

Complicaciones hemorrágicas graves en las gestantes quirúrgicas
Severe Hemorrhage Complications in Surgical Expectant Mothers

Autores: Dra. Yamila Zayas Nápoles*, Dr. Dunior Peláez Rodríguez**, Dra. Miladis Justo Hernández***, Dra Leticia Fernández Álvarez****, Dra. Marjuris Arias Pérez*****.

* Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas. Cuba.

** Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas. Cuba.

*** Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Instructor. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas. Cuba.

**** Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas. Cuba.

***** Residente de III año en Anestesiología y Reanimación. Diplomada en Medicina Intensiva y Emergencias. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas. Cuba.

Correspondencia a:

Dra. Yamila Zayas Nápoles

Correo-e: yamila37@ltu.sld.cu

RESUMEN

Las hemorragias obstétricas ocurren aproximadamente en un tres a un cinco por ciento de los embarazos y son responsables del 75 % de las complicaciones durante la gestación y del 25 % de la mortalidad materna. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 58 pacientes ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, con el diagnóstico de hemorragia obstétrica grave; en el período de enero de 2010 a abril de 2013, con el objetivo de caracterizar la

incidencia, mortalidad y resultados terapéuticos de esta entidad. El embarazo ectópico complicado fue la causa más frecuente de ingreso. Se asoció el grado II y III de shock hipovolémico (44.8% y 36.9% respectivamente). En el 72.4% de los casos se empleó transfusión de glóbulos rojos para el tratamiento de la hemorragia. La complicación postoperatoria más frecuente fue la congestión pulmonar. Fallecieron cuatro pacientes en este período por fallo múltiple de órganos.

Palabras Clave: HEMORRAGIAS, SHOCK HEMORRÁGICO, OBSTETRICIA, MORTALIDAD MATERNAL.

DESCRIPTORES:

POSTPARTUM HEMORRHAGE

HEMORRAGIA POSTPARTO

MATERNAL MORTALITY

MORTALIDAD MATERNA

OBSTETRICS

OBSTETRICIA

ABSTRACT

Obstetric hemorrhages occur in approximately three to five percent of pregnancies and are responsible of 75% of pregnancy complications and 25% of maternal mortality. A cross sectional descriptive study was carried out in 58 patients admitted in the intensive care unit of "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" Hospital with diagnosis of severe obstetrics hemorrhages from January, 2010 to April, 2013, with the objective of characterizing the incidence, mortality and therapeutic results of this pathology. The complicated ectopic pregnancy was the most frequent cause for admission. Grades II and III of hypovolemic shock were associated, with a 44.8% and a 36.9%, respectively. The 72.4% of cases needed red cells transfusion. The most frequent postoperative complication was pulmonary congestion. Four patients died caused by multiple failures of organs during this time.

Key words: HEMORRHAGES, HEMORRHAGIC SHOCK, OBSTETRICS, MATERNAL MORTALITY.

INTRODUCCIÓN

La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva. Las

hemorragias obstétricas ocurren aproximadamente en un tres a un cinco por ciento de los embarazos y son responsables del 75 % de las complicaciones durante la gestación, y del 25% de la mortalidad materna. Éstas pueden suceder en cualquier momento del embarazo, especialmente después de la semana 24, o en el postparto inmediato.¹ La definición de hemorragia masiva es subjetiva, aunque por lo general hay acuerdo de que se trata del sangrado sintomático que requiere una intervención urgente para salvar la vida de la paciente, o una pérdida aguda de más del 25 % de su volumen sanguíneo.²

El problema particular de la hemorragia obstétrica, independiente de la repercusión social que representa la pérdida materna, es la dificultad para identificar a la paciente que presentará este evento; dos terceras partes de las pacientes con hemorragia peri parto no tienen factores de riesgo identificables. Es tal su relevancia, que la Organización de las Naciones Unidas ha establecido dentro de las 15 metas del milenio, la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes, entre los años 1990 al 2015.³

Las principales causas de hemorragias obstétricas incluyen:

Primera mitad del embarazo: Aborto y embarazo ectópico complicado.

