
50 puntos	APROBADO PARA SUSTENTACIÓN	

Observaciones: Solicito de favor revisar faltas de ortografía, de plurales, de digitación, de redacción y cuadro del flujograma de registro de búsqueda. Tiene demasiados errores la tesis.



FIRMA Y SELLO DEL DOCENTE REVISOR

Realizado por:	Comisión de Titulación	
Revisado por:		

	<p>Lcda. Prissila Calderón Guaraca, Mgs.</p> <p>DIRECTORA</p> <p>CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ</p>	 
<p>Autorizado por:</p>	<p>Dr. Santiago Reinoso O, Esp.</p> <p>SUBDECANO</p> <p>UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR</p>	

ANEXO 14. CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE HABER REALIZADO CORRECCIONES SUGERIDAS



Universidad
Católica
de Cuenca

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuenca, 10 de Junio del 2021

Asunto: Certificado de haber realizado correcciones sugeridas por los Docentes Revisores

Licenciada
Lilia Carina Jaya Vásquez, Mgs.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Presente.

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo, yo **ANA BEATRIZ GUAPACASA YANZA** con cédula de identidad No **0105830202** en calidad de Directora del Trabajo de Titulación, con el tema: **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS”** presentado por la estudiante **MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI**, para optar por el grado de Licenciada en Enfermería; certifico que: se ha procedido a realizar las correcciones sugeridas por los Docentes Revisores al trabajo de titulación en mención.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
“AÑO JUBILAR, QUINCUGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**

**Lcda. ANA GUAPACASA
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).
Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cdia. Universitaria
km.72 Quinceava Este y Primera Sur Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n Telf: 2700393, 2700392

ANEXO 15. RUBRICA DE CALIFICACIÓN DE LA PARTE ESCRITA DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ RÚBRICA. CALIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

La presente rúbrica hace referencia a la calificación del Director de Trabajo de Titulación, otorgada a la parte escrita.

TEMA: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTETRICAS
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: MARTHA CECILIA DOMINGUEZ ZARI
CÉDULA DE IDENTIDAD: 0105884019
FECHA DE ENTREGA: 15 DE ABRIL DEL 2021
NOMBRE DEL DOCENTE DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: Lcda. ANA BEATRIZ GUAPACASA

Puntuaciones:

Todos los parámetros excepto metodología y, resultados y conclusión.

1: No cumple. Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. 2: Cumple débilmente. La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. 3: Cumple mayoritariamente. Presenta errores el algún aspecto del parámetro que no involucra afección al documento de tipo sustancial. 4: Cumple. No presenta errores de ningún aspecto en cada parámetro.

Metodología y, resultados y conclusión.

1: No cumple. Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. 4: Cumple débilmente. La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. 7: Cumple mayoritariamente. Presenta errores el algún aspecto del parámetro que no involucra afección al documento de tipo sustancial. 9: Cumple. No presenta errores de ningún aspecto en cada parámetro.

PROCESO				
PARÁMETROS	1	2	3	4
Formato del Trabajo de Titulación (numeral 2.12 al 2.16 de la Guía) y posee título, autor/es, tutor y asesor antes del resumen				X
Resumen: en 250 palabras que recoge, introducción, metodología, los principales resultados y conclusión o conclusiones más relevantes de la revisión.				X
Palabras clave: incluir de 4-5 palabras clave que describan y orienten al lector sobre el tema de la revisión. Debe ser escrito de acuerdo al Medical Subject Headings (MeSH) o los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).				X
Introducción: entre 2 a 3 hojas, en la cual se presenta la problemática que aborda el trabajo de titulación, se definen los conceptos principales y/o los principales antecedentes en relación al tema objeto de estudio.				X
Preguntas de investigación: redactadas en un párrafo al final de la introducción.				X
	1	4	7	9
Metodología: constituido por el tipo de estudio realizado, las fuentes bibliográficas consultadas, el uso de palabras clave utilizadas; así como,				X

www.ucacue.edu.ec

las estrategias de búsqueda o ecuaciones de búsqueda. También se debe incluir los limitadores de búsqueda y/o criterios de inclusión exclusión. Contiene el diagrama de búsqueda.				
Resultados y discusión: posee en su primer párrafo el número de artículos totales consultados y los seleccionados finalmente para la realización del trabajo, deben responder a las preguntas de investigación planteadas de forma ordenada por medio de subtítulos. Discute y/o compara los resultados con aportaciones de interés, sobre el tema tratado.				X
	1	2	3	4
Conclusión: da respuesta a las preguntas del estudio, además incluye las limitaciones del estudio y prospectivas futuras (sin citas bibliográficas).				X
Citas y referencias bibliográficas: presentadas según las Normas Vancouver. Constituido por un mínimo de 50 referencias bibliográficas científicas citadas a lo largo de todo el trabajo de titulación.				X
Anexos Obligatorio: tablas de registro de la búsqueda de información científica los cuales no serán referidos en el Trabajo de Titulación *En caso de tener otro anexo, debe indicarse dentro del artículo y enumerado por orden de aparición.				X
Puntuación total				

Calificación final: 50/50

Observaciones: _____



Lcda. Ana Guapacasa
DOCENTE

ANEXO 16. TABLAS DE BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN

Tabla 1*Estrategia de búsqueda*

Elaborado por: autor

Formación continuada	AND	Acreditación				
Maternal	AND	death				
Muerte	AND	materna				
obstetric	AND	risk	AND	factors		
Factores	AND	Riesgo	AND	Obstétricos		
Trastornos	AND	Hipertensivos				
Hypertensive	AND	Disorders				
Ppostpartum	AND	hemorrhage				
hemorragias	AND	Postparto				
Obstetric	AND	Sepsis				
Nursing	AND	intervention	AND	postpartum	AND	Hemorrhages

Tabla 2*Palabras claves para el proceso de búsqueda de información*

Elaborado por: autor

PALABRA CLAVE	INGLÉS	PORTUGUÉS	ESPAÑOL
Muerte Materna	Maternal Death		Muerte Materna
Factores de Riesgo	Risk Factors		Factores de Riesgo
Hemorragias Postparto	postpartum hemorrhages		
Hipertensión	Hypertension		Hipertensión
Sepsis	Sepsis		Sepsis
Intervención de enfermería	nursing intervention		

Tabla 3*Ficha para recolección Bibliográfica*

Elaborado por: Autor

Autor (es)	Título Artículo	Revista (Volumen, año, número)	Link	Idioma	Método
Monte A, Rocha L, Batista M, Costa F, Brown H, Castro A.	Comparación entre los criterios de cuasi-incidencia en una unidad de cuidados intensivos maternos	Revista: Nursing School Magazine Vol.52 N:3304 Año: 2018	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30517294/	Ingles	Cuantitativo
Mohammadi S, Masoumeh A, Taheripannah R, Kallestal C.	Cercano a la maternidad en los hospitales universitarios con cesárea: un estudio de control de casos de incidentes	Rev: Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology. Vol:95 N:100 Año: 2016	https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.12881	Ingles	Cuantitativo
Holmquist I, Bostik V.	Mortalidad materna relacionada con el embarazo	Rev: Military Medical Science Letters Vol: 8 Año: 2019	https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2019/01/03.pdf	Ingles	Revisión bibliográfica
Prust Z, Verschueren K, Bhikha G, Kodan	Investigación de las causas del mortinato en Suriname: aplicación de la herramienta CIE-PM	Rev: Acción de salud de Glob. Vol: 13 N: 1	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7480654/	Ingles	Descriptivo

L, Browne J, Rijken M, et al.	de la OMS a los datos hospitalarios a nivel nacional	Año:2020			
Yadeta T, Mengistu B, Gobena T, Regassa L.	Patrón espacial de mortalidad perinatal y sus determinantes en Etiopía: Datos de ethiopian Demographic and Health Survey 2016	Rev: Plos One Vol: 12 N:3 Año:2020	https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242499	Ingles	Análisis cuantitativo
Moreno J, Garduño R, Pascual F, Tarasco M.	Omisiones detectadas en 150 casos de muerte materna en la ciudad de México.	Rev: Ginecol Obstet Mex Vol: 8 Año: 2018	https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom2018/gom1812e.pdf	Ingles	Revisión bibliográfica
García Ramos J, Morales I, Fuentes M, Hernández E, García R.	Emergencias y urgencias obstétricas en el Hospital Central Militar: nuestra visión y el Horizonte epidemiológico.	Rev: cirugía y cirujanos Vol: 1 Año: 2018	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29809179/	Ingles	Descriptivo
León L, Echeverría A, Fernández A.	Conducta perioperatoria ante la hemorragia posparto en el Hospital Militar Central	Rev: Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. Vol: 16 N: 2 Año: 2017	http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v16n2/scar02217.pdf	Español	Descriptiva

Figueredo M, Fernández D, Hidalgo M, Rodríguez R, Alvares T.	Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional Niquero.	Rev: Multimed. Revista Médica. Granma Vol: 5 N: 23 Año: 2019	http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n5/1028-4818-mmed-23-05-972.pdf	Español	Descriptivo
Mora G, Cusihuaman A, Insfran M.	Análisis Situacional de Muerte Materna en Paraguay: alcances del 2008-2018.	Rev: Salud pública. Vol: 12 N: 1 Año: 2020	https://doi.org/10.18004/rspp.2020.enero.10-22	Español	Observacion
Pantoja L.	Morbilidad materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente: Orlando Pantoja Tamayo: Contramaestre 2014-2019.	Rev Inf. Cient. Vol: 99 N: 1 Año: 2020	http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v99n1/1028-9933-ric-99-01-20.pdf	Español	Observacion
Díaz R, Bobadilla L, Fajardo L, Méndez N, Gómez S.	Análisis de la mortalidad materna de los años 2013 a 2015 en el estado de Yucatán.	Rev: Revista Biomédica Vol:30 N:1 Año: 2019	http://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v30n1/2007-8447-revbiomed-30-01-25.pdf	Español	Estudio trasversal
Mayorga L, Sajín C, Pérez M, Guzmán J	Satisfacción de usuarias de control prenatal Montería	Rev: Revista de la Universidad Industrial de Santander Vol:51 N:3	https://www.redalyc.org/jatsRepo/3438/343862451005/html/index.html	Español	Cuantitativa

		Año:2019			
Vázquez V, Torres C, Torres G.	Valor predictivo del test angiogénico en los trastornos hipertensivos del embarazo	Rev: MediSur Vol: 18 N: 4 Año: 2020	https://www.redalyc.org/jatsRepo/1800/180064571016/ 180064571016.pdf	Español	Revisión bibliográfica
Moreno E, Becerril V, Alcalde J.	Conocimiento táctico y explícito: análisis comparativo de la priorización de problemas de salud materna en México	Rev: Gac Sanit Vol: 3 N: 32 Año: 2018	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213 911117301334?via%3Dihub	Español	Revisión bibliográfica
Enrique L, Enrique C, Pérez M, Guzmán J	Satisfacer de usuarias del control prenatal en Montería.	Rev: Revista de las Universidades Industrial de Santander Vol: 51 N:3 Año: 2019	https://www.redalyc.org/jatsRepo/3438/343862451005/ 343862451005.pdf	Español	Revisión bibliográfica
Rashidi F, Simbar M, Zaden S, Alavi H.	Escala de triage obstétrico; una revisión narrativa.	Rev: Arch Acad Emerg Med Vol: 7 N:1 Año:2019	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC637722 4/	Ingles	Revisión bibliográfica
Rashidi F, Simbar M, Zaden S, Safari S, Alavi H	La calidad del proceso de clasificación de la maternidad: un estudio cualitativo	Rev: Adv J Emerg Med Vol:4 N:1 Año:2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC695503 5/	Ingles	Cuantitativa

Vousden N, Lawley E, Seed P, Gidiri M, Charantimath U, Makonyola G, et al.	Explorando el efecto de la implementación y el contexto en un ensayo controlado aleatorio escalonado de un dispositivo de triage de signos vitales en la atención de maternidad de rutina en entornos de bajos recursos	Rev: Implementar Sci Vol:14 N: 38 Año:2019	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6471783/	Ingles	cuantitativa
Tarqui C, Rojas H, Benavides W, Zaldívar H, Herrera J, Calderón M.	Causas De Muerte Materna En La Región De Callao, Perú. Estudio Descriptivo, 2000-2015	Rev: Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol: 70 N:1 Año:2019	https://doi.org/10.18597/rcog.3123	Ingles	Cuantitativa
Lee L, Chia A, Phua D, Colega M, Padmapriya N, Bernard J, Cai S, et al	Múltiples factores de estilo de vida modificables y el riesgo de depresión perinatal durante el embarazo: hallazgos de la cohorte GUSTO	Rev: Psiquiatría integral Vol: 103 N:1522 Año:2020	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X20300523?via%3Dihub	Ingles	Cuantitativa
Carvalho PI de, Frias PG de, Lemos MLC,	Perfil sociodemográfico y de atención de la muerte materna en	Rev: Epidemiyol. Serv. Salud Vol: 29	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100304&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt	Español	Descriptivo

Frutuoso LAL de M, Figueroa B de Q, Pereira CC de B, et al	Recife, 2006-2017: estudio descriptivo	N:1 Año:2020			
Varela M, Pereira C.	Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano	Rev: Revista española de salud Pública Vol: 92 N: Año:2019	https://www.redalyc.org/jatsRepo/170/17059490042/17059490042.pdf	Español	Revisión bibliográfica
Suarez S, Agudelo A, Pinheiro A, Suarez D, Eckardt M, Theron G.	Taponamiento uterino con balón para el tratamiento de la hemorragia posparto: revisión sistemática y metanálisis	Rev: estadounidense de obstetricia y ginecologia Vol: 293 N: 2 Año: 2020	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002937819327516	Ingles	Cuantitativa
Nobles C, Mendiola P, Silver R.	Presión arterial antes de la concepción y su cambio hacia el embarazo temprano: factores de riesgo temprano para la preeclampsia y la hipertensión gestacional	Rev: Hypertensionaha Vol:13 N:26 Año:2020	https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14875 Pubmed	Ingles	Cuantitativa
Sun Y, Shen Z, Zhan Y, Wang Y.	Efectos del índice de masa corporal antes del embarazo y el aumento	Rev: Embarazo Parto BMC Vol:20	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7336408/	Ingles	Cuantitativa

	de peso gestacional sobre las complicaciones maternas e infantiles	N:15 Año: 2020			
Kolin D, Shakur H, Chaudhri R.	Factores de riesgo para la transfusión de sangre en pacientes con hemorragia posparto y traumática: análisis de los ensayos CRASH-2 y WOMAN	Rev: Plos One Vol: 15 N:6 Año: 2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269233/	Ingles	Revisión bibliográfica
Islam M, Sultana N	Factores de riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo entre mujeres de barrios marginales urbanos y mujeres que no viven en barrios marginales en Bangladesh	Rev: BMC Pregnancy and Childbirth Vol:19 N:23 Año:2019	https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2392-6	Ingles	Cuantitativa
Shaheen A, Heena H, Nofal A, Raiz M, Alfayyad I.	Conocimiento de las señales de peligro obstétrico entre las mujeres de Arabia Saudita	Rev: Salud Pública de BMC. Vol: 20 N:15 Año:2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7296941/	Ingles	Cuantitativa

Terefe N, Nigussie A, Tadele A	Prevalencia de signos de peligro obstétrico durante el embarazo y factores asociados entre las madres del distrito rural de Shashemene, en el sur de Etiopía	Rev: J Embarazo Vol:20 N:20 Año:2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC753375 5/	ingles	Cuantitativa
Jewaro M, Yenus H, Ayanaw J, Abera B, Derso T.	Conocimiento de los signos de peligro obstétrico y factores asociados entre las madres del distrito de Bahir Dar, noroeste de Etiopía: un estudio transversal basado en instituciones.	Rev: Rev de salud pública. Vol:41 N:19 Año:2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC732941 7/	Ingles	Cualitativa
Wassihum B, Negese B, Bunduman H, Bekele S, Bante A, Yeheyis T, et al.	Conocimiento de las señales de peligro obstétrico y factores asociados: un estudio entre madres en la ciudad de Shashamane, región de Oromia, Etiopía	Rev: Reprod Health Vol: 17 N:6 Año:2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC696679 2/	Ingles	Cuantitativa
Dangura A	Conocimiento sobre el parto y signos de peligro	Rev: BMC Embarazo Parto	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC726866 9/	Ingles	Revisión bibliográfica

	obstétrico posparto y factores asociados entre las madres del distrito de Dale, en el sur de Etiopía.	Vol:20 N:340 Año: 2020			
Moncloa A, Valdivia E, Valenzuela G, Larrauri C CJ	Hipertensión en el embarazo	Rev: Rev Peru Ginecol Obs Vol: 2 N:22 Año:2018	https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077	Ingles	Cuantitativa
Rong W, Tingting G, Runhui G DX, Dexiu X, Changxiang Y YC	Trastornos Hipertensivos del Embarazo y Riesgo de Morbilidad y Mortalidad Relacionadas con Enfermedades Cardiovasculares: Una Revisión Sistemática y Metaanálisis	Rev: Prevención Cardiovascular: Revisión Sistemática Vol:3 N:7 Año:2020	https://www.karger.com/Article/FullText/508036	Ingles	Revisión bibliográfica
Davis A, Rudd A, Lollar J, McRae A.	Simulación interprofesional para el abordaje de la hemorragia posparto	Rev: Nurs (Ed española) Vol:26 N:1 Año2019:	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0212538219300044	Ingles	Cuantitativa
Valencia L	Paquetes de atención en obstetricia	Rev: Rev Peru Ginecol Obs	http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2153/pdf	Español	Revision Bibliográfica

		Vol: 65 N:1 Año:2019			
Lima HM, Carvalho F, Feitosa C	Factores asociados con la mortalidad materna entre los pacientes que cumplen con los criterios de morbilidad materna grave y casi falta	Rev: Int J Gynecol Obstet Vol:3 N:4 Año:2016	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28099693/	Ingles	Cuantitativa
Nkamba D, Ditekemena J, Wembodinga G, Bernard P, Tshefu A, Robert A	Proporción de mujeres embarazadas examinadas para detectar trastornos hipertensivos en el embarazo y sus factores asociados dentro de las clínicas prenatales de Kinshasa, República Democrática del Congo	Rev: BMC Pregnancy and Childbirth Vol:19 N:3 Año:2019	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6694649/	Ingles	Cuantitativa
Joseph NT, Worrell NH, Collins J, Schmidt M, Sobers G, Hutchins K, et al	Implementación de una hemorragia posparto Paquete de seguridad en un hospital de la red de seguridad urbana	Rev: Case Report Vol:10 N:3 Año:2020	https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0040-1714713.pdf	Ingles	Cuantitativa

García L, Ramos J, Morales I, Fuentes M, Hernández E GR	Emergencias y urgencias obstétricas en el Hospital Central Militar (I): nuestra visión y el horizonte epidemiológico	Rev: cirugía y cirujanos Vol: 10 N:4 Año:2018	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29809179/	Ingles	Revisión Bibliográfica
Chertoff J, Chisum M, Simmons L, King B, Walker M, Lascano J.	Utilidad de pronóstico de lactato plasmático medida entre 24 y 48 h después del inicio del tratamiento dirigido por objetivos tempranos en el manejo de la sepsis, sepsis grave y shock séptico	Rev: Journal of Intensive Care Vol: 3 N: 4 Año 2016:	https://jintensivecarebiomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-016-0142-7	Ingles	
Joshi A, Bayou T, Oppong SA, Moyer CA, Lawrence ER	Conocimientos de preeclampsia entre mujeres posparto tratadas para preeclampsia y eclampsia en el Hospital de Enseñanza Korle Bu en Accra, Ghana	Rev: Joshi et al. BMC Pregnancy and Childbirth Vol:6 N:25 Año; 2020	https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03316-w	Ingles	Cuantitativa
Garibaldi-Zapatero J, Teresa Than-Gómez M,	Morbimortalidad materna	Rev: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social,	https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745149011.pdf	Español	Revisión Científica

Guerrero-Rivera S, Cuevas-García CF	en una unidad de tercer nivel sin servicio de obstetricia	Vol: 54 V:2 Año:2016			
Hernandez J Fonseca O	Morbilidad materna extrema y mortalidad en un hospital regional de Sudáfrica	Rev: Chil Obstet Ginecol Vol: 84 N:6 Año:2019	https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526-rchog-84-06-0469.pdf	Español	Descriptivo
Wei J, Dai Y, Wang Z, Gu N, Hongfang J.	Tamponade intrauterino de doble globo vs empaque de gasas en el manejo de la placenta previa.	Rev: Medicine Baltimore Vol: 99 N: 2 Año: 2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7035072/	Ingles	Ensayo
Espinosa V, Cornejo F, Calle J, Proaño Gordón M, Macías P, et al.	Score MAMA y claves obstétricas.	Ciudad: Quito Año:2017 Páginas: 69	http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf	Español	Guía
Serruya S, Kuri P, Moctezuma M, Velasco M, Ruiz, Evia M, et al	Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica	Ciudad: México Año: 2016 Páginas: 60	https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/270472/web_TriageObstetricoCM.pdf	Español	Guía
Serruya S, Mucio M, Sosa C, Vasco M, Rojas J, Orellano K, et al	Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas	Ciudad: Latinoamérica Año: 2019 Páginas: 89	https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y	Español	Guías

