



**DOI:** 10.26820/reciamuc/6.(4).octubre.2022.98-105

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/973>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 98-105







## Pérdida de sangre en el embarazo, parto y post-parto

Blood loss in pregnancy, childbirth and postpartum

Perda de sangue durante a gravidez, parto e pós-parto

**Carlos Eduardo Baque Narváez<sup>1</sup>; René David Salinas Martínez<sup>2</sup>; José Guillermo Allieri Fernández<sup>3</sup>; Erika Yolanda Alvarez Cruz<sup>4</sup>**

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

1. Magíster en Epidemiología; Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; caedbana@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8170-0572>
2. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; d2\_210625@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7537-0880>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; pepito\_a14@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-3985-6178>
4. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; charlottealvarez2020@outlook.com;  <https://orcid.org/0000-0003-4154-7187>

### CORRESPONDENCIA

Carlos Eduardo Baque Narváez  
caedbana@hotmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

La hemorragia es un trastorno caracterizado por la extravasación de sangre del lecho vascular y no siempre se produce por la misma causa, localización o intensidad. Las hemorragias obstétricas incluyen las hemorragias anteparto y posparto y son una causa importante de morbilidad neonatal y materna. Como parte de los esfuerzos realizados en la materia, es importante llevar a cabo estudios constantes que permitan mantener conocimientos actualizados según las características propias de cada población, por tal motivo se justifica y expone la investigación cualitativa de tipo bibliográfica. Como criterio de selección se utiliza el análisis y síntesis de la información recolectada mostrando en la investigación la información actualizada y pertinente que responde a los objetivos planteados. Durante las primeras 20 semanas de embarazo, las mujeres experimentan sangrado vaginal. La cantidad de sangrado puede variar desde unos pocos puntos esporádicos hasta una gran cantidad de sangre. Las hemorragias posparto son más frecuentes que las anteriores a él. El derramamiento de grandes cantidades de sangre siempre es motivo de preocupación que puede resultar en aborto espontáneo o pueden surgir problemas más adelante en el embarazo. En cualquiera de los casos es importante que los médicos pregunten sobre los síntomas y la historia clínica.

**Palabras clave:** Hemorragias Obstétricas, Sangrado Vaginal, Embarazo, Parto, Sangre.

## ABSTRACT

Hemorrhage is a disorder characterized by extravasation of blood from the vascular bed and does not always occur for the same cause, location, or intensity. Obstetric hemorrhage includes antepartum and postpartum hemorrhage and is a major cause of neonatal and maternal morbidity and mortality. As part of the efforts made in the matter, it is important to carry out constant studies that allow to maintain updated knowledge according to the characteristics of each population, for this reason qualitative bibliographic research is justified and exposed. As selection criteria, the analysis and synthesis of the information collected is used, showing in the investigation the updated and pertinent information that responds to the proposed objectives. During the first 20 weeks of pregnancy, women experience vaginal bleeding. The amount of bleeding can vary from a few sporadic stitches to a large amount of blood. Postpartum hemorrhages are more frequent than those before him. The shedding of large amounts of blood is always a cause for concern which may result in miscarriage or problems may arise later in the pregnancy. In either case it is important for doctors to ask about the symptoms and medical history.

