

MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA

II Congreso Virtual
Internacional SEEUE

Mercedes Aparicio Peralta (Matrona)
Verónica Fernández Gómez (Matrona)

MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA

INTRODUCCIÓN:

La atonía uterina se define como la **incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento**, lo que conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, con la consiguiente hemorragia excesiva en el postparto inmediato (más de 500 ml de sangre tras parto vaginal o más de 1000 ml tras cesárea en las primeras 24 horas).

Constituye una verdadera emergencia, ya que este sangrado está asociado a clínica, originando **hipovolemia, inestabilidad hemodinámica y shock**. Siendo la principal causa de muerte materna en todo el mundo, especialmente en países subdesarrollados o en vías de desarrollo.



MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA

OBJETIVO:

Identificar los **factores de riesgos** relacionados con la atonía uterina, valorar y actuar de manera correcta en el caso de que se presente esta emergencia obstétrica.

Establecer **pautas de actuación** para el personal sanitario que se enfrente a dicho problema.



MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica mediante búsqueda libre y controlada en base de datos Cochrane, Cuiden, Medline, google académico. También se consultaron referencias de los artículos encontrados, guías y protocolos. Se revisaron artículos en español e inglés de años correspondientes entre 2005 y 2015. Como **palabras claves** se usaron **atonía uterina, hemorragia postparto**.



MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Tras la revisión bibliográfica, se identifican los siguientes **factores de riesgos**:

- Sobredistensión uterina
- Agotamiento uterino (exceso de oxitocina)
- Uso relajantes uterinos
- Placenta previa
- Antecedentes de hemorragia postparto en embarazo anterior
- Corioamnionitis
- Alteraciones uterinas anatómicas
- Desprendimiento de placenta normo inserta



MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

- 1º) **Evaluar a la paciente:** La atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia postparto, pero siempre deben descartarse la retención de restos ovulares y de membranas y las lesiones del canal del parto. Observamos sangrado excesivo espontáneamente el fondo del útero blando y alto que tiende a relajarse. Ante la duda siempre realizar una inspección de la cavidad para localizar el origen del sangrado. La hemorragia puede ser torrencial por lo que la actuación debe ser rápida. **Clínica:** Taquicardia y vasoconstricción compensatoria que mantiene la tensión arterial, tardíamente se originará hipotensión.
- 2º) **Pedir ayuda:** Cada centro debe contar con un protocolo de actuación. Se debe involucrar al personal más experto y cualificado.
- 3º) **Monitorizar a la paciente:** Monitorizar TA, oximetría, pulso, ECG y diuresis. Canalizar vía venosa de grueso calibre. VVC si la paciente se encuentra inestable. Extraer muestras de laboratorio: Hb, Htco, Coag.
- 4º) **Resucitación:** Lo principal es restaurar volumen (RGL 300 ml/100 ml de sangre perdidos). Mantener vía aérea permeable, administrar O2 10l/min. Colocar sondaje vesical y canalizar vías venosas de grueso calibre. Solicitar la reserva de concentrados de hematíes y plasma.

MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

ACTUACIÓN

- Se realizara una masaje uterino y un diagnóstico diferencial con la retención de restos y lesiones en el canal.
- Valorar constantes vitales.
- Valorar estado general.

MEDICACIÓN

- Si continua hemorragia administraremos Methergin (Metilergometrina) 1 amp (0.20 mg) IM.
- Si HTA administrar oxitocina 10 UI IM o 5-10 UI en 10 ml IV.
- Si cesárea administrar carbetocina 100 mcg (Duratobal) IM o bolo lento IV (contraindicado en preeclamsia, epilepsia e insuficiencia hepática).

5º) **Reevaluar:** Debemos realizar una valoración continua del fondo uterino, realizando masaje moderado. Valorar TA, pulso, saturación O₂, estado general y diuresis. Reevaluar sangrado, repitiendo determinación de Hb y Coag c/30 min

MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

6º) **Reposición hemática:** Administrar 2-5 concentrado de hematies hasta que la hg se mayor a 8 mg/dl y Hto mayor a 21%. Administrar plasma y plaquetas si recuento plaquetario menos a 20000 o detección precoz de CID.

7º) **Si continúa atonía:** Aumentaremos la perfusión continua de oxitocina. Repetiremos la administración de metilergometrina c/2-4h. Máx 5 dosis. Administraremos PGE1 (Misoprostol, Cytotec) 200 mcg via rectal.

En el caso de que el sangrado continúe realizar **taponamiento mecánico:** 4 compresas impregnadas en Amchafibrim u otro hemostático o taponamiento con sonda Foley o Sengstaken-Blakemore o Bakri, inflando balón con 500 ml de suero salino. Se es efectivo mantener 12-24 h máximo.

8º) **Si aún así, continúa atonía:** Administrar PGF2a (hemabate, carboprost) 250 mcg IM.

Embolización arterial selectiva progresiva

Como último recurso, medidas quirúrgicas: ligadura arterias uterinas, capitonaje de B Lynch, **HISTERECTOMIA.**

MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA

CONCLUSIONES:

Es indudable que la prevención de la hemorragia postparto es la mejor alternativa de manejo para esta complicación y para ello contribuye acciones que no sólo están ligadas al momento de la hemorragia; si no también al control prenatal.

RECOMENDACIONES:

- Evaluar niveles de hemoglobina ante parto y corregir antes del nacimiento.
- No dudar en efectuar el “**manejo activo**” del alumbramiento, pues está plenamente demostrado su eficacia en la prevención de la hemorragia postparto. Las diferentes organizaciones y sociedades científicas abogan por la utilización de un manejo activo del tercer periodo del parto.
- Evaluar signos vitales en el momento de atención al parto como momentos después.
- Si la hemorragia es mayor de lo normal, prepararse para actuar de inmediato.

MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA

BIBLIOGRAFÍA:

- Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto. Rev. Peruana de ginecología y obstetricia, 2015, vol.54, nº4, p.233-243.
- Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. Anales del sistema sanitario de Navarra, 2009, V.32 supl.1
- Manual de urgencias obstétricas para matronas. FUDEN
- Martinez Galiano, J.M. Prevención de las hemorragias postparto con el manejo activo del alumbramiento. Matronas Prof., 2009, Vol.10, nº4, p. 20-6.
- Rivero M, Avanza M, Alegre M, Feu M, Valsecia M, Schaab A, Figueras A. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Univ Nac Nordeste. Resumen M, 2005, Vol. 106.