



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1991; 37 (11): 30-35

### SHOCK HEMORRÁGICO DE ORIGEN OBSTÉTRICO

\*Drs.: Luis Távara Orozco\*, [Rubén Villacaqui R.](#) \*S

#### RESUMEN

Se presenta el estudio de 49 casos de shock hemorrágico tratados en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital de Apoyo "María Auxiliadora", dentro de un total de 6,243 partos atendidos desde el 01 de Julio de 1988 al 31 de Diciembre de 1989. El shock hemorrágico se presentó con una frecuencia de 01 caso por cada 127 partos, siendo las causas más frecuentes los problemas del primer trimestre del embarazo, el embarazo ectópico y el aborto. Ocupa también lugar importante como causa del shock el desprendimiento prematuro de placenta. Llama la atención la menor frecuencia de problemas de hemorragia postparto y particularmente de la atonía uterina, la que encontramos únicamente en dos casos. Este último seguramente en relación con nuestra conducta preventiva frente a esa eventualidad. De acuerdo a la estructura de causas no llama la atención que la cronología del embarazo encontrada, estuviera dentro de las primeras 12 semanas. El manejo se hizo sobre un esquema que comprende medidas generales y específicas para cohibir el sangrado. Ello incorporó procedimientos quirúrgicos variados. De los 49 casos tratados 48 sobrevivieron y falleció una paciente. También fue importante quede 23 productos de la concepción que superaron la edad gestacional de 28 semanas, sólo sobrevivieron 8, lo que confirma que el shock hemorrágico no sólo afecta a la madre, sino que además tiene graves consecuencias sobre el niño.

#### SUMMARY

We present an study of 49 cases on hemorrhage shock treated in Obstetrics and Gynecology Department at Maria Auxiliadora Hospital Lima- Perú, from July 1. 1988 to December 31, 1989. In this period occurred 6,243 deliveries. The most frequent causes were ectopic pregnancy, abort and abruptio placentae. It is important also, then pregnancies were in first 12 weeks. The management was: general measures and specific measures to treat the hemorrhage. There was 1 maternal death.



## INTRODUCCIÓN

El shock es un síndrome que puede obedecer a múltiples causas. Resulta difícil precisar una definición; sin embargo, con mucha frecuencia utilizamos aquella que lo define como una desproporción entre continente y contenido, en donde se produce un estado de insuficiencia circulatoria periférica con déficit de perfusión tisular, hipoxia y severos cambios metabólicos (1,2,3).

Cualesquiera que fuera la causa del shock hemorrágico, la pérdida de sangre que lo antecede condiciona un menor retomo venoso al corazón derecho y consecuentemente un menor débito cardiaco. Este último provoca un déficit de perfusión de los tejidos que trae como consecuencia menor oferta de oxígeno a nivel tisular. La hipoxia así originada desencadena un trastorno molecular; se altera el flujo a nivel de la microcirculación y la falta de oxígeno repercute en el metabolismo de la glucosa. Se moviliza la vía anaeróbica que lleva a la producción de metabolitos ácidos y condiciona entonces acidosis metabólica. La isquemia progresiva de los tejidos y la acidosis metabólica condicionan liberación intracelular de enzimas lisosómicas y estímulo suficiente para desencadenar la cascada de coagulación intravascular diseminada. Conforme avanza el fenómeno se descompensan los mecanismos iniciales, aumenta el desarreglo metabólico, el tono vascular se modifica y empieza a deprimirse la función cardíaca y cerebral, lo que conduce a graves consecuencias (3,4,5,6).

La hemorragia en la paciente obstétrica es sumamente importante y constituye un factor de riesgo para la madre y el niño (7). Es la primera causa de muerte materna en los hospitales del Perú y es causa importante de muerte en todas las series de mortalidad materna comunicadas (8,9,10,11,12). Es obvio que la hemorragia cuantiosa en la mujer, para condicionar muerte, debe pasar antes por la contingencia de producir un shock hipovolémico.

Se ha querido hacer este primer reporte del Hospital "María Auxiliadora" acerca del shock hemorrágico en pacientes obstétricas con el propósito de contribuir a su revisión, analizar su frecuencia, estructura de causas y verificar los resultados en relación a nuestro patrón de conducta.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo de corte transversal tomando un periodo entre el 01 de Julio de 1988 y el 31 de Diciembre de 1989.