Organización Mundial de la Salud	Mortalidad Materna	Año: 2020	https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality	Español	
Ministerio de Salud Publica	Muerte Materna	Año: 2020	https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/MUERTE-MATERNA-SE_15_2020.pdf	Español	
Tallapureddy S, Velagaleti R, Palutla H, Satti CV	“Near-Miss” Obstetric events and maternal mortality in a Tertiary Care Hospital.	Rev: Indian J Public Health Vol: 61 N:4 Año: 2017	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29219140/	Ingles	Cuantitativa
Lee L, Chai A, Phua D, Padmapriya N, Bernard J, Cai S et al	Multiple modifiable lifestyle factors and the risk of perinatal depression during pregnancy: Findings from the GUSTO cohort.	Rev: Compr Psychiatry Vol: 103 N: 25 Año: 2020	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X20300523?via%3Dihub	Español	Cuantitativa
Kolin DA, Shakur-Still H, Bello A, Chaudhri R, Bates I, Roberts I	Risk factors for blood transfusion in traumatic and postpartum hemorrhage patients: Analysis of the CRASH-2 and WOMAN trials.	Rev: PLoS One Vol: N: Año:	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269233/	Ingles	Análisis

Pacagnella RC, Borovac-Pinheiro A	Assessing and managing hypovolemic shock in puerperal women	Rev: Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology. Bailliere Tindall Vol: 61 N: 34 Año: 2019	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693419300574?via%3Dihub	Ingles	Revisión Bibliográfica
Gómez L, Gonzales S.	Asociación de factores obstétricos y neonatales con casos de sepsis neonatal temprana. Cartagena, Colombia.	Rev: Rev Hanamera Ciencias Medicas Vol:14 N:1 Año: 2018	https://www.redalyc.org/jatsRepo/1804/180459094011/html/index.ml	Español	Cualitativo
Koch DM, Rattmann YD	Use of misoprostol in the treatment of postpartum hemorrhage: a pharmacoepidemi ological approach	Rev: Einstein (Sao Paulo) Vol: 18 N:4 Año: 2020	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31721897/	Ingles	Observacion al
Turner K, Hameed AB	Hypertensive Disorders in Pregnancy Current Practice Review	Rev: Curr Hypertens Rev Vol: N: Año:2017	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28554307/	Ingles	Cuantitativa
Raney JH, Morgan MC,	Simulation-enhanced nurse mentoring to	Rev: BMC Pregnancy Childbirth	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6344989/	Ingles	Cuantitativa

Christmas A, Sterling M, Spindler H, Ghosh R, et al	improve preeclampsia and eclampsia care: An education intervention study in Bihar, India	Vol:19 N:41 Año: 2019			
Ferraira M, Silveira C, Silva S, Souza D, Ruiz M.	Cuidado de enfermería para mujeres con preeclampsia y/o eclampsia: revisión integrativa	Rev: Esc Enferm USP Vol: 50 N: 2 Año: 2016	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27384214/	Ingles	Revisión bibliográfica
Res J, Jeker L, Neuhausa M, Vogt D, Girard T, Hoesli I,	La implementación del algoritmo de hemorragia posparto DA-CH después de una hemorragia posparto grave acelera el manejo clínico: una serie de casos retrospectiva	Rev: Revista europea de obstetricia y ginecología y biología reproductiva Vol: 247 N: 34 Año: 2020	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211520300014	Ingles	Cuatitativa
Mejia N, Aviles P.	Tratamiento activo del tercer periodo del trabajo de parto: tres esquemas de oxitocina	Rev: Ginecol Obstet Mex. Vol:84 N:4 Año: 2016	https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom165f.pdf	Español	Cuantitativa

<p>Echeverría M, Sandoval P, Bravo G, Vázquez F, Rodríguez M- Roldán BJ</p>	<p>Reporte de un caso exitoso en la activación del equipo de respuesta inmediata (ERI) en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 221 «Dr. Emilio Chuayffet Chuayffet» del IMSS y revisión de la literatura</p>	<p>Rev: Revista mexicana de Anestesiología Vol:40 N:2 Año:2017</p>	<p>https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172i.pdf</p>	<p>Español</p>	<p>Cuantitativa</p>
---	--	--	--	----------------	---------------------

Tabla 4*La lista de validez y utilidad aparente*

Elaborado por: Autor

Bases de datos	Ecuaciones de Búsqueda	Numero de Resultados	Numero de documentos seleccionados
Scopus	Maternal and Death	2	1
	Obstetric and risk and factors	1	1
Pubmed	Maternal and Deth	6	5
	Hypertensive Disorders	9	5
	Postpartum and hemorrhage	5	4
	Nursing and intervention and postpartum and hemorrhages	5	5
Springer-link	Obstetric and risk and factors	3	3
	Hypertension Disorders	2	2
	Nursing and intervention and postpartum and hemorrhages	4	4
ScienceDirect	Factores and riesgo	4	2
	Trastornos and Hipertensivos	3	2
Redalyc	factores and riesgo	3	3
	Hemorragias and postparto	2	1
Scielo	Muerte and maternal	2	1
	factores and riesgo and obstétricos	3	2
	Hemorragias and postparto	2	1
	Trastornos and Hipertensivo	1	1
Medigraphic	Hemorragia and postparto	4	1
Web Oficial de la Organización Mundial de la Salud	muerte and materna	3	3
Web oficial del Ministerio de Salud Publica	Muerte and Materna	2	2

Tabla 5*Registro de la información del documento que finalmente seleccionó:*

Realizado por: Autor

Título	Autor (es)	Método	Revista y año de publicación	Link
Comparación entre los criterios de	Monte A, Rocha L, Batista M,	Cuantitativo	Revista: Nursing School Magazine Vol.52	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30517294/

cuasi- incidencia en una unidad de cuidados intensivos maternos	Costa F, Brown H, Castro A.		N:3304 Año: 2018	
Cercano a la maternidad en los hospitales universitarios con cesárea: un estudio de control de casos de incidentes	Mohamma di S, Masoumeh A, Taheripana h R, Kallestal C.	Cuantitativo	Rev: Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology. Vol:95 N:100 Año: 2016	https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.12881
Omisiones detectadas en 150 casos de muerte materna en la ciudad de México.	Moreno J, Garduño R, Pascual F, Tarasco M.	Revisión bibliográfica	Rev: Gineco Obstet Mex Vol: 8 Año: 2019	https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2018/gom1812e.pdf
Morbilidad materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente: Orlando Pantoja Tamayo: Contra maestre 2014-2019.	Pantoja L	Observación	Rev: Inf. Cient. Vol: 99 N: 1 Año: 2020	http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v99n1/1028-9933-ric-99-01-20.pdf
Conducta peri operatoria ante	León L, Echeverría	Descriptiva	Rev: Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación.	http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v16n2/scar02217.pdf

la hemorragia posparto en el Hospital Militar Central	A, Fernández A.		Vol: 16 N: 2 Año: 2017	
Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcion al Niquero.	Figueredo M, Fernández D, Hidalgo M, Rodríguez R, Alvares T	Descriptivo	Rev: Multimed. Revista Médica. Granma Vol: 5 N: 23 Año: 2019	http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n5/1028-4818-mmed-23-05-972.pdf
Análisis Situacional de Muerte Materna en Paraguay: alcances del 2008-2018.	Mora G, Cusihuama n A, Insfran M	Observacio nal	Rev: Rev. Salud pública. Vol: 12 N: 1 Año: 2020	https://doi.org/10.18004/rspp.2020.enero.10-22
Análisis de la mortalidad materna de los años 2013 a 2015 en el estado de Yucatán.	Díaz R, Bobadilla L, Fajardo L, Méndez N, Gómez S	Estudio trasversal	Rev: Revista Biomédica Vol:30 N:1 Año: 2019	http://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v30n1/2007-8447-revbiomed-30-01-25.pdf
Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería	Mayorga L, Sajín C, Pérez M, Guzmán J	Cuantitativa	Rev: Revista de la Universidad Industrial de Santander Vol: 51 N: 3 Año: 2019	https://www.redalyc.org/jatsRepo/3438/343862451005/html/index.html
Conocimiento táctico y explícito: análisis la priorización de problemas de	Moreno E, Becerril V, Alcalde J.	Revisión bibliográfic a	Rev: Gac Sanit Vol: 3 N: 32 Año: 2018	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301334?via%3Dihub

salud materna en México.				
Escala de triage obstétrico; una revisión narrativa.	Rashidi F, Simbar M, Zaden S, Alavi H.	Revisión bibliográfica	Rev: Arch Acad Emerg Med Vol: 7 N:1 Año:2019	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6377224/
La calidad del proceso de clasificación de la maternidad: un estudio cualitativo	Rashidi F, Simbar M, Zaden S, Safari S, Alavi H	cualitativo	Rev: Adv J Emerg Med Vol:4 N:1 Año:2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6955035/
Explorando el efecto de la implementación y el contexto en un ensayo controlado aleatorio escalonado de un dispositivo de triage de signos vitales en la atención de maternidad de rutina en entornos de bajos recursos	Vousden N, Lawley E, Seed P, Gidiri M, Charantimath U, Makonyola G, et al.	Cuantitativa	Rev: Implementar Sci Vol:14 N: 38 Año:2019	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6471783/
Múltiples factores de estilo de vida modificables y el riesgo de depresión perinatal	Lee L, Chia A, Phua D, Colega M, Padmapriya N,	Cuantitativa	Rev: Psiquiatría integral Vol: 103 N:1522 Año:2020	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X20300523?via%3Dihub

durante el embarazo: hallazgos de la cohorte GUSTO	Bernard J, Cai S, et al			
La implementación del algoritmo de hemorragia posparto DA-CH después de una hemorragia posparto grave acelera el manejo clínico: una serie de casos retrospectiva	Res J, Jeker L, Neuhaus M, Vogt D, Girard T, Hoesli I,	Cuantitativo	Rev: Revista europea de obstetricia y ginecología y biología reproductiva Vol: 247 N: 34 Año: 2020	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211520300014
Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano	Varela M, Pereira C.	Revision bibliografica	Rev: Revista española de salud Pulica Vol: 92 N: Año:2019	https://www.redalyc.org/jatsRepo/170/17059490042/17059490042.pdf
Taponamiento uterino con balón para el tratamiento de la hemorragia posparto: revisión sistemática y metanálisis	Suarez S, Agudelo A, Pinheiro A, Suarez D, Eckardt M, Theron G.	Cuantitativa	Rev: estadounidense de obstetricia y ginecología Vol: 293 N: 2 Año: 2020	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937819327516

Presión arterial antes de la concepción y su cambio hacia el embarazo temprano: factores de riesgo temprano para la preeclampsia y la hipertensión gestacional	Nobles C, Mendiola P, Silver R.	Cuantitativa	Rev: Hypertensionaha Vol:13 N:26 Año:2020	https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14875
Efectos del índice de masa corporal antes del embarazo y el aumento de peso gestacional sobre las complicaciones maternas e infantiles	Sun Y, Shen Z, Zhan Y, Wang Y.	cuantitativa	Rev: Embarazo Parto BMC Vol:20 N:15 Año: 2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7336408/
Factores de riesgo para la transfusión de sangre en pacientes con hemorragia posparto y traumática: análisis de los ensayos	Kolin D, Shakur H, Chaudhri R.	Revisión bibliográfica	Rev: Plos One Vol: 15 N:6 Año: 2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269233/

CRASH-2 y WOMAN				
Factores de riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo entre mujeres de barrios marginales urbanos y mujeres que no viven en barrios marginales en Bangladesh	Islam M, Sultana N	cuantitativa	Rev: BMC Pregnancy and Childbirth Vol:19 N:23 Año:2019	https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2392-6
Conocimiento de las señales de peligro obstétrico entre las mujeres de Arabia Saudita	Shaheen A, Heena H, Nofal A, Raiz M, Alfayyad I.	Descriptiva	Rev: Salud Pública de BMC. Vol: 20 N:15 Año:2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7296941/
Prevalencia de signos de peligro obstétrico durante el embarazo y factores asociados entre las madres del distrito rural de Shashemene,	Terefe N, Nigussie A, Tadele A.	Cuantitativa	Rev: J Embarazo Vol:20 N:20 Año:2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7533755/

en el sur de Etiopía				
Conocimiento de los signos de peligro obstétrico y factores asociados entre las madres del distrito de Bahir Dar, noroeste de Etiopía: un estudio transversal basado en instituciones.	Jewaro M, Yenus H, Ayanaw J, Abera B, Derso T.	cualitativa	Rev: Rev de salud pública. Vol:41 N:19 Año:2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7329417/
Conocimiento de las señales de peligro obstétrico y factores asociados: un estudio entre madres en la ciudad de Shashamane, región de Oromia, Etiopía	Wassihum B, Negese B, Bunduman H, Bekele S, Bante A, Yeheyis T, et al.	Cuantitativa	Rev: Reprod Health Vol: 17 N:6 Año:2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6966792/
Conocimiento sobre el parto y signos de peligro obstétrico posparto y	Dangura A	Revisión bibliográfica	Rev: BMC Embarazo Parto Vol:20 N:340 Año: 2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7268669/

factores asociados entre las madres del distrito de Dale, en el sur de Etiopía.				
Hipertensión en el embarazo	Moncloa A, Valdivia E, Valenzuela G, Larrauri C CJ	Cuantitativa	Rev: Rev Peru Ginecol Obs Vol: 2 N:22 Año:2018	https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077
Trastornos Hipertensivos del Embarazo y Riesgo de Morbilidad y Mortalidad Relacionadas con Enfermedades Cardiovasculares: Una Revisión Sistemática y Meta análisis en institución.	Rong W, Tingting G, Runhui G DX, Dexiu X, Changxian g Y YC	Revisión bibliográfica	Rev: Prevención Cardiovascular: Revisión Sistemática Vol:3 N:7 Año:2020	https://www.karger.com/Article/FullText/508036
Simulación interprofesional para el abordaje de la hemorragia posparto	Davis A, Rudd A, Lollar J, McRae A.	Cuantitativa	Rev: Nurs (Ed española) Vol:26 N:1 Año2019:	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0212538219300044
Factores asociados con la mortalidad	Lima HM, Carvalho F, Feitos C	Revisión bibliográfica	Rev: Int J Gynecol Obstet Vol:3 N:4	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28099693/

materna entre los pacientes que cumplen con los criterios de morbilidad materna grave y casi falta			Año:2016	
Proporción de mujeres embarazadas examinadas para detectar trastornos hipertensivos en el embarazo y sus factores asociados dentro de las clínicas prenatales de Kinshasa, República Democrática del Congo	Nkamba D, Ditekemena J, Wembodinga G, Bernard P, Tshetu A, Robert A	Cuantitativa	Rev: BMC Pregnancy and Childbirth Vol:19 N:3 Año:2019	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6694649/
Implementación de una hemorragia posparto Paquete de seguridad en un hospital de la red de seguridad urbana	Joseph NT, Worrell NH, Collins J, Schmidt M, Sobers G, Hutchins K, et al	Cuantitativa	Rev: Case Report Vol:10 N:3 Año:2020	https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0040-1714713.pdf

Emergencias y urgencias obstétricas en el Hospital Central Militar (I): nuestra visión y el horizonte epidemiológico	García L, Ramos J, Morales I, Fuentes M, Hernández E GR	Revisión bibliográfica	Rev: Cirugía y cirujanos Vol: 10 N:4 Año:2018	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29809179/
Utilidad de pronóstico de lactato plasmático medida entre 24 y 48 h después del inicio del tratamiento dirigido por objetivos tempranos en el manejo de la sepsis, sepsis grave y shock séptico	Chertoff J, Chisum M, Simmons L, King B, Walker M, Lascano J.	Cuantitativa	Rev: Journal of Intensive Care Vol: 3 N: 4 Año 2016:	https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-016-0142-7
Conocimientos de preeclampsia entre mujeres posparto tratadas para preeclampsia y eclampsia en el Hospital de Enseñanza	Joshi A, Beyuo T, Oppong SA, Moyer CA, Lawrence ER	Cuantitativa	Rev: Joshi et al. BMC Pregnancy and Childbirth Vol:6 N:25 Año; 2020	https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03316-w

Korle Bu en Accra, Ghana				
Morbimortalidad materna en una unidad de tercer nivel sin servicio de obstetricia	Garibaldi-Zapatero J, Teresa Than-Gómez M, Guerrero-Rivera S, Cuevas-García CF	Revisión bibliográfica	Rev: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social Vol: 54 V:2 Año;2016	https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745149011.pdf
Tamponade intrauterino de doble globo vs empaque de gasas en el manejo de la placenta previa.	Wei J, Dai Y, Wang Z, Gu N, Hongfang J.	Ensayo	Rev: Medicine Baltimore Vol: 99 N: 2 Año: 2020	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7035072/
Paquetes de atención en obstetricia	Valencia L	Revisión bibliográfica	Rev: Rev Peru Ginecol Obs Vol: 65 N:1 Año:2019	https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2153
Morbilidad materna extrema y mortalidad en un hospital regional de Sudáfrica	Hernandez J Fonseca O	Descriptiva	Rev: Chil Obstet Ginecol Vol: 84 N: 6 Año: 2019	https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526-rchog-84-06-0469.pdf
Score MAMA y claves obstétricas	Espinosa V, Cornejo F, Calle J, Proaño P, Gordon M, Macias P, et al .	Protocolos	Cuidad: Quito Año:2017 Páginas: 69	http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICA S.pdf

<p>Triage obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica</p>	<p>Ramon J, Kuri P, Moctezuma M, Velasco M, Ruiz, Evia M et al</p>	<p>Guías</p>	<p>Ciudad: México Año: 2016 Páginas: 60</p>	<p>https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/270472/web_TriageObstetricoCM.pdf</p>
<p>Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas</p>	<p>Serruya S, Mucio M, Sosa C, Vasco M, Rojas J, Orellano K et al</p>	<p>Guías</p>	<p>Ciudad: Latinoamérica Año: 2019 Páginas: 89</p>	<p>https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y</p>
<p>“Near-Miss” Obstetric events and maternal mortality in a Tertiary Care Hospital.</p>	<p>Tallapuredy S, Velagaleti R, Palutla H, Satti CV</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Rev: Indian J Public Health Vol: 61 N:4 Año: 2017</p>	<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29219140/</p>
<p>Risk factors for blood transfusion in traumatic and postpartum hemorrhage patients: Analysis of the CRASH-2 and WOMAN trials.</p>	<p>Kolin DA, Shakur-Still H, Bello A, Chaudhri R, Bates I, Roberts I</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Rev: Compr Psychiatry Vol: 103 N: 25 Año: 2020</p>	<p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269233/</p>
<p>Asociación de factores obstétricos y neonatales con</p>	<p>Gómez L, Gonzales S.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Rev: Rev Hanamera Ciencias Medicas Vol:14 N:1</p>	<p>https://www.redalyc.org/jatsRepo/1804/180459094011/html/index.html</p>

casos de sepsis neonatal temprana. Cartagena, Colombia.			Año: 2018	
Use of misoprostol in the treatment of postpartum hemorrhage: a pharmacoepidemiological approach	Koch DM, Rattmann YD	Observacional	Rev: Einstein (Sao Paulo) Vol: 18 N:4 Año: 2020	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31721897/
Simulation-enhanced nurse mentorinto improve preeclampsia and eclampsia care: An education intervention study in Bihar, India	Raney JH, Morgan MC, Christmas A, Sterling M, Spindler H, Ghosh R, et al	Cuantitativa	Rev: BMC Pregnancy Childbirth Vol:19 N:41 Año: 2019	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6344989/
Cuidados de enfermería para mujeres con preeclampsia y/o eclampsia: revisión integradora	Ferraira M, Silveira C, Silva S, Souza D, Ruiz M.	Revisión bibliográfica	Rev: Esc Enferm USP Vol: 50 N: 2 Año: 2016	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27384214/

Organizaciones Sanitarias	Año	Link	TITULO
Organización Mundial de la Salud	2020	https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality	Morbilidad Materna
Ministerio de salud Publica	2020	https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/MUERTE-MATERNA-SE_15_2020.pdf	Muerte Materna

Libro

Registre una base de datos

Realizado por: Autor

Tipo de documento	Título	Autor (es)	Ciudad/país	Editorial	Link
Guía	Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas	Serruya S, Mucio M, Sosa C, Vasco M, Rojas J, Orellano K et al	Central Latinoamérica		https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
Guía	Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica	Ramon J, Kuri P, Moctezuma M, Velasco M, Ruiz, Evia M et al	México	Secretaría de Salud	https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/270472/web_TriageObstetricoCM.pdf
Guía	Score MAMA y claves obstétricas.	Espinosa V, Cornejo F, Calle J, Proaño Gordón M, Macías P, et al.	Ecuador	Dirección Nacional Normalización	http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf

Tabla 6*Registro de la búsqueda*

Realizado por: Autor

N-	Base de Datos	Fecha	Estrategia para la Búsqueda							Documentos Iniciales	Porcentaje
1	Scopus	27/12/2020	Maternal	and	Death					20	5%
2	Scopus	27/12/2020	obstetric	AND	Death					10	10%
3	pumbed	28/12/2020	maternal	AND	Death					15	33.3%
4	pubmed	29/12/2020	hypertensive	and	Disorders					60	55%
5	pubmed	29/12/2020	postpartum	and	hemorrhage					30	13%
6	pubmed	01/01/2021	Nursing	and	intervention	and	Postpartum	And	Hemorrhages	27	14%
7	Springer-Link	30/12/2020	Obstetric	and	risk	and	factors			35	8.5%
8	Springer-Link	2/1/2021	hypertensive	and	Disorders					34	5.8%
9	Springer-Link	2/1/2021	Nursing	and	intervention	and	postpartum	and	hemorrhages	20	20%
11	Springer-Link	2/1/2021	obstetric	and	sepsis					15	13.3%
12	sciencedirect	2/1/2021	Factores	and	riesgo					10	20%
13	sciencedirect	2/1/2021	trastornos	and	gipertensivos					11	18%

14	sciencedi rec	2/1/2021	postpart um	and	hemorrhage					15	20
15	redalyc	3/1/2021	Factores	And	riesgo					20	10%
16	redalyc	3/1/2021	Hemorr agias	And	posparto					10	20%
17	scielo	3/1/2021	Muerte	and	materna					17	5.8%
18	scielo	3/1/2021	Factores	And	riesgo	an d	obstétricos			20	10%
19	scielo	4/1/2021	Trasntor nos	and	Riesgo					11	8.3%
20	Medigrap	28/2/2021	Hemorr agia	And	postparto					10	10%
21	Web Oficial de la OMS	2/1/2021	Muerte	and	Materna					7	42%
22	Web Oficial del Ministerio de Salud Publica	4/1/2021	Muerte	and	materna					7	28.5%

Tabla 7*Síntesis de los estudios para generar una revisión de la literatura científica*

Realizado por: Autor

Autor y año	Propósito	Muestra	Medición	Tratamiento	Resultados	Hallazgos
Monte A, Rocha L, Batista M, Costa F, Brown H, Castro A. Año: 2018	Tiene el fin de comparar la incidencia de criterios de la muerte materna	120	Estudio de fichas clínicas	Se realizó una muestra a las gestantes del hospital	Los datos obtenidos de la muestra del grupo de mujeres gestantes dieron un resultado que la muerte materna varia en un 4.5 a 7.1 dándonos una tasa de mortalidad entre el 12 y el 17,9%.	Los síndromes hipertensivos también fueron una de las causas más comúnmente asociadas con morbilidad materna severa y cuasi accidentes, alcanzando el 23,7% de muerte materna.
Mohammadi S, Masoumeh A, Taheripanah R, Kallestal C. Año: 2016	Este estudio de campo tiene como objetivo describir el porcentaje de la prevalencia en problemas durante el embarazo y el parto.	90	Estudio de fichas clínicas	Se tomó en cuenta a las mujeres gestantes que estuvieron dentro del área de Uci	La hemorragia posparto grave (35%, 29/82), la preeclampsia grave (32%, 26/82) y la placenta previa/placenta anormalmente invasiva (10%, 8/82) fueron las causas más frecuentes de cuasi-parto. Las mujeres con cesárea antes del parto (oddsratio ajustada de 7,4; intervalo de confianza del 95%: 3,7-15,1) y comorbilidad (oddsratio ajustada de 2,3; intervalo de confianza	En cuanto a los factores maternos, correspondieron a mujeres analfabetas o que sólo habían asistido a la escuela primaria. El 60% tenía bajos ingresos familiares y el 40% tenía sobrepeso u obesidad. Sin embargo, no se disponía de estos datos para el grupo de control. Las odds ratios (OR) crudas mostraron que, en comparación con los controles, los casos de

					del 95%: 1,4-3,8), las iranés sin seguro médico (odds ratio ajustada de 3,4; intervalo de confianza del 95%: 1,7-7,1).	MNM eran más probables en las mujeres de edad ≥ 35 años (OR 2,6; IC 95%: 1,5-4,5), en las mujeres multíparas (paridad ≥ 3) (OR 3,0; IC 95%: 1,6-6,0)
Pantoja L Año: 2020	Caracterizar la morbilidad materna en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Orlando Pantoja Tamayo" de la provincia Santiago de Cuba durante los años 2014-2019.	23	Historias clínicas	Pacientes con complicaciones relacionados con el embarazo, parto, puerperio.	El 56 % de pacientes admitidas estuvo dentro de 20 y 29 años de edad, siendo los trastornos hipertensivos asociados al embarazo con un 65,4 % y la hemorragia obstétrica para un 22,0 % las principales causas de ingresos. La estadía promedio de las pacientes fue de 3,6 días y durante la misma, la diabetes insípida fue la principal complicación.	En Cuba, en el año 2017, se logró una tasa de mortalidad materna de 38,3 por cada 100 000 nacidos vivos durante el año 2018, con un incremento de 6 defunciones la tasa de mortalidad materna ascendió a 43,8 por cada 100 000 nacidos vivos y, en la provincia de Santiago de Cuba, la tasa de mortalidad materna fue de 24,8 por cada 100 000 nacidos vivos (3 muertes maternas). Al analizar los diagnósticos que determinaron el ingreso de estas pacientes, Tabla 3, se tiene que los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo (preeclampsia agravada con 53,3 % y eclampsia con 12,1 %) y la hemorragia obstétrica para un

						22,0 %, fueron las enfermedades que prevalecieron.
Moreno J, Garduño R, Pascual F, Tarasco M. Año: 2019	Identificar y describir, en una muerte poblacional acotada, las omisiones en el proceso de atención a la salud en caso de muerte materna.	4 hospitales	Casos de muerte materna	Estudio de casos de mujeres gestantes	Se realizó estudios de caos de muerte materna dando como 71% como muertes susceptibles de prevención mediante diagnóstico.	Está presente un factor de riesgo la atención prenatal, se encontró que en 92 casos (61%) las pacientes no recibieron atención prenatal ya que la valoración durante el periodo prenatal es escasa puede dificultar la atención a la emergencia y el tratamiento es tardío.
León L, Echeverría A, Fernández A. Año: 2017	Describir la conducción perioperatoria de las pacientes con hemorragia posparto, atendidas en el Hospital Militar.	57 pacientes	Observación de pacientes posparto	La atonía uterina fue la causa más frecuente de hemorragia posparto en pacientes jóvenes de nivel medio, raza blanca y nulíparas. Las principales complicaciones fueron el shock hipovolémico y la acidosis metabólica.	Describir la conducción perioperatoria de las pacientes con hemorragia posparto, atendidas en el Hospital Militar.	Todas las pacientes (100 %) fueron diagnosticadas con HPP antes de las primeras 24 h de puerperio, por lo tanto, se clasificaron como HPP primaria. La edad media fue de $27,8 \pm 5,4$ años. Hubo predominio del grupo de edad de 21-25 años, seguido en orden decreciente por el grupo comprendido entre 26-30 años y de 31-35 años. En las edades entre 16-20 y más de 35 años se encontró un 10,53 % en cada una. Predominó el nivel medio educacional, seguido del

						<p>nivel preuniversitario y el nivel superior. En cuanto al color de la piel, se obtuvo que el 50,88 % eran blancas, el 19,30 % mestizas y el 17,00 % negras.</p> <p>Por el útero atónico (donde no actúan las ligaduras vivientes de Pinard) puede perderse de 2500-3000 mL de sangre en 5 min, lo que equivale a una pérdida aproximada de 500-600 mL/min e, incluso, puede perderse el volumen total en 10 min. Los fluidos de reposición de volumen más usados por los anesestesiólogos en las pacientes fueron el cloruro de sodio al 0,9 %, el Gelofusin y el lactato de Ringer. EL 40,35 % necesitó transfusión de hemoderivados. De ellas, al 100 % se les administró concentrado de eritrocitos, a 8 plasma fresco congelado y a 2 concentrado de plaquetas y crioprecipitado.</p>
--	--	--	--	--	--	---

						Estos tres últimos componentes transfundidos siempre se asociaron al primero. El fármaco más empleado fue la oxitocina, administrada al 100 % de las pacientes, seguido de la ergometrina (94,74 %) y el misoprostol (36,84 %). El ácido tranexámico fue administrado al 26,31 %. Las aminas vasopresores (norepinefrina) asociadas a dobutamina se administraron en una paciente (1,75 %).
Figueredo M, Fernández D, Hidalgo M, Rodríguez R, Alvares T Año: 2019	Identificar los factores biopsicosociales asociados al riesgo reproductivo preconcepcional.	126 mujeres	Encuestas e historias clínicas	En el área de emergencia de un hospital	Predominaran las mujeres menores de 20 años, alta presencia de hábitos tóxicos siendo el consumo del café el más frecuente, los antecedentes patológicos personales más referidos fueron asma bronquial seguida de hipertensión arterial.	La edad de las pacientes menores de 20 años es un factor de riesgo importante, pues el organismo de la mujer no está biológica y psicológicamente preparado para concebir un embarazo, pues esto trae un sinnúmero de repercusiones en el ámbito social, de salud y familiar.

Mora G, Cusihuaman A, Insfran M Año: 2020	Analizar la situación de las muertes maternas en Paraguay y los alcances del 208 a 2018.	100	Registros con los códigos C10	Área hospitalaria	Se realizó un estudio directo desde el periodo 2008 a 2018 para el total de causas de muerte materna con complicaciones hemorrágicas (19,8%), trastornos hipertensivos (18,9), sepsis (4,5%).	Se puede observar que entre los años 2008-2018, según el Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales el 18,7% debido a enfermedades hipertensivas del embarazo (197/1056), el 19,8% a hemorragias obstétricas (209/1056), el 4,6% a sepsis (49/1056) (1) Dentro de las limitaciones del presente estudio es que no se cuenta con un registro de las condiciones socioeconómicas de la madre fallecida, tales como: nivel educativo, si desarrollaba alguna actividad laboral o era ama de casa.
Díaz R, Bobadilla L, Fajardo L, Méndez N, Gómez S Año:2019	Determinar si la razón de muerte materna.	42	Historias clínicas	Defunción de mujeres fallecieron por causas directas relacionadas con el embarazo.	La RMM en Yucatán fue de 38,11%, 34,68% y 21,14%, para los años 2013, 2014 y 2015 respectivamente; en todos los casos mayores que la nacional.	La principal causa de muerte materna son los desórdenes hipertensivos, seguidos por hemorragia, aborto y Sepsis.
Mayorga L, Sajín C,	Establecer el nivel de satisfacción con el control	178	Cualitativas	Estudio Trasversal	Las 178 mujeres entrevistadas 96% manifestaron sentirse	A medición de los signos vitales de las gestantes son

Pérez M, Guzmán J Año: 2020	prenatal en una institución prestadora de servicios de salud en Montería (Colombia).				satisfechas con el control prenatal. Recibieron información sobre: la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana 83,7%, exámenes de laboratorio 85,4%, signos de alarma 93,8%, nutrición 86,5%, lactancia 76,4%, planificación 64%, cuidados del recién nacido 71,9%.	herramientas que permite identificar un tratamiento urgente, un parto o una derivación. Precisión los signos vitales y actuar en consecuencia de signos vitales (incluida la presión arterial (PA) y el pulso), donde el 91,3% relataron que sí comprendieron la información suministrada de la importancia de un control prenatal.
Moreno E, Becerril V, Alcalde J. Año: 2018	Identificar coincidencias y diferencias en la identificación y la priorización de problemas de los servicios de salud materna, desde las perspectivas del conocimiento tácito y el conocimiento explícito, que ofrezcan alcanzar el objetivo del desarrollo sostenible.	Gestantes que acuden a la atención medica	Atención a las maternas	Maternas que llegan a los centros de atención para un control prenatal	La captación y aceptabilidad de la intervención fue buena. Todos los grupos demostraron una mayor disponibilidad de equipos de signos vitales. Hubo un aumento en la proporción de mujeres a las que se les midió la presión arterial durante el embarazo después de la intervención (79,2% frente a 97,6%; OR 1,30 (1,29 a 1,31) y no hubo cambios significativos en las tasas de derivación (3,7%	El análisis de las correlaciones establecidas entre el perfil laboral y el nivel de atención en que trabajan quienes participaron arrojó valores entre $r = 0,74$ y $r = 97$, mostrando que calificaron los problemas de manera similar, Mala valoración por el personal que recibe a la embarazada (médico y enfermera). Diecisiete se refieren a México, siete a Argentina, siete a Colombia, siete a Perú, seis a

					<p>frente a 4,4% OR 0,89; (0,39–2,05).</p>	<p>Brasil, dos a Cuba, dos a Jamaica, dos a Venezuela, uno a Costa Rica, uno a Ecuador y uno a República Dominicana. Los artículos utilizaron metodología cuantitativa (n = 31), cualitativa (n = 14), mixta (n = 7) y revisión de la literatura (n = 1). Al analizar el tema tratado identificamos 43 problemas de los servicios de atención a la salud materna son: Barreras de acceso a servicios de salud materna, ya sean administrativas, geográficas, económicas o de horarios y citas, Mala valoración y diagnóstico y Mala calidad en los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio.</p> <p>Cuando no hay un control prenatal oportuna no se podrá dar su respectiva clasificación de emergencia debido que no hubo una importante valoración de</p>
--	--	--	--	--	--	---

						signos vitales de alarma en la embarazada.
Rashidi F, Simbar M, Zaden S, Alavi H. Año: 2019	Tiene como objetivo examinar el desarrollo de herramientas y criterios para los servicios de triage obstétrico.	289 artículos	Cuestionarios	Triage obstétrico	De los 289 artículos revisados en este estudio, 8 artículos cumplieron los criterios de elegibilidad. De estos 8 artículos, 6 se dedicaron a presentar una herramienta diseñada y solo 2 introdujeron un sistema de triage obstétrico. Las herramientas y sistemas de triage obstétrico cubiertos incluyeron el índice de gravedad de emergencia	Requieren una intervención inmediata para proteger la vida de la madre o el feto. segundo nivel de urgencia, como dolor severo sin trabajo de parto.
Rashidi F, Simbar M, Zaden S, Safari S, Alavi H Año: 2020	El presente estudio se realizó para explicar la calidad del proceso de triage de maternidad.	Artículos	Artículos correlacionados al tema	Clasificación de gestantes	Los participantes identificaron los factores más importantes que afectan la calidad de los servicios prestados en el triage de maternidad como dos categorías de medidas y cuidados, e interacciones y comunicación.	Para realizar una adecuada clasificación de la emergencia se deberá realizar una valoración que consiste en al nivel de conciencia, signos vitales, latidos cardíacos fetales, movimientos fetales, contracciones uterinas, asesoramiento especializado, estabilidad, exámenes vaginales y abdominales.

<p>Vousden N, Lawley E, Seed P, Gidiri M, Charantimath U, Makonyola G, et al. Año: 2019</p>	<p>Esta evaluación de proceso ha descrito con éxito la cantidad y calidad de implementación</p>	<p>28 casos clínicos</p>	<p>Estudios de casos clínicos</p>	<p>Artículos de mujeres en etapa de gestación</p>	<p>La captación y aceptabilidad de la intervención fue buena. Todos los grupos demostraron una mayor disponibilidad de equipos de signos vitales. Hubo un aumento en la proporción de mujeres a las que se les midió la presión arterial durante el embarazo después de la intervención (79,2% frente a 97,6%; OR 1,30 (1,29 a 1,31)) y no hubo cambios significativos en las tasas de derivación (3,7% frente a 4,4% OR 0,89; (0,39–2,05)).</p>	<p>Las principales causas de muerte son la hemorragia, los trastornos hipertensivos y la sepsis, la mayoría de las cuales se pueden prevenir con intervenciones establecidas y rentables. También se planteó la hipótesis de que la capacitación mejoraría la comprensión del profesional sanitario sobre cuándo y cómo medir los signos vitales y cómo identificar y manejar las complicaciones del embarazo</p>
<p>Lee L, Chia A, Phua D, Colega M, Padmapriya N, Bernard J, Cai S, et al Año: 2020</p>	<p>Identificar los factores de riesgo de estilo de vida para la depresión perinatal, pero ninguno ha examinado el efecto acumulativo de estos factores de riesgo en mujeres embarazadas.</p>	<p>15 artículos</p>	<p>Encuestas a artículos correlacionados al tema</p>	<p>Realizo muestra de factores asociados al embarazo</p>	<p>Inactividad física (<600 MET-minutos / semana), insuficiencia de vitamina D (<50 nmol / l), tabaquismo antes o durante el embarazo y la necesidad percibida de apoyo social</p>	<p>Factores durante el embarazo: mala calidad de la dieta, mala calidad del sueño, inactividad física (<600 minutos, tabaquismo antes o durante el embarazo, y la necesidad percibida de apoyo social</p>
<p>Res J , Jeker L, Neuhaus M, Vogt D,</p>	<p>El objetivo de este estudio fue comparar la pérdida de sangre, el inicio y la aplicación del manejo clínico de la HPP</p>	<p>170 Mujeres gestantes</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Datos se obtuvieron de un manual y una base de datos electrónica</p>	<p>La pérdida total de sangre posparto no difirió entre los grupos (mediana [IQR]: grupo de control 1600 [1400, 2100] ml,</p>	<p>Las intervenciones que se realizaron fue la aplicación de sulprostona el ácido tranexámico, el uso de</p>

Girard T, Hoesli I, Año: 2020	severa (≥ 1000 ml) después de los partos vaginales antes y después de la implementación del algoritmo.				grupo de intervención 1500 [1400, 2000] ml). Uso de sulprostona (OR 2,42 [1,52, 3,87], p = 0,004), ácido tranexámico (OR 6,27 [3,65, 10,78], p <0,001) y Bakri Balloon Tamponade® (BBT®) (OR 7,82 [2,68, 22,84], p = 0,004) y la aplicación de tromboelastoemtría rotacional (ROTEM®) (OR 32,37 [4,35, 240,56], p = 0,012) fueron significativamente más frecuentes en el grupo de intervención.	tromboelastometría y el uso del taponamiento con balón de Bakri fueron significativamente más frecuentes en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control. Por tendencia se utilizó oxicítica menos frecuente y la hemorragia se detuvo más rápidamente en el grupo de intervención
Varela M, Pereira C. Año: 2019	El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia del consumo de tabaco en el primer trimestre de embarazo y las variables asociadas	60 mujeres embarazadas de 20 semanas	Análisis de historias clínicas	Recibieron atención en una casa de salud	La prevalencia del consumo fue del 15,7%. Un mayor porcentaje de fumadoras respecto a las no fumadoras no tenían estudios universitarios (70,6% vs. 40,7%), tenían pareja fumadora (65,5 vs. 24,0), menor conciencia de los efectos del tabaco (65,5% vs. 24,0%), no pensaban dar el pecho y presentaban	Además, en el caso de las mujeres, conlleva consecuencias adicionales, pudiendo afectar a nivel ginecológico y reproductivo, así como aumentar las probabilidades de sufrir complicaciones en el embarazos ectópicos y abortos espontáneos embarazo, tales como partos prematuros (3),

<p>Suarez S, Agudelo A, Pinheiro A, Suarez D, Eckardt M, Theron G. Año: 2020</p>	<p>Evaluar la eficacia, efectividad y seguridad del taponamiento uterino con balón para el tratamiento de la hemorragia posparto</p>	<p>Búsqueda en datos estadísticos</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Se incluyeron ensayos controlados aleatorios, estudios no aleatorios y series de casos que informaron sobre la eficacia, efectividad y / o seguridad del taponamiento con balón uterino en mujeres con hemorragia posparto</p>	<p>Noventa y un estudios, que incluyeron 4729 mujeres, cumplieron los criterios de inclusión (6 ensayos aleatorios, 1 ensayo aleatorio grupal, 15 estudios no aleatorios y 69 series de casos). La tasa global de éxito del taponamiento con balón uterino combinado fue del 85,9% (intervalo de confianza del 95%, 83,9%). mi 87,9%). Las tasas de éxito más altas correspondieron a atonía uterina (87,1%) y placenta previa (86,8%), y las más bajas al espectro de placenta accreta (66,7%) y productos retenidos de la concepción (76,8%). La tasa de éxito del taponamiento con balón uterino fue menor en los partos por cesárea (81,7%) que en los partos vaginales (87,0%).</p>	<p>Las indicaciones para el uso de un dispositivo UBT para el tratamiento de la HPP incluyeron atonía uterina en 22 (25%), placenta previa en 8 (9%), 4, y espectro de acreta (PAS) en 2 (2%). 56, 126 Once (12%) estudios no informaron las causas de HPP por las que un dispositivo UBT placenta se utilizó. 45, 51, 70 , 75 , 77 , 91 , 104 , 110 , 114 , 118 , 129 Los 47 estudios restantes (52%) informaron el uso de UBT para el manejo de múltiples causas de HPP, como atonía uterina, placenta previa, PAS, productos retenidos de la concepción, coagulopatía y trauma, entre otros.</p>
<p>Nobles C, Mendiola P, Silver R. Año: 2020</p>	<p>El estudio de la fisiología de la mujer durante el desarrollo del producto de la gestación</p>	<p>70 mujeres</p>	<p>Cuestionarios</p>	<p>Realizara en mujeres en control prenatal</p>		<p>Los participantes fueron clasificados con hipertensión en etapa II en presencia de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica</p>

