



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA TESTIGO DE JEHOVA DE 42 AÑOS DE
EDAD EMBARAZADA DE 40 SEMANAS CON ATONIA UTERINA**

AUTORA

KRISTELL JEANINA SANCHEZ PEÑA

TUTOR

MCS. ANA YUPA

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

2021

INDICE

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO	1
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	1
I.DEDICATORIA.....	5
II.AGRADECIMIENTO.....	6
III.TEMA.....	7
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO	13
Manejo Activo De La Tercera Etapa Del Parto.	20
Los Componentes Habituales Del Manejo Activo De A Tercera Etapa Del Parto (Matep) Incluyen:	22
Activación De La Clave:	24
1.1.Justificación	26
1.2.OBJETIVOS	27
1.2.1Objetivo General	27
1.2.2Objetivos Específicos	27
1.3Datos Generales	28
1.METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	28
2.1Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	28
Motivo de consulta.....	28
Antecedentes	29
2.2ANAMNESIS	29
2.3Examen físico (exploración clínica)	31
2.4Información de exámenes complementarios realizados	31
2.5Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	34
Diagnostico presuntivo	34
Diagnóstico diferencial	34
Diagnóstico definitivo	34
2.6Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	34

Procedimiento a realizar:	35
2.7Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	36
2.8SEGUIMIENTO.....	37
2.9OBSERVACIONES	41
CONCLUSIONES	42
REFERENCIAS	43

I. DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios, a mi madre, a mi esposo y a la persona más importante mi hijo, pilares fundamentales en mi vida y a todas las personas que conocí en este camino, a Dios por ser el que me ha guiado y darme fuerzas para seguir adelante, a mantenerme firme y sobre todo por ayudarme a creer en mí y en mi capacidad de lograr todo lo que me proponga en mi vida y llegar hacerlo realidad.

II. AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por haberme permitido llegar a este día que tanto he anhelado, no encuentro palabras que me ayuden a expresar lo inmensamente feliz y agradecida que estoy por ello por cuidarme y bendecirme a lo largo de mi carrera.

También agradezco a mi madre por cada consejo y por motivarme a seguir superándome. A mi esposo y a mi hijo por ser los que siempre están a mi lado dándome esa fuerza que me impulsa a ser mejor y así llegar a convertirme en una excelente persona y profesional.

Agradezco por todo el amor de las personas que me quieren, por su respeto, por ayudarme a mantenerme firme día a día en cada paso de mi vida, también a mis docentes, compañeros y amigos que hice a lo largo de este camino que ha sido una gran aventura de vida.

III. TEMA

**CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA TESTIGO DE JEHOVA DE 42
AÑOS DE EDAD EMBARAZADA DE 40 SEMANAS CON ATONIA UTERINA.**

INTRODUCCIÓN

La doctrina de los TJ tiene la consideración legal de religión, reconocida en el ordenamiento jurídico español. Su origen se remonta a principios de la década de 1870 cuando Charles Rusell fundó un círculo de estudio de la Biblia en un suburbio de Pittsburg, Pensilvania. De aquel grupo de personas surgieron congregaciones que se extendieron a los estados vecinos y posteriormente a otros países. (A. Pérez Ferrer*, 2006).

Su negativa a aceptar la transfusión de sangre se basa en una interpretación estricta de varios pasajes bíblicos: En Génesis 9: 3-4, Dios prohíbe la ingesta de sangre a Noé y sus hijos tras el diluvio universal "...sólo carne con su alma –su sangre– no deben comer". Unos 850 años después, dicha prohibición se repite en la ley mosaica dada a Moisés: "por eso he dicho a los hijos de Israel: ninguna alma de ustedes debe comer sangre, y ningún residente forastero que esté residiendo como forastero en medio de ustedes debe comer sangre" (Levítico 17: 10-16), "la sangre es la vida; así que no deben comer la vida junto con la carne. Lo que deben hacer es derramarla en la tierra como agua. No la coman y les irá bien a ustedes y a sus hijos por hacer lo recto" (Deuteronomio 12: 23- 25). (A. Pérez Ferrer*, 2006).

En el siglo I, 16 años tras la muerte de Jesucristo se celebró un concilio del cuerpo gobernante cristiano que incluyó a los apóstoles. Se decidió que los cristianos no tenían que observar el código dado a Moisés, pero debían seguir absteniéndose del consumo de sangre: "que se guarden de lo sacrificado a los ídolos, así como

también de la sangre y de lo estrangulado y de la fornicación" (Hechos 15: 20, 28 y 29). Los TJ consideran que la prohibición del consumo de sangre no es una simple restricción dietética sino un serio requisito moral, y que es aplicable tanto a la vía oral como a la intravenosa o cualquier otra, y se extiende al uso de derivados sanguíneos y sangre que haya sido separada del cuerpo durante un periodo de tiempo (A. Pérez Ferrer*, 2006).

La no aceptación de recibir como medida terapéutica transfusiones de sangre o de sus principales componentes por parte de las personas pertenecientes al grupo religioso Testigos de Jehová es un caso emblemático de esa difícil situación. Los Testigos de Jehová no están dispuestos a recibir productos sanguíneos bajo ninguna circunstancia, ni aun cuando esa actitud les signifique perder la vida. Su posición es tan extrema que tampoco están dispuestos a que sus hijos menores de edad -incluso los aún no nacidos- reciban una transfusión. (Mauricio Besio R.1, 2006).

La hemorragia posparto (HPP) se define comúnmente como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto. La HPP es la causa principal de mortalidad materna en países de ingresos bajos y la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo. La mayoría de las muertes provocadas por HPP ocurren durante las primeras 24 horas después del parto: la mayoría de estas podrían evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno y apropiado. (OMS, Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto, 2014).

El manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) en todas las mujeres

reduce el riesgo de HPP en un 60%, reduce los casos de anemia posparto y la necesidad de transfusiones sanguíneas. Las mujeres embarazadas pueden sufrir una pérdida de sangre en el momento del parto, susceptible de poner en riesgo su vida. Si bien la mayoría de las HPP no presentan factores de riesgo identificables, la mayoría de HPP pueden prevenirse con el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP). (Pública., Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto., . Quito: MSP; 2013).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda el uso de rutina de MATEP como el mejor método basado en evidencia para la prevención de la HPP, y destaca que se deben tomar todas las medidas para asegurar el uso de MATEP en cada parto vaginal atendido por personal especializado. Los componentes habituales del MATEP incluyen: Guía Hemorragia Posparto. (Pública., Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto., . Quito: MSP; 2013).

Paso 1. Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de un minuto luego del nacimiento del recién nacido.

Paso 2. Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los dos o tres minutos del parto.

Paso 3. Masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado. (Pública., Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto., . Quito: MSP; 2013).

La hemorragia postparto está asociada no solo a casi un cuarto de todas las

defunciones maternas en todo el mundo, sino que también es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos. Cuando hablamos de hemorragia postparto tenemos que tener en cuenta que ésta representa un factor significativo que contribuye a largo plazo a una morbi-mortalidad materna, ya que existen muchas enfermedades que se asocian a esta complicación cuando ha habido una pérdida sanguínea, un ejemplo de estas es shock, disfunción orgánica (OMS, Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto, 2014).

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. (Fescina, 2012).

En el año 2000 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció dentro de los Objetivos del Milenio (ODM) la meta 5 ta que consiste en reducir a tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015; uno de los objetivos del Milenio propone: Mejorar la Salud Materna, reduciendo la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes, a nivel nacional, la reducción de mortalidad materna – perinatal es una prioridad y se refleja en las metas del Plan Nacional de Desarrollo en el objetivo uno: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (Senplades, 2017).

La aplicación del Consentimiento Informado es una práctica bioética de la atención

médica que ayuda a una mejor relación médico-paciente, no solamente porque genera una buena comunicación, sino porque al considerar la opinión del paciente al momento de tomar decisiones relacionadas con su tratamiento médico, se fortalecen sus Derechos. (García A, 2002).

MARCO TEÓRICO

La transfusión sanguínea como recurso terapéutico aparece documentada en el siglo XVI, cuando se sugiere la transfusión vena a vena y aparecen publicadas las primeras descripciones en Europa. En el siglo XVII se da inicio a la transfusión sanguínea en humanos, con base en conocimientos y experiencias basadas en el método científico. En 1901 se describen los tres grupos sanguíneos (A, B y O) y en 1940 el factor Rh, a raíz de estos avances se incrementó el uso de este recurso terapéutico con mayor seguridad para los pacientes, al disminuir de manera importante los eventos adversos y las reacciones secundarias. (Izaguirre-Ávila R, 2002).

A pesar de los beneficios que puede aportar una transfusión sanguínea, nos podemos encontrar con el rechazo de este recurso terapéutico por parte de algunos pacientes. El rechazo voluntario de un paciente para recibir algún tipo de tratamiento siempre ha representado un conflicto ético. Es frustrante enfrentarse a situaciones donde, conociendo el diagnóstico del paciente, teniendo las destrezas necesarias para intentar su curación y contando con los recursos para ello, el paciente no esté dispuesto a someterse al procedimiento terapéutico propuesto. Todo esto se agrava cuando la terapia propuesta es la única capaz de mantener con vida al paciente y más aún, en una situación de urgencia, donde el no realizar la intervención a tiempo conlleva su muerte en un plazo corto. (AVELINO, 2006).

El rechazo de la transfusión sanguínea y sus derivados por parte de pacientes pertenecientes al grupo religioso Testigos de Jehová es un claro ejemplo de esta

situación, ya que, aunque signifique perder la vida, no están dispuestos a aceptar ninguna transfusión de sangre. (AVELINO, 2006).

El origen de los Testigos de Jehová se ubica en la década de 1870 cuando Charles Rusell fundó en Pittsburg, Pensilvania un grupo de estudio de la Biblia. De aquel grupo, surgieron congregaciones que se extendieron a los estados vecinos y posteriormente a otros países. En la actualidad hay más de seis millones de Testigos de Jehová en más de 230 países. El principal rasgo de su doctrina religiosa es su apego a la Biblia y como es bien conocido, uno de sus principales dogmas es el rechazo total a la transfusión sanguínea. Son varios los fragmentos bíblicos en los que los testigos de Jehová se basan para justificar tal negativa (Avelino, 2006).

– En Génesis 9: 3-4, Dios prohíbe la ingesta de sangre a Noé y sus hijos tras el diluvio universal “...sólo carne con su alma –su sangre– no deben comer”. Por lo que para los Testigos de Jehová así se notificó a toda la humanidad que a los ojos del Creador la sangre representa la vida. La sangre humana tiene gran importancia, y no debe abusar de ella.

– En Levítico 3, 17: “Es una ley perpetua para vuestras generaciones en todas vuestras residencias: grasa alguna ni sangre alguna habéis de comer”.

– En Deuteronomio 12: 23-25: “la sangre es la vida; así que no deben comer la vida junto con la carne. Lo que deben hacer es derramarla en la tierra como agua. No la coman y les irá bien a ustedes y a sus hijos por hacer lo recto”. (Besio R Mauricio, 2006).

Para los Testigos de Jehová la prohibición del consumo de sangre no es una simple restricción dietética sino un serio requisito moral, y la aplican tanto a la vía oral como a la intravenosa y se extiende al uso de derivados sanguíneos y sangre que

haya sido separada del cuerpo durante un periodo de tiempo. (Besio R Mauricio, 2006).

PENSAMIENTO DE LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ

Los Testigos de Jehová aceptan la gran mayoría de los tratamientos médicos ("No tienen necesidad de médicos los sanos, sino los enfermos...", Lucas 5:31). Pero en el caso de la transfusión sanguínea la situación es distinta. Basándose en diversos pasajes de la Biblia, tales como "Solamente os abstendréis de comer carne con su alma, es decir, su sangre" (Génesis 9:4), "Nadie de entre vosotros... comerá sangre" (Levítico 17:12), "... porque la vida de toda carne es la sangre; quien la comiere será exterminado" (Levítico 17:14), los Testigos no aceptan de manera categórica la transfusión de componentes primarios de la sangre como son los glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas y plasma. (Besio R Mauricio, 2006).

