

Fernanda Daniela Vallejo-Barroso; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel Romero-Fernández; Andrea Margarita Reyes-Guevara

<https://doi.org/10.35381/s.v.v7i2.2955>

## **Atención oportuna en minimizar la morbilidad y la mortalidad asociadas a la hemorragia posparto**

## **Timely care to minimize morbidity and mortality associated with postpartum hemorrhage**

Fernanda Daniela Vallejo-Barroso

[pg.fernandadvb06@uniandes.edu.ec](mailto:pg.fernandadvb06@uniandes.edu.ec)

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua,  
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-7291-0770>

Adisnay Rodríguez-Plascencia

[admin@languagecenter.cttdelosandes.net](mailto:admin@languagecenter.cttdelosandes.net)

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua  
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-0306-458X>

Ariel José Romero-Fernández

[dir.investigacion@uniandes.edu.ec](mailto:dir.investigacion@uniandes.edu.ec)

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua  
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-1464-2587>

Andrea Margarita Reyes-Guevara

[maquireyesqu@gmail.com](mailto:maquireyesqu@gmail.com)

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua  
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0006-9761-4587>

Recepción: 15 de abril 2023

Revisado: 23 de junio 2023

Aprobación: 01 de agosto 2023

Publicado: 15 de agosto 2023

Fernanda Daniela Vallejo-Barroso; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel Romero-Fernández; Andrea Margarita Reyes-Guevara

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la atención oportuna en minimizar la morbilidad y la mortalidad asociadas a la hemorragia posparto. **Método:** Revisión sistemática y documental de 17 trabajos de investigación. **Resultados y conclusión:** Para evitar complicaciones por una pérdida de sangre significativa el manejo de la hemorragia postparto se realiza desde la sala de partos mediante la administración de fármacos y cirugía, cuando se presentan complicaciones más graves como la hipovolemia es prioritario derivar a la paciente a la unidad de cuidados intensivos.

**Descriptor:** hemorragia posparto; enfermedades placentarias; trastornos del suelo pélvico. (Fuente: DeCS).

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze timely care to minimize morbidity and mortality associated with postpartum hemorrhage. **Method:** Systematic and documentary review of 17 research papers. **Results and Conclusion:** To avoid complications due to significant blood loss, postpartum hemorrhage is managed in the delivery room by administering drugs and surgery; when more serious complications such as hypovolemia occur, it is a priority to refer the patient to the intensive care unit.

**Descriptors:** postpartum hemorrhage; placenta diseases; pelvic floor disorders. (Source: DeCS).

Fernanda Daniela Vallejo-Barroso; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel Romero-Fernández; Andrea Margarita Reyes-Guevara

## **INTRODUCCIÓN**

La hemorragia postparto es la pérdida total de sangre de al menos 1.000 ml que coincide con signos y síntomas de hipovolemia en las 24 horas siguientes al alumbramiento, puede producirse antes de la expulsión de la placenta y hasta 24 horas después del parto del feto. Aproximadamente entre el 3% y el 5% de las pacientes obstétricas son propensas a sufrir una hemorragia posparto. Anualmente, estos eventos prevenibles son la causa de una cuarta parte de las muertes maternas en todo el mundo <sup>1</sup>.

Por esto es importante la interpretación adecuada sobre su manejo, con el fin de adquirir nuevas ideas que contribuyan en el tratamiento tanto en las salas de parto como en las Unidades de Cuidados Intensivos UCI evitando complicaciones que puedan poner en riesgo la salud y la vida de la madre <sup>2 3</sup>.

Los principales cuadros que se deben evitar van desde el empeoramiento de los síntomas comunes del posparto, como la fatiga y el estado de ánimo deprimido, hasta la muerte por colapso cardiovascular <sup>4</sup>. Este estudio expone recomendaciones basadas en la evidencia y en investigaciones previas sobre el manejo de hemorragias posparto inmediato y en terapia intensiva con el fin de interpretar el manejo y evitar complicaciones que compliquen la salud de la madre como la atonía uterina y el shock hipovolémico.

Esta condición médica es muy común tanto en partos naturales como en cesáreas y puede ocurrir en pacientes sin factores de riesgo de padecerla. Las medidas de manejo activo especialmente en la tercera fase del parto deben proporcionarse de forma rutinaria para reducir su incidencia <sup>5</sup>.

En este contexto es común el uso de fármacos como oxitocina y misoprostol para la prevención y el tratamiento de la atonía producto de la hemorragia sin embargo esto no es suficiente por ello es necesario adoptar técnicas de manejo adecuadas para tratar la hemorragia posparto esto involucra un diagnóstico y tratamiento rápidos <sup>6</sup>.

Actualmente se emplean métodos conocidos como las Cuatro T que pueden utilizarse para identificar y tratar las cuatro causas más comunes de hemorragia posparto, este

Fernanda Daniela Vallejo-Barroso; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel Romero-Fernández; Andrea Margarita Reyes-Guevara

método toma en cuenta factores que involucran la atonía uterina además de lesiones como; laceraciones, hematomas y roturas, condiciones del tejido retenido o placenta invasiva; y coagulopatía <sup>7</sup>.

