

Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y coagulación intravascular diseminada en un caso de muerte fetal

Gerardo Efraín Téllez Becerril,* María Guadalupe Berumen Lechuga,* Araceli Sevilla Muñoz Cano,* Evelin Martínez Hernández,* Mercedes Fernanda Mujica Hernández,* Jesús Carlos Briones Garduño*

INTRODUCCIÓN

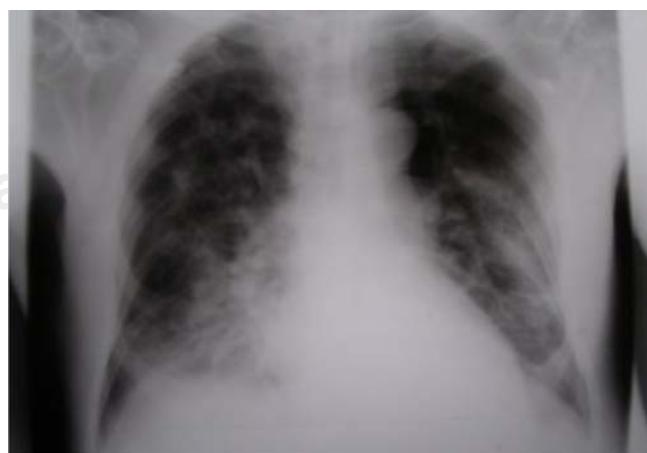
La incidencia del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) es aproximadamente de 75 por cada 100,000 habitantes, con una mortalidad aproximada de 40 a 60%, mientras que la coagulación intravascular diseminada (CID) es caracterizada por la formación y destrucción acelerada de fibrina con un alto índice de mortalidad. En la literatura se encuentra asociación entre una y otra patología, pero aún no se conoce su incidencia y/o prevalencia. Es obvio que la asociación de estas entidades debe repercutir en una alta morbilidad y mortalidad perinatal, tanto de la madre como del hijo.

En este artículo describimos un caso clínico de coagulación intravascular diseminada y síndrome de insuficiencia respiratoria aguda materna en un caso de muerte fetal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 18 años de edad con puerperio inmediato complicado con sangrado, secundario a atonía uterina y desgarro cervical, con pérdidas hemáticas de 2,000 mL y datos de choque hipovolémico. Se inicia tratamiento con coloides y cristaloides; posteriormente presenta datos de edema agudo pulmonar. Es ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos con presión arterial de 80/40 mm Hg, frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 26 por minuto y temperatura de 38 °C. Presenta

datos sugestivos de sepsis. Se inicia tratamiento con cefotaxima, amikacina, furosemida, propofol, bicarsol, gluconato de calcio, ergonovina, digoxina, hidrocortisona, analgésicos. Datos de los exámenes de laboratorio: Hemoglobina (Hb) 6.5, plaquetas 25,000, leucocitos 15.6, tiempo parcial de tromboplastina (TPT) 133, INR 2.21, fibrinógeno 107, dímero D 65,010, frotis en sangre periférica positivo, gasometría con acidosis metabólica e hipoxemia. Se da apoyo ventilatorio. Posteriormente presenta epistaxis, sangrado transvaginal y sangrado por cánula endotraqueal; se inician hemoderivados para revertir la coagulación intravascular diseminada con adecuada respuesta al tratamiento y notoria disminución de dímero D de 8,722 en las primeras 72 horas. Sin embargo, presenta índice de Kirby de 136 en promedio las primeras 72 horas, por lo que se mantiene con apoyo ventilatorio. La paciente continúa con alteraciones respiratorias con índices de



* Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, Toluca, México.

Kirby menor de 110; al noveno día se inicia tratamiento con indometacina, pentoxtifilina y ketoconazol, con lo que se logra una adecuada respuesta, presentando mejoría con Kirby de hasta 250. Continúa con este mismo manejo y apoyo ventilatorio durante quince días. Posteriormente, la paciente presenta crisis de ansiedad y convulsivas parciales, por lo que se inicia tratamiento con ácido valproico y fluoexetina con mejoría.

Después de 32 días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, la paciente evoluciona satisfactoriamente con tratamiento farmacológico y ventilatorio.

DISCUSIÓN

Entre las principales causas de síndrome de insuficiencia respiratoria aguda destacan el choque séptico y la coagulación intravascular diseminada con aproxi-

madamente 90% de mortalidad. En pacientes con choque hipovolémico, la mortalidad se incrementa. Aunque los avances son significativos, la tasa de supervivencia permanece sin cambios aparentes, debido a que se ha visto que mueren menos por síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, pero fallecen por falla orgánica múltiple, donde el riñón es el segundo órgano que falla con más frecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foley, Strong. Cuidados intensivos en obstetricia. México: Panamericana; 2003.
2. Díaz de León PM. Medicina Crítica. 2a ed. México: Limusa; 1993.
3. Shoemaker Textbook of Critical Care. 2nd ed, 2000.