

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**EFECTIVIDAD DE LAS  
INTERVENCIONES EN EL MANEJO DE  
LAS HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS  
RELACIONADO A MORBILIDAD Y  
MORTALIDAD MATERNA, REVISIÓN  
SISTEMÁTICA, 2024**

**REBECA ROJAS CASTRO**

**Agosto, 2025**

## Índice de contenidos

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	6
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>7</b>
1.1 PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1.1 Antecedente del problema.....	8
1.1.2 Delimitación del problema.....	10
1.1.3 Justificación.....	10
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.3.1 Objetivo general.....	12
1.3.2 Objetivos específicos.....	12
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	12
1.4.1 Alcances de investigación.....	12
1.4.2 Limitaciones de investigación.....	13
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	15
2.1.1 Hemorragias Obstétricas.....	15
2.1.2 Factores de riesgo de hemorragias obstétricas.....	16
2.1.3 Hemorragias obstétricas primera mitad del embarazo.....	16
2.1.4 Hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo.....	22
2.1.5 Hemorragias obstétricas postparto.....	27
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>32</b>
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	33
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	33
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	33
3.3.1 Fuentes de información.....	33
3.3.2 Población.....	34
3.3.3 Muestra.....	34
3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	34

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	35
3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	35
3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	38
3.7 ORGANIZACIÓN DE DATOS .....	40
3.8 ANÁLISIS DE DATOS.....	43
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	52
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>57</b>
6. 1 Conclusiones .....	58
6. 2 Recomendaciones.....	59
<b>BIBLIOGRAFÍAS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>68</b>
CARTA DEL TUTOR.....	69
DECLARACIÓN JURADA .....	70

## Índice tablas

Tabla 1: Indicaciones, contraindicaciones absolutas y relativas para tratamiento de embarazo ectópico con metrotexato .....	20
Tabla 2: Diferencias entre placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) .....	24
Tabla 3: Farmacoterapia uterotónica para el manejo de HPP.....	29
Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión.....	34
Tabla 5: Componentes de la pregunta PICO .....	37
Tabla 6: Descriptores en salud.....	37
Tabla 7: Relación entre conceptos.....	37
Tabla 8 Algoritmo de búsqueda .....	37
Tabla 9: Flujograma PRISMA.....	40
Tabla 10 Organización de datos.....	40

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis con todo mi cariño y gratitud a mi familia y mi novio quienes han sido mi pilar fundamental desde el primer día. Su amor, confianza y motivación han sido la fuerza que me impulso a seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco especialmente a mis padres y mis hermanos, por su amor tan incondicional, sus sacrificios y su apoyo en cada paso de todo este proceso, gracias por estar presentes en cada paso de este camino, sin ustedes no hubiera podido llegar hasta aquí.

Y a mi novio, por caminar a mi lado en cada etapa de este proceso por acompañarme, enseñarme, por confiar en mis capacidades, por darme palabras de aliento cuando más las necesitaba. Gracias por siempre estar ahí, compartiendo cada pequeño logro.

## RESUMEN

**Introducción:** Las hemorragias obstétricas se definen como la pérdida sanguínea durante el embarazo, en el parto o en el puerperio.

Se clasifica como: Menor cuando la pérdida sanguínea es de 500-1.000 ml, mayor cuando es de >1.000 ml.

Es una condición multifactorial, el riesgo se asocia a factores como la edad materna, multiparidad, preeclampsia, macrosomía fetal, corioamnionitis, atonía uterina, gestación múltiple, entre otros factores.

**Objetivo general:** Demostrar la efectividad de las intervenciones en el manejo de las hemorragias obstétricas relacionado a morbilidad y mortalidad materna.

**Metodología:** Estudio Descriptivo, basado en búsqueda bibliográfica de artículos.

**Resultados y Discusión:** El utilizar la Oxitocina podría provocar una atonía uterina y lesiones del canal de parto, lo que se mencionan como causas de hemorragias obstétricas, por lo cual se podría considerar contraproducente.

**Conclusiones:** Se concluyó que los fármacos uterotónicos y el masaje bimanual funcionan como parte del manejo para hemorragias obstétricas postparto. También que el riesgo de una hemorragia postparto se puede disminuir con el uso profiláctico de uterotónicos.

**Palabras claves:** Hemorragias obstétricas, Intervenciones en el manejo, morbilidad y mortalidad materna.

## ABSTRACT

**Introduction:** Obstetric hemorrhage is defined as blood loss during pregnancy, childbirth, or the postpartum period.

It is classified as: Minor when blood loss is 500–1,000 ml, major when it is >1,000 ml.

It is a multifactorial condition, the risk is associated with factors such as maternal age, multiparity, preeclampsia, fetal macrosomia, chorioamnionitis, uterine atony, multiple gestation, among other factors.

**General objective:** To demonstrate the effectiveness of interventions in the management of obstetric hemorrhages related to maternal morbidity and mortality.

**Methodology:** Descriptive study based on a bibliographic search of articles.

**Results and Discussion:** The use of Oxytocin could cause uterine atony and birth canal injuries, which are mentioned as causes of obstetric hemorrhage, and therefore could be considered counterproductive.

**Conclusions:** It is concluded that uterotonic drugs and bimanual massage are effective as part of the management of postpartum obstetric hemorrhage. The risk of postpartum hemorrhage can also be reduced with the prophylactic use of uterotonics.

**Keywords:** Obstetric hemorrhage, management interventions, maternal morbidity and mortality.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1 PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1.1 Antecedente del problema

La investigación: “Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas” realizada con un total de 105 puérperas, concluye que el uso de Oxitocina para el manejo del trabajo de parto y la sobre distensión uterina provocaron atonía uterina (35,2%) y lesiones del canal blando (35,2%) (Fariñas et al., 2019).

En el estudio: “Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato”, realizado con 528 mujeres, 160 de ellas experimentaron hemorragias en ese periodo. Las hemorragias por desgarro del suelo pélvico representan el 48,75%, siendo así las más comunes y se asociaron en un 35% a hematomas en las paredes del suelo, 26,25% por retención de restos placentarios, 20% a acretismo placentario y finalmente las ocasionadas por atonía uterina fueron de un 25%, correspondiendo un 25% a coagulopatías (Antepara&Toledo, 2019).

El artículo “Índice de choque como marcador inicial de choque hipovolémico en hemorragia obstétrica de primer trimestre” menciona que, según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 25-30% de muertes maternas son atribuibles a hemorragia obstétrica. Estas muertes suelen iniciarse con el desarrollo de choque hemorrágico y sus consecuencias, especialmente la disfunción orgánica múltiple (Contreras et al., 2019).

Bolaños 2020 “Incidencia De Factores Clínicos Y Sociodemográficos De Hemorragia Postparto En Pacientes Atendidas En El Hospital Niño Jesús En Barranquilla. Enero 2017- Enero 2018” realizada con un total de 280 pacientes, se concluye que un factor de riesgo asociado a las hemorragias postparto es la edad avanzada de las pacientes, evidenciándose en un 70% entre las edades de 30 a 47 años (Bolaños et al., 2020).

En el documento: “Hemorragia obstétrica. Impacto en la salud pública” señala que la hemorragia obstétrica es una de las principales causas de morbimortalidad materna en todo el mundo. Anualmente, 14 millones de mujeres la sufren en el postparto, lo que constituye una problemática alarmante que requiere énfasis en la prevención, vigilancia y tratamiento de la población femenina (Ramírez et al., 2022).

La publicación: “Hemorragias obstétricas” indica que el conocimiento de los factores de riesgo y las causas que originan la hemorragia obstétrica permite prevenir su incidencia. Entre sus factores de riesgo más comunes destacan: primigravidez, obesidad materna, macrosomía fetal, embarazo múltiple, trabajo de parto prolongado, corioamnionitis, preeclampsia, la anemia materna y la hemorragia preparto (Zavala et al., 2022).

Torres y Urrego 2022 Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa.”, se destaca la importancia de correlacionar la evaluación clínica completa con los hallazgos ecográficos y las concentraciones de  $\beta$ -hCG y descartar las causas no obstétricas del sangrado, sin importar de la sospecha diagnóstica inicial (Torres & Urrego 2022).

“Factores de riesgo relacionados con las complicaciones de la hemorragia obstétrica”, es una investigación realizada mediante un estudio observacional y analítico de casos y controles, con 12 casos (con complicaciones) y 24 controles (sin complicaciones). Este estudio concluye que los principales factores de riesgo identificados para el desarrollo de complicaciones durante la hemorragia obstétrica son los siguientes: la creatinina = 113  $\mu$ mol/L, índice internacional normalizado = 2, hematocrito < 0,23 y hemoglobina < 70 g/L (Pantoja & Suarez 2023).

De la cruz 2023 “Hemorragia posparto por atonía uterina, Hospital Nivel II, Sihuas, 2023”, es una publicación que señala la mayoría las causas de mortalidad materna se deben a hemorragias obstétricas (43,3%), con énfasis en la hemorragia posparto (31,8%) (De la Cruz. 2023).

## **Nacionales**

Rivera “Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno” resalta que las causas de las hemorragias obstétricas incluyen anomalías del tono uterino, trauma intraparto, retención de restos del producto de concepción y alteraciones en la coagulación sanguínea materna (Rivera et al., 2020).

### **1.1.2 Delimitación del problema**

La revisión sistemática se lleva a cabo en pacientes embarazadas con una hemorragia obstétrica grave, entre los años 2019 y 2024, en países latinoamericanos

### **1.1.3 Justificación**

Las hemorragias obstétricas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial. Aproximadamente el 70% de las muertes maternas se deben a complicaciones prevenibles, siendo los sangrados obstétricos unos de las principales. Esto subraya la urgencia de realizar adecuadas intervenciones, con el fin de mejorar los resultados en la salud materna y neonatal.

Sin embargo, al evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas durante una hemorragia obstétrica, que puede ir desde el uso de fármacos útero tónicos hasta

intervenciones quirúrgicas, permitirá a los profesionales de la salud contar con una base de evidencia actualizada para la toma de decisiones en situaciones críticas, establecer protocolos más eficaces, mejorando la calidad de atención y reduciendo la tasa de complicaciones asociadas.