						<p>≥90 mmHg a las <20 semanas de gestación o si fueron tratados con un antihipertensivo a las <20 semanas de gestación. Los participantes con hipertensión en etapa II fueron excluidos del análisis. Los participantes fueron clasificados con preeclampsia si tenían presión sanguínea sistólica ≥140 mmHg (4)</p>
<p>Sun Y, Shen Z, Zhan Y, Wang Y. Año: 2020</p>	<p>Los efectos potenciales de la masa corporal (IMC) antes del embarazo y el aumento de peso gestacional (GWG) sobre los resultados del embarazo siguen sin estar claros.</p>	120 mujeres	Artículos	Estudio de casos de mujeres gestantes	<p>El sobrepeso (OR: 2,01) y el GWG inadecuado (OR: 1,60) fueron factores de riesgo de diabetes mellitus gestacional (DMG). El sobrepeso (OR: 2,80) y la obesidad (OR: 5,42) fueron factores de riesgo de hipertensión gestacional (GHp)</p>	<p>Se encontró que en comparación con el rango de edad de 20 a 25 años, 30 a 35 años (OR: 0,76, P = 0,022) era un factor protector para ganar peso adecuado durante el embarazo. (3)</p>
<p>Kolin D, Shakur H, Chaudhri R. Año: 2020</p>		10 mujeres	Análisis de artículos	Mujeres gestantes que han sufrido traumatismos	<p>De los 20.207 pacientes con hemorragia traumática, 10.232 (51%) recibieron componentes sanguíneos. De las 20.060 mujeres con hemorragia posparto, 10.958 (55%) recibieron componentes</p>	<p>La hemorragia posparto, típicamente definida como una pérdida de sangre ≥ 500 ml en las 24 horas posteriores al nacimiento, también es una causa importante de mortalidad. La hemorragia posparto ocurre</p>

					sanguíneos. Para los pacientes que sufrieron hemorragia traumática, los que pasaron más de tres horas desde la lesión hasta la hospitalización tenían más probabilidades de ser transfundidos (ARR 1,37; IC del 95%, 1,20–1,56)	en aproximadamente el 6% de todos los partos y es responsable de hasta 100.000 muertes cada año (aproximadamente una cuarta parte de todas las muertes maternas) (4)
Islam M, Sultana N Año: 2019	Objetivo es investigar los factores responsables de las complicaciones relacionadas con el embarazo en los barrios marginales urbanos y las zonas no barriadas.	43 mujeres gestantes	Análisis con registros de accidentes	Complicaciones durante el embarazo, durante y después del parto.	Las madres más jóvenes (<18 años) al momento del nacimiento de sus hijos tenían un 24% (OR = 1,24, IC del 95%: 1,01, 1,54) más probabilidades de experimentar complicaciones durante el embarazo / parto o después del parto en comparación con las madres mayores de 18 a 35 años.	Demostrado que las mujeres menores de 18 años en el último parto tenían un 24% más de probabilidades de complicaciones relacionadas con el embarazo que las mujeres de 18 a 35 años en el último parto. Aproximadamente las tres cuartas partes de las muertes maternas se deben a complicaciones durante el embarazo y el período de parto. La hemorragia, los vómitos excesivos, las convulsiones / ataques y el edema de la cara / pies / cuerpo se consideraron complicaciones relacionadas

						con el embarazo de alto riesgo. Además, el sangrado abundante, el trabajo de parto prolongado, la fiebre alta o secreción y las convulsiones se seleccionaron como complicaciones relacionadas con el embarazo en un estudio sobre el comportamiento de búsqueda de atención médica.
Shaheen A, Heena H, Nofal A, Raiz M, Alfayyad I. Año: 2020	Objetivo investigar el conocimiento de las mujeres sobre los signos de peligro obstétrico y sus factores determinantes.	4 centros de salud	Encuestas transversales	Muestra aleatoria proporcional de mujeres que habían dado a luz durante los últimos 2 años.	Durante el embarazo, el 21,1% de las participantes informaron que sabían sobre manos o caras hinchadas.	El 56,5% de las mujeres de su muestra reconoció que el dolor abdominal severo era el signo de peligro más común durante el embarazo, seguido de un sangrado abundante ,Durante el embarazo, el 21,1% de las participantes informaron que sabían sobre manos o caras hinchadas, el 15,3% informaron sangrado vaginal severo y el 13,9% informaron visión borrosa, signos de peligro reconocidos por las mujeres durante el período posnatal eran sangrado severo (74,0%),

						secreción maloliente (72,6%) y fiebre alta (68,6%).
Terefe N, Nigussie A, Tadele A. Año:2020	Evaluar la prevalencia de signos de peligro obstétrico durante el embarazo y los factores asociados entre las madres en un distrito rural.	39 mujeres posparto	Cuestionario	Mujeres seleccionadas al azar que dieron a los últimos 6 meses	Los signos de peligro obstétrico más prevalentes fueron el sangrado vaginal (15,4%) seguido de hinchazón del cuerpo 12,7% y vómitos intensos 5,3%	El SAO más prevalente fue el sangrado vaginal 15,4%, seguido de hinchazón del cuerpo (12,7%) y vómitos intensos (5,3%).
Jewaro M, Yenus H, Ayanaw J, Abera B, Derso T. Año: 2020	Estudio fue evaluar el conocimiento de los signos de peligro obstétrico y sus factores asociados entre las madres	Mujeres en estado de gestación	Estudio transversal con cuestionarios.	Se utilizó el modelo de regresión logística binaria para identificar los factores asociados.	Aproximadamente el 59% [IC 95% 55, 63] de las madres estaban bien informadas sobre los signos de peligro obstétrico.	La edad media (\pm DE) de las madres fue de 27 (\pm 5,3) años con 349 (85,1%) madres en el grupo de edad de 20 a 34 años. Sin embargo, más de un tercio (35,4%) de las madres no tenían educación formal; la mayoría (79,0%) eran habitantes urbanos y el 95,6% estaban casados. Aproximadamente el 52,6% de las madres tenían antecedentes de un embarazo y, de todas las participantes, el 90% había tenido visitas de atención prenatal.
Wassihum B, Negese B, Bunduman	Evaluar el conocimiento de las señales de peligro obstétrico	100 mujeres en periodo de gestación	Cuestionario	conocimiento de signos de peligro en las gestantes	La edad media del encuestado fue de 25 años con una desviación estándar de 4,3 años.	Asimismo, la señal de peligro más mencionada durante el parto fue el sangrado (60%), seguido

<p>H, Bekele S, Bante A, Yeheyis T, et al. Año: 2020</p>	<p>entre las madres y los factores asociados en la ciudad.</p>				<p>Se encontró que el 59,5% de los encuestados tenía poco conocimiento de las señales de peligro obstétrico. La mayoría de los encuestados mencionó el sangrado vaginal (64,7%) como una señal de peligro de embarazo.</p>	<p>de la ausencia o disminución de los movimientos fetales (28,4%). Además, un signo de peligro comúnmente mencionado durante el posparto fue el sangrado posparto (63,3%), seguido de la fiebre posparto.</p>
<p>Dangura A Año: 2020</p>	<p>La sensibilización de las mujeres sobre el peligro obstétrico es signo de parto y posparto, son cruciales para la iniciativa de maternidad segura y para reducir la mortalidad materna</p>	<p>67 mujeres en periodo de gestación</p>	<p>Historias clínicas</p>	<p>Estudio trasversal basado en la comunidad sobre una muestra seleccionada.</p>	<p>Los signos de peligro mencionados espontáneamente más frecuentes durante el parto fueron sangrado vaginal grave por 281 (68,4%). Las mujeres que podían mencionar al menos dos signos de peligro durante el parto y el período pos parto fueron 333 (45,5%), 213(29,1%)</p>	<p>Entre los que mencionaron al menos un signo de peligro, los signos de peligro mencionados espontáneamente más comunes durante el parto fueron sangrado vaginal grave por 281 (68,4%), dolor de cabeza intenso en 121 (29,4%), convulsión por 113 (27,5%), fiebre alta por 101 (24,6%), pérdida de conciencia en 81 (19,7%), trabajo de parto que dura más de 12 h por 70 (17,0%) y Placenta no suministrada 30 minutos después del parto en 77.</p>

<p>Moncloa A, Valdivia E, Valenzuela G, Larrauri C CJ Año:</p>	<p>Identificar el problema de la hipertensión en la etapa del embarazo.</p>	<p>Mujeres que presentaron hipertensión</p>	<p>Artículos correlacionados</p>	<p>Estudio de casos de mujeres gestantes</p>	<p>Estudios realizados en un grupo seleccionado de mujeres gestantes para la verificación de hipertensión demostró que 20% presentaban antes y un 40% de mostraron que este trastorno le presentaron ya en el último trimestre de embarazo</p>	<p>Un estudio francés refiere que 1% de las mujeres presentaba una HTA crónica, 4,9% una HTA gravídica y 2,1% una preeclampsia. Si bien las incidencias en diversos estudios pueden variar, se estima que a incidencia de la HTA gravídica estaría entre 5 y 9%, la de preeclampsia entre 2 y 8%(9-11) y la HTA crónica entre 1 y 5%.</p>
<p>Rong W, Tingting G, Runhui G DX, Dexiu X, Changxiang Y YC Año: 2020</p>	<p>Las mujeres con antecedentes de HDP corren un mayor riesgo de padecer morbilidad y mortalidad relacionadas con la ECV en el futuro. Nuestro estudio destaca la importancia del monitoreo de por vida de los factores de riesgo cardiovascular en mujeres con antecedentes de HDP.</p>	<p>Mujeres gestantes</p>	<p>Artículos con similitud</p>	<p>Pacientes que sufrieron hipertensión en el embarazo</p>	<p>Se incluyeron sesenta y seis estudios de cohorte y 7 estudios de control de casos en los que participaron >13 millones de mujeres. Los riesgos relativos combinados globales para las mujeres con antecedentes de HDP en comparación con el grupo de referencia fueron de 1,80 (intervalo de confianza del 95% [CI] 1,67–1,94) para cualquier ECV, 1,66 (1,49–1,84) para cardiopatía de las arterias coronarias, 2,87 (2,14–3,85) para insuficiencia cardíaca, 1,60</p>	<p>Aproximadamente el 15% de las mujeres porosas tienen al menos 1 embarazo complicado por un trastorno hipertensivo.</p>

					(1.29–2.00) para enfermedad vascular periférica, 1.72 (1.50–1.97) para accidente cerebrovascular, 1.78 (1.58–2.00) para la mortalidad relacionada con la ECV, y 3.16 (2.74–3.64) para la hipertensión.	
Davis A, Rudd A, Lollar J, McRae A. Año: 2019	Las pacientes se benefician de unos cuidados de calidad proporcionados por profesionales informados y adecuadamente preparados independientemente de su disciplina	50 mujeres postparto	Historias clínicas	Mujeres que han sufrido hemorragias postparto	La tasa de respuesta de la encuesta fue del 100% (n = 48). Los resultados del CIP reflejaron una predisposición positiva en relación con la formación.	La (hemorragias post-parto) HPP se define como la pérdida de 1.000 ml de sangre o más en las primeras 24 horas después del parto y hasta la 12. semana del puerperio.
Lima HM, Carvalho F, Feitosa C Año: 2016	Evaluar los factores asociados con la muerte materna entre las mujeres que experimentan condiciones potencialmente mortales durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo.	40 mujeres postparto	Historias clínicas	Mujeres en condiciones potencialmente mortales	Después del análisis multivariable, la detección de HDP fue significativamente mayor en mujeres porosas (AOR 2,09; IC del 95%, 1,11–3,99; P a 0,023), en mujeres con una edad gestacional de al menos 20 semanas (AOR 5,50; IC del 95%, 2,86–10,89; P 0,002),	Drogas vaso activas (24/41 [58,5%]) y la intubación y la ventilación no asociados con la anestesia durante más de una hora (23/41 [56,1%]) fueron los criterios de gestión más frecuentes.

<p>Nkamba D, Ditekemena J, Wembodinga G, Bernard P, Tshefu A, Robert A Año: 2019</p>		<p>Mujeres gestantes</p>	<p>Estudio trasversal</p>	<p>Preguntas a pacientes con problemas presentados en el embarazo</p>	<p>Después del análisis multivariable, la detección de HDP fue significativamente mayor en mujeres porosas (AOR 2,09; IC del 95%, 1,11–3,99; P a 0,023), en mujeres con una edad gestacional de al menos 20 semanas (AOR 5,50; IC del 95%, 2,86–10,89; P 0,002),</p>	<p>Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP) recomienda el uso de aspirina en dosis bajas iniciada antes de las 16 semanas de embarazo en mujeres con cualquiera de los siguientes factores de riesgo: preeclampsia previa, hipertensión crónica, enfermedad renal subyacente, obesidad de diabetes mellitus, y anticuerpos antifosfolípidos.</p>
<p>Joseph NT, Worrell NH, Collins J, Schmidt M, Sobers G, Hutchins K, et al Año: 2020</p>	<p>El objetivo principal es describir la metodología del programa la aplicación de la Alianza para la Innovación en la Salud Materna, el PPH en un hospital de la red de seguridad urbana.</p>	<p>Mujeres posparto</p>	<p>Historias Clínicas</p>	<p>Se estudió a gestantes con problemas de hemorragias posparto</p>	<p>Las tasas de estratificación de la evaluación del riesgo de hemorragia mejoraron a >90% durante implementación del paquete.</p>	<p>Las intervenciones de enfermería identificarán el alto riesgo de la gestante mediante signos vitales cual procederá a la clasificación del riesgo cual le dará un color será colocado en su historia clínica para lograr una intervención inmediata y un fácil</p>

						acceso a su tratamiento y poder seguir el algoritmo del protocolo establecido.
García L, Ramos J, Morales I, Fuentes M, Hernández E GR Año: 2018	La morbimortalidad materna posee un significativo impacto en la salud pública nacional, siendo la atención médica de las emergencias obstétricas (EO) y urgencias obstétricas (UO) de capital importancia	48 mujeres gestantes	Historias clínicas	Cuestionario y análisis de fichas clínicas	Durante 34 meses se abordaron en el departamento de urgencias 48 pacientes (1.4 admisiones/mes). La edad media fue de 29 ± 3 años (rango: 17-41). Ocho pacientes (17%) se consideraron EO y 40 (83%) UO. El 58% (n = 28) de las pacientes se admitieron a la institución; el 32% (n = 9) se manejaron médicamente y el 68% (n = 19) con tratamiento quirúrgico.	En una atención de la salud materna las incidencias y la prevalencia de las complicaciones de las muertes maternas han obligado a crear herramientas de actuación de claves obstétricas como roja, azul y amarilla cuales serán protocolos que ayudarán a disminuir la muerte materna.
Chertoff J, Chisum M, Simmons L, King B, Walker M, Lascano J. Año: 2016	Sobre la base de la eficacia comprobada del lactato en la predicción de la mortalidad y la morbilidad en la sepsis. ¹	24 muertes en periodo de gestación	Historias clínicas	Cuestionario y análisis de fichas clínicas	Para el requisito de vasopresor, la relación de probabilidades ajustadas fue de 0,41 (CI 0,21–0,79) en los claros en comparación con los nucleares (p a 0,008). Para el requisito de bolo de líquido intravenoso, la relación de probabilidades ajustada fue de 0,81 (CI 0,48–1,39) en los limpiadores en	El tratamiento de la sepsis se realizó con la reanimación de líquidos con evaluación de medidas dinámicas de respuesta de fluidos con el objetivo de lograr una presión arterial media (MAP) igual o superior a 65 mmHg, medicamentos vasopresores siempre que sea necesario para lograr el objetivo

					comparación con los nucleares (p a 0,45).	MAP después de la reanimación de fluidos, control de la fuente de infección, cultivos y terapia antibiótica apropiada.
Joshi A, Beyuo T, Oppong SA, Moyer CA, Lawrence ER Año: 2020	El asesoramiento de los proveedores de atención médica se asocia con un mayor rendimiento en una evaluación de conocimientos sobre la preeclampsia/eclampsia	22 mujeres posparto	Encuestas	Los factores obstétricos	Se contrataron un total de 150 participantes, el 88,7% (133) con preeclampsia y el 11,3% (17) con eclampsia. Los participantes tenían una mediana de edad de 32 años, una paridad media de 2 y un número medio de 5,4 visitas prenatales. Aproximadamente la mitad de los participantes reportaron la educación primaria como su nivel más alto de educación.	Una mayoría (133, 88,7%) de los participantes fueron diagnosticados con preeclampsia, mientras que 17 (11,3%) los participantes fueron diagnosticados con eclampsia. Con respecto a los antecedentes de trastornos hipertensivos del embarazo, 33 (22,0%) los participantes tuvieron un diagnóstico comorbilidad de hipertensión crónica, 10 (6,7%) con preeclampsia/eclampsia en un embarazo anterior, y 11 (7,3%) hipertensión gestacional en un embarazo previo. (4) Diagnóstico, causas, posibles complicaciones y efectos futuros para la salud, incluida la probabilidad de recurrencia en futuros embarazos. Se observan mejores resultados con la

						identificación temprana de los síntomas, presentación rápida en los centros de salud y posterior manejo con medicamentos antihipertensivos, sulfato de magnesio y parto del feto y la placenta (5)
Garibaldi-Zapatero J, Teresa Than-Gómez M, Guerrero-Rivera S, Cuevas-García CF Año: 2016	El objetivo de este estudio fue analizar las causas de morbilidad y mortalidad materna e	50 pacientes obstétricas	Expedientes clínicos	Pacientes obstétricas	Fueron atendidas 137 pacientes de las cuales 87 (63.5 %) requirieron ser hospitalizadas, 36 (41.3 %) presentaron criterios para complicación materna severa (CMS); la mayor parte de pacientes con CMS se encontraban en el puerperio post-cesárea, Once pacientes fallecieron, cinco se consideraron muertes maternas indirectas y 6 muertes tardías.	Quince pacientes tenían antecedentes de alguna enfermedad: hipertensión arterial sistémica en 2, diabetes mellitus en 2, acromegalia en 2, y asma, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, epilepsia, obesidad, neurocisticercosis, neoplasia endocrina múltiple tipo II, quiste de colédoco, colitis ulcerativa crónica, en un caso respectivamente.
Wei J, Dai Y, Wang Z, Gu N, Hongfang J. Año: 2020		45 mujeres postparto	Se realizará un ensayo mediante una revisión bibliográfica	Estudiará en las hemorragias postparto	Participantes fueron reclutados antes del parto, con 20 excluidos (14 casos de sangrado cesado después de suturas uterotónicas y/o miometrio locales y 6 pacientes con increpa	La frecuencia de PPH ≥ 1000 ml en el grupo de catéteres fue significativamente menor que la del grupo de gases (42,2% frente a 63,7%, $P < .01$). Sin embargo,

					placentaria). Finalmente, 102 mujeres fueron asignadas en el grupo de catéteres y otras 102 en grupo de gasas. No hubo diferencia en la tasa de hemostasia exitosa en el catéter y en los grupos de gasas (93,1% vs 91,2%, P a .80)	la frecuencia de PPH \geq 1500 ml no tuvo diferencia entre los dos grupos (14,7% vs 19,6%, P a .35.
Valencia L. Año: 2019		60 mujeres gestantes	Artículos correlacionados	Mujeres que sufrieron problemas dentro del embarazo		Las claves que vienen siendo usadas en los establecimientos de salud son Clave Roja, Clave Azul y Clave Amarilla, desarrolladas para los casos de hemorragia obstétrica, preeclampsia severa-eclampsia y sepsis.
Hernandez J Fonseca O Año: 2019	Caracterizar la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna en un hospital regional de Sudáfrica	140	Recolectaron mediante un formulario	Indicadores de salud materna	Hubo mayor morbilidad en adolescentes (30,3%) y mortalidad en añosas (28,6%), sin diferencias en cuanto al lugar de procedencia; la eclampsia (35,9%), preeclampsia severa (23,4%) y la hemorragia postparto (19,3%) fueron las causas principales de morbilidad; así, la hemorragia postparto	En África hipertensión (44,6%), la hemorragia (33,9%) y la infección puerperal (11,6%), América hipertensión con una frecuencia del 50%, sin embargo, al totalizar los casos acompañados con otra patología esta asciende al 53%; le sigue las infecciones (23,27%) y las hemorragias (13,79%).. en Asia

