

# Urgencia obstétrica: la atonía uterina

## AUTORES

MARIA VICTORIA CARMONA DE LA TORRE\*

MARIA ROMEU MARTINEZ\*\*

MARIA TERESA MORILLA ARAGON\*\*\*

\*Matrona Hospital Materno Infantil de Málaga

\*\*Matrona Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol

\*\*\*Matrona Hospital Materno Infantil de Málaga

## Resumen:

La hemorragia postparto (HPP) es una de las complicaciones obstétricas más importante y es considerada una de las 3 causas de mortalidad materna en el mundo, sobre todo en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico de esta complicación es principalmente clínico y es necesario aplicar medidas generales de soporte vital y específicas a la etiología del problema. En este artículo realizaremos una revisión bibliográfica de la etiología, clínica y algoritmos a seguir en el tratamiento de la HPP, debido a su gravedad y la importancia que tiene que el personal sanitario conozca las pautas de actuación.

## Palabras clave:

Hemorragia postparto, atonía, uterotónicos, histerectomía, coagulación

## Title:

OBSTETRIC URGENCY: UTERINE ATONY

## Key Words:

Postpartum haemorrhage, atony, uterotonics, hysterectomy, coagulation

## Introducción:

La hemorragia postparto (HPP) es una de las complicaciones obstétricas más importante y es considerada una de las 3 causas de mortalidad materna en el mundo.

La HPP puede ser:

1. HPP primaria o precoz: Es aquella que ocurre en las primeras 24h postparto. La principal causa de esta HPP es la atonía y es en la que centraremos esta revisión

2. HPP secundaria o tardía: Aparece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo

La atonía uterina es una emergencia obstétrica que supone el 80% de las hemorragias postparto graves. La podemos definir como la pérdida hemática superior a 500ml cuando el parto es vaginal y de 1000 ml si ha sido una cesárea. Debido a que la valoración y cuantía de la pérdida sanguínea depende en parte del profesional que la valore, además deberá presentar signos y síntomas que indiquen una repercusión hemodinámica.

Las causas de la atonía uterina son las siguientes:

- Distensión exagerada del útero: polihidramnios, gestación múltiple o feto macroscópico
- Parto prolongado
- Parto rápido
- Inducción con oxitocina
- Anestesia general
- Tocolíticos
- Multíparas
- Atonía en embarazos previos
- Corioamnionitis.

Actualmente, en los países desarrollados, la mejora de los cuidados obstétricos y la accesibilidad y el uso de oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% . El manejo activo del alumbramiento, administrando oxitocina entre la salida del hombro fetal anterior hasta 1 minuto tras el nacimiento, clampado rápido del cordón y la tracción controlada del mismo, puede considerarse como un factor protector de las HPP.

## **Objetivo:**

Dar a conocer una guía de trabajo en el servicio de urgencias para la detección, actuación y tratamiento de la atonía uterina.

## **Metodología:**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura publicada sobre la atonía uterina, con el ánimo de definir el protocolo de actuación más adecuado.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, ENFISPO, Cuiden plus, CINAHL, EMBASE, Cochrane plus, Joanna Briggs, IBECs, Excelencia Clínica, IME, OLID e ISOC; así como en los diferentes tratados de obstetricia y ginecología, protocolos existentes en los hospitales de distintas comunidades españolas y recomendaciones de la OMS. Las palabras clave utilizadas fueron: Hemorragia postparto, atonía, uterotónicos, histerectomía, coagulación y revisión.

## **Resultados:**

A continuación pasaremos a detallar las pautas a seguir por el personal sanitario ante la aparición de una atonía uterina.

## **Diagnóstico:**

En los sangrados pospartos, es importante descartar otras causas que pasamos a detallar en la Tabla 1.

	CAUSAS	FACTORES DE RIESGO
<b>Atonía Uterina (Tono)</b>	Sobredistensión uterina	Gestación múltiple/ hidramnios/ macrosoma
	Corioamnionitis	RPM prolongada/ fiebre
	Agotamiento Muscular	Parto prolongado y/o rápido/ elevada multiparidad
<b>Retención de Tejidos (Tejido)</b>	Placenta	Acretismo placentario Cirugía uterina previa
	Coágulos	
<b>Lesiones del canal del parto (Trauma)</b>	Desgarros del canal del parto	Parto instrumental Expulsivo precipitado
	Rotura/ dehiscencia uterina	Cesárea previa Parto instrumental Distocia Hiperdinamia Versión cefálica externa
	Inversión uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de crede
	Adquiridas	Preeclampsia Síndrome de Hellp CID Embolia de líquido amniótico Sepsis Abruptio placentae
<b>Alteraciones de la coagulación</b>	Congénitas	Enf. De Von Willebrand Hemofilia tipo A

## Clínica:

1. Pérdida de sangre muy abundante y masiva aunque en ocasiones no es llamativamente abundante pero si constante.
2. En la palpación abdominal, se palpa un útero blando y alto, por encima del ombligo.
3. TA sistólica. Indica afección hemodinámica leve/moderada/ grave según la cifra tensional sea 100-80/ 80-70/ 70-50 respectivamente.
4. Los síntomas que indican hemorragia también dependerán de la gravedad
  - a. Leve: debilidad, sudor, taquicardia
  - b. Grave: palidez y oliguria.

## Control y tratamiento:

Una vez comprobado que el sangrado es consecuencia de una atonía uterina, realizaremos una cascada de intervenciones, que será imprescindible que sea del conocimiento de la totalidad del personal que atiende a la mujer en el postparto inmediato, para que estas sean llevadas a cabo con la mejor coordinación y a la mayor brevedad.