Es fundamental evaluar la evidencia disponible sobre las intervenciones para identificar las prácticas más efectivas, esto con el fin de reducir la incidencia y mejorar la morbimortalidad en estas complicaciones obstétricas.

La efectividad de las intervenciones en el manejo de las hemorragias obstétricas no es solo un tema de interés académico, sino que también tiene un impacto directo en la salud y el bienestar de las mujeres.

Esta investigación busca investigar sobre la efectividad de las intervenciones en para el manejo de las hemorragias obstétricas, con el objetivo de salvar vidas y mejorar los resultados clínicos en la atención materna.

Es importante resaltar que, además de la atención médica inmediata, la prevención es crucial en la reducción de las hemorragias obstétricas, como lo sería el manejo adecuado de la atención prenatal y la identificación temprana de factores de riesgo.

## **1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la efectividad de las intervenciones en el manejo de las hemorragias obstétricas relacionado a morbilidad y mortalidad materna?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

Demostrar la efectividad de las intervenciones en el manejo de las hemorragias obstétricas relacionado a morbilidad y mortalidad materna.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- 1 Describir las intervenciones en el manejo de hemorragias obstétricas.
- 2 Determinar la efectividad de las intervenciones en el manejo de las hemorragias obstétricas.
- 3 Identificar los factores de riesgo de una hemorragia obstétrica.
- 4 Relacionar la efectividad de las intervenciones de las hemorragias obstétricas con la morbilidad y mortalidad materna.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de investigación**

Se recopilaron datos referentes a la efectividad de diversas intervenciones empleadas en el manejo de las hemorragias obstétricas, identificando aquellas que tienen mejores resultados en la reducción de la morbimortalidad materna. Asimismo, se identificaron los principales factores de riesgo asociados.

#### **1.4.2 Limitaciones de investigación**

Debido a la amplitud del tema, la revisión bibliográfica se centró en los artículos relacionados con las causas de las hemorragias obstétricas, lo que pudo haber limitado la inclusión de información sobre otros aspectos relevantes del tema.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## 2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

### 2.1.1 Hemorragias Obstétricas

Las hemorragias obstétricas se clasifican en dos principales; hemorragia anteparto (HAP) y hemorragias Posparto (HPP). Esta clasificación depende del momento en que se presente estas hemorragias.

Las hemorragias durante la gestación se pueden dividir dependiendo del momento del embarazo en el que se encuentre. En la primera mitad del embarazo como lo es en el aborto, embarazos ectópicos y enfermedad trofoblástica. Por otra parte, en la segunda mitad del embarazo, como por ejemplo en el desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y rotura del útero. (Zavala et al., 2022).

El Colegio Real de Ginecólogos y Obstetras (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists-RCOG*), clasifica las hemorragias obstétricas como: Menor cuando la pérdida sanguínea es de 500-1,000 ml Mayor cuando es  $> 1,000$  ml, que se subdivide en Moderada con valores de 1,000-2,000 ml) y Grave cuando es  $> 2,000$  ml (Zavala et al., 2022).

Por otra parte, la hemorragia posparto inmediata o primaria (HPP) se dan en las primeras 24 horas después del parto y está se define como toda pérdida sanguínea de 500 ml luego de un parto vaginal o 1000 ml luego de una cesaría.

Asimismo, la hemorragia postparto secundaria se define como cualquier hemorragia anormal o excesiva a través del canal de parto, la cual ocurre entre las primeras 24 horas y 12 semanas después del parto (Antepara & Toledo, 2019).

### **2.1.2 Factores de riesgo de hemorragias obstétricas**

Es una condición multifactorial, el riesgo se asocia a factores demográficos como la edad materna (superior a los 35 años y menor a los 19 años), multiparidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, gestación postérmino, legrados uterinos previos, preeclamsia, macrosomía fetal, hematoma retroplacentario, corioamnionitis, atonía uterina, gestación múltiple, entre otros factores.

Además, se identifican fallas en el manejo, las cuales se denominan triple retraso: retraso en el diagnóstico, retraso en la búsqueda de asistencia apropiada y retraso en la aplicación del tratamiento (Fariñas & Gonzalez, 2019).

### **2.1.3 Hemorragias obstétricas primera mitad del embarazo**

Son un problema frecuente, a una cuarta parte de las embarazadas pueden ocurrirles, varia desde manchas de sangre hasta sangrados abundantes. Aproximadamente la mitad de los sangrados terminan en aborto espontáneo, pero sí no se da el aborto espontáneo es probable que se den problemas más adelante en el embarazo, como bajo peso al nacer, parto prematuro o morir en el nacimiento.

#### **2.1.3.1 Causas más comunes de las hemorragias obstétricas en la primera mitad del embarazo**

Identificar las causas más comunes es fundamental para un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado, ya que son esenciales para reducir los riesgos asociados. Entre las principales causas se encuentran:

- Embarazo anembrionario: se define como un saco gestacional que presente un diámetro  $>25$  mm, el cual no tiene un saco vitelino, ni un embrión visualizado en ecografía transvaginal.
- Pérdida gestacional temprana: Se define como un embarazo intrauterino no viable, la edad gestacional debe ser no mayor a 12 semanas 6 días, la mayoría se dan antes de las 10 semanas.
- Embarazo ectópico: Se da en el 2% de los embarazos, se describe como una implantación del embrión fuera de la cavidad uterina, con una frecuencia del 90% en las trompas uterinas, pero puede ser en otros sitios extrauterinos.
- Muerte embrionaria: se describe como la ausencia de actividad cardiaca en un embrión que es ecográficamente visible, con una longitud cráneo-caudal (CRL) de 7 mm, con un diámetro medio del saco de 25 mm (Nawaz et al, 2021).
- Aborto completo: Se define como la expulsión total de los productos de la concepción, esto va acompañado de contracciones uterinas y una dilatación del cuello uterino.
- Aborto incompleto: Es la expulsión de los productos de forma parcial, que se caracteriza como una dilatación del cuello uterino, acompañada de contracciones uterinas.
- Aborto espontáneo: Es una pérdida no provocada del embarazo, se da en 10% a 20% de los embarazos. Ocurre antes de las 20 semanas de gestación o cuando el producto tiene un peso de 500 gramos o menos.

- Amenaza de aborto: Se define como un sangrado vaginal antes de las 20 semanas de embarazo, el cual tiene una actividad cardíaca embrionaria o fetal, pero carece de una dilatación del cérvix.
- Embarazo no viable: Se refiere a una situación en la que el embarazo no tiene la capacidad de concluir en el nacimiento de un bebé vivo, esto puede ocurrir por diversas razones como anomalías cromosómicas o problemas de desarrollo fetal.
- Enfermedad trofoblástica gestacional: Se define como una proliferación de tejido trofoblástico, que es el componente del embrión que se desarrolló en la placenta, se caracteriza por un crecimiento heterogéneo agrandado. Pueden ser benignas o malignas que puede tener invasión local o a distancia, sobre todo al pulmón y la vagina. La mola hidatiforme o embarazo molar se la forma más común (80%) y se considera una enfermedad premaligna. (Bruce & Sorosky, 2024).

### **2.1.3.2 Manejo de las hemorragias obstétricas en la primera mitad del embarazo**

El manejo de las hemorragias obstétricas en la primera mitad del embarazo es un aspecto fundamental de la atención prenatal, ya que pueden indicar condiciones graves que amenazan la salud de la madre y el desarrollo del feto. Por esta razón, es importante saber el manejo en cada una de las causas, las cuales son:

- **Amenaza de aborto**

En la amenaza de aborto, el manejo suele ser expectante, al presentar sangrado se debe realizar una ecografía pélvica y pruebas de embarazo en sangre de forma seriada cada 48 horas. Si la paciente tiene un alto riesgo de aborto, se recomienda progesterona para reducir el riesgo y evitar tener relaciones sexuales. (Mouri et al, 2024)

- **Pérdida gestacional temprana**

Aproximadamente de 11% de los embarazos intrauterinos culminan en pérdida gestacional temprana. Si existe dudas sobre de la viabilidad del embarazo, se debe repetir la ecografía 7 a 10 días después. En caso de pérdida gestacional temprana hay tres opciones de atención que no muestran diferencia en cuanto a satisfacción, que son: (Torres & Urrego, 2022).

- **Expectante:** Consiste en esperar una expulsión espontanea, normalmente en un periodo de una o dos semanas, hasta las 8 semanas se puede considerar seguro, si la paciente estable. Por otra parte, se pueden hacer recetas para el manejo de dolor. Este manejo expectante se suele realizar en hemodinamicamente estables. (Mehra et al. 2024)
- **Médico:** Consta en la administración de medicamento llamado Misoprostol, el cual se utiliza para desencadenar contracciones, y la mifepristona que actúan degenerando el endometrio y así despendiendo el embrión. Se recomienda Mifepristona 200mg vía oral más 800 µg de Misoprostol por vía vaginal a las 24 o 48 h dosis única. (Mehra et al. 2024)
- **Quirúrgico:** El manejo quirúrgico recomendado es la aspiración manual endouterina (AMEU), ya que es más rápido y se asocia con un menor dolor y menor sangrado, tiene una tasa de evacuación completa del 97%. (Torres & Urrego, 2022).

Cabe destacar que si se opta por la conducta expectante o médica, se debe realizar una ecografía para confirmar si se dio una completa expulsión del producto. Por otra parte, si se elige el manejo quirúrgico, no se requiere control ecográfico.

- **Aborto incompleto**

La OMS recomienda la administración de 600 µg de Misoprostol por vía oral o 400 µg sublingual; el Misoprostol debe ser suficiente para lograr la expulsión completa de los productos de la concepción (Redinger & Nguyen, 2024).

Sin embargo, el tratamiento quirúrgico se puede realizar cuando la paciente se encuentra inestable hemodinámicamente, en los abortos sépticos y en las que no les funciona el tratamiento médico (Redinger & Nguyen, 2024).

- **Embarazo ectópico**

El Metotrexato intramuscular es el tratamiento médico de elección para un embarazo ectópico no roto, ya que su administración oral ha demostrado ventajas limitadas. Sin embargo, antes de la aplicación del medicamento se debe tener en cuenta las contraindicación absolutas y relativas (Tabla 1).

