

**HEMORRAGIA POSPARTO: LA MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE, PREVENCIÓN Y
MANEJO – REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**ALEXANDRA SALAZAR BLANCO
LAURA ISABEL NARVAÉZ CARDONA**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI - SECCIONAL PALMIRA FACULTAD DE
SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA**

**PALMIRA
2024**

**HEMORRAGIA POSPARTO: LA MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE, PREVENCIÓN Y
MANEJO – REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**ALEXANDRA SALAZAR BLANCO
LAURA ISABEL NARVAÉZ CARDONA**

MONOGRAFÍA TIPO REVISIÓN SISTEMÁTICA

**TUTORA
DRA. JOHANNA ANDREA GARCÍA CLAVIJO**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI - SECCIONAL PALMIRA FACULTAD DE
SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA**

**PALMIRA
2024**

CONTENIDO

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
1. OBJETIVOS	9
2. METODOLOGIA	10
2.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y FUENTES DE INFORMACIÓN	10
2.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN	10
2.3 ESTRATEGIA DE APLICACIÓN DE CRITERIOS DE SELECCIÓN, ESTRATEGIA DE ANÁLISIS Y EXTRACCIÓN DE INFORMACIÓN	11
2.4 SISTEMA DE CALIFICACIÓN PARA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES	13
3. RESULTADOS	14
3.1 MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE	14
3.1.1. DEFINICIÓN	16
3.1.2. PREDICCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y SUS RECOMENDACIONES PREVENTIVAS	19
3.1.3 USO DE MEDICAMENTOS EN CONTEXTO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	26
3.1.4 MANIOBRAS AVANZADAS NO QUIRURGICAS	31
3.1.5 MANIOBRAS QUIRURGICAS AVANZADAS	33
3.1.6 REANIMACIÓN	36
4. DISCUSIÓN	38
5. CONCLUSIONES	40
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Matriz para aplicación de criterios de selección, estrategia de análisis y extracción de información.

Tabla 2. Definiciones de hemorragia posparto de las sociedades representativas de cada continente

Tabla 3. Factores de riesgo y recomendaciones preventivas de hemorragia posparto de las sociedades representativas de cada continente.

Tabla 4. Uso de medicamentos en contexto de prevención y tratamiento de hemorragia posparto de las sociedades representativas de cada continente.

Tabla 5. Recomendaciones de dosificación de uterotónicos por guía/sociedad.

Tabla 6. Maniobras avanzadas no quirúrgicas de cada guía/sociedad.

Tabla 7. Maniobras quirúrgicas avanzadas en hemorragia postparto de cada guía/sociedad.

Tabla 8. Reanimación en hemorragia postparto de cada guía/continente.

RESUMEN

Introducción: La hemorragia postparto se considera la primera causa de mortalidad materna a nivel mundial, que, pese a los avances en el conocimiento del manejo y prevención, no ha sido inevitable. Los esfuerzos para mejorar las condiciones en las instituciones de salud son inmensos en términos de tratamiento; sin embargo, la prevención sigue siendo una debilidad significativa. Actualmente se estima que alrededor de 287.000 mujeres murieron durante y después del embarazo y el parto en 2020. Casi el 95% de todas las muertes maternas ocurrieron en países de ingresos bajos y medios-bajos en 2020, y la mayoría podría haberse evitado¹. **Objetivo:** Revisar la mejor evidencia disponible publicada en los últimos 8 años (2016-2024) en manejo y prevención de hemorragia post parto a nivel mundial. **Metodología:** Es un estudio retrospectivo de análisis y revisión de la literatura, tomando las más recientes pautas publicadas por las sociedades científicas de ginecoobstetricia en cada continente (SCOG, FIGO, SOGON, FOGSI, NESOG, FLASOG, ACOG, RANZCOG, RCOG). Para cada sociedad buscamos sitios web donde se identifican las directrices publicadas actualizadas, además búsquedas en base de datos PubMed, Science Direct, National Library of Medicine y National Guideline Clearinghouse. **Resultados:** Iniciando con la definición de HPP, el consenso en todas las guías propone recomendación de evidencia grado 1 A para la inestabilidad hemodinámica antes que el volumen de las pérdidas sanguíneas. Para uso de uterotónicos como la oxitocina en prevención y manejo de hemorragia posparto la recomendación de evidencia es grado 1 A, se reitera además el uso de ácido tranexámico con grado de recomendación 1 A en todos los casos de hemorragia posparto. **Conclusiones:** Las directrices de todas las sociedades apuntan a mejorar la definición de hemorragia posparto en términos de inestabilidad hemodinámica y brindan sus recomendaciones de mejor evidencia para la prevención con el uso de uterotónicos, continuando en primer lugar la oxitocina. También enfatizan en el reconocimiento de los factores de riesgo para generar intervenciones en prevención, ya que el manejo está plenamente reconocido.

Palabras claves: hemorragia posparto, mortalidad materna, prevención muerte materna, salud materna, complicaciones obstétricas.

¹ De la salud, O. M. *mortalidad materna*. Organización Mundial de La Salud. [en línea] 2023 [Consultado 2024 Junio 01] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

ABSTRACT

Introduction: Postpartum hemorrhage is considered the leading cause of maternal mortality worldwide, which, despite advances in knowledge of management and prevention, has not been inevitable. Efforts to improve conditions in health care institutions are immense in terms of management, but prevention is a significant weakness. It is currently estimated that around 287,000 women died during and after pregnancy and childbirth in 2020. Nearly 95% of all maternal deaths occurred in low- and lower-middle-income countries in 2020, and most could have been prevented.

Objective: To review the best available evidence published in the last 8 years (2016-2024) on management and prevention of postpartum hemorrhage worldwide. **Methodology:** This is a retrospective study of analysis and review of the literature, taking the most recent guidelines published by the scientific societies of obstetrics and gynecology in each continent (SCOG, FIGO, SOGON, FOGSI, NESOG, FLASOG, ACOG, RANZCOG, RCOG). For each society we searched websites where updated published guidelines were identified, as well as searches in PubMed, Science Direct, National Library of Medicine and National Guideline Clearinghouse databases.

Results: Starting with the definition of PPH, the consensus in all guidelines proposes a grade 1 A evidence recommendation for hemodynamic instability rather than volume of blood loss. For use of uterotonics such as oxytocin in prevention and management of postpartum hemorrhage the evidence recommendation is grade 1 A, the use of tranexamic acid is also reiterated with grade 1 A recommendation in all cases of postpartum hemorrhage. **Conclusions:** The guidelines of all societies aim to improve the definition of postpartum hemorrhage in terms of hemodynamic instability and provide their best evidence recommendations for prevention with the use of uterotonics, continuing in first place oxytocin. They also emphasize the recognition of risk factors to generate prevention interventions, since management is fully recognized.