Segunda mitad del embarazo:

- Formas de placentación anormal:
 - placenta previa,
 - placenta ácreta / íncrta / pércrta,
 - desprendimiento de placenta,
 - mola hidatiforme.
- Traumatismos durante el parto:
 - parto vaginal complicado (desgarros),
 - cesárea-histerectomía,
 - ruptura uterina.
- Atonía uterina:
 - Alteraciones de la coagulación:
 - desprendimiento placentario,
 - retención prolongada de feto muerto,
 - embolia de líquido amniótico,
 - sepsis,
 - hemólisis intravascular severa,
 - pre-eclampsia,
 - coagulopatías congénitas o adquiridas.³

La forma de presentación en los casos graves generalmente es con shock hipovolémico, y las causas de muerte están relacionadas con las consecuencias del mismo y la falla múltiple de órganos, cuyo tratamiento requiere infusión de grandes volúmenes, transfusión de sangre y hemoderivados y el uso de aminos, entre otras conductas.

El objetivo de este trabajo es, describir la morbi-mortalidad por hemorragias obstétricas graves y los resultados terapéuticos obtenidos en el Hospital “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, en el período comprendido entre los años 2010 y 2013.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de todas las pacientes ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, con el diagnóstico de hemorragia obstétrica grave, en el período de enero de 2010 a abril de 2013.

El universo estuvo formado por 162 pacientes obstétricas, con afecciones graves relacionadas con la gestación que ingresaron en ese servicio y de ellas la muestra se conformó con 58 pacientes que se les diagnosticó hemorragia obstétrica grave en el período de estudio.

La información se obtuvo de la revisión de las historias clínicas de las pacientes y se analizaron las siguientes variables:

- Causas de las hemorragias.
- Grado de shock.
- Uso de sangre y hemoderivados.
- Complicaciones postoperatorias.
- Mortalidad.

Se definió la hemorragia obstétrica grave como todo sangrado sintomático que requirió una intervención urgente para salvar la vida de la paciente, con una pérdida aguda de más del 25 % de su volumen sanguíneo.

Se usó el Microsoft Excell para reflejar los resultados, en tablas de números y porcentajes confeccionadas al efecto.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA 1. Causas de hemorragias obstétricas. Complicaciones hemorrágicas graves en las gestantes. Hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna. 2010-2013

Causa	Número	%
Embarazo Ectópico	23	39,6
Hematoma Retroplacentario	10	17,2
Atonía uterina	9	15,5
Sangramiento post cesárea	9	15,5
Placenta previa	3	5,1
Ruptura uterina	2	3.4
Abortos	2	3.4
Total	58	100

Fuente: Historia Clínica

La causa de la gestorragia grave que con mayor frecuencia requirió de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos fue el embarazo ectópico (39.6%). En el momento actual se acepta que en todo el mundo ha ocurrido un aumento en la incidencia de embarazos ectópicos, atribuible probablemente a la mayor frecuencia de inflamaciones pélvicas provocadas por enfermedades de transmisión sexual, abortos, dispositivos intrauterinos, etcétera. En algunos lugares más del uno por ciento de todos los embarazos tienen una localización ectópica. La incidencia de esta enfermedad es diferente en varios países, por ejemplo, en 1994 Finlandia reportó uno de cuarenta y siete nacimientos, Suecia uno de sesenta y seis, Estados Unidos uno de treinta y cuatro y Cuba uno de 25.5. Actualmente en Estados Unidos y Canadá el embarazo ectópico es responsable del 10 al 15 % de las gestorragias y es la segunda causa de mortalidad materna. En Cuba, el 12.5 % de las muertes maternas entre los años 1995 y 2001 estuvieron asociadas a embarazos ectópicos complicados.⁴ Dentro de las gestorragias de la segunda mitad del embarazo, el hematoma retroplacentario tuvo la mayor frecuencia (17.2%). Varios trabajos recogen una incidencia entre 0.5 y 2% (Kramer 1997, Ananth 2005, Tikkanen 2006) y con tendencia a incrementarse. Dentro de los factores de riesgo para su aparición están: la edad, la multiparidad, la enfermedad hipertensiva gestacional, la hipertensión arterial crónica, el hábito de fumar, la ruptura prematura de membranas, los embarazos gemelares y los miomas uterinos asociados al embarazo.⁵

