

ATONÍA UTERINA, UNA EMERGENCIA EN LA SALA DE PARTO

Pérez Vergara, Inmaculada (*); Velasco Ruiz, Miriam(*) ;
(*)Enfermera especialista en obstetricia y ginecología.

INTRODUCCIÓN

La **atonía uterina** es una incapacidad de la musculatura del útero para contraerse tras el alumbramiento. Se produce un fallo en el establecimiento de los mecanismos fisiológicos de la hemostasia: involución uterina subóptima y un déficit en la contracción de las arterias espirales. Es la principal causa de las hemorragias postparto (80%), es responsable del 4% de las muertes maternas en España. El objetivo de llevar a cabo una correcta actuación es prevenir el *shock hipovolémico hemorrágico, la coagulopatía diseminada intravascular, la reducción de la perfusión tisular y la acidosis metabólica*.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible en bases de datos y revistas de ciencias de la salud: PubMed, sCielo, Cochrane Plus y CUIDEN. Se han revisados protocolos y guías de práctica clínica de ámbito nacional e internacional.

Se emplearon como palabras clave: "*Uterine atony*", "*Postpartum hemorrhage*", "*Management*".

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Según la revisión bibliográfica encontrada la **inmediata actuación** y la **revaloración constante** de la paciente es fundamental para resolver con éxito esta urgencia. Podemos concluir la siguiente línea de actuación según los estudios hasta el momento:

i. **Identificar factores de riesgo en la gestante. Manejo activo del alumbramiento.**

ii. **Identificación:** sangrado excesivo, útero blando y alto. Descartar otras causas (Restos ovulares, lesiones del canal del parto, rotura uterina). Activación del equipo multidisciplinar.

iii. **Actuación inicial:** Masaje uterino, valoración constantes vitales y estado general, monitorización con Sat O₂. Canalización 2 vías venosas, cursar hemograma y pruebas cruzadas. Sondaje vesical.

iv. **Actuación inicial farmacológica:** Administrar 10-20 ui de Oxitocina en S.Lactato a velocidad variable según pérdida hemática. Administrar conjuntamente Metilergometrina 0,2 mg IM (Contraindicado en HTA, preeclampsia, epilepsia o insuf.hepatica). Otro fármaco de elección, Misoprostol a dosis de 800 µg por vía Rectal.

v. **Revaloración:** valoración continua del estado del fondo uterino (masaje

moderado, no energético) y de la pérdida hemática; Valoración constantes vitales; Repetir hemograma y coagulación cada 30 minutos.

vi. **Actuación si continua/empeora situación:** Compresión bimanual (vagina-abdominal). Reposición hemática. Aumentar perfusión oxitocina (riesgo saturación receptores). Repetir Metilergometrina 0,20mg IM cada 2-4horas, máximo 5 dosis. Taponamiento con Amchafibrin. Sonda Foley o Sengstaken-Blakemore o Bakri.

vii. **Medidas quirúrgicas:** Fármacos PGF_{2α} intramiometrial si cesárea. Ligadura arterias uterinas o hipogástricas. Plicatura o Capitonaje de B-Lynch. Histerectomía.

OBJETIVOS

Conocer la última evidencia científica disponible sobre la actuación ante la atonía uterina en la gestante tras el parto.

CONCLUSIONES

La atonía uterina y su consecuencia la hemorragia postparto es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna en el mundo. Una atención obstétrica con retraso y de mala calidad puede ocasionar una consecuencia irreversible en la paciente. Identificar con anterioridad las gestantes con factores de riesgo, evaluar la pérdida de sangre de forma eficaz y temprana, la activación, actuación rápida y correcta del equipo multidisciplinar es fundamental para disminuir la mortalidad materna. Los pasos de actuación se deben realizar de forma simultánea por el equipo. La última línea de actuación supone la histerectomía postparto lo que supone un gran impacto psicológico. Concluimos por otro lado la necesidad de una correcta actualización teórica pero principalmente práctica por todo el equipo del servicio de obstetricia para actuar de forma coordinada según la última evidencia disponible.

BIBLIOGRAFÍA

- Collis R1, Guasch E2. Managing major obstetric haemorrhage: Pharmacotherapy and transfusion. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2017 Mar;31(1):107-124. doi: 10.1016/j.bpa.2017.02.001. Epub 2017 Feb 9.
- Viteri OA, Sibai BM. Uterine balloon tamponade for the management of postpartum haemorrhage: A challenge and an opportunity for better evidence. BJOG. 2017 Sep 8. doi: 10.1111/1471-0528.14926.
- Rani PR, Begum J. Recent Advances in the Management of Major Postpartum Haemorrhage - A Review. Clin Diagn Res. 2017 Feb;11(2):QE01-QE05. doi: 10.7860/JCDR/2017/22659.9463. Epub 2017 Feb 1.