Keywords: postpartum hemorrhage, maternal mortality, maternal death prevention, maternal health, obstetric complications.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un evento catastrófico que impacta profundamente en la sociedad y que refleja el nivel de desarrollo de un país en cuanto a la calidad de su sistema de salud, por esta razón se ha reconocido como un objetivo de desarrollo sostenible. En este contexto la hemorragia postparto (HPP) se destaca como la principal causa de muerte materna en el mundo, sigue siendo objeto de revisión constante su manejo y ahora enfáticamente, su prevención. Una definición comúnmente aplicada es la que categoriza la HPP como un sangrado cuantificado superior a 500 ml para partos vaginales y superior a 1.000 ml para partos por cesárea, ocurrido dentro de las primeras 24 h posteriores al parto²; sin embargo la subjetividad que este concepto permite lo hace poco eficiente para lograr un diagnóstico preciso y oportuno, de ahí que las últimas revisiones hayan ajustado el concepto a cualquier pérdida de sangre acompañada de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento³.

La incidencia de la HPP se ve impactada particularmente en países de ingresos bajos y medios, lo que significa una preocupación creciente, ya que nos muestra que la detección y prevención es inconsistente de intervenciones, además de su estrecha relación entre la prevalencia y el acceso limitado a servicios de salud de calidad. Para el 2020, se estimó que la tasa mundial de mortalidad materna fue de 223 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos, y más del 85% de las muertes por hemorragia posparto se producen en África Subsahariana y en Asia Meridional. Sólo en África Subsahariana se concentraron aproximadamente el 70% de éstas (202.000), mientras que Asia meridional representó cerca del 16% (47.000)⁴. La OMS, documentó las cifras para el 2020 de defunciones maternas que corresponden a causas generales: América Latina y el Caribe 8.400 defunciones maternas, representando 1.300 defunciones el Caribe, 1.900 defunciones Centroamérica y 5.200 defunciones América del Sur. En el caso de Oceanía (excluyendo Australia y Nueva Zelanda) 540 defunciones y 13 defunciones para Australia y Nueva Zelanda. Así mismo, 1.400 defunciones para Europa y América del Norte, siendo ésta última región, la que representó mayor número de defunciones (810) y específicamente, Europa Oriental 310 defunciones, Europa Septentrional 89 defunciones, Europa Meridional 62 defunciones y Europa Occidental 110 defunciones⁵. En Colombia en 2023, la razón de morbilidad materna (RMM) fue de 52,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos, según

² Escobar MF, Nassar AH, Theron, et al. Recomendaciones de la FIGO sobre el manejo de hemorragia posparto 2022. Int J Gynecol Obstet. [en línea] 2022 [Consultado 2024 Junio 10] Disponible en:

³ Escobar MF, Nassar AH, Theron, et al. Recomendaciones de la FIGO sobre el manejo de hemorragia posparto 2022. Int J Gynecol Obstet. [en línea] 2022 [Consultado 2024 Junio 10] Disponible en:

⁴ De la salud, O. M. *mortalidad materna*. Organización Mundial de La Salud. [en línea] 2023 [Consultado 2024 Junio 11] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

⁵ de la Salud OM. Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo Banco Mundial y la División de Población de UNDESA [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240069251>

datos del Instituto Nacional de Salud. La HPP se evidencia como primera causa de morbilidad materna⁶.

Entonces, la HPP es una complicación obstétrica que se acentúa sobre todo en países en desarrollo; pese a la evidencia disponible su reducción no ha sido significativa.

Dicha razón ha motivado el desarrollo de este estudio, considerando necesario analizar las principales guías y protocolos actualizados de las sociedades internacionales de ginecología y obstetricia de cada continente, a fin de hallar un consenso con la mejor evidencia disponible en el manejo y prevención de la HPP, generar de esta manera recomendaciones que permitan evitar el evento propiamente dicho.

⁶Vigilancia [Internet]. Gov.co. [citado el 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>

1. OBJETIVOS

Objetivo General:

1. Revisar y Analizar las principales guías y protocolos actualizados en hemorragia post parto de las sociedades internacionales de ginecología y obstetricia de cada continente.

Objetivos Específicos:

1. Cribar las prácticas más efectivas en prevención de la hemorragia postparto como pilar para una reducción significativa de la mortalidad materna.
2. Sintetizar las recomendaciones coincidentes en las guías a evaluar como muestra de la mejor evidencia.
3. Comparar las recomendaciones de cada guía en situaciones específicas de prevención.

2. METODOLOGIA

2.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Se presenta una revisión de la literatura a partir un análisis crítico y comparativo de las diferentes guías de hemorragia post parto expuestas en el marco de las sociedades internacionales de Ginecología y Obstetricia de cada continente entre los años 2016 y 2024 con sus respectivas actualizaciones. Para cada recomendación de evidencia disponible se organizó búsqueda de artículos en inglés y español publicados en los últimos 8 años encontrados en el cuartil 1 a Q4, según el ranking de la revista y su índice de impacto en el SCImago Journal Rank (SJR). La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases electrónicas: Cochrane Library Plus, Embase, Pubmed, Scopus; incluyó las palabras clave en español e inglés (hemorragia posparto, diagnóstico, tratamiento, Delayed Postpartum Hemorrhage, Hemorrhage, Postpartum, Immediate Postpartum Hemorrhage). Se utilizó como lista de chequeo la Guía Prisma (siglas en inglés de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

La información recolectada de las publicaciones fue presentada por medio de tablas originales construidas por los autores que permiten la comparación de las diferentes recomendaciones para cada sociedad revisada con su respectivo grado de evidencia (*Figura 1*).

La presente publicación se encuentra bajo el margen de las consideraciones éticas contempladas en la Resolución 8430 de 1993 y se clasifica como investigación sin riesgo, puesto que no se realizan modificaciones en las variables de los individuos⁷ y con las disposiciones de la Ley 44 de 1993 correspondientes a los derechos de autor y a las consideraciones de la Ley 911 de 2004.

2.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Idioma español e inglés.
- Publicados en el periodo de 2016 – 2024.
- Artículos de revisión sistemática y metaanálisis.
- Estudios clínicos y observacionales relevantes.
- Documentos que presenten evidencias y recomendaciones basadas en la investigación.

⁷ Ministerio de Salud de Colombia. Resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. 1993, 1-19.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF> [Links]

Criterios de exclusión:

- Estudios que no aborden específicamente el tema.
- Guías y estudios que no provengan de las sociedades seleccionadas de cada continente.
- Estudios que no se hayan publicado en las revistas oficiales de cada sociedad.
- Estudios no disponibles en texto completo.
- Citas duplicadas.

2.3 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS, EXTRACCIÓN DE INFORMACIÓN Y USO DE HERRAMIENTA PARA APLICACIÓN DE CRITERIOS DE SELECCIÓN.

