



ORIGINAL

Manejo de la hemorragia posparto por parte de las matronas en centros sanitarios del estado de Ekiti: estudio cualitativo exploratorio



Deborah Tolulope Esan^{a,d,*}, Peace Oritseweyinmi Imene^{a,d},
Oluwadamilare Akingbade^{b,c,d}, Elizabeth Funmilayo Ojo^{a,d} y Carlos Ramos^{c,d}

^a Department of Nursing Science, College of Medicine and Health Sciences, Afe Babalola University, Ado Ekiti, Ekiti State, Nigeria

^b The Nethersole School of Nursing, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China

^c Institute of Nursing Research, Osogbo, Osun State, Nigeria

^d Department of Pediatrics, University of California, San Diego, EE. UU.

Recibido el 11 de febrero de 2022; aceptado el 18 de septiembre de 2022

Disponible en Internet el 18 de noviembre de 2022

PALABRAS CLAVE

Complicaciones del parto;
Hemorragia posparto;
Matronas;
Investigación cualitativa

Resumen

Objetivos: La mortalidad materna continúa planteando un desafío crítico en la práctica obstétrica, siendo la hemorragia posparto (HPP) una de las principales causas. El objetivo de este estudio fue explorar las experiencias vividas de matronas en relación con el manejo de la HPP. **Métodos:** El estudio empleó un enfoque fenomenológico cualitativo. Los participantes fueron seleccionados utilizando la técnica de muestreo intencional, reclutándose un total de 15 participantes para el estudio. La recopilación de datos se realizó utilizando una entrevista guiada semiestructurada para entrevistas en profundidad. Las entrevistas fueron grabadas en audio, y el análisis de datos se realizó mediante análisis temático.

Resultados: Dos temas emergieron del análisis: 1) prácticas de manejo adoptadas contra la HPP y 2) protocolo hospitalario para el manejo de la HPP. Las principales prácticas de manejo adoptadas por las matronas fueron el uso de uterotónicos, especialmente la oxitocina junto con otras prácticas de manejo como el uso de prendas antichoque, estimulación de las contracciones por frotamiento del útero, evaluación de la causa del sangrado y sutura de laceraciones. También se dedujo que los diferentes centros sanitarios tienen su propia política para el manejo de la HPP. Las barreras que afectan el manejo efectivo de la HPP incluyen la falta de personal, la falta de disponibilidad de instalaciones y equipos adecuados, las restricciones de las enfermeras/parteras en el manejo de la HPP, la política hospitalaria desfavorable y la falta de comunicación entre el equipo de atención sanitaria.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: esandt@abuad.edu.ng, falodedeborah@gmail.com (D. Tolulope Esan).

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.09.002>

1130-8621/© 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusión: Las experiencias de los participantes sugieren que están algo satisfechos con el manejo de la HPP en sus centros. Sin embargo, deben abordarse las barreras como la falta de personal, la falta de disponibilidad de equipos, la mala comunicación entre los equipos de atención médica y las restricciones de las enfermeras en el manejo de la HPP para mejorar las experiencias de las matronas en el manejo de la misma.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Obstetric labour complications;
Postpartum haemorrhage;
Midwives;
Qualitative research

Management of postpartum hemorrhage by midwives in healthcare facilities in Ekiti state: An exploratory qualitative study

Abstract

Objectives: Maternal mortality continues to pose a critical challenge in obstetric practice, with postpartum haemorrhage as one of the major causes. This study aimed to explore the lived experiences of midwives regarding the management of postpartum hemorrhage (PPH).

Methods: The study employed a qualitative phenomenological approach. Participants were selected using purposive sampling technique, and 15 participants were recruited for the study. Data collection was done using a semi-structured interview guide for in-depth interviews. The interviews were audio-recorded, and data analysis was done using thematic analysis.

Results: Two themes emerged from the analysis, including 1) management practices adopted against PPH and 2) hospital protocol for the management of PPH. The major management practices adopted by the midwives were using uterotonics, especially oxytocin, and other management practices such as anti-shock garments, stimulation of contractions by rubbing the uterus, and assessment of the cause of bleeding and suturing of lacerations. It was also deduced that different healthcare facilities had policies for managing postpartum hemorrhage. Barriers affecting the effective management of PPH were understaffing, unavailability of suitable facilities and equipment, restrictions on nurses/midwives in managing PPH, unfavourable hospital policy and lack of communication among the healthcare team.

Conclusion: The participants' experiences suggest they are somewhat satisfied with PPH management in their facilities. However, barriers such as understaffing, unavailability of equipment, poor communication among healthcare teams and restrictions on nurses in PPH management should be addressed to improve midwives' experiences in PPH management.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

- La mortalidad materna sigue suponiendo un riesgo crítico en la práctica obstétrica, especialmente en los centros con escasos recursos, siendo la hemorragia posparto una de las principales causas.
- El sistema de salud de Nigeria es deficiente en términos de prestación de atención sanitaria básica, especialmente en las zonas rurales, lo cual contribuye al incremento de la mortalidad materna.

¿Qué aporta?

- El estudio subraya la necesidad de aportar los materiales necesarios para el manejo de la hemorragia posparto.
- El Gobierno y los profesionales sanitarios deben realizar el máximo esfuerzo en lo relativo al suministro de materiales y la aportación de medidas adecuadas para reducir la incidencia de la hemorragia posparto.