*Tabla 1:*

*Indicaciones, contraindicaciones absolutas y relativas para tratamiento de embarazo ectópico con metotrexato*

Indicaciones	Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
Paciente estable	Embarazo intrauterino.	Embriocardia.
Sin ruptura.	Inmunodeficiencia.	β-hCG inicial mayor de 5000 mU/mL.
Sin contraindicaciones absolutas.	Anemia, leucopenia o trombocitopenia moderada-grave.	Aumento de β-hCG mayor del 50% en 48 h.
β-hCG inicial menor de 5000 mU/mL.	Alergia al metotrexato.	Masa mayor de 4 cm.

Masa menor de 4 cm.	<p>Enfermedad pulmonar activa</p> <p>Úlcera péptica activa</p> <p>Disfunción hepática o renal significativa</p> <p>Lactancia</p> <p>Embarazo ectópico roto</p> <p>Inestabilidad hemodinámica</p> <p>Dificultad para el seguimiento.</p>	Rechazar transfusiones.
---------------------	---	-------------------------

Fuente: (Torres & Urrego, 2022).

Hay tres esquemas de aplicación del metotrexato:

- Dosis única: Se aplican 50 mg/m<sup>2</sup> el primer día. Se debe realizar un control de la β-hCG, al séptimo día, si desciende >15% se repite el control cada semana, pero si el descenso es <15% deberá aplicarse una dosis extra.
- En dos dosis: El primer día se aplican 50 mg/m<sup>2</sup> de Metotrexato por vía intramuscular y se repite la dosis al cuarto día. Y realiza un control igual que en la dosis única.
- Dosis múltiple: Se aplica 1 mg/kg el primer día, por vía intramuscular. La dosis se repite al tercer día, quinto y séptimo, o hasta que los niveles de β-hCG desciende >15%, esas dosis se pueden repetir cuatro veces, si no hay descenso se debe proceder al tratamiento quirúrgico. En este esquema deben aplicarse 0.1 mg/kg de Leucovorina por vía intramuscular los días 5, 6 y 8. (Torres & Urrego, 2022).

También se puede realizar tratamiento quirúrgico cuando el Metotrexato está contraindicado, Si ya existe una ruptura de la trompa, el tratamiento es mediante

laparoscopia y se suele realizar salpingectomía que es la extracción de la trompa, que se suele realizar si el embarazo ectópico ya está roto o la salpingostomía que implica solo en extraer el embarazo ectópico sin afectar la trompa. (Vadakekut y Gnugnoli, 2025)

- **Enfermedad trofoblástica gestacional**

El tratamiento está relacionado con el deseo de seguir siendo fértil; si la paciente quiere conservar su fertilidad, se recomienda tanto la aspiración manual endouterina, como los uterotónicos. Si no desea conservar su capacidad reductiva se considera la histerectomía con salpingectomía, esta presenta un menor riesgo de secuelas malignas postmola comparándolo con el legrado aspirativo. Solo en casos de mola completa de alto riesgo (mayores de 40 años,  $\beta$ -hCG >100,000 mUI/mL, aumento excesivo de la altura uterina o quistes tecaluteínicos mayores de 6 cm) se recomienda la quimioterapia profiláctica con metotrexato o dactinomicina en todas las pacientes (Bruce & Sorosky, 2024).

Después del tratamiento, se cuantificará de la  $\beta$ -hCG a las 24 -48 horas post evacuación y luego de eso cada 1 a 2 semanas, esto hasta obtener consecutivamente tres mediciones negativas, luego se recomienda una cada 3 meses por un semestre, esto para descartar la neoplasia trofoblástica gestacional postmolar. Además, se debe realizar ecografía transvaginal en los primeros 7 -11 días post evacuación y posteriormente se evaluará la necesidad dependiendo de la evolución de la  $\beta$ -hCG. (Bruce & Sorosky, 2024).

#### **2.1.4 Hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo**

Estas hemorragias ocurren antes del parto, específicamente después de las 22 semanas de gestación, es decir en el segundo y tercer trimestre de embarazo. Este sangrado es espontáneo, indoloro y sin una causa aparente, sin embargo, generalmente se debe al trabajo de parto o las contracciones de Braxton-Hicks. Por lo tanto cualquier sangrado ocurrido en este periodo se debe sospechar, y el diagnóstico se realiza mediante manifestaciones clínicas y los hallazgos de una ecografía.

#### **2.1.4.1 Causas más comunes de hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo**

Reconocer las causas más comunes de sangrados en la segunda mitad del embarazo es fundamental para un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado. Entre las principales causas se encuentran:

- **Placenta previa**

Se define como la placenta que está superpuesta al orificio endocervical y que afecta a 1 de cada 200 embarazos a término. Su incidencia es del 0,2 al 0,45 de todos los embarazos. Además, la edad materna avanzada está asociada con una incidencia del 2% después de los 35 años y del 5% después de los 40 años.

En el pasado, la placenta previa fue clasificada como placenta completa, parcial y marginal, esto según la distancia que se localizaba del orificio endocervical. Sin embargo, en la actualidad, con el uso del ultrasonido transvaginal se permite localizar el borde placentario del orificio endocervical, por lo que, la nomenclatura ha cambiado con el fin de eliminar los términos "parcial" y "marginal". Así, todas las placentas superpuestas al orificio

endocervical se denominan placenta previa, mientras que aquellas cercanas al orificio, pero no sobre este se conocen placenta de inserción baja (Monge, 2017).

- **Desprendimiento de placenta prematura normoinserta ( DPPNI)**

Es la separación parcial o total de una placenta que no es previa de la decidua uterina, en embarazo de más de 20 semanas y ocurre antes de la expulsión del feto. En embarazos simples se da en 1/150-200 partos, suele estar aumentada en multíparas, embarazos múltiples y en embarazadas de mayor de 35 años.

Es importante resaltar que existen claras diferencias entre una placenta previa y un desprendimiento de placenta prematura normoinserta, como se detalla en la tabla 2. Estas variaciones con fundamentos para el diagnóstico y manejo adecuado.

*Tabla 2:*

*Diferencias entre placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI)*

	Placenta previa	DPPNI
Inicio	Insidioso	Brusco
Hemorragia	Externa	Interna o mixta
Sangrado	Rojo brillante	Rojo oscuro
Hipertensión	No	Frecuente
Shock	Ocasional	Frecuente
Dolor	No	Si
Útero	Relajado	Hipertónico ("útero leñoso)
Palpación fetal	Normal	Difícil

Contracciones	Generalmente no	Si o hipertonia uterina
Bienestar fetal	Normal	Alterado

Fuente: (Reyes, 2017).

- **Vasa previa**

Esta es una condición en el cual los vasos sanguíneos de la placenta o del cordón umbilical, suelen atravesar la entrada del canal de parto, esto por debajo de la presentación. Estos vasos anómalos se pueden presentar de dos formas, una es a la inserción velamentosa del cordón y la otra es una alteración placentaria. Esta condición se presenta en 1 en 1.200 a 1 en cada 2500 embarazos, siendo una patología rara (Oyelese et al., 2023).

Se da durante el parto o la ruptura de membranas, debido a que los vasos fetales dentro de las membranas no están protegidos por la gelatina de wharton, antes de que se unan en el cordón umbilical, dado eso se producir un desgarro, está relacionado con una inserción baja de placenta, una variante anatómica, así como la presencia de un embarazo concebido por fecundación in vitro o en embarazo múltiple.

#### **2.1.4.2 Manejo de hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo**

El manejo de las hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo es esencial en la atención materna, ya que pueden indicar complicaciones graves que requieren una intervención rápida y efectiva. Además, su adecuado manejo es esencial para mantener la salud y bienestar de la madre y el bebé, por esto es importante conocer el tratamiento en cada una de las causas, las cuales son:

- **Placenta previa**

En caso de que la paciente haya presentado algún episodio de sangrado cuando su edad gestacional sea menor a la semana 34 y no presente descompensación hemodinámica, se le debe realizar un manejo expectante, en el cual se recomienda el uso de corticosteroides para favorecer la maduración pulmonar, también se debe controlar el bienestar fetal y evitar los tactos vaginales. También se puede realizar inhibición de la actividad uterina con tocolíticos, aunque su uso es controversial (Monge, 2017).

Por otra parte, la cesarí es el único modo apropiado y seguro de parto cuando se tiene una placenta previa, pero no todos los casos de sangrados por esta complicación se les debe realizar una cesarí de urgencia, sin embargo, en los sangrados profusos e incontrolables y que se vea afectado el bienestar fetal sí se debe realizar una cesarí de urgencia.

- **Desprendimiento de placenta**

El manejo del desprendimiento de placenta depende de la gravedad, de la edad gestacional y el estado hemodinámico tanto de la madre como también del feto. Sin embargo es esencial tener presente que una embarazada está en riesgo de tener un desprendimiento grave repentido, cuando tiene con un leve sangrado procedente de un desprendimiento. Independientemente de la edad gestacional si hay una inestabilidad hemodinámica materna y la frecuencia cardiaca fetal se ve afectada, se debe finalizar el embarazo.

Sin embargo, se debe de poner fin al embarazo en los casos no graves, y con una edad gestacional mayor a 34 semanas. Si es menor de 34 semanas, pero la madre está estable, y el desprendimiento es leve, con bienestar fetal adecuado, se puede considerar la maduración pulmonar del feto y la administración de tocolíticos (Monge, 2017).

- **Vasa previa**

El manejo óptimo es un tema controversial debido a la escasez de datos de calidad. Sin embargo, es aceptado que el parto se debe realizar por medio de una cesárea, esto antes de la ruptura de membranas o del inicio del parto. Además, la semana 34 y 35 de embarazo es la edad adecuada para realizar el parto, sin tener que realizar madurez pulmonar al feto (Monge,2017).

### **2.1.5 Hemorragias obstétricas postparto**

Es una de las principales causas de morbilidad materna, en la actualidad, la prevalencia es de próximamente en 5%; sin embargo, su incidencia en los últimos años ha aumentado, esto se debe a la manipulación médica del trabajo de parto, el uso indiscriminado de cesarías, la dificultad para identificar correctamente los factores de riesgo y por el incremento en los casos de atonía uterina.