La estrategia de análisis utilizada para extracción de información y uso de herramienta para aplicación de criterios fue una matriz de revisión de literatura. Esta matriz permitió evaluar de manera clara y estructurada el cumplimiento de los criterios de inclusión, mientras que los criterios de exclusión ayudaron a filtrar información irrelevante. Mediante variables como autores, idioma, año de publicación, tipo de estudio, objetivo, evidencia y resultados, no sólo facilitaron la identificación de estudios significativos, sino que también contribuyeron a controlar los sesgos derivados de la capacidad de análisis e identificación de variables de información (ver Tabla 1) que pudieran afectar los resultados y conclusiones del estudio, garantizando la sistematización y caracterización de los artículos.

Tabla 1. Matriz para aplicación de criterios de selección, estrategia de análisis y extracción de información.

Criterios de selección	Art. 1	Art. 2	Art. 3	Art. 4	Art. 5	Art. 6	Art. 7	Art. 8	Art. 9	Art. 10	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 14	Art. 15	Art. 16
Criterios de inclusión																
Autores																
Idioma español o inglés																
Periodo de publicación 2016-2024																
Tipo de estudio																
Evidencia y recomendaciones																

Criterios de exclusión																
Relevancia del tema																
Publicación en revistas oficiales																
Disponibilidad texto completo																
Criterios que cumple																

2.5 SISTEMA DE CALIFICACIÓN PARA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES

Figura 1. Sistema de calificación utilizado para evaluar la calidad de la evidencia y calificar las recomendaciones.

SISTEMA DE CALIFICACIÓN	
<p>Grado de recomendación basado en la fuerza de la evidencia: ¿Es riesgo/beneficio?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la recomendación es fuerte = Grado 1 “Se recomienda” • Si la recomendación es débil = Grado 2 “Se sugiere” • Si no hay mención de la intervención = NA “No aplica” 	
CALIDAD DE LA EVIDENCIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de alta calidad = A (ensayos controlados aleatorizados) • Evidencia de calidad moderada = B (ensayos controlados aleatorios y estudios observacionales con limitaciones) • Evidencia de calidad baja o muy baja = C (estudios observacionales, ensayos controlados aleatorios con limitaciones importantes) 	
GRADO DE RECOMENDACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Grado 1 A • Grado 1 B • Grado 1 C 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado 2 A • Grado 2 B • Grado 2 C

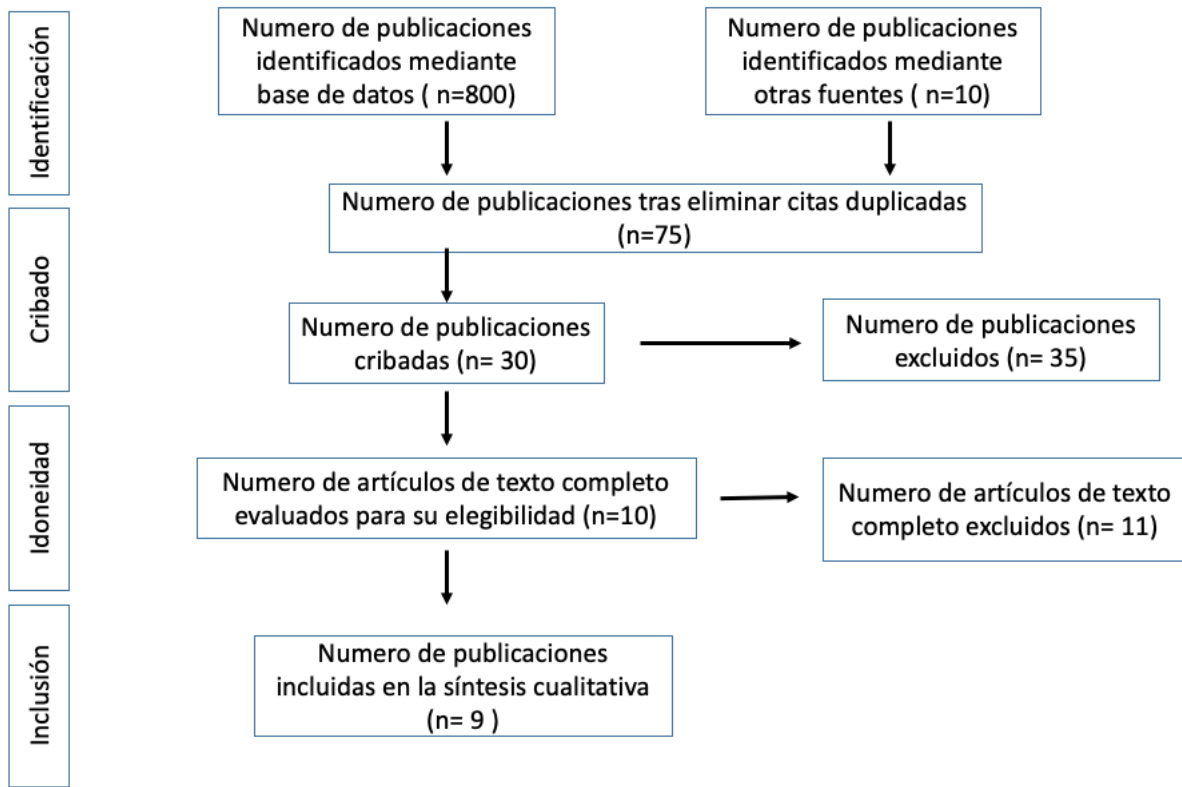
3. RESULTADOS

3.1 MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE

En el contexto de esta revisión de literatura con base en los criterios mencionados en la metodología, se decidió realizar la búsqueda de análisis de las siguientes sociedades: Sociedad de Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC), Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Society of Obstetrics and Gynecology of Nigeria (SOGON), Federation of Obstetric and Gynaecological Societies of India (FOGSI), Nepal Society of Obstetricians and Gynecologists (NESOG), Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) y Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Esta elección se llevó a cabo con el objetivo de obtener una perspectiva más globalizada y representativa de cada continente, garantizando así la mejor evidencia disponible en el manejo y la prevención de la hemorragia posparto.

Una vez realizada la búsqueda y la selección, se obtuvieron los siguientes resultados en las fases de búsqueda y selección (*Ver figura 2*).

Figura 2. Diagrama de flujo para la búsqueda y selección de artículos.



