



DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i3>

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto

Prevention, diagnosis and treatment in patients with postpartum hemorrhage

Prevenção, diagnóstico e tratamento em pacientes com hemorragia pós-parto

María Fernanda Coello-Llerena ^I

mcoello@uteq.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-6423-2922>

Bertha Alejandrina Vásquez-Morán ^{II}

bvasquezm@uteq.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-3145-0920>

Maricela Mariana Díaz-Soledispa ^{III}

mdiazs2@uteq.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-6807-8689>

Mariuxi Johanna Zurita-Desiderio ^{IV}

mzuritad@uteq.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-9238-6251>

Correspondencia: mcoello@uteq.edu.ec

***Recibido:** 29 de junio del 2022 ***Aceptado:** 12 de julio de 2022 * **Publicado:** 04 de agosto de 2022

- I. Médico, Master Universitario en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Quevedo, Quevedo, Ecuador.
- II. Licenciada en Enfermería, Magíster en Gerencia de los Servicios de Salud, Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Quevedo, Quevedo, Ecuador.
- III. Licenciada en Enfermería, Magíster en Gerencia de los Servicios de Salud, Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Quevedo, Quevedo, Ecuador.
- IV. Licenciada en Enfermería, Magister en Gerencia de los Servicios de Salud, Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.

Resumen

Una hemorragia posparto es la pérdida hemática excesiva sobrevenida en la etapa final del alumbramiento y/o hasta la conclusión de la etapa puerperal, con necesidad de ingreso hospitalaria, el sangrado activo no controlado genera choque hipovolémico secundario cuando se alcanza una pérdida de volumen sanguíneo del 40%. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Prevención, diagnóstico y tratamiento en paciente con hemorragia postparto. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. La hemorragia postparto es una complicación con estadísticas importantes en el ámbito ginecológico, al estimarse su prevalencia en al menos un 30% de todos los casos postparto. A su vez está asociada a comorbilidades y factores de riesgo intrínsecos de la mujer como la edad, parto prolongado, multigestante, por nombrar algunas. El manejo y control de la hemorragia y su rápido diagnóstico es lo que evitar el riesgo de muerte que se asocia a este tipo de complicaciones.

Palabras claves: Sangrado; Hipovolémico; Parto; Hemorragia; Embarazo.

Abstract

A postpartum hemorrhage is the excessive hematic loss that occurs in the final stage of delivery and/or until the conclusion of the puerperal stage, with the need for hospital admission, active uncontrolled bleeding generates secondary hypovolemic shock when a loss of blood volume of the 40%. The methodology used for this research work is part of a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as Prevention, diagnosis and treatment in patients with postpartum hemorrhage. The technique for data collection is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, among others, relying on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. Postpartum hemorrhage is a complication with important statistics in the gynecological field, as its prevalence is estimated in at least 30% of all postpartum cases. In turn, it is associated with comorbidities and intrinsic risk factors for women such as age,

Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto

prolonged delivery, multiple gestation, to name a few. The management and control of bleeding and its rapid diagnosis is what avoids the risk of death associated with this type of complication.

Keywords: Bleeding; Hypovolemic; Childbirth; Hemorrhage; Pregnancy.

Resumo

Uma hemorragia pós-parto é a perda hemática excessiva que ocorre na fase final do parto e/ou até à conclusão da fase puerperal, com a necessidade de internamento hospitalar, a hemorragia activa incontrolada gera um choque hipovolémico secundário quando uma perda do volume de sangue dos 40%. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação faz parte de uma revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a um nível teórico como a Prevenção, diagnóstico e tratamento em doentes com hemorragia pós-parto. A técnica de recolha de dados é constituída por materiais electrónicos, estes últimos como o Google Scholar, PubMed, entre outros, apoiando-se na utilização de descritores em ciências da saúde ou terminologia do MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. A hemorragia pós-parto é uma complicação com estatísticas importantes no campo ginecológico, uma vez que a sua prevalência é estimada em pelo menos 30% de todos os casos pós-parto. Por sua vez, está associada a comorbidades e factores de risco intrínsecos para as mulheres, tais como idade, parto prolongado, gestação múltipla, para citar alguns. A gestão e controlo de hemorragias e o seu rápido diagnóstico é o que evita o risco de morte associado a este tipo de complicação.

Palavras-chave: Hemorragia; Hipovolémica; Parto; Hemorragia; Gravidez.