Cabe recalcar que esto involucra atención oportuna y personal médico capacitado a fin de minimizar la morbilidad y la mortalidad asociadas a la hemorragia posparto, independientemente de la causa. Hay protocolos que permiten una respuesta rápida y adecuada a las hemorragias que superan los 1.500 ml de pérdida de sangre <sup>8 9</sup>.

El objetivo planteado fue analizar la atención oportuna a fin de minimizar la morbilidad y la mortalidad asociadas a la hemorragia posparto.

## **MÉTODO**

Revisión sistemática y documental de 17 trabajos de investigación.

La obtención de la información se realizó de forma directa de bases teóricas y estudios de caso de fuentes y revistas médicas reconocidas (15) en español y en inglés teniendo en cuenta sus resúmenes, análisis, resultados y discusión. La información fue recolectada usando Google académico como algoritmo de búsqueda incluyendo únicamente información de los 4 últimos años con énfasis en el tema de estudio.

La interpretación del manejo de hemorragias en postparto inmediato y en terapia intensiva se realizó de manera explicativa y comparativa, consultando sobre las causas, consecuencias, situación actual de las hemorragias posparto, tratamientos, prevención y manejo clínico y contrastando la información de varios autores.

## **RESULTADOS**

Generalmente esta etapa se da en la sala de partos, el diagnóstico de la hemorragia posparto comienza con el reconocimiento de una pérdida de sangre excesiva y un examen específico, en la determinación de su causa hay se tomó en cuenta la pérdida acumulada durante el parto y el posparto con mediciones cuantitativas de ser posible.

Fernanda Daniela Vallejo-Barroso; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel Romero-Fernández; Andrea Margarita Reyes-Guevara

Algunos vasos sanguíneos importantes pueden deteriorarse durante el parto generalmente por episiotomía y rotura uterina aunque a veces se confunde ya que gran parte del líquido expulsado durante el parto es orina o líquido amniótico <sup>10</sup>.

La medición cuantitativa de la hemorragia posparto empezó después del nacimiento del bebé y consistió en medir la pérdida acumulativa de sangre con un paño calibrado, o pesando las compresas empapadas de sangre, las esponjas y los coágulos; el uso combinado de estos métodos también es apropiado para obtener una medición precisa <sup>11</sup>.

Cuando se diagnostica la hemorragia postparto, se realiza una evaluación inicial del estado de la paciente en la sala de partos o en el quirófano. El enfoque de manejo de este tipo de pacientes se enfoca en la vía aérea, la respiración, la circulación y la observación de cualquier síntoma que indique hipovolemia con el objetivo principal de apoyar las funciones vitales de la paciente. Una vez realizados los esfuerzos terapéuticos iniciales, cuando se considera que el paciente está estable o relativamente estable, se le traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se cuenta con personal adecuadamente formado, para los cuidados respectivos y su monitorización prolongada. Esto contribuye a evitar un mayor deterioro de los tejidos dañados por la hemorragia y evitar cualquier complicación producto de la pérdida de sangre <sup>12</sup>.

En la investigación de <sup>13</sup> se menciona que en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el manejo de esta condición médica comprende la monitorización cardiaca por electrodos, pulsioximetría, presión arterial no invasiva, temperatura, diuresis, presiones venosas centrales y presiones arteriales invasivas. Una medida importante a tomar también es la gasometría arterial que debe realizarse dos veces al día y luego según lo requiriera la situación clínica. Además de los cuidados generales de apoyo, es oportuno el uso de terapia de componentes sanguíneos según los resultados de la coagulación del perfil y la pérdida de sangre <sup>14</sup>.

Otro factor, es el manejo de la vía área que se mantiene más fácilmente con la paciente

Fernanda Daniela Vallejo-Barroso; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel Romero-Fernández; Andrea Margarita Reyes-Guevara

en posición lateral izquierda de recuperación, permitiendo que la lengua, el paladar blando y cualquier líquido orofaríngeo se alejen de la entrada de la laringe. En la posición supina, la vía aérea permeable se mantiene con la maniobra de inclinación de la cabeza y empuje de la mandíbula <sup>15</sup>.

Para el tratamiento de la hemorragia en terapia intensiva también se utilizaron hemoderivados como unidades globulares, plaquetas y plasma, para el tratamiento de la hemorragia obstétrica en cuidados intensivos por lo general los protocolos recomiendan la administración de 10 unidades globulares en 24 horas en caso de presentarse un sangrado importante, algunas recomendaciones también recomiendan la administración de 3 unidades globulares en una hora o 4 unidades de productos sanguíneos en 30 minutos, en este contexto se han desarrollado protocolos de transfusión enfocados en disminuir el tiempo de respuesta y optimizar los recursos en el tratamiento del shock hipovolémico <sup>16</sup>. También es necesario el uso de vasoactivos que son cristaloides agresivos cuyo propósito es normalizar o súper normalizar la presión arterial, el suministro de oxígeno y la sangre bombeada desde el corazón esto incluye medicamentos como dopamina, dobutamina, epinefrina y norepinefrina administrados por vía intravenosa <sup>17</sup>.