3.1.1. DEFINICIÓN

Tabla 2. Definiciones de hemorragia posparto de las sociedades representativas de cada continente				
<i>Guía/Sociedad</i>	<i>Año de publicación</i>	<i>Definición de HPP</i>	<i>Continente</i>	<i>Grado de recomendación</i>
<i>The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC)</i>	2022	Pérdida de >500 ml (parto vaginal) o >1000 ml (cesárea) en las 24 horas, o cualquier pérdida que cause inestabilidad hemodinámica.	América del Norte	1A
<i>FIGO</i>	2022	Pérdida de cualquier cantidad de sangre en las 24 horas, que cause inestabilidad hemodinámica, independientemente del volumen exacto.	Internacional	1A
<i>Society of Obstetrics and Gynecology of Nigeria (SOGON)*</i>	2022	Hemorragia vaginal igual o superior a 500 ml tras un parto vaginal.	África	1C
<i>Federation of Obstetric and Gynecological Societies of India (FOGSI)</i>	2022	Pérdida de sangre de >500 ml en parto vaginal o >1000 ml en cesárea seguida de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto.	Asia	1A
<i>Nepal Society of Obstetricians and</i>	2021	Pérdida de sangre de >500	Asia	1A

Gynecologists (NESOG)*		ml después de un parto vaginal o de >1000 ml después de una cesárea dentro de las 24 horas posteriores al parto o una pérdida de sangre seguida de signos y síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al parto.		
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)	2018	Pérdida de cualquier cantidad de sangre que cause signos de inestabilidad hemodinámica. Disminución de un 10% en el hematocrito basal de la paciente.	Latinoamérica	1B
The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)	2017	Pérdida de sangre acumulada mayor o igual a 1000 ml o pérdida de sangre acompañada de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al proceso del parto.	América del Norte	1A
Royal Australian and New Zealand College of	2016	Pérdida de sangre de >500 ml durante el puerperio y HPP	Oceanía	1A

Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG)		grave >1000 ml con signos de compromiso hemodinámico, independienteme nte del volumen estimado de pérdida. Y se clasifica primaria (las 24 horas posteriores al parto) y secundaria (entre 24 horas y 6 semanas posparto)		
Royal College of Obstetricians and Gynecologist (RCOG)	2016	Pérdida de >500 ml en las primeras 24 horas, se clasifica como menor (500- 1000 ml) o mayor (>1000 ml) y este se subdivide en moderado (1001 a 2000 ml) y grave (>2000 ml).	Europa	1B
*Los datos utilizados en este estudio provienen de artículos publicados en la revista <i>Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> , que es la publicación oficial de la Society of Obstetrics and Gynecology of Nigeria (SOGON), y en el <i>Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> , la revista oficial de la Nepal Society of Obstetricians and Gynaecologists (NESOG). Cabe destacar que, aunque se realizó una búsqueda exhaustiva, no se encontraron guías de práctica clínica en estas revistas. Por lo tanto, los artículos utilizados no necesariamente representan guías de práctica clínica, sino que se basan en estudios e investigaciones relevantes en el campo.				

Fuente: elaboración propia

3.1.2. PREDICCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y SUS RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

Tabla 3. Factores de riesgo y recomendaciones preventivas de hemorragia posparto de las sociedades representativas de cada continente.

Guía / año de publicación	Etiología	Causas	Factores de riesgo	Recomendaciones preventivas	Grado de recomendación
The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) 2022	Atonía uterina	Sobre distensión uterina	Gestaciones múltiples	Uso de uterotónicos, manejo activo de la tercera etapa del parto 5 a 10 unidades de oxitocina IV/IM, monitoreo de tono uterino.	1A
			Polihidramnios		
			Feto con macrosomía		
		Agotamiento uterino	Trabajo de parto precipitado o prolongado		
			Uso prolongado de oxitocina		
			Alta paridad		
			Anestesia general		
		Infección	Anemia		
			Corioamnionitis		
	Tejido	Productos retenidos de la concepción	Ruptura prolongada de membranas	Revisión manual o ecografía posparto.	1B
			Parto incompleto de la placenta		
Trauma	Laceración del cuello uterino, vagina, perineo	Parto precipitado o quirúrgico	Tracción controlada del cordón con contracción	1B	
		Extensión de la episiotomía			
		Malposición fetal			

FIGO 2022		Extensión/ laceraciones en cesárea	<i>Compromiso profundo</i>	uterina, en los casos que haya signos de separación de la placenta.	
			<i>Segunda etapa prolongada</i>		
		Ruptura uterina	<i>Cirugía uterina previa</i>		
		Inversión uterina	<i>Nuliparidad con placenta fúndica</i>		
	<i>Tracción excesiva del cordón</i>				
	Trombina	Estados preexistentes	<i>Coagulopatías hereditarias</i>	Evaluación preparto, administración de factores de coagulación según necesidad.	1C
			<i>Púrpura trombótica idiopática</i>		
		Adquirido durante el embarazo	<i>Preeclampsia</i>		
			<i>Coagulopatía intravascular diseminada</i>		
			<i>Muerte fetal</i>		
			<i>Infección grave</i>		
			<i>Abrupción</i>		
	iatrogénico	<i>Embolia de líquido amniótico</i>			
			<i>Anticoagulación terapéutica</i>		
Tono	Atonía uterina	Corioamnionitis	Uso de uterotónicos durante de la tercera etapa del parto: oxitocina 10 unidades IV/IM, evaluación del tono uterino posparto.	1A	
		Alta paridad			
		Anestesia general			
		Gestación fetal múltiple			
		Polihidramnios			
		Macrosomía fetal			
Trauma	Traumatismos del tracto genital	Laceraciones perineales o cervicales	Tracción controlada del cordón umbilical donde haya	1B	
		Hematomas perianales			
		Episiotomías			

			Ruptura uterina	personal capacitado. No se recomienda el pinzamiento temprano del cordón (<1 minuto después del nacimiento), evaluación del tono uterino posparto.	
	Tejido	Productos retenidos de la concepción	Placenta succenturiata	<i>No menciona</i>	NA
			Instrumentación previa		
	Trombina	Coagulopatías	Hereditarias (enfermedad de von Willebrand, hemofilia y púrpura trombocitopenia idiopática)	<i>No menciona</i>	
			Adquiridas (uso de terapia anticoagulante)		
			Aparición de coagulopatía intravascular diseminada después del		

			desprendimiento de placenta, preeclampsia con características graves, muerte fetal intrauterina, sepsis o embolia de líquido amniótico.		
Society of Obstetrics and Gynecology of Nigeria (SOGON) 2022*	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	NA
Federation of Obstetric and Gynecological Societies of India (FOGSI) 2022	Tono	Anormalidad de la contracción uterina	Macrosomía	Uso de uterotónicos profilácticos en la tercera etapa del parto como oxitocina 10 unidades IV/IM.	1A
			Hidramnios		
			Infección intraamniótica		
			Distorsión funcional/anatómica del útero		
	Tejido		Placenta retenida	Manejo activo de la placenta (pinzamiento tardío del cordón umbilical y tracción controlada del cordón).	1B
			Placenta acreta, percreta o increta		
	Trauma		Traumatismo del tracto genital	Suturar rápidamente cualquier desgarro perianal.	2A
Ruptura uterina					
Inversión uterina					
Trombina		Trastornos de la coagulación	No menciona	NA	
Nepal Society of Obstetricians and Gynecologists (NESOG) 2021*	Atonía uterina		Multiparidad	No menciona	NA
			Polihidramnios		
			Inducción de trabajo de parto		
			Mioma uterino		

