

CASO CLÍNICO

Rev. Cient. Memoria del Posgrado

Vol 5 (1). 2024; 93 - 97

ISSN: 2789-8024 (impreso)

ISSN: 3005-4354 (en línea)

Manejo anestésico de hemorragia en cesárea: caso clínico

Anesthetical management of hemorrhage in cesarea: clinical case

RESUMEN

A nivel mundial, la hemorragia sigue siendo la causa principal de mortalidad de la gestante y origina el 25% a 30% de los fallecimientos en la fase periparto. En nuestro país las principales causas de muerte materna. El 63% de estas las principales causas fueron las hemorragias (59%) por retención placentaria y atonía uterina. Reportamos el caso de gestante de 38 años con diagnóstico de embarazo de 34 semanas; placenta previa oclusiva total sangrante programada para cesárea de emergencia. Es intervenida quirúrgicamente bajo bloqueo subaracnoideo que por la hemorragia severa secundaria a hipotonía uterina se decide histerectomía de emergencia. Se pasa a anestesia general con reposición de volemia con cristoloides y componentes hemáticos. Es transferida a Terapia Intensiva Extrahospitalaria. La Hemorragia postparto es una complicación grave que es la causa más prevenible de mortalidad materna.

Palabras Clave: Hemorragia postparto, Gestante, Bloqueo subaracnoideo.

ABSTRACT

Worldwide, hemorrhage continues to be the main cause of mortality in pregnant women and causes 25% to 30% of deaths in the periparturient phase. In our country the main causes of maternal death. A 63% of these the main causes were hemorrhages (59%) due to placental retention and uterine atony. We report the case of a 38-year-old pregnant woman with a diagnosis of 34-week pregnancy; Bleeding total occlusive placenta previa scheduled for emergency cesarean section. She underwent surgery under subarachnoid block and due to the severe hemorrhage secondary to uterine hypotony, an emergency hysterectomy was decided. General anesthesia is followed with volume replacement with cristoloids and blood components. She is transferred to Extra-Institutional Intensive Care. Postpartum hemorrhage is a serious complication that is the most preventable cause of maternal mortality.

Key Words: Postpartum hemorrhage, pregnancy, subarachnoid block.

Peralta-Castro Graciela*

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5528-4934>

Ortiz-Palacios Franz**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2630-6131>

*Médico Anestesiólogo. Hospital Municipal Los Andes. El Alto La Paz – Bolivia.

**Jefe de Servicio de Anestesiología. Hospital Municipal Boliviano Holandés. El Alto La Paz – Bolivia.

DOI: <https://doi.org/10.53287/fszv6410ru36o>

Autor de correspondencia:
gracielitapc150@gmail.com

Recibido: 10/11/2023

Aceptado: 01/03/2024

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la hemorragia sigue siendo la causa principal de mortalidad de la gestante y origina el 25% de los fallecimientos en la fase periorbitaria, es la primera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo y la tercera causa de muerte en los países desarrollados. Sin embargo, hay datos de que, en las naciones desarrolladas, incluido Estados Unidos, van en aumento la frecuencia y la gravedad por la hemorragia. Las principales causas de muerte materna son las directas es decir aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas y en nuestro país corresponde al 63%, de éstas, las principales causas fueron las hemorragias por retención placentaria y atonía uterina con un 59 %¹.

La Hemorragia posparto que se produce en las primeras 24 horas se denomina precoz (HPP) y es una de las mayores causas de graves morbilidades como síndrome de distrés respiratorio del adulto, coagulopatía, shock, infertilidad, y necrosis pituitaria².

El diagnóstico de hemorragia postparto severa consiste un reto, siendo muchas veces difícil de reconocer. Las pérdidas sanguíneas no son fáciles de cuantificar debido a la dilución con el líquido amniótico, el flujo placentario es aproximadamente 700ml/min por lo que cualquier sangrado puede amenazar rápidamente la vida; y debido a los cambios fisiológicos que ocurren en las pacientes embarazadas los signos de hipovolemia pueden estar enmascarados ya que la respuesta hemodinámica se desarrolla tardíamente³.