Introducción

Una hemorragia posparto es la pérdida hemática excesiva sobrevenida en la etapa final del alumbramiento y/o hasta la conclusión de la etapa puerperal, con necesidad de ingreso hospitalario. Usualmente se ha considerado como tal cuando la pérdida de sangre supera los 500 mL en el parto eutócico y los 1.000 mL en parto por cesárea, pero se conviene que toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una hemorragia posparto (Méndez Amador, 2022).

Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto

Figura 1: Definiciones de hemorragia obstétrica según los diferentes colegios de Ginecología y Obstetricia

Guías clínicas	Definición
Australianas 2008	> 500 mL postparto > 750 mL postcesárea
Austriacas 2008	Pérdida sanguínea 500-1,000 mL con signos de shock hipovolémico
Alemanas 2008	> 500 mL postparto Grave > 1,000 mL en 24 horas
Reino Unido 2009	> 500-1,000 mL sin signos de shock Grave > 1,000 mL o signos de shock
WHO	> 500 mL en 24 horas postparto Grave > 1,000 mL en 24 horas
ACOG 2017	> 1,000 mL acompañado de signos o síntomas de hipovolemia en 24 horas desde el inicio de trabajo de parto

Fuente: (García-Benavides et al., 2018).

De todas las muertes maternas que se producen al año en el mundo (aproximadamente 515. 000 anuales), casi 30% de ellas es debido a la presencia de esta grave complicación y se calcula que a nivel global se produce una muerte materna cada 4 minutos, por esta patología. La Organización Mundial de la Salud ha calculado que 99% de todas las muertes maternas se producen en los países ‘en desarrollo’ y en los cuales la hemorragia posparto justamente es una complicación severa que con frecuencia produce la muerte materna, justamente en la mayoría de casos por la deficiencia en los servicios de salud (Arreaga Sellan, 2021).

El sangrado activo no controlado genera choque hipovolémico secundario cuando se alcanza una pérdida de volumen sanguíneo del 40%. En este estado las demandas de los tejidos no están suplidas a través del aporte de oxígeno; la profundidad y el tiempo del choque hipovolémico generan hipotermia, coagulopatía y acidosis metabólica, conocida como la tríada de la muerte (Garrido Dulcey, 2019).

Puede presentarse en diferentes periodos de tiempo, clasificándose como sigue: anteparto: sangrado hasta antes del parto. Postparto: la cual se divide en primaria: dentro de las 24 horas posteriores al parto, cuando es mayor de 500 ml en el parto vaginal y más de 1000 ml en la cesárea; y secundaria: cuando se presenta posterior a las 24 horas del parto y hasta las 6 semanas del puerperio. Es importante aclarar que no existe evidencia estadísticamente significativa que apoye la definición de hemorragia obstétrica basándose solamente en la cantidad de pérdida sanguínea, ya que la inestabilidad hemodinámica puede darse con diferentes cantidades de sangrado dependiendo de la paciente. La OMS recomienda el cálculo de pérdida sanguínea de forma visual, sin embargo, se

Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto

sabe que la estimación visual subestima la pérdida sanguínea de un 33 a un 50% (García-Benavides et al., 2018).

Sin embargo, muchas de estas muertes podrían evitarse, ya que están ligadas a circunstancias prevenibles, como son:

- Desconocimiento de factores de riesgo en las pacientes.
- Falta de acceso a servicios de salud para tener un parto asistido por personal capacitado.
- Falla y escasez en la atención médica de urgencias obstétricas. Práctica inadecuada o limitada del manejo del tercer período de trabajo de parto.
- Demora en el reconocimiento de la hipovolemia.
- Un deficiente reemplazo de volumen
- Diagnósticos tardíos y manejos inadecuados (García-Benavides et al., 2018).
- Es importante conocer las hemorragias Obstétricas principalmente las hemorragias post parto analizando causas del sangrado, clasificación del shock hemorrágico, complicaciones terapéuticas. Así como cuantas requirieron transfusión sanguínea. Las consecuencias de la hemorragia obstétrica, hemorragia post parta aumentan la mortalidad y morbilidad materna llevando a la paciente a complicaciones como histerectomía, anemia severa, coagulación intravascular diseminada, transfusiones masivas, injuria renal aguda, fallo renal, SDRA, síndrome de insuficiencia cardiocirculatoria, infertilidad, y fallo multiorgánico, necrosis hipofisaria (síndrome de Sheehan), con posible pérdida de la fertilidad y muerte materna. Además, es una de las principales causas de admisión en cuidados intensivos durante el puerperio (Chalco Castro, 2019).

