

Uso del factor VII recombinante activado (rFVIIa) en hemorragia obstétrica masiva. Reporte de un caso

Karen García-Ruan, Jorge González-Moreno, América A Corona-Gutiérrez, Deyra I Juárez-Leaños, Jesús Salvador Juárez-López y Jorge Luis Rodríguez-Sánchez.

Autor para correspondencia

García-Ruan Karen. División de Ginecología y Obstetricia Hospital Civil de Guadalajara
Dr. Juan I. Menchaca, Salvador Quevedo y Zubieta 750, Col. Independencia CP: 44100
Guadalajara, Jalisco. México. Tel. 36-18-93-62 Ext 1196
Contacto al correo electrónico: karen_344@hotmail.com

Palabras clave: rFVIIa, hemorragia obstétrica.

Keywords: bleeding disorder, recombinant factor VII, obstetric hemorrhage, maternal death.



Uso del factor VII recombinante activado (rFVIIa) en hemorragia obstétrica masiva

Reporte de un caso

García-Ruan K, González-Moreno J, Corona-Gutiérrez AA, Juárez-Leaños DI, Juárez-López JS, Rodríguez-Sánchez JL^o

Resumen

La hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna en el mundo. En el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca del año 2008 al 2010 la hemorragia obstétrica fue la primera causa de muerte materna. Reportes de casos sugieren el potencial beneficio del uso del factor factor VII recombinante activado (rFVIIa) como un agente hemostático, utilizado en sangrado agudo, descontrolado y excesivo tanto en pacientes con defectos de la coagulación como en aquellos que no. Presentamos el caso de una paciente con hemorragia obstétrica masiva, refractaria a tratamiento convencional tratada con rFVIIa en un Hospital de tercer nivel.

Palabras clave: *rFVIIa, hemorragia obstétrica, muerte materna.*

Use of activated recombinant factor VII (rFVIIa) in massive obstetric hemorrhage. Case report

Abstract

Obstetric hemorrhage is the second cause of maternal death worldwide. From 2008 to 2010 in Guadalajara, Hospital Civil Juan I. Menchaca, obstetric hemorrhage was the first cause of maternal death. Activated recombinant factor VII is a hemostatic agent used in acute and excessive bleeding disorders in patients who suffer bleeding disorders and in those who do not. We present the case of a patient with massive obstetric hemorrhage not responding to conventional therapy, treated with rFVIIa in a third level hospital.

Key words: *bleeding disorder, recombinant factor VII, obstetric hemorrhage, maternal death.*

División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

Autor para correspondencia:
García-Ruan Karen. División de Ginecología y Obstetricia Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Salvador Quevedo y Zubieta 750, Col. Independencia CP: 44100Guadalajara, Jalisco. México. Tel. 36-18-93-62 Ext 1196. Correo electrónico: karen_344@hotmail.com

Introducción

La hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna en el mundo. En el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca del año 2008 al 2010 la hemorragia obstétrica fue la primera causa de muerte materna.

El factor VII recombinante activado (rFVIIa) fue creado para el tratamiento de episodios de sangrados espontáneos o por cirugías en pacientes con hemofilia A o B, y fue aprobado por la FDA para dicho propósito en marzo de 1999. En el 2005 la FDA aprobó el uso de rFVIIa en pacientes con hemofilia A o B que se someterían a procedimientos quirúrgicos y como tratamiento de episodios de sangrado en pacientes con deficiencia del factor VII.¹ Más allá de este uso, el rFVIIa se ha usado como agente hemostático en un amplio rango de condiciones asociadas con sangrado agudo, descontrolado y excesivo en pacientes sin defectos preexistentes en la coagulación.⁴ Su uso en obstetricia se ha sustentado en series de casos clínicos de hemorragia obstétrica masiva.^{2,3}

Presentación de caso

Se trata de paciente del sexo femenino de 30 años de edad, dedicada al hogar, casada, con escolaridad de licenciatura. No presenta antecedentes heredofamiliares y personales de relevancia. Cursó un embarazo de 40 semanas de gestación (SDG) por fecha de última menstruación, el cual transcurrió sin complicación alguna. Tuvo control prenatal a razón de 9 consultas, consumiendo ácido fólico y fumarato ferroso a partir del primer mes del embarazo.

