

Morbilidad materna por pérdida masiva de sangre en el Hospital Ginecoobstétrico "Tamara Bunke Bider"

Maternal Morbidity due to massive blood loss in "Tamara Bunke Bider" Gynecological and Obstetrical Hospital

MsC. Yaneida Machado Quiala, MsC. Jardier Jardines Acosta, MsC. Ileana Díaz García, MsC. Dania Morando Flores y MsC. Luisa María Ribeaux Hernández

Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva y transversal, con vistas a caracterizar la morbilidad materna extremadamente grave por pérdida masiva de sangre, con choque hipovolémico o sin este, en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider" de Santiago de Cuba, durante el bienio 2010-2011. De las 68 pacientes con el cuadro clínico, 35 correspondieron al primer año del estudio y representaron 1,4 % de la morbilidad, mientras que las 28 afectadas del segundo año constituyeron 0,78 %. En la serie, los datos se extrajeron de los registros de morbilidad hospitalaria y fueron recogidos en una planilla confeccionada para plasmar las variables de interés. Como resultado sobresaliente, se observó una disminución general del número de féminas que evolucionaron con morbilidad materna extremadamente grave.

Palabras clave: morbilidad materna, pérdida masiva de sangre, choque hipovolémico, hospitales maternos.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective and cross-sectional investigation, aimed at characterizing the extremely severe maternal morbidity due to massive blood loss, with hypovolemic shock or without it, was carried out in "Tamara Bunke Bider" Teaching Gynecological and Obstetrical Hospital from Santiago de Cuba during the biennium 2010-2011. Of the 68 patients with the clinical pattern, 35 corresponded to the first year of the study and they represented 1.4% of the morbidity, while the 28 affected women of the second year constituted 0.78%. In the series, data were collected from morbidity records of the hospital and they were gathered in an application form to register the variables of interest. As an outstanding result there was a general decrease of females with a clinical course of extremely severe maternal morbidity.

Key words: maternal morbidity, massive blood loss, hypovolemic shock, maternal hospitals.

INTRODUCCIÓN

La morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) representa un elemento oculto en muchos ámbitos, y su adecuado enfoque resulta imprescindible para el descenso de la morbilidad materna. En la actualidad existe un interés creciente en el análisis de la MMEG por hemorragia, la cual es una de las complicaciones más temidas en obstetricia y una de las 3 primeras causas de muerte.¹

De hecho, la Organización Mundial de la Salud define la morbilidad obstétrica como la probabilidad de que una mujer que ha estado embarazada enferme (con independencia del lugar o duración del embarazo), y que esto sea el resultado de cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por él, así como de una atención inadecuada, pero no de causas accidentales o incidentales. Existe una ausencia de similitud de criterio al definir la hemorragia posparto, aunque se aceptan varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros. Una de las más universalmente aceptadas es aquella que especifica que la hemorragia posparto es la pérdida hemática superior a 500 mL tras un parto vaginal, o a 1 000 mL posterior a una cesárea.

Por ello se hace preciso y recomendable añadir que la hemorragia posparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas o signos (o ambos) evidentes de hipovolemia.²

A su vez, es necesario distinguir entre la hemorragia posparto precoz y la tardía, pues la primera ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto, y la tardía acontece después de 24 horas de efectuado el parto y hasta 6 semanas tras este. Este trabajo se centrará principalmente en las causas y los tratamientos de la hemorragia posparto primario, por ser generalmente más grave.¹

En Cuba la mortalidad materna ha tenido una disminución notable, pues se han creado acciones de salud encaminadas fundamentalmente a reducir dicha tasa, en la cual las causas médicas directas, la hemorragia, la distocia, la infección, la hipertensión arterial y el aborto provocado representan 80 % de las muertes maternas, aunque se estima que 90 % de ellas son evitables. Incluso en la situación actual de los países en desarrollo, se ha brindado poca atención a la evaluación de la frecuencia de la morbilidad obstétrica grave. Debe señalarse que en ello influye el control obstétrico y el tratamiento ineficiente de las complicaciones que se puedan presentar. De igual forma el tratamiento oportuno de la morbilidad en el embarazo, el parto y el puerperio influye en la morbilidad materna.³