Durante el periodo en mención se consultó al Banco de Datos del Sistema Informático Perinatal del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital "María Auxiliadora". Se examinó además el libro de registro del Servicio de Ginecología puesto que en él se atienden los casos de patología del primer trimestre del embarazo. Se determinó el total de partos atendidos y los casos de pacientes obstétricas que presentaron shock hemorrágico. Cada caso de pacientes de shock fue examinado en los parámetros que aparecen en los resultados.

Asimismo se determinó los resultados del tratamiento instituido y cuyo esquema es semejante a otros propuestos (13). Todo caso de shock es tributario de un manejo de urgencia y de un cuidado intensivo por parte del equipo y dentro de ese contexto se aplican medidas generales para corregir la hipovolemia y tratamiento específico de la causa del sangrado. Resumimos el esquema de manejo aplicado en el Hospital "María Auxiliadora" frente a un caso de shock hemorrágico:

1. Anamnesis directa o indirecta y examen clínico muy rápidos.
2. Venoclisis con aguja gruesa o mejor catéter para administrar fluidos y monitorizar la presión venosa central.
3. Reemplazo de volumen: de preferencia sangre. Mientras ello ocurre se administra solución salina isotónica.
4. Exámenes auxiliares de urgencia: grupo sanguíneo y Rh, Hb y Hto.
5. Es importante la verificación clínica de la coagulación.
6. Asegurar vías aéreas libres y oxigenar.
7. Medición continua de la diuresis.
7. Vigilancia constante de las funciones vitales y balance hídrico.



8. Control y eliminación de la causa del sangrado.

9. No usamos sustancias vasoactivas.

## RESULTADOS

### Frecuencia del shock

Desde el 01 de Julio de 1988 al 31 de Diciembre de 1989 se atendió en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital de Apoyo "María Auxiliadora" un total de 6,243 partos. Durante ese mismo periodo, conforme aparece en el cuadro N° 1, ocurrió un total de 49 casos de shock hemorrágico, lo que nos proporciona una frecuencia de 0,78%, lo que es lo mismo 1 caso de shock hemorrágico por cada 127 partos.

CUADRO 1 FRECUENCIA DEL SHOCK HEMORRAGICO	
Número de partos	6243
Número casos de shock hemorrágico	49
Frecuencia	0.78%
1 caso por cada 127 partos	

### Causas

En el Cuadro N.º 2 se demuestra, que los problemas de la gestación son la primera causa de shock hemorrágico, destacando el embarazo ectópico. El DPP ocupa el segundo lugar en importancia, pero la atonía- uterina tan sólo causó shock en 2 casos.

CUADRO 2 CAUSAS DE SHOCK HEMORRAGICO	
Causas	Nº de Casos
Embarazo ectópico	16
Aborto incompleto	9
Desprendimiento premat. de placenta	12
DPP + CID	2
Placenta acreta	2
Retención de restos placentarios	3
Atonía uterina	2
Placenta acreta	1
Hemorragia postcesárea-histerectomía	1
Hemorragia postcesárea	1
Total	49

### Cronología del embarazo

Fue notorio el predominio de pacientes con menos de 8 semanas de gestación. En el Cuadro N.º 3 se aprecia que a esta cronología corresponden 19 casos. Se observa además que los casos que tuvieron gestación mayor de 37 semanas fueron en número de 13.



CUADRO 3 CRONOLOGÍA DEL EMBARAZO		
Tiempo de gest. en sem.		Nº de Casos
4 - 8	sem	19
9 - 12	sem	4
13 - 16	sem	2
20 - 27	sem	1
28 - 35	sem	7
36 - 37	sem	3
≥ 37	sem	13
Total		49

### Gravidez y paridad

Fue notorio la poca gravidez y paridad en nuestra serie. Tres cuartas partes de pacientes tuvieron una paridad entre 0 y 3.