					(42,9%) y las infecciones severas (28,6%) de mortalidad, y el shock hipovolémico (23,8%), síndrome de dificultad respiratoria aguda (19%) y coagulación intravascular diseminada (14,3%) las causas finales más frecuentes	Asia también muestran indicadores.
Tallapureddy S, Velagaleti R, Palutla H, Satti CV Año: 2017	La morbilidad materna aguda u obstétrica está ganando interés internacionalmente como un nuevo indicador de la calidad de la atención obstétrica	32 pacientes	Artículos correlacionales	Pacientes gestates	Entre los casos casi perdidos, la hemorragia fue la principal causa (43,7%) de morbilidad, seguido de trastornos hipertensivos (31,2%) y otras causas (15,6%). Los trastornos hipertensivos fueron la principal causa en ambas mujeres con afecciones potencialmente mortales (66,8%) y muertes maternas (66,6%).	La hemorragia fue la principal causa (43,7%) de morbilidad en casos casi perdidos, mientras que los trastornos hipertensivos fueron la principal causa en las muertes maternas (66,6%). Entre las mujeres con afecciones potencialmente mortales, la preeclampsia grave fue la complicación más frecuente (50,54%).
Kolin DA, Shakur-Still H, Bello A, Chaudhri R, Bates I, Roberts I	Tiene como objetivo el impacto de la capacitación en simulación en el uso de prácticas basadas en evidencia para el diagnóstico y la gestión de LA EP/E en entornos de	39 videos	Observacional	Se evaluó los cambios a lo largo del tiempo en el uso de prácticas basadas en evidencia por parte de enfermeras	Los resultados mostraron aumentos significativos en el número medio de 'preguntas clave del historial se hicieron', (1,0 a 2,0, $p = 0,03$) y 'pasos clave de gestión completados', (2,0 a	El tiempo necesario para que los enfermeros completen los pasos de gestión de claves en casos EP/E simulados se muestra en la Tabla. El tiempo desde 'BP medido hasta sulfato de

Año: 2020	bajos recursos sigue siendo desconocido.				3,0, p a 0,03). El tiempo desde la presión arterial medida hasta el sulfato de magnesio dado la tendencia a la baja en 3,2 min, aunque no significativamente (p - 0,06).	magnesio dado' se mantuvo relativamente constante (p - 0,69), mientras que el tiempo de 'BP medido a antihipertensivo dado' disminuyó en 3,1 min (p a 0,06) entre la primera y la última participación en simulaciones DE/E.
Gómez L, Gonzales S. Año: 2018	Asociar factores de riesgo obstétrico y neonatal con la presencia de sepsis temprana en Cartagena (2014-2015).	183	Realizo un estudio retrospectivo de casos de muerte materna.	Se realizó análisis bivariado y se construyó modelo multivariado de regresión logística	Entre las variables asociadas con sepsis temprana en las que se pudo definir el riesgo se encuentran la ruptura prematura de membrana >18 horas (OR 12,78 IC 95% 4,01- 36,6), el riesgo de sepsis por parto vaginal.	Sin embargo, en relación con la escolaridad no se observa una asociación estadísticamente significativa ($p=0,309$) entre estas variables y la presencia de sepsis neonatal temprana en los hijos. Respecto a la ruptura prematura de membranas y teniendo como punto de corte teórico el tener una RPM mayor de 18 horas como posible riesgo de infección se observó una relación estadísticamente significativa con la posibilidad de desarrollar sepsis neonatal temprana.

<p>Koch DM, Rattmann YD Año: 2020</p>	<p>Caracterizar el uso del fármaco misoprostol para el tratamiento de la hemorragia posparto en mujeres embarazadas.</p>	<p>77 mujeres embarazadas</p>	<p>Estudio observacional descriptivo</p>	<p>Se realizado con datos secundarios de mujeres embarazadas que utilizaron misoprostol para tratar la hemorragia posparto en una maternidad pública de referencia</p>	<p>La mayoría de las embarazadas eran adultas jóvenes, casadas, con estudios secundarios completos, de raza blanca, residentes en zonas urbanas, multíparas (68,1%) y el 25% tenían cesáreas previas. La edad gestacional media era de 39 semanas y el 51,4% tenía una cesárea. Hubo uso profiláctico de oxitocina en el 47,2% de las mujeres. El tratamiento de la hemorragia posparto tuvo éxito en el 84,7% de las mujeres. De ellas, el 79,2% utilizó también oxitocina y el 54,2% metilergonovina. Sólo el 13,5% de las embarazadas tuvo menos de cinco visitas prenatales, y la principal causa de hemorragia posparto fue la atonía uterina</p>	<p>En este estudio, todas las mujeres embarazadas tenían al menos un factor de riesgo que podía dar lugar a una HPP, como la edad de 20 años o más de 35 años (37,5%); la multiparidad (68,1%), el embarazo múltiple (4,2%), el parto inducido (1,4%), los trastornos del líquido amniótico (2. 8%), macrosomía fetal (12%), parto prematuro (13, 9%), anemia gestacional o trombocitopenia (6, 9%), trastornos hipertensivos (36,1%), corioamnionitis (1,4%), desprendimiento de la placenta (1,4%), obesidad (15,3%), parto asociado a infección uterina (1,4%) y distocia (2,8%). El 47,2% de las embarazadas tuvieron un parto vaginal. Las laceraciones del canal de parto o del periné, la inversión uterina, los trastornos de la coagulación materna y la</p>
---	--	-------------------------------	--	--	--	--

						retención de placenta son otras causas. Si la HPP se produce como consecuencia de una atonía uterina, el tratamiento inicial consiste en un masaje uterino, seguido del uso de agentes oxitócicos, como oxitocina, ergometrina, prostaglandinas y análogos.
Raney JH, Morgan MC, Christmas A, Sterling M, Spindler H, Ghosh R, et al Año: 2019	El objetivo de la formación basada en la simulación en el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales ha mostrado resultados prometedores en los países de ingresos bajos y medios.	36	Observational y comparative	Pacientes gestantes con preclamsia.	Los resultados mostraron aumentos significativos en el número medio de "preguntas clave de la historia", (1,0 a 2,0, p - 0,03) y "pasos clave de gestión completados", (2,0 a 3,0, p - 0,03). El tiempo transcurrido desde la medición de la presión arterial hasta la administración del sulfato de magnesio tendió a disminuir en 3,2 minutos, aunque no de forma significativa (p - 0,06).	Se esperaba que se midiera la presión arterial (PA) en todas las pacientes; si la PA era elevada (> 140/90) o si la paciente se quejaba de dolor de cabeza, las directrices aconsejaban hacer una historia clínica específica, realizar una exploración física y comprobar las proteínas en la orina. La preeclampsia con características graves se definió como una PA > 140/90 y cualquiera de las siguientes: proteinuria (1+ o superior), trastornos cerebrales o visuales de nueva aparición, dolor severo en el cuadrante superior derecho

						o epigástrico que no responda a otros diagnósticos, PA sistólica > 160, PA diastólica > 110. Se recomienda tratar a estos pacientes con una dosis de carga de sulfato de magnesio (10 g IM y 4 g IV), un antihipertensivo (normalmente nifedipina) si la presión arterial está en el rango severo, con el objetivo de 130-140/100-90, y un catéter Foley para monitorizar la diuresis.
Ferraira M, Silveira C, Silva S, Souza D, Ruiz M. Año: 2016	Analizar la evidencia disponible en la literatura sobre cuidados de enfermería para mujeres con preeclampsia y/o eclampsia.	17 estudios	Revisión bibliográfica	Publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2014.	El tamaño de la muestra consistió en 17 estudios primarios publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2014, agrupados en cuatro categorías: estandarización de la técnica de medición de la presión arterial; formación con simulación; instrumentos de normalización de la atención y calidad de la atención Las principales acciones de enfermería fueron: examen físico, detección temprana de signos de preeclampsia/eclampsia, seguimiento de pruebas de laboratorio, evaluación fetal, cualificación y formación de profesionales. Identificamos la necesidad de estandarizar la	En el décimo estudio se describió un estudio de caso de una mujer de 18 años con preeclampsia posparto de inicio tardío. Se informó a la enfermera dolor de cabeza con empeoramiento progresivo y examen físico, presentó BP 132/86 mmHg (mayor que el promedio presentado en el embarazo - 112/64 mmHg), confusión mental, proteinuria e hiperreflexia. El único cuidado notificado fue profilaxis

					<p>atención a partir de instrumentos, protocolos y técnica de medición de la presión arterial, identificación temprana y tratamiento de crisis hipertensivas a través de protocolos institucionales y revisión de casos y procesos de trabajo.</p>	<p>convulsiva con sulfato de magnesio. Cuatro días más tarde, el paciente fue dado de alta con una imagen totalmente invertida.</p> <p>La recopilación de datos detallados, un examen físico cuidadoso y atención a los valores de la presión arterial y otras señales de preeclampsia; detección temprana de casos; la recolección y el seguimiento de las pruebas de laboratorio pertinentes, especialmente la proteinuria 24 horas y la evaluación fetal; administrando oxígeno, estableciendo el acceso venoso del calibre e iniciando la terapia de sulfato de magnesio; la educación sanitaria durante todo el embarazo y el parto y el alta hospitalaria son acciones que, si se llevan a cabo, garantizan la excelencia de la atención y la reducción de la</p>
--	--	--	--	--	--	---

						morbilidad y mortalidad materna y fetal en estos pacientes
Espinosa V, Cornejo F, Calle J, Proaño Gordón M, Macías P, et al Año:2017	Brindar a los profesionales de la salud del Sistema Nacional de Salud los lineamientos operativos para la determinación del riesgo y el manejo de las emergencias obstétricas en el embarazo, parto y puerperio y prevenir la muerte materna, en base a la mejor evidencia científica disponible.					Las claves obstétricas son un sistema de “roles y funciones” que permiten la comunicación efectiva y el trabajo coordinado. El sistema de respuesta rápida (SRR) o claves obstétricas, están conformados por profesionales de la salud capacitados en estas claves que en un accionar coordinado buscan prevenir la muerte materna
Ramon J, Kuri P, Moctezuma M, Velasco M, Ruiz, Evia M et al Año: 2016	Otorgar atención médica oportuna y de calidad a las usuarias del servicio de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, al clasificar mediante la escala del Triage obstétrico, sus condiciones de salud y el tiempo para recibir atención					En caso de hipertensión la tensión arterial igual o mayor a 160/110 mm Hg, en caso de hipotensión la tensión arterial igual o menor a 89/50 mm Hg, correlacionar con la frecuencia cardiaca
Serruya S, Mucio M,						Las cifras tensionales igual o mayor a 140 de presión sistólica

<p>Sosa C, Vasco M, Rojas J, Orellano K et al Año: 2019</p>						<p>(PAS) y/o 90mmHg de presión diastólica (PAD). La nifedipina es de acción rápida y de corta duración, recomendada basado en la evidencia como estrategia de primera línea.</p>
<p>Organización Mundial de la Salud Año: 2020</p>						<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que cada día mueren alrededor del mundo 830 mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio.</p>
<p>Ministerio se Salud Publica 2017</p>						<p>Principales causas de morbilidad materna son los trastornos hipertensivos (hipertensión) con el 41,93%, seguidas por hemorragias obstétricas 9,67% y problemas de sepsis con 13.3%.</p>

Tabla 8*Registre una base de datos para búsquedas en libros*

TIPO DE DOCUMENTO	TÍTULO	AUTOR (ES)	AÑO	NÚMERO TOTAL DE PÁGINAS	PÁGINAS UTILIZADAS	TEMA CONSULTADO	RELEVANCIA PARA EL ESTUDIO
Guía	Score MAMA y claves obstétricas.	Espinosa V, Cornejo F, Calle J, Proaño Gordón M, Macías P, et al.	2017	69	1 al 20	Protocolo de claves obstétricas	si
Guía	Triaje Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica	Ramon J, Kuri P, Moctezuma M, Velasco M, Ruiz, Evia M et al	2016	60	20	Triaje obstétrico	si
Guía	Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas	Serruya S, Mucio M, Sosa C, Vasco M, Rojas J, Orellano K et al	2019	89	20	Guías de claves obstétricas	si

Tabla 9*Comparación y contraste de los hallazgos de estudios: revisión integrativa*

Realizado por: Autor

Autor (es) y año	¿Cuál es el porcentaje de activación de las claves obstétrica?	¿Cómo se clasifican las claves obstétricas?	¿Cuáles son los factores causales para riesgos obstétricos?	¿Cuáles son los signos de alarma para la activación de las claves obstétricas roja, azul y amarilla?	¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en el uso de las diferentes claves obstétricas?
Monte A, Rocha L, Batista M, Costa F, Brown H, Castro A. Año: 2018	Los síndromes hipertensivos también fueron una de las causas más comúnmente asociadas con morbilidad materna severa y casi accidentes, alcanzando el 23,7% de muerte materna.				
Mohammadi S, Masoumeh A, Taheripanah R, Kallestal C. Año: 2016			En cuanto a los factores maternos, correspondieron a mujeres analfabetas o que sólo habían asistido a la escuela primaria. El 60% tenía bajos ingresos familiares y el 40% tenía sobrepeso u obesidad, los casos de MNM eran más probables en las mujeres de		

			edad ≥ 35 años (OR 2,6; IC 95%: 1,5-4,5), en las mujeres multíparas (paridad ≥ 3) (OR 3,0; IC 95%: 1,6-6,0)(3)		
Moreno J, Garduño R, Pascual F, Tarasco M. Año: 2019			Esta presente un factor de riesgo la atención prenatal, se encontró que en 92 casos (61%) las pacientes no recibieron atención prenatal ya que la valoración durante el periodo prenatal es escasa puede dificultar la atención a la emergencia y el tratamiento es tardío.		
Pantoja L Año: 2020	En Cuba, en el año 2017, se logró una tasa de mortalidad materna de 38,3 por cada 100 000 nacidos vivos durante el año 2018, con un incremento de 6 defunciones la tasa de mortalidad materna ascendió a 43,8 por cada 100 000 nacidos vivos y, en la provincia de Santiago de Cuba, la tasa de mortalidad materna fue de 24,8 por cada				

	<p>100 000 nacidos vivos (3 muertes maternas). Al analizar los diagnósticos que determinaron el ingreso de estas pacientes, Tabla 3, se tiene que los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo (preeclampsia agravada con 53,3 % y eclampsia con 12,1 %) y la hemorragia obstétrica para un 22,0 %, fueron las enfermedades que prevalecieron.</p>				
<p>León L, Echeverria A, Fernández A. Año:2017</p>			<p>Todas las pacientes (100 %) fueron diagnosticadas con HPP antes de las primeras 24 h de puerperio, por lo tanto, se clasificaron como HPP primaria. La edad media fue de $27,8 \pm 5,4$ años. Hubo predominio del grupo de edad de 21-25 años, seguido en orden decreciente por el grupo comprendido entre 26-30 años y de 31-35 años. En las edades</p>	<p>Por el útero atónico (donde no actúan las ligaduras vivientes de Pinard) puede perderse de 2500-3000 mL de sangre en 5 min, lo que equivale a una pérdida aproximada de 500-600 mL/min e, incluso, puede perderse el volumen total en 10 min</p>	<p>Los fluidos de reposición de volumen más usados por los anestesiólogos en las pacientes fueron el cloruro de sodio al 0,9 %, el Gelofusin y el lactato de Ringer. El fármaco más empleado fue la oxitocina, administrada al 100 % de las pacientes, seguido de la ergometrina (94,74 %) y el</p>

			entre 16-20 y más de 35 años se encontró un 10,53 % en cada una.		misoprostol (36,84 %). El ácido tranexámico fue administrado al 26,31 %. Las aminas vasopresores (norepinefrina) asociadas a dobutamina se administraron en una paciente (1,75 %).
Figueredo M, Fernández D, Hidalgo M, Rodríguez R, Alvares T Año: 2019			La edad de las pacientes menores de 20 años es un factor de riesgo importante, pues el organismo de la mujer no está biológica y psicológicamente preparado para concebir un embarazo, pues esto trae un sinnúmero de repercusiones en el ámbito social, de salud y familiar		
Mora G, Cusihuaman A, Insfran M Año: 2020	Se puede observar que entre los años 2008-2018, según el Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales el 18,7% debido a enfermedades hipertensivas del		Dentro de las limitaciones del presente estudio es que no se cuenta con un registro de las condiciones socioeconómicas de la madre fallecida, tales como: nivel educativo, si		

	embarazo (197/1056), el 19,8% a hemorragias obstétricas (209/1056), el 4,6% a sepsis (49/1056)		desarrollaba alguna actividad laboral o era ama de casa		
Díaz R, Bobadilla L, Fajardo L, Méndez N, Gómez S Año:2019	La principal causa de muerte materna son los desórdenes hipertensivos, seguidos por hemorragia, aborto y sepsis				
Mayorga L, Sajín C, Pérez M, Guzmán J Año: 2020		A medición de los signos vitales de las gestantes son herramientas las herramientas de cribado en la atención prenatal, que permite identificar un tratamiento urgente, un parto o una derivación. precisión los signos vitales y actuar en consecuencia. de signos vitales (incluida la presión arterial (PA) y el pulso), donde el 91,3% relataron que sí comprendieron la información suministrada de la	La encuesta se dividió en cuatro dimensiones: a) información demográfica y obstétrica, constituida por las variables edad, régimen de afiliación al sistema de salud, tipo de consulta (primera vez o control), semanas de gestación al iniciar el control prenatal, b) aspectos		

		importancia de un control prenatal.			
Moreno E, Becerril V, Alcalde J. Año: 2018	El análisis de las correlaciones establecidas entre el perfil laboral y el nivel de atención en que trabajan quienes participaron arrojó valores entre $r = 0,74$ y $r = 97$, mostrando que calificaron los problemas de manera similar, Mala valoración por el personal que recibe a la embarazada (médico y enfermera).	Cuando no hay un control prenatal oportuna no se podrá dar su respectiva clasificación de emergencia debido que no hubo una importante valoración de signos vitales de alarma en la embarazada.	Al analizar el tema tratado identificamos 43 problemas de los servicios de atención a la salud materna son: Barreras de acceso a servicios de salud materna, ya sean administrativas, geográficas, económicas o de horarios y citas, Mala valoración y diagnóstico y Mala calidad en los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio.		
Rashidi F, Simbar M, Zaden S, Alavi H. Año: 2019		Requieren una intervención inmediata para proteger la vida de la madre o el feto. segundo nivel de urgencia, como dolor severo sin trabajo de parto.			
Rashidi F, Simbar M, Zaden S, Safari S, Alavi H		Para realizar una adecuada clasificación de la emergencia se deberá realizar una			

Año: 2020		valoración que consiste en al nivel de conciencia, signos vitales, latidos cardíacos fetales, movimientos fetales, contracciones uterinas, asesoramiento especializado, estabilidad, exámenes vaginales y abdominales.			
Vousden N, Lawley E, Seed P, Gidiri M, Charantimath U, Makonyola G, et al. Año: 2019	Las principales causas de muerte son la hemorragia, los trastornos hipertensivos y la sepsis, la mayoría de las cuales se pueden prevenir con intervenciones establecidas y rentables	También se planteó la hipótesis de que la capacitación mejoraría la comprensión del profesional sanitario sobre cuándo y cómo medir los signos vitales y cómo identificar y manejar las complicaciones del embarazo			
Lee L, Chia A, Phua D, Colega M, Padmapriya N, Bernard J, Cai S, et al Año: 2020	Las muertes maternas se clasificaron como prevenibles y probablemente prevenibles, de las cuales las causas obstétricas indirectas representaron el 46,8% (n=80), y las causas directas, el 46,2%. Entre las causas obstétricas indirectas, las enfermedades del sistema				

	<p>circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio causaron la muerte de 21 mujeres (12,4%). Entre los directos, la hipertensión arterial fue responsable de 17 de las muertes maternas consultadas (9,9%)</p>				
<p>Res J, Jeker L, Neuhaus M, Vogt D, Girard T, Hoesli I, Año: 2020</p>					<p>El uso del taponamiento con balón de Bakril fueron significativamente más frecuentes en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control. Por tendencia se utilizó oxitócica menos frecuente y la hemorragia se detuvo más rápidamente en el grupo de intervención.</p>
<p>Varela M, Pereira C. Año: 2019</p>			<p>Además, en el caso de las mujeres, conlleva consecuencias adicionales, pudiendo afectar a nivel ginecológico</p>		

			y reproductivo, así como aumentar las probabilidades de sufrir complicaciones en el embarazo ectópicos y abortos espontáneos embarazo, tales como partos prematuros.		
Suarez S, Agudelo A, Pinheiro A, Suarez D, Eckardt M, Theron G. Año: 2020					Las indicaciones para el uso de un dispositivo UBT para el tratamiento de la HPP incluyeron atonía uterina en 22 (25%), placenta previa. Los 47 estudios restantes (52%) informaron el uso de UBT para el manejo de múltiples causas de HPP, como atonía uterina, placenta previa, PAS, productos retenidos de la concepción, coagulopatía y trauma, entre otros.
Nobles C, Mendiola P, Silver R. Año: 2020				Los participantes fueron clasificados con hipertensión en etapa II en presencia de presión arterial	