Es esencial un temprano diagnóstico y un manejo adecuado, el cual incluye medidas generales de soporte vital junto con estrategias específicas para controlar el sangrado. Estas acciones son efectivas para minimizar los eventos adversos y disminuir la morbilidad y mortalidad materna, ya que mientras más precoz se haga el diagnóstico, menos cantidad de sangre se pierde y la evolución es más favorable (Rivera et al., 2020).

#### **2.1.5.1 Causas más comunes de las hemorragias obstétricas en posparto:**

La hemorragia posparto es un evento crítico que puede comprometer la salud de la madre, reconocer sus causas es fundamental para dar un diagnóstico oportuno y manejo inmediato. Sus principales causas son:

- **Atonía uterina:** Es la causa más común de hemorragias posparto, representada con 80-90% de los casos. Se presenta con una disminución de la contractilidad uterina y una mala progresión del parto. Algunos de los factores de riesgo son embarazo múltiple, parto prolongado, corioamnionitis, entre otros (Zavala, et al.,2022).
- **Retención de productos de la concepción:** La placenta debe expulsarse en los primeros 30 minutos tras el parto, de no ser así se da la retención de tejido placentario, que se presenta en un 9% de los casos de hemorragia posparto, se debe a anomalías de la placenta o la retención de restos placentarios. Estos restos placentarios ocasionan un sangrado uterino persistente, el cual es secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo cual impide una eficaz contracción uterina.
- **Lesiones del canal general:** Pueden ser causadas por desgarros de la vagina o del cérvix, ruptura uterina, dehiscencia uterina, son responsables de un 20% de las hemorragias posparto, suelen ser persistentes, aunque menos abundantes que en la atonía o la retención de tejidos. Están asociadas a un parto instrumentado, fetos macrosómicos y a partos que ocurren antes de la dilatación cervical completa.
- **Alteraciones de la coagulación:** En responsable del 1% de las hemorragias obstétricas, estas alteraciones en la coagulación pueden ser adquiridas (síndrome de HELLP, preeclamsia grave, sepsis, entre otros) o congénitas (enfermedad de von willebrand, hemofilia tipo A) (Wormer et al., 2024).

La trombina sirve como un indicativo para evaluar la existencia de coagulopatía, esto ocurre después de una reducción severa de los factores de coagulación, ya sea por una pérdida de sangre o por hemodilución de los factores restantes.

#### **2.1.5.2 Manejo de las hemorragias posparto**

El manejo de las hemorragias postparto es fundamental para la seguridad de la madre, ya que, si no se tratan adecuadamente, pueden generar complicaciones graves, por ende, la detección temprana y una intervención oportuna son cruciales para minimizar riesgos y asegurar una recuperación exitosa, por eso es importante saber el manejo en cada una de las causas, los cuales son:

- **Atonía uterina**

Está indicada la administración de fármacos uterotónicos, como se simplifica en la tabla 3, eso se administran hasta observar efecto terapéutico o hasta que necesite medidas adicionales.

*Tabla 3:*

*Farmacoterapia uterotónica para el manejo de HPP*

Fármaco	Dosis	Efectos adversos
Oxitocina	40 UI diluidas en 500 mL de solución salina al 0.9% a pasar en 75 a 125 mL/hr.	Náuseas, vómitos, hipotensión por infusión IV rápida, hiponatremia con dosis altas.
Misoprostol	800 mcg sublingual, VO o vía rectal.	Náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, fiebre transitoria.
Metilergometrina	0.2 mg IM.	Nauseas, vómitos, hipertensión severa (tras infusión IV).

Fuentes: (Rivera et al., 2020).

También hay técnicas que estimulan y favorecen la contracción del útero atónico, cómo es el caso del masaje del fondo uterino el drenaje de la vejiga con una sonda Foley y la compresión bimensual del útero.

Si lo anterior no funciona se realiza un taponamiento uterino, el cual consiste en empaclar con gasas el útero, y tiene una efectividad del 90-100% en parto vaginal, mientras que por cesaría de un 20% a un 65% (Rivera et al., 2020).

- **Remoción de tejido retenido**

Se realiza una exploración manual del útero junto con una extracción de la placenta, si no tiene éxito, se puede utilizar ultrasonografía para confirmar y auxiliar la remoción del tejido por medio de curetaje (Wormer et al., 2024).

Además, se debe de inspeccionar toda la placenta, para así comprobar su integridad y verificar que dentro de la cavidad uterina no hayan quedado restos de ella, si se sospecha que, si hay restos placentarios, se debe hacer una exploración cuidadosa.

- **Alteraciones de la coagulación**

Se hace la prueba de tiempo de Lee White, esto así para eliminar la posibilidad de coagulopatía, particularmente la reducción del fibrinógeno. Para realizar este procedimiento, se extraen 5mL de sangre venosa, esto se introduce en un tubo de ensayo sin anticoagulante, si al paso de 5-10 minutos se forma un coágulo sólido, es probable que la causa de este sangrado no esté relacionada a diátesis hemorrágica. Por otra parte, se debe realizar también una toma de un hemograma completo, pruebas de coagulación, además de grupo sanguíneo y Rh. Se debe repetir el panel de coagulación cada 30 a 60 minutos, esto hasta que el sangrado cese (Rivera et al., 2020).

### Manejo quirúrgico:

- **Ligadura vascular:** La finalidad de la ligadura es reducir la presión del flujo sanguíneo uterino, esto tiene una tasa de eficacia en tratamiento de segunda línea de un 92% (Rivera et al., 2020).
- **Suturas compresivas:** La efectividad de este tratamiento es del 60% al 75%. Hay varias técnicas, siendo la sutura B-Lynch la más utilizada, y otras como la sutura Cho y Hayman. Realmente ninguna de estas técnicas ha demostrado superioridad (Rivera et al., 2020).
- **Histerectomía:** Este procedimiento se considera el tratamiento definitivo, dado que ocasiona infertilidad permanente, se utiliza solo para controlar hemorragias posparto que no son controlables con todas las otras técnicas, adicional a esto presenta complicaciones quirúrgicas potenciales que aumentan la morbilidad materna (Wormer et al., 2024).

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

El enfoque de esta revisión bibliográfica es cualitativo, ya que, se centra en el análisis de artículos que se basan en prácticas clínicas y contextos relacionados con las intervenciones utilizadas en el manejo de las hemorragias obstétricas, en relación con la morbilidad y mortalidad materna.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Esta es una investigación conocida como tipo de estudio descriptivo, ya que se basa en una revisión sistemática de la literatura ya existentes, donde solo se recopilan datos y se analizan información de diversas fuentes de investigación.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

La selección de los estudios incluidos en el análisis se lleva a cabo a través de criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron bases de datos académicas como PubMed, Scielo y Cochrane que son fuentes confiables y actualizadas.

#### **3.3.1 Fuentes de información**

En la realización de esta investigación, se recopilan artículos científicos internacionales y revistas. Toda esta información se obtiene de bases de datos como scielo, PubMed y Cochrane.

### 3.3.2 Población

La población de este estudio está compuesta por mujeres embarazadas con hemorragias obstétricas, tanto en el anteparto como en el postparto.

### 3.3.3 Muestra

Esta muestra consta del total de artículos científicos que son clasificados como elegibles para esta tesis, los cuales son 7 artículos, obtenidos de las bases de datos PubMed, Cochrane y Scielo.

### 3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión

En esta investigación se incluyen mujeres embarazadas con hemorragias obstétricas, anteparto, lo que incluye primera mitad del embarazo y segunda mitad del embarazo y hemorragias posparto y pacientes con un diagnóstico que podría provocar hemorragia obstétrica, como por ejemplo una placenta previa, por otra parte tenemos los criterios de exclusión, los cuales incluyen, mujeres embarazadas, estudios publicados antes del año 2019 y mujeres no embarazadas con hemorragias, como se observa en la tabla 4

*Tabla 4:*

*Criterios de inclusión y exclusión*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mujeres embarazadas con hemorragias obstétricas posparto.	Mujeres no embarazadas con hemorragias
Pacientes con diagnósticos relacionados con hemorragias obstétricas.	Estudios publicados antes del 2019.

Mujeres embarazadas con hemorragias obstétricas en la primera y segunda mitad del embarazo.	Artículos publicados en otro idioma que no sea español e inglés.
Intervenciones de hemorragias obstétricas.	
Resultados relacionados con la efectividad de las intervenciones de las hemorragias obstétricas.	
Mujeres con factores de riesgo para hemorragias obstétricas.	

Fuente: elaboración propia, 2024.

### 3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de datos de esta investigación, se utiliza un Excel en el cual se incluyen los criterios de inclusión y exclusión de la tabla 4. Con esta información, se analizan artículos de diferentes fuentes como PubMed y Scielo, y se obtienen 7 artículos elegibles para esta investigación.

### 3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En este trabajo se utiliza un diseño tipo no experimental trasversal, ya que solo se analiza la información en un único momento y no se trabaja con datos que se recojan en varios periodos, ni se realiza ningún tipo de manipulación.

Para realizar una revisión sistemática de calidad, se utiliza el método PRISMA, lo que garantiza el uso de artículos relevantes para la investigación, para eso se formula la pregunta PICO, y a partir de ahí se obtiene información de diferentes fuentes bibliográficas con cada variable.

Se realiza una tabla de estrategia de búsqueda, en la que primero se establecen los descriptores, los cuales son hemorragias obstétricas, hemorragias primer trimestre, hemorragias segundo y tercer trimestre, hemorragias postparto, intervenciones de hemorragias y si efectividad, la búsqueda será tanto en español como en inglés, como se observa en la Tabla 6.

Se realiza una relación entre conceptos, con los descriptores antes descritos, se relaciona: Hemorragias obstétricas en relación con intervenciones, intervenciones en relación con efectividad, intervenciones en relación con efectividad, intervenciones en hemorragias del primer trimestre, intervenciones en hemorragias del segundo y tercer trimestre, hemorragia postparto en relación con la efectividad, como se simplifica en la Tabla 7.