La HPP es la causa más prevenible de mortalidad materna. Es por ello que surge la necesidad de desarrollar este caso ya que la participación del anestesiólogo en el tratamiento de la hemorragia obstétrica es crucial y comprende la elección de la técnica anestésica que dependerá de la duración prevista de la cirugía, el estado de la mujer y su situación volumétrica, las posibilidades de coagulopatía y la urgencia de la técnica^{4,5}.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 38 años con diagnóstico de embarazo de 34 semanas; placenta previa oclusiva total sangrante programada para cesárea de emergencia.

Al momento de la valoración se encuentra antecedente de procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU) a los 23 años bajo sedación sin complicaciones, al examen físico en regular estado general con piel y mucosas levemente deshidratadas, pálidas. PA: 110/60 mmHg; FC 76 lpm; FR: 19 rpm; SatO₂: 90% sin aporte. Glasgow 15/15.

Se obtuvo el consentimiento informado de la técnica anestésica a realizar y se ingresa a quirófano sin laboratorios preoperatorios por la emergencia solicitando la toma de muestra previa para que se efectivizen los mismos y 2 unidades de Paquete Globular compatibles para transoperatorio.

Una vez efectivizados los laboratorios solicitados reportan: Anemia moderada como se observa en el Cuadro N° 1.

Cuadro N° 1. Laboratorios Pre quirúrgicos

HEMOGRAMA	
Hematocrito	29%
Hemoglobina	8.7 g%
Glóbulos Blancos	8.100 mm ³
Plaquetas	280.000 mm ³
COAGULOGRAMA	
Tiempo de Protrombina	13 segundos
Actividad de Protrombina	100 %
INR	1.0
QUÍMICA SANGUÍNEA	
Glucemia	98mg/dL
Creatinina	0,7mg/dL

En quirófano se realiza monitorización básica. PA: 115/56 mmHg, FC 74 lpm; FR: 20 rpm; SatO₂: 91% sin aporte. Se cateteriza una segunda vía venosa periférica de grueso calibre (bránula N°14) y se administró una solución cristaloides para proceder a realizar anestesia subaracnoidea con 15 mg de Bupivacaina Pesada al 0,5% manteniendo

a la paciente en monitoreo estándar y oxígeno suplementario a 5L/min por mascarilla facial.

Una vez iniciada la cirugía y tras el nacimiento del producto con un apgar de 8 al primer minuto y la administración de oxitocina 10 UI IV lento para el alumbramiento activo, se identifica atonía uterina con hemorragia cuantificada en aproximadamente 2800mL (Figura N° 1).

Figura N° 1. Utero con hemorragia

En ese momento se repone pérdida hemática con cristaloides y 2 unidades de Paquete Globular compatible. Mientras se realizaba la histerectomía la hemorragia continuó siendo profusa, presentando la paciente signos de shock hipovolémico con PA: 65/40mmHg, FC: 120 lpm, FR: 24 rpm, Glasgow 13/15, momento en el que se administra ácido tranexámico 1g IV lento y se decide pasar a anestesia general con inducción con propofol 100mg, rocuronio 35 mg, se realiza laringoscopia y se procede a orointubación con TET N° 7 se acopla a Ventilador mecánico modo VCV; Vt: 420 ml; FR: 12 rpm; I:E 1.2; PEEP 5cmH₂O. Se realiza mantenimiento anestésico con sevoflurano 1-2 Vol%. Terapia intensiva indica que requiere soporte vital avanzado. Por no contar con UTI en nuestra institución paciente permanece en quirófano acoplada a Ventilador mecánico, al mismo tiempo se transfunden 2 paquetes globulares y 1 paquete de plasma fresco.

Se realiza gasometría arterial la cual reporta Ph: 6.85; PCO₂: 122.9 mmHg; PO₂: 115 mmHg; BE: -12mmol/L; HCO₃: 21.8mmol/L. Na: 140.2; K: 4.22; Cl: 107.4. Se administra Bicarbonato de sodio 40 mEq IV además se realiza protección cerebral. A las 3 horas de concluida la histerectomía se evidencia hemorragia transvaginal de aproximadamente 1000 ml, activa y continua, además de gingivorragia. Paciente cursa con hipotensión PA: 92/46 mmHg; PAM: 52mmHg; FC: 127 lpm. Se inicia inmediatamente infusión de vasoactivo. Protección cerebral con manitol a dosis de 1g/kg peso.

