



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

8º SEMESTRE

ANALISIS DE DECISION EN LA CLINICA

TRABAJO:

RESUMEN HEMORRAGIA OBSTETRICA

DOCENTE:

DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNO:

MARIO FREDY RUIZ ALFARO

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS , NOVIEMBRE DE 2020

HEMORRAGIA OBSTETRICA

La hemorragia obstétrica continúa siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial siendo mayor en países en vías de desarrollo. Ocurre en el 5% de todos los nacimientos y ocasiona 140,000 muertes al año, que equivalen a una muerte cada 4 minutos. La mayoría de las muertes se dan dentro de las primeras 4 horas postparto.

La hemorragia obstétrica se define como la pérdida sanguínea mayor o igual a 500ml. Por otro lado, es dividida en menor cuando la pérdida oscila entre los 500 y los 1000ml y mayor cuando es más de 1000ml (pacientes que manifiesten datos clínicos de hipoperfusión tisular con pérdidas entre 500 y 1000ml se clasificarían también como hemorragia mayor), a su vez, ésta se divide en moderada cuando la pérdida sanguínea se encuentra entre 1000 y 2000ml y severa cuando es más de 2000ml.

La hemorragia obstétrica puede presentarse en diferentes periodos de tiempo:

Anteparto: hemorragia hasta antes del parto.

Postparto:

Primaria: dentro de las 24 horas posteriores al parto, cuando es mayor de 500ml en el parto vaginal y más de 1000ml en la cesárea.

Secundaria: cuando se presenta posterior a las 24 horas del parto y hasta las 6 semanas del puerperio.

Los cambios hemodinámicos y hematológicos durante el embarazo son protectores contra la pérdida de sangre durante el parto. El volumen de sangre materna aumenta un 45%, aproximadamente 1200 a 1600 ml por encima de los valores en no embarazadas, creando un estado hipervolémico. El volumen de plasma aumenta desproporcionadamente en comparación con el aumento de la masa de glóbulos rojos, lo que disminuye la viscosidad de la sangre. La resistencia vascular disminuye, lo que ayuda a la perfusión uterina. En embarazos a término, el útero recibe 700 a 900 ml de flujo sanguíneo por minuto. Los cambios en la concentración y actividad de los factores de coagulación en el embarazo dan como resultado un estado de hipercoagulabilidad que ayuda a las mujeres a alcanzar rápidamente la hemostasia tras la expulsión placentaria.

Estas adaptaciones fisiológicas y protectoras, permiten a las mujeres compensar una gran pérdida de sangre. Sin embargo, también pueden contribuir a un retraso en el reconocimiento de la hipovolemia asociada con la pérdida de sangre severa.

La hemorragia obstétrica es una condición prevenible, y representa una de las principales causas de muerte en el mundo. En estudios realizados por la OMS se revela que entre el 25 -30% de muertes maternas se deben a hemorragia obstétrica, tales muertes inician usualmente al relacionarse con el desarrollo de choque hemorrágico y sus consecuencias, especialmente la disfunción orgánica múltiple.

Hay muchos factores de riesgo conocidos para la hemorragia obstétrica, como placenta previa,

desprendimiento de la placenta, la gestación múltiple, la corioamnionitis, etc. Los casos de mujeres que mueren por hemorragia postparto han demostrado incidentes en la atención, entre ellos:

1. Prevenir directamente la hemorragia obstétrica:

No se utiliza el manejo activo de la tercera etapa del trabajo

2. No se reducen los factores de riesgo como:

No se corrige la anemia durante el embarazo

No se previene el trabajo prolongado

3. Habilidades limitadas en:

Reconociendo retardado de la gravedad de la hemorragia

Reanimación insuficiente de líquidos

Retraso en detener el sangrado

Demora en avanzar de procedimientos conservadores a intervenciones radicales

Observación de seguimiento en la mujer después de detener inicialmente el sangrado

4. Problemas administrativos y de atención de la salud:

Medicación y banco de sangre con disposición difícil

Alteración en instalaciones (disponibilidades de unidades de cuidados intensivos adultos)

Problemas de traslado

De acuerdo a las causas, la hemorragia obstétrica puede clasificarse ampliamente como hemorragia anteparto, intraparto y posparto.