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Prevención, diagnóstico y tratamiento en paciente con hemorragia postparto. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Factores de riesgo

Figura 2: Algunos factores de riesgo de hemorragia post parto

Edad materna avanzada (> 35 años)	La edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente en nulíparas. Todo ello repercute en la morbimortalidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada y trasciende el ámbito de la planificación sanitaria, dado el porcentaje de gestantes de edad avanzada en nuestro medio
Multiparidad	Se comprobó que el número de embarazos no interviene en el sangrado, aunque es clásicamente identificado como la multiparidad como un riesgo incrementado de mayor sangrado debido a la menor retracción uterina en útero ya distendido. Por ello se observa una tendencia de mayor sangrado en pacientes con mayor número de hijos, aunque no hubo significancia
Gestación múltiple	Un embarazo múltiple es aquel en el que se desarrolla más de un feto. Esto se produce como resultado de la fecundación de dos o más óvulos, o cuando un óvulo se divide, dando lugar en este caso a gemelos, genéticamente idénticos. Los recién nacidos gemelares que presentan un peso menor al normal crecen posteriormente en forma acelerada, alcanzando al año de vida un peso similar al de aquellos que fueron embarazos simples
Parto prolongado	Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha. Enlentecimiento de

Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto

	la progresión del trabajo de parto debido la disminución de las contracciones uterinas en su frecuencia, intensidad o duración debido a la disminución del metabolismo de la actina para su conversión en miosina y presentación de la contracción uterina, en unos casos por carencia de dichas proteínas y/o calorías.
Trastorno hipertensivo	Aparición de hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación. Esta es mayor o igual que 140/90 mmHg, junto con una Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico). Se diagnostica en forma retrospectiva y sus criterios son: hipertensión leve (no mayor de 140/90 mmHg), sin proteinuria, que aparece en el tercer trimestre de la gestación y desaparece después de la gestación (hasta 10 días postparto).

Fuente: Elaboración Propia. Tomado de (Gallegos Ojeda, 2019).

Diagnóstico

Determinar el diagnóstico de la hemorragia postparto no es sencillo debido a que se vuelve difícil el reconocimiento de las pérdidas sanguíneas, que, en ocasiones al mezclarse con el líquido amniótico, no es fácil de cuantificar. A esto también se le suma la dificultad para reconocer los factores de riesgo, y por ende poder realizar un diagnóstico precoz. El cuadro clínico que presentará la paciente será de acuerdo al volumen de pérdida sanguínea y la rapidez que se genera.

Cabe tomar en cuenta que, debido a los cambios fisiológicos durante el embarazo, el aumento de la resistencia vascular sistémica, así como la taquicardia, pueden mantenerse ocultos a causa de este factor. Por este motivo vale tomar a consideración que una gestante sin factores de riesgo pierde hasta el 30% de su volumen sanguíneo para presentar cambios en las constantes vitales, es por ello que se sugiere realizar una continua observación clínica de los signos vitales durante el periodo postparto (Cando Guerrero, 2021).

Diagnóstico etiológico

Para el diagnóstico etiológico se debe basar en la nemotecnia de las 4 “T” (tono, trauma, trombina, tejido, trombina), además se debe tomar en cuenta los factores de riesgo que puede presentar la

Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto

gestante, una vez identificado la causa de la hemorragia postparto, se brinda el tratamiento adecuado. Para la valoración de la etiología se debe realizar en el siguiente orden:

1. Valorar el grado de contracción uterina.
2. Se debe revisar nuevamente el canal de parto, así el útero este bien contraído.
3. Una vez descartado las lesiones en el canal de parto se debe revisar nuevamente la placenta y las membranas:
 - En caso de que la hemorragia se produzca después del alumbramiento, corroborar en el registro u hoja de atención del parto, que se ha revisado tanto las membranas, así como la placenta constatando su integridad.
 - Si no está seguro de la revisión previa de la placenta y las membranas realizar una exploración manual del útero.
4. La exploración manual del útero también permite realizar el diagnóstico de: inversión y rotura uterina.
5. Si la pérdida sanguínea es significativa se recomienda solicitar pruebas cruzadas, y una analítica completa con pruebas de coagulación, además de requerir paquetes sanguíneos (Cando Guerrero, 2021).