En las bases de datos, se busca con forme al algoritmo de búsqueda, para así obtener artículos de calidad. En este trabajo se emplean los siguientes algoritmos: "Hemorragias obstétricas" OR "Intervenciones", "postpartum hemorrhage" AND " management" , "blood management" AND " pregnancy" , " bleeding in pregnancy" AND " management", "ectopic pregnancy" AND "factors", "Enfermedad trofoblástica gestacional" AND "factores", "hemorragia postparto" and "tratamiento", "aborto" and "tratamiento", "postpartum hemorrhage" AND "managementse" observa en la Tabla 8.

Tabla 5:

*Componentes de la pregunta PICO*

P (Población)	Mujeres embarazadas con Hemorragias obstétricas.
I (Intervención)	Efectividad de las intervenciones.
C (Comparación)	No aplica.
O (Resultados)	Mortalidad y Morbilidad.

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Tabla 6:

*Descriptorios en salud*

<b>DESCRIPTORES</b>	<b>ESPAÑOL</b>	<b>INGLES</b>
Hemorragias obstétricas	X	X
Hemorragias primer trimestre	X	X
Hemorragias segundo y tercer trimestre	X	X
Hemorragias posparto	X	X
Intervenciones	X	X
Efectividad	X	X
Factores de riesgo	X	X

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Tabla 7

*Relación entre conceptos*

<b>CONCEPTO</b>	<b>RELACION</b>	<b>CONCEPTO</b>
Hemorragias Obstétricas Manejo	En relación con	Intervenciones
Intervenciones	En	Efectividad
Intervenciones	En	Hemorragias del primer trimestre
Hemorragia posparto	En relación con	Hemorragias del segundo y tercer trimestre
Hemorragia obstétrica	En relación con	La efectividad
		Factores de riesgo

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Tabla 8

*Algoritmo de búsqueda*


---

“Hemorragias obstétricas” OR “Intervenciones”

“Bleeding in pregnancy” AND “Management”

“Blood management” AND “Pregnancy”

“Ectopic pregnancy ” AND “Factors”

“Postpartum hemorrhage” AND “Management”

“Enfermedad trofoblástica gestacional” AND “factores”

“Hemorragia posparto” AND “tratamiento”

“Aborto” AND “Tratamiento”

“Postpartum hemorrhage ” AND “ Management”

---

Fuente: Elaboración propia, 2024.

### **3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

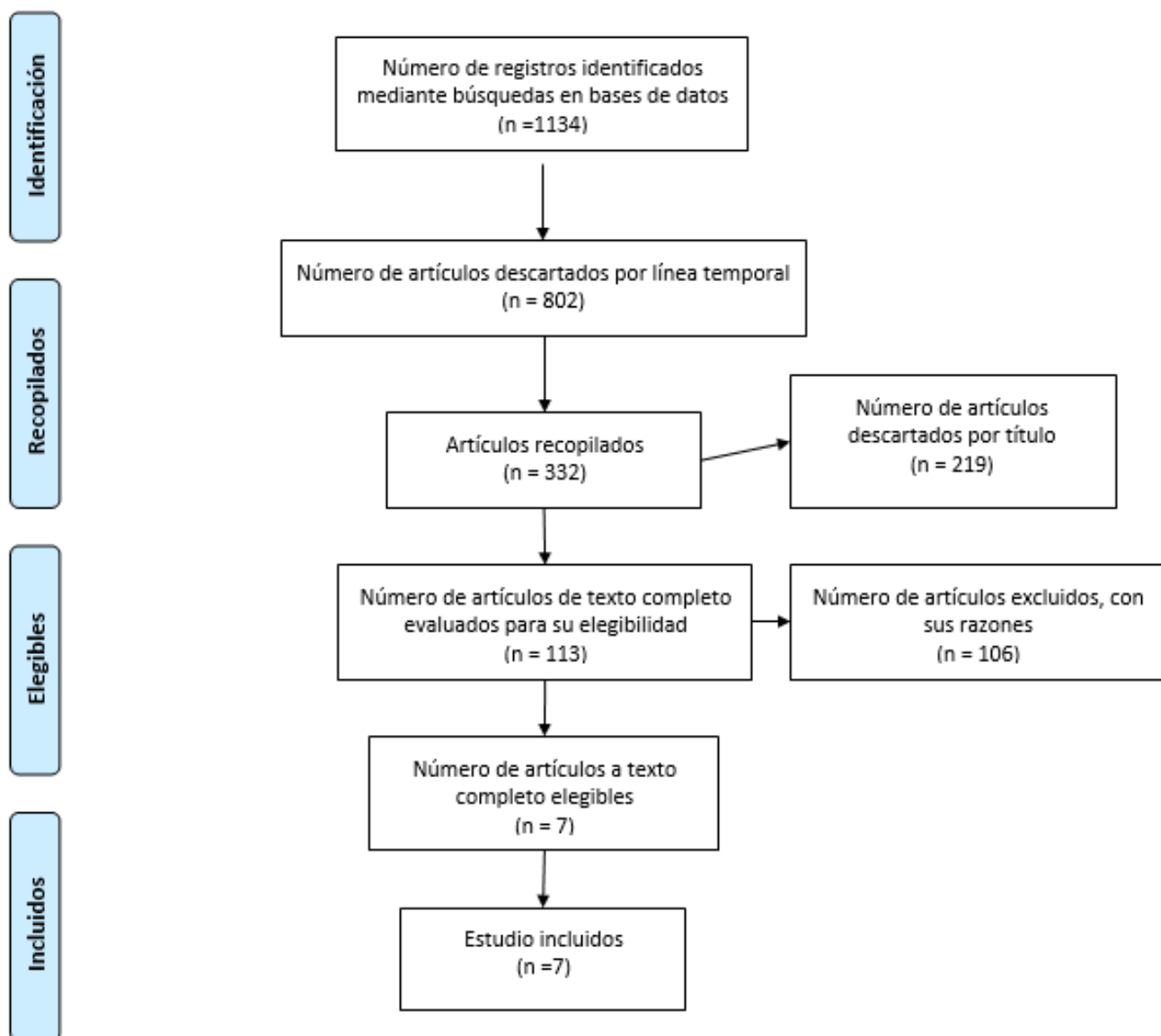
En la recolección de datos se utiliza el método PRISMA, el cual está estructurada en tres etapas, las cuales son de identificación, selección y elegibilidad, con ayuda de este método se llega a la obtención de 7 artículos.

En la etapa de identificación se realiza una búsqueda de artículos en sitios como Scielo, PubMed y Cochrane utilizando algoritmos como: Hemorragias obstétricas OR Intervenciones, blood management AND pregnancy, bleeding in pregnancy AND management, postpartum hemorrhage AND management. De Scielo se obtuvieron un total de 746 artículos y en PubMed un total de 330 artículos y de Cochrane 59.

En la etapa de selección, se eliminan todos los artículos que no cumplen con los criterios de exclusión e inclusión, lo que deja un total de 7 artículos se seleccionan para esta investigación, como se simplifica en la Tabla 9.

Tabla 9:

Flujograma PRISMA



Fuente: Elaboración propia, 2024.

### **3.7 ORGANIZACIÓN DE DATOS**

Con los 7 artículos que se seleccionan como elegibles se realiza la organización de datos mediante una tabla, en la cual se toma en cuenta elementos como título del artículo, autor, año de publicación, metodología, objetivos y resultados, como se observa en la Tabla 10.

Tabla 10:  
Organización de datos

Titulo	Año	Autor	Metodología	Objetivos	Resultados
Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato.	2019	Delia Crespo. Lenin Mendieta.	Estudio retrospectivo longitudinal.	Determinar las causas de las hemorragias y las patologías asociadas.	Se presento 48,75% desgarro de suelo pélvico, 26,25% retención de restos de tejido placentario y 25% atonía.
Gestión inicial de la hemorragia primaria posparto: una encuesta	2019	Francisco Zea Prado, José Hernández Pacheco, Alfredo Gutiérrez Marín, Guadalupe Estrada Gutiérrez, María Escobar	Estudio Transversal descriptivo	Evaluar las acciones tomadas por los obstetras ante la hemorragia posparto	Una quinta parte de los encuestados pidió recuento sanguíneo, análisis de coagulación, gas arterial o catéter uterino y muy pocos mencionaron la prevención de hipotermia, transfusión sanguínea u oxígeno
Placenta previa: Factores de riesgo e impacto en la morbimortalidad materno-perinatal en Bogotá, Colombia.	2023	Katerin Torres. Maria Calvo. Sara Franco. Jose De la Hoz. Ximena Romero.	Estudio descriptivo retrospectivo.	Describir factores de placenta previa, así como su morbimortalidad materna y perinatal.	Factores de riesgo más frecuentes son edad materna mayor de 35 años, más de 4 embarazos, aborto previo
Oxitocina profiláctica en el alumbramiento para prevenir la hemorragia posparto	2019	Jennifer A Salati et al	Ensayo aleatorizado	Determinar la efectividad de la oxitocina profiláctica para prevenir la HPP y	La oxitocina profiláctica comparada con ningún uterotónico

				otros resultados maternos adversos en el alumbramiento	podría reducir la hemorragia
Factores de riesgo para el embarazo ectópico; un estudio de casos y controles en hospital de atención terciaria de Jammu y cachemira	2021	Neha Mahajan, Rohit Raina, Pooja Sharma	Estudio observacional analítico, con diseño caso control	Identificar a los pacientes de alto riesgo, reducir y manejar los embarazos ectópicos	Los embarazos ectópicos previos tienen un 6,34 veces más riesgo de presentar un embarazo ectópico recurrente. El riesgo aumenta si la paciente tuvo una enfermedad inflamatoria pélvica
Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital de referencia peruano	2020	Johana Huanca, German Aranzabal, Willer Chanduvil	Estudio observacional, retrospectivo	Determinar los factores de riesgo asociados a enfermedad trofoblástica gestacional	El antecedente de aborto y la multiparidad se asociaron a la presencia de enfermedad trofoblásticas gestacional, mientras que la edad menor a 25 años se comporto como un factor protector
Estudio de los factores relacionados con el embarazo ectópico en el hospital materno Tamara Bunke Bider entre 1991-2015	2024	Griselle Argilagos et al	Estudio descriptivo-trasversal-retrospectivo	Determinar los factores relacionados con el embarazo ectópico	Factores de riesgo: edad entre 25 y 29 años, Nuliparidad y primeriza, enfermedad inflamatoria pélvica, las infecciones vaginales y el uso

					de dispositivos intrauterinos
--	--	--	--	--	----------------------------------

Fuente: Elaboración propia, 2024.