**Keywords:** Obstetric Hemorrhage, Vaginal Bleeding, Pregnancy, Childbirth, Blood.

## RESUMO

A hemorragia é uma desordem caracterizada pela extravasação de sangue do leito vascular e nem sempre ocorre pela mesma causa, localização, ou intensidade. A hemorragia obstétrica inclui a hemorragia ante e pós-parto e é uma causa importante de morbidade e mortalidade neonatal e materna. Como parte dos esforços feitos na matéria, é importante realizar estudos constantes que permitam manter o conhecimento atualizado de acordo com as características de cada população, por este motivo justifica-se e expõe-se uma pesquisa bibliográfica qualitativa. Como critérios de seleção, é utilizada a análise e síntese da informação recolhida, mostrando na investigação a informação atualizada e pertinente que responde aos objetivos propostos. Durante as primeiras 20 semanas de gravidez, as mulheres sofrem de hemorragia vaginal. A quantidade de hemorragia pode variar desde alguns pontos esporádicos até uma grande quantidade de sangue. As hemorragias pós-parto são mais frequentes do que as anteriores. O derrame de grandes quantidades de sangue é sempre motivo de preocupação que pode resultar em abortos espontâneos ou problemas que podem surgir mais tarde durante a gravidez. Em qualquer dos casos é importante que os médicos perguntem sobre os sintomas e o historial médico.

**Palavras-chave:** Hemorragia obstétrica, Hemorragia vaginal, Gravidez, Parto, Sangue.

## Introducción

El sangrado o hemorragia es la pérdida de sangre. Puede ser externo o dentro del cuerpo al hacerse un corte o una herida. También puede ocurrir cuando sufre una lesión en un órgano interno. Algunos tipos de sangrado, como la hemorragia gastrointestinal, toser con sangre o el sangrado vaginal, pueden ser un síntoma de una enfermedad. (MedlinePlus, 2021)

La hemorragia es un trastorno caracterizado por la extravasación de sangre del lecho vascular y no siempre se produce por la misma causa, localización o intensidad. El sistema hemostático es el encargado de evitar esta pérdida hemática a través de precisas interacciones entre componentes de la pared vascular, plaquetas circulantes y proteínas plasmáticas. Sin embargo, cuando enfermedad o traumatismo son lo suficientemente graves o intensos como para lesionar arterias o venas se produce una hemorragia, aun en presencia de una hemostasia normal (trastornos hemorrágicos secundarios). (Sánchez Sánchez, Miró Andreua, & Coll-Vinent Puiga, 2000)

En el caso del sangrado vaginal es un proceso fisiológico normal en la edad reproductiva, conocida como menstruación, pero cuando se presenta irregular o excesivo, a cualquier edad, se considera anormal. Se denomina oligomenorrea cuando se presenta en períodos mayores a 35 días, polimenorrea con períodos menores de 21 días, metrorragia con períodos irregulares en cantidades normales o excesivas y menometrorragia con períodos irregulares, sangrado excesivo, frecuente y prolongado. (Gamero de Ramos, Villasmil Araujo, Fonseca, & Silva, 2008)

La mayoría de las complicaciones mortales de las mujeres embarazadas aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. (OMS, 2019)

Las hemorragias obstétricas incluyen las hemorragias anteparto y posparto y son una causa importante de morbimortalidad neonatal y materna. (Ossé, Nebout, Filippov, & Keita, 2020). Dichas complicaciones hemorrágica representan la segunda causa de muertes maternas en las Américas. Cada día en las Américas 16 mujeres mueren por complicaciones del embarazo o parto. La mayoría de estas muertes ocurren durante las primeras 24 horas después del parto (OPS, 2015), tienen graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido y están asociadas a fallas en el acceso y deficiente capacidad instalada en los organismos de salud. (Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención, s/f.)

Según la Organización Mundial de la Salud (2019) 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. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

Cero Muertes Maternas por Hemorragia es un proyecto aborda el binomio madre hijo desde antes de la concepción. Se lleva adelante desde el año 2014 con la cooperación técnica y recursos de la OPS/OMS y su Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP-SMR), moviliza a los gobiernos, la sociedad civil y las comunidades principalmente de áreas de Bolivia, Guatemala, Haití, Perú y República Dominicana donde la hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna, aunque ha apoyado a otros países entre ellos Brasil, Ecuador, Honduras, México, y Suriname. (OPS, 2015)

Como parte de los esfuerzos realizados en la materia, es importante llevar a cabo estudios constantes que permitan mantener co-

nocimientos actualizados según las características propias de cada población, por tal motivo se justifica y expone la investigación.