Las actuaciones que llevaremos a cabo en la atonía inicialmente, serán las siguientes:

- Masaje de fondo uterino
- Valorar constantes vitales y saturación de oxígeno
- Valorar estado general de la mujer
- Asegurar 2 vías venosas de calibre 16 GB. Cursar analítica con hemograma, estudio de coagulación y pruebas cruzadas.
- Colocación de sondaje vesical
- Administrar Ringer lactado, 300ml por cada 100 ml de pérdida hemática a 60-80 ml/h con 20UI oxitocina por cada 500ml.
- Administración de oxitócicos:

o Oxitocina: tratamiento de primera línea de actuación. Se administrara diluida 10-40 UI en 1000ml de Suero fisiológico o Ringer lactado a 200-400 ml/hora

o Metilergometrina: se administra por vía IM; contraindicado si presenta hipertensión o toxemia ya que puede producir HTA grave e isquemia miocárdica.

o Prostaglandinas:

\* F2 $\alpha$ : vía IM o intramiometrial si cesárea o laparotomía. Dosis repetidas cada 15 minutos hasta un máximo de 8 dosis. No usar si la paciente tiene antecedentes de cardiopatía, enfermedades renales o pulmonares.

\* PGE: se usa por vía rectal 200mg cada 2 horas

\* Misoprostol: Es un análogo sintético de las PGE; se utiliza por vía rectal y se administran 1000 $\mu$ g. En los países subdesarrollados a falta de otros fármacos, se utiliza el misoprostol como primera elección Continuaremos reevaluando la situación de la mujer y tomaremos las siguientes medidas:

- Valoración continua del estado y posición del útero, realizando masaje moderado para no agotarlo
- Reevaluar constantes vitales

- Valorar diuresis: daremos por buena, una diuresis superior a 30ml/hora
- Continuar valorando el sangrado, realizar hemograma y coagulación cada 30 minutos.

Si a pesar de todas las medidas, continúa la atonía, continuaremos con la siguiente cascada terapéutica:

- Comprobaremos nuevamente que se trata de una atonía uterina y no hay presencia de desgarros ni restos placentarios.
- Realizar compresión bimanual del útero
- Taponamiento Uterino:

o introducir 4 compresas irrigadas con Ácido Tranexámico u otro hemostático o dinoprostona.

o Utilizar una sonda Foley, Sengstaken-Blakemore o Bakri inflando el balón con 500 ml de suero fisiológico. Si alguno de los dos tratamiento es efectivo, se mantiene de 12 a 24 horas, administrando profilaxis antibiótica y vigilando posible sangrado.

- Ligadura de arterias uterinas
- Ligadura de arterias hipogástricas
- Embolización de arteria uterina angiografía: es el tratamiento de primera línea cuando el sangrado no cede con medicación oxicítica. Presenta una elevada tasa de éxito, pocas complicaciones y conserva la capacidad de ser madre.
- Por último y si el sangrado no cede con nada de lo anterior dispuesto, se procederá a realizar una histerectomía.

## Conclusiones y discusiones:

La atonía uterina es una urgencia obstétrica que está asociada no solo a casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo, sino que también es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos. El personal de enfermería debe saber reconocer los signos clínicos que presenta esta tipo de patología para actuar a la mayor brevedad, ya que se trata de una situación de máxima prioridad.

Debemos tener siempre presente que, aunque se plantee un plan de actuación general, los planes de cuidados para las pacientes siempre serán individualizados según las situaciones que se nos vayan presentando.

## Bibliografía:

1. Fernández-Valero MJ, Martínez Galiano JM, Herrera Gómez A. Hemorragia tras un parto eutócico. *Revista Matronas Profesión*. 2011; 12(1): 24-7
2. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2009; 32 (Supl. 1): 159-167.
3. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 2*. Art. No.: CD003249. DOI: 10.1002/14651858.CD003249.
4. Sandoval, J., Gutiérrez, M., Díaz, N., & Paz, P. (2015). Uso de misoprostol por vía rectal en atonía uterina que no responde a tratamiento convencional. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 46(3), 228-232.
5. Malvino, E., Curone, M., Lowenstein, R., Ferro, H., Korin, J., Bruno, C., & Lantos, J. (2000). Hemorragias obstétricas graves en el período periparto. *Med Intensiva*, 17(1), 21-29.
6. Vázquez, J. A. R., Rivera, G. V., Higarada, S. H., & Grover, F. (2008). Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecol Obstet Mex*, 76(3), 156-60.
7. Eisele, G., Simonelli, D., Galli, E., Alvarado, A., Malvino, E., & Martínez, M. (2007). Hallazgos angiográficos y resultados de la embolización arterial uterina en hemorragias graves del posparto. *Arteriografía y embolización de la hemorragia posparto*. *Rev Arg Radiología*, 71, 395-400.
8. Martínez Galiano, J. M. (2009). Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas prof*, 10(4), 20-6.
9. González Merlo J, González Bosquet E. Capítulo 52: hemorragia del alumbramiento y del postparto. *Infección puerperal. Patología Mamaria y otras complicaciones del postparto*. Editores: González-Merlo J, Lailla Vicens J.M., Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 5ª Edición. Barcelona. Editorial Elsevier Masson, pág. 529-537.

10. Campelo T, Franca M, Haya J, Bajo J. Capítulo 86: Hemorragias del alumbramiento y postparto inmediato. Editores: Bajo Arenas JM, Merchol Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid, Editorial Grupo ENE, año 2007. Páginas 737-744. 11. SEGO, P. (2008). Hemorragia posparto precoz. Prog Obstet Ginecol, 51(8), 497-505.