



DOI: 10.26820/reciamuc/6.(4).octubre.2022.66-74

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/970>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 66-74







Hemorragia en el parto y en el embarazo

Hemorrhage in childbirth and pregnancy

Hemorragia durante o parto e a gravidez

**Stefany Alexandra Erazo Flores¹; Karen Katherine Reyes Murillo²; Ana Karen Bermúdez Rojas³;
María Fernanda Erazo Carabajo⁴**

RECIBIDO: 20/05/2022 **ACEPTADO:** 20/10/2022 **PUBLICADO:** 30/11/2022

1. Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; stefanye-flores@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8652-6016>
2. Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; karen_reyes_m@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-8280-2573>
3. Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; anitabermudez_0506@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9587-6221>
4. Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; erazocfernanda@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0293-3712>

CORRESPONDENCIA

Stefany Alexandra Erazo Flores
stefanye-flores@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La muerte materna es un grave problema de salud pública mundial. Las cifras de muertes maternas son inaceptablemente altas en todo el mundo, en especial en los países en desarrollo. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El diagnóstico temprano y manejo oportuno mediante la utilización de medidas generales de soporte vital aunado a medidas específicas de contención del sangrado, a través de la creación de estrategias y protocolos por los servicios de salud, corresponde a la medida más efectiva para disminuir los eventos adversos derivados, y reducir la morbimortalidad materna general. En consecuencia, el objetivo de la presente revisión es compendiar los aspectos generales de la hemorragia en el embarazo y el parto. La investigación se realizó bajo una metodología de tipo documental bibliográfica, bajo la modalidad de revisión. Las principales causas de la hemorragia en el embarazo son el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, la placenta previa, la rotura uterina y la rotura de vasa previa. Mientras que las causas de la hemorragia en el parto son la inercia o atonía uterina, los restos placentarios, el acretismo placentario, la inversión uterina y el trauma de canal del parto. La hemorragia en el embarazo y parto representa una importante causa de mortalidad y morbilidad materna, en consecuencia, resulta fundamental conocer la forma cómo se presenta, sus síntomas, factores de riesgo, causas, a los fines de realizar los diagnósticos precisos y tempranos y realizar la intervención precoz que mejoren el pronóstico de estas pacientes.

Palabras clave: Hemorragia, Parto, Embarazo, Trimestre, Causas.

ABSTRACT

Maternal death is a serious global public health problem. The numbers of maternal deaths are unacceptably high throughout the world, especially in developing countries. Every day around 830 women die from complications related to pregnancy or childbirth around the world. Early diagnosis and timely management through the use of general life support measures together with specific measures to contain bleeding, through the creation of strategies and protocols by health services, corresponds to the most effective measure to reduce adverse events, derivatives, and reduce overall maternal morbidity and mortality. Consequently, the aim of this review is to summarize the general aspects of bleeding in pregnancy and childbirth. The research was carried out under a bibliographic documentary type methodology, under the review modality. The main causes of bleeding in pregnancy are premature abruption of a normally inserted placenta, placenta previa, uterine rupture, and vasa previa rupture. While the causes of hemorrhage in childbirth are uterine inertia or atony, placental debris, placental accreta, uterine inversion, and birth canal trauma. Hemorrhage in pregnancy and childbirth represents an important cause of maternal mortality and morbidity, consequently, it is essential to know how it presents, its symptoms, risk factors, causes, in order to make accurate and early diagnoses and perform early intervention that improves the prognosis of these patients.

Keywords: Hemorrhage, Childbirth, Pregnancy, Trimester, Causes.

RESUMO

A morte materna é um grave problema de saúde pública global. Os números de mortes maternas são inaceitavelmente elevados em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. Todos os dias, cerca de 830 mulheres morrem de complicações relacionadas com a gravidez ou o parto em todo o mundo. O diagnóstico precoce e a gestão atempada através da utilização de medidas gerais de apoio à vida juntamente com medidas específicas para conter a hemorragia, através da criação de estratégias e protocolos pelos serviços de saúde, corresponde à medida mais eficaz para reduzir os eventos adversos, derivados, e reduzir a morbidade e mortalidade maternas em geral. Consequentemente, o objetivo desta revisão é resumir os aspectos gerais da hemorragia na gravidez e no parto. A investigação foi realizada sob uma metodologia de tipo documentário bibliográfico, sob a modalidade de revisão. As principais causas de hemorragia na gravidez são a abrupção prematura de uma placenta normalmente inserida, placenta prévia, ruptura uterina, e ruptura de vasa prévia. Enquanto as causas de hemorragia no parto são inércia uterina ou atonia, detritos da placenta, acreta placentária, inversão uterina, e traumatismo do canal de parto. A hemorragia na gravidez e no parto representa uma causa importante de mortalidade e morbidade materna, consequentemente, é essencial saber como se apresenta, os seus sintomas, factores de risco, causas, a fim de fazer diagnósticos precisos e precoces e realizar intervenções precoces que melhorem o prognóstico destes pacientes.