En la mujer con hemorragia obstétrica es conveniente evaluar su causa utilizando la nemotécnica de las "4 T":

Tono (atonía uterina)

Tejido (retención de restos placentarios)

Trauma (lesión cervical o vaginal durante el parto)

Trombosis (desordenes de coagulación)

La intervención más significativa que ha demostrado reducir la incidencia de hemorragia obstétrica postparto es el manejo activo de la tercera etapa del parto a través de:

Pinzamiento tardío del cordón umbilical

Tracción controlada del cordón umbilical para el alumbramiento

Administración profiláctica de uterotónicos posterior a la expulsión del hombro anterior del producto, por ejemplo, oxitocina o carbetocina.

Otras intervenciones que previenen o reducen el impacto de la hemorragia obstétrica son:

Evitar el trabajo prolongado

Traumatismo mínimo durante el parto vaginal asistido.

Detección y tratamiento de la anemia durante el embarazo

Identificación de la placenta previa, acretismo placentario por medio de ultrasonido.

En el caso de la paciente con embarazo complicado por alteración en la implantación placentaria, se requiere una planificación de la interrupción de la gestación multidisciplinaria.

Es importante vigilar y considerar los distintos signos y síntomas de hemorragia en la paciente en periodo de puerperio inmediato como: taquicardia, hipotensión, oliguria, extremidades frías, dolor en hipogastrio.

La "regla de 30" ayuda a estimar la pérdida sanguínea, ésta consiste en: si la presión arterial sistólica de la paciente disminuye en un 30%, la frecuencia cardiaca aumenta en un 30%, la frecuencia respiratoria aumenta a más de 30 por minuto, la hemoglobina o el hematocrito caen un 30% y la producción de orina disminuye a <30 ml/h, es probable que la paciente haya perdido el 30% de su volumen de sangre.

Criterios diagnósticos

Perdida mayor al 25% de la volemia. (50% de la volemia en 3 horas)

Descenso del hematocrito 10 o más puntos

Pérdida aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos

Descenso de la hemoglobina 4 gr/dl

Cambios hemodinámicos que desencadena presencia de síntomas: debilidad, vértigo, síncope y /o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria. Estos datos están presentes cuando la paciente ha perdido una cantidad importante de sangre.

Clasificación

a) Antes de parto: Placenta previa (0.5%)

Desprendimiento de placenta (10%)

Ruptura uterina

Vasa previa

b) En el puerperio:

Precoz 50% (Primeras 24 horas) Atonía uterina (50 a 60%)

Traumatismo cérvico-vaginal (20 a 30%)

Retención de restos ovulares (10%)

Trastornos adherenciales placentarios

Inversión uterina

Tardío (Entre las 24 horas y la 6ta. semana)

Retención de restos ovulares

Endometriometritis

Involución anormal del lecho placentario

Dehiscencia de la histerorrafia

c) Secundarias: Coagulopatías congénitas, adquiridas

Coagulación intravascular diseminada

Coagulopatía pos transfusional

Sepsis intrauterina

Pre eclampsia /HELLP

Óbito fetal

Factores de Riesgo de la HAP

Placenta previa: Edad Materna mayor a 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrado, aspiración manual endouterina, miomectomía, cesáreas), tabaquismo.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI): Uso de cocaína, sobre-distensión uterina, enfermedades hipertensivas, colagenopatías, antecedente de DPPNI, trauma abdominal, trombofilias.

Rotura Uterina: Antecedente de cicatrices uterinas, uso iatrogénico de oxitócicos, parto prolongado, malformaciones, infecciones y adenomiosis uterinas.

Manifestaciones clínicas de HAP

a. Placenta Previa: La hemorragia genital se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida de cantidad variable, roja rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño. Se presenta al final del segundo trimestre, habitualmente sin actividad uterina.

La terapia debe estar orientada a prevenir el shock hipovolémico y el parto pretérmino.

b. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI): Síndrome hemorrágico que se presenta por desprendimiento total o parcial de la placenta normalmente insertada .

La tríada clásica de síntomas en el DPPNI son: hemorragia dolor e hipertensión uterina. Si el desprendimiento supera el 50%, generalmente ocurre muerte fetal por hipoxia y sobreviene otras complicaciones como shock hipovolémico, alteraciones la crisis sanguínea e insuficiencia renal. Se debe considerar que las cifras de presión pueden aparentar normalidad si existe síndrome hipertensivo del embarazo.

