

Eduardo Daniel Anica-Malagón^{1a}

¹Secretaría de Salud, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Servicio de Geriatria. Ciudad de México, México

Doi: 10.5281/zenodo.18715636

ORCID

0000-0002-2850-9445^a

Palabras clave (DeCS):

Enfermería
Hemorragia Posparto
Fibrinógeno
Hemostasia
Salud Materna

Keywords (DeCS):

Nursing
Postpartum Hemorrhage
Fibrinogen
Hemostasis
Maternal Health

Correspondencia:

Eduardo Daniel Anica Malagón

Correo electrónico:

anicamalagon@gmail.com

Fecha de recepción:

20/10/2025

Fecha de aceptación:

05/02/2026

Resumen

Introducción: la hemorragia obstétrica es la principal causa de muerte materna prevenible y un desafío cotidiano en atención obstétrica. El rol del profesional de enfermería es fundamental en la gestión y coordinación del equipo de colaboración interprofesional.

Objetivo: analizar el rol integrador y de liderazgo del profesional de enfermería en el protocolo de atención de la paciente con hemorragia obstétrica posparto.

Metodología: se presenta el *Checklist Anica-Malagón* como una propuesta integrada en 4 fases que dan continuidad al proceso de atención. Inicia con la evaluación prenatal del riesgo, se consolida durante el parto y se activa plenamente ante la sospecha o confirmación de hemorragia obstétrica.

Resultados: se propone el *Checklist Anica-Malagón*, organizado por etapa del proceso de atención (0-3) en 4 listas y 50 acciones para el personal de enfermería. Este instrumento fortalece la toma de decisiones, estandariza la práctica y mejora el pronóstico materno-fetal. Se enfatiza en el registro cuantitativo de la pérdida sanguínea y la vigilancia hemodinámica continua.

Conclusión: en conjunto, la integración de la estratificación prenatal del riesgo, la respuesta protocolizada mediante el *checklist* y su proyección como herramienta de mejora continua posicionan a la enfermería obstétrica como un pilar esencial en la prevención y el manejo integral de la hemorragia obstétrica.

Abstract

Introduction: Obstetric hemorrhage is the leading cause of preventable maternal death and a daily challenge in obstetric care. The role of the nursing professional is fundamental in the management and coordination of the interprofessional team.

Objective: To analyze the integrative and leadership role of the nursing professional in the care protocol for patients with postpartum obstetric hemorrhage.

Methodology: The *Anica-Malagón Checklist* is presented as an integrated proposal in 4 phases that provide continuity to the care process. It begins with prenatal risk assessment, it is consolidated during delivery, and it is fully activated upon suspicion or confirmation of obstetric hemorrhage.

Results: The *Anica-Malagón Checklist* is proposed, organized by stage of the care process (0-3) into 4 lists and 50 actions for the nursing staff. This set of tools strengthens decision-making, standardizes practice, and improves maternal-fetal prognosis. Emphasis is placed on the quantitative recording of blood loss and continuous hemodynamic monitoring.

Conclusion: Overall, the integration of prenatal risk stratification, the protocolized response using the checklist, and its projection as a continuous improvement tool position obstetric nursing as an essential pillar in the prevention and comprehensive management of obstetric hemorrhage.

Introducción

La *hemorragia posparto* se define como la pérdida de más de 500 mL de sangre tras un parto vaginal o más de 1000 mL después de una cesárea, por lo cual constituye la principal causa de mortalidad materna prevenible a nivel mundial.^{1,2} De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), este evento ocurre en aproximadamente el 6% de todos los partos y representa alrededor del 27% de las muertes maternas globales.³ En América Latina y el Caribe, la incidencia y letalidad de la hemorragia posparto continúan siendo elevadas, reflejo de desigualdades en el acceso a servicios obstétricos seguros y en la implementación de protocolos basados en evidencia.

Aunque la hemorragia posparto suele manifestarse clínicamente como una urgencia obstétrica de inicio súbito, desde una perspectiva epidemiológica una proporción significativa de los casos puede anticiparse mediante una evaluación adecuada del riesgo durante el embarazo. En el contexto nacional, la hemorragia obstétrica continúa ocupando un lugar prioritario entre las causas de mortalidad materna, lo que resalta la importancia de fortalecer las estrategias preventivas desde el control prenatal y no limitar la respuesta únicamente al momento del evento hemorrágico.⁴ Este enfoque preventivo resulta fundamental para reducir la morbilidad y la mortalidad materna asociadas a retrasos en la identificación del riesgo y en la activación de medidas oportunas.