Los componentes secundarios de la sangre, como la albúmina, factores de coagulación e inmunoglobulinas, son habitualmente aceptados por los Testigos de Jehová debido a que atraviesan de manera natural la barrera placentaria durante la gestación, por lo que no tienen la misma connotación de los componentes primarios. Además, los componentes más simples dejarían de ser considerados como sangre. (Besio R Mauricio, 2006).

Los fundamentos para rechazar las transfusiones sanguíneas se basan en el mandato explícito de Dios a través de las Escrituras. Quien no acatase la voluntad de Dios no vería cumplida la esperanza de la Resurrección, es decir, perdería el Paraíso, la morada eterna en la tierra ("Los justos poseerán la tierra, y morarán en

ella por siempre", Salmo 37:29). Si un Testigo de Jehová acepta una transfusión, por su propia acción manifiesta su deseo de no seguir siendo parte de la comunidad. (Besio R Mauricio, 2006).

Esta salida implica también un importante desligamiento social, según el mandato de no tener trato con los que violen la Ley de Dios ("Si alguno viene a ustedes y no trae esta enseñanza, nunca lo reciban en casa ni le digan un saludo. Porque el que le dice un saludo es partícipe en sus obras inicuas", 2 Juan 10-11). Esta situación no se aplica a aquellos miembros que reciben una transfusión en contra de su voluntad o los que, habiendo aceptado la transfusión, se arrepienten en el transcurso de un proceso que se les sigue dentro de la comunidad. (Besio R Mauricio, 2006).

Una causa muy importante de muerte materna es la hemorragia postparto, en el 2005 la hemorragia postparto ocupó el primer lugar a nivel mundial de causar muerte materna según la Organización mundial de la salud. (SOLARI, 2014).

En estos casos el consentimiento informado es uno de los instrumentos que buscan asegurar que el paciente reciba la información adecuada, que se motive la decisión autónoma del paciente y que se refrenden los acuerdos entre el profesional de la salud y el médico, para buscar las mejores opciones de atención y cuidado, según cada caso (publica, 2016).

El consentimiento informado es el proceso mediante el cual, el paciente competente, se compromete a someterse a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico después de la discusión de las indicaciones, las alternativas, los

posibles efectos secundarios y complicaciones. (Kay, 2009).

El formulario de consentimiento informado firmado aporta pruebas documentales de que el paciente ha recibido la información necesaria y en base a ello dio su consentimiento. Sin embargo, este documento no sólo debe proporcionar la información necesaria, sino que ésta tiene que ser entendida por el paciente. (Revilla, 2009).

En caso de existir omisión del consentimiento informado, será considerado un caso inusual y excepcional, y debe ser evaluado y aprobado por el comité de ética de la dicha institución donde se produjo la falta. (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 2009).

Siempre la información que proporcione el médico debe ser comprensible de acuerdo al grado de conocimiento del paciente, se debe tener claro que en muchas ocasiones no toda la información que brinda del médico es requerida para el consentimiento informado. La capacidad de conocimiento que tiene una persona ante su enfermedad o procedimiento a realizarse es la que permite dar su consentimiento y así realizarse el tratamiento. (Anaya, 2009).

En relación el Código de Ética Médica del Ecuador que es quien precisa conceptos y determinantes respecto al consentimiento informado en su artículo 15 reza: “El médico no hará ninguna intervención quirúrgica sin previa autorización del enfermo, si éste no pudiera darla recurrirá a un representante o miembro familiar, salvo que esté de por medio la vida a corto plazo. En todos los casos de autorización se

incluirá el tipo de intervención, riesgos y posibles complicaciones”. En el artículo 16 dice: “Igualmente, los casos que sean sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que signifiquen riesgo para el paciente a juicio del médico tratante, deben la autorización del mismo, de un representante o familiar si fuese el caso. También lo hará en caso de usar técnicas o drogas nuevas a falta de otros recursos debidamente probados como medios de terapia y salvaguardando la vida e integridad del paciente”. (García, 2009).

Otro de los puntos importantes respecto a este tema es el renovado código Orgánico Integral Penal, que en su capítulo segundo, sección primera, respecto a delitos contra la inviolabilidad de la vida, delitos contra los derechos de libertad y que ha sido blanco de mucha polémica y discusiones por parte del gremio de médicos del Ecuador, dice en su artículo 146 referente a Homicidio culposo por mala práctica profesional dice: “la persona que al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica profesional, le ocasione la muerte a otra, será sancionado con pena privativa de uno a tres años. Y para volver a ejercer su profesión, luego de cumplida la pena, será determinada por las leyes vigentes”. (Asamblea, 2014.).

En situaciones de emergencia, si no es posible obtener el consentimiento informado de la persona, se deberá pedir el consentimiento del representante legalmente aceptado, si lo hubiera. Si no fuera posible el consentimiento previo de la persona o su representante, la inclusión de la persona se llevará a cabo con la aprobación documentada del comité de ética para proteger los derechos, seguridad y bienestar de la persona y de acuerdo a los requerimientos reguladores aplicables. Se deberá

informar a la persona o a su representante legalmente aceptado sobre el estudio tan pronto como sea posible y se solicitará el consentimiento para continuar u otro consentimiento según sea el caso. (Fuenfe', Mmía del Carmen Lara y Juan Ramón)

El consentimiento informado tiene gran importancia en la práctica médica, pues no solo es un derecho del paciente y, por ende una obligación de los profesionales de la salud, sino que también constituye prueba ante una reclamación y descarga la responsabilidad del médico de las consecuencias esperadas de un procedimiento invasivo o de alto riesgo, Explica al paciente de forma clara y sencilla la intervención concreta que se le va a realizar. (Quito & Veletanga, 2020).

Se define a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 mL en un parto vaginal y que supera 1.000 mL en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HPP. A menudo, los cálculos clínicos de la pérdida de sangre no son precisos (Publica, 2013).

