

Hemorragia obstétrica: estudio observacional sobre 21.726 partos en 28 meses

E. Guasch^{a,1}, E. Alsina^{b,1}, J. Díez^{b,2}, R. Ruiz^{c,3}, F. Gilsanz^{d,1}

¹Servicio de Anestesiología y Reanimación. ²Unidad de Investigación. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital de Sanchinarro. Madrid.

Resumen

OBJETIVO: Describir el manejo de las pacientes que sufrieron una hemorragia obstétrica grave.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo desde julio de 2005 a noviembre de 2007 en mujeres que precisaron ingreso en la Unidad de Reanimación de un hospital terciario de referencia, por hemorragia obstétrica. Se analizó la incidencia, prevalencia, morbi-mortalidad y factores de riesgo asociados.

RESULTADOS: Hubo 21.726 partos (124 de ellos con hemorragia grave). La *odds ratio* para la aparición de hemorragia obstétrica fue 4,54 para el parto instrumental y 2,86 para la cesárea. Los factores de riesgo identificados en la población evaluada fueron embarazo múltiple y muerte fetal anteparto. Una paciente falleció debido a una coagulación intravascular diseminada. La causa principal de hemorragia fue la atonía uterina en el 45,2%, seguida por los desgarros vaginales (26,6%). En el tratamiento de 96,8% de pacientes se usó concentrado de hemátis, fibrinógeno en el 49,2%, complejo protrombínico en el 7,25% y factor VII activado en el 3,2%. Se realizó embolización arterial selectiva en el 10,5% de los casos (tasa de éxito del 84,6%). Fue necesaria la histerectomía en el 13,7% de pacientes. Las principales complicaciones fueron: ventilación mecánica postoperatoria (11,3%), isquemia miocárdica (4%), edema pulmonar (4,8%), fallo renal agudo (8,9%), fibrilación ventricular (0,8%) y muerte (0,8%).

CONCLUSIÓN: La incidencia de hemorragia grave en las pacientes atendidas en nuestro hospital es baja, como lo es la tasa de mortalidad. El uso de fibrinógeno es frecuente y dio buenos resultados. La embolización angiográfica es muy efectiva, aunque finalmente el porcentaje de histerectomías es elevado aún. Los embarazos múltiples y los fetos muertos anteparto son factores de riesgo asociados.

Palabras clave:

Anestesia obstétrica. Obstetricia. Complicaciones. Hemorragia obstétrica.

Postpartum hemorrhage: an observational study of 21726 deliveries in 28 months

Summary

OBJECTIVE: To describe the management of severe postpartum hemorrhage.

MATERIAL AND METHODS: Prospective observational study from July 2005 to November 2007 in women who were admitted to the recovery unit of a tertiary referral hospital due to postpartum hemorrhage. We analyzed incidence, prevalence, morbidity, mortality, and associated risk factors.

RESULTS: The study included 21726 deliveries (124 with severe bleeding). Postpartum hemorrhage was more common after an instrumental delivery (odds ratio [OR], 4.54) and after a cesarean delivery (OR, 2.86). The risk factors identified in the study population were multiple gestation pregnancy and fetal death. One patient died due to disseminated intravascular coagulation. The main causes of bleeding were uterine atony (45.2%) followed by vaginal tearing (26.6%). Treatment was provided using packed red blood cells in 96.8% of the patients, fibrinogen in 49.2%, prothrombin complex in 7.25% and activated factor VII in 3.2%. Selective arterial embolization was performed in 10.5% of the cases (success rate, 84.6%) and hysterectomy was required in 13.7%. The main complications were need for postoperative mechanical ventilation (11.3%), myocardial ischemia (4%), pulmonary edema (4.8%), acute renal failure (8.9%), ventricular fibrillation (0.8%), and death (0.8%).

CONCLUSIONS: The incidence of severe postpartum hemorrhage in patients treated at our hospital is low, as is the mortality rate. Use of fibrinogen is common and provides good results. Angiographic embolization is very effective, though the percentage of hysterectomies is still high. Multiple gestation pregnancy and fetal death are associated risk factors.

Key words:

Obstetric anesthesia. Obstetrics. Complications. Postpartum hemorrhage.

^aJefe de Sección. ^bMédico Adjunto. ^cMédico Especialista en Anestesiología y Reanimación. ^dJefe de Servicio. Catedrático

Correspondencia:
Dra. Emilia Guasch
Avda. Independencia, 38-1º B
28701 San Sebastián de los Reyes (Madrid)
E-mail: emiguash@hotmail.com

Introducción

A pesar del descenso de la mortalidad materna por hemorragia en el mundo occidental, ésta continúa siendo una de las causas más importantes de muertes potencialmente evitables en Europa¹.