La identificación temprana y el registro sistemático de factores predisponentes permiten anticipar escenarios de mayor probabilidad de sangrado obstétrico y planificar intervenciones preventivas individualizadas. Desde el primer trimestre del embarazo, pueden detectarse condiciones como la amenaza de aborto y el aborto, eventos que ocurren hasta en el 15% de los embarazos y que constituyen indicadores tempranos de vulnerabilidad obstétrica. Asimismo, el empleo sistemático del ultrasonido obstétrico ha optimizado la detección de alteraciones en la implantación placentaria, malformaciones fetales y embarazos ectópicos, elementos que aportan información clave para la estratificación del riesgo hemorrágico desde etapas tempranas de la gestación.⁵

La evaluación estructural del útero y la placenta durante el embarazo adquiere especial relevancia para la identificación de condiciones anatómicas asociadas a hemorragia obstétrica. Es por ello que la detección prenatal de malformaciones uterinas, anomalías congénitas y localización anómala de la placenta permite anticipar dificultades en el

alumbramiento y un mayor riesgo de sangrado. Lo anterior implica planificar acciones esenciales como el sitio de atención, la preparación del equipo de salud y la disponibilidad de recursos críticos⁶ para reducir la probabilidad de complicaciones graves en el periodo periparto.

Durante el segundo trimestre, la estratificación del riesgo hemorrágico debe incorporar antecedentes obstétricos y quirúrgicos relevantes, tales como la multiparidad, la historia de cesárea, miomectomía o corrección quirúrgica de malformaciones uterinas, así como la presencia de miomatosis uterina. Estos factores se asocian con un incremento en la probabilidad de hemorragia y requieren ser documentados de manera sistemática dentro del control prenatal, con el fin de establecer planes de vigilancia diferenciados y estrategias preventivas específicas.⁷

De igual forma, el periodo intraparto representa una etapa crítica en la que determinadas condiciones aumentan de forma significativa el riesgo de sangrado obstétrico. El parto precipitado, el trabajo de parto prolongado y las anomalías de situación, presentación y actitud fetal demandan una vigilancia estrecha y continua por parte del equipo de salud, ya que su presencia puede condicionar una evolución desfavorable y una mayor probabilidad de hemorragia posparto. La identificación oportuna de estos factores permite anticipar la necesidad de intervención y reducir retrasos en la respuesta asistencial.⁷

En este sentido, fortalecer las competencias profesionales del equipo multidisciplinario (en particular para los programas de seguridad materna y calidad asistencial) con la práctica del profesional de enfermería obstétrica es una prioridad, dado su papel fundamental en la detección temprana, el manejo inicial y la coordinación del equipo interdisciplinario durante una hemorragia posparto, así como por su capacidad para identificar factores de riesgo, cuantificar de manera objetiva la pérdida sanguínea y ejecutar intervenciones inmediatas, por lo cual su intervención resulta decisiva para evitar desenlaces fatales.⁸

El abordaje contemporáneo de la hemorragia posparto exige que el personal de enfermería integre conocimientos técnicos con habilidades de liderazgo, comunicación efectiva y toma de decisiones en entornos de alta presión. La formación continua, la simulación clínica y la capacitación en terapias hemostáticas avanzadas —como la reposición temprana de fibrinógeno y el uso racional de agentes antifibrinolíticos— son elementos clave para optimizar la respuesta clínica.⁹ Su intervención favorece la preparación institucional, la asignación oportuna de recursos y la activación temprana de protocolos de respuesta.

Con la finalidad de dar una respuesta integral para la intervención del profesional de enfermería en la hemorragia obstétrica, se presenta el *Checklist Amica-Malagón* como una propuesta integrada en fases que dan continuidad al proceso de atención, dado que inicia con la evaluación prenatal del riesgo, se consolida durante el parto y se activa plenamente ante la sospecha o confirmación de hemorragia obstétrica, con lo que fortalece la seguridad materna y la calidad asistencial.

Metodología

Fase 1 Detección temprana y evaluación del riesgo

Esta fase representa un componente estratégico de la seguridad materna. Su adecuada ejecución depende de la vigilancia continua, la capacitación constante y la integración del profesional de enfermería en los sistemas institucionales de alerta temprana.

La detección precoz de los factores predisponentes constituye la primera línea de defensa frente a la hemorragia posparto. Desde el ingreso hospitalario se debe hacer la valoración sistemática del riesgo, integrar antecedentes obstétricos, condiciones médicas preexistentes y características del parto actual. Se destaca la evaluación de factores como la multiparidad, el trabajo de parto prolongado, la inducción o la estimulación excesiva con oxitocina, la macrosomía fetal, los antecedentes personales de hemorragia posparto y la presencia de anemia materna.¹⁰

Durante el proceso de admisión, el personal de enfermería verifica el grupo sanguíneo y el factor Rh, asegura el cruce serológico y documenta el nivel de riesgo obstétrico conforme a los protocolos institucionales vigentes. Para garantizar la trazabilidad del registro, el personal de enfermería comunica los hallazgos de manera inmediata y documenta la respuesta clínica ante variaciones significativas; este registro permite la activación temprana de acciones preventivas, como la disponibilidad de hemoderivados o el refuerzo del personal asistencial durante el parto.