Se define hemorragia posparto (HPP) usualmente como el sangrado del tracto genital de 500 mililitro o más en las primeras 24 horas luego del nacimiento del niño. Algunas personas consideran 600 mililitro como punto de corte y sugieren que un diagnóstico clínico más útil podría ser incluir solamente aquellos casos donde la pérdida de sangre estimada fuera de 1 000 mililitro o más. (Calle, 2008).

No existe una definición universal de la hemorragia obstétrica, porque no se ha establecido claramente, lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva, La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 mililitro /minuto (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse

durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 mililitro, postparto o 1000 mililitro post cesárea. Actualmente se define como HPP a la pérdida sanguínea de gran magnitud que produce cambios hemodinámicos. (Asturizaga, 2014).

La Hemorragia postparto primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente el 70% de los casos de Hemorragia postparto inmediata se producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto. (MSP, Prevencion, diagnostico y tratamiento de la Hemorragia Posparto, 2013).

Las principales causas de las Muertes Maternas hasta la SE 29 son los Trastornos hipertensivos del embarazo con el 25,76%(17MM), las hemorragias obstétricas con el 24,24% (16MM) y las causas indirectas 19,7(13MM), comparando las muertes maternas del año 2019 con el año 2018 hay una disminución para el 2019 del 12% (9MM). (MSP, GACETA DE MUERTE MATERNA SE 29, 2019).

Prevención De La Hemorragia Postparto

Manejo Activo De La Tercera Etapa Del Parto.

La tercera etapa del trabajo de parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato, con manejo activo (comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta). A partir de los 10 minutos de duración del alumbramiento, con manejo activo, el riesgo de hemorragia

posparto aumenta progresivamente con la duración del mismo. Una duración superior a los 30 minutos tras un manejo activo del alumbramiento se asocia con un incremento significativo en la incidencia de hemorragias posparto. (Publica., 2015).

Se recomienda el manejo activo del alumbramiento con oxitocina IM 10 UI. El manejo activo de la tercera etapa del parto disminuye el riesgo de hemorragia posparto reduce la necesidad de administración de oxitócicos adicionales y acorta la duración de la tercera etapa del trabajo de parto. Estos efectos también se observan con el uso exclusivo de oxitocina (sin ningún otro componente del manejo activo del alumbramiento). (Publica., 2015).

No se observan diferencias entre el uso de oxitocina y el uso de derivados del cornezuelo de centeno/ergot en cuanto a la disminución de la HPP >500 ml. Se observó una disminución del riesgo de extracción manual de la placenta en el grupo de oxitocina en comparación con los derivados del ergot. Las mujeres deben ser informadas (preferiblemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica. (Publica., 2015).

El manejo activo del tercer período del parto reduce el riesgo de hemorragia posparto, pero si pese a realizar esta estrategia se presenta una hemorragia, se recomienda el uso de la GPC de Hemorragia posparto del MSP del Ecuador. (Publica., 2015).

En muchos países en desarrollo todavía se utiliza el manejo expectante de la

tercera etapa del parto en la mayoría de partos que ocurren en el hogar. Sin embargo, los estudios de Bristol y Hinchingsbrooke que compararon el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) versus el manejo expectante o fisiológico de la tercera etapa del parto, demostraron claramente que, cuando se aplicó el manejo activo, la incidencia de Hemorragia Post Parto fue significativamente inferior (5,9% con MATEP vs. 17,9% con manejo expectante; y 6,8% con MATEP vs 16,5% sin MATEP) (Pública., Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto, 2013).

Los datos respaldan el empleo habitual del manejo activo de la tercera etapa del parto por parte de todo personal especializado en partos, independientemente del lugar en el que trabajan; el MATEP reduce la incidencia - 6 - de Hemorragia Post Parto, la necesidad de transfusión de sangre, y por lo tanto se lo debe incluir en todo programa de intervención destinado a reducir la mortalidad debido a Hemorragia Post Parto. (Pública., Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto., . Quito: MSP; 2013).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda el uso de rutina de MATEP como el mejor método basado en evidencia para la prevención de la Hemorragia Post Parto, y destaca que se deben tomar todas las medidas para asegurar el uso de MATEP en cada parto vaginal atendido por personal especializado. (Pública., Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto, 2013).

Los Componentes Habituales Del Manejo Activo De A Tercera Etapa Del Parto (Matep) Incluyen:

Uso de agentes uterotónicos: Dentro del primer minuto luego del nacimiento del producto, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) producto(s) y administre 10 Unidades Internacionales de oxitocina intramuscular (IM). Se prefiere la oxitocina a otros medicamentos uterotónicos debido a que hace efecto entre 2 y 3 minutos luego de la inyección, si no hay oxitocina disponible, se puede usar 600 microgramos de misoprostol por vía oral. (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto, 2013).

Otros uterotónicos como: 0.2 miligramos intramuscular de ergometrina o metilergometrina; sintometrina (una combinación de 5 Unidades internacionales de oxitocina y 0.5 miligramos de ergometrina en ampollas IM 10) deben evitarse en mujeres con enfermedad cardíaca, preeclampsia, eclampsia o presión arterial alta. (Pública., Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto., . Quito: MSP; 2013)

Tracción y contracción del cordón umbilical: No se recomienda la tracción controlada del cordón sin la administración de fármacos uterotónicos o antes de observar signos de separación de la placenta, ya que esto puede provocar la separación parcial de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero, no se debe realizar la tracción del cordón umbilical sin aplicar la contracción por encima del pubis con la otra mano. (Pública., Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto., . Quito: MSP; 2013).

Masaje uterino posparto: Después del alumbramiento, masajee el fondo del útero

a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga. Durante las 2 primeras horas se debe controlar que exista una adecuada retracción uterina y que los loquios sean normales. (Publica, 2013).

Activación De La Clave:

Clave Roja: Manejo de las hemorragias obstétricas en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención.

Coordinador (a): Será un profesional de la salud con pleno conocimiento sobre el manejo de las claves obstétricas y como dirigir su grupo, su posición es al nivel de la pelvis de la mujer.

Asistente 1: debe estar capacitado para participar en el manejo de claves obstétricas su posición es en la cabecera de la paciente

Asistente 2: debe estar capacitado para participar en el manejo de claves obstétricas su posición es a un lado de la paciente.