Introducción

La hemorragia posparto (HPP), también denominada hemorragia obstétrica, puede definirse como una pérdida cuantificada de sangre superior a 500 ml durante un parto vaginal, o más de 1.000 ml en caso de cesárea¹. La hemorragia obstétrica puede clasificarse como hemorragia primaria si se produce dentro de las 24 h posteriores al parto, y hemorragia secundaria si ocurre entre 24 h y 12 semanas tras el parto². La comprensión adecuada de esta clasificación es esencial a la hora de formar a los profesionales sanitarios, especialmente en Nigeria, donde no existe un método sistemático de recogida o almacenamiento de sangre.

La HPP es la principal causa de morbilidad materna a nivel mundial³. Esta situación contribuye a cerca del 20% de la mortalidad materna a nivel global, y afecta a casi el 2% de todas las mujeres que dan a luz^{4,5}. Un indicador importante de la situación sanitaria de la madre dentro de una población dada es el ratio de mortalidad materna (MMR)⁶. El MMR en Nigeria, según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2017, fue de 814 por 100.000 habitantes⁷.

El propósito de los objetivos del milenio (ODM) fue reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, antes de 2015. La OMS destacó que reducir las muertes por HPP en un 75% permitiría lograr este objetivo de manera eficiente^{8,9}. Sin embargo, y desafortunadamente, muchos países subsaharianos no lograron este objetivo a finales de 2015, y las cifras anuales de muertes maternas siguen siendo extremadamente elevadas⁸.

La Organización de las Naciones Unidas puso en marcha una estrategia global (2016-2030) en términos de salud de las mujeres, niños y adolescentes para concluir la labor inacabada de los ODM. El objetivo de la estrategia es abordar la injusticia dentro y entre países, y ayudar a los mismos a empezar a ejecutar los objetivos de desarrollo sostenible de 2030, en los que una de las metas específicas es reducir la MMR hasta una cifra inferior a 70 por 100.000 nacimientos vivos⁴.

La HPP ha sido un factor contributivo para el incremento de las muertes maternas en muchos países, habiéndose identificado factores primarios tales como el incremento de la edad de la madre, las tasas de cesáreas y los embarazos múltiples^{3,10,11}. Las mujeres de los países con rentas bajas y medias tienen mayor probabilidad de padecer hemorragias graves, y morir de complicaciones relacionadas con las HPP¹⁰. Por ello, existe la necesidad de que los países en desarrollo cuenten con un protocolo para que todos los trabajadores sanitarios que operan a diversos niveles del sistema de salud dirijan el manejo correcto de las HPP.

Oladapo et al.¹² encontraron que la aplicación de las recomendaciones de las guías sobre el manejo del parto en la profesión enfermera era inadecuada, lo cual sugiere la desconexión entre lo que se recomienda y la práctica real. Factores tales como la adopción e implementación de las recomendaciones de la guía para la prevención de las HPP pueden originar una reducción de las tasas de HPP¹². El objetivo de este estudio fue explorar las experiencias vividas por las matronas en centros sanitarios seleccionados del estado de Ekiti en cuanto al manejo de las HPP.

Métodos

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue cualitativo, fenomenológico y exploratorio, utilizando entrevistas en profundidad para explorar las experiencias vividas por las matronas en los 2 centros sanitarios seleccionados, en términos de gestión de las HPP.

Ámbito del estudio

Este estudio fue realizado en 2 centros sanitarios: el Hospital Docente Universitario del estado de Ekiti y los Centros de Salud Integral (CHC) Ado Ekiti y Okeiyinmi del estado de Ekiti. El Centro de Salud Integral de Okelyinmi está situado en el Área Gubernamental Local de Ado Ekiti, en el estado de Ekiti. Se trata de un centro sanitario público cuyo objetivo es reducir la mortalidad materna e infantil a nivel básico. Dicho centro de salud abarca diversas unidades: clínica antenatal, sala de partos, planta de posparto, farmacia y laboratorios. El personal empleado en el centro de salud incluye: enfermeros, matronas, agentes comunitarios de divulgación sanitaria (CHEW) y asistentes sanitarios/de enfermería. Los servicios prestados en el Centro de Salud Integral de Okelyinmi incluyen: clínica antenatal, partos, planificación familiar, tratamiento de enfermedades infantiles (menores de 5 años) y servicios de vacunación.

El Hospital Docente Universitario del estado de Ekiti (EKSUTH) está situado en el área sudoeste de Nigeria. Fue fundado en 2008, y antiguamente era denominado el Hospital Docente Universitario, un centro de atención terciaria asociado a la Universidad del estado de Ekiti, que prestaba atención médica secundaria y terciaria, y formaba a personal de nivel alto y medio para el sector sanitario. EKSUTH cuenta con 14 grandes departamentos clínicos, con cerca de 600 empleados que incluyen asesores, secretarios superiores, médicos de atención primaria, enfermeros, farmacéuticos, técnicos farmacéuticos, científicos de laboratorio y auxiliares hospitalarios.