Las condiciones de vida de la mujer (económica, ambiental y social) influyen tanto en la morbilidad como en la mortalidad maternas. Se ha señalado que las complicaciones obstétricas son más frecuentes que las no obstétricas. La hemorragia aguda, su falta de control y de reposición adecuada de las pérdidas, fue el cuadro clínico predominante, y determinó que la muerte ocurriera en el período peroperatorio y en el cuarto período del parto.^{4,5}

Igualmente la carencia de cuidados intensivos en pacientes con indicaciones claras de necesitarlos, aumenta considerablemente la mortalidad materna, puesto que un ingreso temprano es fundamental para minimizar el deterioro y la falla orgánica — factores determinantes importantes de la estancia posterior en la Unidad de Cuidados Intensivos —. Las pacientes necesitan atención en dicho servicio por complicaciones del embarazo, afecciones no relacionadas con la gestación o enfermedades subyacentes que se empeoran durante esta etapa de la vida. Además se requiere la evaluación previa de la paciente con riesgos, por el grupo de trabajo multidisciplinario, incluido el intensivista.^{3,6}

Existen factores predictores de morbilidad materna grave que deben destacarse por su importancia, dado que se ha establecido que por cada caso de muerte puede haber hasta 30 casos de morbilidad. Tales factores son la edad mayor de 34 años, la raza no blanca, la exclusión social, los antecedentes de hemorragia posparto, el embarazo múltiple, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la cesárea de emergencia y la anemia.

De hecho, las consideraciones que anteceden fueron el motivo por el cual se decidió caracterizar la morbilidad materna extremadamente grave por pérdida masiva de sangre en el Hospital Ginecoobstétrico "Tamara Bunke Bider" durante un bienio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, con vistas a caracterizar la morbilidad materna extremadamente grave por pérdida masiva de sangre, con choque hipovolémico o sin este, en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider" de Santiago de Cuba, durante el bienio 2010-2011.

Para llevar a cabo la investigación, se tuvieron en cuenta las 112 pacientes que se encontraron en este caso en el 2010 y las 42 notificadas en el 2011, de las cuales se seleccionaron aquellas con pérdida masiva de sangre, con choque hipovolémico o sin este, que conformaron 35 en el primer año, para representar 1,4 % de la morbilidad, y 28 féminas en el segundo año, para 0,78 %. El diagnóstico se realizó desde el ingreso a través del Cuerpo de Guardia, durante su permanencia en la sala de cuidados maternos perinatales o en la unidad quirúrgica obstétrica (o en ambas).

Los datos se obtuvieron de los informes de guardia médica, las hojas de cargo del Cuerpo de Guardia, el registro de morbilidad continua de la unidad de cuidados maternos y perinatales, las historias clínicas individuales, así como de los registros de partos. Toda la información fue recogida en una planilla confeccionada a los efectos y en la que se plasmaron las variables:

- Edad materna (cuantitativa continua): Se establecieron los grupos etarios de la siguiente manera: menores de 20 años, de 20 a 34, y 35 y más años.
- Historia obstétrica (cualitativa nominal): Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:
 - Aborto precoz previo
 - Aborto tardío previo
 - Parto transpelviano previo
 - Operación cesárea previa (una o más)
 - Otras
- Tipo de embarazo (cualitativa dicotómica)
 - Sencillo: Cuando se trataba de un solo feto intraútero.
 - Múltiple: 2 a más fetos intraútero.
- Tipo de parto (cualitativa dicotómica)
 1. Eutócico: El parto normal (según lo planteado en 1996 por la OMS) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño, están en buenas condiciones.
 2. Distócico: Definido como parto anormal o nacimiento difícil (Williams). Se clasifica en:

