

Hemorragia como Causa de Muerte Materna*

Doctores: Oscar Agüero **
y José L. Torres **

A pesar de todos nuestros recursos actuales la hemorragia sigue siendo una causa importante de muerte, solamente sobrepasada en los últimos años y en algunos sitios por la sepsis, en especial la sepsis post-aborto, como en nuestro hospital.

En los cuadros 1 y 2 mostramos algunas cifras recientes.

NUESTRO MATERIAL

En los 29 años transcurridos entre 1939 y 1967 se admitieron en la Maternidad Concepción Palacios 772.188 mujeres, de las cuales 675.670 se desembarazaron en la siguiente forma:

530.636 partos.

119.948 abortos.

23.524 cesáreas.

1.562 embarazos ectópicos

De ese total nacieron 548.467 niños vivos.

Murieron 987 mujeres, de las cuales 21 no estaban embarazadas, 966 sí lo estaban y fueron clasificadas como 756 muertes obstétricas y 210 no obstétricas.

* Leído en México, D. F., en el Primer Congreso de Seguridad Social (enero de 1969), como parte de un simposio sobre "Mortalidad Materna".

** Maternidad Concepción Palacios, Caracas, Venezuela.

C U A D R O 1

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA

Autor	País	Años	Nº muertes	Hemorragias	%
Green	N. Zelanda	1946-65	—	—	18,8
Ascherman	Israel	1961-65	85	46	54
Pokorny	Checoslovaquia	1963	87	—	13,8
"	"	1964	89	—	21,3
—	Australia	1961-63	28	6	21
Dietel	Alemania	1958-62	88	30	34
Held ¹	Suiza	1951-63	19	3	15
Lancaster	I. Fiji	1961-65	56	18	32
Oxorn	Canadá	1926-65	229	39	17
Carpenter	"	1955-62	100	40	40
Hilfrich	Alemania	1960-65	340	76	22,4
Chamberlain	Inglaterra	1955-66	1.891	258	13,6
Huntingford	"	1958-60	—	114	15
Bonte	Holanda	1964-65	—	—	18,1
"	Suecia	" "	—	—	9,8
Camillen	Malta	1956-60	—	—	7

¹ Cifras de hospital

Las 756 muertes obstétricas representan una mortalidad de 137 por 100.000 nacidos vivos.

De las 756 muertes obstétricas en 238 la hemorragia fue la causa principal del deceso, o sea que el sangramiento explicó el 31,4%.

Hay que mencionar además 22 casos en los cuales si bien la hemorragia no fue la causa directa de la muerte, intervino sin embargo como factor predisponente.

CUADRO 2

MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA EN ESTADOS UNIDOS

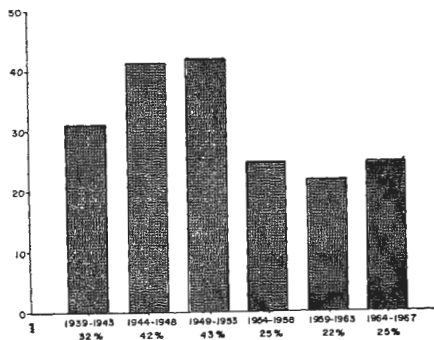
Autor	Región	Años	Nº muertes	Hemorragias	%
Montgomery ¹	California	1957-62	551	39	7,1
Heath ²	Detroit	1928-45	—	—	31
"	"	1954-63	—	—	30
Phillips ¹	Pittsburgh	1937-45	143	26	18,1
"	"	1946-62	71	8	11,2
Ziel	Michigan	1950-64	1.083	424	39,1
Newton	Mississippi	1959-63	252	72	29
Whitacre	Tennessee	1959-63	190	44	23
Webster ¹	Chicago	1952-65	234	41	33
Lane	Chicago	1956-60	146	50	38
Phillips	Baltimore	1936-58	546	162	29,6

¹ Abortos excluidos

² Cifras de hospital

Gráfica 1

Frecuencia de Muerte por Hemorragia



Estos casos fueron:

a) Catorce muertes por sepsis consecutiva a:

- 11 roturas uterinas.
- 1 placenta previa.
- 1 desprendimiento prematuro de placenta.
- 1 embarazo ectópico.

b) Dos muertes por insuficiencia renal aguda después de:

- 1 placenta previa.
- 1 desprendimiento prematuro de placenta.

c) Seis muertes por:

- 3 por rotura de aneurismas cerebrales.
- 2 por rotura del hígado en toxemias.
- 1 por rotura de várices esofágicas en cirrótica.

De modo que en total la hemorragia, de manera directa o indirecta, intervino en 260 casos, esto es en el 34% de las muertes obstétricas.

En la gráfica 1 se aprecian las variaciones de la participación de la hemorragia en los primeros cinco quinquenios y en el período que abarca los últimos cuatro años (1964-1967), variaciones que van desde un 43% en el lapso 1949-53 a 22% de 1959 a 1963.