### Tratamiento y Resultados

Conforme lo expusimos en la sección de material y métodos fue intención nuestra precisar el tipo de tratamiento aplicado y las repercusiones de éste sobre la madre y el producto, sobre todo en lo referente a sobrevivencia. En el Cuadro N.º 4 se resumen las diferentes modalidades de tratamiento administrados en forma específica. Una sola paciente, portadora de un desprendimiento prematuro de placenta grave y cuadro severo de coagulación intravascular diseminada fue recibida en estado terminal procedente de otro hospital, y a pesar del tratamiento de urgencia lamentablemente falleció.

CUADRO 4 TRATAMIENTO Y RESULTADO SOBRE LA MADRE		
Conducta seguida	Nº de Cas.	Result.
Solución salina + LU	5	viven
Solución salina + sangre + LU	7	viven
Solución salina + sangre + Oxitocina	2	viven
Solución salina + sangre + laparotomía:		
salpiguetomía con o sinoferectomía	17	viven
Solución salina + sangre + cesárea	10 (x)	viven
Solución salina + sangre + cesárea + HAT	5	viven
Solución salina + sangre + cesárea + HAT + Ligaduras de hipogástricas	2	viven
Solución salina + sangre + Ligaduras de hipogástricas postcesárea - HAT	1	viven
Solución salina + sangre + sutura de vaso sangrante postcesárea	1	viven
Total	49	Murió 1
(*) Un caso de DDP + CID derivada en shock desde otro Hospital, falleció		



## Resultados sobre el producto

Fue preocupación nuestra determinar la sobrevivencia del producto de la concepción. Para ello consideramos sólo las gestaciones de 28 semanas en adelante. Según el cuadro 5 hubo 23 embarazos que cumplieron el requisito, y entre ellos ocurrió 11 muertes fetales y 4 muertes neonatales. Sólo se obtuvo 8 recién nacidos vivos al alta.

CUADRO 5 RESULTADOS SOBRE EL FETO Y RN	
Total de embarazos $\geq$ 28 semanas	23
Muerte fetal	11
Muerte neonatal	4
Recién nacidos vivos al alta	8

## DISCUSIÓN

El presente trabajo reporta una serie de 49 casos de shock hemorrágico en pacientes obstétricas, cuyo manejo ha sido semejante, salvo las medidas específicas aplicadas en cada caso para controlar el origen del sangrado.

La frecuencia del shock hemorrágico es diferente según el centro que reporta o el tipo de población que se atiende. En una revisión anterior en el Hospital Materno Infantil "San Bartolomé" encontramos que por cada 544 partos había 1 caso de shock hemorrágico en un total de 27,774 partos (14). Comparativamente con la serie actual observamos diferencias que se justifican por las razones antedichas.

Las causas del shock hemorrágico son muy variables y pueden darse en cualquiera de los trimestres del embarazo, durante el parto y en el postparto (2,5,15). Gran parte de autores coinciden en expresar que la hemorragia postparto es el factor más importante en el origen del shock hemorrágico y cuya mayor frecuencia es atribuida a la atonía uterina (15,16,17). En la serie de San Bartolomé; entre 51 casos de shock hemorrágico, la causa más frecuentemente encontrada fue el aborto y sólo 4 casos respondieron a la atonía uterina (14). En la presente serie, el origen más frecuentemente del shock hemorrágico estuvo vinculado a la patología del primer trimestre, en donde el embarazo ectópico (generalmente roto) fue responsable de 16 casos en un total de 49 y el aborto fue responsable de 9. No cabe duda que los casos de aborto debieron estar en relación al aborto inducido. Destaca también el desprendimiento prematuro de placenta, responsable de 14 casos. Sin embargo, la hemorragia postparto y concretamente la atonía uterina (2 casos) se encuentra relegada como factor causal. Estas diferencias anotadas en estas dos series están en relación con la conducta preventiva asumida frente a la posibilidad de hemorragia postparto y de atonía uterina (11,16,18,19,20,21).

La edad estudiada de las pacientes, revela una mayor frecuencia de shock en el período de mayor capacidad reproductiva. De otro lado, la frecuencia más alta de shock en las primeras doce semanas de gestación coincide con la casualidad, al estar involucrados el embarazo ectópico y el aborto con cifras significativas, la gravidez y paridad fue poca, tal vez en relación con las causas predominantes. El aborto como causal, seguramente que fue inducido y lleva una intención de regular la fecundidad y el embarazo ectópico se presenta en pacientes con limitaciones en su capacidad reproductiva, lo que comprobamos en una serie estudiada anteriormente (22).