Palavras-chave: Hemorragia, Parto, Gravidez, Trimestre, Causas.

Introducción

Las complicaciones producidas durante el embarazo y el parto pueden ser mortales para muchas mujeres. Gran parte de esas complicaciones surgen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las infecciones, la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), las complicaciones en el parto, los abortos peligrosos y las hemorragias graves. (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2019)

Se entiende por hemorragia durante el embarazo el sangrado que se produce a través de la vagina en cualquier momento de la gestación. Las causas principales de las hemorragias que se producen durante el primer trimestre son el aborto, la amenaza de aborto, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica. En el tercer trimestre, las principales causas de hemorragia son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta y lo que se denomina vasa previa (se rompen unos vasos del cordón). (Clínica Universidad de Navarra, 2022)

Mientras que las hemorragias en el parto son aquellas que se originan en el alumbramiento y que supera los 500mL en parto vaginal o 1L en cesárea, con una reducción de un 10% del hematocrito. (Pérez Luco, 2022)

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública mundial que, en su mayoría, puede ser evitable. Las cifras de muertes maternas son inaceptablemente altas en todo el mundo, en especial en los países en desarrollo. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo

y el parto o después de ellos. Una de las principales causas de muerte materna es la hemorragia post parto. (OMS, 2019)

A nivel mundial, la primera causa de muerte materna es la hemorragia obstétrica, se estima que el 50% de todas las muertes que se presentan en mujeres en estado de gestación o puerperio corresponden a las hemorragias obstétricas siendo equivalente a 530.000 muertes al año. (García, 2020, pág. 18)

Mientras que en la región de las Américas cada día fallecen aproximadamente 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son una de sus principales causas. (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2015)

El diagnóstico temprano y manejo oportuno mediante la utilización de medidas generales de soporte vital aunado a medidas específicas de contención del sangrado, a través de la creación de estrategias y protocolos por los servicios de salud, corresponde a la medida más efectiva para disminuir los eventos adversos derivados, y reducir la morbimortalidad materna general. (Camacho & Rubio, 2016)

En consecuencia, el objetivo de la presente revisión es compendiar los aspectos generales de la hemorragia en el embarazo y el parto.

Materiales y Métodos

Con la finalidad de desarrollar la investigación, se llevó a cabo una búsqueda y revisión de literatura científicoacadémica reciente, completamente accesible mediante el uso de bases de datos, repositorios y buscadores. Algunos de éstos son: BVS, Dialnet, SciELO, google académico, etcétera. Páginas con reconocimiento científico en el área de la salud tales como la Organización Mundial de la Salud – OMS, Organización Panamericana de la Salud – OPS, Manuales MSD, entre otros.

La exploración se hizo fundamentalmente en base a las siguientes expresiones:

- *Hemorragia embarazo*
- *Hemorragia embarazo + primer trimestre*
- *Hemorragia embarazo + tercer trimestre*
- *Hemorragia parto.*

Con respecto al material bibliográfico que se consideró rescatar consistió en artículos originales, guías clínicas, e-books, ensayos clínicos, estudios de cohorte, casos y controles, series y reportes de casos, consensos, protocolos, tesis de grado, posgrado y doctorado; noticias científicas, boletines y/o folletos de instituciones oficiales o privadas de reconocida trayectoria en el área de las ciencias de la salud, y otros documentos e informaciones de interés por el valor de su fundamentación o evidencia científica.

La fecha de publicación de los documentos digitales estuvo comprendida entre el 2012 – 2022. El idioma usado fue el español. Se desestimaron editoriales, cartas al editor y otros tipos de materiales bibliográficos de escaso valor científicoacadémico o de bajo nivel de evidencia.