TABLA 2. Grado de Shock

Shock	Número	%
Grado 1	9	15,5
Grado 2	26	44,8

Grado 3	21	36,2
Grado 4	2	6,8
Total	58	100

Fuente: Historia Clínica

Las pacientes con shock grado 2 (shock leve) y grado 3 (shock moderado) representaron el mayor porcentaje de casos (44,8% y 36.2% respectivamente), con pérdidas hemáticas entre 1000 y 3000 ml aproximadamente. Malvino E. en su trabajo sobre las hemorragias obstétricas periparto en Argentina, encontró una incidencia de shock hemorrágico del 64%.⁶

TABLA 3. Uso de sangre y hemoderivados

Hemoderivados	Número	%
Glóbulos rojos	42	72,4
Plasma fresco	33	56,8
Concentrado de Plaquetas	12	20,6

Fuente: Historia Clínica

En el 100% de los casos se usaron cristaloides y coloides (Gelafusine) como soluciones de reemplazo de volumen. En el caso de las transfusiones, los glóbulos rojos fueron los más empleados en el tratamiento inicial del shock hemorrágico. La mortalidad por hemorragia masiva sigue siendo extremadamente alta, a pesar de la evaluación sistemática de los protocolos de manejo, por lo que nuevos esquemas han visto la luz en los últimos años. Estos incluyen la reposición precoz de concentrado de plaquetas, plasma fresco y hematíes en relaciones equivalentes 1:1:1.^{7, 8} No existe un fluido ideal para restaurar la volemia, en principio los cristaloides pueden ser una decisión acertada y se recomiendan por el American Collage of Surgenos dependiendo de las pérdidas.⁷ No está claro cual debe ser la meta de la reanimación. Mantener la tensión arterial, y hemoglobina normales puede conducir a incrementar el uso de fluidos, con la consiguiente dilución de factores, aparición de coagulopatías y exacerbación del sangrado.

TABLA 4. Complicaciones postoperatorias

Complicaciones	Número	%
Congestión pulmonar	12	20.6
Coagulación Intravascular Diseminada (CID)	8	13.7

Edema agudo pulmón	7	12.0
TE Pulmonar	1	1.7
Distress respiratorio	4	6.8

Fuente: Historia Clínica

La complicación más frecuente fue la congestión pulmonar (20,6 %), relacionada con la reposición rápida del volumen sanguíneo circulante con soluciones cristaloides. Como norma general es aceptado que se necesitan administrar entre tres y cuatro veces el volumen perdido para lograr la reposición de los parámetros hemodinámicos deseados. Así las soluciones cristaloides isotónicas respecto al plasma, se van a distribuir por el fluido extracelular, presentan un alto índice de eliminación y se puede estimar que a los 60 minutos de la administración permanece sólo el 20 % del volumen infundido en el espacio intravascular. Por otro lado, la perfusión de grandes volúmenes de estas soluciones, puede derivar en la aparición de edemas periféricos y edema pulmonar. La coagulopatía es la complicación más temida asociada a la hemorragia masiva. En nuestra muestra fue diagnosticada en ocho pacientes para un 13,7 %. Durante el sangrado masivo, los factores de la coagulación y las plaquetas se pierden igual que los glóbulos rojos. La infusión rápida de cristaloides puede dar por resultado una dilución de los factores de la coagulación. Asociado a otros factores como hipoxia e hipotermia, Malvino E. en su trabajo sobre las hemorragias obstétricas periparto en Argentina, reportó que de 45 pacientes con hemorragias obstétricas, 17 cursaron con coagulopatías de consumo y seis con coagulación vascular diseminada.⁹