Participantes en el estudio y procedimiento de muestreo

La población objetivo de este estudio son las matronas del Hospital Docente Universitario del estado de Ekiti, y los centros de atención primaria de Ado Ekiti y Okeiyinmi del estado de Ekiti. Los criterios de inclusión del estudio fueron:

1. Las matronas del Hospital Docente Universitario del estado de Ekiti, y los centros de atención primaria de Ado Ekiti y Okeiyinmi del estado de Ekiti, respectivamente.
2. La voluntad de los participantes a formar parte del estudio.

En este estudio se utilizó el método de muestreo intencional para seleccionar a los 15 participantes en su rol de matronas de los centros sanitarios seleccionados. Ninguno de ellos declinó participar en el estudio. Se garantizaron la

disponibilidad y la voluntad de los participantes a formar parte del estudio previamente a las entrevistas semiestructuradas, que fueron realizadas en un momento adecuado para los participantes.

El tamaño de la muestra fue determinado mediante saturación de datos, lo cual se logró una vez entrevistados 12 participantes, entrevistándose a 3 participantes adicionales para garantizar la adecuación referencial. Doce entrevistas fueron analizadas con nuevas categorías, y 3 sin nuevas categorías.

Recopilación y análisis de los datos

Los datos fueron recopilados en marzo de 2021. Se utilizó el método de entrevista en profundidad para recopilar los mismos, así como una guía sobre entrevistas semiestructuradas. La entrevista incluía 3 secciones: la sección A contenía los datos sociodemográficos de los participantes, y las otras 2 secciones las preguntas de las entrevistas abiertas que cubrían los objetivos del estudio. Las entrevistas fueron realizadas por la segunda de los autores, una enfermera titulada licenciada en enfermería. La primera autora la formó en términos de recopilación de datos cualitativos. La susodicha primera autora es doctora en enfermería, y es experta en investigación cualitativa. Se entrevistó a las matronas sobre la base de las preguntas relacionadas en la guía de la entrevista. Sin embargo, los participantes tuvieron libertad para hablar de sus experiencias, de cara a que se sintieran cómodos. La duración de cada entrevista fue de alrededor de 10 a 25 min. Las entrevistas fueron grabadas utilizando un magnetófono, para captar con precisión toda la información. La recopilación de los datos se realizó en los centros sanitarios seleccionados.

Tras la recopilación de los datos se realizó una transcripción literal mientras se escuchaba la grabación. El primer y segundo autores, expertos en análisis de datos cualitativos, realizaron el análisis de los datos. No se utilizó *software* para el análisis. Se utilizó el método de análisis temático que consta de 6 fases. Dichas fases fueron: familiarización con los datos, generación de los códigos iniciales, búsqueda de temas, revisión de los temas, definición y denominación de los temas, y producción del informe¹³. Los hallazgos fueron generados mediante la identificación de los temas comunes, patrones y relaciones dentro de las respuestas de los participantes, utilizando técnicas tales como repetición de palabras y frases, comparaciones de datos primarios y secundarios, y uso de metáforas y análogos.

Se adoptaron diversas medidas para garantizar la fiabilidad del estudio. Establecimos la credibilidad de nuestros resultados mediante triangulación del investigador, en la que la cuarta autora, una profesora de enfermería, y el quinto autor, un doctor en medicina experto en investigación cualitativa, revisaron los temas, subtemas e informe. Se realizó un registro de auditoría para garantizar la confirmabilidad, garantizándose la confiabilidad mediante auditoría reflexiva¹⁴. Se promovió la credibilidad confirmando los resultados con los participantes. El entrevistador debatió los hallazgos iniciales que emergieron de los datos con los participantes, quienes comentaron y verificaron la precisión de los hallazgos.

Tabla 1 Perfil demográfico de los participantes (n = 15)

VARIABLES	Categorías	Frecuencia (n = 15)	Porcentaje
Edad	31-40	11	73
	> 40	4	27
Sexo	Varón	1	7
	Mujer	14	93
Nivel educativo	RM	5	33
	RN + RM	3	20
	BNSc	3	20
Años de empleo	CHEW	4	27
	1-5 años	6	40
	6-10 años	4	27
Centro	> 10 años	5	33
	Okeyinmi	5	33
	EKSUTH	10	67
Planta	Parto	4	27
	Antenatal	2	13
	Posparto	6	40
	Maternidad	3	20

BNSc: licenciada en enfermería; CHEW: agentes comunitarios de divulgación sanitaria; RM: matrona titulada; RN: enfermera titulada.

Consideraciones éticas

Se obtuvo autorización del Comité de Ética e Investigación del Hospital Docente del estado de Ekiti, Ado-Ekiti (N.º de protocolo: EKSUTH/A67/2021/03/004). También se obtuvo autorización de la matrona del CHC, Oke-iyinmi. Los participantes fueron seleccionados de los centros sanitarios seleccionados. La investigadora mantuvo una cita previa con alguno de los participantes para garantizar la voluntad de participar en una fecha conveniente, el tiempo y el lugar de la entrevista, mientras que otros participantes acordaron ser entrevistados en directo. Antes de recopilarse los datos se obtuvo consentimiento informado de los participantes. Con anterioridad a la entrevista con cada participante, se garantizó la privacidad utilizando una sala privada, explicándoseles sus derechos, y obteniéndose permiso de los participantes para utilizar grabadoras.