## **CONCLUSIONES**

Se interpretó el manejo de la hemorragia postparto empezando con que es necesario realizar un diagnóstico el cual involucra al personal de la sala de partos y va desde la identificación de factores de riesgo y algunas señales que indican que se presenta una pérdida importante de sangre y se recomienda que en su posibilidad sea cuantitativo. Para evitar complicaciones por una pérdida de sangre significativa el manejo de la hemorragia postparto se realiza desde la sala de partos mediante la administración de fármacos y cirugía, cuando se presentan complicaciones más graves como la hipovolemia es prioritario derivar a la paciente a la unidad de cuidados intensivos.

Fernanda Daniela Vallejo-Barroso; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel Romero-Fernández; Andrea Margarita Reyes-Guevara

## CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

## FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

## AGRADECIMIENTO

A todos los agentes sociales involucrados en el proceso investigativo.

## REFERENCIAS

1. Sentilhes L, Merlot B, Madar H, Sztark F, Brun S, Deneux-Tharaux C. Postpartum haemorrhage: prevention and treatment. *Expert Rev Hematol*. 2016;9(11):1043-61.
2. Bienstock JL, Eke AC, Hueppchen NA. Postpartum Hemorrhage. *N Engl J Med*. 2021;384(17):1635-1645. doi:[10.1056/NEJMra1513247](https://doi.org/10.1056/NEJMra1513247)
3. Andrikopoulou M, D'Alton ME. Postpartum hemorrhage: early identification challenges. *Semin Perinatol*. 2019;43(1):11-17. doi:[10.1053/j.semperi.2018.11.003](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.11.003)
4. Novikova N, Hofmeyr GJ, Cluver C. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015;2015(6):1-62.
5. Dahlke JD, Bhalwal A, Chauhan SP. Obstetric Emergencies: Shoulder Dystocia and Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2017;44(2):231-43.
6. Gonzalez-Brown V, Schneider P. Prevention of postpartum hemorrhage. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2020;25(5):101129. doi:[10.1016/j.siny.2020.101129](https://doi.org/10.1016/j.siny.2020.101129)
7. Salati JA, Leathersich SJ, Williams MJ, Cuthbert A, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;4(4):CD001808. doi:[10.1002/14651858.CD001808.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001808.pub3)

Fernanda Daniela Vallejo-Barroso; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel Romero-Fernández; Andrea Margarita Reyes-Guevara

8. Higgins N, Patel SK, Toledo P. Postpartum hemorrhage revisited: new challenges and solutions. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2019;32(3):278-284. doi:[10.1097/ACO.0000000000000717](https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000717)
9. Parry Smith WR, Papadopoulou A, Thomas E, et al. Uterotonic agents for first-line treatment of postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;11(11):CD012754. Published 2020 Nov 24. doi:[10.1002/14651858.CD012754.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012754.pub2)
10. Pacheco LD, Saade GR, Hankins GDV. Medical management of postpartum hemorrhage: An update. *Semin Perinatol.* 2019;43(1):22-26. doi:[10.1053/j.semperi.2018.11.005](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.11.005)
11. Ahonen J, Stefanovic V, Lassila R. Management of post-partum haemorrhage. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2010;54(10):1164-1178. doi:[10.1111/j.1399-6576.2010.02309.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2010.02309.x)
12. Koukoubanis K, Prodromidou A, Stamatakis E, Valsamidis D, Thomakos N. Role of Critical Care Units in the management of obstetric patients (Review). *Biomed Rep.* 2021;15(1):58. doi:[10.3892/br.2021.1434](https://doi.org/10.3892/br.2021.1434)
13. Krishna Kumar M, Joshi A, Saraswat M, et al. Near-Miss Incidents in Obstetric Patients Admitted to an Intensive Care Unit of a Tertiary Care Center in Eastern India: A Retrospective Cohort Study. *J Obstet Gynaecol India.* 2022;72(Suppl 1):89-95. doi:[10.1007/s13224-021-01559-x](https://doi.org/10.1007/s13224-021-01559-x)
14. Ende HB, Lozada MJ, Chestnut DH, et al. Risk Factors for Atonic Postpartum Hemorrhage: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2021;137(2):305-323. doi:[10.1097/AOG.0000000000004228](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004228)
15. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar Enríquez G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento [Postpartum hemorrhage. Main etiologies, prevention, diagnosis and treatment]. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2014;25(6):993-1003. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70649-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70649-2)
16. La Rosa M. Protocolo de transfusión masiva en obstetricia [Protocol for massive transfusion in obstetrics]. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. 2020;66(1):67-72.



Fernanda Daniela Vallejo-Barroso; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel Romero-Fernández; Andrea Margarita Reyes-Guevara

17. Félix-Sifuentes DJ. Choque hipovolémico, un nuevo enfoque de manejo [Hypovolemic shock, a new approach to management]. Rev Mex Anesthesiol [Internet]. 2018;41:S169-74. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181be.pdf>

2023 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).