### **Metodología**

Se trata de una investigación cualitativa de tipo bibliográfica en donde se toma como código de búsqueda las palabras claves que remiten a trabajos científico y académicos disponibles en repositorios universitarios de trabajos de especialización de grado, revistas científicas y guías médicas como material principal a considerar.

Como criterio de selección se utiliza el análisis y síntesis de la información recolectada mostrando en la investigación la información actualizada y pertinente que responde a los objetivos planteados.

### **Resultados**

La Hemorragia anteparto (HAP) se define como el sangrado del tracto genital a partir de las 24 semanas de embarazo y antes del nacimiento. Las causas más importantes de HAP son la placenta previa y el desprendimiento prematuro de la placenta. También hay causas locales (sangrado vulvar, vaginal o cervical). La HAP complica el 3-5% de los embarazos y es una causa importante de mortalidad. (Ossé, Nebout, Filippov, & Keita, 2020)

Además, Martínez (2020) agrega que dentro de las causas de la HAP se suman la separación marginal de la placenta, la implantación anormal de la placenta, la rotura de vasos previos, la rotura uterina y el parto prematuro.

Placenta previa: Se refiere a un proceso que se caracteriza por la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero; por carencia de superficie adecuada en el fondo uterino. (Peña N. & Quispe V., 2019)

Clínicamente se manifiesta por la presencia de hemorragia de intensidad variable independientemente de la edad gestacional. Se clasifica en:

- Placenta previa total: Se caracteriza por que la placenta cubre totalmente el orificio cervical interno.
- Placenta previa parcial: Es cuando la placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno.
- Placenta previa marginal: Se presenta porque en el borde de la placenta llega al orificio cervical interno sin cubrir el mismo. Se encuentra dentro de los 2cm alrededor del OCI.
- Placenta de inserción baja: Es cuando el borde placentario se encuentra a 2cm de orificio cervical interno sin sobrepasar los 5 cm. (Peña N. & Quispe V., 2019)

#### **Cuadro clínico:**

- Síntoma principal de la placenta es la hemorragia con característica líquida, roja rutilante.
- El dolor no está presente.
- A consecuencia de la ubicación patológica de la placenta se evidencia dificultad para el descenso y encajamiento del feto.
- Al tacto vaginal se evidencia la presencia de cotiledones y coágulos los cuales se pueden movilizar. (Peña N. & Quispe V., 2019)

#### **Tratamiento:**

- Si la hemorragia es abundante y la edad gestacional es menor a las 36 semanas, se evaluará la madurez fetal, reposo absoluto, control de hemorragia y administrar útero-inhibidores.
- Si la hemorragia es grave se indica cesárea.
- Si la dilatación abarca 4cm a más con placenta no oclusiva, se intentará la rotura de membranas. (Peña N. & Quispe V., 2019)

Desprendimiento prematuro de placenta: Se conoce como la separación parcial o total de la placenta normalmente implantada (segmento superior del cuerpo uterino) después de las 20 semanas de gestación y antes de la expulsión total del feto; si la separación de la placenta ocurre antes de las 20 semanas de gestación su manejo será como aborto. (Peña N. & Quispe V., 2019)

**Cuadro clínico:**

- Presencia de hemorragia poco abundante, color negrozco, se evidencia presencia de coágulos provenientes del hematoma.
- Dolor abdominal agudo A la palpación se evidencia el útero leñoso debido al crecimiento del útero por acumulación de sangre en el interior.
- Hipertonía
- Al tacto vaginal indica que las membranas están muy tensas. (Peña N. & Quispe V., 2019)

**Tratamiento:**

- Parto vaginal con feto muerto: Se puede permitir el parto espontáneo de lo contrario inducir al parto con oxitócicos o prostaglandinas.
- Cesárea: Se realiza cuando la paciente se agrava, si el feto está vivo, si no se dio la inducción del parto o cuando se sospecha una apoplejía uterina. (Peña N. & Quispe V., 2019)