Circulante: debe estar capacitado para participar en el manejo de claves obstétricas. (MSP, Score MAMA y claves obstetricas , 2017).

Acciones generales a realizar. (las acciones deberán realizarse al mismo tiempo por el equipo conformado en la clave roja):

Realizar examen físico completo que incluya signos vitales completos y nivel de conciencia. Colocar traje antishock no neumático, de acuerdo a disponibilidad. (MSP, Score MAMA y claves obstetricas , 2017).

Asegurar vía aérea: Proporcione oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90%, asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N°18 o N°20 (realizar exámenes de laboratorio) e iniciar infusión rápida de líquidos preferiblemente calientes, Iniciar reposición de líquidos en infusión rápida con cristaloides, luego bolos de 500 cc según evolución clínica hasta que la presión arterial sistólica (PAS) suba sobre 90 mmhg. (MSP, Score MAMA y claves obstetricas , 2017).

1.1. Justificación

El presente trabajo pretende analizar los fundamentos de rechazo a la transfusión sanguínea de parte de los testigos de Jehová, la importancia del consentimiento informado, ya que el profesional de la salud debe contar con la firma del consentimiento informado del paciente o sus familiares para proceder con cualquier decisión sobre el tratamiento médico a realizar.

El profesional de la salud, para su protección, debe contar con el consentimiento del paciente y, en caso de no ser así por incapacidad del mismo, debe tomar la decisión sobre el tratamiento en conjunto con dos médicos facultados, según la Ley General de Salud. El consentimiento informado exime de responsabilidad al médico en caso de no utilizar una transfusión de sangre, siempre y cuando la falta de administración de sangre no cause daño alguno. Por otra parte, si el dejar de transfundir al paciente causa algún daño, el profesional de la salud no está excluido de responsabilidad civil, aunque lo haya hecho a solicitud expresa del paciente. (Sierra, 2018).

Como prevenir la hemorragia postparto mediante el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP), ya que esta es una de las complicaciones obstétricas con mayor rango de alta morbi-mortalidad materna, presentándose en Ecuador como la 2da causa principal de muerte materna mencionado así por el ministerio de salud pública, teniendo como principales causas que pueden desencadenar una complicación obstétrica, la atonía uterina y trauma del canal de parto, estas son las que se presentan con mayor frecuencia, y como menos frecuentes tenemos a la retención de restos placentarios y coagulopatías.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

- Determinar las causas de la transfusión sanguínea por atonía uterina.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar los fundamentos de rechazo a la transfusión sanguínea en atonía uterina en una testigo de Jehová.
- Prevenir la hemorragia postparto con el adecuado manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP).
- Definir la importancia del consentimiento informado en paciente y familiares.

1.3 Datos Generales

Nombres Completos:	NN
Edad:	42 años
Sexo:	femenino
Fecha Y Lugar De Nacimient	10/01/1976 Babahoyo
Área De Procedencia:	Urbana
Estado Civil:	Unión libre
Hijos:	4
Nivel De Estudios:	Primaria
Nivel Sociocultural/Económi	Muy bajo
Raza:	Mestiza
Religión:	Testigo de Jehová
Ocupación:	Ama de casa

Fuente: Historia clínica de la paciente

Elaborado por: Kristell Sanchez Peña.

1. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Motivo de consulta.

Paciente de 42 años de edad múltipara, Gestas:4 Partos:4 Aborto:0 Cesarea:0,

acude a la emergencia del Hospital General Martin Icaza, refiriendo dolores bajo vientre de +/- 6 horas de evolución acompañado de perdida de moco con sangre, refiriendo movimientos fetales activos.

Antecedentes

Antecedentes Personales	No refiere
Antecedentes Familiares	No refiere
Antecedentes quirurgicos	No refiere
Alergias	No refiere
Ciclos menstruales	regulares
Metodo Anticonceptivo	ninguno
Antecedentes trasfusional	No refiere
Parejas Sexuales	1
Menarquia	13 años
Inicio vida sexual	15 años
Gestas: 4	P: 4 C: 0 A: 0
FUM	5/05/2019
PIG	3 años

Fuente: Historia clínica de la paciente
Elaborado por: Kristell Sanchez. 2021

2.2 ANAMNESIS

Paciente de 42 años de edad multípara, Gestas:4 Partos:4 Aborto:0 Cesarea:0, acude a la emergencia del Hospital General Martin Icaza, refiriendo dolores bajo

vientre de +/- 6 horas de evolución acompañado de pérdida de moco con sangre, refiriendo movimientos fetales activos.