Conforme se expresa anteriormente, el shock hemorrágico es un estado grave y amerita de inmediato un cuidado intensivo. Se ha delineado el esquema de manejo pero se debe afirmar que es preferible efectuar la profilaxis del shock a través de simples medidas (5,11), que enunciamos rápidamente; corrección de la anemia y deficiencia de hierro durante la gestación, corrección oportuna del sangrado durante el embarazo y parto, evitar la deshidratación durante el embarazo y el parto, uso juicioso de la analgesia y anestesia obstétrica, evitarlas intervenciones quirúrgicas excesivamente largas, prevención de la atonía uterina, detección y corrección oportuna del trauma sobre el canal del parto y cuidado del postalumbamiento, Si a pesar de ello el shock se presenta, se debe adoptar una conducta activa cuidando de cerca el estado hemodinámico (6).

En la serie revisada en San Bartolomé (14), todos los casos tratados con medidas generales para corregir la hipovolemia y específicas para controlar el sangrado lograron sobrevivir, y el único caso tratado con medidas generales y transfusión de sangre se perdió al no ser posible controlar la fuente de la hemorragia. En la presente serie todos los casos fueron tratados con medidas generales, transfusión y medidas específicas para el control del sangrado habiendo logrado la sobrevivencia de 48 de los 49 casos tratados. El caso de muerte encontrado



ocurrió en una paciente enviada de otro Hospital en condiciones graves de shock y CID, en la cual todos los esfuerzos resultaron infructuosos. En esta serie se aplicaron diversas modalidades de tratamiento quirúrgico: legrado uterino, laparotomía, anexectomía, cesárea, cesárea- histerectomía y ligadura de hipogástricas con propósitos de vencer todas las posibilidades de sangrado y asegurar así la sobrevivencia (16,17,19,20,21,22,23,24,25). El caso de muerte experimentado revela que la hemorragia y el shock hemorrágico continúan siendo causa importante de mortalidad materna (2,9,10,11,12,16).

El shock hemorrágico no sólo representa una amenaza sobre la madre, sino que afecta además las tasas de mortalidad perinatal. En esta serie, de 23 casos que superaron las 28 semanas de embarazo sólo se consiguió 8 recién nacidos vivos al alta; los otros 15 murieron en condición de fetos o recién nacidos.

Si bien es cierto, hemos mostrado los resultados inmediatos sobre la madre y el producto, nos queda la preocupación acerca de lo que ocurrirá en el futuro de estas mujeres, puesto que se conocen las repercusiones que sobre la función endocrina femenina ejerce la hemorragia y el shock.

## REFERENCIAS

1. Chessman, R. Tratamiento del shock en obstetricia, Curso de perfeccionamiento de graduados. Urgencias en Obstetricia Ginecología: Hemorragias. Escuelas de graduados, Facultad de Medicina, UNMSM, pág. 197-199. Lima, Perú 1966.
2. Cervantes, R. Shock en obstetricia. Curso de perfeccionamiento de graduados. Urgencias en Obstetricia y Ginecología: Hemorragias. Es cuela de Graduados, Facultad de Medicina, UNMSM, pág. 200-211 Lima, Perú 1966.
3. Gonzales- Enders, R. Shock séptico cm Obstetricia y Ginecología Tesis Doctoral. Programa Académico de Medicina, Universidad Peruan Cayetano Heredia. Lima, Perú 1973.
4. Matingly R. Ginecología Operatoria de Richard, W., Te' Linde. 5.ª ed., Editorial El Ateneo, 1980, pág. 64-70.
5. Schwarcz R., Duverges, C., Díaz, A.G., y Fescina, R. Obstetricia, 4.ª ed., Editorial El Ateneo, 1986, pág. 471-475.
6. Showmaker, W. Circulatory Mechanisni of Shock and Treir Mediators Critical care medicine, 15:8, 787-794, Aug. 1987.
7. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Materno Infantil y Población. El embarazo de alto riesgo en el Perú. Lima, Per 1980.
8. Cervantes R., Watanabe I., y Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecologia, OPS/OMS. Lima, Perú, 1988.
9. Távara, L. Estrategias de intervención para reducir las tasas de mortalidad materna en el Perú. Décimo Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Temas Oficiales. Lima, Perú, Set. 1990.
10. Maradiegue, E.: Mortalidad materna en el Hospital Cayetano Heredia. Acta Médica Peruana 13:3, 41-46, Set. 1986.
11. Ludmir, A. Mortalidad materna en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé 1962-1986. Ginecología y Obstetricia 36:10, 9-15. Lima, Perú 1990.
12. Franco A., Tanaka C., Martins R.E., Marcondes P. Mortalidad materna no Brasil. 1980. Rey. Saude public 18: 448-465, Sao Paulo 1984.
13. Ludmir, A. Manual de normas y procedimientos generales en Obstetricia y Ginecología. Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno Infantil San Bartolomé, UNMSM, Lima, Perú 1978.
14. Távara, L. Shock hemorrágico de origen obstétrico en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé. Lima, Perú. Datos no publicados.
15. Pritchard J., y Mac Donald L., William's. Obstetrics. Ed. Apleton Century Croft. New York 1981.
16. Herberth W., and Cefalo R. Postpartum hemorrhage treatment. Clin. Obstet. Gynecol. 1: 181-191, 1984.