Un elemento clave de la práctica moderna es el que sustituye a la estimación visual subjetiva, históricamente asociada a subestimaciones de hasta el 30%. El uso de técnicas objetivas —como la medición del volumen recolectado o el pesaje de compresas— ha demostrado que mejora la precisión diagnóstica y reduce la demora en la implementación de terapias hemostáticas.¹¹

Fase 2 Respuesta estructurada por etapas

El manejo de la hemorragia posparto se organiza mediante protocolos secuenciales que delimitan responsabilidades específicas por etapas (0 a 3). Este enfoque estandarizado permite coordinar acciones de colaboración interdisciplinaria, reducir el error humano y garantizar una atención continua centrada en la paciente (cuadro I).^{12,13,14,15}

Fase 3 Rol de enfermería en la terapia hemostática con fibrinógeno

El fibrinógeno es el primer factor de coagulación que desciende durante una hemorragia masiva, y su concentración plasmática se correlaciona directamente con la capacidad de formar un coágulo estable. Niveles menores de 2 g/L se asocian con mayor mortalidad y necesidad de transfusión masiva.^{16,17}

En esta fase, el personal de enfermería desempeña un papel decisivo en la preparación, administración y monitoreo del concentrado de fibrinógeno; el procedimiento incluye la reconstitución aséptica del polvo liofilizado, la verificación de identidad y compatibilidad del paciente, la infusión controlada (1.5-3 g en 15-30 min) y la vigilancia de posibles reacciones adversas.

El seguimiento terapéutico requiere la coordinación estrecha con el personal de laboratorio para la obtención de pruebas viscoelásticas (ROTEM FIBTEM) o determinaciones funcionales de fibrinógeno mediante el método de Clauss.^{18,19} Cabe señalar que en los casos de hemorragia obstétrica catastrófica, la intervención del personal de enfermería es crucial en la reposición secuencial de los componentes (eritrocitos, plasma y plaquetas) para el logro de los objetivos de reanimación hemostática integral.²⁰ En esta lógica, es relevante documentar la hora, dosis, lote y respuesta clínica inmediata.

El conocimiento de los lineamientos internacionales —como la *European Guideline on Management of Major Bleeding and Coagulopathy following Trauma* (2023) y la Guía de Práctica Clínica CENETEC México (2020)— es indispensable. Ambas instancias recomiendan mantener niveles de fibrinógeno > 2 g/L durante la hemorragia aguda y promueven el uso temprano del concentrado como parte del manejo integral.^{21,22} La inclusión de esta recomendación en los programas de capacitación de enfermería obstétrica fortalece la seguridad transfusional y optimiza la supervivencia materna.

Cuadro I Acciones de colaboración interdisciplinaria para el manejo de la hemorragia posparto

Etapas	Propósito	Acciones de enfermería
Etapa 0 Alerta temprana y control inicial	Optimizar la perfusión tisular y detectar de manera oportuna la progresión del choque hipovolémico ¹²	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica los signos iniciales de sangrado anormal • Activa el Código de respuesta rápida obstétrica • Ejecuta las primeras maniobras terapéuticas: masaje uterino bimanual, administra oxígeno a 10 L/min con mascarilla no reinhalante • Monitoreo de signos vitales cada 5 minutos
Etapa 1 Reposición de volumen y uterotónicos	Cuando la pérdida sanguínea supera los 500-1000 mL	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia la infusión de soluciones cristaloides isotónicas (Hartmann o solución salina al 0.9 %) de acuerdo con las metas • Incrementa la velocidad de infusión de oxitocina (hasta 40 U en 500 mL) • Colabora en la administración de uterotónicos de segunda línea, como misoprostol o metilergonovina, según prescripción médica • Paralelamente, se instala una segunda vía venosa periférica de calibre ≥ 18 G • Se notifica a los servicios de Obstetricia, Anestesiología y Supervisión • Se obtienen muestras para biometría hemática, tiempos de coagulación y fibrinógeno • Se integra la evaluación para el uso oportuno de concentrado de fibrinógeno o ácido tranexámico de acuerdo con la evolución clínica de la paciente¹³
Etapa 2 Respuesta avanzada	Ante pérdidas mayores de 1500 mL o evidencia de inestabilidad hemodinámica (taquicardia, hipotensión, disminución del gasto urinario) Se activa la respuesta avanzada	<ul style="list-style-type: none"> • Coordina la transfusión de concentrados eritrocitarios en caso de indicación clínica • Verifica la compatibilidad sanguínea • Evalúa la situación clínica para el uso oportuno de concentrado de fibrinógeno o ácido tranexámico de acuerdo con la evolución clínica de la paciente¹³ • Prepara el equipo para intervenciones mecánicas de control, como la colocación de un balón de Bakri • Administra uterotónicos adicionales • Controla la temperatura corporal mediante sistemas de aire caliente y documenta el tiempo de respuesta • La supervisora solicita el traslado a quirófano y coordina la disponibilidad del equipo interdisciplinario¹⁴
Etapa 3 Manejo crítico	En casos de hemorragia refractaria o colapso circulatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Colabora en la instalación de línea central, monitoreo invasivo y toma de gasometría arterial • Analiza la respuesta a terapéuticas realizadas previamente • Analiza la necesidad de nuevos estudios de sangre o el requerimiento de reanimación farmacológica de la coagulación ante persistencia de hemorragia • Colabora con el personal de trabajo social para la contención y acompañamiento familiar • El liderazgo de enfermería en esta etapa es esencial para mantener la continuidad asistencial, garantizar una documentación precisa y coordinar los tiempos críticos de la respuesta hospitalaria¹⁵