Resultados

Hemorragia en el embarazo

Clásicamente, las hemorragias durante el embarazo se han dividido en dos grandes grupos: aquellas que se producen durante el primer trimestre y aquellas que se producen durante el tercer trimestre. (Clínica Universidad de Navarra, 2022)

Rodríguez, (2013) manifiesta al respecto que a estas hemorragias muchos autores las engloban como hemorragias del 2º y 3º trimestre, aunque lo más adecuado sería denominarlas como “hemorragias de la 2ª mitad del embarazo” o “hemorragias anteparto”, como las nombra la RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), incluyendo sólo aquellas producidas en periodo de viabilidad fetal (≥ 24 sem),

y suponen un 4-5% del total de embarazos. En el 3º trimestre la hemorragia vaginal afecta al 3-5% de los embarazos, y más del 20% de los partos pretérminos tienen una hemorragia como causa.

La hemorragia durante el primer trimestre se define como un sangrado genital en una mujer embarazada con menos de 12 semanas de gestación. Este problema afecta entre el 16 – 25% de las embarazadas. Frente a un sangrado genital durante el embarazo, se debe evaluar el estado general y la magnitud del sangrado, para establecer si la paciente se encuentra hemodinámicamente estable o no. Una vez confirmada la estabilidad de la paciente se debe plantear el diagnóstico diferencial, que incluye:

- Embarazo normal con sangrado no relacionado al embarazo
- Embarazo intrauterino con problemas
- Síntomas de Aborto: contracciones uterinas dolorosas + sangrado objetivable
- Embarazo Molar
- Embarazo extrauterino (ectópico) (Pérez Luco, 2022).

El sangrado genital durante el segundo y tercer trimestre afecta al 2 - 5% de las embarazadas, las principales causas corresponden a ginecológicas u obstétricas, aunque hay cierto grupo que no se le encuentra la causa. En cuanto a la mortalidad perinatal, esta se debe a su asociación a prematuridad e hipoxia. Evaluación inicial consiste en colocar al paciente en decúbito lateral para buscar signos vitales maternos y LCF, se realiza el examen obstétrico normal y la especuloscopia, el tacto vaginal se realiza sólo una vez que se ha verificado que la placenta está normoinserta. Rescatar antecedentes de FUR y edad gestacional, estudios previos (eco), entre otros datos amniotómicos como las características de la hemorragia (color inicio, dolor), antecedente de trauma, HTA, episodios previos, consumo de cocaína y tabaco. Al ingreso se debe realizar una

ecografía que permitirá localizar la placenta, evaluar la vitalidad fetal y realizar un PBF. En cuanto al manejo, se debe asegurar una vía venosa permeable, hospitalizar en preparto con el fin de observar estrictamente la condición hemodinámica de la madre y realizar monitorización fetal (siempre que el embarazo sea viable). Se debe solicitar hemograma y grupo Rh a todas las mujeres y se recomienda realizar estudio de coagulación en DPPNI y/o sospecha de CID, Entre las principales causas se encuentran:

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)
- Placenta previa
- Rotura uterina
- Rotura de vasa previa. (Pérez Luco, 2022)

Recomendaciones generales

En líneas generales, toda hemorragia en el embarazo, especialmente la que se presenta en el tercer trimestre, sigue un protocolo de actuación que es común a todas ellas, aunque cada proceso tendrá sus particularidades específicas. Así, ante un sangrado vaginal producido por cualquiera de las causas anteriormente descritas, deberemos:

- La monitorización intraparto será continua, con excepción de situaciones de spotting no recidivante o sangrado leve aislado sin repercusión materna ni fetal, en las que se puede considerar auscultación intermitente.
- Está permitida la anestesia epidural. Las indicaciones de la anestesia general en la cesárea serán las mismas que en otros procesos: compromiso materno severo, RPBF muy agudo y severo, y contraindicaciones de la epidural.
- La placenta previa y el abruptio se verán beneficiados de un manejo activo del alumbramiento. Se utilizará ergometrina-oxitocina mejor que oxitocina sola (salvo en EHE) (NE-A).