La hemorragia masiva obstétrica (HMO), tiene un componente vascular (o de tratamiento quirúrgico) y un componente de coagulopatía. El segundo componente es el más difícil de tratar, debido a la asociación de varios mecanismos interrelacionados, como son la coagulopatía dilucional, el consumo de factores de la coagulación y plaquetas y factores metabólicos frecuentemente asociados como la acidosis o la hipotermia^{2,3}.

Los cambios fisiológicos del embarazo hacen que una paciente obstétrica tolere la pérdida sanguínea normal de un parto, que puede llegar a ser de hasta 1.000 mL^{4,5}. Es vital la estimación correcta y precoz de la pérdida sanguínea y del posible trastorno de coagulación, así como la rápida implicación de un anestesiólogo experto, la existencia y aplicación de un protocolo de HMO y la consulta a un hematólogo⁴.

La reposición con fluidos puede exacerbar la coagulopatía³. Las transfusiones pueden contribuir a un incremento de determinadas complicaciones y de la morbilidad^{6,7}. Sin embargo, la introducción de protocolos en las unidades de obstetricia, así como el uso de nuevos fármacos y la monitorización más segura, han hecho que el abordaje terapéutico de estas pacientes haya variado significativamente en los últimos años¹.

La HMO es una causa muy importante de mortalidad y morbilidad materna en los países industrializados y especialmente del tercer mundo. La incidencia de hemorragia obstétrica que amenaza la vida de la madre es aproximadamente de 6,7 por 1.000 nacimientos. Así, en un servicio de obstetricia con 5.000 partos anuales, la incidencia hemorragia obstétrica sería de 33,5 casos al año. En el Reino Unido se calcula una incidencia de 1.400 casos cada año⁸.

Según la Organización Mundial de la Salud la incidencia de hemorragia obstétrica masiva acontece en el 10% de los partos de recién nacidos vivos, lo que origina 132.000 defunciones maternas al año en todo el mundo.

En la última Encuesta Confidencial de Salud de la Madre y el Niño (*Confidential Enquiry into Maternal and Child Health*, CEMACH) del Reino Unido, publicado en 2004, se reseñan 17 defunciones directas por hemorragia (tres por desprendimiento de placenta, cuatro por placenta previa y diez por hemorragia postparto), lo que supone 8,5 muertes por millón de embarazos⁹.

Nuestro objetivo fue analizar la incidencia y el tratamiento integral de la hemorragia obstétrica en aquellas pacientes que precisaron ingreso por tal motivo en la Unidad de Reanimación de un hospital Universitario de referencia.

Pacientes y métodos

Realizamos un estudio prospectivo observacional en pacientes que sufrieron una hemorragia obstétrica grave, que fue definida como aquella que tiene lugar en una paciente que precisaba atención en la unidad de Reanimación antes, durante o después del parto. En esta Unidad es donde ingresan todas las pacientes con hemorragia obstétrica que precisen de monitorización o tratamiento intensivos.

Se recogieron datos desde el 1 de julio de 2005 al 1 de noviembre de 2007, correspondientes a todas las mujeres que sufrieron una hemorragia. Como comparación, los datos se referirán al número total de partos, cesáreas, partos instrumentales, partos gemelares y triples, a partir de los datos estadísticos generales de nuestro hospital, con el fin de poder realizar comparaciones entre las pacientes con hemorragia y el total de partos. Se excluyeron los embarazos ectópicos y las hemorragias secundarias a abortos espontáneos con edad gestacional menor de 20 semanas.

Se recogieron los datos demográficos (peso, talla y edad), los principales antecedentes médicos, y los obstétricos, como paridad, embarazo simple o múltiple, tratamientos asociados, seguimiento del embarazo, comienzo del parto actual (espontáneo o inducido), duración del parto, resultado del parto (espontáneo, instrumental, cesárea programada o urgente), causa principal de la hemorragia, el tratamiento anestésico, la reposición de volumen y su tipo, el uso y las cantidades utilizadas de concentrados de hemáties y otros derivados hemáticos. Se valoró asimismo el tratamiento quirúrgico, la necesidad de embolización arterial selectiva y las principales complicaciones postoperatorias. Todos estos datos se recogieron en una base de datos en Excel (Microsoft. USA) y se analizaron con el programa SPSS, versión 11.0 (SPSS Inc., Chicago, USA). Las variables cuantitativas se expresaron como medias y desviación estándar, o en forma de frecuencias absolutas o relativas expresadas en porcentajes. La comparación entre variables cuantitativas se realizó mediante el test de chi cuadrado y el test de Fisher. Se empleó el test de ANOVA con la corrección de Bonferroni para las comparaciones de tres grupos. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2769615>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2769615>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)