Tratamiento

Farmacológico

Las intervenciones farmacológicas van dirigidas hacia el control inmediato de la pérdida de volumen sanguíneo, con la finalidad de mitigar el riesgo de shock hipovolémico. Por otro lado, los uterotónicos son usados ya que aumentan la contractilidad y el tono uterino; los fármacos de primera elección son la oxitocina y la ergometrina, puesto que su inicio de acción es de 2 a 3 minutos, el primero maneja una dosis inicial de 10 UI IM o 10-40 UI IV y una dosis máxima de 60 UI/día; el segundo tiene una dosis inicial de 0.2-0.4mg IV o IM en 15 a 20 minutos, cada 4 a 6 horas hasta un máximo de 1 mg; como alternativa se administra misoprostol 600-1000 mcg sublingual o rectal; carboprost 0.25 mg IM cada 15 a 90 minutos en un máximo de 8 dosis y ácido tranexámico 1g IV cada 4 horas, máximo 4 g (Castiblanco Montañez et al., 2022).

No farmacológico

En la literatura se listan diferentes alternativas, tomando como primera medida la reposición de líquidos cristaloides y/o hemoderivados según las pérdidas. Se recomienda la administración de plasma fresco congelado y/o glóbulos rojos; se debe canalizar una vía periférica con un catéter de gran calibre (16-18) de uso exclusivo para la transfusión de hemocomponentes, en caso de emergencia se administran 2 unidades de glóbulos rojos O-1. Se sugiere 12-15 ml/kg de plasma fresco congelado por cada 6 unidades de glóbulos rojos, mantener la monitorización de las constantes vitales, orientar y vigilar las reacciones adversas presentes durante la transfusión.

Por otro lado, controlar la diuresis a través de una sonda Foley; el vaciado vesical favorece la contracción uterina, el volumen diurético adecuado es de > 30 ml/hora. En relación a otras alternativas se encuentra el balón Bakri, es un dispositivo de silicón mínimamente invasivo que se utiliza en el taponamiento uterino, tiene doble luz para vigilar y cuantificar el sangrado uterino, aumenta la presión del parénquima y la vasculatura uterina; debe llenarse con solución salina hasta producir suficiente taponamiento. Este método ha demostrado una eficacia del 90% durante 12-24 horas. De otra manera, se realiza compresión manual con gasas estériles y compresas en la cavidad uterina; tiene una efectividad de 2 a 3 horas aproximadamente, y/o compresión bimanual uterina en donde se coloca un puño a través del tracto vaginal y con la otra mano se comprime el fondo uterino (Castiblanco Montañez et al., 2022).

Tratamiento del shock hipovolémico

Durante el manejo del shock hipovolémico se realiza una resucitación sistémica; en primer lugar, se asegura la vía aérea a través de intubación endotraqueal y se verifica el riesgo de aspiración. En segundo lugar, se canalizan 2 accesos venosos de gran calibre para administración de líquidos IV, se aporta 1-2 litros de volumen durante la primera hora, con vigilancia estricta de los signos vitales; las soluciones utilizadas son los cristaloides, coloides y sangre. Por último, se administran fármacos vasopresores como Desmopresina $0.3\mu\text{g}/\text{kg}$, uterotónicos como Oxitocina 30 UI/30 min y si estos medicamentos son ineficaces, se administra Sulprostone 500 mg en 1 hora; y adicional Bicarbonato de sodio para contrarrestar la acidosis láctica (Castiblanco Montañez et al., 2022).

Prevención

Las revisiones de la literatura han demostrado que la única maniobra efectiva para la prevención de la hemorragia posparto es el manejo activo del tercer periodo, claramente sustentada bajo el nivel de evidencia A. En gestantes de alto riesgo para HPP hay reducción del 62% de pérdida de sangre mayor a 500 cc y del 67% en pérdida mayor a 1000 cc, 66% de disminución en requerimiento de transfusión de sangre y 80% menos necesidad de oxitocina terapéutica. El manejo activo del tercer período consiste en la aplicación de intervenciones que facilitan la expulsión de la placenta aumentando las contracciones uterinas y, acortando los tiempos, para prevenir la hemorragia postparto por atonía uterina (Arreaga Sellan, 2021).