				<p>sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg a las < 20 semanas de gestación o si fueron tratados con un antihipertensivo a las < 20 semanas de gestación. Los participantes con hipertensión en etapa II fueron excluidos del análisis. Los participantes fueron clasificados con preeclampsia si tenían presión sanguínea sistólica ≥ 140 mmHg</p>	
<p>Sun Y, Shen Z, Zhan Y, Wang Y. Año: 2020</p>			<p>Se encontró que, en comparación con el rango de edad de 20 a 25 años, 30 a 35 años (OR: 0,76, P = 0,022) era un factor protector para ganar peso adecuado durante el embarazo.</p>		
<p>Kolin D, Shakur H, Chaudhri R. Año: 2020</p>				<p>La hemorragia posparto, típicamente definida como una pérdida de sangre ≥ 500 ml en las 24 horas</p>	

				<p>posteriores al nacimiento, también es una causa importante de mortalidad. La hemorragia posparto ocurre en aproximadamente el 6% de todos los partos y es responsable de hasta 100.000 muertes cada año (aproximadamente una cuarta parte de todas las muertes maternas)</p>	
<p>Islam M, Sultana N Año: 2019</p>			<p>Demostrado que las mujeres menores de 18 años en el último parto tenían un 24% más de probabilidades de complicaciones relacionadas con el embarazo que las mujeres de 18 a 35 años en el último parto.</p>	<p>Aproximadamente las tres cuartas partes de las muertes maternas se deben a complicaciones durante el embarazo y el período de parto. La hemorragia, los vómitos excesivos, las convulsiones / ataques y el edema de la cara / pies / cuerpo se consideraron complicaciones relacionadas con el embarazo de alto riesgo. Además, el sangrado abundante, el trabajo de parto prolongado, la fiebre</p>	

				alta o secreción y las convulsiones se seleccionaron como complicaciones relacionadas con el embarazo en un estudio sobre el comportamiento de búsqueda de atención médica	
Shaheen A, Heena H, Nofal A, Raiz M, Alfayyad I. Año: 2020				El 56,5% de las mujeres de su muestra reconoció que el dolor abdominal severo era el signo de peligro más común durante el embarazo, seguido de un sangrado abundante. Durante el embarazo, el 21,1% de las participantes informaron que sabían sobre manos o caras hinchadas, el 15,3% informaron sangrado vaginal severo y el 13,9% informaron visión borrosa, signos de peligro reconocidos por las mujeres durante el período posnatal	

				eran sangrado severo (74,0%), secreción maloliente (72,6%) y fiebre alta (68,6%)	
Terefe N, Nigussie A, Tadele A. Año:2020		El SAO más prevalente fue el sangrado vaginal 15,4%, seguido de hinchazón del cuerpo (12,7%) y vómitos intensos (5,3%)			
Jewaro M, Yenus H, Ayanaw J, Abera B, Derso T. Año:2020		La edad media (\pm DE) de las madres fue de 27 (\pm 5,3) años con 349 (85,1%) madres en el grupo de edad de 20 a 34 años. Sin embargo, más de un tercio (35,4%) de las madres no tenían educación formal; la mayoría (79,0%) eran habitantes urbanos y el 95,6% estaban casados. Aproximadamente el 52,6% de las madres tenían antecedentes de un embarazo y, de todas las participantes, el 90% había tenido visitas de atención prenatal			

<p>Wassihum B, Negese B, Bunduman H, Bekele S, Bante A, Yeheyis T, et al. Año: 2020</p>				<p>Asimismo, la señal de peligro más mencionada durante el parto fue el sangrado (60%), seguido de la ausencia o disminución de los movimientos fetales (28,4%). Además, un signo de peligro comúnmente mencionado durante el posparto fue el sangrado posparto (63,3%), seguido de la fiebre posparto</p>	
<p>Dangura A Año: 2020</p>				<p>Entre los que mencionaron al menos un signo de peligro, los signos de peligro mencionados espontáneamente más comunes durante el parto fueron sangrado vaginal grave por 281 (68,4%), dolor de cabeza intenso en 121 (29,4%), convulsión por 113 (27,5%), fiebre alta por 101 (24,6%), pérdida de conciencia en 81 (19,7%), trabajo de parto que dura</p>	

				más de 12 h por 70 (17,0%) y Placenta no suministrada 30 minutos después del parto en 77	
Moncloa A, Valdivia E, Valenzuela G, Larrauri C CJ Año:				Un estudio francés refiere que 1% de las mujeres presentaba una HTA crónica, 4,9% una HTA gravídica y 2,1% una preeclampsia. Si bien las incidencias en diversos estudios pueden variar, se estima que a incidencia de la HTA gravídica estaría entre 5 y 9%, la de preeclampsia entre 2 y 8%(9-11) y la HTA crónica entre 1 y 5%,	
Rong W, Tingting G, Runhui G DX, Dexiu X, Changxiang Y YC Año:2020				Aproximadamente el 15% de las mujeres porosas tienen al menos 1 embarazo complicado por un trastorno hipertensivo	

Davis A, Rudd A, Lollar J, McRae A. Año:2019				La HPP se define como la pérdida de 1.000 ml de sangre o más en las primeras 24 horas después del parto y hasta la 12.ª semana del puerperio	
Lima HM, Carvalho F, Feitosa C Año: 2016					Drogas vasoactivas (24/41 [58,5%]) y la intubación y la ventilación no asociados con la anestesia durante más de una hora (23/41 [56,1%]) fueron los criterios de gestión más frecuentes.
Nkamba D, Ditekemena J, Wembodinga G, Bernard P, Tshefu A, Robert A Año: 2019					Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP) recomienda el uso de aspirina en dosis bajas iniciada antes de las 16 semanas de embarazo en mujeres con cualquiera de los siguientes factores de riesgo: preeclampsia

					previa, hipertensión crónica, enfermedad renal subyacente, obesidad de diabetes mellitus, y anticuerpos antifosfolípidos
Joseph NT, Worrell NH, Collins J, Schmidt M, Sobers G, Hutchins K, et al Año:2020		Las intervenciones de enfermería identificarán el alto riesgo de la gestante mediante signos vitales cual procederá a la clasificación del riesgo cual le dará un color será colocado en su historia clínica para lograr una intervención inmediata y un fácil acceso a su tratamiento y poder seguir el algoritmo del protocolo establecido.			
García L, Ramos J, Morales I, Fuentes M, Hernández E GR Año: 2018		En una atención de la salud materna las incidencias y la prevalencia de las complicaciones de las muertes maternas han obligado a crear herramientas de actuación de claves obstétricas como roja, azul y amarilla cuales serán			

		protocolos que ayudarán a disminuir la muerte materna.			
Chertoff J, Chisum M, Simmons L, King B, Walker M, Lascano J. Año: 2016					El tratamiento de la sepsis se realizó con la reanimación de líquidos con evaluación de medidas dinámicas de respuesta de fluidos con el objetivo de lograr una presión arterial media (MAP) igual o superior a 65 mmHg, medicamentos vasopresores siempre que sea necesario para lograr el objetivo MAP después de la reanimación de fluidos, control de la fuente de infección, cultivos y terapia antibiótica apropiada.
Joshi A, Beyuo T, Oppong SA, Moyer CA, Lawrence ER Año: 2020				Una mayoría (133, 88,7%) de los participantes fueron diagnosticados con preeclampsia, mientras que 17 (11,3%) los participantes fueron diagnosticados con	diagnóstico, causas, posibles complicaciones y efectos futuros para la salud, incluida la probabilidad de recurrencia en futuros

				<p>eclampsia. Con respecto a los antecedentes de trastornos hipertensivos del embarazo, 33 (22,0%) participantes tuvieron un diagnóstico comorbilidad de hipertensión crónica, 10 (6,7%) preeclampsia/eclampsia en un embarazo anterior, y 11 (7,3%) hipertensión gestacional en un embarazo previo</p>	<p>embarazos. Se observan mejores resultados con la identificación temprana de los síntomas, presentación rápida en los centros de salud y posterior manejo con medicamentos antihipertensivos, sulfato de magnesio y parto del feto y la placenta</p>
<p>Garibaldi-Zapatero J, Teresa Than-Gómez M, Guerrero-Rivera S, Cuevas-García CF Año:2016</p>	<p>Quince pacientes tenían antecedentes de alguna enfermedad: hipertensión arterial sistémica en 2, diabetes mellitus en 2, Acromegalia en 2, y asma, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, epilepsia, obesidad, neurocisticercosis, neoplasia endocrina múltiple tipo II, quiste de colédoco, colitis ulcerativa crónica, en un caso respectivamente</p>				

<p>Wei J, Dai Y, Wang Z, Gu N, Hongfang J. Año: 2020</p>					<p>La frecuencia de PPH ≥ 1000 ml en el grupo de catéteres fue significativamente menor que la del grupo de gasas (42,2% frente a 63,7%, $P < .01$). Sin embargo, la frecuencia de PPH ≥ 1500 ml no tuvo diferencia entre los dos grupos (14,7% vs 19,6%, $P = .35$).</p>
<p>Valencia L. Año: 2019</p>		<p>Las claves que vienen siendo usadas en los establecimientos de salud son Clave Roja, Clave Azul y Clave Amarilla, desarrolladas para los casos de hemorragia obstétrica, preeclampsia severa-eclampsia y sepsis,</p>			
<p>Hernandez J Fonseca O Año: 2019</p>	<p>En África hipertensión (44,6%), la hemorragia (33,9%) y la infección puerperal (11,6%), América hipertensión con una</p>				

	frecuencia del 50%, sin embargo, al totalizar los casos acompañados con otra patología esta asciende al 53%; le sigue las infecciones (23,27%) y las hemorragias (13,79%)., en Asia Asia				
Espinosa V, Cornejo F, Calle J, Proaño P, Gordon M, Macias P, et al Año: 2017		Las claves obstétricas son un sistema de “roles y funciones” que permiten la comunicación efectiva y el trabajo coordinado. El sistema de respuesta rápida (SRR) o claves obstétricas, están conformados por profesionales de la salud capacitados en estas claves que en un accionar coordinado buscan prevenir la muerte materna			
Ramon J, Kuri P, Moctezuma M, Velasco M, Ruiz, Evia M et Año: 2016				En caso de hipertensión la tensión arterial igual o mayor a 160/110 mm Hg, en caso de hipotensión la tensión arterial igual o menor a 89/50 mm Hg,	

				correlacionar con la frecuencia cardiaca	
Serruya S, Mucio M, Sosa C, Vasco M, Rojas J, Orellano K et al Año: 2019				las cifras tensionales igual o mayor a 140 de presión sistólica (PAS) y/o 90mmHg de presión diastólica (PAD)	El uso de antihipertensivos está recomendado en presencia de hipertensión severa La nifedipina es de acción rápida y de corta duración, recomendada basado en la evidencia como estrategia de primera línea
Organización Mundial de la Salud Año:2020	La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1)describe que cada día mueren alrededor del mundo 830 mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio.				
Ministerio de Salud Publica Año: 2017	Principales causas de morbilidad materna son los trastornos hipertensivos (hipertensión) con el 41,93%, seguidas por hemorragias obstétricas 9,67% y				

	problemas de sepsis con 13.3%.				
Tallapureddy S, Velagaleti R, Palutla H, Satti CV Año: 2017	La hemorragia fue la principal causa (43,7%) de morbilidad en casos casi perdidos, mientras que los trastornos hipertensivos fueron la principal causa en las muertes maternas (66,6%). Entre las mujeres con afecciones potencialmente mortales, la preeclampsia grave fue la complicación más frecuente (50,54%).				
Kolin DA, Shakur-Still H, Bello A, Chaudhri R, Bates I, Roberts I Año: 2020					El tiempo necesario para que los enfermeros completen los pasos de gestión de claves en casos EP/E simulados se muestra en la Tabla 3. El tiempo desde 'BP medido hasta sulfato de magnesio dado' se mantuvo relativamente constante

					($p = 0,69$), mientras que el tiempo de 'BP medido a antihipertensivo dado' disminuyó en 3,1 min ($p = 0,06$) entre la primera y la última participación en simulaciones DE/E.
Gómez L, Gonzales S Año: 2018			Sin embargo, en relación con la escolaridad no se observa una asociación estadísticamente significativa ($p=0,309$) entre estas variables y la presencia de sepsis neonatal temprana en los hijos.		Respecto a la ruptura prematura de membranas y teniendo como punto de corte teórico el tener una RPM mayor de 18 horas como posible riesgo de infección se observó una relación estadísticamente significativa con la posibilidad de desarrollar sepsis neonatal temprana
Koch DM, Rattmann YD Año: 2020			En este estudio, todas las mujeres embarazadas tenían al menos un factor de riesgo que podía dar lugar a una HPP, como la edad de 20 años o más de 35 años (37,5%); la multiparidad (68,1%), el embarazo múltiple (4,2%), el		Las laceraciones del canal del parto o del periné, la inversión uterina, los trastornos de la coagulación materna y la retención de la placenta son otras causas. Si la HPP se produce como

			parto inducido (1,4%), los trastornos del líquido amniótico (2, 8%), macrosomía fetal (12%), parto prematuro (13, 9%), anemia gestacional o trombocitopenia (6, 9%), trastornos hipertensivos (36,1%), corioamnionitis (1,4%), desprendimiento de la placenta (1,4%), obesidad (15,3%), , parto asociado a infección uterina (1,4%) y distocia (2,8%). El 47,2% de las embarazadas tuvieron un parto vaginal.		consecuencia de una atonía uterina, el tratamiento inicial consiste en un masaje uterino, seguido del uso de agentes oxitócicos, como oxitocina, ergometrina, prostaglandinas y análogos.
Raney JH, Morgan MC, Christmas A, Sterling M, Spindler H, Ghosh R, et al Año: 2019					La preeclampsia con características graves se definió como una PA > 140/90 y cualquiera de las siguientes: proteinuria (1+ o superior), trastornos cerebrales o visuales de nueva aparición, dolor

					<p>severo en el cuadrante superior derecho o epigástrico que no responda a otros diagnósticos, PA sistólica > 160, PA diastólica > 110. Se recomienda tratar a estos pacientes con una dosis de carga de sulfato de magnesio (10 g IM y 4 g IV), un antihipertensivo (normalmente nifedipino) si la presión arterial está en el rango severo, con el objetivo de 130-140/100-90, y un catéter foley para monitorizar la diuresis.</p> <p>100-90, and a foley.</p>
<p>Ferraira M, Silveira C, Silva S, Souza D, Ruiz M. Año: 2016</p>					<p>El único cuidado notificado fue profilaxis convulsiva con sulfato de magnesio. Cuatro días más tarde, el paciente fue dado de alta con una imagen totalmente invertida.; administrando</p>

					<p>oxígeno, estableciendo el acceso venoso del calibre e iniciando la terapia de sulfato de magnesio; la educación sanitaria durante todo el embarazo y el parto y el alta hospitalaria son acciones que, si se llevan a cabo, garantizan la excelencia de la atención y la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y fetal en estos pacientes</p>
--	--	--	--	--	--

Tabla 10*Cuadro integrado de la revisión bibliográfica*

Realizado por: Autor

País	Autores	Multimed. Revista Médica. Granma.	REVISITA	MÉTODO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	MEDICIÓN	TRATAMIENTO	PARTICIPANTES	ESCENARIO	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Chile	Monte A, Rocha L, Batista M, Costa F, Brown H, Castro Ana.	Comparación entre los criterios de near miss en una unidad de cuidados intensivos maternos	Nursing School Magazine	Cuantitativo	Correlacional	120	Estudio de fichas clínicas	Se realizó una muestra a las gestantes del hospital	Mujeres gestantes del Hospital	Mujeres gestantes del área de UCI que reciben tratamiento	Tiene el fin de comparar la incidencia de criterios de la muerte materna	Los datos obtenidos de la muestra del grupo de mujeres gestantes dieron un resultado que la muerte materna varia en un 4.5 a 7.1 dándonos una tasa de mortalidad entre el 12 y el 17,9%.	Al concluir este estudio se pude identificar que la muerte materna relacionada con el embarazo y el parto siendo uno de los primeros cuasi accidentes maternos.
México	Mohamadi S, Masoumeh A, Taheripannah R, Kallestal C.	Maternal near-miss at university hospitals with cesarean overuse: an incident case-control study	Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology	Cuantitativo	Correlacional	90	Estudio de fichas clínicas	Se tomó en cuenta a las mujeres gestantes que estuvieron dentro del área de UCI	Mujeres gestantes que tuvieron riesgo del Hospital	Mujeres gestantes que estuvieron en alto riesgo	Este estudio de campo tiene como objetivo describir el porcentaje de la prevalencia en problemas durante el embarazo y el parto.	Como resultados tenemos un alto porcentaje de prevalencia	En conclusiones se realizó este estudio cual nos dio una respuesta que el mayor porcentaje de activación son los trastornos Hipertensivos.
México	Moreno J, Garduño	Omisiones detectadas	Ginecología Obstet Mex	Cuantitativo	Descriptivo	4	Casos de muerte	Estudio de casos de	Mujeres gestantes	Hospitales	Identificar y describir, en una	Se realizó estudios de caos de muerte materna dando como 71% como	El porcentaje elevado de inviabilidad y

	R, Pascual F, Tarasco M.	s en 150 casos de muerte materna en la ciudad de México.				pital es	materna	mujeres gestantes			muerte poblacional acotada, las omisiones en el proceso de atención a la salud en caso de muerte materna.	muertes susceptibles de prevención mediante diagnóstico.	previsibilidad de los casos refleja problemas deficiencias para disminuir su ocurrencia.
México	García Ramos J, Morales I, Fuentes M, Hernández E, García R.	Emergencias y urgencias obstétricas en el Hospital Central Militar: nuestra visión y el Horizonte epidemiológico.	Cirugía y cirujanos	Descriptivo	Epidemiológico	48 pacientes	Observación de pacientes gestantes	En el área de emergencia con un embarazo de 34 semanas	Mujeres en periodo de gestación	Área de emergencia del Hospital Militar	Estudiar las causas de mortalidad materna más presentes en la etapa de gestación y parto.	Dando como resultado de los 48 pacientes que reunieron criterios operativos para ser incluidas en el análisis, con unas 8 pacientes con la categorización de emergencia dando código rojo y 40 pacientes con trastornos hipertensivos dando código azul.	Se ha delineado y definido varios procedimientos para disminuir la morbilidad y mortalidad materna.
Cuba	León L, Echeverría A, Fernández A.	Conducta perioperatoria ante la hemorragia posparto en el Hospital Militar Central	Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación	Revisión bibliográfica	Observacional descriptiva	57 pacientes	Observación de pacientes posparto	Se observa a pacientes con diagnóstico de hemorragia posparto.	Pacientes posparto	Hospital	Describir la conducción perioperatoria de las pacientes con hemorragia posparto, atendidas en el Hospital Militar.	La atonía uterina fue la causa más frecuente de hemorragia posparto en pacientes jóvenes de nivel medio, raza blanca y nulíparas.	Las medidas terapéuticas oportunas mejoran la evaluación es el método paciente con hemorragias posparto para brindar un tratamiento integral.

