

**Schok hipovolémico. Experiencia institucional**

**Hipovolemic shock. Institutional experience**

**Dr. Sigfrido Valdés Dacal; Dra Lianne González Jiménez; Dra. Daymí Saavedra Moredo**

Hospital Materno Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Materno Provincial de Camagüey, durante el período comprendido entre el primero de enero de 2000 y el 31 de diciembre del mismo año. El universo de estudio estuvo constituido por las 64 mujeres que en este período presentaron shock hipovolémico, se les aplicó una encuesta confeccionada al respecto. Se obtuvo como resultado que este accidente fue más frecuente en el grupo de edades comprendido entre 26 y 30 años con un 42, 1 %, antecedido en el 48, 4 % por un parto eutócico que tuvo la atonía uterina y el embarazo ectópico como las principales causas, las pérdidas de 1 000 a 1 500 ml de sangre presentaron en un 35, 9 %. Se realizó la histerectomía obstétrica en el 18, 7 %, sin que ocurriera muerte materna en este período. Se llegó a la conclusión de que este proceso puede ser devastador y que solo una prevención adecuada, un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz podrán evitar un desenlace fatal. En el manejo de estas parturientas es ideal el cálculo de las pérdidas y la adecuada reposición.

**DeCS: SHOCK**

## **ABSTRACT**

A cross - sectional, descriptive study was performed at the provincial maternity hospital of Camagüey, from January 1<sup>st</sup>, 2000 to December 31<sup>st</sup> of the same year. The work universe was composed of 64 women with this affection. A survey was applied, it was obtained that this accident was more frequent in the age group from 26 to 30 years with 42, 1 % proceeded in the 48, 4 % for an eutocic delivery; uterine atomy and ectopic pregnancy were the main causes, the losing of 1, 000 to 1,500 the most frequent with 35, 9 %, obstetric hysterectomy was performed in 18, 7 % without the occurrence of maternal deaths in this period. Concluding, we may state that this process is devastating and only an adequate prevention reposition is important.

**DeCS: SHOCK**

## **INTRODUCCIÓN**

El estado de shock se caracteriza por una insuficiencia circulatoria y datos de hipoperfusión tisular, acompañados de hipoxia, utilización de vías del metabolismo anaerobio y acidosis. Su presentación clínica varía según la causa desencadenante, tiempo de evolución y rapidez en que se inicie el manejo. Se define el estado de shock como una crisis energética a nivel celular, de causa múltiple, desencadenada por la incapacidad súbita del aparato cardiovascular para mantener la perfusión y oxigenación de los tejidos. Cuando el shock se asocia al evento reproductivo es uno de los problemas más difíciles a los que se enfrenta el ginecobstetra. La incidencia varía de 0,4 % a 10 %, con una mortalidad de 2, 5 a 5 %. <sup>1-6</sup>

La hemorragia obstétrica contribuye en el 75 % de las complicaciones que se presentan dentro de las primeras 24 horas del puerperio y es la principal causa de shock hipovolémico. El 90 % de las causas de hemorragia en obstetricia tiene su origen en las anormalidades de la placentación o de las alteraciones del tono uterino. El 10 % restante se asocia a desgarros o laceraciones del canal del parto. Es necesario iniciar el tratamiento del shock aún antes de la identificación de su causa, ya que la supervivencia de la paciente depende tanto de la duración del shock, como del tratamiento médico o quirúrgico definitivo que varía con la causa. El tratamiento inicial, en forma general, consiste en restablecer rápidamente el volumen intravascular materno y conservar la perfusión de órganos vitales. La restauración de la oxigenación a los tejidos es el objetivo final en el tratamiento del

shock. De lo anterior deriva la importancia de que el ginecobstetra conozca las medidas para el manejo de la paciente en estado de shock, así como la toma adecuada y oportuna de decisiones quirúrgicas radicales con el fin de disminuir la morbimortalidad de las pacientes. Además de tener en mente aquellas pacientes que presentan factores de riesgo, como son las multíparas, placenta previa, cicatrices uterinas, miomas, polihidramnio, etc. En ocasiones puede prevenirse si se identifican las candidatas a sangrar. A veces lo apresurado y devastador del proceso no deja lugar para una acción eficaz.<sup>1, 2, 6-8</sup>

Por todo esto decidimos emprender este estudio con el objetivo de determinar su comportamiento en nuestro hospital.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Materno Provincial de Camagüey, durante el período comprendido entre el primero de enero del año 2000 y el 31 de diciembre de igual año, con el objetivo de estudiar el comportamiento del shock hipovolémico en dicho hospital. Para esto se escogieron las 64 pacientes que sufrieron este accidente en el período antes señalado, se le aplicó una encuesta confeccionada con anterioridad donde se analizaron diferentes variables. Los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos de dichas pacientes y del registro de transfusiones, se codificaron de forma manual y se procesaron en una computadora IBM compatible, se usó el programa estadístico Microstad, el método porcentual y los resultados fueron llevados a tablas para su demostración.