Es así evidente que el fantasma de la hemorragia es una amenaza permanente para la embarazada, pudiendo hacerse presente por medio de numerosas causas y circunstancias, las cuales en nuestros casos fueron:

Alumbramiento	82
(Post, 47; intra, 32; inversión 3)	
Rotura uterina	58
Placenta previa	36
Aborto	19
Desprendimiento prematuro de placenta	19
Embarazo ectópico	11
Hemorragia intraparto	4
Trauma y "shock"	3
Rotura de várices uterinas	2
" " vena cava	1
" " vena cava posterior de útero	1
" " arteria esplénica	1
Hemorragia post-miomectomía	1

238

Puede verse que el periodo peor es del alumbramiento con 82 casos (34,4 %), divididos en 47 sangramientos post-parto, 32 intraparto y 3 inversiones uterinas. En segundo lugar se ubica la rotura uterina con 58 casos, o sea con un 24,3%. Le sigue en tercer lugar la placenta previa con un 15,1%, y luego con igual número de casos, el aborto y el desprendimiento prematuro de placenta, significando cada uno un 7.9%. El embarazo ectópico explica el 4,6% de las muertes por hemorragia. Luego, siete casos clasificados como "hemorragia intra-parto" y "trauma y schok", en los cuales no se pudo precisar el mecanismo exacto del sangramiento letal. Y, por último, el grupo de causas excepcionales integrado por roturas vasculares y hemorragia post-miomectomía.

Analizando las principales seis causas por quinquenios encontramos lo que se observa en el cuadro 3.

El cuadro 3 muestra una gran variabilidad en la participación de estas diferentes causas de hemorragia, sin ninguna tendencia definida con excepción de la rotura uterina que evidencia un aumento alarmante, y que en los últimos tres periodos estudiados sobrepasa a las hemorragias del alumbramiento.

Edad: La edad promedio del grupo total de 238 muertes por hemorragia fue de 29 años, con extremos entre 16 y 48. En los diversos quinquenios las edades promedio oscilaron entre 26 y 32 años, mostrando una mayor edad en los tres últimos periodos.

Paridad: La paridad se distribuyó en la siguiente forma:

I	gestas	—	42	casos
II - VII		—	112	"
VII o más		—	66	"
?		—	5	"

Estas cifras significan que murieron por hemorragia una de cada 3.409 primigestas y una cada 2.737 multigestas.

Edad del Embarazo					
9	meses	—	155	}	192
8	"	—	21		
7	"	—	16		
6	"	—	6	}	24
5	"	—	7		
4	"	—	3		
3	"	—	5		
2	"	—	3		
?	"	—	22		

CUADRO 3

	1939 a 1943	1944 a 1948	1949 a 1953	1954 a 1958	1959 a 1963	1964 a 1967
Alumbramiento	50 %	31,1	42,8	26,6	13,8	39
Rotura uterina	14,5	17,7	24,4	27,2	25	42,4
Placenta previa	19	22,2	8,1	18,1	19,4	3,3
Desp. prem. plac.	2,3	13,3	4,0	9,0	5,5	9,9
Aborto	11,8	8,8	8,1	3,3	16,6	3,3
Embarazo ectópico	2,3	0	4,0	6,6	13,8	3,3

Relacionando estos datos con las cifras generales de embarazos viables y no viables, obtenemos que hay una muerte por hemorragia cada 2.886 embarazos con productos viables y una cada 2.655 embarazos con 28 o menos semanas de duración.

Parto: Como era de esperarse el desenlace del embarazo ocurrió bajo variadisimas circunstancias, lo cual se aprecia en el cuadro 4.

CUADRO 4

1	Esontáneo		84	} (8 en domicilio)
"	"	+ histerectomía	2	
"	"	+ laparotomía	1	
"	"	+ histerorrafia + histerectomía	1	88
2	Cesárea		38	} 47
"	"	+ histerectomía	7	
"	"	+ histerorrafia	2	
3	Fórceps		23	} 30
"	"	+ histerectomía	3	
"	"	+ versión interna	2	
"	"	+ histerorrafia	1	
"	"	+ histerorrafia + histerectomía	1	
4	Sin parir		15	
5	"Curages" y curetajes		13	} 14
	Curetaje + histerorrafia		1	
6	Sin intervenir		9	
7	Histerectomía		6	
8	Laparotomía		5	
9	Salpingectomía		5	
10	Versión Braxton Hicks		4	
11	Embriotomía		4	
12	Extracción podálica		3	
13	Método de Willet		2	} 3
"	" " " + versión interna		1	
14	Método de Simpson		2	
15	Histerorrafia		2	
16	Versión interna + embriotomía		1	

COMENTARIOS

La hemorragia obstétrica continúa siendo una importante causa de muerte materna y su amenaza está presente desde el momento mismo en el cual comienza el embarazo, durante todo el curso del mismo y después de expulsado el feto, por medio de una multitud de circunstancias clínicas algunas evitables, otras imprevisibles y muchas iatrogénicas.