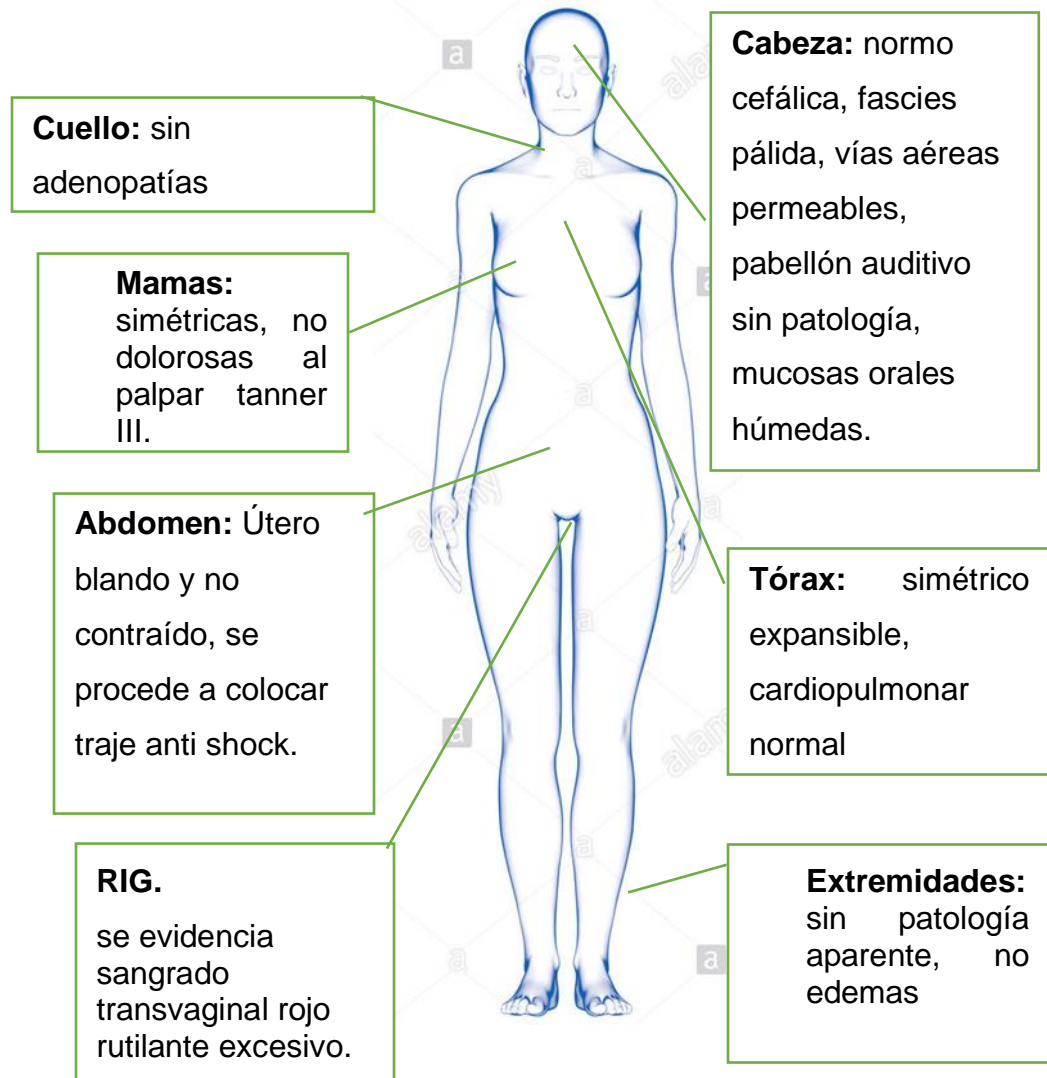
Paciente ingresa a la sala de emergencia del hospital de segundo nivel hemodinamicamente estable con cuadro clínico de +/- 6 horas de evolución caracterizado por dolor bajo vientre de moderada intensidad más expulsión de tapón mucoso sanguinolento. Negando otra sintomatología.

Paciente es atendida por ginecólogo de guardia, el cual procede a realizar valoración gineco-obstétrica confirmando al tacto vaginal una dilatación (5cm), borramiento del 60%, II plano, membranas integra, variedad occipitoiliaca izquierda anterior. Abdomen: grávido, altura uterina 40cm, contracciones uterinas 3 en 10 de 20 segundos regulares.

Se realiza rastreo ecográfico, producto único vivo cefálico dorso izquierdo, FCF: 140x1, ILA: 10 normal, se solicita exámenes de laboratorio, se realiza el ingreso de la paciente aproximadamente a las 16:30pm, a sala de observación en el área de labor de parto sin aparente dificultad.

Paciente en 4 horas aproximadamente evoluciona a un parto eutócico simple, donde se obtiene su recién nacido vivo, sexo masculino, con peso de 3100gr. Pero se constata tras el alumbramiento la pérdida sanguínea mayor a 900ml, produciéndose una hemorragia postparto, se activa la clave roja, se organiza el equipo, se realiza la colocación del TANN y se procede a buscar la causa de la hemorragia, confirmando una hemorragia postparto por hipotonía, recurriendo inmediatamente al masaje uterino, extracción de coágulos de vagina y aplicación de uterotónicos.

2.4 Examen físico (exploración clínica)



2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Resultados de exámenes, **al momento del ingreso de la paciente.**

Ecografía obstétrica	Producto único vivo cefálico dorso izquierdo FCF: 140x1 ILA: 10 normal
---------------------------------	--

BIOMETRIA			
Nombre	Valor	unidad factor	valor referencial
HEMATIES	4.32	10 ⁶ /ul	3.50 - 5
hemoglobina Hb)	12.7	g/dl	11 - 15
hematocrito (hct)	38	%	37 - 47 %
vol. corp. medio (mc	85.6	Fl	80.0 - 100.0
Plaquetas	333	10 ³ /ul	150 – 450
vol. plaquet. me (mpv)	9.8	Fl	6.5 - 11.0
fórmula leucocitaria			
LEUCOCITOS	7.3	10 ³ /ul	5-10
NeutrófiloS	5.8	10 ³ /ul	1.5 - 7
LinfocitoS	3.48	10 ³ /ul	1.6 - 4
Eosinofilo	0.47	10 ³ /ul	0.40
NEUTROFILOS	66.1	%	50 - 70
LINFOCITOS	23.3	%	20 - 40
MONOCITOS	6.8	%	3 - 12
EOSINOFILOS	3.2	%	0.5 - 5
MCHC	34.3	g/dl	32 - 36
RDW-SD	40.0	fL	35 -56

grupo sanguíneo	b positivo		
tiempo de protrombina (tp)	12.4	seg	14 seg.

Tpt	34.8	seg	30 - 45
Urea	11.1	mg/dl	10 - 45 mg/dl
Creatinina	0.4	mg/dl	0.5 - 0.9 mg/dl m 0.7 - 1.2 mg/dl hombre
hepatitis "a"	Negativo		
hepatitis "b"	Negativo		
hepatitis "c"	Negativo		
Paludismo	Negativo		
VDRL	Negativo		
HIV	Negativo		

Resultado de examen Postparto

Hemoglobina	6.2	g/dl	11 - 15
Hematocrito	30	%	37 - 47 %
Vol. Corp. Medio	85.6	Fl	80.0 - 100.0
Plaquetas	250	10 ³ /ul	150 – 450
Leucocitos	5.4	10 ³ /ul	5-10
Tp	13	seg	14 seg
Tpt	35.2	seg	30 - 45

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo	Hemorragia postparto por retención placentaria
Diagnóstico diferencial	Hemorragia postparto por ruptura uterina
Diagnóstico definitivo	Hemorragia postparto por Atonía Uterina

Elaborado por: Kristell Sanchez

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Origen del problema

Paciente que, en 4 horas aproximadamente posteriores a su ingreso, evoluciona a un parto eutócico simple se procede a realizar las maniobras de tracción y contra tracción del cordón umbilical se extrae placenta completa, luego del alumbramiento se constata la pérdida sanguínea mayor a 900 ml, produciendo una hemorragia postparto inmediata.