### 3.8 ANÁLISIS DE DATOS

Para realizar esta investigación se toman en cuenta diferentes sitios webs como Scielo, PubMed y Cochrane para la búsqueda de artículos, los cuales se buscaron de una forma específica, ya que el tema es muy amplio, de todos los artículos encontrados en esas plataformas solo 7 son los elegidos, ya que cumplen los criterios de exclusión e inclusión.

Para determinar la calidad de los artículos, se realiza mediante la página llamada “Fichas de lectura crítica” y para obtener el nivel de evidencia se realiza según GRADE, las cuales indican que, de los 7 artículos tienen una calidad metodológica alta y un nivel de evidencia de alta calidad.

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS**

Se realiza el análisis basado en factores de riesgo los cuales se utilizarán son embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica gestacional, placenta previa, hemorragias postparto, manejo y complicaciones, esto ya que el tema es muy amplio y se buscó de manera más específica.

### **1. Estudio de los factores relacionados con el embarazo ectópico en el hospital materno Tamara Bunke Bider entre 1991-2015. Griselle Argilagos et al.**

La mortalidad y morbilidad del embarazo ectópico ha disminuido, ya que existe un diagnóstico más temprano, sin embargo, su incidencia ha aumentado, de los embarazos del 1,3 a 2% son ectópicos y de éstos, 98%, se dan en las trompas de Falopio.

El estudio estuvo constituido por 1906 pacientes, al final con los criterios de selección y excluyendo los casos donde se extraviaron los documentos, la muestra final fue de 1866 casos, se realizó una revisión de documentos de los registros estadísticos de la institución y se revisaron las historias clínicas de estos pacientes.

Se observó que los factores de riesgo más comunes son la edad entre 25 y 29 años, Nuliparidad y primeriza (mientras aumentar el número de hijos, disminuye el riesgo), enfermedad inflamatoria pélvica, las infecciones vaginales, embarazo ectópico previo y el uso de dispositivos intrauterinos, además los síntomas que predominación fue el dolor abdominopélvico, el sangrado leve, retraso en el periodo menstrual y síntomas de embarazo.

**2. Factores de riesgo para el embarazo ectópico; un estudio de casos y controles en hospital de atención terciaria de Jammu y cachemira, 2021, Neha Mahajan, Rohit Raina, Pooja Sharma.**

El embarazo ectópico se da cuando un óvulo fertilizado se adhiere en algún lugar que no sea el útero, en este estudio se identificaron los factores de riesgo para que se de este tipo de embarazo.

Este estudio se realizó durante dos años (2018 y 2019), consta de 192 casos, de los cuales se incluyeron 184 pacientes con embarazo ectópico, ya que 8 pacientes no dieron su autorización para ser participantes de este estudio.

Las pacientes con embarazos ectópicos previos tienen 6,34 veces más riesgo de presentar un embarazo ectópico recurrente, el riesgo aumenta 3,02 veces si tiene antecedente de una enfermedad inflamatoria pélvica.

El estudio también reveló que existen otros factores de riesgo comunes de llegar a tener un ectópico es la ligadura de trompas previa o alguna cirugía pélvica abdominal, los cuales son antecedentes importantes para sospechar un diagnóstico temprano.

**3. Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital de referencia peruano.2020 Johana Huanca et al.**

La enfermedad trofoblástica se define como una proliferación de tejido trofoblástico, que es el componente del embrión que se desarrolló en la placenta, se caracteriza por un crecimiento heterogéneo agrandado, pueden ser tumores benignas o malignas.

Este estudio se realizó con gestantes pacientes del hospital nacional hipolito Unanue, durante 6 años, la muestra fue de 60 casos de esta enfermedad y 120 como grupo control, la información es obtenida de las historias clínicas completas.

Se concluyó que los factores de riesgo más comunes en la enfermedad trofoblástica gestacional son el antecedente de aborto, la multiparidad y el antecedente de embarazo, por otra parte, un factor protector es la edad menor a 25 años.

#### **4. Placenta previa: Factores de riesgo e impacto en la morbimortalidad materno-perinatal en Bogotá, Colombia. 2023 Katerin Torres, et al**

Las hemorragias en la segunda mitad del embarazo pueden ser causadas por placenta previa y llegar a comprometer la salud tanto del producto como de la madre, por eso es de suma importancia identificar los factores de riesgo de una forma temprana, así se da un mejor diagnóstico, diseño de estrategias para la atención del embarazo y así reducir la morbimortalidad materno-perinatal.

Este estudio se realizó con 17 pacientes diagnosticados con placenta previa entre los años 2013 y 2017 en un hospital de atención primaria de Bogotá, en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, todos los datos fueron recopilados de los registros médicos de estos pacientes.

Se concluyó que los factores de riesgo más frecuentes son edad materna mayor de 35 años, más de 4 embarazos y aborto previo, también se concluyó que la morbilidad materna fue mayor que la fetal, ya que un total de 3 pacientes se les realizó una transfusión de hemoderivados y en otra se realizó una histerectomía subtotal, en cambio en complicaciones perinatales, solo hubo un mortinato.

**5. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. 2019 Delia Crespo.  
Lenin Mendieta.**

Una de las causas principales de la morbimortalidad materna son las hemorragias postparto, la cuales se define como la pérdida sanguínea de 500 ml o más en 24 horas en un parto y hasta los 1000cc cuando se trata de una cesaría.

Este estudio se realizó con las pacientes en puerperio atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil, Ecuador entre los años 2016–2018, fueron 528 mujeres, de las cuales 160 presentaron hemorragias en el puerperio inmediato, de ellas presentaron el 48,75% desgarro de suelo pélvico, 26,25% retención de restos de tejido placentario, de las cuales 30% presento acretismo y 35% coagulopatías y 25% atonía. En este artículo se concluyó que la causa más común de hemorragias postparto es el desgarro del suelo pélvico, 35% de las pacientes presentación hematomas en las paredes del suelo pélvico como efecto colateral.

## **6. Gestión inicial de la hemorragia primaria posparto: una encuesta. 2019 Prado et al**

La hemorragia primaria posparto representa el 27,1% de las muertes en la madre en los países de bajos ingresos y son prevenibles del 54% al 93% de las muertes que tiene relación con hemorragias obstétricas.

En este artículo se aplicó una encuesta abierta estandarizada en cinco hospitales en México y en una conferencia de obstetricia y ginecología, sobre las acciones que se recomiendan para una hemorragia posparto en la etapa inicial, un total de 235 médicos aceptaron realizar la encuesta.

Se concluyó que el 38% de los encuestados solicito controlar los signos vitales, sólo el 20% solicito pruebas como el recuento sanguíneo, gas arterial, análisis de coagulación o catéter urinario.

En cuanto a las maniobras hemostáticas durante la fase inicial, un tercio de los médicos encuestados menciona la compresión uterina bimanual, y dos tercios el masaje uterino fuerte, pero casi todos mencionan como primera opción el uso de medicamentos uterotónicos.

## **7. Oxitocina profiláctica en el alumbramiento para prevenir la hemorragia posparto. 2019 Jennifer A Salati et al**

El administrar medicamentos uterotónicos como medida de profilaxis y pinzamiento temprano del cordón umbilical disminuye significativamente el riesgo de una hemorragia posparto.

En este estudio se incluyen 24 ensayos, 23 de los cuales incluyeron a 10 018 mujeres, de lo cual se concluyó que el uso de la oxitocina podría controlar una hemorragia y reducir la necesidad de utilizar uterotónicos adicionales, pero podría aumentar el tiempo de alumbramiento.

La combinación de oxitocina y ergometrina pueden reducir levemente el riesgo de que ocurra una hemorragia de más de 500 ml en el postparto, esto en comparación con el uso los alcaloides del cornezuelo de centeno.

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

## **5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En este capítulo se procederá al análisis de los 7 artículos seleccionados. Dicho análisis se realizará mediante apartados que correspondan a los objetivos específicos planteados al inicio de esta tesis. De esta forma se logra establecer conexiones entre la revisión de la literatura y los objetivos.

### **Describir las intervenciones en el manejo de hemorragias obstétricas**

Zea-Prado et al 2019, documentó que, en cuanto a las maniobras hemostáticas durante la fase inicial, tanto la compresión uterina bimanual como el masaje uterino son parte del manejo y son efectivos, pero sin embargo casi todos mencionan como primera opción el uso de medicamentos uterotónicos, por otra parte, Prado et al concuerda con que el uso de uterotónicos y el masaje uterino bimanual funcionan como tratamiento para control las hemorragias obstétricas. También Salati et al 2019, también concluyó que el uso de la oxitocina podría controlar una hemorragia.

A demás Rivera et al 2020 en la literatura menciona de igual manera que la compresión bimanual del útero, el masaje del fondo uterino y también el uso de fármacos uterotónicos como lo es oxitocina, son técnicas que pueden llegar a controlar una hemorragia, sin embargo, si estas técnicas no llegaran a funcionar se recomienda un taponamiento uterino, que es empacar con gasas en el útero, pero dicha técnica es más efectiva en partos vaginales que en cesarías.

## **Determinar la efectividad de las intervenciones en el manejo de las hemorragias obstétricas**

Salati et al 2019, concluyó que el riesgo de una hemorragia posparto se podía disminuir significativamente con el uso de uterotónicos de manera profiláctica y el pinzamiento temprano del cordón umbilical, también se llegó a la conclusión que el uso de oxitocina reduce la necesidad de la utilización de uterotónicos adicionales. Por otra parte, Prado et al concuerda con que el uso de uterotónicos como la oxitocina o el misoprostol sublingual es útil para tratar este tipo de sangrados. Salati también concuerda con esto, ya que concluyó que se puede reducir levemente el riesgo de que ocurra una hemorragia después del parto si se utiliza la combinación de de oxitocina y ergometrina.

Prado et al menciona que la compresión y el masaje uterino son efectivos para las hemorragias, también se menciona que esta técnica de masaje uterino debe ser utilizada cuando no se dispone de uterotónicos, antes de administrarlos o mientras se espere que haga efecto, Zea-Prado coincide con esta técnica.