México	Figueredo M, Fernandés D, Hidalgo M, Rodríguez R, Alvares T.	Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional Niquero.	Multimed. Revista Médica. Gramma	Descriptivo	Corte transversal	126 mujeres	Encuestas y historias clínicas	En el área de emergencia de un hospital	Se realizó a pacientes en periodo de gestación	Hospitalizadas	Identificar los factores biopsicosociales asociados al riesgo reproductivo preconcepcional.	Predominaron las mujeres menores de 20 años, alta presencia de hábitos tóxicos siendo el consumo del café el más frecuente, los antecedentes patológicos personales más referidos fueron asma bronquial seguida de hipertensión arterial.	Se lograron identificar los riesgos más frecuentes asociados al riesgo reproductivo preconcepcional, lo que permitirá trazar estrategias de salud para lograr disminuir la morbilidad materna infantil.
Paraguay	Mora G, Cusiñan A, Insfran M.	Análisis Situación de Muerte Materna en Paraguay: alcances del 2008-2018.	Rev. Salud pública.	Observacional	Descriptivo	100	Registros con los códigos C10	Área hospitalaria	Casos de muertes maternas en el hospital	Áreas hospitalarias	Analizar la situación de las muertes maternas en Paraguay y los alcances del 2008 a 2018.	Se realizó un estudio directo desde el periodo 2008 a 2018 para el total de causas de muerte materna con complicaciones hemorrágicas (19,8%), trastornos hipertensivos (18,9), sepsis (4,5%).	Se debe garantizar una atención calificada perinatal institucional y de planificación familiar, potenciando estrategias vitales.
Cuba	Pantoja L.	Morbilidad materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente: Orlando Pantoja Tamayo:	Rev. Inf Cient.	Observacional	Descriptivo	223	Historias clínicas	Pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos.	Pacientes con complicaciones relacionadas con el embarazo, parto, puerperio.	Área de Unidad de Cuidados Intensivos	Caracterizar la morbilidad materna.	El 56% de pacientes admitidas estuvo dentro de 20 y 29 años de edad, siendo los trastornos hipertensivos asociados al embarazo con un 65,4% y la hemorragia obstétrica para un 22,0% las principales causas de ingreso.	La morbilidad materna se caracterizó por presentarse en edades adecuadas para el desarrollo del embarazo, con una estadía en Unidades de Cuidados Intensivos por debajo de lo reportado en la literatura, y existe

		Contram aestre 2014- 2019.											relación estadística entre los diagnósticos de ingreso y la aparición de complicaciones.
México	Díaz R, Bobadilla L, Fajardo L, Méndez N, Gómez S.	Análisis de la mortalidad materna de los años 2013 a 2015 en el estado de Yucatán.	Revista Biomédica	Estudio trasversal	Estudio de fichas clínicas	42	Historias clínicas	Defunción de mujeres fallecieron por causas directas relacionadas con el embarazo.	Gestantes muertas a causa de complicaciones de embarazo	Hospital	Determinar si la razón de muerte materna.	Las principales causas de muerte en el estado conservan con lo expuesto en la bibliografía, siendo estas los desórdenes hipertensivos y las hemorragias.	Durante los años 2013 a 2015 es importante implementar medidas preventivas que permitan esta disparidad en términos de mortalidad materna.
Colombia	Mayorga L, Sejín C, Pérez M, Guzmán J.	Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería	Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud	Cuantitativa	Estudio trasversal	178	Cuestionarios	Control prenatal	Mujeres gestantes	Servicio de ginecología y obstetricia	Establecer el nivel de satisfacción con el control prenatal en una institución prestadora de servicios de salud en Montería (Colombia)	De las 178 mujeres entrevistadas 96% manifestaron sentirse satisfechas con el control prenatal. Recibieron información sobre: la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana 83,7%, exámenes de laboratorio 85,4%, signos de alarma 93,8%, nutrición 86,5%, lactancia 76,4%, planificación 64%, cuidados del recién nacido 71,9%	Además de la influencia de las variables demográficas y obstétricas y de los atributos de la calidad de la atención, es importante denotar cómo la información y la educación para la salud se asocian con la satisfacción con el control prenatal.
México	Moreno E, Becerril V, Alcalde J.	Conocimiento táctico y explícito: análisis	Gac Sanit	revisión bibliográfica	cuantitativa y descriptiva	gestantes que acuden a las maternidades	atención a las maternidades	maternas que llegan a los centros de atención	mujeres en etapa de gestación	casas de salud	Identificar coincidencias y diferencias en la	Los principales problemas identificados según el conocimiento táctico están vinculados con la mala	el estudio mostro que la identificación de problemas en los servicios de

		comparativo de la priorización de problemas de salud materna en México				den a la atención médica		para un control prenatal			identificación y la priorización de problemas de los servicios de salud materna, desde las perspectivas del conocimiento táctico y el conocimiento explícito, que ofrezcan alcanzar el objetivo del desarrollo sostenible.	calidad de la atención, mientras que aquellos mayormente abordados por el conocimiento explícito se refiere a barreras de acceso a la atención en los servicios de salud.	atención a la salud materna por el conocimiento táctico y por el conocimiento explícito es medianamente comparable, según el índice de comparabilidad utilizado, y subraya el interés de integrar ambos abordajes a fin de mejorar la priorización y la toma de decisiones hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
Estados Unidos	Rashidi F, Simbar M, Zaden S, Alavi H.	Escala del triage obstétrico; una revisión narrativa.	Arch Acad Emerg Med	revisión bibliográfica	narrativo	289 artículos	con cuestionarios	triage obstétrico	artículos correlacionados al tema	revistas y artículos	tiene como objetivo examinar el desarrollo de herramientas y criterios para los servicios de triage obstétrico.	De los 289 artículos revisados en este estudio, 8 artículos cumplieron los criterios de elegibilidad. De estos 8 artículos, 6 se dedicaron a presentar una herramienta diseñada y solo 2 introdujeron un sistema de triage obstétrico. Las herramientas y sistemas de triage obstétrico cubiertos incluyeron el	La revisión mostró la falta de consenso sobre cómo diseñar una única herramienta o sistema estandarizado para la clasificación obstétrica. La comparación de diferentes herramientas y sistemas de triage obstétrico demostró la

												índice de gravedad de emergencia	necesidad de un sistema estandarizado y ampliamente aprobado con alta validez y confiabilidad y definiciones estándar para el triage obstétrico
Estados Unidos	Rashidi F, Simbar M, Zaden S, Safari S, Alavi H	La calidad del proceso de clasificación de la maternidad: un estudio cualitativo	Adv J Emerg Med	revisión bibliográfica	cuantitativa	artículos	similitud	clasificación de gestantes	artículos correlacionados al tema	artículos	El presente estudio se realizó para explicar la calidad del proceso de triage de maternidad .	Los participantes identificaron los factores más importantes que afectan la calidad de los servicios prestados en el triage de maternidad como dos categorías de medidas y cuidados, e interacciones y comunicación.	El presente estudio identificó de manera integral diferentes dimensiones de la calidad de los servicios de triage de maternidad en diferentes niveles. Los participantes identificaron la calidad del proceso de clasificación de la maternidad como un concepto multidimensional e importante
Estados Unidos	Vousden N, Lawley E, Semilla P, Gidiri M, Charanthmath U, Makonyo la G et al.	Explorar el efecto de la implementación y el contexto en un	Implementar Sci	Revisión bibliográfica	Cuantitativo descriptivo	28 casos clónicos	Estudios de casos clínicos	Realizo una muestra de casos clínicos realizados en el hospital	Artículos de mujeres en etapa de gestación			La captación y aceptabilidad de la intervención fue buena. Todos los grupos demostraron una mayor disponibilidad de equipos de signos vitales. Hubo un aumento en la proporción de mujeres a las que se les midió la presión arterial durante	Esta evaluación de proceso ha descrito con éxito la cantidad y calidad de implementación. La variación en la implementación y el contexto no explicó las diferencias en la efectividad de la

		ensayo controlado o aleatorizado de cuña escalonada de un dispositivo de triaje de signos vitales en la atención de maternidad de rutina en entornos de bajos recursos										el embarazo después de la intervención (79,2% frente a 97,6%; OR 1,30 (1,29 a 1,31)) y no hubo cambios significativos en las tasas de derivación (3,7% frente a 4,4% OR 0,89; (0,39–2,05)).	intervención sobre la mortalidad y morbilidad materna.
	Lee L Chia A, Phua D, Colega M, Padmapriya N, Bernard	Múltiples factores de estilo de vida modificables y el riesgo de depresión	Psiquiatría integral	Revisión bibliográfica	Cuantitativa	15 artículos	Cuestionarios	Realizo muestra de factores asociados al embarazo	Mujeres en periodo de gestación		Identificar los factores de riesgo de estilo de vida para la depresión perinatal, pero	Inactividad física (<600 MET-minutos / semana), insuficiencia de vitamina D (<50 nmol / l), tabaquismo antes o durante el embarazo y la necesidad	Las mujeres embarazadas con ≥ 4 factores de riesgo de estilo de vida mostraron una mayor prevalencia de depresión durante

	J, Cai S, et al	n perinatal durante el embarazo: hallazgos de la cohorte GUSTO									ninguno ha examinado el efecto acumulativo de estos factores de riesgo en mujeres embarazadas.	percibida de apoyo social	el embarazo, mientras que no se observaron asociaciones para la depresión posparto.
España	Varela M, Pereira C.	Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano	Revista española de salud Pública	Revisión bibliográfica	Cuantitativa	60	Análisis de historias clínicas	Recibieron atención en una casa de salud	Mujeres embarazadas de 20 semanas	7 centros de salud	El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia del consumo de tabaco en el primer trimestre de embarazo y las variables asociadas	La prevalencia del consumo fue del 15,7%. Un mayor porcentaje de fumadoras respecto a las no fumadoras no tenían estudios universitarios (70,6% vs. 40,7%), tenían pareja fumadora (65,5 vs. 24,0), menor conciencia de los efectos del tabaco (65,5% vs. 24,0%), no pensaban dar el pecho y presentaban mayores niveles de ansiedad, estrés y depresión	El consumo de tabaco en el embarazo continúa siendo un problema importante que se ve influido tanto por variables sociodemográficas y relacionadas con la salud, como por variables psicológicas.
Argentina	Nobles C, Mendiola P, Silver R.	Presión arterial antes de la concepción y su cambio hacia el embarazo temprano: factores	Hipertensión	Cuantitativo	Correlacional	70 mujeres	Cuestionarios	Realizara en mujeres en control prenatal	Mujeres en etapa de gestación		El estudio de la fisiología de la mujer durante el desarrollo del producto de la gestación	Las mujeres embarazadas de duración ≥ 20 semanas de gestación, 11 fueron excluidas debido a la evidencia de hipertensión en estadio II. La edad media era de 28,5 (DE 4,5) años y la mayoría eran de raza blanca (96,9%), con al menos algunos	Los participantes fueron clasificados con hipertensión en etapa II en presencia de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg a las < 20 semanas de

		de riesgo temprano para la preeclampsia y la hipertensión gestacional										educación secundaria (89,9%) y unos ingresos familiares entre moderados y altos. ingresos familiares	gestación o si fueron tratados con un antihipertensivo a las <20 semanas de gestación. Los participantes con hipertensión en etapa II fueron excluidos del análisis. Los participantes fueron clasificados con preeclampsia si tenían presión sanguínea sistólica ≥ 140 mmHg
Estados Unidos	Sun Y, Shen Z, Zhan Y, Wang Y.	Efectos del índice de masa corporal antes del embarazo y el aumento de peso gestacional sobre las complicaciones maternas e infantiles	Embarazo Parto BMC	Cuantitativa	Correlacional	120	Artículos	Estudio de casos de mujeres gestantes	Mujeres embarazadas	Centros de salud	Los efectos potenciales de la masa corporal (IMC) antes del embarazo y el aumento de peso gestacional (GWG) sobre los resultados del embarazo siguen sin estar claros.	El sobrepeso (OR: 2,01) y el GWG inadecuado (OR: 1,60) fueron factores de riesgo de diabetes mellitus gestacional (DMG). El sobrepeso (OR: 2,80) y la obesidad (OR: 5,42) fueron factores de riesgo de hipertensión gestacional (GHp)	Se recomienda el control del peso corporal antes y durante el curso del embarazo para disminuir los resultados adversos del embarazo, especialmente en mujeres embarazadas de <20 o> 25 años con educación por debajo de los niveles universitarios y universitarios, para las minorías étnicas y las mujeres que viven

													en el norte. de China.
Estados Unidos	Kolin D, Shakur H, Chaudhri R.	Factores de riesgo para la transfusión de sangre en pacientes con hemorragia posparto y traumática: análisis de los ensayos CRASH-2 y WOMAN	Plos One	Revisión bibliográfica	Cuantitativa	10	Análisis de artículos	Mujeres gestantes que han sufrido traumatismos	Casos clínicos de mujeres en gestación con accidentes de tránsito	2 ensayos clínicos		De los 20.207 pacientes con hemorragia traumática, 10.232 (51%) recibieron componentes sanguíneos. De las 20.060 mujeres con hemorragia posparto, 10.958 (55%) recibieron componentes sanguíneos. Para los pacientes que sufrieron hemorragia traumática, los que pasaron más de tres horas desde la lesión hasta la hospitalización tenían más probabilidades de ser transfundidos (ARR 1,37; IC del 95%, 1,20–1,56)	Varios factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de transfusión en pacientes con hemorragia posparto y traumática. Alterar los factores modificables, al reducir el tiempo desde la lesión o el parto hasta la hospitalización, por ejemplo, podría reducir las transfusiones y sus complicaciones.
Asia	Islam M, Sultana N	Factores de riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo entre mujeres de barrios marginales urbanos y mujeres	BMC Pregnancy and Childbirth	Cuantitativa	Correlacional	43	Análisis con registros de accidentes	Complicaciones durante el embarazo, durante y después del parto.	Mujeres gestantes	Hospitales	Objetivo es investigar los factores responsables de las complicaciones relacionadas con el embarazo en los barrios marginales urbanos y las zonas	Las madres más jóvenes (<18 años) al momento del nacimiento de sus hijos tenían un 24% (OR = 1,24, IC del 95%: 1,01, 1,54) más probabilidades de experimentar complicaciones durante el embarazo / parto o después del parto en comparación con las madres mayores de 18 a 35 años.	Es probable que abordar estos factores de riesgo de complicaciones ante los responsables de la formulación de políticas pueda ayudar a reducir la mortalidad y morbilidad materna.

		que no viven en barrios marginales en Bangladesh									no barriadas.		
Estados Unidos	Shaheen A, Heena H, Nofal A, Raiz M, Alfayyad I.	Conocimiento de las señales de peligro obstétrico entre las mujeres de Arabia Saudita	Salud Pública de BMC.	Cuantitativa	Correlacional	4 centros de salud	Encuestas trasversales	Muestra aleatoria proporcionada a luz de mujeres que habían dado a luz durante los últimos 2 años.	Mujeres que habían dado a luz durante los últimos 2 años	Centro de salud	Objetivo investigar el conocimiento de las mujeres sobre los signos de peligro obstétrico y sus factores determinantes.	Durante el embarazo, el 21,1% de las participantes informaron que sabían sobre manos o caras hinchadas.	Una guía dedicada a la educación para la salud y un programa de promoción de la atención preventiva de la salud materna infantil en todo el reino podrían mejorar la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas.
Estados Unidos	Terefe N, Nigussie A, Tadele A.	Prevalencia de signos de peligro obstétrico durante el embarazo y factores asociados entre las madres del distrito rural de Shashemene, en el	J Embarazo	Cuantitativa	Correlacional	39	Cuestionario	Mujeres seleccionadas al azar que dieron a luz los últimos 6 meses	Mujeres que dieron a luz en los meses	Centros de salud	Evaluar la prevalencia de signos de peligro obstétrico durante el embarazo y los factores asociados entre las madres en un distrito rural.	Los signos de peligro obstétrico más prevalentes fueron el sangrado vaginal (15,4%) seguido de hinchazón del cuerpo 12,7% y vómitos intensos 5,3%	Aproximadamente la mitad de las madres embarazadas han experimentado al menos una señal de peligro obstétrico.

		sur de Etiopía											
Estados Unidos	Jewaro M, Yenus H, Ayanaw J, Abera B, Derso T.	Conocimiento de los signos de peligro obstétrico y factores asociados entre las madres del distrito de Bahir Dar, noroeste de Etiopía: un estudio transversal basado en instituciones.	Rev de salud pública	Cualitativo	Correlacional	140	Estudio transversal con cuestionarios.	Se utilizó el modelo de regresión logística binaria para identificar los factores asociados.	Mujeres en estado de gestación	Centros de salud	Estudio fue evaluar el conocimiento de los signos de peligro obstétrico y sus factores asociados entre las madres	Aproximadamente el 59% [IC 95% 55, 63] de las madres estaban bien informadas sobre los signos de peligro obstétrico.	Por lo tanto, se debe intensificar la mejora del estado educativo y la obtención de información sanitaria sobre signos de peligro obstétrico por parte de los profesionales de la salud. Esto implica que la falta de conciencia puede provocar retrasos en la búsqueda de atención.
Estados Unidos	Wassihum B, Negese B, Bunduman H, Bekele S, Bante A, Yeheyis T, et al.	Conocimiento de las señales de peligro obstétrico y factores asociados: un estudio entre	Reprod Health	Cuantitativa	Correlacional	100	Cuestionario	Conocimiento de signos de peligro en las gestantes	Mujeres en periodo de gestación	Centros de salud	Evaluar el conocimiento de las señales de peligro obstétrico entre las madres y los factores asociados en la ciudad.	La edad media del encuestado fue de 25 años con una desviación estándar de 4,3 años. Se encontró que el 59,5% de los encuestados tenía poco conocimiento de las señales de peligro obstétrico. La mayoría de los encuestados mencionó el sangrado vaginal (64,7%) como	Según este estudio, el conocimiento de las señales de peligro obstétrico fue escaso. Algunos de los factores asociados con este conocimiento fueron la asistencia a la atención prenatal

		madres en la ciudad de Shashamane, región de Oromia, Etiopía										una señal de peligro de embarazo.	y el lugar del parto; por lo tanto, se recomienda que las madres tengan al menos cuatro visitas prenatales; esto puede crear una buena relación con los proveedores y mejorar sus conocimientos
Estados Unidos	Dangura A	Conocimiento sobre el parto y signos de peligro obstétrico posparto y factores asociados entre las madres del distrito de Dale, en el sur de Etiopía.	BMC Embarazo Parto	Revisión bibliográfica	Cuantitativo	67	Historias clínicas	Estudio trasversal basado en la comunidad sobre una muestra seleccionada.	Mujeres en periodo de gestación	Centros de salud	La sensibilización de las mujeres sobre el peligro obstétrico es signo de parto y posparto, son cruciales para la iniciativa de maternidad segura y para reducir la mortalidad materna	Los signos de peligro mencionados espontáneamente más frecuentes durante el parto fueron sangrado vaginal grave por 281 (68,4%). Las mujeres que podían mencionar al menos dos signos de peligro durante el parto y el período pos parto fueron 333 (45,5%), 213(29,1%)	El nivel de conocimiento sobre los signos de peligro del nacimiento del niño y el posparto fue bajo. Esto indica que muchas madres son más propensas a retrasar la decisión de buscar atención médica.
Perú	Moncloa A, Valdivia E, Valenzuela G,	Hipertensión en el embarazo	Rev Perú Ginecol Obs	Revisión bibliográfica	Cuantitativa	50	Artículos correlacionados	Estudio de casos de mujeres gestantes	Mujeres que presentaron hipertensión	Área hospitalaria	Identificar el problema de la hipertensión en la	Estudios realizados en un grupo seleccionado de mujeres gestantes para la verificación de hipertensión demostró que 20% presentaban antes y un 40% de	Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son complicaciones muy frecuentes y causa

	Larrauri C CJ										etapa del embarazo.	mostrar que este trastorno le presentaron ya en el último trimestre de embarazo	importante de morbilidad y mortalidad materna y/o fetal.
Estados Unidos	Rong W, Tingting G, Runhui G DX, Dexiu X, Changxia ng Y YC	Trastornos Hipertensivos del Embarazo y Riesgo de Morbilidad y Mortalidad Relacionadas con Enfermedades Cardiovasculares: Una Revisión Sistemática y Metaanálisis	Prevención Cardiovascular: Revisión Sistemática	Revisión bibliográfica	Descriptiva	67	Artículos con similitud	Pacientes que sufrieron hipertensión en el embarazo	Mujeres gestantes	Hospitales		Se incluyeron sesenta y seis estudios de cohorte y 7 estudios de control de casos en los que participaron >13 millones de mujeres. Los riesgos relativos combinados globales para las mujeres con antecedentes de HDP en comparación con el grupo de referencia fueron de 1,80 (intervalo de confianza del 95% [CI] 1,67–1,94) para cualquier ECV, 1,66 (1,49–1,84) para cardiopatía de las arterias coronarias, 2,87 (2,14–3,85) para insuficiencia cardíaca, 1,60 (1,29–2,00) para enfermedad vascular periférica, 1,72 (1,50–1,97) para accidente cerebrovascular, 1,78 (1,58–2,00) para la mortalidad relacionada con la ECV, y 3,16 (2,74–3,64) para la hipertensión.	Las mujeres con antecedentes de HDP corren un mayor riesgo de padecer morbilidad y mortalidad relacionadas con la ECV en el futuro. Nuestro estudio destaca la importancia del monitoreo de por vida de los factores de riesgo cardiovascular en mujeres con antecedentes de HDP.
Chile	Davis A, Rudd A, Lollar J,	Simulación interprofesional	Nurs (Ed española)	Cuantitativa	Correlacional	50	Historias clínicas	Mujeres que han sufrido	Mujeres posparto	Hospitales	Las pacientes se benefician	La tasa de respuesta de la encuesta fue del 100% (n = 48). Los resultados	