Se activa la clave roja, se organiza el equipo, se realiza la colocación del TANN, y se procede a buscar el motivo del sangrado, confirmando una hemorragia postparto por hipotonía. Llega personal de laboratorio y se realiza examen de sangre.

Se procede actuar según protocolo, se inicia con masaje uterino, extracción de coágulos y la aplicación de uterotónicos. La paciente demuestra inestabilidad

hemodinámica y estado de shock hipovolémico, signos vitales:

FC	115
sistolica	65
diastolica	30
FR	24
Temp	36
Sat O2	93
conciencia	somnolienta
Proteinuria	negativo
TOTAL SCO	13

Elaborado por: Kristell Sanchez.

Se decide realizar la transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos concentrados para recuperar la volemia, pero paciente se niega a dicho procedimiento, aunque de eso dependa su vida ya que pertenece a la religión de los Testigos de Jehová y dicho procedimiento no es permitido.

Se procede a dar información del cuadro clínico actual de la paciente a su Familiar (ESPOSO), el cual solicita ser el responsable y firmar el consentimiento informado, para que se pueda proceder con la transfusión sanguínea de su esposa y procedimientos a realizar.

Procedimiento a realizar:

- Se Activa clave roja
- Formación del equipo

- Colocación del TANN
- Canalizar 2 vías periféricas permeables con catéter 18
- Iniciar reposición de líquidos, solución salina 0,9% 1000ml+ oxitocina 40 UI, pasar 250ml/hora.
- Misoprostol sublingual 800 mcg
- Acido tranexámico 1g IV STAT

Una vez firmado el consentimiento se Solicita 2 unidades de glóbulos rojos concentrados, terminar de transfundir el segundo paquete a 30 gotas por minuto.

Al minuto de la administración de los uterotónicos se puede observar la disminución del sangrado, se sigue manteniendo masaje uterino y valoración de Score mama cada 15 min.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Intente identificar la causa de la hemorragia e inicie los tratamientos específicos de acuerdo a la causa: Verifique la expulsión completa de la placenta, examínele para tener la certeza de que está íntegra, examine el cuello uterino, la vagina y el perineo para detectar desgarros, considere la posibilidad de coagulopatía (Pública., Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto., . Quito: MSP; 2013).

2.8 SEGUIMIENTO.

5/02/2020 16h30

Paciente de 42 años de edad multípara, con historia obstétrica Gestas= 4 Partos=4 Aborto= 0 cesárea=0 y con periodo intergenésico largo de 3 años, cursa con embarazo de 40 semanas por FUM, sin antecedentes patológicos personales, familiares ni quirúrgicos, acude a la emergencia del Hospital General Martin Icaza, refiriendo dolores bajo vientre de +/- 6 horas de evolución acompañado de pérdida de moco con sangre, refiriendo movimientos fetales activos. Se procede a realizar valoración gineco-obstétrica confirmando al tacto vaginal una dilatación (5cm), borramiento del 60%, II plano, membranas integra, variedad occipitoiliaca izquierda anterior. Abdomen: grávido, altura uterina 40cm, contracciones uterinas 3 en 10 de 20 segundos regulares. Se realiza rastreo ecográfico, producto único vivo cefálico dorso izquierdo, FCF: 140x1, ILA: 10 normal, se solicita exámenes de laboratorio, se realiza el ingreso de la paciente a sala de observación en el área de labor de parto sin aparente dificultad.

5/02/2020 20H35

Paciente que en 4 horas aproximadamente evoluciona a un parto eutócico simple, donde se obtiene su recién nacido vivo, sexo masculino, con peso de 3100gr. perímetro cefálico: 35 cm, talla: 49cm.

5/02/2020 20H40

se realiza el Manejo Activo de la Tercera etapa del Parto se produce el alumbramiento, se observa placenta completa. Pero se constata la perdida sanguínea mayor a 900ml, produciéndose una hemorragia postparto, se activa la clave roja, se organiza el equipo, se realiza la colocación del TANN y se procede a buscar la causa de la hemorragia, confirmando una hemorragia postparto por hipotonía, recurriendo inmediatamente al masaje uterino, extracción de coágulos de vagina y aplicación de uterotónicos. Por lo que inicia con las siguientes indicaciones;

- Canalizar 2 vías periféricas permeables con catéter 18
- Iniciar reposición de líquidos, solución salina 0,9% 1000ml+ oxitocina 40 UI, pasar 250ml/hora.
- Misoprostol sublingual 800 mcg
- Acido tranexámico 1g IV STAT

Solicitar 2 unidades de glóbulos rojos concentrados, terminar de transfundir el segundo paquete a 30 gotas por minuto.

5/02/2020 20H55

Luego de iniciar la reposición de líquidos y la administración de uterotónicos el cuadro clínico de la paciente comienza a mejorar, bajando a un Score Mama de (5), PA:83/50mmhg, FR:20x minuto, Temp :36.3°C, frecuencia Cardiaca:100 latidos por minuto, saturación de oxígeno: 94%. se continua con control de diuresis, ingesta y

excreta, masaje uterino y score mama cada 15 minutos.

6/02/2020 6H00 AM

Paciente hemodinamicamente estable, con signos vitales estables de PA: 95/70mmhg Temp: 36,2 FC: 98 por minuto SAT O2: 99% FR: 20 por minuto, se evidencian loquios escasos. Se procede a retirar traje antishock. Y posteriormente pase a sala de maternidad a las 9:am.

7/02/2020 8am

Paciente de 42 años de edad, cursa su segundo día en sala de maternidad al momento paciente orientada en tiempo y espacio, afebril, hemodinamicamente estable, paciente no refiere novedad. Signos vitales dentro del rango normal.