Ingreso a clínica privada con trabajo de parto en fase activa. El primer periodo del trabajo de parto tuvo una evolución normal, durante el segundo periodo del trabajo de parto presenta periodo expulsivo prolongado por lo que se decide aplicar fórceps. Se obtiene recién nacido vivo del sexo masculino con peso de 3200 g, presentando una calificación de Apgar al nacimiento de 7 y a los 5 minutos de 9.

Durante el tercer periodo del trabajo de parto presenta hemorragia obstétrica secundaria a atonía uterina y laceraciones del canal de parto. Se administra una dosis de carbetocina, dos dosis de Ergonovina y masaje bimanual, no respondiendo al tratamiento. Presenta un sangrado total de 3000 ml, con datos clínicos de choque hipovolémico y coagulación intravascular diseminada por lo cual se decide enviar de forma urgente al Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca".

A su ingreso presenta exámenes laboratoriales con hemoglobina (Hb) de 5.67 g/dl, plaquetas de 96,000, fibrinógeno de 70, tiempo de protrombina (TP) de 39 segundos, tiempo de tromboplastina parcial (TPT) que no coagula y un pH sérico de 7.22. Se inicia manejo médico y quirúrgico radical con histerectomía obstétrica con ligadura de hipogástricas, además de empaquetamiento abdominal y vaginal, presentando un sangrado de 6700 ml. Se administraron 11 paquetes globulares, 3 concentrados plaquetarios, 4 aféresis plaquetarias y 22 crioprecipitados. Se envía paciente a unidad de terapia intensiva adultos (UTIA).

Allí continúa con datos clínicos de coagulación intravascular diseminada, sangrado difuso a través de la herida quirúrgica, sitios de venopunción y vía vaginal por lo

cual 24 h posteriores a su ingreso se decide administrar una dosis de 4.8 mg de rFVIIa.

Inmediatamente posterior a la administración del rFVIIa presenta disminución visible del sangrado difuso. Tuvo un sangrado de 596ml, se administraron 9 paquetes globulares, 2 aféresis plaquetarias y 10 crioprecipitados. 24 horas posteriores, presenta Hb de 8.5 g/dl, plaquetas de 252,000, fibrinógeno de 376, TP de 13.3 segundos, TPT 31.9 de segundos y pH sérico de 7.28. No se reportaron eventos tromboembólicos posterior a la administración de rFVIIa. Se realiza desempaquetamiento abdominal a las 72 h, postquirúrgica sin complicaciones, además de revisión vaginal con reparación de desgarros vaginales.

La paciente egresa de la UTIA al 4° día de su ingreso. Durante su estancia en el piso de Obstetricia se mantiene sin complicaciones con una evolución favorable y se egresa con cita a clínica de puerperio de alto riesgo.

Discusión y conclusiones

En pacientes que no responden a tratamiento médico y quirúrgico convencional podría utilizarse el rFVIIa. En nuestra institución se utilizó como medida heroica con resultados satisfactorios ya que se observó una disminución del sangrado difuso tras su administración además de disminuir la cantidad de productos sanguíneos utilizados y mejoría en los parámetros bioquímicos 24 h posteriores a su administración. Los estudios que existen hasta el momento son de tipo observacional por lo que se necesitan ensayos clínicos aleatorizados para poder utilizar este fármaco como tratamiento en la hemorragia obstétrica masiva.

Referencias bibliográficas

- 1.- Sobieszczyk S, Breborowicz GH. The use of recombinant factor VIIa. En: B-Lynch C, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M. Postpartum hemorrhage. 1a edición. *Sapiens Publishing*, 2006, pp. 233-54.
- 2.- Hossain N, Shamsi T, Haider S, Soomro N, Khan NH, Memon GU, *et al*. Use of recombinant activated factor VII for massive postpartum hemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86 (10): 1200-6.
- 3.- Bomken C, Mathai S, Biss T, Loughney A, Hanley J. Recombinant activated factor VII (rFVIIa) in the management of major obstetric haemorrhage: A case series and a Proposed Guideline for Use. *Obstet Gynecol Int* 2009.
- 4.- Almagro-Vázquez D. Uso del rFVIIa como agente hemostático en trastornos hemorrágicos. *Med Intensiva* 2007; Vol.31 (No 6).