17. Cruikshank, S. Postpartum and pelvic hemorrhage treatment. Clin. Obstet. Gynecol. 2: 269-277, 1986.
18. Blanchette, H. Elective manual exploration of the uterus after delivery: a study and review. J. Reprod. Med. 19: 13, 1977.
19. Lucas, W.: Postpartum hemorrhage. Clin. Obstet. Gynecol. 23:2, 637, June 1982.
20. Herberth, W. Complicaciones del puerperio inmediato. Clin. Obstet. Gynecol. 1: 233-248, 1982.
21. Watson, P.: Postpartum hemorrhage and shock. Clin. Obstet. Gynecol. 23:4, Dec. 1980.
22. OTávora, L. Embarazo ectópico: experiencia en el Hospital Hipólito Unanue. Universidad Nacional "Federico Villarreal". Dirección Universitaria de Investigación. Serie: Estudios y divulgación científica N.º 7, Junio 1980.
23. Burchell, R., Mengert, W. Internal iliac artery ligation: a series of 200 patients J. Inter. Federation Obstet. Gynecol. 7: 85, 1969.
24. Cruikshank, S., Stock, E.: Surgical control of pelvic hemorrhage: ovarian artery ligation. Am. J. Obstet. Gynecol. 147: 6, 1983.
25. Plauche, W. Histerectomía cesárea: indicaciones, técnicas y complicaciones. Clin. Obstet. Gynecol. 2: 409-424, 1986.
26. Ludmir, A. Problemas diagnósticos en el conocimiento de la realidad peruana sobre el aborto séptico. Séptimo Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. Memorias: Temas oficiales. Quito- Ecuador. Julio, 1973.
27. Gálvez Brandon, J., y col. Estudio sobre aborto hospitalario en la ciudad de Trujillo. Asociación Peruana de Facultades de Medicina. Lima, Perú, 1976.
28. Pina, T. Discurso en la instalación de la comisión permanente departamental interinstitucional de planificación familiar de la UDES, Lima- Sur. Municipalidad de Chorrillos. Lima- Perú. Julio 1989.
29. Gonzales Enders, R.: El aborto en el Perú: problemas de salud. Seminario Taller: Salud materna y riesgo reproductivo, aborto y esterilización. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Lima- Perú. Enero 1983.
30. Hall, F. Planificación familiar en Lima- Perú, Centro de estudios de población y desarrollo. Año I, N.º 3, 1966.
31. Santamaría, L., y Jubiz, A. Aborto séptico, aborto provocado. Séptimo Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. Memorias: Temas oficiales Quito- Ecuador. Julio 1973.
32. Jubiz, A. Aborto séptico. Séptimo Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. Memorias: Temas oficiales, Quito- Ecuador. Julio, 1973.
33. Távara, L. Estrategias de intervención para disminuir la mortalidad materna en el Perú. Tema oficial: Mortalidad materna. Décimo Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima- Perú. Setiembre 1990.