Fuente: elaboración propia

Fase 4 Educación, comunicación y liderazgo

El manejo exitoso de la hemorragia posparto depende de un trabajo en equipo eficaz, sustentado en la comunicación clara, la coordinación interdisciplinaria y el liderazgo clínico del personal de enfermería, porque articula la comunicación efectiva entre los servicios de Obstetricia, Anestesia, Banco de Sangre y Laboratorio.

La enfermera principal funge como coordinadora funcional. Este rol requiere de habilidades para priorizar tareas, delegar de forma efectiva y gestionar los recursos humanos y materiales en tiempo real.^{23,24} Para fortalecer

dichas competencias, se requiere de programas de educación continua y de simulación obstétrica interdisciplinaria, mediante los cuales se representan escenarios de emergencia realistas que suscitan la toma de decisiones bajo presión. Estas estrategias avaladas por la OMS en el marco de la *Safe Motherhood Initiative* contribuyen a reducir errores clínicos y a mejorar los indicadores de seguridad materna.²³

El liderazgo del personal de enfermería no solo comprende la ejecución técnica de procedimientos, sino que también implica la promoción de una cultura de seguridad, el acompañamiento emocional del equipo y la evaluación

sistemática de resultados clínicos.²⁴ De este modo, la enfermería obstétrica se consolida como un pilar indispensable en la prevención y el manejo integral de la hemorragia posparto.^{24,25}

Resultados

Checklist Anica-Malagón ante hemorragia obstétrica posparto

1. Objetivo y estructura

Los *checklists* clínicos se han consolidado como herramientas fundamentales para mejorar la seguridad del paciente, reducir la variabilidad en la práctica asistencial y minimizar errores en contextos de alta complejidad. Su valor radica en la capacidad de traducir guías y protocolos extensos en acciones concretas, secuenciales y verificables, especialmente en situaciones de urgencia donde la carga cognitiva, el estrés y la presión temporal incrementan el riesgo de omisiones. En la práctica de enfermería, los *checklists* no solo facilitan la estandarización de cuidados, sino que fortalecen la autonomía profesional, la comunicación efectiva y la toma de decisiones oportunas, por lo que se convierten en un soporte clave para la atención segura y basada en procesos.

Con el objetivo de aplicar estos principios en una de las emergencias obstétricas más críticas, se desarrolló el *Checklist Anica-Malagón* (ver el instrumento en el [Anexo](#)), un modelo de actuación de enfermería que integra respuesta inmediata y da continuidad al cuidado en la hemorragia obstétrica.

El *checklist* se organiza en 4 etapas progresivas (0-3) que reflejan la evolución clínica del evento hemorrágico y permiten guiar la toma de decisiones desde la prevención y preparación hasta la atención avanzada y el cierre del evento ([figura 1](#)).

De manera transversal a estas etapas, el acrónimo ANICA funciona como un *marco cognitivo de acción inmediata*, diseñado para operar bajo condiciones de alta presión y evitar omisiones en los primeros minutos del evento. ANICA resume 5 acciones esenciales para guiar la actuación de enfermería desde el primer contacto con la paciente: *Activar* la ruta crítica institucional, *Notificar* de forma escalonada y efectiva al equipo clave, *Iniciar* intervenciones de rescate ya establecidas por protocolo, *Cuantificar* el san-

grado mediante métodos objetivos y *Aprender* a entender que incluso en la fase inicial existen elementos que deben ser registrados para la retroalimentación clínica y organizacional.

Una vez superada la fase de respuesta inmediata, el modelo se complementa con MALAGÓN, que representa la *continuidad del cuidado y la gestión avanzada de enfermería* a lo largo del evento hemorrágico. MALAGÓN estructura las competencias de mayor nivel cognitivo orientadas a *Monitorizar* las tendencias clínicas, *Analizar* la respuesta de las intervenciones iniciales, *Liderar* la coordinación operativa del cuidado, *Anticipar* las posibles complicaciones y necesidades futuras, *Gestionar* los recursos y los tiempos con enfoque de seguridad, *Optimizar* las intervenciones con base en los resultados observados y *Notificar* el desenlace a fin de asegurar una documentación completa y útil para la mejora del proceso.