Resultados

Perfil de los participantes

Los resultados reflejaron que un gran número de participantes (11 de 15) tenía edades comprendidas entre 31 y 40 años de edad, y el resto (4 de 15) tenía más de 40 años. La mayoría de los participantes (14 de 15) eran mujeres. El nivel educativo más elevado fue el certificado de la escuela de enfermería (3 de 15), siendo la mayoría de ellas matronas tituladas (RM). Cinco participantes tenían más de 10 años de experiencia laboral en su trabajo actual. La mayoría de respondedoras (10 de 15) trabajaba en EKSUTH, y 6 participantes trabajaban en aquel momento en la planta de posparto (tablas 1 y 2).

Tabla 2 Datos identificativos y sociodemográficos de los participantes

Participantes	Edad	Sexo	Nivel educativo	Años de empleo	Centro	Planta
1	37	Mujer	RM	3	EKSUTH	Posparto
2	33	Mujer	CHEW	10	Okeyinmi	Parto
3	47	Mujer	RN + RM	7	EKSUTH	Parto
4	36	Varón	CHEW	12	Okeyinmi	Posparto
5	33	Mujer	CHEW	3	Okeyinmi	Antenatal
6	38	Mujer	RN+RM	12	EKSUTH	Posparto
7	30	Mujer	RM	3	EKSUTH	Maternidad
8	32	Mujer	RM	4	EKSUTH	Parto
9	35	Mujer	BNSc	4	EKSUTH	Antenatal
10	41	Mujer	BNSc	11	Okeyinmi	Posparto
11	42	Mujer	RN+RM	8	EKSUTH	Posparto
12	39	Mujer	BNSc	4	EKSUTH	Maternidad
13	46	Mujer	RM	13	EKSUTH	Maternidad
14	31	Mujer	RM	4	EKSUTH	Parto
15	35	Mujer	CHEW	12	Okeyinmi	Posparto

BNSc: licenciada en enfermería; CHEW: agentes comunitarios de divulgación sanitaria; RM: matrona titulada; RN: enfermera titulada.

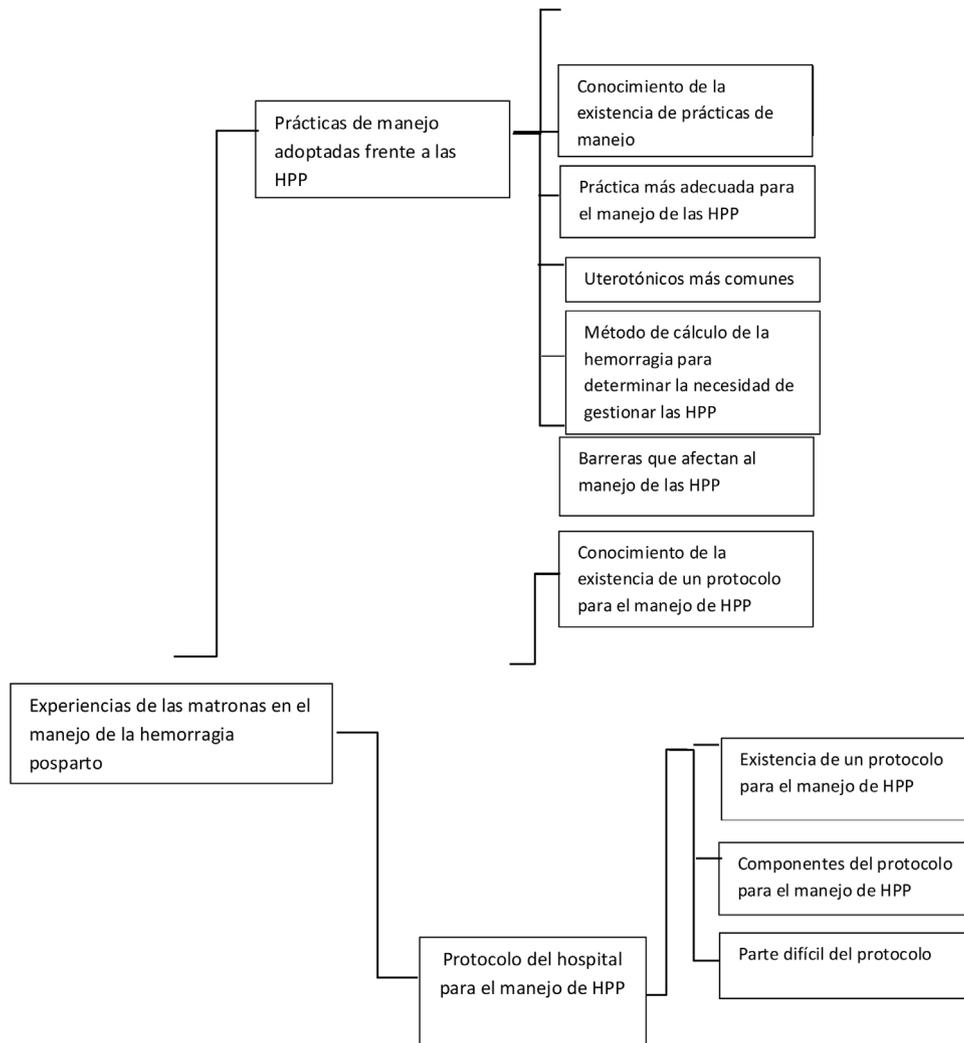


Figura 1 Temas y subtemas: Experiencia de las matronas en el manejo de las HPP en el estado de Ekiti.