- Instrumentado
- Por maniobras
- Cesárea: Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Operación cesárea primitiva es la que se realiza por primera vez.
Cesárea iterada (repetida) es la que se practica en una gestante con el antecedente de una cesárea previa, y reiterada es la que se realiza con más de una cesárea anterior.
Cesárea electiva o programada es aquella que se ejecuta antes del inicio del trabajo de parto.⁷
- Tiempo de trabajo de parto (cuantitativa continua): Según horas de duración, una vez diagnosticado el inicio de la fase latente y hasta concluido el alumbramiento.⁷
- Enfermedades inducidas por el embarazo se incluyeron (cualitativa politómica):
 - Trastornos hipertensivos (preeclampsia no agravada, preeclampsia agravada y eclampsia)
 - Anemias
 - Gestorragias
 - Infecciones urogenitales
 - Otras
- Enfermedades asociadas al embarazo (cualitativa politómica)
 - Hipertensión arterial crónica
 - Cardiopatías
 - Hemoglobinopatías S
 - Tiroidopatías
 - Asma bronquial
 - Nefropatías
 - Neumopatías inflamatorias
 - Otras
- Factores de riesgo y causas maternas (cualitativa)
 - Multiparidad
 - Agotamiento
 - Trabajo de parto prolongado
 - Distocia dinámica muscular uterina
 - Cicatriz uterina previa
 - Sobre distensión uterina
 - Fibromatosis uterina
 - Infección / sepsis ovular
 - Otras
- Factores de riesgo y causa/feto y placenta (cualitativa nominal)
 - Embarazo múltiple
 - Macrosomía
 - Malformaciones
 - Presentaciones y situaciones anómalas
 - Acretismo placentario
- Tiempo quirúrgico en el parto por cesárea (cuantitativa nominal)
Se tuvo en cuenta fundamentalmente la duración del acto quirúrgico.
- Pérdida de sangre (cuantitativa nominal)
Se clasificó según los criterios definidos en el trabajo del Dr. Nápoles Méndez.⁸

Cuantía	% volumen sanguíneo total
Pérdida moderada	20
Pérdida grave	25 – 40
Pérdida masiva	Más de 40

- Complicaciones (cualitativa nominal): Se clasificaron según el momento de aparición:
 - Intraparto
 - Posparto posalumbramiento
 - Período perioperatorio o posoperatorio

Los datos fueron procesados en Microsoft Excel y analizados en números absolutos y porcentuales, que se representaron en tablas. Se efectuó una revisión bibliográfica actualizada a través de bases de datos biomédicas, a fin de comparar los resultados.

RESULTADOS

Al relacionar la edad materna con los antecedentes obstétricos (tabla 1), se obtuvo que en el 2010 predominó el grupo de las multíparas de más de 35 años, con 64,3 %, pero no fue así en el año 2011, cuando sobresalieron las pacientes primíparas del grupo etario de 21-34 años, con 50,0 % de ellas.

Tabla 1. Morbilidad materna por hemorragia según edad y paridad

Grupo etario (años)	2010						2011					
	Nulípara		Primípara		Multípara		Nulípara		Primípara		Multípara	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 20	7	63,6			1	7,1	2	25,0	3	21,4		
De 21 a 34	2	18,2	3	30,0	4	28,6	2	25,0	7	50,0		
35 y más	2	18,2	7	70,0	9	64,3	4	50,0	4	28,6	6	100,0
Total	11	100,0	10	100,0	14	100,0	8	100,0	14	100,0	6	100,0

En tabla 2 se muestra el análisis del diagnóstico de hemorragia con el tipo de parto. En el 2010 predominó el diagnóstico de atonía uterina en el parto distócico por cesárea, con 36,0 % de los casos, y durante el 2011 primó la hemorragia posalumbramiento en el parto eutócico, con 53,3 %, y el hematoma retroplacentario (53,8 %).

Tabla 2. Pacientes según diagnóstico y tipo de parto

Diagnóstico	Tipo de parto											
	2010					2011					Total	
	Eutócico		Distócico		Eutócico		Distócico					
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Hemorragia posalumbramiento	3	30,0	2	8,0	8	53,3			13	20,6		
Atonía uterina	3	30,0	9	36,0	4	26,7	6	46,2	22	34,9		
Hematoma retroplacentario			8	32,0			7	53,8	15	23,8		
Acretismo placentario	2	20,0			2	13,3			4	6,3		
Otros	2	20,0	6	24,0	1	6,7			9	14,8		
Total	10	100,0	25	100,0	15	100,0	13	100,0	63	100,0		

Durante el 2010 la hemorragia ocurrió después de la cesárea en 40,0 % de las pacientes (tabla 3), lo cual fue diferente en el 2011, pues la complicación apareció antes de la intervención quirúrgica en 53,8 % de las féminas. Esto se corresponde con lo explicado anteriormente donde el diagnóstico predominante fue el hematoma retroplacentario.