Acretismo Placentario, según Cruz (2016; citado por Peña & Díaz, 2019) es adherencia anormal por invasión excesiva de las vellosidades al miometrio y se clasifica en 3 tipos según su grado de invasión y extensión en el miometrio:

- Acreta: es la anormalidad placentaria más frecuente (80% de los casos), donde las vellosidades coriales se adhieren al miometrio

- Increta: las vellosidades coriales penetran el miometrio, pero no alcanzan la serosa uterina (15% de los casos)
- Percreta: la forma más severa y menos frecuente (5% de los casos). El trofoblasto invade por completo el miometrio y alcanza la serosa uterina e incluso, puede alcanzar otras estructuras vecinas

Por su extensión las define Karchmer & López Rioja en 2019 (citado por Peña y Quispe, 2019) en:

- Focal: solo involucra pequeñas áreas de la placenta como un cotiledón
- Parcial: involucra dos o más cotiledones
- Total: la superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida.

La Hemorragia del posparto (HPP) sería una pérdida sanguínea superior o igual a 500 ml dentro de las 24 horas siguientes a un parto por vía baja o por cesárea. Es una complicación de alrededor del 5% de los partos cuando la determinación de las pérdidas sanguíneas es imprecisa y de alrededor del 10% en caso de pérdidas cuantificadas. (Ossé, Nebout, Filippov, & Keita, 2020)

Las HPP se deben a atonía uterina en el 50-80% de los casos; retención placentaria en el 10-30% de los casos, en general asociada a atonía uterina; una lesión del canal del parto en el 15-20% de los casos. Esta causa es un factor de gravedad y debe buscarse de forma sistemática. Las otras causas son infrecuentes: embolia amniótica, patologías de la hemostasia. Las HPP graves provocan en todos los casos una coagulación intravascular diseminada (CIVD) que agrava la hemorragia y complica el tratamiento. (Bernaud-Bourrelie, Ishaque, & Gabriel, 2017)

Al identificar los factores de riesgo de HPP Bernaud-Bourrelie y otros (2017) tienen: edad superior a 40 años, primípara, antecedente de cesárea, antecedente de hemorragia posparto, embarazo múltiple, hidramnios, patologías hipertensivas gravídicas, inducción del parto, administración de oxi-

tocina durante el trabajo de parto (cf infra), trabajo de parto prolongado, episiotomía, extracción instrumental, cesárea antes o durante el trabajo de parto, macrosomía. En cambio, no son factores de riesgo de HPP la aspirina; los tratamientos anticoagulantes a dosis preventiva.

Las causas de HPP según Ponce y otros (2021, citado por Sornoza y otros, 2022) incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. Una buena regla nemotécnica para recordarlas son las 4 T:

1. Tono (atonía uterina),
2. Tejido (retención de productos de la concepción),
3. Trauma (lesiones del canal genital) y
4. Trombina (alteraciones de la coagulación).

#### **Anatonía uterina**

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia la describe a la atonía uterina 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 & García, 2016, citado por Sornoza, Ordóñez, Velásquez, & Espinoza, 2022)

Cuando se presenta distensión uterina se debe el 70% de las veces a un parto prolongado o precipitado, y entre los factores de riesgo aparece la multiparidad, gestación múltiple, Polihidramnios, macrosomía, hidrocefalia severa (Sornoza Z., Ordóñez B., Velásquez P., & Espinoza I., 2022). Cuando existe sobre distensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosoma), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa:

Un útero vacío y contraído no sangra. (Ponce Pilozo, Zapata Mata, Cárdenas Chávez, & Parra Conforme, 2021)

La retención de productos de la concepción (tejidos o restos placentarios) es responsable de 9 de cada 100 casos de esta complicación obstétrica. Los restos placentarios ocasionan sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz. Por otra parte, están las lesiones del canal genital asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa. (Sornoza Z., Ordóñez B., Velásquez P., & Espinoza I., 2022)