La frecuencia con la cual la hemorragia es causa de muerte varía dentro de muy amplios límites de un país a otro, e inclusive, de una región a otra dentro de un mismo país. Cuando se estudian diferentes períodos en una misma región o país, se observa que en algunos esa frecuencia ha disminuido (18,23) como era lógico esperar, pero en otros ha permanecido igual (8,11) y en otros ha aumentado (19,20). Entre nosotros, a pesar de que ha descendido notablemente, permanece como una causa mortificante, explicando el 25% de las muertes en el último lapso 1964-1967, sin contar aquellos casos en los cuales el sangramiento actúa como causa indirecta.

La importancia relativa de cada uno de los factores causantes de la pérdida sanguínea varían de un estudio a otro, y además la forma de englobar o definir esos factores hace difícil las comparaciones. En nuestro hospital hay dos entidades dominantes: Las complicaciones del alumbramiento y la rotura uterina, evidenciando esta última un ascenso alarmante a través de los periodos estudiados.

La influencia de la edad y la paridad ha sido particularmente enfatizada en los estudios ingleses (5) sobre mortalidad materna, con la demostración del mayor riesgo que corren las mujeres de más de 35 años y las multiparas de cuatro o más niños. Nuestros casos, aunque muestran una edad promedio (29 años) por encima del promedio de la población global que acude a la Maternidad Concepción Palacios y un neto predominio de la multiparidad, no permiten un juicio comparativo con los datos ingleses, porque no tenemos las cifras de los respectivos grupos etarios y de paridad.

El análisis de la edad del embarazo sugiere que hay mayor riesgo de muerte en las hemorragias del embarazo viable. Aquí también las comparaciones son difíciles, porque en la mayoría de las publicaciones y siguiendo las pautas de la Clasificación Internacional, el aborto se coloca en grupo aparte, definiéndose solo si cursa o no con sepsis, sin mencionarse si la hemorragia fue la causa directa de la muerte.

El predominio de los partos espontáneos revela que no siempre la naturalidad del nacimiento pone al abrigo de la complicación hemorrágica. Por otra parte, la enumeración de las intervenciones que contribuyeron o fueron la causa directa de la muerte pone en evidencia la influencia nefasta de algunas anticuadas operaciones vaginales, afortunadamente hoy desterradas.

Es inevitable la conclusión de que nuestros recursos actuales no son aún suficientes para combatir eficazmente el espectro de la hemorragia obstétrica, que necesitamos mejores medios para evitar y tratar las hemorragias del alumbramiento y que se requiere más educación obstétrica para disminuir el sangramiento iatrogénico.

B I B L I O G R A F I A

1. Ascherman J., Kornhauser S.: *Harefuah* 72: 253, 1967.
2. Bonte J., Verburgge H.: *Acta Obst. Gynec. Scandinav.* 56: 445, 1967.
3. Camillen A.: *J. Inter. Fed. Gynec. Obst.* 3: 179, 1965.
4. Carpenter C., Bryans F.: *Canad. Med. As. J.* 92: 160, 1965.
5. Chamberlain R.: *Brit. Med. Bull.* 24: 87, 1967.
6. Dietel H., Keding G.: *Münch. Med. Wschr.* 106: 57, 1964.
7. Green G.: *New Zealand Med. J.* 65: 80, 1966.
8. Heath L.: *Harper Hosp. Bull.* 22: 143, 1964.
9. Held E.: *Gynaecologia* 158: 345, 1964.
10. Hilfric H., Siedentopf H.: *Zeit. Geburts. Gynäk* 167: 262, 1967.
11. Huntingferd P.: *Zbl. f. Gynäk.* 86: 1427, 1964.
12. Lancaster D.: *Australian & New Zealand J. Obst. Gynec.* 7: 160, 1967.
13. Lane R., Andelman S.: *Am. J. Obst. Gynec.* 85: 52, 1963.
14. Montgomery Th., Lewis A., Hammersly M.: *California Med.* 100: 412, 1964.
15. Newton M.: *Am. J. Obst. Gynec.* 94: 711, 1966.
16. Oxorn H.: *Obst. & Gynec.* 29: 744, 1967.
17. Phillips O., Frazier T., Davis G.: *Am. J. Obst. Gynec.* 87: 1963.
18. Phillips O., Hulka J., Vincent M., Christy W.: *Obst. & Gynec.* 25: 217, 1965.
19. Pokorny J., Vacha K., Vitak B., Hrazdira Z.: *Cs. Gynec.* 9: 686, 1964.
20. Pokorny Vitak B.: *Cs. Gynec.* 10: 30, 1965.
21. Webster A.: *Am. J. Obst. Gynec.* 101: 244, 1968.
22. Whitacre F.: *Am. J. Obst. Gynec.* 94: 715, 1966.
23. Ziel H.: *Michigan Med.* 65: 545, 1960.