	McRae A.	para el abordaje de la hemorragia posparto						hemorragias posparto			de unos cuidados de calidad proporcionados por profesionales informados y adecuadamente preparados independientemente de su disciplina	del CIP reflejaron una predisposición positiva en relación con la formación interprofesional con simulador. Según el análisis del CIP, entre un 92% y un 94% de los miembros del equipo marcaron un 5 en la escala Likert en términos de sentirse mejor preparados para abordar la HPP, mejor preparados para trabajar con el resto de los miembros del equipo y haber adquirido más conocimientos sobre el protocolo del hospital.	
Estados Unidos	Lima HM, Carvalho F, Feitosa C	Factores asociados con la mortalidad materna entre los pacientes que cumplen con los criterios de morbilidad materna grave y casi falta	Int J Gynecol Obstet	Revisión bibliográfica	Cuantitativa	40	Historias clínicas	Mujeres en condiciones potencialmente mortales	Mujeres posparto	Hospitales	Evaluar los factores asociados con la muerte materna entre las mujeres que experimentan condiciones potencialmente mortales durante el embarazo, el parto o	Se realizó un análisis secundario de los datos recopilados prospectivamente en un estudio transversal multicéntrico brasileño entre julio de 2009 y junio de 2010.	Entre los criterios de la OMS para la morbilidad materna grave y la casi falta, la eclampsia, la baja saturación de oxígeno, la admisión de la UCI, la intubación, la ventilación mecánica y la reanimación cardiopulmonar se asociaron más con la muerte materna. El uso de sulfato de magnesio fue

											dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo.		un factor protector.
Estados Unidos	Nkamba D, Ditekemena J, Wembodinga G, Bernard P, Tshetu A, Robert A	Proporción de mujeres embarazadas examinadas para detectar trastornos hipertensivos en el embarazo y sus factores asociados dentro de las clínicas prenatales de Kinshasa, República Democrática del Congo	BMC Pregnancy and Childbirth	Cuantitativa	Correlacional	80	Estudio trasversal	Preguntas a pacientes con problemas presentados en el embarazo	Mujeres gestantes	Hospital		Después del análisis multivariable, la detección de HDP fue significativamente mayor en mujeres porosas (AOR 2,09; IC del 95%, 1,11–3,99; P a 0,023), en mujeres con una edad gestacional de al menos 20 semanas (AOR 5,50; IC del 95%, 2,86–10,89; P 0,002),	Los factores asociados con la detección incluyeron las características maternas y de las clínicas. Se deberían hacer más esfuerzos tanto a nivel materno como clínico para mejorar la detección.
	Joseph NT, Worrell NH, Collins J,	Implementación de una hemorragia	Case Report	Cuantitativo	Correlacional	70	Historias clínicas	Se estudió a gestantes con problemas de	mujeres posparto	hospital	El objetivo principal es describir la metodología del	Las tasas de estratificación de la evaluación del riesgo de hemorragia mejoraron a >90% durante	Entre las claves de la aplicación figuraban el compromiso multidisciplinario

	Schmidt M, Sobers G, Hutchins K, et al	posparto Paquete de seguridad en un hospital de la red de seguridad urbana						hemorragias posparto			programa la aplicación de la Alianza para la Innovación en la Salud Materna, el PPH en un hospital de la red de seguridad urbana.	implementación del paquete.	de los interesados, un enfoque gradual e iterativo y sistemas paralelos de vigilancia y evaluación La aplicación de un paquete de seguridad de la PPH es factible en un entorno de recursos limitados ...el ajuste.
Sudáfrica	Chertoff J, Chisum M, Simmons L, King B, Walker M, Lascano J.	Utilidad de pronóstico de lactato plasmático o medida entre 24 y 48 h después del inicio del tratamiento dirigido por objetivos tempranos en el manejo de la sepsis, sepsis grave y shock séptico	Journal of Intensive Care	Cuantitativo	Correlacional	24	Historias clínicas	Cuestionario y análisis de fichas clínicas	Mueres en periodo de gestación	Áreas hospitalarias		Para el requisito de vasopresor, la relación de probabilidades ajustadas fue de 0,41 (CI 0,21–0,79) en los claros en comparación (p a 0,008). Para el requisito de bolo de líquido intravenoso, la relación de probabilidades ajustada fue de 0,81 (CI 0,48–1,39) en los limpiadores en comparación (p a 0,45).	Una investigación adicional que examina los mecanismos y las dianas terapéuticas para mejorar el aclaramiento de lactato en la sepsis tardía puede mejorar la mortalidad y los resultados de los pacientes.

África	Joshi A, Beyuo T, Oppong SA, Moyer CA, Lawrence ER	Conocimientos de preeclampsia entre mujeres posparto tratadas para preeclampsia y eclampsia en el Hospital de Enseñanza Korle Bu en Accra, Ghana	Joshi et al. BMC Pregnancy and Childbirth	Cuantitativa	Correlacional	22	Encuestas	Los factores obstétricos	Mujeres posparto	Hospitales		Se contrataron un total de 150 participantes, el 88,7% (133) con preeclampsia y el 11,3% (17) con eclampsia. Los participantes tenían una mediana de edad de 32 años, una paridad media de 2 y un número medio de 5,4 visitas prenatales. Aproximadamente la mitad de los participantes reportaron la educación primaria como su nivel más alto de educación.	El asesoramiento de los proveedores de atención médica se asocia con un mayor rendimiento en una evaluación de conocimientos sobre la preeclampsia/eclampsia
Europa	Res J, Jeker L, Neuhaus M, Vogt D, Girard T, Hoesli I,	La implementación del algoritmo de hemorragia posparto DA-CH después de una hemorragia posparto grave acelera el manejo clínico: una serie de casos	Revista europea de obstetricia y ginecología y biología reproductiva	Cuantitativa	Correlacional	170	Revisión bibliográfica	Se realizó una serie de casos retrospectiva en un solo centro y incluyó a todas las pacientes con HPP	Mujeres con hemorragia posparto	Hospital	El objetivo de este estudio fue comparar la pérdida de sangre, el inicio y la aplicación del manejo clínico de la HPP severa (≥ 1000 ml) después de los partos vaginales antes y después de la implementación	La pérdida total de sangre posparto no difirió entre los grupos (mediana [IQR]: grupo de control 1600 [1400, 2100] ml, grupo de intervención 1500 [1400, 2000] ml). Uso de sulprostona (OR 2,42 [1,52, 3,87], $p = 0,004$), ácido tranexámico (OR 6,27 [3,65, 10,78], $p < 0,001$) y Bakri Balloon Tamponade® (BBT®) (OR 7,82 [2,68, 22,84], $p = 0,004$) y la aplicación de tromboelastometría rotacional (ROTEM®) (OR 32,37 [4,35, 240,56], $p = 0,012$)	Las intervenciones que se realizaron fue la aplicación de sulprostona el ácido tranexámico, el uso de tromboelastometría y el uso del taponamiento con balón de Bakri fueron

		retrospectiva									ación del algoritmo.	fueron significativamente más frecuentes en el grupo de intervención.	significativamente más frecuentes en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control. Por tendencia se utilizó oxitócica menos frecuente y la hemorragia se detuvo más rápidamente en el grupo de intervención
	Garibaldi - Zapatero J, Teresa Than-Gómez M, Guerrero -Rivera S, Cuevas-García CF	Morbimortalidad materna en una unidad de tercer nivel sin servicio de obstetricia	Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social,	Revisión bibliográfica	Cuantitativa	50	Expedientes clínicos	Pacientes obstétricas	Pacientes obstétricas	Hospital de especialidad CMN		fueron atendidas 137 pacientes de las cuales 87 (63.5 %) requirieron ser hospitalizadas, 36 (41.3 %) presentaron criterios para complicación materna severa (CMS); la mayor parte de pacientes con CMS se encontraban en el puerperio postcesárea, Once pacientes fallecieron, cinco se consideraron muertes maternas indirectas y 6 muertes tardías.	las CMS y las muertes fueron más frecuentes en el puerperio. Las causas indirectas fueron las más frecuentes

	Suarez S, Agudelo A, Pinheiro A, Suarez D, Eckardt M, Theron G.	Taponamiento uterino con balón para el tratamiento de la hemorragia posparto: revisión sistemática y metaanálisis	Revista estadounidense de obstetricia y ginecología	Búsqueda de datos de estadísticos	Cuantitativa	91	Estudios aleatorios y no aleatorios	Mujeres con hemorragia posparto	Gestantes postparto	Hospitales	Evaluar la eficacia, efectividad y seguridad del taponamiento uterino con balón para el tratamiento de la hemorragia posparto.	Noventa y un estudios, que incluyeron 4729 mujeres, cumplieron los criterios de inclusión (6 ensayos aleatorios, 1 ensayo aleatorio grupal, 15 estudios no aleatorios y 69 series de casos). La tasa global de éxito del taponamiento con balón uterino combinado fue del 85,9% (intervalo de confianza del 95%, 83,9%). mi 87,9%). Las tasas de éxito más altas correspondieron a atonía uterina (87,1%) y placenta previa (86,8%), y las más bajas al espectro de placenta accreta (66,7%) y productos retenidos de la concepción (76,8%). La tasa de éxito del taponamiento con balón uterino fue menor en los partos por cesárea (81,7%) que en los partos vaginales (87,0%	El taponamiento uterino con balón tiene una alta tasa de éxito para el tratamiento de la hemorragia posparto grave y parece ser seguro. La evidencia sobre la eficacia y efectividad del taponamiento con balón uterino de estudios aleatorizados y no aleatorizados es contradictoria, y los estudios experimentales no sugieren ningún efecto beneficioso, en contraste con los estudios observacionales. Se necesitan más investigaciones para determinar las estrategias programáticas y de atención de la salud más efectivas sobre la introducción y el uso del taponamiento con balón uterino
Estados Unidos	Wei J, Dai Y, Wang Z,	Tamponade intrauterino	Medicine	Ensayo	Cuantitativo	177	Expedientes	Mujeres gestantes con	Mujeres gestantes	Hospitales y	Evaluar la eficacia y seguridad	Finalmente, 102 mujeres fueron asignadas en el grupo de catéteres y	La tamponade uterina con un catéter de doble

	Gu N, Hongfan g J.	no de doble globo vs empaque de gasas en el manejo de la placenta previa.	Baltimr e				Clínico s	diagnóstic o de preclamsia, eclampsia		centros de salud	de un catéter intrauterin o de doble globo de nuevo diseño para detener la hemorragia posparto (HPP) después del parto por cesárea (CD) para la placenta previa.	otras 102 en grupo de gasas. No hubo diferencia en la tasa de hemostasia exitosa en el catéter y en los grupos de gasas (93,1% vs 91,2%, <i>P</i> a .80). En comparación con las del grupo de gasas, las mujeres del grupo de catéteres mostraron una pérdida significativamente menor de sangre en el posparto de 24 horas (895 [612.3–1297.8] frente a 1156 [882.5–1453.3] ml, <i>P</i> < .01), menor tasa de PPH ≥ 1000 ml (42,2% vs 63,7%, <i>P</i> < .01).	globo fue tan eficaz como el empaque de gasas en hemostasia, y parecía ser superior en la reducción de la pérdida de sangre posparto y el dolor después de CD para placenta previa. El uso de catéter de doble globo en el manejo de la HPP en esta situación puede ser una alternativa preferible para minimizar la morbilidad materna.
Perú	Valencia L	Paquetes de atención en obstetricia	Rev Peru Ginecol Obs	Revisión bibliográfica	Cuantitativa	60	Artículos correlacionados	Mujeres que sufrieron problemas dentro del embarazo	Mujeres gestantes	Hospitales			Los paquetes de atención o bundles desarrollados para la seguridad de la atención obstétrica son herramientas útiles que contienen medidas estándares basados en la evidencia científica que, aplicadas, tienen como finalidad mejorar la

Chile	Hernandez J Fonseca O	Morbilidad materna extrema y mortalidad en un hospital regional de Sudáfrica	REV CHIL OBSTET GINECOLOGIA	Revisión Bibliográfica	Cuantitativa	140	Recolección de información mediante formularios	Indicadores de salud maternal	Mujeres gestantes	Centros de salud	Caracterizar la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna en un hospital regional de Sudáfrica.	Hubo mayor morbilidad en adolescentes (30,3%) y mortalidad en añosas (28,6%), sin diferencias en cuanto al lugar de procedencia; la eclampsia (35,9%), preeclampsia severa (23,4%) y la hemorragia postparto (19,3%) fueron las causas principales de morbilidad; así, la hemorragia postparto (42,9%) y las infecciones severas (28,6%) de mortalidad, y el shock hipovolémico (23,8%), síndrome de dificultad respiratoria aguda (19%) y coagulación intravascular diseminada (14,3%) las causas finales más frecuentes.	La preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica e infecciones severas constituyeron las principales causas de morbilidad y mortalidad, todas mayormente prevenibles y que llevan a indicadores desfavorables de salud materna
India	Tallapureddy S, Velagaleti R, Palutla H, Satti CV	“Near-Miss” Obstetric events and maternal mortality in a Tertiary Care Hospital	Indian J Public Health	Cuantitativa	Correlacional	32 pacientes	Artículos correlacionales	pacientes que sufrieron muerte materna	Mujeres gestantes	Mujeres gestantes que fueron atendidas en una casa de salud	La morbilidad materna aguda o obstétrica está ganando interés internacionalmente como un nuevo indicador de la	Entre los casos casi perdidos, la hemorragia fue la principal causa (43,7%) de morbilidad, seguido de trastornos hipertensivos (31,2%) y otras causas (15,6%). Los trastornos hipertensivos fueron la principal causa en ambas mujeres con afecciones potencialmente mortales	La revisión de casos casi perdidos ayuda a identificar el patrón de morbilidad y mortalidad materna grave, las fortalezas y debilidades en el sistema de derivación y las intervenciones clínicas

											calidad de la atención obstétrica	(66,8%) y muertes maternas (66,6%).	disponibles y las formas en que se pueden realizar mejoras.
Estados Unidos	Kolin DA, Shakur-Still H, Bello A, Chaudhri R, Bates I, Roberts I	Risk factors for blood transfusion in traumatic and postpartum hemorrhage patients: Analysis of the CRASH-2 and WOMAN trials.	PLoS One	Cuantitativa	Correlacionada	20.207 pacientes	Análisis de cortes de ensayos correlacionales	Pacientes con hemorragias traumáticas y posparto	Mujeres gestantes	Mujeres fueron atendidas en el hospital	Tiene el objetivo de reconocer la hemorragia es una de las principales causas de muerte después de un trauma y un parto	Los pacientes con hemorragia posparto tenían una mayor probabilidad de transfusión si daban a luz fuera del hospital (ARR 1.30; 95% IC 1.22–1.39), dieron a luz más de tres horas antes de la hospitalización (ARR 1.09; 95% IC 1.01–1.17), tenía una cesárea (ARR 1.16; 95% CI 1.08–1.25), y si tenían alguna causa identificable de hemorragia que no fuera la atonía uterina.	Varios factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de transfusión en pacientes con hemorragia traumática y posparto. La alteración de factores modificables, al reducir el tiempo de lesiones o partos a la hospitalización, por ejemplo, podría reducir las transfusiones y sus complicaciones.
Colombia	Gómez L, Gonzales S	Asociación de factores obstétricos y neonatales con casos de sepsis neonatal temprana. Cartagena.	Rev Hanam era Ciencias Medicas	Cuantitativa	Revisión bibliográfica	183	Estudio de casos	Pacientes que presentaron complicaciones de sepsis que cubrían criterios de inclusión	Mujeres gestantes	Atendidas en casa de salud	Asociar factores de riesgo obstétrico y neonatal con la presencia de sepsis temprana en Cartagena (2014-2015).	Entre las variables asociadas con sepsis temprana en las que se pudo definir el riesgo se encuentran la ruptura prematura de membrana >18 horas (OR 12,78 IC 95% 4,01- 36,6), el riesgo de sepsis por parto vaginal (OR2,69 IC 95% 1,58-4,57), el sexo masculino del recién nacido (OR 2,38 IC 95% 1,38-4,08), y la	En las madres con ruptura prematura de membranas y recién nacidos prematuros nacidos por vía vaginal es evidente una asociación causal con los casos de sepsis neonatal temprana.

		Colombia.										prematuridad (OR 3,13 IC 95% 1,24-7,86).	
San Pablo	Koch DM, Rattman YD	Use of misoprostol in the treatment of postpartum hemorrhage: a pharmacoepidemiological approach	Einstein (Sao Paulo)	Observacional	Descriptivo	77	datos secundarios de mujeres embarazadas	Pacientes gestantes que utilizaran misoprostol	Mujeres gestantes con hemorragias posparto	Atendidas en el área de emergencias del Hospital	To characterize the use of the drug misoprostol for treatment of postpartum hemorrhage in pregnant women.	The majority of pregnant women were young adults, married, with complete high school education, white, residing in urban areas, multiparous (68.1%) and 25% had previous cesarean sections. The mean gestational age was 39 weeks and 51.4% had a cesarean section. There was prophylactic use of oxytocin in 47.2% of women. Treatment of postpartum hemorrhage was successful in 84.7% of women. Of these, 79.2% also used oxytocin and 54.2% methylergonovine. Only 13.5% of pregnant women had less than five prenatal visits, and the main cause of postpartum hemorrhage was uterine atony.	Misoprostol has been shown to be effective and safe for treating postpartum hemorrhage.
Estados Unidos	Raney JH, Morgan MC, Christmas A, Sterling M, Spindler	Simulation-enhanced nurse mentoring	BMC Pregnancy Childbirth	Cuantitativa	estudio de caso correlacionados	36	Estudio de casos	Pacientes con preclampsia y eclampsia	Mujeres gestantes con complicaciones de trastornos hipertensivos	Atendidas por el personal de salud	El objetivo de la formación basada en la simulación en el manejo de las emergencias	Los resultados mostraron aumentos significativos en el número medio de "preguntas clave de la historia", (1,0 a 2,0, p - 0,03) y "pasos clave de gestión completados", (2,0 a 3,0, p - 0,03). El tiempo transcurrido	La capacitación en simulación mejoró el uso de prácticas basadas en evidencia en casos simulados de PE/E y tiene el potencial de aumentar la competencia de la

	H, Ghosh R, et al	improve preeclampsia and eclampsia care: An education intervention study in Bihar, India									s obstétricas y neonatales ha mostrado resultados prometedores en los países de ingresos bajos y medios.	desde la medición de la presión arterial hasta la administración del sulfato de magnesio tendió a disminuir en 3,2 minutos, aunque no de forma significativa (p = 0,06).	enfermera en el diagnóstico y manejo de complicaciones maternas complejas como PE/E.
Estados Unidos	Ferraira M, Silveira C, Silva S, Souza D, Ruiz M.	Cuidado de enfermería para mujeres con preeclampsia y/o eclampsia: revisión integrativa	Rev Esc Enferm USP	Revisión bibliográfica	Artículos correlacionales	17 estudios	Estudios de campo	Publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2014,	Mujeres gestantes	Atendidas por el personal médico	Analizar la evidencia disponible en la literatura sobre cuidados de enfermería para mujeres con preeclampsia y/o eclampsia.	El tamaño de la muestra consistió en 17 estudios primarios publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2014, agrupados en cuatro categorías: estandarización de la técnica de medición de la presión arterial; formación con simulación; instrumentos de normalización de la atención y calidad de la atención Las principales acciones de enfermería fueron: examen físico, detección temprana de signos de preeclampsia/eclampsia, seguimiento de pruebas	Las mujeres con preeclampsia y/o eclampsia requieren cuidados de enfermería específicos, que deben guiarse por protocolos de atención basados en evidencia científica.

											de laboratorio, evaluación fetal, cualificación y formación de profesionales. Identificamos la necesidad de estandarizar la atención a partir de instrumentos, protocolos y técnica de medición de la presión arterial, identificación temprana y tratamiento de crisis hipertensivas a través de protocolos institucionales y revisión de casos y procesos de trabajo.	
Ecuador	Espinosa V, Cornejo F, Calle J, Proaño Gordón M, Macías P, et al	Score MAMA y claves obstétricas.									Brindar a los profesionales de la salud del Sistema Nacional de Salud los lineamientos operativos para la determinación del riesgo y el manejo de las emergencias obstétricas en el	

											embarazo, parto y puerperio y prevenir la muerte materna, en base a la mejor evidencia científica disponible.		
México	Ramon J, Kuri P, Moctezuma M, Velasco M, Ruiz, Evia M et al	Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica									Otorgar atención médica oportuna y de calidad a las usuarias del servicio de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, al clasificar mediante la escala del Triage obstétrico, sus condiciones de salud y el tiempo para recibir atención		



Martha Cecilia Dominguez Zari
Yanza

Estudiante
Titulación

Lcda. Ana Beatriz Guapacasa

Docente director del trabajo de

ANEXO 17. AUTORIZACIÓN-PUBLICACIÓN-REPOSITORIO

 <p>Universidad Católica de Cuenca</p>	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	<p>CÓDIGO: F – DB – 30 VERSION: 01 FECHA: 2021-06-24 Página 1 de 1</p>
---	--	--

Yo, Martha Cecilia Dominguez Zari portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105884019**.
En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación
“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS”
de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de
los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de
Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra,
con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad
Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el
Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica
de Educación Superior.

Cuenca, **24 de junio del 2021**


 F:
Martha Cecilia Dominguez Zari
Nombres y Apellidos
C.I. 0105884019

www.ucacue.edu.ec

ANEXO 18. DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

 <p>Universidad Católica de Cuenca</p>	<p>DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD</p>	<p>CÓDIGO: F – DB – 34 VERSION: 01 FECHA: 2021-04-15 Página 1 de 1</p>
---	---	--

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Yo **Martha Cecilia Dominguez Zari** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105884019**. Declaro ser el autor de la obra: **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CLAVES OBSTÉTRICAS”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **24de junio de 2021**



F:

Martha Cecilia Dominguez Zari

Nombres y Apellidos

C.I. 0105884019

www.ucacue.edu.ec