- Las gestantes Rh negativas con hemorragia de la 2ª mitad del embarazo recibirán una dosis de Anti-D (aunque ya se le hubiera puesto con anterioridad). Si el sangrado persiste, se repetirán las dosis cada 6 semanas.
- Si la gestante se está tratando con Heparina de bajo peso molecular (HBPM), se suspenderá, y si por indicación del hematólogo es imprescindible su continuación, se realizará con heparina no fraccionada IV o medias de compresión gradual hasta cesar el sangrado.
- El manejo postnatal de la hemorragia severa (la hemorragia y la transfusión son FF.RR. del TEV incluye la tromboprolifaxis con HBPM. (p. 2)

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)

El desprendimiento prematuro de placenta se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada antes del inicio del parto. Esto se produce en un 0,4-1% de las gestaciones. Esta patología se asocia a una elevada morbilidad materno-fetal. Existen distintos factores de riesgo asociados con el desprendimiento prematuro de placenta. Entre estos factores se encuentran: trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes de desprendimiento placentario o cesárea, diabetes, multiparidad, sobredistensión uterina (gestación múltiple o polihidramnios), rotura prematura de membranas, traumatismos abdominales, consumo de tóxicos y trombofilias. En un elevado número de casos la causa del desprendimiento es desconocida. El diagnóstico se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. El empleo de la ecografía tiene una utilidad muy limitada para el diagnóstico debido a su baja sensibilidad. La actitud va a estar condicionada por el estado materno y fetal, el grado de desprendimiento placentario y la edad gestacional en el momento del diagnóstico. (Martos, Martínez, Campos, Salcedo, & Pérez, 2018, pág. 257)

El tratamiento consiste básicamente en amiotomía inmediata para disminuir presión intrauterina. Cesárea si el feto está vivo y el parto no es inminente o hay signos de inestabilidad materna y/o fetal. (OPS, 2012)

Placenta previa

La hemorragia genital se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida de cantidad variable, roja rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño. Se presenta al final del segundo trimestre, habitualmente sin actividad uterina. La terapia debe estar orientada a prevenir el shock hipovolémico y el parto pretérmino. (Asturizaga & Toledo Jaldin, 2014, pág. 58)

Rotura uterina

La rotura uterina es rara. Puede ocurrir durante la última etapa del embarazo o el trabajo de parto activo. La rotura uterina ocurre más frecuentemente a lo largo de la línea cicatrizal en mujeres con cesáreas previas. Otros factores predisponentes incluyen anomalías uterinas congénitas, traumatismos y otros procedimientos quirúrgicos, y otros procedimientos quirúrgicos como miomectomías o cirugía abierta materno-fetal. Las causas de rotura uterina incluyen: sobredistensión uterina (debido a embarazo múltiple, polihidramnios, o anomalías fetales), versión fetal externa o interna, perforación iatrogénica, uso excesivo de uterotónicos, falta de reconocimiento de la distocia del trabajo de parto con las contracciones uterinas excesivas contra un anillo de restricción uterino inferior. Los signos y síntomas de la rotura uterina incluyen bradicardia fetal, desaceleraciones variables, evidencia de hipovolemia, pérdida de la estación fetal (detectada durante el examen cervical) y dolor abdominal grave o constante. Si el feto ha sido expulsado del útero y se encuentra dentro de la cavidad peritoneal, la morbimortalidad fetal y materna aumentan significativamente. El diagnóstico de la rotura uterina se confirma

mediante laparotomía. El tratamiento de la rotura uterina es la laparotomía inmediata con cesárea y, si es necesario, histerectomía. (Moldenhauer, 2021)

Vasa previa

En la vasa previa, los vasos sanguíneos fetales que conectan el cordón con la placenta yacen sobre el orificio cervical interno y se encuentran justo frente a la presentación fetal. En general, esta conexión anormal se produce cuando los vasos del cordón pasan por parte de la membrana amniótica en lugar de dirigirse hacia la placenta (inserción velamentosa o en paraguas). Las fuerzas mecánicas del trabajo de parto pueden estirar estos pequeños vasos sanguíneos y causar su rotura. Debido al volumen relativamente pequeño de la sangre fetal, aun una pérdida pequeña de sangre por vasa previa puede representar una hemorragia catastrófica para el feto y causar la muerte fetal. (Bunce & Heine, 2020)

Hemorragia en el parto

Para Pérez Luco, (2022) se entiende como hemorragia del alumbramiento aquella que supera los 500mL en parto vaginal o 1L en cesárea, con una reducción de un 10% del hematocrito. Temporalmente se pueden clasificar en hemorragias primarias, cuando ocurre dentro de las primeras 24 horas, o secundarias si lo hace entre el 2do día y las 6 semanas después del parto.

