



SIMPOSIO
SYMPOSIUM

Hemorragias en el embarazo
HEMORRHAGES DURING PREGNANCY

INTRODUCCIÓN

El embarazo en una mujer es un proceso fisiológico que ocurre desde la implantación del huevo fecundado y termina cuando ocurre el parto (OMS, 2007)¹. Sin embargo, a través de los 9 meses que dura la gestación, se pueden presentar complicaciones dependientes del mismo proceso de gestación o de algunos problemas que se afectan con la presencia del embarazo o la presencia de enfermedades que no tienen que ver con el embarazo.

La más frecuente y principal complicación durante el embarazo es la hemorragia obstétrica. Se pueden presentar durante la primera mitad del embarazo, durante la segunda mitad o inmediatamente antes del parto, y durante el posparto. Esta última constituye la causa más frecuente.

¹ En 2007, el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación).

En el mundo, las hemorragias obstétricas son la causa principal de muerte materna, al igual que en nuestro país. Uno de los problemas principales es que esta complicación usualmente se presenta en forma súbita, y no siempre contamos con la capacidad resolutive adecuada del establecimiento para su manejo; y, por otro lado, no siempre es posible contar con bancos de sangre disponibles y accesibles en el Perú, sobre todo en las provincias.

Las acciones encaminadas para la prevención de la ocurrencia de las he-

Dr. Miguel Gutiérrez Ramos

Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:8-9.

morragias graves durante el embarazo fundamentalmente están dirigidas al momento del parto o en los casos de placenta previa con diagnóstico previo, ya que las hemorragias por aborto o por desprendimiento de la placenta pueden ocurrir en forma abrupta y sorpresiva. De todas maneras, si bien la ocurrencia de una hemorragia puede ser sorpresiva, no lo es para el estado fisiológico materno, ya que du-

Tabla 1. Pérdidas estimadas de líquido y sangre basadas en la presentación inicial de la paciente

	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
Pérdida sanguínea (mL)	< 750	750-1500	1500-2000	>2000
% Volumen sangre	15%	15%-30%	30%-40%	>40%
Pulso	<100	>100	>120	>140
Presión arterial	Normal	Hipotensión ortostática	Hipotensión supina	Pres Diastólica no medible
Llenado capilar	Normal	1	2	>3
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>40
Diuresis (mL/h)	>30	20 a 30	5 a 15	Anuria
Estado mental	Leve Ansiedad	Moderada Ansiedad	Severa Ansiedad Agitación	Letargo Coma
Reemplazo de fluidos	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides Paquete GI.	Cristaloides Paquete GI.

Advanced trauma life support course, American College of Surgeons ACS



rante la gestación se viene preparando en forma fisiológica para soportar la pérdida sanguínea durante el parto.

Una de los principales desafíos en el manejo de una hemorragia grave es hacer el diagnóstico de su gravedad en forma oportuna; y por eso, es importante no solo el cálculo de la pérdida sanguínea con diferentes métodos, sino también el monitoreo cercano del pulso y presión arterial, para poder establecer de acuerdo a los resultados la estimación de la pérdida de volumen de parte de la paciente (tabla 1). De esta forma es posible detectar precozmente que la paciente esta entrando en un shock hipovolémico e iniciar prontamente la terapia específica, sea con reposición de cristaloides o de paquete globular, o la derivación a un establecimiento de mayor capacidad resolutive en forma inmediata.

Como observamos, es muy importante señalar que cuando uno se refiere a las hemorragias obstétricas que amenazan la vida de las mujeres, y la necesidad de contar con paquetes globulares disponibles, no podemos dejar de señalar la importancia de los bancos de sangre. De acuerdo a las Normas Técnicas del Sistema de Calidad Resolución Ministerial N°614-2004 / MINSA, del 15 de junio de 2004, se requiere cumplir estándares para ser acreditados como centros de hemoterapia o bancos de sangre, y usualmente este proceso de acreditación se lleva en establecimientos con funciones obstétricas y neonatales esenciales o intensivas; usualmente, nunca existe un banco de sangre en un establecimiento con funciones obstétricas y neonatales básicas.

Por otro lado, en nuestro país, de acuerdo a datos de la Oficina de Estadística e Informática del MINSA (julio 2007), existen 7 183 estableci-

Tabla 2. Establecimientos de salud según categoría y funciones obstétricas y neonatales (FON) MINSA

Categoría	Función obstétrica y neonatal
I - 1 I - 2 I - 3	Función obstétrica y neonatal primaria (FONP)
I - 4	Función obstétrica y neonatal básica (FONB) (*)
II - 1 II - 2	Función obstétrica y neonatal esencial (FONE)
III - 1	Función obstétrica y neonatal intensiva (FONI)

mientos en el país. De ellos, tenemos 8 institutos, 143 hospitales, 1 282 centros de salud y 5 700 puestos de salud. Es decir, la mayor cantidad de establecimientos en nuestro país para la atención no solo de las emergencias obstétricas sino también neonatales son puestos de salud, y de ellos 4 521 solo cuentan con técnicos de salud.

Esta realidad ha hecho que, si queremos que la población acceda a cuidados obstétricos y neonatales esenciales de calidad dentro de nuestra red de establecimientos de salud, se establezcan las funciones obstétricas y neonatales específicas desde el nivel de puestos de salud, y en cada nivel de atención. Como vemos, actualmente la posibilidad de contar en cada nivel con acceso a sangre segura, disponible, es muy difícil, por lo que por el momento nos queda contar con el recurso humano preparado y con insumos suficientes para diagnosticar con prontitud y estabilizar a la paciente que presente una hemorragia, y proceder a su derivación oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

Por lo tanto, debemos asegurar que esta red de atención que establece determinadas funciones específicas por nivel de atención se encuentre operativa, con la adecuada capacidad de respuesta por nivel, para resolver los problemas de emergencia tanto de la mujer gestante como del recién nacido.

Las funciones obstétricas y neonatales (FON) son las actividades que están relacionadas con la identificación, seguimiento, cuidado y atención de la gestación, del parto, del puerperio y del recién nacido, de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos y de acuerdo al rol que cumplen en el sistema de salud local.

Considera el tipo de establecimiento y su nivel de atención, de modo que cada estándar e indicador hace referencia al grado de respuesta que un establecimiento de salud está en condiciones de ofrecer:

- Funciones obstétricas y neonatales primarias (FONP)
- Funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB)
- Funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE)
- Funciones obstétricas y neonatales intensivas (FONI)

En este Simposium trataremos acerca de las hemorragias que se presentan en todas las etapas del embarazo y parto, es decir, la primera mitad y la segunda mitad del embarazo, las hemorragias que ocurren alrededor del parto y del posparto, tratando de que sirva de base para elaborar las Guías de Manejo de las Hemorragias Obstétricas de nuestra Sociedad.