En el periodo de estudio fallecieron cuatro pacientes por fallo múltiple de órgano (CID, distress respiratorio con necesidad de ventilación mecánica artificial, complicaciones infecciosas, renales y un caso por tromboembolismo pulmonar). Una alta mortalidad se asocia al shock y la CID, coincidiendo con otros autores (Malvino, Vélez-Álvarez).^{9, 10} Se calcula que en el mundo mueren anualmente 125 000 mujeres por hemorragias obstétricas. Las muertes maternas por hemorragias obstétricas en los últimos 30 años, han disminuido del 5.5 al 3.3 por millón de embarazadas.²

CONCLUSIONES

- La gestorragia más frecuente fue el embarazo ectópico complicado.
- El grado II de shock se asoció en el 44,8 % de los casos.
- El 72,4 % de las pacientes recibió transfusión de glóbulos rojos.

- La congestión pulmonar fue la complicación postoperatoria más frecuente.
- Fallecieron cuatro pacientes por fallo múltiple de órganos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Córdova López A., Monterrubio Vallar J., Álvarez Arena B. Shock Hemorrágico secundario al sangrado por embarazo ectópico. *Med Intensiva*. 2008, 32(2): 97-98. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/span-class-elsevierstyleitalicshock-span-hemorragico-secundario-sangrado/articulo/S021056910870915X/>
2. Rivas Llamas R., López López E., Gastélum Parra C. Hemorragia en Obstetricia. *Med Transfusional Mex*. 2010 May-Ago;3(1):14-20. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/transfusional/mt-2010/mts101b.pdf>
3. Celería M.C., Gómez Vilches A. Emergencias obstétricas hemorrágicas. *Rev Arg Anest*.2000;58(6):410-421. Disponible en: http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/196/c.pdf
4. López Vela S. M., et al. Embarazo Ectópico, su comportamiento en los años 2000 al 2010. *Mediciego*. 2012; 18(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_02_12/articulos/t-2.html
5. Oscanoa León A.M. Hemorragia de la segunda mitad de la gestación. Estudio prospectivo en el Instituto Especializado Materno Perinatal, período septiembre 2004-agosto 2005. Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2006. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2930/1/oscano_la.pdf
6. Malvino E. Hemorragias obstétricas exanguinantes. *Clin e Investig en Ginec y Obstetr*. 2009; 36(1):2-8. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7/hemorragias-obstetricas-exanguinantes-13132398-avances-2009>
7. Fernández-Hinojosa E., Murillo Cabezas F., Puppo-Moreno A., Leal Noval S R. Alternativas terapéuticas de la hemorragia masiva. *Med Intensiva*. 2012;36(7):496---503. Disponible en: medintensiva.elsevier.es/es/pdf/S0210569111003172/S300/
8. Schick KS, Fertmann JM, Jauch KW, Hoffmann JN. Prothrombin complex concentrate in surgical patients: retrospective evaluation of vitamin k reversal and treatment of severe bleeding. *Crit Care*. 2009;13:R191. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19948037
9. Malvino, E., Eisele, G., Martínez, M., Firpo, J., &Lowenstein, R. (2009). Resultados en relación con la prevención y el tratamiento actual de las hemorragias obstétricas graves

secundarias a atonías uterinas y acretismos placentarios. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 36(2), 49-54. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/journal/0210573X/36/2

10. Vélez-Álvarez G.A. Código Rojo: Guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. *Rev Colombiana Obstetr.* 2009;60(1):34-48. Disponible en: www.sogiba.org.ar/novedades/HemorragiaObst.pdf