			Hemorragia anteparto		
	Tejido		Placenta mórbida adherente	<i>No menciona</i>	NA
			Retención placentaria		
	Trauma		Inversión uterina	<i>No menciona</i>	NA
Trombina		<i>No menciona</i>	<i>No menciona</i>	NA	
<p>Federación Latinoamérica de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) 2018</p>	Atonía uterina	Sobre distensión uterina	Gestación múltiple	Administración de oxitocina 10 UI IM/IV en mujeres que tengan parto por vía vaginal. Masaje uterino de rutina como componente del manejo activo del alumbramiento.	1A
			Polihidramnios		
			Feto con macrosomía		
		Corioamnionitis	RPM prolongada*		
			Fiebre		
		Agotamiento muscular	Parto prolongado y/o precipitado		
	Multiparidad				
	Retención de tejido (tejido)	Placenta	Acretismo placentario	Cirugía de control de daños	1A
			Cirugía uterina previa		
		Coágulos			
Lesión del canal	Desgarros del canal del parto	Parto instrumentado		1A	

	del parto (trauma)		Fase de expulsivo precipitada	<i>No menciona</i>	
		Ruptura/ Dehiscencia uterina	Cirugía uterina previa (miomectomía)		
			Parto instrumentado		
			Distocia		
			Hiperdinamia	Tracción continua y controlada del cordón umbilical para la extracción de la placenta y evitar un tercer periodo del parto prologando.	
			Versión cefálica externa		
		Inversión uterina	Alumbramiento manual		
			Acretismo placentario		
			Maniobra de Crede		
Alteraciones de la coagulación (Trombin a)	Adquiridas	Preeclampsia	<i>No menciona</i>	NA	
		Síndrome de Hellp			
		Coagulación intravascular diseminada			
		Embolia de líquido amniótico			
	Sepsis				
	Congénitas	Enfermedad de Von Willebrand	<i>No menciona</i>		NA
Hemofilia tipo A					
The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2017	Atonía uterina		Uso prolongado de oxitocina	Manejo activo de la tercera etapa del parto con administración de oxitocina mediante	1A
			Alta paridad		
			Corioamnionitis		
			Anestesia general		
			Polihidramnios		
			Macrosomía		

	Traumatismo del tracto genital	Episiotomía	Parto vaginal operatorio	infusión intravenosa diluida en dosis en bolo de 10 unidades, masaje uterino y tracción del cordón umbilical.	
		Laceraciones cervicales, vaginales y perianales.			
		Ruptura uterina			
	Tejido placentario o retenido	Placenta retenida	Placenta sucenturiada Cirugía uterina previa Placenta incompleta en el momento del parto		
		Placenta accreta			
	Anormalidades de la coagulación	Preeclampsia	Hematomas anormales		
		Deficiencia hereditaria del factor de coagulación	Muerte fetal		
		Embolia de líquido amniótico	Fiebre, sepsis		
	Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG) 2016	Tono			
			Sobre distensión uterina		
			Embarazo múltiple		
			Polihidramnios		
Trauma			Ruptura uterina		
			Desgarros		
			Incisión uterina en cesárea		
Tejido			Placenta previa		
			Placenta accreta		
			Inversión uterina		
Trombina			Coagulación intravascular diseminada		
			Preeclampsia grave		

			Desprendimientos de la placenta		
Royal College of Obstetricians and Gynecologist (RCOG) 2016	Tono		Embarazo múltiple	Uterotónicos profilácticos en la tercera etapa del parto: oxitocina 10 UI IV/IM parto vía vaginal y 5 UI IV/lenta en cesárea. Pinzamiento temprano del cordón umbilical.	1A
			HPP anterior		
			Macrosomía fetal		
			Tercera etapa prolongado		
	Trauma		Anestesia general		
			Episiotomía		
	Tejido		Laceración perianal		
			Placenta retenida		
	Trombina		Placenta acreta		
			Preeclampsia		

Fuente: elaboración propia

3.1.3 USO DE MEDICAMENTOS EN CONTEXTO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Tabla 4. *Uso de medicamentos en contexto de prevención y tratamiento de hemorragia posparto de las sociedades representativas de cada continente.*

MEDICAMENTO	ACIDO TRANEXAMICO	OXITOCINA	ERGOTAMINA	MISOPROSTOL	CABERTOCINA
USO	Tratamiento de HPP	Prevención y tratamiento de HPP	Tratamiento de HPP	Prevención y tratamiento de HPP	Prevención de HPP
VIA DE ADMINISTRACION	Intravenosa (IV)	Intramuscular (IM) O Intravenosa (IV)	Intramuscular (IM) O Intravenosa (IV)	Rectal, Oral, Sublingual.	Intravenosa (IV) O Intramuscular (IM)

DOSIS	1 gr EV durante 10 minutos. Repetición si hemorragia persista después de 30 minutos o reaparece en las primeras 24 horas.	10 UI IM	0,25 mg EV, segunda dosis a los 20 minutos, continuar cada 2 a 3 horas hasta completar 5 dosis.	400 a 600 mcg oral, rectal o sublingual.	100mcg IM
REACCIONES ADVERSAS	Dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor de espalda, dolor musculoesquelético, signos y síntomas nasales.	Hipotensión (cuando se utiliza de manera endovenosa) a) Depresión del ST	Prolongación de la acción farmacológica a nivel de SNC y SCV.	Hipertermia, Escalofríos, Confusión.	Anemia, Escalofríos, Vértigo, Dolor abdominal.
EFFECTOS SECUNDARIOS	Nauseas, vomito, diarrea.	Nauseas, vomito, Hiponatremia.	Hipertensión, nauseas.	Náuseas, vómitos, dispepsia.	Nauseas, Vomito.
CALIDAD DE LA EVIDENCIA	A	A	A	A	A

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Recomendaciones de dosificación de uterotónicos por guía/sociedad.

GUIA/ SOCIEDAD	ACIDO TRANEXAMICO (tratamiento)	ERGOTAMINA (tratamiento)	OXITOCINA (prevención)	MISOPROSTOL (prevención y tratamiento)	CABERTOCINA (prevención)
<i>The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) (2022)</i>	1 gr EV durante 30 a 60 segundos durante el evento.	250 mcg IM (preferido) 250 mcg EV en 1 minuto (solo en circunstancias que salven la vida)	3 UI IV Inyección rápida. 10 UI IM	200 a 400 mcg sublingual	100 mcg IV lento durante 30 segundos.