Fariñas et al en el artículo “Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas”, menciona que el utilizar la oxitocina para manejar el trabajo de parto o la sobre distensión uterina podría provocar una atonía uterina, además de lesiones del canal de parto, lo cual Zavala et al 2022 y Antepara & Toledo et al, los mencionan como causas de hemorragias obstétricas, por lo cual se podría considerar contraproducente.

### **Identificar los factores de riesgo de una hemorragia obstétrica**

Fariña & González, 2019 menciona que los factores de riesgo de las hemorragias obstétricas son multifactoriales, dentro de ellos se menciona la edad materna, atonía uterina, preeclamsia, multiparidad y embarazo múltiples, entre otros. Además Zavale et al en su artículo “Hemorragias obstétricas”, coincide con los factores de riesgo mencionados.

Crespo et al, 2019, concluye que de las mujeres que tuvieron hemorragias en el puerperio inmediato el 48,75% presentó desgarro de suelo pélvico, 26,25% retención de restos de tejido placentario, de las cuales 30% presentó acretismo y 35% coagulopatías y 25% atonía. Rivera et al en el artículo “Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno”, coincide que las causas más comunes son la atonía uterina, retención de restos, trauma durante el parto y alteración en la coagulación de la madre, por otra parte De la Cruz en su artículo “Hemorragia posparto por atonía uterina, Hospital Nivel II, Sihuas, 2023”, señala que la mayoría de la mortalidad en el puerperio se debe principalmente a hemorragias, de igual forma la Wormer et al y Zavala et al concuerdan con la atonía uterina es la causa más común de este tipo de hemorragias, también coincide que otras causas son la retención de producto, lesiones en el canal de parto y alteraciones de la coagulación.

En el estudio de Argilagos et al se demostró que entre los factores de riesgo más comunes para un embarazo ectópico son la edad entre 25 y 29 años, Nuliparidad y primeriza, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico previo y el uso de dispositivos intrauterinos, por otra parte Mahajan et al coincide que con tener un embarazo ectópico previo y una enfermedad inflamatoria pélvica aumenta el riesgo, pero en este estudio las

mayorías de mujeres tenían una edad entre 25 y 30 años y del 80 al 90% de estas embarazadas eran multíparas.

Huanca et al demostró que en la enfermedad trofoblástica gestacional los factores de riesgo más comunes son el antecedente de aborto, la multiparidad (55%), por otra parte, se demostró que un factor protector es la edad menor a 25 años.

En cuanto a la placenta previa en el artículo de Torres et al, se evidencio que los factores de riesgo más frecuentes fueron la multiparidad, específicamente más de 4 embarazos (64,70%), edad materna de 35 años (29,41%) y tener antecedentes de abortos espontáneos (29,41%). En la literatura se menciona que la edad materna de más de 35 años se asocia con una incidencia de 2% y de un 5% cuando tiene más de 40 años.

### **Relacionar la efectividad de las intervenciones de las hemorragias obstetricas con la morbilidad y mortalidad materna.**

Argilagos et al, 2024 resalta que la mortalidad y morbilidad por embarazo ectópico ha disminuido, esta disminución se debe a que se realiza un diagnóstico más temprano, sin embargo, en países desarrollados es la causa del 10 al 15% de muertes de embarazadas y de un 80 a un 90% en el primer trimestre de embarazo, por otra parte se ha notado un aumentado en la incidencia, este tipo de embarazo es 1 de cada 37 partos y el 1,3 a 2% de los embarazados son ectópicos y el 98% se implantan en las trompas de Falopio.

Argilagos et al menciona que el realizar un diagnóstico oportuno nos ayuda a dar un mejor tratamiento tanto medico como quirúrgico, el cual se relaciona a menor mortalidad y mayor morbilidad, además una mejor opción en cuanto a la fertilidad de la paciente.

Torres & Urrego, 2022 concuerda con el lugar donde más se dan este tipo de embarazos es en las trompas de Falopio, a parte se indica que se presenta en el 2% de los embarazos. Por otra parte, también se menciona que se puede dar un tratamiento que preserve la fertilidad.

Torres et al, 2023 evidencio que la morbilidad materna fue mayor que fetal, ya que se realizaron trasfusiones de hemoderivados debido a hemorragias puerperales, y histerectomía subtotal, en cambio por otra parte los fetos solo uno fue un mortinato, lo cual evidencia que la morbilidad es mayor en las madres.

Monge 2017 se menciona que la cesaría es el modo más apropiado y seguro cuando se tiene una placenta previa, pero no todos se debe realizar una cesaría de urgencia, solo en los que el sangrado es muy incontrolable y profuso y cuando sufre una alteración del bienestar fetal.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 Conclusiones

- Se ha concluido que los fármacos uterotónicos son parte del tratamiento para hemorragias obstétricas postparto, pero aumentan el tiempo del alumbramiento.
- Varios autores llegaron a la conclusión de que el masaje uterino bimanual funciona como manejo para las hemorragias.
- El riesgo de una hemorragia postparto se puede disminuir con el uso profiláctico de uterotónicos y el pinzamiento del cordón umbilical.
- La mortalidad y morbilidad del embarazo ectópico ha disminuido.
- Los factores de riesgo para hemorragia obstétricas son edad materna, atonía uterina, preeclamsia, embarazo múltiple, multiparidad.
- Los factores de riesgo más comunes para embarazo ectópico son edad, Nuliparidad, antecedente de un embarazo ectópico o una enfermedad inflamatoria pélvica y el uso de dispositivos intrauterinos.

## 6. 2 Recomendaciones

- Se recomienda mejorar el uso de fármacos uterotónicos en el manejo de las hemorragias obstétricas, esto se podría realizar capacitando de una mejor manera al personal de salud en protocolos de dosificación individualizada y su evolución clínica, esto se puede implantar tanto en salas de labor y parto, como en centro de salud con atención obstétrica.
- Se sugiere un refrescamiento de la técnica del masaje uterino bimanual en el personal obstétrico, se podría realizar mediante talleres prácticos, y se podría realizar en hospitales, universidades, centros de salud rurales donde el acceso a fármacos uterotónico es limitado.
- Se recomienda el uso profiláctico de uterotónicos y el pinzamiento del cordón umbilical como medidas preventivas en los partos, esto estandarizando protocolos clínicos y realizándolo como medidas rutinarias en el alumbramiento y realizando talleres prácticos y simulaciones clínicas, en hospitales, así como en centros de salud con atención obstétrica del primer y segundo grado y también en universidades formadoras de profesiones de salud.
- Es fundamental la detección temprana del embarazo ectópico, ya que esto reduce la mortalidad y morbilidad, se puede realizar a través de tamizaje ecográfico en pacientes con factores de riesgo y también realizando pruebas de  $\beta$ -hCG cuantitativas, se puede realizar en centros de salud con atención ginecológica.
- Se recomienda desarrollar estrategias que los ayuden con los factores de riesgo identificables para hemorragias obstétricas, se pueden realizar con un seguimiento prenatal detallado, planes de parto personalizados y respuesta rápida del personal de salud durante el alumbramiento, se puede realizar en hospitales y centros de salud en

los que realicen partos de alto riesgo, con poblaciones con alta tasa de preeclampsia y multiparidad.

- Se sugiere realizar campañas educativas sobre los factores de riesgo del embarazo ectópico dirigidas a mujeres de edad productiva, realizada mediante entrega de folletos informativos, sesiones educativas, se podría realizar en centros de salud, ebais, clínicas de planificación familiar, especialmente en zonas donde el uso de dispositivo intrauterino sea muy utilizado.

## **CAPITULO VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS**

1. Akter, S., Forbes, G., Corona, M. V., Miller, S., Althabe, F., Coomarasamy, A., Gallos, I. D., Oladapo, O. T., Vogel, J. P., Lorencatto, F., & Bohren, M. A. (2023). Perceptions and experiences of the prevention, detection, and management of postpartum haemorrhage: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Library*, 2023(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013795.pub2>
2. Antepará, D. C., & Toledo, L. B. M (2019). Contexto de las hemorragias en el puerperio inmediato. *Memorias de, instituto de investigaciones en ciencias de la salud* [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1812-95282019000300005&lang=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282019000300005&lang=es)
3. Argilagos, G., Pavón. I., Romero. L., Guzmán N.,López. R., (2024) Estudio de los factores relacionados con el embarazo ectopico en el Hospital Materno Tamara Bunke Bider entre 1991-2015. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192024000500005&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192024000500005&lang=es)
4. Bolaños, M. ., Ferrer, L. ., & Martínez, J. C. . (2020). Incidencia De Factores Clínicos Y Sociodemográficos De Hemorragia Postparto En Pacientes Atendidas En El Hospital Niño Jesús En Barranquilla. Enero 2017-Enero 2018. *Biociencias*, 15(2), 39–47. <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.2.7344>
5. Bunce, E. E., & Heineken, R. P. (2023). Sangrado vaginal en el primer trimestre del embarazo. *Manual MSD versión para profesional*. <https://www.msmanuals.com/es/profesional/ginecología-y-obstetricia/sintomas-durante-el-embarazo/sangrado-vaginal-durante-la-primera-parte-del-embarazo>
6. Bruce, S., & Sorosky, J. (2024). *Gestational trophoblastic disease*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi-nlm-nih->

[gov.translate.google.com/books/NBK470267/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www.gov.translate.google.com/books/NBK470267/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc)

7. Contreras, M., Carmona, A., & Montelongo, F. (2019). Índice de choque como marcador inicial de choque hipovolémico en hemorragia obstétrica de primer trimestre. Scielo. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092019000200073&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092019000200073&script=sci_arttext)
8. Crespo, D., & Mendiet, L. (s. f.). *Contexto de las hemorragias, en el Puerperio inmediato*. Scielo. Recuperado 20 de octubre de 2019, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112022000300202&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112022000300202&lang=es)
9. De la Cruz, Y. (2023) Hemorragia posparto por atonía uterina, Hospital Nivel II, Sihuas, 2023. <http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/2336>
10. Fariñas, T. C., Castillo, R. P., & Gonzalez, Y. C. (2019). Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. *Revista Médica Sinergia/Revista Médica Sinergia*, 4(10), e269. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i10.269>
11. Huanca-Llamo, J., Aranzabal-Alegria, G., & Chanduví, W. (2020). Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Hipólito Unánue durante el período de enero del 2014 a diciembre del 2018. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(1), 64-69. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312020000100064](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000100064)
12. Mahajan, N., Raina, R., & Sharma, P. (2021). Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Case-Control Study in Tertiary Care Hospitals of Jammu and Kashmir. *Iberoamerican Journal Of Medicine*, 3(4), 293-299.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2695-50752021000400002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2695-50752021000400002)