En conjunto, ANICA y MALAGÓN no se superponen, sino que se complementan: ANICA guía la acción inmediata y estandariza la respuesta inicial, mientras que MALAGÓN consolida la continuidad del cuidado, la toma de decisiones avanzada y la mejora del sistema. Esta integración permite que el *Checklist Anica-Malagón* funcione no solo como una herramienta operativa, sino como un *modelo enfermero alineado con la calidad y la mejora continua*, coherente con el ciclo de planificación, ejecución, verificación y aprendizaje. Con este enfoque, el *checklist* se propone como un instrumento práctico para fortalecer la seguridad materna, optimizar la coordinación interprofesional del equipo y asegurar que en cada evento hemorrágico se contribuya con una atención más eficaz, segura y evaluable.

2. Alcances

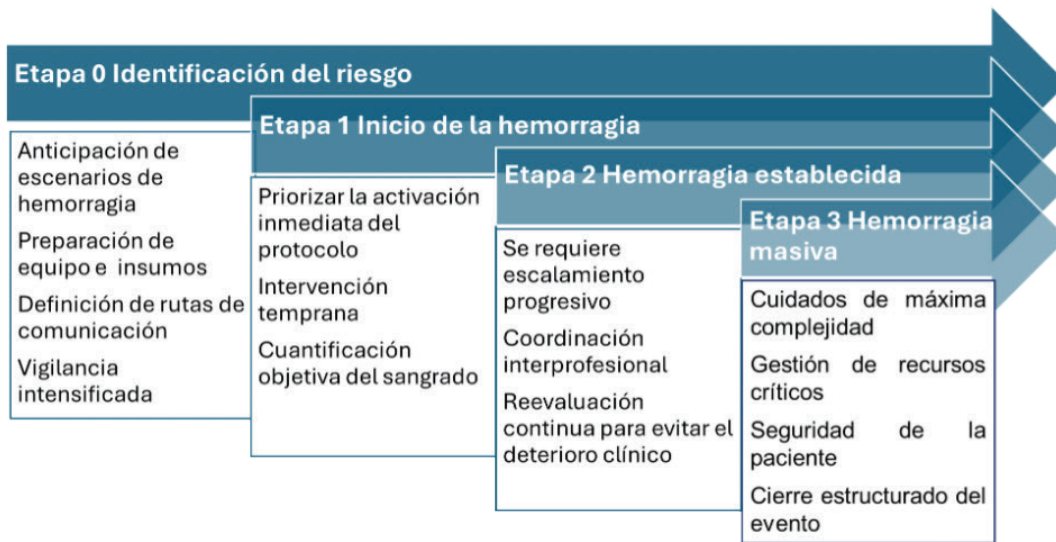
En cuanto a su aplicación, el *checklist* está dirigido al personal de enfermería que participa en la atención del parto, puerperio o procedimientos obstétricos en hospitales, clínicas y unidades de primer contacto.

En relación con la cobertura, incluye todas las etapas de respuesta (detección, intervención inicial, preparación para transfusión y crisis hemorrágica).

Entre sus limitaciones están que:

- No reemplaza la valoración médica, el diagnóstico etiológico ni las decisiones terapéuticas especializadas.
- Se emplea como apoyo operativo mientras se activa el protocolo institucional y se recibe atención médica avanzada.

Figura 1 Integración de las etapas del *Checklist Anica-Malagón*



Fuente: elaboración propia

- Puede ser utilizado con fines asistenciales, docentes y de simulación clínica.

3. Responsabilidades

En cuanto a las responsabilidades del personal de enfermería están:

- Aplicar el *Checklist Anica-Malagón* para la respuesta integral de enfermería en eventos de hemorragia obstétrica, desde el momento en que se detecte una hemorragia obstétrica o exista sospecha fundada.
- Asegurar la ejecución inmediata de las acciones que sean de su competencia y documentarlas oportunamente.
- Mantener comunicación constante con el equipo médico y reportar cualquier cambio en el estado de la paciente.
- Garantizar la seguridad del entorno (temperatura, oxigenación, materiales disponibles).
- Proporcionar apoyo emocional a la paciente y a sus familiares.
- Participar en las sesiones de capacitación y simulación sobre hemorragia obstétrica.

En relación con la supervisión de enfermería, habrá que:

- Verificar la correcta aplicación del *checklist* y su registro completo.

- Asegurar la disponibilidad de insumos, equipos y fármacos uterotónicos.
- Coordinar el enlace con el servicio médico y el banco de sangre.
- Evaluar el desempeño del personal y promover la mejora continua.

En cuanto al comité o coordinación de calidad y seguridad del paciente, se deberá:

- Incorporar el uso de este *checklist* dentro de los protocolos institucionales de emergencia obstétrica.
- Supervisar los indicadores de cumplimiento y retroalimentar al personal.
- Fomentar la educación continua en atención obstétrica segura.