Tabla 3. Momento de la complicación relacionado con la cesárea

Momento	2010		2011	
	No.	%	No.	%
Antes de la cesárea	8	32,0	7	53,8
Durante la cesárea	7	28,0	2	15,4
Después de la cesárea	10	40,0	4	30,8
Total	25	100,0	13	100,0

La multiparidad representó 40,0 % del total en el año 2010 (tabla 4), seguido de la cicatriz uterina previa, con 34,3 %; este último factor preponderó en 46,4 % de las pacientes en el 2011.

Tabla 4. Factores de riesgo y causa materna relacionados con la hemorragia

Factores de riesgo y causa materna	2010		2011		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Multiparidad	14	40,0			14	22,2
Agotamiento materno	2	5,7			2	3,2
Trabajo de parto prolongado	3	8,6	2	7,1	5	7,9
Distocia de la dinámica uterina			2	7,1	2	3,2
Cicatriz uterina previa	12	34,3	13	46,4	25	39,7
Sobredistensión	2	5,7			2	3,2
Fibromatosis	2	5,7	2	7,1	4	6,3
Sin factor de riesgo			9	32,1	9	14,3
Total	35	100,0	28	100,0	63	100,0

Hubo 24 pacientes que presentaron pérdida masiva de sangre en el 2010 (tabla 5), lo cual representó 68,6 %; en tanto en el 2011, solamente 12 presentaron esta condición clínica, para 42,9 % de la muestra estudiada.

Tabla 5. Pacientes según cuantía del sangrado

Cuantía	2010		2011	
	No.	%	No.	%
Pérdida moderada (20 %)	3	8,6	4	14,3
Pérdida severa (25-40 %)	8	22,8	12	42,8
Pérdida masiva (más de 40 %)	24	68,6	12	42,9
Total	35	100,0	28	100,0

Fuente: planilla

DISCUSIÓN

La defunción materna es una tragedia para la mujer, la familia y la comunidad. Por ello la mortalidad materna es considerada como expresión del desarrollo de un país, así como de la eficiencia de los servicios de salud.^{8,9}

Se señala que cada minuto de cada día, en alguna parte del mundo, una mujer fallece a causa de las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio; sin embargo, una gran parte de estas muertes son evitables. Desde la década de los 40, estas defunciones son cada vez menos frecuentes en países desarrollados, y afectan más agudamente a las clases pobres y desfavorecidas, con lo cual se demuestra el aumento de la razón de muerte materna en 20 veces en los países en vías de desarrollo, comparado con los ya desarrollados.^{8,10}

Para estas mujeres, el episodio muerte materna puede significar una larga historia de dolor y sufrimiento, pero por estas mismas afecciones un número importante de las que no fallecen, quedan lesionadas o discapacitadas para toda la vida, de manera que constituye una afección invalidante en la vida reproductiva de la mujer.⁸

La causa principal de mortalidad materna en el mundo y en Cuba es la hemorragia, la cual siempre es motivo de preocupación. Este acontecimiento, que se presenta con relativa frecuencia, acarrea gran carga para los bancos de sangre debido a las demandas de los servicios de obstetricia. Se ha referido, además, que en las salas de partos se divide con facilidad la cuantía de sangre en las botas, los paños de campo y la ropa del obstetra, lo que demuestra el porqué es considerada la obstetricia como "una disciplina sangrienta".⁸

Si bien la tasa de mortalidad materna se ha reducido drásticamente con la hospitalización por partos y la disponibilidad de sangre para transfusiones, la muerte por hemorragias continúa siendo la causa más importante en la mayoría de los informes de mortalidad en los países avanzados. Desafortunadamente, a pesar de que este resultado ha mejorado, las mujeres pobres y las de las minorías siguen falleciendo por hemorragia y sus complicaciones. Es más probable que la hemorragia sea fatal si no se dispone inmediatamente de la sangre y sus componentes.^{5,11}

Al evaluar las estadísticas expuestas en la serie, respecto a la edad materna y la historia obstétrica, se observó que estas coincidieron con el estudio de morbilidad realizado por Carbonell García *et al*⁴ en esta provincia, pero difiere de lo obtenido por otros autores.¹²

La ausencia de contracción adecuada del útero después del parto, es una causa común de hemorragia que se denomina atonía uterina -- entidad clínica a la que se dedican comentarios específicos debido a su importancia --. Se presenta en 3-5 % de los partos y constituye de 70-75 % de las hemorragias posparto; se identifica como la falta de contractilidad del útero. Con la aparición de la hemorragia no actúan las ligaduras vivientes de Pinard. Igualmente se plantea que por el útero atónico pueden perderse de 2 500 a 3 000 mL de sangre en 5 minutos, lo que equivale a una pérdida aproximada de 500 a 600 mL por minuto e, incluso, puede perderse el volumen total en 10 minutos. Sus causas son múltiples y pueden clasificarse en primarias y secundarias.¹³⁻¹⁵