Hallazgos cualitativos

Los hallazgos del presente estudio se presentan conforme a los temas y a las categorías principales de los datos. Se ha llevado a cabo un resumen de las categorías, que describen por tanto cada tema (fig. 1).

Tema 1: Prácticas de manejo adoptadas para impedir la hemorragia posparto

Dicho tema se capta conforme a los subtemas siguientes:

Modalidades de gestión de los casos de la hemorragia posparto

Se preguntó a los participantes si habían manejado alguna vez un caso de HPP. La mayoría (11 de 15) de los participantes afirmó que había manejado un caso de la HPP, y solo 4 afirmaron que no habían manejado ningún caso. Algunos de los comentarios fueron:

«Sí, he manejado un caso de HPP» (P5).

«No, trabajo en la clínica antenatal, luego no tengo ningún caso de posparto que atender» (P9).

«Sí, he manejado varios casos de posible HPP» (P2).

Cuando se solicitó a los participantes que describieran cómo manejaban las HPP, la mayoría (8 de 11) especificó que en primer lugar comprobaban la presencia de retención de placenta antes de realizar cualquier otro procedimiento. Todos los participantes identificaron también el uso de solución salina normal y oxitocina en el manejo de las HPP. Otros incluyeron la estimulación de las contracciones mediante frotamiento del útero, así como transfusión de sangre si las pruebas de laboratorio confirmaban un valor bajo de PCV. Algunos de sus comentarios fueron:

«Realmente, tras el nacimiento del bebé y la extracción de la placenta, si existe hemorragia yo intento expulsar más coágulos en primer lugar, luego administro oxitocina, y si persiste la hemorragia administro misoprostol, 600 mg sublingualmente y 1.000 mg por vía rectal. En muchos casos, la hemorragia se detiene con este manejo, pero he visto algunos casos en que el sangrado no se detiene. Seguidamente administro 500 ml de solución salina normal por vía intravenosa, para ayudar a que el útero se contraiga y cese la hemorragia» (P3).

«Muchos casos de HPP no están registrados, y pueden ser casos transferidos desde otros hospitales. Cuando llegan, son ingresadas en la cama, añadiéndose 40UI de oxitocina a la solución salina normal, 10 UI de inmediato, y se evalúan los signos vitales; el resultado de los signos vitales determinará la siguiente línea de acción. Los doctores realizan normalmente una PCV urgente, agrupando y realizando un cotejo cruzado, porque el alcance de la hemorragia no puede calcularse de manera precisa desde el centro de referencia. Normalmente se realiza transfusión debido a la pérdida de sangre. Yo evalué la localización del sangrado y administro también oxígeno debido a la extensión de la hemorragia. El manejo se realiza de acuerdo con la presentación» (P10).

Conocimiento de las prácticas de manejo existentes

Cuando se preguntó a los participantes acerca de las prácticas de gestión que pueden utilizarse para manejar a una paciente en caso de HPP, muchas de ellas (14 de 15) citaron el uso de oxitocina y la estimulación del útero; otros comentarios aludieron a la evaluación del desgarro, el uso de prendas antichoque, la sutura de episiotomías, etc. Algunos de los comentarios realizados fueron:

«Uso la mano para estimular las contracciones si el útero no se contrae bien, y utilizo oxitocina» (P1).

«A veces puede utilizarse el espéculo vaginal. Busco para abrir la vagina y revisar el desgarro interno, para localizar la hemorragia y reparar la rotura» (P3).

«Uso de las manos para estimular las contracciones, uso de fármacos uterotónicos, uso de prendas antichoque» (P7).

Práctica más adecuada de manejo de las hemorragias posparto

Una vez que se preguntó a los participantes acerca de las diversas prácticas de manejo de las HPP, se les preguntó qué método les parecía más adecuado. La mayoría (12 de 15) relacionó el uso de uterotónicos y la estimulación de las contracciones. Algunos comentarios realizados fueron:

«La práctica de manejo adecuada depende del nivel de la hemorragia. Si la paciente sangra aún después de la administración del fármaco uterotónico y la estimulación de las contracciones mediante frotamiento del útero, pueden utilizarse prendas antichoque. Para algunas personas, solo el primer tratamiento puede detener la hemorragia profusa. El uso de prendas antichoque no es común, normalmente» (P12).

«El manejo se realiza normalmente conforme a la presentación, y esto es posible evaluando de dónde proviene la hemorragia» (P14).

«... uso de fármacos uterotónicos disponibles» (P4).

Uterotónicos de uso común

Entre las prácticas de manejo mencionadas, la mayoría de los participantes mencionó el uso de fármacos uterotónicos. Profundizando, se les preguntó qué fármaco uterotónico utilizaban normalmente para el manejo de los casos de HPP, y todos ellos afirmaron que la oxitocina era la más usada. Los comentarios fueron:

«Se utiliza normalmente oxitocina porque es fácilmente obtenible, y puede administrarse por vía intravenosa e intramuscular. Pero de no ser efectiva, en casos raros, utilizamos Syntocinon®» (P8).