Es una de las 3 primeras causas de muerte materna en el post parto, afectando entre el 1-5% de los partos en el mundo. Como prevención se recomienda estar siempre atento a una posible hemorragia postparto, además de implementar un manejo activo del alumbramiento con oxitocina (5 a 10 U en bolo EV), tracción suave del cordón con contra tracción suprapúbica y siempre evaluar el fondo uterino luego de la expulsión de la placenta. Se recomienda además evitar la instrumentalización y hacer la episiotomía en pacientes que realmente lo necesiten. Entre sus principales causas se encuentran:

- Inercia uterina
- Restos placentarios
- Acretismo placentario
- Inversión uterina
- Trauma de canal del parto

Atonía o inercia uterina

La atonía uterina es definida como causa indirecta debida a la infiltración de grasa del miometrio, que lleva a una disminución de la contractibilidad uterina y a una pobre progresión del parto; por lo tanto, se propone como un factor que aumenta la posibilidad de hemorragia severa. (Hernández Morales & García de la Torre, 2016, pág. 761)

Se presenta en el 70% atonía uterina como causa de esto se presenta cuando hay sobre distensión uterina, parto prolongado o precipitado, entre los factores de riesgo aparece la multi paridad, gestación múltiple, Polihidramnios, macrosomía, hidrocefalia severa. (García, 2020, pág. 28)

Restos placentarios

Los restos placentarios ocasionan el sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente. La conducta más adecuada es la revisión de cavidad uterina y legrado instrumental. (Asturizaga & Toledo Jaldin, 2014, pág. 61)

Acretismo placentario

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) referido por Hernández, Herrera, Mendoza, & Adaya, (2018) la frecuencia de acretismo placentario ha ido en aumento debido al incremento en la tasa de cesáreas, aunque el porcentaje varía según los estudios, en la actualidad se admite una incidencia de 2 por cada 1000 partos. El acretismo placentario se presenta cuando toda o parte de la placenta se implanta de manera anormal al miometrio, represen-

ta la unión anormal de la placenta a la pared uterina debido a la ausencia de la decidua basal y un desarrollo incompleto de la banda fibrinoide de Nitabuch. (p. 76)

En tales casos, la extracción manual de la placenta, a menos que se realice escrupulosamente, produce una hemorragia posparto masiva. El diagnóstico prenatal se realiza por ecografía. El tratamiento se realiza con una cesárea programada más histerectomía. (Moldenhauer, 2021)

Inversión uterina

La inversión uterina consiste en la salida de la cara endometrial del útero hacia la vagina, y en su expresión máxima hacia la vulva. Los factores predisponentes de la inversión uterina son la hipotonía uterina, la implantación fúndica y las placentas accretas. El 60% se debe a maniobras precipitadas, como la tracción de cordón o una presión fúndica inapropiada. El diagnóstico es esencialmente clínico. (Calle Mena & González Martínez, 2016)

Caracterizada por la triada: hemorragia transvaginal profusa, dolor y choque. Puede ser parcial; la inversión esta aun dentro del conducto vaginal diagnosticada por examen vaginal y total; el útero se exterioriza a través de la vulva. Se debe revertir el útero manualmente mantener sostenido con oxitócicos, en caso necesario tocolíticos, ritrodina, terbutalina, sulfato de magnesio y/o los anestésicos halogenados, para facilitar reversión uterina. El fracaso requiere tratamiento quirúrgico. (Asturizaga & Toledo Jaldin, 2014, pág. 62)

Trauma del canal de parto

Asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa. La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de

continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio. Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatar el desgarro. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas. (Asturizaga & Toledo Jaldin, 2014, pág. 61)

Por su parte, Rivera, Chacón, & González, (2020) las explica como aquellas que incluyen laceraciones, hematomas e inversión o ruptura uterina. Según estudios su predisposición es multifactorial, pero la debilidad de los músculos del piso pélvico predispone a su sintomatología múltiple. Las laceraciones cervicales o vaginales pueden presentarse tanto como un proceso natural o asociadas a intervenciones médicas. Se contraindica el uso rutinario de episiotomía puesto que aumenta el riesgo de pérdida hemática y desgarros del esfínter anal.

Conclusión

La hemorragia en el embarazo y parto representa una importante causa de mortalidad y morbilidad materna, sumamente grave, en consecuencia, resulta fundamental conocer la forma cómo se presenta, sus síntomas, factores de riesgo, causas, a los fines de realizar los diagnósticos precisos y tempranos y realizar la intervención precoz que mejoren el pronóstico de estas pacientes.

Las principales causas de la hemorragia en el embarazo son el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, la placenta previa, la rotura uterina y la rotura de vasa previa. Mientras que las causas de la hemorragia en el parto son la inercia o atonía uterina, los restos placentarios, el acretismo placentario, la inversión uterina y el trauma de canal del parto.