Con examen Físico: Cardiopulmonar normal, Abdomen: blando depresible, útero bien contraído poco doloroso a la palpación, loquios escasos.

8/02/2020 8:00 am

Paciente de 42 años cursa su tercer día de hospitalización en sala de maternidad, al momento hemodinamicamente estable, orientada en tiempo y espacio, afebril

con examen físico Abdomen: blando depresible, útero bien contraído no doloroso a la palpación, loquios escasos.

Paciente recibe alta médica a las 13:00 pm del mismo día.

2.9 OBSERVACIONES

Una observación es que cuando se tocó el timbre de la clave roja, mucho personal se aglomero en la sala, inclusive personal de otras áreas, entre ellos médicos, internos y enfermeras, de tal manera que obstruían el paso de ingreso al personal de laboratorio por lo cual se perdió tiempo para la toma de muestra de examen.

También es importante informar a los familiares de los pacientes que no deben ausentarse de la parte de afuera del área, ya que en una emergencia como la de este caso clínico en el cual la paciente se negaba a dicho procedimiento, fue de gran ayuda la presencia del familiar para el consentimiento informado.

CONCLUSIONES

En nuestro país la hemorragia postparto es la segunda causa de muerte materna. En este caso la hemorragia se presentó por hipotonía que gracias a los conocimientos de las guías clínicas se pudo controlar y manejar correctamente.

Por esta razón es importante que los profesionales de la salud tengan conocimiento de las guías prácticas clínicas del MSP, de esta manera puedan seguir el protocolo establecido ante cualquier emergencia Obstétrica como la hemorragia postparto y así lograr identificar la causa que provoca el sangrado en exceso.

También es importante que las embarazadas acudan a las emergencias acompañadas por un familiar, ya que como pudimos evidenciar en este caso, quien firmo el consentimiento para proceder con la transfusión sanguínea fue el esposo de la puérpera.

BIBLIOGRAFIA

Referencias

- OMS. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*, 48.
- OMS. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*, 48.
- A. Pérez Ferrer*, E. G. (2006). Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.*, 53: 31-41.
- Anaya, J. (2009). Consentimiento informado. *Revista medica Boliviana.*, 35-38.
- Asamblea. (2014.). *Delitos contra la inviolabilidad de la vida*. Quito.: Codigo Organico Integral Penal.
- Asturizaga, P. Y. (2014). HEMORRAGIA OBSTETRICA. *REVISTA MEDICA LA PAZ*, 10.
- AVELINO, P. (. (2006). Autonomía del paciente: los testigos de Jehová y la elección de alternativas a la transfusión. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecológica*, 71.
- Avelino, R. P. (2006). Autonomía del paciente: Los Testigos de Jehová y la elección de alternativas a la transfusión. *Rev. chil. obstet. ginecol.* Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000400011>
- Besio R Mauricio, B. H. (2006). TESTIGOS DE JEHOVÁ Y TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA: REFLEXIÓN DESDE UNA ÉTICA NATURAL. *Rev. chil. obstet. ginecol.*
- Calle, A. B. (2008). Diagnostico y Manejo de la Hemorragia Posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), A. (2009). Pautas eticas internacionales para la investigacion biomedica en seres humanos.
- Fescina, M. D. (2012). Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. *OPS*.
- Fuenfe', Mmía del Carmen Lara* y Juan Ramón . (s.f.). SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16830/v108n%285-6%29p439.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García A, E. E. (2002). Introducción a la bioética: Fundamentos y principios. *introduccion a la bioetica*, pag. 7.
- García, M. (2009). Consentimiento informado. *Consentimiento informado. INFORMADO, CONSENTIMIENTO*. (s.f.). *paho.org*. Obtenido de [paho.org: https://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/bpc-consent-informado.pdf](https://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/bpc-consent-informado.pdf)
- Izaguirre-Ávila R, M. A. (2002). En torno a la historia de las transfusiones sanguíneas. *Rev Invest Clin*, 558.
- Kay, R. &. (2009). The process of informed consent for urgent abdominal surgery. *J Med Ethics*, 27(3):157-61.
- Mauricio Besio R.1, F. B. (2006). TESTIGOS DE JEHOVÁ Y TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA. REFLEXIÓN DESDE UNA ÉTICA NATURAL. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(4), 274-279.

MSP. (2013). *Prevencion, diagnostico y tratamiento de la Hemorragia Posparto*. Quito: GUIA PRACTICA CLINICA.

MSP. (2013). Prevencion, diagnostico y tratamiento de la Hemorragia Posparto. *guia practica clinica*, 14.

MSP. (2017). Score MAMA y claves obstetricas . *guias practica clinica*, 20.

MSP. (2019). *GACETA DE MUERTE MATERNA SE 29*.

Publica, M. d. (2013). Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. *Guía Práctica CLINICA*, 36. Obtenido de <http://salud.gob.ec>

PUBLICA, M. D. (2015). Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. *GUIA PRACTICA CLINICA*, 27-62.

publica, m. d. (2016). modelo de gestion de aplicacion del consentimiento informado. *guias msp*.

Pública., M. d. (. Quito: MSP; 2013). Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. *Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de <http://salud.gob.ec>

Pública., M. d. (2013). Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. (MSP, Ed.) *GUIA PRACTICA CLINICA*.

Publica., M. d. (2015). Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. *GUIA PRACTICA CLINICA*, 27-62.

Quito, J. V., & Veletanga, J. (14 de agosto de 2020). Los médicos deben adaptar el consentimiento informado en épocas de pandemia. *EDICION MEDICA*. (E. MÉDICA, Entrevistador) Quito.

Revilla, A. &. (2009). La realidad del consentimiento informado en la práctica médica. *Acta méd peruana.*, 24(3):223-228.).

Senplades. (2017). 53.

Sierra, A. . (2018). aspectos legales de la transfusion. . *Rev Mex Anest.*, 41: 3-4.

SOLARI, A. S. (2014). Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *REVISTA MEDICA CLINICA LAS CONDES*.

ANEXOS