«Oxitocina es el uterotónico más utilizado» (P15).

Método de calcular la pérdida de sangre para determinar la necesidad de manejo posparto

Puede calcularse el alcance de la pérdida de sangre para diagnosticar la HPP. Se preguntó a los participantes cómo calculaban la hemorragia para determinar la necesidad de manejar la HPP. Todos los participantes mencionaron el uso de una compresa perineal para calcular la hemorragia. Algunos de los comentarios fueron:

«Cuando se expulsa la placenta, se llena la vagina de compresas, y a la tercera o cuarta compresa no debería haber sangre fresca en las mismas» (P4).

«Utilizamos el volumen de sangre contenido en el empaquetador o la compresa perineal. Una compresa perineal puede contener unos 40 ml de sangre, dependiendo de las diferentes escuelas de pensamiento» (P6).

«Puede calcularse utilizando el número de compresas que ha utilizado la paciente» (P10).

Barreras que afectan a la gestión efectiva de las hemorragias posparto

Al realizar más preguntas sobre las barreras que afectan a la efectividad de la gestión de las HPP, la mayoría (9 de 15) de los participantes afirmó que la cuestión de la falta de personal en las plantas era una gran barrera para el manejo. Por contra, otros participantes adujeron como barreras la no disponibilidad de instalaciones y equipos, los protocolos del hospital, la implicación de otras disciplinas y las restricciones de enfermeras.

Algunos de los comentarios fueron:

«La no disponibilidad de fármacos y equipos como empaquetadores, la mala gestión de la enfermera en cuanto a evaluación de la hemorragia posparto, la no disponibilidad de ambulancia para trasladar a la paciente derivación» (P15).

«Los protocolos del hospital, tales como restringir la acción de las enfermeras en el manejo, la opinión del personal, es una cuestión común a la que debemos aprender a adaptarnos» (P9).

Tema 2: Protocolo del hospital en cuanto a gestión de las hemorragias posparto

Conocimiento de la existencia de protocolo para gestión de las hemorragias posparto

Se preguntó a los participantes si tenían conocimiento sobre la existencia de un protocolo universal para el manejo de las HPP. Todos los participantes tenían una visión clara de un protocolo universal.

Algunos de los comentarios fueron:

«Creo que la gestión de las HPP se basa en la política hospitalaria. En un hospital donde existen médicos sobre el terreno la gestión podría implicar la acción de los mismos. Pero aquí, al ser un centro de salud, el personal intenta

dar lo mejor de sí para manejar la situación, pero, si no hay mejoría, se deriva a otra institución» (P10).

Existencia de un protocolo hospitalario para la gestión de las hemorragias posparto

Cuando se preguntó a los participantes si en el hospital donde trabajaban existía un protocolo para el manejo de las HPP, se observó que la mayoría (13 de 15) de los participantes tenían conocimiento de un protocolo estándar dictado por la institución sanitaria:

«Sí, aquí administramos 10 UI de oxitocina tras el nacimiento del bebé, lo cual ayuda a la separación de la placenta» (P12).

«Sí, con oxitocina como manejo estándar» (P7).

Componentes del protocolo para el manejo de las hemorragias posparto

Todos los participantes enumeraron algunos componentes que siguieron el mismo orden, con pocas o nulas omisiones. Algunos de los comentarios fueron:

«El manejo implica normalmente la evaluación de la causa de la hemorragia, luego el uso de oxitocina, 10 UI tras dar a luz al bebé para permitir la separación de la placenta, y también realizamos una separación manual de la misma si no se ha desprendido a tiempo. Administramos misoprostol por vía rectal» (P12).

«Tras utilizar oxitocina, también administramos misoprostol por vía rectal, también denominado Cytotec®» (P5).

Parte difícil del protocolo

Se preguntó a los participantes si alguna parte del protocolo de manejo era difícil de practicar. Todos los participantes afirmaron que no había parte difícil de practicar, pero un respondedor afirmó que debería haber formación para el personal sanitario en cuanto al manejo de las HPP. Algunos de los comentarios fueron:

«No pienso que exista una parte difícil, y ha sido efectiva porque las pacientes responden normalmente de manera eficaz al manejo» (P5).

Discusión

Los hallazgos de los datos demográficos mostraron que la mayoría de los participantes tenían entre 31 y 40 años de edad. Este hallazgo fue similar al de un estudio previo, en el que la mitad de los participantes tenían entre 31 y 40 años¹⁵. La mayoría de los participantes eran mujeres. Este hallazgo fue consistente con el de un estudio previo, en el que la mayoría de los participantes eran mujeres¹⁷. Cerca de un tercio de los participantes eran enfermeras tituladas. Este hallazgo no fue similar al del estudio previo, en el que más de la mitad (66,7%) de los participantes en el mismo

licenciados en enfermería¹⁵. Cerca de un tercio de los participantes contaba con > 10 años de experiencia laboral en su trabajo actual. Este hallazgo no fue similar al de un estudio previo, en el que un tercio de los participantes tenía más de 21 años de experiencia¹⁵.