La tercera etapa del parto es el intervalo de tiempo que comprende desde el nacimiento del niño hasta la expulsión total de la placenta y sus membranas. La mayor complicación en este periodo es la HPP: el grado de pérdida sanguínea se asocia con la rapidez con que la placenta se separa del útero y con la efectividad de la contracción uterina. La tercera etapa del parto puede ser manejada de modo activo o bien mantenerse una actitud expectante (alumbramiento espontáneo o manejo fisiológico de la tercera etapa del parto). El manejo expectante o fisiológico se refiere a un alumbramiento espontáneo de la placenta sin usar uterotónicos y sin traccionar del cordón. Como segundo paso la correcta Tracción y contratracción del cordón umbilical aplicando la contracción por encima del pubis con la otra mano. Y como tercer paso el masaje uterino postparto masajeando el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta lograr que el útero se contraiga, se debe controlar loquios (Arreaga Sellan, 2021).

Conclusión

La hemorragia post parto es una complicación con estadísticas importantes en el ámbito ginecológico, al estimarse su prevalencia en al menos un 30% de todos los casos post parto. A su vez esta asociada a comorbilidades y factores de riesgo intrínsecos de la mujer como la edad, parto prolongado, multigestante, por nombrar algunas. El manejo y control de la hemorragia y su rápido diagnóstico es lo que evitar el riesgo de muerte que se asocia a este tipo de complicaciones. En cuanto al diagnóstico la exploración física es importante para valorar el grado de contracción uterina, canal uterino, y el etiológico se debe basar en la nemotecnia de las 4 “T” (tono, trauma, trombina, tejido), y dentro del proceso del parto se debe evaluar las membranas y la integridad de la

Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto

placenta y si existe pérdida se deben realizar pruebas cruzadas, y una analítica completa con pruebas de coagulación, además de requerir paquetes sanguíneos. En cuanto al tratamiento está el farmacológico indicado con oxitocina y la ergometrina, el no farmacológico con administración de plasma fresco congelado y/o glóbulos rojos por vía periférica y control de diuresis por sonda Foley, al presentarse un shock hipovolémico se realiza una resucitación sistémica; en primer lugar, y se asegura la vía aérea a través de intubación endotraqueal y se verifica el riesgo de aspiración.

Por último, la prevención para evitar una hemorragia postparto se recomienda:

- Aplicación de intervenciones que facilitan la expulsión de la placenta aumentando las contracciones uterinas y, acortando los tiempos, para prevenir la hemorragia post-parto por atonía uterina.
- Control de intervalo de tiempo desde que nace el niño hasta la expulsión de membranas y placenta.
- Correcta tracción y contratracción del cordón umbilical aplicando la contratracción por encima del pubis con la otra mano.
- Masaje uterino postparto masajeando el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta lograr que el útero se contraiga.

Referencias

1. Arreaga Sellan, E. G. (2021). *Conducta Obstétrica en múltipara de 35 años de edad con hemorragia postparto* [UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9389/E-UTB-FCS-OBST-000252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Cando Guerrero, J. A. (2021). *Fisiopatología y tratamiento de la hemorragia postparto precoz* [UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/23120/1/UCE-FCDAPD-CANDO JOHANA.pdf>
3. Castiblanco Montañez, R. A., Coronado Veloza, C. M., Morales Ballesteros, L. V., Polo González, T. V., & Saavedra Leyva, A. J. (2022). Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2075>

Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto

4. Chalco Castro, L. (2019). *Hemorragias Post Parto en Hospital de la Región Moquegua* [UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI]. http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/615/Leona_trabajoacademico_titulo_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Gallegos Ojeda, E. P. (2019). *Causas de las hemorragias postparto* [UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL]. http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/45629/1/CD_640-GALLEGOS_OJEDA_ELSY_PAOLA.pdf
6. García-Benavides, J. L., Ramírez-Hernández, M. Á., Moreno-Cárcamo, M., Alonso-Ramírez, E., & Gorbea-Chávez, V. (2018). Hemorragia obstétrica postparto: propuesta de un manejo básico integral, algoritmo de las 3 “C.” *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(S1), 190–194.
7. Garrido Dulcey, J. S. (2019). *Hemorragia postparto en primipara de 27 años* [UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6501/E-UTB-FCS-ENF-000215.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Méndez Amador, K. (2022). Recomendaciones sobre intervenciones enfermeras posterior a la hemorragia posparto. *Qualitas Revista Científica*, 24(24). <https://doi.org/10.55867/qual24.04>