Discusión

La hemorragia obstétrica representa uno de los principales retos en la seguridad materna, tanto por su elevada carga epidemiológica como por la rapidez con la que puede evolucionar hacia desenlaces fatales si no se identifica y maneja de manera oportuna. En este contexto, la práctica de la enfermería obstétrica se posiciona como un actor central en la prevención, detección temprana y manejo inicial de esta emergencia, al integrar vigilancia clínica continua, toma de decisiones oportunas y coordinación efectiva del equipo multidisciplinario, tal como ha sido

documentado en modelos de manejo liderados por enfermería con impacto positivo en los resultados maternos.²⁶

Los hallazgos analizados en esta revisión confirman que una proporción significativa de los eventos hemorrágicos puede anticiparse mediante una adecuada estratificación del riesgo desde el embarazo, lo cual refuerza la importancia del control prenatal y del registro sistemático de factores predisponentes. La participación activa de enfermería en este proceso permite no solo identificar escenarios de mayor vulnerabilidad, sino también favorecer la preparación institucional, la asignación oportuna de recursos y la activación temprana de protocolos de respuesta ante una eventual hemorragia, en concordancia con las recomendaciones contemporáneas sobre evaluación del riesgo y planificación anticipada del manejo de la hemorragia obstétrica.²⁷

La propuesta del *Checklist Anica-Malagón* constituye una herramienta clave para estandarizar la respuesta clínica ante la hemorragia obstétrica, al organizar de manera secuencial y verificable las acciones que el personal de enfermería puede ejecutar en cada etapa del evento. Su aplicación contribuye a reducir omisiones, disminuir la variabilidad asistencial y mejorar la coordinación del equipo de salud durante escenarios de alta presión, aspectos que han demostrado ser determinantes en los modelos de manejo de hemorragia posparto dirigidos por enfermería.

Más allá de su utilidad operativa inmediata, el *checklist* adquiere un valor estratégico al concebirse como un instrumento susceptible para integrarse en iniciativas de mejora continua de la calidad. Su estructura permite alinearlos con modelos contemporáneos de gestión, como el ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar), con lo que facilita la identificación de áreas de oportunidad, la evaluación sistemática de los procesos asistenciales y la actualización periódica de las prácticas clínicas con base en evidencia, en consonancia con las tendencias actuales en seguridad del paciente y gestión del riesgo obstétrico.²⁶

Referencias

1. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-33.
2. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, et al. *Saving Lives, Improving Mothers' Care 2023*. Oxford: University of Oxford; 2023.
3. Rossaint R, Afshari A, Bouillon B, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. *Crit Care*. 2023;27:80.
4. Briones Garduño JC. Progresos en el control de la hemorragia post Parto: una revisión semisistemática. *Ginecól Obstet Méx*. 2025;93(4):152-63. doi: 10.24245/gom.v93i4.156
5. Grosso JM. Consulta pre concepcional. *Obstetricia y Medicina Perinatal temas selectos*. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y obstetricia A.C., 2006. TOMO 1. pp. 81-6.
6. Käser O, Hirsch HA, Iklé FA. Cirugía de malformaciones uterinas. En: Käser O, Hirsch HA, Iklé FA. *Atlas de Cirugía Ginecológica*. Quinta Edición. New York: Marban, 2003. pp. 158-63
7. Tonda RP. Concepto de alto riesgo en reproducción. *Obstetricia y Medicina perinatal temas selectos*, México: Colegio Mexicano de

Asimismo, el fortalecimiento de las competencias del personal de enfermería —particularmente en la medición cuantitativa de la pérdida sanguínea, el reconocimiento temprano de signos de choque, la vigilancia hemodinámica y la aplicación oportuna de intervenciones hemostáticas— resulta fundamental para consolidar una práctica clínica segura, estructurada y centrada en la paciente, como se enfatiza en los modelos contemporáneos de manejo de la hemorragia obstétrica basados en el liderazgo de enfermería y la evaluación sistemática del riesgo.²⁷

Conclusiones

En conjunto, la integración de la estratificación prenatal del riesgo, la respuesta protocolizada mediante el *checklist* y su proyección como herramienta de mejora continua posicionan a la enfermería obstétrica como un pilar esencial en la prevención y el manejo integral de la hemorragia obstétrica. Este enfoque no solo contribuye a mejorar los resultados maternos inmediatos, sino que también fortalece los sistemas de atención obstétrica al promover una cultura de seguridad, calidad y responsabilidad compartida, alineada con la evidencia actual sobre el manejo, la evaluación del riesgo y el liderazgo clínico de enfermería en la hemorragia obstétrica. La consolidación de estas estrategias representa una oportunidad tangible para avanzar hacia una atención obstétrica más segura, eficiente y sustentada en evidencia, con impacto directo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

“Cuidar la vida materna implica anticipar el riesgo, actuar con precisión y aprender de cada experiencia” (Eduardo Daniel Anica Malagón)

Agradecimientos

A Jessica Hernández Cervantes por empoderar a la enfermería del centro y sur de México.