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. 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. (Sornoza Z., Ordóñez B., Velásquez P., & Espinoza I., 2022)

#### **Alteraciones de la coagulación**

En un 1% pueden ser Adquiridas o Congénitas como factores de riesgo la paciente puede presentar HELLP, preclamsia, sepsis, transfusiones masivas y entre las alteraciones congénitas la enfermedad de von Willebrand, Hemofilia. (Sornoza Z., Ordóñez B., Velásquez P., & Espinoza I., 2022)

Por su parte, Rivera, Chacón, & González, (2020; citado por Sornoza y otros, 2022) explican acerca de la trombina, que esta palabra sirve como recordatorio para eva-

luar la existencia de coagulopatía, ya sea adquirida o heredada. Se presenta tras la reducción severa de factores de coagulación posterior a la pérdida sanguínea o por hemodilución de los factores restantes.

### Recomendaciones para el tratamiento de la HPP

El uso de agentes uterotónicos (oxitocina sola como primera opción) desempeña una función central en el tratamiento de la HPP. Se recomienda el masaje uterino para el tratamiento de la HPP tan pronto se diagnostique, y se recomienda la reanimación inicial con líquidos con cristaloideos isotónicos. Se indica el uso de ácido tranexámico en casos de sangrado por atonía uterina refractaria o sangrado persistente relacionado con un traumatismo. Se recomienda el uso de taponamiento con balón intrauterino para el sangrado refractario o si no se dispone de agentes uterotónicos. Se recomiendan la compresión uterina bimanual, la compresión aórtica externa y el uso de prendas no neumáticas anti shock, como medidas temporarias hasta que se disponga de asistencia profesional. Si hay sangrado persistente y se dispone de los recursos pertinentes, debe considerarse la embolización de la arteria uterina. Si el sangrado persiste, a pesar del tratamiento con uterotónicos y de otras intervenciones conservadoras, debe utilizarse la intervención quirúrgica sin mayores demoras. (OMS, 2014)

Si el alumbramiento dura más de 30 minutos, deben utilizarse TCC y oxitocina IV/IM (10 UI) para el tratamiento de la placenta retenida. Si la placenta está retenida y se produce sangrado, debe realizarse de inmediato la extracción manual de la placenta. Cuando se realiza la extracción manual de la placenta, se recomienda la administración de una dosis única de antibióticos profilácticos. (OMS, 2014)

### Conclusiones

Durante las primeras 20 semanas de embarazo, las mujeres experimentan sangrado vaginal (sangrado ginecológico) que puede resultar en aborto espontáneo o pueden surgir problemas más adelante en el embarazo, como un bebé de bajo peso al nacer, prematuro, mortinato o morir durante o poco después del nacimiento.

Si el sangrado es abundante, la presión arterial puede caer a niveles peligrosamente bajos y provocar un shock. Sin embargo, muchas mujeres que experimentan un sangrado leve durante el embarazo temprano continúan teniendo un embarazo y un parto saludables.

La cantidad de sangrado puede variar desde unos pocos puntos esporádicos hasta una gran cantidad de sangre. El derramamiento de grandes cantidades de sangre siempre es motivo de preocupación, pero las manchas o puntos claros también pueden indicar un trastorno grave.

El sangrado vaginal durante el primer trimestre del embarazo puede mostrar síntomas que sugieren un motivo de preocupación como desmayos, mareo o palpitaciones: síntomas que indican una presión arterial muy baja, pérdida de grandes cantidades de sangre o sangre que contiene tejido o trombos grandes, dolor abdominal intenso, que empeora al moverse o al cambiar de posición, fiebre, escalofríos y flujo vaginal que contiene pus mezclado con sangre.