A lo largo de los últimos años la tendencia al parto por cesárea ha traído como consecuencia que la hemorragia se presente con mayor frecuencia en este grupo de féminas. En este sentido los resultados de la casuística son coincidentes con los de otros estudios, donde la atonía uterina continúa siendo una de las primeras causas de histerectomía obstétrica de urgencia. Respecto al predominio del parto fisiológico, cabe mencionar que sigue cobrando cada día más valor la práctica de la atención activa al alumbramiento, que es considerada como beneficiosa y es probablemente favorable la tracción mantenida del cordón.^{1,5,14,16}

Las estadísticas de este trabajo fueron similares a las de otras investigaciones de morbilidad y mortalidad, en las cuales los trastornos hipertensivos y la hemorragia están muy asociados.^{3,5}

Cuando se analizan las causas de muerte materna en Cuba, se aprecia que los distintos factores que pueden complicar la operación cesárea, están presentes en más de 30 % del total de fallecidas al año; por ello es imprescindible tener en cuenta el riesgo de esta intervención, mediante la cual se efectúa actualmente cerca de 25 % de los partos en el país. De ahí que el grupo de especialistas del actual estudio perfila las acciones hacia la práctica de la cesárea segura, pues esta tiene complicaciones que suelen presentarse en los períodos peroperatorio y posoperatorio, las cuales pueden ser inmediatas, como la hemorragia, los hematomas, entre otras; y mediatas, como el hilio paralítico, los abscesos, la retención de restos, entre otras. Muchos autores mayoritariamente coinciden en que la cesárea es un episodio mórbido para la parturienta; además sus resultados concuerdan con los de la serie.^{4,7,17}

También deben ser considerados los factores de riesgo y la causa materna, relacionados con el acontecimiento obstétrico-hemorrágico. Existen factores de riesgo asociados a la hemorragia, pero 2 terceras partes de las pacientes con hemorragia posparto no los presentan; por tanto, ubicar este episodio solo en base a dichos factores, puede ser desorientador, por lo cual los médicos deben estar preparados para la eventualidad de esta emergencia y sus posibles complicaciones en todos los partos. La relación directa entre el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y la operación cesárea está en el rango de 56-78 %, y se considera 3 veces más frecuente en mujeres afroamericanas, comparadas con las de otras latitudes. En Cuba fue la primera causa de mortalidad materna del 2000 al 2010, y la primera causa de morbilidad materna extremadamente grave de 2009 a 2010.^{18,19}

Aunque en el presente trabajo no hubo pacientes sin factores de riesgo para la pérdida masiva de sangre, se concuerda con el criterio del profesor Nápoles Méndez⁸ y de otros autores,^{16,17} de que ello no significa que la parturienta sin riesgos evidentes no pueda presentar dicho episodio, pues en la práctica médica los especialistas asisten a un importante grupo de mujeres, que son ingresadas en las salas de cuidados intensivos por esta causa.

Durante muchos años en Cuba se ha utilizado el presupuesto mínimo inicial (Moore), para calcular el volumen sanguíneo mediante la fórmula conocida. Ello permite conocer el volumen que se debe reponer de forma inmediata, continua y de una sola vez, para que la paciente en sus condiciones basales, previas al accidente hemorrágico. En la actualidad se introduce un concepto relativamente moderno y práctico, pero enfocado de diferentes maneras por algunos colegios. Teniendo en cuenta que su alcance básico está dado por la presencia de hipoperfusión periférica y el riesgo para la vida de la paciente, además de que en este campo de la medicina se trabaja con la clasificación de las hemorragias según su intensidad: moderada, con pérdida de 20 % del volumen, grave, de 25-40 %, y masiva, más de 40 %; se ha considerado el planteamiento del Dr. Nápoles Méndez sobre incluir como hemorragia obstétrica mayor a las formas grave y masiva.⁸