En cuanto a las prácticas de gestión adoptadas frente a las HPP, se recabó que la mayoría de las participantes del estudio había gestionado un caso de HPP en algún momento. Este hallazgo guarda relación con un estudio previo, en el que más de la mitad de los participantes había gestionado una HPP en diversos centros de atención primaria de Jos North. Entre las competencias de gestión para la prevención y control de las HPP se incluyen el pinzamiento temprano del cordón transcurridos 3 min, el vaciado de la vejiga durante la primera parte del parto, el posicionamiento de la mujer en posición de Trendelenburg, y el uso de uterotónicos¹⁷. Este hallazgo fue posteriormente respaldado por la OMS, que subrayó las guías para la gestión de las HPP siempre que un profesional sanitario asistiera al parto, la gestión activa de la administración de uterotónicos tras el nacimiento del bebé, el pinzamiento del cordón tras la observación de la contracción uterina de alrededor de 3 min, y la expulsión de la placenta mediante la tracción controlada del cordón, tras el masaje uterino¹⁶. Todos los participantes del estudio mostraron un nivel convincente de conocimiento, describiendo algunas prácticas de gestión que pueden adoptarse para gestionar las HPP. Estos hallazgos coincidieron con los hallazgos de Mutunga et al.¹⁷, que afirmaron que casi todas las matronas podían diagnosticar las HPP y suturar el desgarro perineal. Evaluar y manejar una situación con riesgo para la vida como las HPP requiere el conocimiento y destreza adecuados. Los enfermeros con conocimiento y habilidades mejorados tienen un mayor nivel de autoeficacia, lo cual mejora su capacidad de prestar cuidados seguros y de calidad a las pacientes que acaban de dar a luz. Incrementar la autoeficacia, el conocimiento y la destreza tiene el potencial de reducir las complicaciones relacionadas con las HPP y la mortalidad¹⁸.

El uso de las manos para estimular las contracciones, el uso de fármacos uterotónicos, y el uso de prendas antichoque fueron algunas de las prácticas descritas. Las 'prenda antichoque' denominadas prendas antichoque no neumáticas (NASG), son un dispositivo ligero, lavable y de primeros auxilios que actúa como traje de compresión para aplicar presión externa a la parte inferior del cuerpo de la mujer, empujando la sangre de manera ascendente, reduciendo el shock hipovolémico y las HPP¹⁹. Más de la mitad de los participantes del estudio admitieron que el nivel de hemorragia determinaría la mejor práctica de manejo. Muchos participantes del estudio identificaron la «oxitocina» como el fármaco uterotónico más utilizado para manejar la hemorragia. La no disponibilidad de medicamentos y equipos, como los empapadores, el mal manejo enfermero de la evaluación de las HPP, y la no disponibilidad de ambulancia para trasladar a las pacientes para derivación fueron algunas de las barreras más significativas en cuanto a gestión efectiva de las HPP. Estos hallazgos fueron similares a los de un estudio previo realizado por Nnebue et al.²⁰, en el que la mayoría de los respondedores indicaron que no existe dotación de ambulancia o transporte en casos de urgencia. Dicho estudio subrayó además, que cerca de dos décimas partes de los

respondedores rechazan la derivación a un nivel más alto de cuidados, debido a la falta de transporte en los centros de atención primaria²⁰.

El estudio encontró que los participantes conocían la política hospitalaria o el protocolo existente para el manejo de hemorragias. Esto se reflejó en sus respuestas, en las que todos (100%) admitieron la administración de «oxitocina» como protocolo estándar existente para el manejo de hemorragias. Este resultado fue consistente con el estudio realizado por Sentilhes et al.²¹, que reflejó que el 98,7% de la muestra del estudio respondió que la oxitocina era el fármaco más comúnmente utilizado.

Aun cuando el estudio muestra que las matronas del centro de atención terciaria estudiado tienen buen conocimiento y prácticas de gestión para el manejo de las HPP, distintos factores como la no disponibilidad de fármacos y equipos, necesarios para dicho manejo, la falta de personal, y la falta de comunicación entre los equipos sanitarios influyen en la capacidad de llevar a cabo medidas de manejo de las HPP. Por tanto, esto dirige la atención hacia la necesidad de mejorar las instalaciones, para que estén plenamente equipadas para combatir las HPP, incluyendo la mejora de las políticas orientativas de los cuidados y factores que dificultan la efectividad de los mismos. Por tanto, todos los centros sanitarios deberán considerar el modo de reconocer y prevenir las HPP. Todas las unidades obstétricas deberán contar con directrices para la administración rutinaria de uterotónicos en el periodo posparto inmediato, y practicar un manejo activo de tercer nivel para todas las madres. De igual modo, es necesaria la existencia de más personal, estrategias innovadoras para motivar y retener al personal, instalaciones basadas en competencias prácticas e introducción de protocolos de manejo para estandarizar la práctica, a fin de lograr los ODM establecidos para la supervivencia de la madre y el bebé.

Nuestro estudio tuvo una limitación. Aunque fue realizado en 2 ámbitos hospitalarios del estado de Ekiti, en el sudoeste de Nigeria, puede no representar las experiencias de las matronas que manejan las HPP en toda la región sudoeste y otras zonas geopolíticas del país. Esta limitación debe considerarse a la hora de interpretar los hallazgos.