En cualquiera de los casos es importante que los médicos pregunten sobre los síntomas y la historia clínica (incluyendo embarazos anteriores, abortos espontáneos, abortos y factores de riesgo de embarazo ectópico y aborto espontáneo). Acompañado de una exploración física. Los antecedentes clínicos y la exploración física a menudo sugieren la causa del trastorno y las pruebas que pueden ser necesarias para preservar la salud de las gestantes.

**Bibliografía**

- Bernaudo-Bourrelle, L., Ishaque, U., & Gabriel, R. (17 de diciembre de 2017). Alumbramiento normal, alumbramiento dirigido, hemorragias posparto. *EMC - Ginecología-Obstetricia*(53), 1-14. doi:https://doi.org/10.1016/S1283-081X(17)86888-0
- Gamero de Ramos, M., Villasmil Araujo, V., Fonseca, C., & Silva, R. (2008). Sangrado vaginal anormal, hábitos de vida y biopsia de endometrio. *Salus*, 12(1), 20-34. Recuperado el 10 de diciembre de 2022, de https://www.redalyc.org/pdf/3759/375938986008.pdf
- Martínez Suarez, A. A. (2020). Hemorragia del Tercer Trimestre por Acretismo Placentario. Escuela de Obstetricia. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo. Obtenido de http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8396/E-UTB-FCS-OBST-000235.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- MedlinePlus. (8 de diciembre de 2021). National Library of Medicine. Obtenido de Hemorragia: https://medlineplus.gov/spanish/bleeding.html#:~:text=El%20sangrado%20o%20hemorragia%20es,lesi%C3%B3n%20en%20un%20%C3%B3rgano%20interno.
- Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. (s/f.). Guía de Atención de las Complicaciones Hemorrágicas del Embarazo. Bogotá: República de Colombia. Recuperado el 8 de diciembre de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/28Atencion%20de%20las%20hemorragias%20embarazo.PDF
- OMS. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud,. Recuperado el 8 de diciembre de 2022, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500\_spa.pdf;jsessionid=0C7E0BD-C987E41E02789625A00971A01?sequence=1
- OMS. (19 de septiembre de 2019). Obtenido de Mortalidad Materna: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
- OPS. (2015 de marzo de 2015). Cero Muertes Maternas. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. Recuperado el 8 de diciembre de 2022, de Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: 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=0&lang=es#gsc.tab=0
- Ossé, L., Nebout, S., Filippov, J., & Keita, H. (23 de Agosto de 2020). Hemorragias obstétricas. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 56(3), 1-8. doi:https://doi.org/10.1016/S1283-081X(20)44038-X
- Peña N., J. F., & Quispe V., L. A. (2019). Factores de la hemorragia del puerperio inmediato en pacientes del Hospital regional Docente MAterno Infantil "El Carmen" Huancayo 2014-2018. Escuela Profesional de Obstetricia. Huancayo: Universidad Peruana de los Andes. Obtenido de http://www.repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1421/TESIS%20FINAL%20%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ponce Piloza, M. J., Zapata Mata, M. A., Cárdenas Chávez, A. B., & Parra Conforme, W. G. (2021). Manejo de la hemorragia severa post-parto por atonía uterina. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 1128-1146. doi:https://doi.org/10.23857/dc.v7i4.2470
- Sánchez Sánchez, M., Miró Andreua, O., & Coll-Vinent Puiga, B. (2000). Las hemorragias. *Medicina Integral*, 36(6), 203-210. Obtenido de https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-las-hemorragias-15332
- Sornoza Z., R., Ordóñez B., M. A., Velásquez P., N. J., & Espinoza I., M. R. (2022). Hemorragias Obstétricas. *Reciamuc*, 287-295. doi:10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.287-29



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

**CITAR ESTE ARTICULO:**

Baque Narváez, C. E., Salinas Martínez, R. D., Allieri Fernandez, J. G., & Alvarez Cruz, E. Y. (2022). Pérdida de sangre en el embarazo, parto y post-parto. *RECIAMUC*, 6(4), 98-105. https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(4).octubre.2022.98-105