			20 a 40 UI/L en infusión rápida x 4 + min, luego 7 a 15 UI/h una vez alcanzado el tono.	200 a 400mcg sublingual	
GRADO DE RECOMENDACION	1A	1A	1A	1A	
FIGO (2022)	1 gr EV durante 10 minutos dentro de las 3 primeras horas del nacimiento. repetir en caso de persistencia posterior a 30 minutos o reaparezca en las primeras 24 horas.	200 mcg IM/EV	10 UI IM	400 a 600 mcg oral, rectal o sublingual.	100 mcg IM
				800 mcg sublinguales	
GRADO DE RECOMENDACION	1A	1A	1A	1A	1A
Society of Obstetrics and Gynecology of Nigeria SOGON (2022)	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona
GRADO DE RECOMENDACION	NA	NA	NA	NA	NA
Federation of Obstetric and Gynecological Societies of India FOGSI (2022)	1gr EV después del parto. En caso de sangrado se puede administrar una segunda dosis.	0,2 mg IM o EV	10 UI IM	800 a 1000mcg via rectal o 600 a 800mcg via sublingual.	100 mcg IM o IV.
			20 a 40 UI en 1L de SSN 0,9% durante 10 minutos y luego 250 ml durante 1 hora.		
GRADO DE RECOMENDACION	1A	1A	1A	1A	1A

<i>Nepal Society of Obstetricians and Gynecologists (NESOG) (2021)</i>	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona
GRADO DE RECOMENDACION					
<i>Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (2018)</i>	1 gr EV diluido en 10ML de cristaloides en infusión lento de 1 mg/min, repetir en 30 minutos en caso de persistente. Dentro de las 3 primeras horas de iniciado el sangrado.	0,2 mg IM cada 4-6 horas. Máximo: 1mg/24h	10 UI o 5 unidades lentamente (en no menos de 3 minutos) de acuerdo con la disponibilidad del recurso.	Solo se indica en caso no haber disponibilidad de oxitocina.	No hay datos
			20 a 40 UL de oxitocina en 1 litro de cristaloides a 150 ml/h.	400 – 800 mcg de misoprostol sublinguales o 800 a 1000 mcg de misoprostol intrarrectales. 800 mcg sublinguales de misoprostol solo si no hay oxitocina disponible o esta falla.	
GRADO DE RECOMENDACION	1A	1A	1A	1A	1A

<i>The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2017)</i>	1 gr EV en las primeras 3 horas del nacimiento. Sin embargo, parece que no lo indica en su evidencia de tratamiento, solo lo nombra exponiendo el ensayo WOMAN.	0-2 mg cada 2 a 4 h	10 UI IM		No menciona
			10 a 40 UI en 500 a 1000ml continua como infusion continua.	600 a 1000 mcg por vía oral, sublingual o rectal.	
GRADO DE RECOMENDACION	1A	1A	1A	1A	1A
<i>Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG) (2016)</i>	1 gr EV. Repetir a los 30 minutos si la hemorragia persiste.	0.25 mcg EV o IM lento. Repetir si es necesario en 5 minutos hasta un máximo de 1.0 mg. A menos que haya contraindicaciones.	5 UI EV lento.		No hay datos
			40 UI en 500ML de SSN 0.9% durante 4 horas.	Hasta 1000mcg por vía rectal.	No hay datos
GRADO DE RECOMENDACION	1A	1A	1A	1A	1A
<i>Royal College of Obstetricians and Gynecologist (RCOG) (2016)</i>	1 gr EV. Se puede administrar segunda dosis en 30 minutos. Lo estiman en consideración, pero no lo concluyen.	0,5 mg IV lenta o IM	10 UI IM	800 mcg vía sublingual	100 mcg en bolo durante 1 minuto para prevención de HPP en cesaría electiva.
GRADO DE RECOMENDACION	1A	1A	1A	1A	1A1

Fuente: elaboración propia

3.1.4 MANIOBRAS AVANZADAS NO QUIRURGICAS

Tabla 6. Maniobras avanzadas no quirúrgicos de cada guía/sociedad.		
GUIA / SOCIEDAD	TRAJE ANTICHOQUE	TAPONAMIENTO UTERINO (UBT)
<i>The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) (2022)</i>	No menciona	Recomienda su uso.
GRADO DE RECOMENDACION	NA	1A
FIGO (2022)	Recomienda que todos los centros de atención medica lo tengan como un dispositivo no quirúrgico provisional para recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente.	Recomienda en el contexto de HPP refractaria.
GRADO DE RECOMENDACION	1A	1A

SOGON (2022)	No menciona	Recomienda su uso para el tratamiento de HPP.
GRADO DE RECOMENDACION	NA	1A
FOGSI (2022)	Recomienda el uso como herramienta para la estabilización del pulso y la presión arterial.	Se recomienda su uso en caso de HPP refractaria.
GRADO DE RECOMENDACION	1A	1A
Nepal Society of Obstetricians and Gynecologists (NESOG) (2021)	No se menciona.	Recomienda su uso como segunda línea si el manejo farmacológico ha fallado.
GRADO DE RECOMENDACION	NA	1A
Federación Latinoamérica de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (2018)	Recomienda el uso como estrategia para el manejo y estabilización de la HPP en contexto de choque hipovolémico.	Se sugiere como intervención relevante al presentarse una HPP.
GRADO DE RECOMENDACION	1A	2B
The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2017)	No se menciona.	Se recomienda su uso para disminuir la HPP secundaria a atonía uterina.
GRADO DE RECOMENDACION	NA	1A

<i>Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG) (2017)</i>	No se menciona	Se recomienda taponamiento con (balón de bakri, sonda foley, balón de rusch). Antes de proceder a manejos más invasivos.
GRADO DE RECOMENDACION	NA	1B
<i>Royal College of Obstetricians and Gynecologist (RCOG) (2016)</i>	No se menciona	Se recomienda en circunstancias donde la atonía uterina sea la única causa de HPP.
GRADO DE RECOMENDACION	NA	1A

Fuente: elaboración propia

3.1.5 MANIOBRAS QUIRURGICAS AVANZADAS

Tabla 7. Maniobras quirúrgicas avanzadas en hemorragia postparto de cada guía/sociedad.

GUIA / SOCIEDAD	SUTURA DE COMPRESION	EMBOLIZACION DE ARTERIAS UTERINAS	LIGADURA DE ARTERIA UTERINA	LIGADURA DE ILIACA INTERNA	HISTERECTOMIA	CIRUGIA DE CONTROL DE DAÑOS
<i>The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) (2022)</i>	Se sugiere si falla el manejo farmacológico y NO quirúrgico	Se sugiere si falla el manejo farmacológico y NO quirúrgico.	Se sugiere si falla el manejo farmacológico y NO quirúrgico.	Se sugiere si falla el manejo farmacológico y NO quirúrgico.	Se sugiere en caso Hemorragia obstétrica masiva.	Se recomienda cuando falla el manejo farmacológico y NO quirúrgico.