Este estudio ha aportado información sobre las experiencias de las matronas en el estado de Ekiti en términos de manejo de las HPP. Sus experiencias sugieren que las matronas están ligeramente satisfechas con el manejo de las HPP en sus centros. Sin embargo, deberán abordarse barreras tales como la falta de personal, la no disponibilidad de equipos, la implicación de otras disciplinas y las restricciones a los enfermeros en el manejo de las HPP para mejorar las experiencias de las matronas en el manejo de las HPP.

Responsabilidades éticas

Se obtuvo la autorización ética del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Afe Babalola, en Ado-Ekiti. También se obtuvo la autorización ética para la realización del estudio del comité de ética del centro de atención terciaria y del jefe administrativo del centro de salud integral utilizados para el estudio. Se obtuvo consentimiento informado de los participantes previamente al inicio de la recopilación de los datos. Se informó a los participantes

acerca del objetivo del estudio, manteniéndose también la confidencialidad.

Financiación

El presente estudio no ha recibido ninguna subvención específica de entidades financieras de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

Autorías

Todos los autores han contribuido al diseño, implementación y redacción del documento, y han leído y aprobado el mismo con anterioridad a su entrega. DTE y OA se encargaron de la revisión del documento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses con relación a este estudio.

Agradecimientos

Los autores quisieran expresar su agradecimiento a todas las personas que participaron en el presente estudio.

Bibliografía

- Likis FE, Sathe NA, Morgans AK, Hartmann KE, Young JL, Carlson-Bremer D, et al. Evidence Tables. In Management of Postpartum Hemorrhage 2015. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Belfort MA. Overview of postpartum hemorrhage. 2017, <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage>.
- Fan D, Xia Q, Liu L, Wu S, Tian G, Wang W. The incidence of postpartum hemorrhage in pregnant women with placenta previa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12:e0170194, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).
- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2:323–33, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).
- Lumala A, Sekweyama P, Abaasa A, Lwanga H, Byaruhanga R. Assessment of quality of care among in-patients with postpartum haemorrhage and severe pre-eclampsia at st. Francis hospital nsambya: A criteria-based audit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:29, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1219-y>.
- Girum T, Wasie A. Correlates of maternal mortality in developing countries: An ecological study in 82 countries. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017;3:19, <http://dx.doi.org/10.1186/s40748-017-0059-8>.
- World Health Organization. Maternal mortality in Nigeria. 2017. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136785/ccsbrief_nga_en.pdf;sequence=1#:~:text=Nigeria's%20health%20outcome%20indicators%20are,is%20814%20per%20100%20000.
- The World Bank. The United Nations Population Division: Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013-2014 [consultado Nov 2020] Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/9789241507226-eng.pdf>.
- Kuruville S, Bustreo F, Kuo T, Mishra C, Fogstad H, Gupta G. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): A roadmap based on evidence and country experience. *Bull World Health Organ*. 2016;94:398–400, <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.170431>.
- Maswime S, Buchmann E. A systematic review of maternal near miss and mortality due to postpartum haemorrhage. *Int J Gynecol Obstet*. 2017;137:1–7, <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12096>.
- Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campell O. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. *Reprod Health*. 2016;13, <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0154-8>.
- Oladebo O, Adetoro O, Ekele B, Chama C, Etuk S, Aboyeji A, et al. When getting there is not enough: A nationwide cross-sectional study of 998 maternal deaths and 1451 near misses in public tertiary hospitals in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;123:928–38, <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13450>.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psych*. 2006;77–101, <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.
- Stahl NA, King JR. Expanding Approaches for Research: Understanding and Using Trustworthiness in Qualitative Research. *Journal of Developmental Education*. 2020;44:27–8, <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1320570.pdf>.
- Medoh LN. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. Walden Dissertations and Doctoral Studies. 2017;4465, <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/4465>.
- Organization WH, Bulndi L, Seljul R, Ogundeko O, Pual B, Godwin A, et al. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. *Public Health*. 2016;2:124–30.
- Mutunga EM. Competence of Midwives in Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage at Kiambu District Hospital Labour Ward, Kiambu County. University of Nairobi Research Archive; 2015, <http://hdl.handle.net/11295/95104>.
- Sathiyalatha S. Effectiveness of educational intervention package regarding postpartum management. *J Nurs Res*. 2015;6:12–5, <http://www.sciepub.com/reference/255724>.
- UNICEF. Non-pneumatic anti-shock garment. 2020. <https://www.unicef.org/supply/media/5576/file/%20NASG-technical-bulletin.pdf>.
- Nnebue C, Ebenebe U, Duru C, Egenti N, Emelumadu O, Ibeh C. Availability and continuity of care for maternal health services in the primary health centres in Nnewi, Nigeria (January-March 2010). *Int J Prev Med*. 2016;7:44, <http://dx.doi.org/10.4103/2008-7802.177885>.
- Sentilhes L, Merlot B, Madar H, Sztark F, Brun S, Deneux-Tharoux C. Postpartum hemorrhage: Prevention and treatment. *Expert Rev Hematol*. 2016;9:1043–61, <http://dx.doi.org/10.1080/17474086.2016.1245135>.