- Especialistas en Ginecología y Obstetricia A.C., Tomo 1. pp. 87-95.
8. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica: Manejo Hemático del Paciente. México: Secretaría de Salud (CENETEC); 2020.
 9. Hensley MK, Bienstock JL. Hemorrhage risk assessment and prevention in obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2021;48(2):345-60.
 10. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, et al. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: WHO multicountry survey. *PLoS Med.* 2014;11(7):e1001630.
 11. Zhang WH, Deneux-Tharoux C, Brocklehurst P, et al. Effect of a collector bag for measurement of postpartum blood loss after vaginal delivery: cluster randomised trial in 13 European countries. *BMJ.* 2010;340:c293
 12. Katz D, Beilin Y, Prielipp RC, et al. The association between the introduction of quantitative blood loss and postpartum hemorrhage detection. *Am J Perinatol.* 2020;37(4):360-5.
 13. Llau JV, Basora M, Colomina MJ, et al. Medicina transfusional perioperatoria. Segunda ed. Barcelona: Elsevier; 2019. pp. 203-20.
 14. Butwick AJ, Goodnough LT, Spahn DR, et al. Transfusion and coagulation management in major obstetric hemorrhage. *Anesth Analg.* 2015;121(2):442-52.
 15. Berghella V, ed. *Obstetric Evidence-Based Guidelines.* 4th ed. CRC Press; 2021.
 16. Levy JH, Szlam F, Tanaka KA, et al. Fibrinogen and hemostasis: a primary hemostatic target for the management of acquired bleeding. *Anesth Analg.* 2012;114(2):261-74.
 17. Matsunaga S, Takai Y, Nakamura E, et al. Fibrinogen for the management of critical obstetric hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45(5):905-14.
 18. Clauss A. Rapid physiological coagulation method in determination of fibrinogen. *Acta Haematol.* 1957;17(4):237-46.
 19. Görlinger K, Dirkmann D, Hanke AA. ROTEM for hemostasis management in trauma and obstetrics. *Semin Thromb Hemost.* 2010;36(7):723-37.
 20. Callum JL, Rizoli S, Jansen JO, et al. Cryoprecipitate versus fibrinogen concentrate for bleeding post-cardiac surgery (FIBERS). *JAMA.* 2023;330(5):407-18.
 21. Nii M, Oda T, Morikawa M, et al. Changes in use and outcomes after fibrinogen concentrate insurance coverage for critical obstetrical hemorrhage. *Sci Rep.* 2024;14(1):6711.
 22. Guise JM, Segel S, Clark SL, et al. Teamwork in obstetric critical care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22(5):937-51.
 23. World Health Organization. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2020.
 24. Marchione E, Pruitt J. Standardizing Obstetric Hemorrhage Management Using a Checklist. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2022;51(5):457-65. doi: 10.1016/j.jogn.2022.05.070
 25. Quist-Nelson J, Desai S, Kelly R, et al. Increasing Postpartum Hemorrhage Checklist Use. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;229(4):410-8.
 26. Severi E, Kelley E, Bowman D et al. Nurse-Driven Management of Postpartum Hemorrhage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2018;47(6):834-44.
 27. Sunoqrot M, Keivan M, Ahmadzia H. Definition, management strategies, and risk assessment of obstetric hemorrhage: a narrative review. *Ann Blood.* 2025;10:19.
-
- Cómo citar este artículo/To reference this article:**
 Anica-Malagón ED. Liderazgo integrador de enfermería para la calidad en la atención de la hemorragia obstétrica. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(2)e1592. doi: 10.5281/zenodo.18715636

Anexo

Checklist Anica-Malagón

Respuesta integral de enfermería en la hemorragia obstétrica

Nota: este *checklist* no sustituye la atención médica ni la toma de decisiones clínicas del médico especialista.

Su aplicación tiene como fin iniciar la atención temprana, reducir retrasos en la respuesta asistencial y fortalecer el trabajo en equipo, destacando la importancia de las acciones del personal de enfermería como eje fundamental en la prevención de la mortalidad materna.

Etapa 0 Alerta temprana y sospecha inicial

<i>(Sangrado anormal o pérdida < 500 mL)</i>			
No.	Acción de enfermería	Realizado	Observaciones
1	Cuantificar la pérdida sanguínea en mililitros o por peso de compresas.	<input type="checkbox"/>	
2	Verificar signos vitales y registrar inmediatamente.	<input type="checkbox"/>	
3	Detectar signos de <i>shock</i> compensado (taquicardia, palidez, diaforesis).	<input type="checkbox"/>	
4	Aplicar escala de alerta materna (local).	<input type="checkbox"/>	
5	Activar protocolo o código de emergencia obstétrica.	<input type="checkbox"/>	
6	Confirmar permeabilidad de vía venosa periférica.	<input type="checkbox"/>	
7	Registrar hora de inicio del sangrado.	<input type="checkbox"/>	
8	Colocar posición de Trendelenburg leve.	<input type="checkbox"/>	
9	Administrar oxígeno suplementario (8-10 L/min).	<input type="checkbox"/>	
10	Evaluar nivel de conciencia y respuesta verbal.	<input type="checkbox"/>	