FIGO (2022)	Se recomienda cuando las medidas de tratamiento médico y no quirúrgico fallan.	Se recomienda en caso de sangrado refractario o no controlado por manejo farmacológico y NO quirúrgico.	Se recomienda como opción para controlar la HPP.	Se recomienda como opción para controlar la HPP si falla el manejo farmacológico y NO quirúrgico.	Se recomienda cuando los demás métodos no logran controlar el sangrado.	Se recomienda en caso de HPP importantes.
Society of Obstetrics and Gynecology of Nigeria SOGON (2022)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Federation of Obstetric and Gynecological Societies of India FOGSI (2022)	Se sugiere en caso de fallo del manejo farmacológico y NO quirúrgico.	Se sugiere en caso de fallo de taponamiento uterino.	Se sugiere en caso de fallo de taponamiento uterino.	Se sugiere en caso de fallo de taponamiento uterino.	Se recomienda en caso de fallo de manejo farmacológico, NO quirúrgico y quirúrgico.	Se recomienda en caso de hemorragia obstétrica grave.
Nepal Society of Obstetricians and Gynecologists (NESOG) (2021)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Federación Latinoamericana de Sociedades de	Se sugiere utilizar lo más pronto posible en caso de	Se sugiere en caso de fallo de	Se sugiere en caso de fallo de taponamiento uterino	Se sugiere en caso de fallo de taponamiento uterino	Se recomienda en caso de fallo de manejo	Se recomienda en caso de hemorragia

<i>Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (2018)</i>	fallar el manejo farmacológico y NO quirúrgico	taponamiento uterino			farmacológico, NO quirúrgico y quirúrgico.	obstétrica grave.
<i>The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2017)</i>	Se sugiere si falla el manejo farmacológico y NO quirúrgico	Se recomienda en caso de sangrado no controlado.	Se recomienda si falla el manejo farmacológico.	Se recomienda en caso de hemorragia severa.	Se recomienda si otros métodos han fallado.	Se recomienda en caso de hemorragia obstétrica severa.
<i>Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG) (2016)</i>	Se sugiere en caso de que falle el manejo farmacológico y NO quirúrgico.	Se sugiere en caso de que falle el manejo farmacológico y NO quirúrgico.	Se sugiere en caso de que falle el manejo farmacológico y NO quirúrgico.	Se sugiere en caso de hemorragias severas cuando métodos previos han fallado.	Se sugiere especialmente cuando ya se han intervenido procedimientos farmacológicos, NO quirúrgicos y quirúrgicos.	No recomienda.
<i>Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (2016)</i>	Se sugiere en caso de que de fallo de procedimientos farmacológico y NO quirúrgico.	Se recomienda en caso de fallo de manejo farmacológico y NO quirúrgico.	Se recomienda en caso de fallo de manejo farmacológico y NO quirúrgico.	Se sugiere en caso de hemorragias severas cuando métodos previos han fallado.	Se sugiere especialmente cuando ya se han intervenido procedimientos farmacológicos, NO quirúrgicos y Quirúrgicos.	No recomienda

Fuente: elaboración propia

3.1.6 REANIMACIÓN

Tabla 8. Reanimación en hemorragia postparto de cada guía/continente.					
Guía/Sociedad	Cristaloides	Metas de Reanimación (Signos Vitales)	Hemo derivados	Protocolos de Transfusión Masiva	Índice de Shock
<i>The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC 2022)</i>	Cristaloides 1-2 mL por 1 mL de pérdida de sangre.	FC < 100 lpm, PAS > 90 mmHg, diuresis >30 mL/hora.	1:1:1 unidad de PRBC* unidad de FFP*, unidad de plaquetas.	Protocolo de transfusión masiva si se estima pérdida de > 1500 mL.	IS ≥ 0.9
FIGO 2022	Cristaloides en primeras etapas	FC < 100 lpm, PAS > 90 mmHg, SatO2 > 94%	1:1:1 PRBC: FFP: plaquetas	Activar si > 1500 mL de pérdida de sangre.	IS ≥ 0.9
<i>Society of Obstetrics and Gynecology of Nigeria (SOGON 2022)</i>	NA	NA	NA	NA	NA
Federation of Obstetric and Gynecological Societies of India FOGSI FOGSI 2022	Cristaloides iniciales, ajustar según respuesta	FC < 100 lpm, PAS > 90 mmHg	1:1:1, uso de fibrinógeno considerado	Transfusión masiva si > 1500 mL o en 20 min	IS ≥ 0.9
<i>Nepal Society of Obstetricians and Gynecologists (NESOG) (2021)</i>	NA	NA	NA	NA	NA

<i>Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG 2018)</i>	Cristaloides hasta 2 litros, luego hemoderivados	FC < 100 lpm, PAS > 90 mmHg, diuresis > 30 mL/h	1:1:1 PRBC: FFP: plaquetas, considerar uso de fibrinógeno	Transfusión masiva si > 1500 mL o en 20 min	IS ≥ 0.9
<i>The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG 2017)</i>	Uso inicial de cristaloides, 1-2 litros	FC < 100 lpm, PAS > 90 mmHg	1:1:1 PRBC: FFP: plaquetas	Activar si se necesita transfusión de más de 4-5 unidades	IS ≥ 0.9
<i>Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG 2016)</i>	Cristaloides como primer paso	FC < 100 lpm, PAS > 90 mmHg, SatO2 > 94%	1:1:1 PRBC: FFP: plaquetas	Activar si se requiere más de 4 unidades	IS ≥ 0.9
<i>Royal College of Obstetricians and Gynecologist (RCOG 2016)</i>	Hasta 2 litros de cristaloides	FC < 100 lpm, PAS > 90 mmHg	1:1:1 PRBC: FFP: plaquetas	Activar si se requiere más de 4-5 unidades	IS ≥ 0.9
PRBC: glóbulos rojos empacados, FFP: unidad de plasma congelado.					

Fuente: elaboración propia.

4. DISCUSIÓN

Durante muchos años la definición de hemorragia postparto partió del volumen sanguíneo perdido en la atención del parto y/o cesárea. Con la evolución en pautas de manejo y los esfuerzos en prevención, hoy día se considera con la mejor evidencia disponible que la afirmación correcta para optimizar esta definición debe hacerse bajo la premisa de ***cualquier pérdida sanguínea que genere inestabilidad hemodinámica en la paciente***, durante su posparto inmediato. Con la revisión actual se ratifica la intención en cada continente de la aceptación en esta afirmación, y con la mejor evidencia disponible grado 1 A, la sociedad de Ginecología y Obstetricia de Australia y Nueva Zelanda desde el 2017 inician la afirmación que completa la definición (tabla 2).