Asimismo, el tratamiento a una paciente con una hemorragia obstétrica continúa siendo un desafío para el obstetra, pues en muchas circunstancias se toman decisiones apresuradas, y se elige el tratamiento quirúrgico como única opción; sin embargo, se ha podido constatar que al actuar de manera preventiva sobre los factores de riesgo y emplear prácticas seguras, así como el tratamiento médico eficaz y oportuno; se reducen la secuelas físicas y psicológicas en la paciente.¹

La actuación rápida e integrada puede conducirse por medio de la palabra inglesa *ORDER*. Una vez identificado el cuadro de hemorragia, deberá actuarse siempre pensando en que el paso de la aparente hemorragia al estado de choque hipovolémico, es prácticamente imperceptible en muchas, por lo que para completar las acciones integradas en la atención a las pacientes con hemorragia se transforma la palabra en *CORDER*, y se les debe garantizar:

- Canalizar 2 venas periféricas.
- Oxigenar.
- Restituir el volumen circulatorio.
- Drogas.
- Evaluar.
- Resolver el problema básico.

Con estos elementos y tomando en cuenta la evaluación de cada paciente, así como la necesidad de un buen juicio clínico, se garantizará el no llegar tardíamente al tratamiento específico en cada caso en particular.

Para dar por concluido, en el período estudiado se halló una disminución general del número de pacientes que evolucionaron hacia la morbilidad materna extremadamente grave, por pérdida masiva de sangre, sin que se registrara muerte materna alguna por este episodio obstétrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Protocolos SEGO. Hemorragia posparto precoz. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(8): 497-505.
2. Jacobs AJ. Causes and treatment of postpartum haemorrhage (actualizado en 2008) [citado 11 Abr 2012].
3. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Benavides Casal ME, Tempo DC. Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36(2): 4-12.
4. Carbonell García IC, López Barroso R, Alba Arias Y, Gómez Padrón T, Smith Salazar L, Salvador Álvarez S, et al. Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave. Santiago de Cuba 2009. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2009 [citado 11 Abr 2012]; 47(3).
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD, Bloom SL. Obstetricia de Williams. 22 ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 1114.
6. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatments for primary postpartum haemorrhage. Cochrane Library. 2007 [citado 11 Abr 2012]; 4.
7. Águila Setién S, Breto García A, Cabezas Cruz E, Delgado Calzado JJ, Santisteban Alba S, Agramonte Llanes O, et al. Hemorragia obstétrica en el periparto. En: Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 471-82.

8. Nápoles Méndez D. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. MEDISAN. 2012 [citado 11 Abr 2012]; 16(7).
9. Smith JR, Brennan BG. Postpartum haemorrhage [citado 11 Abr 2012].
10. Begley CM, Gyte GM, Murphy DJ, Devane D, McDonald SJ, McGuire W. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2010 [citado 11 Abr 2012]; (7).
11. Lovesio C. Medicina intensiva. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2006.
12. Aguilar Ponce S, Safora Enríquez O, Rodríguez Izquierdo A. La histerectomía obstétrica como un problema vigente. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012; 38(1): 107-16.
13. Bécquer García EA, Águila Soto PC. Shock hipovolémico. En: Caballero López A, Bécquer García EA, Domínguez Perera MA, Acosta Armas F, Castro Expósito A, Martínez Peralta MR, et al. Terapia intensiva. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 373-573.
14. Caveda Gil A, Nápoles Méndez D, Couto Núñez D. Dos modalidades terapéuticas en el alumbramiento activo. MEDISAN. 2011 [citado 11 Abr 2012]; 15(8).
15. Pongsatha S, Tongsong T. Rectal misoprostol in management of retained placenta: a contradictory result. J Med Assoc Thai. 2011; 94(5): 535-9.
16. Martínez Galiano JM. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. Matronas Prof. 2009; 10(4): 20-6.
17. Vázquez Cabrera J. Hemorragias posteriores al parto. En: Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 71-89.
18. Nápoles Méndez D, Cutié León ER. Nuevo protocolo diagnóstico y terapéutico en la distocia de fase latente del trabajo de parto [tesis doctoral]. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2008 [citado 11 Abr 2012].
19. Sáez Cantero V, Daudinot Cos C. Análisis de un quinquenio en la histerectomía obstétrica de emergencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36(2): 21-31.

Recibido: 13 de junio 2012.

Aprobado: 11 de agosto de 2012.

Yaneida Machado Quijala. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider". Avenida de los Libertadores, entre 5 y 7, reparto Fomento, Santiago de Cuba, Cuba.