Etapa 1 Manejo inicial y contención del sangrado

<i>(Pérdida estimada 500-1000 mL o inestabilidad leve)</i>			
No.	Acción de enfermería	Realizado	Observaciones
11	Solicitar apoyo médico inmediato.	<input type="checkbox"/>	
12	Canalizar segunda vía venosa calibre 14-16 G.	<input type="checkbox"/>	
13	Tomar muestras para BH, TP, TTP, fibrinógeno, grupo y RH.	<input type="checkbox"/>	
14	Iniciar infusión de cristaloides tibios (Ringer lactato o SSN 0.9%). Evitar soluciones hipotónicas o glucosadas.	<input type="checkbox"/>	
15	Evaluar el uso oportuno de la reanimación farmacológica de la coagulación (fibrinógeno, ácido tranexámico, etc) de acuerdo con la evolución clínica y control de sangrado.	<input type="checkbox"/>	
16	Registrar volumen infundido y velocidad de administración.	<input type="checkbox"/>	
17	Administrar oxitocina intravenosa según protocolo institucional.	<input type="checkbox"/>	
18	Realizar masaje uterino bimanual hasta obtener tono firme.	<input type="checkbox"/>	
19	Vigilar contracción uterina y cantidad de sangrado.	<input type="checkbox"/>	
20	Revisar placenta y membranas completas si ya se expulsaron.	<input type="checkbox"/>	
21	Pesar compresas y registrar cuantificación.	<input type="checkbox"/>	
22	Mantener temperatura corporal con medios térmicos.	<input type="checkbox"/>	
23	Controlar signos vitales cada 5 minutos.	<input type="checkbox"/>	
24	Documentar intervenciones y evolución en la hoja de enfermería.	<input type="checkbox"/>	
25	Acompañar emocionalmente y tranquilizar a la paciente.	<input type="checkbox"/>	

Etapa 2 Respuesta avanzada y preparación para transfusión

(Pérdida 1000-1500 mL o signos de shock evidente)			
No.	Acción de enfermería	Realizado	Observaciones
26	Monitorear de forma continua frecuencia cardíaca y saturación.	<input type="checkbox"/>	
27	Contactar banco de sangre para disponibilidad inmediata, en caso de contar con indicación clínica de transfusión.	<input type="checkbox"/>	
28	Evaluar el uso oportuno de la reanimación farmacológica de la coagulación (fibrinógeno, ácido tranexámico, etx) de acuerdo con la evolución clínica y control de sangrado.	<input type="checkbox"/>	
29	Repetir laboratorios para control evolutivo.	<input type="checkbox"/>	
30	Continuar masaje uterino y verificar tono.	<input type="checkbox"/>	
31	Aplicar segundo uterotónico (metilergonovina si no hay HTA).	<input type="checkbox"/>	
32	Inspeccionar canal de parto y sospechar desgarro si el útero está firme.	<input type="checkbox"/>	
33	Registrar pérdidas y líquidos administrados en balance hídrico.	<input type="checkbox"/>	
34	Colocar sonda Foley para medir diuresis (meta \geq 30 mL/h).	<input type="checkbox"/>	
35	Evaluar llenado capilar y temperatura periférica.	<input type="checkbox"/>	
36	Mantener comunicación constante con el equipo médico.	<input type="checkbox"/>	
37	Preparar material para compresión uterina o taponamiento.	<input type="checkbox"/>	
38	Acompañar a la paciente durante el traslado a quirófano o UCI.	<input type="checkbox"/>	
39	Anticipar uso de hemoderivados según indicación médica.	<input type="checkbox"/>	
40	Mantener registro minuto a minuto de las acciones realizadas.	<input type="checkbox"/>	

Etapa 3 Crisis hemorrágica o shock refractario

(Pérdida > 1500 mL o compromiso hemodinámico grave)			
No.	Acción de enfermería	Realizado	Observaciones
41	Asegurar oxigenación con alto flujo o bolsa-reservorio.	<input type="checkbox"/>	
42	Preparar acceso central o de alto flujo si es requerido.	<input type="checkbox"/>	
43	Aplicar compresión uterina sostenida mientras se controla el sangrado.	<input type="checkbox"/>	
44	Preparar administración de hemoderivados (CE, plasma, plaquetas, crioprecipitado).	<input type="checkbox"/>	
45	Precalentar fluidos y cobijas para evitar hipotermia.	<input type="checkbox"/>	
46	Asistir al médico en maniobras quirúrgicas de control del sangrado.	<input type="checkbox"/>	
47	Evaluar el uso de la reanimación farmacológica de la coagulación (Fibrinógeno, ácido tranexámico, etx) de acuerdo a la evolución clínica y control de sangrado. En caso de no ser usado aún o de contar con indicación clínica de nueva dosis.	<input type="checkbox"/>	
48	Apoyar manejo avanzado de la vía aérea si el médico lo indica.	<input type="checkbox"/>	
49	Documentar minuto a minuto intervenciones, líquidos y signos vitales.	<input type="checkbox"/>	
50	Brindar contención emocional a familiares durante la crisis.	<input type="checkbox"/>	