## **RESULTADOS**

En la tabla 1 se muestran los grupos de edades de las mujeres que sufrieron este accidente, vemos que el mayor porcentaje está en las edades con mayor actividad reproductiva, que es el grupo de 26 a 30 años con un 42, 1 %. Esto coincide con los datos encontrados en los artículos revisados, aunque algunos reportan que en los mayores de 30 años tuvo mayor incidencia.<sup>1,6</sup>

**Tabla 1. Distribución de acuerdo  
con la edad**

<b>Edad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Menos de 20</b>	5	7,8
<b>20-25</b>	18	28,1
<b>25-30</b>	27	42,1
<b>Más de 30</b>	14	21,8
<b>Total</b>	64	100

Fuente: formulario

Como podemos apreciar en la tabla 2, el evento en cuestión ocurrió en el 48, 4 % de las estudiadas, cuyo parto fue eutócico seguido de embarazo ectópico accidentado que representó el 31, 25 %. En nuestro estudio no resultó un gran problema la cesárea (12, 5 %) y menos el instrumentado, algo que no es lo encontrado en la bibliografía revisada y pensamos que esté en relación con todas las medidas adoptadas para evitar cualquier percance en estas entidades, además de que los índices de ambas actividades estén en constante crecimiento.<sup>1,8</sup>

**Tabla 2. Relación con el tipo de parto**

<b>Parto</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Eutócico</b>	31	48,4
<b>Ectópico</b>	20	31,25
<b>Cesárea</b>	8	12,5
<b>Aborto</b>	4	6,25
<b>Instrumentado</b>	1	1,5
<b>Total</b>	64	100

Fuente: formulario

Las principales causas de la hemorragia que llevaron al shock fueron la atonía uterina en un 39 % y el embarazo ectópico accidentado en un 31, 2 %. Esto nos habla de que debemos mejorar en el diagnóstico de los factores de riesgo de atonía para reducir este cuadro. En relación con el ectópico la situación es más difícil, ya que la mayoría llegó en este estado a nuestra institución. En sentido general, estas son las principales causas en la bibliografía revisada, aunque ellos tienen las gestorragias de la segunda mitad al nivel de estas otras causas, que en nuestro estudio solo representaron el 9, 3 %, que pensamos sea debido a todas las medidas tomadas con las pacientes con riesgo de estas entidades.<sup>1, 2, 7</sup>

**Tabla 3. Distribución por causas**

<b>Pérdidas</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Atonía</b>	25	39
<b>Ectópico</b>	20	31,2
<b>Acretismo</b>	5	7,8
<b>Hematoma de la rafia</b>	4	6,2
<b>Aborto</b>	4	6,2
<b>Rotura uterina</b>	3	4,6
<b>DPPNI</b>	2	3,1
<b>Placenta previa</b>	1	1,5
<b>Total</b>	64	100

Fuente: formulario

Algo realmente importante es la cuantía de las pérdidas ya que de esto depende el estado de la paciente y el tratamiento adecuado. En la tabla 4 vemos como el 35, 9 % tuvo pérdidas entre 1 000 y 1 500 ml de sangre; 28, 1 % entre 1 500 y 2 000 y el 7, 8 % más de 2 000 ml. Esto está algo por debajo de lo reflejado en la bibliografía revisada, pero pensamos está en relación con que la inmensa mayoría de los partos en nuestro país son institucionales, atendidos por personal capacitado donde las medidas terapéuticas se toman de forma rápida y enérgica, y logran evitar consecuencias mayores.<sup>1, 2, 7</sup>

**Tabla 4. Relación de la cuantía de las pérdidas de sangre**

<b>Pérdidas en ml</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Menos de 1 000</b>	18	28,1
<b>1 000 – 1 500</b>	23	35,9
<b>1 501-2 000</b>	18	28,1
<b>Más de 2 000</b>	5	7,8
<b>Total</b>	64	100

Fuente: formulario

En relación con el tratamiento, vemos en la tabla 5 como en el 81, 2 % de las gestantes, solo con la reposición adecuada de volumen se revertió el evento y solo en 12 (18, 7 %) fue necesario llegar a la histerectomía para resolver el problema. Esto habla a las claras de un manejo adecuado en relación con años anteriores y un resultado mucho mejor si lo comparamos con trabajos que tienen un 84 % de

histerectomizadas, por lo que pensamos que aunque debemos seguir trabajando, nuestros resultados han tenido una mejoría tanto cuantitativa como cualitativa. <sup>1</sup>

**Tabla 5. Relación con el tratamiento**

<b>Tratamiento</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Reposición de volumen</b>	52	81,2
<b>Histerectomía</b>	12	18,7
<b>Ligadura de hipogástrica</b>	8	12,5

Fuente: formulario

## **CONCLUSIONES**

1. Fue más frecuente en el grupo de edades entre 26 y 30 años con un 42, 1 %
2. El parto eutócico resultó más frecuente con un 48, 4 %.
3. La atonía uterina con un 39 % y el embarazo ectópico con un 31, 8 % fueron las principales causas.
4. El 35, 9 % tuvieron pérdidas entre 1 000 y 1 500 ml de sangre.
5. Hubo que realizar histerectomía en el 18, 7 % de los pacientes.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Bonfante Ramírez E, Agueda R, Quesnel C, Bolaos R, Callejos T, Juárez L. Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Gin Obst México. 1997;65(1):37-40.
2. Grupo Nacional de Obstetricia. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.
3. Mattingly R. Ginecología Operatoria. 5<sup>ta</sup> ed. La Habana: Científico Técnica; 1983.
4. Carreras Macías JM. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Dexeus. 2<sup>da</sup> ed. Ed. Barcelona: Salvat; 1988.
5. Foley MR, Strong TH. Cuidados intensivos en Obstetricia. 1<sup>ra</sup>ed. Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.
6. Castañón González J, Fuentes E, Leassi H. Falla Circulatoria Aguda o Choque. Med crít Ter Int. 1994;8:27-33.
7. Varner M, Postpartum Hemorrhage. Obstetrtic Emergencies. Part 2. Critical Care Clinics. 1991;7:883-95.

8. Enuppel R, Yatangadi S. Hipotensión relacionada con hemorragia. Urgencias obstétricas Intraparto y posparto. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. México: Editorial Interamericana; 1995.

Recibido: 6 junio de 2002

Aprobado: 12 diciembre 2002

*Dr. Sigfrido Valdés Dacal.* Especialista de. I Grado en Ginecobstetricia. Hospital Materno Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.