

# HEMORRAGIA POSPARTO SECUNDARIA A ATONÍA UTERINA: INTERVENCIÓN EMERGENTE DE LA MATRONA

IBÁÑEZ J. R.FERNÁNDEZ G.V. MATRONAS SAS.

## OBJETIVOS

- La **atonía uterina** es la ausencia de contracción del útero tras el parto. Se desencadena tras la expulsión fetal y la placenta un mecanismo de suma importancia, una potente contracción uterina cuya función es la de cerrar los vasos sanguíneos. Si este mecanismo no se produce, se origina una **atonía uterina** y el resultado es una importante **hemorragia posparto** comprometiendo la vida de la mujer.
- La **hemorragia posparto(HP)** es una de las complicaciones obstétricas más temidas, y está entre las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo.

## MÉTODO

- ❑ **Revisión bibliográfica** de las publicaciones científicas, lectura y revisión de la bibliografía, en las bases de datos **PUBMED, MEDLINE y CINHAI** sobre la **hemorragia posparto**.
  - ❑ Revisión de artículos en páginas webs nacionales e internacionales.
  - ❑ La búsqueda se limitó al intervalo 2.000-2.016. Se incluyeron artículos en español e inglés y con acceso a texto completo. De los 16 artículos revisados, se excluyeron 6 por no abordar la atención profesional ante la hemorragia posparto.
- ✓ Esta revisión tiene como objetivo, conocer la incidencia, los factores de riesgo, el tratamiento y la actuación de los **profesionales sanitarios en general, y de las matronas, en particular**, por su competencia en los trabajos de parto.

## RESULTADOS

- ❑ **Universalmente la HP** se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. Puede aparecer en el primer embarazo y sin ningún antecedente previo.
- ❑ **Clínicamente** se observa que el útero sigue teniendo un tamaño mayor al normal, el fondo se encuentra por encima del ombligo, la consistencia es muy blanda y no se ha formado el **globo de seguridad de PINARD**. Al excitar el útero manualmente se contrae, disminuye el tamaño, aumenta la consistencia, pero rápidamente vuelve al estado anterior.
- ❑ Es favorecida por **factores de riesgo** como: **multiparidad, placenta previa, sobredistensión uterina, retención placentaria, hidramnios, macrosomía, intentos de versión, antecedentes de hemorragia pre y posparto, coriamnionitis, e interrupción de tratamiento oxitócico entre otros.**

## CONCLUSIONES

- ❖ El **diagnóstico es clínico** y el tratamiento ha de abarcar unas **medidas generales de soporte vital** y otras más específicas de carácter etiológico. **El manejo activo puede prevenir hasta un 60% de los casos**, intervención basada en la evidencia, factible y de bajo costo (**MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO: FÁRMACO DE ELECCIÓN OXITOCINA**).
- ❖ La **matrona** ha de manejar las pérdidas sanguíneas que puede provocar signos de inestabilidad motora si no se trata.
- ❖ Valoración del personal de enfermería (**ACTUACIÓN RÁPIDA, LÓGICA Y REGLADA**):
- ❖ Iniciar algoritmo de actuación: **SOLICITAR AYUDA**. Equipo presente (según recursos humanos): 2 matronas, 1 tocólogo, 1 anestesiista, 1 enfermero de quirófano, 1 auxiliar de enfermería, 1 celador y 1 hematólogo en alerta. Ya instaurada profilaxis de atonía uterina según protocolo del servicio de paritorio.
- ❖ Monitorización (TA, pulso, y saturación de O<sub>2</sub>), oxigenoterapia y sondaje vesical permanente.
- ❖ Valoración de doble vía de buen calibre (nº16, nº14), y extracción de analítica urgente completa. Valoración de vía venosa central si se precisa. Reposición de líquidos rápida 1000-2000 en 30 minutos, según prescripción médica.
- ❖ Prever la reserva de sangre según orden médica (reservar si cesárea).
- ❖ **Tocólogo: manejo de la hemorragia; tratamiento etiológico.**
- ❖ Revisión placentaria.
- ❖ Fármacos uterotónicos: **oxitocina (syntocinon), metilergonovina (methergin), PGF<sub>2</sub>alfa (hemabate), PGE<sub>1</sub> (cytotec), carbetocina (duratobal)**, compresión bimanual y peso en fondo de útero según prescripción.
- ❖ Es **potencialmente evitable** si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos (**DIAGNÓSTICO PRECOZ, INTERVENCIÓN RÁPIDA Y TRABAJO EN EQUIPO**). Si tras la aplicación de masaje junto con la administración de uterotónicos la HP no cede y se han descartado otras causas, habrá que recurrir a maniobras terapéuticas más agresivas.

## REFERENCIAS

1. Protocolo SEGO. Hemorragia posparto precoz. Disponible en <http://www.sego.es/>.
2. Williams Obstetrics and Gynecology. 22a edición. Capítulo 35, 2005.
3. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007.
4. Acien P. Tratado de obstetricia y ginecología. Vol. I. Obstetricia, 2.ª ed. Alicante: Mohillo; 2001.
5. .SEGO. Documento de consenso Recomendaciones sobre la asistencia al parto. SEGO; 2007.