13. Mehra, V., Farooqi, S., Sriram, P., & Tunde-Byass, M. (2024). *Diagnóstico y manejo de la pérdida temprana del embarazo*. Cmaj. <https://www.cmaj.ca/content/196/34/E1162>
14. Monge, T. (2017). Sangrados vaginales de la segunda mitad del embarazo. *Revista Médica Sinergia*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms1712a.pdf>
15. Mouri, M., Hall, H., C Rupp, T. J. (2024, 12 febrero). *Threatened miscarriage*. StatPearls – NCBI Bookshelf. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/books/NBK430747/?\\_x\\_tr\\_sl=enC\\_x\\_tr\\_tl=esC\\_x\\_tr\\_hl=esC\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/books/NBK430747/?_x_tr_sl=enC_x_tr_tl=esC_x_tr_hl=esC_x_tr_pto=tc)
16. Nawaz, A., Mbbs, Frcs, Frcp,. (2021). *Early Pregnancy loss (Embryonic demise) imaging: practice essentials, ultrasonography*. [https://emedicine-medscape.com.translate.google/article/403208-overview?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=t](https://emedicine-medscape.com.translate.google/article/403208-overview?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=t)
17. Oyelese, Y., Javinani, A., & Shamshirsaz, A. A. (2023). Vasa previa. *Obstetrics And Gynecology*, 142(3), 503-518. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000005287>
18. Pantoja, L. F., & Suarez, M. G. (2023, 19 octubre). Factores de riesgo relacionados con las complicaciones de la hemorragia obstétrica. Fong Pantoja | *Revista Cubana de Medicina Militar*. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/3015/2204>

19. Ramírez Hernández, Y. Y., Reyes Ortega, P. G., & Ramírez Hernández, J. C. (2022). Hemorragia obstétrica. Impacto en la salud pública. *Milenaria, Ciencia Y Arte*, (19), 13–15. <https://www.milenaria.umich.mx/ojs/index.php/milenaria/article/view/233>
20. Ramírez, P. T., & Salvo, G. (2023, 9 septiembre). Enfermedad trofoblástica gestacional. *Manual MSD Versión para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/tumores-ginecológicos/enfermedad-trofoblástica-gestacional?ruleredirectid=753>
21. Redinger, A., & Nguyen, H. (2024). *Incomplete miscarriage*. StatPearls - NCBI Bookshelf. [https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK559071/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK559071/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc)
22. Reyes, L. (2017). Hemorragias del primer, segundo y tercer trimestre de gestación. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/4479b5bf-cf8a-4784-8aed-e3a1b76ca9b4/content>
23. Rivera., Chacón C., & Gonzales A. (2020). Vista de Hemorragia posparto primaria diagnóstico y manejo oportuno | *Revista Medica Sinergia*. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512/873>
24. Salati, J. A., Leathersich, S. J., Williams, M. J., Cuthbert, A., & Tolosa, J. E. (2019). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Library*, 2019(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001808.pub3>
25. Sánchez, A. & Murillo, A. (2021). Enfoques metodológicos en la investigación histórica: cuantitativa, cualitativa y comparativa. *Debates por la historia*, 9 (2), 147-181. Epub 20 de junio de 2022. <https://doi.org/10.54167/debates-por-la-historia.v9i2.792>

26. Torres, K., Calvo, M., Franco, S., De la hoz, J., Romero, R. (2023) Placenta previa : *factores de riesgo e impacto en la morbilidad materno-perinatal en Bogota*. Scielo. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112022000300202&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112022000300202&lang=es)
27. Torres-Pineda, M., & Urrego-Pachon, M. A. (2022). Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106112>
28. Vadakekut, E. S., & Gnugnoli, D. M. (2025). *Ectopic pregnancy*. StatPearls - NCBI Bookshelf. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.goog/books/NBK539860/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.goog/books/NBK539860/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc)
29. Wormer, K. C., Jamil, R. T., & Bryant, S. B. (2024, 19 julio). *Postpartum hemorrhage*. StatPearls - NCBI Bookshelf. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.goog/books/NBK499988/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.goog/books/NBK499988/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc)
30. Zavala, R. S., Betancourth, M. A. O., Pazmiño, N. J. V., & Intriago, M. R. E. (2022). Hemorragias obstétricas. RECIAMUC, 6(2), 287-295. <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/857/1262>
31. Zea-Prado, F., Hernández-Pacheco, J., Ortiz-Ramírez, M., Gutiérrez-Marín, A., Estrada-Gutierrez, G., Escobar, M., Seligson-Rios, A., & Espino-Y-Sosa, S. (2019). Initial management of primary postpartum hemorrhage: a survey. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1671342>

32. Zhang, J., Zhou, K., Shan, D., & Luo, X. (2022). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Library*, 2022(5).

<https://doi.org/10.1002/14651858.cd002855.pub5>

## **ANEXOS**

## CARTA DEL TUTOR

San José, 14 de julio, 2025

Dirección de registro  
Universidad Hispanoamericana  
Presente

La estudiante Rebeca Rojas Castro, cédula de identidad número 208250921, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“EFECTIVIDAD DE LAS INTERVERCIONES EN EL MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS RELACIONADO A MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA, REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2024”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	15%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	18%	18%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18%
	TOTAL	100%	91%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura. Atentamente,

MARIANA DE LOS ANGELES FALLAS PICADO (FIRMA)

Digitally signed by MARIANA DE LOS ANGELES FALLAS PICADO (FIRMA)  
Date: 2025.07.14 21:06:50 -06'00'

Dra. Mariana Fallas Picado  
Ced. 114880490  
Cod. 14058

## DECLARACIÓN JURADA

Yo Rebeca Rojas Castro, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 208250921 egresado de la carrera de Medicina y cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercebido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN EL MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS RELACIONADO A MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA, REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2024

\_\_\_\_\_ es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 15 días del mes de Julio del año dos mil Veinticinco.



Firma del estudiante

Cédula: 208250921

## CARTA DEL LECTOR

### CARTA DEL LECTOR

San José, Costa Rica

11 agosto 2025

Señores: Departamento de Servicios estudiantiles

Universidad Hispanoamericana

Estimados miembros del Departamento de Servicios estudiantiles:

Es un honor para mí dirigirme a ustedes para expresar mi opinión como lectora de la tesis titulada **“EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN EL MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS RELACIONADO A MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA, REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2024”** presentada por **REBECA ROJAS CASTRO**, en el marco de Licenciatura en Medicina y Cirugía

Tras una revisión cuidadosa del trabajo, puedo destacar que la tesis presenta un enfoque claro y bien fundamentado, demostrando conocimiento del tema y una adecuada aplicación de metodologías pertinentes.

Asimismo, considero que el trabajo cumple con los requisitos académicos y éticos necesarios, y que su contenido puede contribuir significativamente a la comunidad académica y profesional. La estructura del documento es coherente, y la argumentación está respaldada por una adecuada revisión bibliográfica y datos sólidos.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública

Atentamente;

Dra. Mariela Barahona Villalobos

Céd. 207310810

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO**

**POLITICA DE ENTREGA DE TRABAJOS FINALES DE GRADUACION (TFG)**

El Centro de Información Tecnológico (CENIT), resguardará los TFG y los tendrá a disposición de los usuarios.

El proceso de confección del TFG será dictado por la Dirección de Carrera en conjunto con la Dirección de Registro.

Los criterios para la recepción serán los siguientes:

1. Una vez defendido el trabajo final deberá el estudiante realizar el depósito del TFG en el repositorio institucional, para dicho fin se encuentra a disposición del estudiante una plataforma online. (Para hacerle llegar el procedimiento al estudiante es necesario que el Departamento de Registro nos haga llegar cada cuatrimestre la lista oficial de los estudiantes matriculados en el requisito de graduación)
2. El colaborador de registro verificará el cumplimiento de las disposiciones requeridas, para ello contará con un acceso a la plataforma, realizado esto procederá a darle el visto bueno para que el CENIT realice la última revisión. (Para llevar el control de cuáles TFG cuentan con el VB de Registro, se contará con un formato en Excel que se encontrará ubicado en la carpeta compartida entre Registro y el CENIT)
3. El colaborador de biblioteca deberá verificar que el archivo enviado por el estudiante cuente con los requerimientos establecidos (Formato PDF, carta tutor, lector, filólogo, declaración jurada y licencia de autorización de los autores), una vez realizada la revisión se procederá a dar el visto bueno final.
4. Como parte de las cartas que debe contener el documento se encuentra la licencia de autorización de los autores, con el fin de que el documento quede a disposición de los usuarios en la Biblioteca Digital. (Ver anexo)
5. Una vez que el estudiante cuente con el visto bueno final y siempre y cuando no tenga pendientes en biblioteca, se pondrá a su disposición el Paz y Salvo para que proceda realizar el pago de los derechos de graduación (Los colaboradores del CENIT se encargaran de genera los Paz y Salvo y compartirlos con Registro por medio de la carpeta compartida).

La presente entra en vigor de manera inmediata a su conocimiento y fecha, siendo los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ en San José, Costa Rica.

---

Dirección de Registro

---

Dirección del CENIT

# ANEXOS

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 25 de Agosto Del 2025

Señores:

Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Rebeca Rojas Castro con número de identificación con) 208250921 autor (a) del trabajo de graduación titulado EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN EL MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS RELACIONADAS A MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA, REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2024 presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar al título de Medicina y Cirugía ; (SI / NO) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente, Rebeca Rojas Castro  
208250921



\_\_\_\_\_  
Firma y Documento de Identidad

## PERMITIR LA CONSULTA Y USO

### **Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional**

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.