El obstetra decide volver a ingresar a quirófano hallando hemoperitoneo de aproximadamente 1500 ml y en cúpula vaginal sangrado en napa, se realiza puntos hemostáticos. Se transfunden 2 Paquetes de plasma fresco. Una vez completado el procedimiento quirúrgico se controla el sangrado y la paciente es trasladada orointubado a unidad de terapia intensiva extrahospitalaria con signos vitales estables con apoyo de vasoactivo. Al seguimiento se evidencia evolución satisfactoria no evidenciándose ningún trastorno.

DISCUSIÓN

La anestesia para cesárea por placenta previa depende de la estabilidad hemodinámica y puede ser la del neuroeje con buenos resultados a condición de que la madre se encuentre estable hemodinámicamente. Las publicaciones no incluyen datos en favor del “mayor control” de la anestesia general, porque no hay diferencia en el número de complicaciones entre una y otra técnica, excepto que la anestesia general se acompaña de hemorragia más frecuente y una mayor necesidad de transfusiones⁶.

A veces se necesita la histerectomía de urgencia o se busca conservar la capacidad reproductiva y ante el problema de la hemorragia profusa, anormalidades graves de la coagulación, o las dos entidades, la participación del anestesiólogo comprende la fluidoterapia donde la técnica anestésica indicada es la anestesia general. La reanimación de la madre en casos de hemorragia requiere aseguramiento rápido de la ventilación en caso de que haya notable inestabilidad hemodinámica, además de contar con un acceso intravenoso para agujas o tubos de grueso calibre y probablemente una vía central. Todas las tareas anteriores pueden ser muy difíciles en la paciente, hay que considerar su realización mucho más antes de la hemorragia cuando se prevé que ésta puede ocurrir. Es crucial para la reposición sanguínea la transfusión inmediata de hemoderivados, conservar la oxigenación tisular y corregir la coagulopatía^{5,6}.

La práctica de transfundir concentrados eritrocíticos y plasma fresco congelado en una proporción 1:1 disminuye la cifra de mortalidad por hemorragia. La administración oportuna de plaquetas y crioprecipitados se ha vuelto frecuente en los protocolos de reanimación hemostática para hemorragias graves postraumáticas. La transfusión de concentrado de fibrinógeno debe ser incorporada de forma inmediata en el tratamiento de la hemorragia obstétrica, porque su disminución guarda una relación íntima con la gravedad⁴.

La coagulopatía por consumo y por dilución, se reconoce de forma inmediata por medio de medición directa de la coagulación, por técnicas como la Tromboelastografía (TEG) o la Tromboelastografía rotacional (TEMRO). Para disminuir las exigencias transfusionales y minimizar la hemorragia está el rescate de células hemáticas en el transoperatorio. Se ha comprobado que el antifibrinolítico ácido tranexámico aplaca la hemorragia en cesáreas programadas y las que ocurre después del parto y es recomendable para empleo oportuno en las medidas de reanimación, según datos del grupo de

trabajo europeo. Informes y series de casos también describen el uso seguro y eficaz del Factor VII activado (obtenido por bioingeniería) para aplacar hemorragia incoercible^{4,5,6}.

En el manejo del caso presentado se contó con hemoderivados y ácido tranexámico.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERES

El autor declara no tener conflictos de interés relacionados a esta investigación.

REFERENCIAS

1. Tapia L. Mortalidad Materna en Bolivia. 1era Edición. Bolivia. 2022; 1-20.
2. Karlsson H, Perez S. Hemorragia postparto. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2009; 32 (1): 159-167.
3. Jara Jimbo M, Villafuerte Duque D, Escobar Cajas M, Heras Garate M, Terán Calderón A, et al. Actualización del Rol Anestésico en la Hemorragia Obstétrica. Una Revisión Narrativa de la Nueva Evidencia. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria. 2023; 7(5): 1-19.
4. Forés Lisbona L. Actualización en el manejo de la paciente obstétrica con trabajo de parto. Revista electrónica de Portales Médicos.com. 2022; 17(4): 164.
5. Lacassie H, Cárdenas A. Anestesia para emergencias en obstetricia. Revista Chilena de Anestesiología. 2021; 50: 196-216
6. Carrillo R, De la Torre León T, Nava López J, Posada Nava A, Pérez Calatayud A, et al. Consenso multidisciplinario para el manejo de la hemorragia obstétrica en el perioperatorio, Revista Mexicana de Anestesiología. 2018;41(3): 155-182