Bibliografía

- Asturizaga, P., & Toledo Jaldin, L. (julio-diciembre de 2014). Hemorragia obstétrica. *Rev Med La Paz*, 220(2), 57-68. Recuperado el 18 de octubre de 2022, de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n2/v20n2_a09.pdf
- Bunce, E. E., & Heine, R. P. (diciembre de 2020). *Manuales MSD*. Recuperado el 20 de octubre de 2022, de <https://www.msdmanuals.com/es-ve/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/sangrado-vaginal-en-la-segunda-mitad-del-embarazo>
- Calle Mena, M. d., & González Martínez, C. (2016). Manejo y actuación ante la inversión uterina. *Enfermería de Urgencias*. Recuperado el 28 de octubre de 2022, de <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/65.pdf>
- Camacho, F. A., & Rubio, J. A. (2016). Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto. *Rev. Fac. Med*, 64(1), 87-92. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.50780>
- Clínica Universidad de Navarra. (2022). Clínica Universidad de Navarra. Recuperado el 11 de octubre de 2022, de <https://www.cun.es/chequeos-salud/embarazo/hemorragias-embarazo#:~:text=Se%20entiende%20por%20hemorragia%20durante,ect%C3%B3pico%20y%20la%20enfermedad%20trofobl%C3%A1stica>.
- García, C. (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al manejo de las hemorragias posparto que tienen los estudiantes del posgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Católica del Ecuador (PUCE) sede Quito. Tesis de grado, Pontificia Universidad, Facultad de Medicina, Quito. Recuperado el 10 de octubre de 2022, de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/18340/5to%20pdf%20tesis%20concluida%20en%20formato%20pdf%20GARCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández Morales, M., & García de la Torre, J. (2016). Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*, 84(12), 757-764. Recuperado el 20 de abril de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom1612d.pdf>
- Hernández, L., Herrera, J., Mendoza, F., & Adaya, E. (2018). Acretismo placentario: Experiencia en Obstetricia Crítica. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 18(1), 75-87. Recuperado el 25 de octubre de 2022, de https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol18_num1/articulos/acretismo.pdf

- Martos, M., Martínez, M., Campos, S., Salcedo, A., & Pérez, T. (2018). Desprendimiento prematuro de placenta normoinserada por mutación heterocigota en el gen de la protrombina. *Revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Ginecología y Obstetricia*, 61(3), 256-260. Recuperado el 24 de octubre de 2022, de https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinserada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf
- Moldenhauer, J. S. (julio de 2021). *Manuales MSD*. Recuperado el 20 de octubre de 2022, de <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-uterina>
- Moldenhauer, J. S. (julio de 2021). *Manuales MSD*. Recuperado el 27 de octubre de 2022, de <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/acretismo-placentario-placenta-acreta>
- OPS. (2012). Organización Panamericana de la Salud - OPS. Recuperado el 25 de octubre de 2022, de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49318/CLAPTript03Hemorrag.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (19 de Septiembre de 2019). Organización Mundial de la Salud - OMS. Recuperado el 10 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (18 de marzo de 2015). Organización Panamericana de la Salud - OPS. Recuperado el 15 de octubre de 2022, de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es
- Pérez Luco, T. (2022). Hemorragias del embarazo, parto y puerperio. En *Ginecología y Obstetricia*. Chile: Universidad de Chile (Facultad de Medicina). Recuperado el 15 de octubre de 2022, de <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-ginecologia-y-obstetricia/135-revision/r-ginecologia-y-obstetricia/1694-26-hemorragias-del-embarazo-parto-y-puerperio>
- Rivera, S., Chacón, C., & González, A. (2020). Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Revista Médica Sinergia*, 5(6). Recuperado el 27 de abril de 2022, de <https://revista-medicasinergia.com/index.php/rms/article/download/512/873?inline=1>
- Rodríguez, Z. (octubre de 2013). Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado el 24 de octubre de 2022, de <http://www.sspa.junta-deandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Hemorragias%20III%20Trim%202013.pdf>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Erazo Flores, S. A., Reyes Murillo, K. K., Bermúdez Rojas, A. K., & Erazo Carabajo, M. F. (2022). Hemorragia en el parto y en el embarazo. *RECIAMUC*, 6(4), 66-74. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(4\).octubre.2022.66-74](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(4).octubre.2022.66-74)