

# SHOCK HEMORRAGICO DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

DR. JOSE PACHECO ROMERO

Dentro de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, nos toca presentar los temas del aborto y del aborto frustrado.

## ABORTO

El aborto espontáneo raramente produce hemorragias de consideración, salvo cuando un aborto es incompleto y no recibe una atención médica adecuada o cuando ocurre en gestaciones más avanzadas, y en estos casos probablemente ya se trata de un aborto frustrado.

En una revisión que se hizo en el Kings County Hospital de 20,000 abortos ocurridos en 15 años, sólo hubo una muerte materna (1). Generalmente el sangrado agudo se detendrá con la salida del huevo o la placenta o, en los casos más severos, cuando la presión arterial baja a límites del shock. El tratamiento consiste en transfusiones sanguíneas y en la pronta evacuación del útero.

El aborto provocado sí puede ocasionar hemorragias de consideración, al producir remociones incompletas del producto de la concepción, al producir daños considerables de estructuras vitales y al ocasionar infecciones severas que van a ocasionar trastornos de la coagulación. Nos referiremos a este tema al hablar del shock séptico.

## ABORTO FRUSTRO

Ha habido mucho desacuerdo en lo que respecta a la definición de "aborto frustrado" desde que Duncan utilizara este término en 1878 (6). Litzenberg (6), Eastman (1) y otros han definido el aborto frustrado como la retención dentro del útero de un feto muerto por un mínimo de dos meses. Otros autores, entre ellos Greenhill (3) y Wilson (6), consideran que sólo se necesita 4 semanas de muerte fetal para

que el aborto frustrado sea diagnosticado con exactitud. Aún otros, no consideran que el tiempo de muerte intrauterina sea necesario para la definición de la entidad (5). De todas maneras, el síndrome se refiere a la muerte fetal intraútero con persistencia del corion y la decidua, las que, por mantener su irrigación sanguínea en forma suficiente, pueden aún seguir creciendo y produciendo progesterona por unas semanas más. Más adelante, la ausencia del metabolismo fetal va a imposibilitar la persistencia de la placenta; aparecen hemorragias en la decidua, la placenta degenera, ya no produce progesterona, y sobreviene la expulsión de los productos de la concepción.

La importancia del síndrome estriba en que el aborto frustrado puede ocasionar alteraciones de la coagulación, consistentes en una disminución progresiva del fibrinógeno, la que puede condicionar la aparición de hemorragias de importancia. Hoy sabemos que al mismo tiempo que se produce la hipofibrinogenemia hay una disminución progresiva de las profibrinolisininas; que raramente son altos los niveles de fibrinolisisina activa y de productos de desintegración del fibrinógeno en la sangre; y de que raramente las pacientes con aborto frustrado presentan hemorragias en el momento del parto (4). Sin embargo, no debemos de tomar un caso de aborto frustrado sin la importancia debida, y a partir de la tercera semana de la muerte fetal debemos hacer estudios semanales del fibrinógeno. Ante cifras persistentes menores a 100 mg %, es recomendable evacuar el útero.

En lo que respecta al tratamiento, la expectación armada ha sido lo clásico, esperándose que el aborto se presentara espontáneamente sin interferencia del obstetra. La razón de este tratamiento ha sido

la dificultad mecánica de la evacuación del útero por medio de la dilatación y curetaje, y la alta incidencia de infecciones, otra gran complicación del aborto frustrado. Nuestro armamentarium médico ha mejorado desde entonces. Por otro lado, la gran sobrecarga emocional que el llevar un feto muerto dentro del vientre condiciona a la paciente y a sus familiares, ha incidido también en nuestra mayor agresividad actual.

Los métodos empleados para evacuar el útero son la inducción por ocitocina a concentraciones crecientes, la inyección intramniótica de soluciones hipertónicas de glucosa y cloruro de sodio y la dilatación y curetaje. En lo que respecta a la ocitocina, Loudon (1), Liggins (1) y Wilson (7) utilizan una dosis inicial de 10 unidades en 500 ó 1000 ml de dextrosa al 5% en agua a una velocidad de 10 a 20 gotas por minuto, y añaden 20 unidades de ocitocina por hora hasta que aparezcan contracciones, luego de lo cual se mantiene la concentración y la velocidad de infusión por 8 horas. Si el aborto no se produjera, se repite la infusión endovenosa al día siguiente. Se debe tener presente que en estas pacientes puede presentarse la intoxicación por agua debido al efecto antidiurético de la ocitocina.

La inyección intraamniótica de sustancias hipertónicas parece ser el método más seguro de inducción en la actualidad. Para esto se aspira unos 200 ml de líquido amniótico, y se inyecta el mismo volumen de una solución de glucosa al 50% o una solución de cloruro de sodio al 20% (1,2). El aborto se presenta unas 20 a 30 horas después.

La dilatación y curetaje se efectúa cuando los métodos anteriores fracasaran o no pudieran ser empleados, o cuando nos encontramos frente a una paciente en la que nos vemos obligados a terminar la gestación inmediatamente, como es en los casos de hemorragia severa. Recordemos que

la intervención quirúrgica generalmente requiere transfusiones sanguíneas, aumenta la incidencia de infecciones y puede resultar en perforaciones graves del útero y daño de las estructuras vecinas.

El tratamiento de las hemorragias que se presentan en este síndrome, consiste en la administración de fibrinógeno hasta que se consiga niveles satisfactorios en sangre y se estabilice el sangrado. Por otro lado debemos recordar que una vez producido el trastorno de los mecanismos de coagulación, el problema no se limitará a la hipofibrinogenemia, sino que afectará a varios otros factores, inclusive a aquellos que producen la lisis del fibrinógeno. Entonces, el seguir administrando fibrinógeno puro a estas alturas, puede sólo ocasionar el que se profundice más el cuadro. En estos casos, el tratamiento consistirá en la administración de sangre fresca.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Eastman N. J.: Abortion and premature labor. En Williams "OBSTETRICS", 13th. Edition, Appleton-Century-Crofts, New York, 1966, Chapter 21.
- 2.—Friedman E. A.: Therapeutic abortion. En Greenhill "OBSTETRICS", 13th. Edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia & London, 1966, Chapter 36.
- 3.—Greenhill J. P.: Abortion. En Greenhill "OBSTETRICS", 13th. Edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia & London, 1966, Chapter 34.
- 4.—Phillips L. L. and Quigley H. J., Jr.; Coagulation disorders in pregnancy. En Marcus & Marcus: "Advances in OBSTETRICS AND GYNECOLOGY", Volume I, The Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1967, Capítulo 12.
- 5.—Rock J. and Maillot A.: Abortion. En Davis "GINECOLOGY AND OBSTETRICS", Volume I, W. F. Prior Company, Inc., Harper & Row, Publishers, Hagerstown, Maryland, Chapter 10.
- 6.—Wilson R. B.: Therapy of missed abortion. Surgical Clinics of North America **39**: 1119-1123, 1959.
- 7.—Wilson R. B.: Missed abortion. American Journal of Obstetrics and Gynecology **95**: 23-28, 1966.