En términos de prevención de la presentación de hemorragia post parto, debe realizarse el respectivo reconocimiento de los factores de riesgo para generar intervenciones que impacten en la disminución de la misma. Todas las sociedades hacen en sus publicaciones la especificación de estos y generan pautas de manejo que definitivamente serán las diferencia para las sociedades futuras y la investigación en este campo. Hasta ahora, las recomendaciones preventivas más nombradas hacen referencia al alumbramiento activo en el tercer periodo del trabajo de parto con el uso de oxitocina tanto en partos vaginales como en cesáreas; otra medida de prevención es la tracción controlada del cordón durante el alumbramiento y el pinzamiento tardío del cordón umbilical. Todas ellas también, bajo la mejor evidencia disponible en recomendación 1A (tabla 3).

Con respecto al uso de medicamentos en prevención se habla de en todas las sociedades de la oxitocina en alumbramiento activo, pero también adicionan uso de misoprostol por vía oral o sublingual en caso de no disponer de oxitocina, otros medicamentos como la carbetocina a pesar de excelentes resultados en prevención siguen aún subutilizados y recomendados hasta ahora en su mayoría en caso de prevención durante cesárea. Sigue siendo evidencia 1A el uso de ergometrina durante el manejo de la hemorragia posparto pero no en su prevención. Con respecto al ácido tranexámico definitivamente es en este momento recomendación 1A en todos los casos de hemorragia posparto con preferencia antes de las 3 primeras horas de la instauración de la hemorragia posparto a dosis de 1 gramo que se puede repetir a los 30 minutos, de persistir la misma (tabla 4 y 5).

En las medidas no quirúrgicas sólo tenemos recomendaciones para tratamiento con taponamiento uterino y uso de traje antichoque cuando los métodos farmacológicos han fallado, también en recomendación 1A (tabla 6).

Las medidas avanzadas (suturas de compresión, embolización de arterias uterinas, ligadura de arteria uterina, ligadura de iliaca interna, histerectomía y cirugía de control de daños) en el tratamiento de la hemorragia posparto difieren mucho de su recomendación en las diferentes sociedades debido a su disposición sólo en instituciones de mayor complejidad, sin embargo, ante no respuesta a las medidas iniciales farmacológicas y no farmacológicas, se debe garantizar la consecución de estas (tabla 7).

Se revisan recomendaciones actuales de la OMS donde se confirma que estas intervenciones descritas en los resultados de esta publicación ya están siendo tenidas en cuenta y se promueven para aplicación de carácter obligatorio en todos los continentes donde se tenga acceso a las mismas.

5. CONCLUSIONES

La definición más estandarizada en todas las Sociedades de Ginecología, fue optimizada en términos de inestabilidad hemodinámica de ahí que las publicaciones más recientes ya la acogen en sus guías y parten de ella para el manejo integral en cada caso.

El manejo en tratamiento de la hemorragia posparto está plenamente reconocido en todas las sociedades sin embargo a pesar de ello persisten los esfuerzos en intervenciones de prevención que impacten en el mejoramiento de la presentación de los eventos y por ende, en la disminución de la morbilidad materna.

La Society of Obstetrics and Gynecology of Nigeria (SOGON) y Nepal Society of Obstetricians and Gynecologists no cuentan con una guía propia para manejo de hemorragia posparto incluso para la definición de ésta se acoge a guías OMS y ACOG. En esta oportunidad se toman actualizaciones sobre el tema de HPP, publicadas en la revista oficial de tipo estudios transversales comparativos, cuyos resultados dan lugar a inconsistencias en la calidad del manejo de la hemorragia posparto.

Países donde más existe mortalidad por HPP enfatizan en sus programas de capacitación a los diferentes escenarios hospitalarios y no hospitalarios encargados de la atención de partos, en ellos aún no se logra concentrar la atención de parto hospitalario, persiste riesgos biopsicosociales que limitan las intervenciones a pesar de los esfuerzos en identificación de factores de riesgo y las propuestas en prevención que hoy se aplican por recomendación de la OMS.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (2023). *Mortalidad materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Escobar, M. F., Nassar, A. H., & Theron, F. (2022). Recomendaciones de la FIGO sobre el manejo de hemorragia posparto. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. [https://doi.org/\[DOI\]](https://doi.org/[DOI])
3. Escobar, M. F., Nassar, A. H., & Theron, F. (2022). Recomendaciones de la FIGO sobre el manejo de hemorragia posparto. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. [https://doi.org/\[DOI\]](https://doi.org/[DOI])
4. Organización Mundial de la Salud. (2023). *Mortalidad materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Organización Mundial de la Salud. (2023). *Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo Banco Mundial y la División de Población de UNDESA*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240069251>
6. Instituto Nacional de Salud. (2024). *Vigilancia*. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>
7. Ministerio de Salud de Colombia. (1993). *Resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
8. Dirección Nacional de Derecho de Autor. (1993). *Ley 44 de 1993, por la cual se modifica y adiciona la Ley 23 de 1982 y se modifica la Ley 29 de 1944*. <http://derechodeautor.gov.co/documents/10181/182597/44.pdf/7875d74e-b3ef-4a8a-8661-704823b871b5>
9. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (2004). *Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia*. https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Practice bulletin no. 183: Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 130(5), e168-e186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002384>
11. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. (2022). Guideline No. 431: Postpartum hemorrhage and hemorrhagic shock. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 44(12), 1293-1310. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.10.002>
12. International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 158(3), 413-419. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14260>
13. Kokoricha, A., Oche, M. O., & Adamu, H. (2021). A comparative study of postpartum blood loss using visual method and blood collection drape in a Northwestern hospital. *Tropical*

Journal of Obstetrics and Gynaecology, 38(2), 55-61.
https://doi.org/10.4103/tjog.tjog_23_21

14. Federation of Obstetric and Gynaecological Societies of India. (2022). PPH prevention and management: Updated PPH guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, 72(5), 419-430. <https://doi.org/10.1007/s13224-022-01763-9>
15. Bhandari, R., & Acharya, S. (2021). Postpartum hemorrhage in pregnancy beyond 40 weeks of gestation in a tertiary care hospital: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Nepal Health Research Council*, 19(1), 92-97. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v19i1.2762>
16. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (2018). *Hemorragia posparto: ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?* FLASOG. <https://drive.google.com/file/d/13inFJBCYrX4DxJZkJrby9Udk91tL9Y9D/view>
17. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). *Management of postpartum haemorrhage (PPH)*. <https://ranzcog.edu.au>
18. Mavrides, E., Allard, S., Chandraharan, E., Collins, P., Green, L., Hunt, B. J., Riris, S., & Thomson, A. J. (2016). Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(e106–e149). <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13581>