La hemorragia genital es oscura y con coágulos, de cuantía variable que no guarda relación con la gravedad del cuadro clínico. Se evidencia irritabilidad uterina progresiva: contracciones uterinas, polisistolía, hipertensión y finalmente un útero de consistencia "leñosa", típico de este cuadro. Es difícil palpar al feto y en un 60 % existen datos de riesgo de pérdida de bienestar fetal y un 15 a 35% muerte fetal.

En un DPPNI con feto vivo menor de 34 semanas, sin alteraciones de la coagulación ni existencia de otros problemas maternos y/o fetales, se puede optar por una actitud expectante, con vigilancia del estado materno fetal e inducción de la maduración pulmonar con corticoides .

Con feto vivo mayor a 34 semanas, se debe interrumpir el embarazo por vía vaginal, si la paciente se encuentra estable, o por cesárea.

Con feto muerto se puede interrumpir el embarazo por vía vaginal y si existe compromiso del estado general materno la interrupción debe ser por cesárea.

c. Rotura Uterina: Se dividen en: dehiscencia (rotura de cicatriz previa) y rotura de útero sin cicatriz previa (por maniobras obstétricas, traumatismos, trabajo de parto prolongado con desproporción feto-materna).

El principal factor de riesgo es el antecedente de una cesárea previa 0.2%.

Luego de dos cesáreas previas el riesgo se eleva a 3.7% .

Los signos clínicos son: Dolor abdominal, dolor a la palpación, pérdida de bienestar fetal, palpación fácil de partes fetales, muerte fetal, hemorragia vaginal, colapso circulatorio materno; taquicardia, hipotensión.

Si se sospecha de ruptura uterina se debe practicar una laparotomía para valorar la severidad de la misma y decidir la conducta. La histerorrafia se usa en pacientes jóvenes, que deseen preservar su fertilidad y que se encuentren hemodinámicamente estables. La histerectomía se recomienda en pacientes añosas, con paridad satisfecha, cuando la rotura es amplia y anfractuosa o cuando existe compromiso del estado general.

d. Rotura de vasa previa: Es una condición rara cuya falta de diagnóstico puede ocasionar una mortalidad fetal del 60%. Ocurre cuando existe una inserción velamentosa del cordón, que atraviesa las membranas en el segmento inferior del útero por delante de la presentación fetal. Clínicamente se evidencia sangrado genital que ocurre después de la ruptura de membranas, con un útero relajado, en presencia de riesgo de pérdida del bienestar fetal que no guarda relación con la cuantía de la hemorragia. Ante la sospecha se debe analizar la sangre vaginal para determinar si existe hemoglobina fetal y se debe proceder a interrupción inmediata del embarazo por la vía más expedita.

e. Rotura de seno marginal (separación marginal de la placenta): En un 20% de los casos la hemorragia queda limitada a un hematoma retro placentario, existe un sangrado prolongado que se asocia a parto prematuro, rotura de membranas, infección ovular y en ocasiones a consumo de factores e hipofibrinogenemia.

El tratamiento es expectante y se basa en reposo absoluto y mantenimiento del estado general de la paciente. En el momento del parto se realiza aminorrexia y transfusión de hemoderivados en caso necesario.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA HPP

De acuerdo a Herschderfer un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas.

Las tres causas más frecuentes de HPP son: Atonía uterina (50-60%), placenta retenida, restos placentarios (20-30%), laceraciones cervicales y/o vaginales (10%). Todos ellos representan aproximadamente el 95% de todas las causas de HPP.

a. Atonía Uterina: Es la causa principal de la HPP . Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en países pobres.

Los factores de riesgo son: sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad; y corioamnionitis por rotura prematura de membrana. Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato.

Al examen físico se evidencia sangrado transvaginal abundante, rojo rutilante continuo, no doloroso. Se palpa un útero aumentado de tamaño flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual. Al examinar el canal del parto, no se evidencia laceraciones, el cuello uterino está dilatado y los signos vitales se alteran dependiendo de la cuantía de la pérdida hemática.

El manejo activo de alumbramiento reduce el riesgo de HPP en más de un 40%.

El tratamiento se basa en vaciar la vejiga y administrar uteroconstrictores, masaje uterino y ocasionalmente medidas quirúrgicas.

b. Retención Placentaria: Si luego del manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida. El primer paso en el manejo de esta patología es la inyección venosa intraumbilical de occitocina: 10-20 U diluidas en 20 ml de solución fisiológica.

Si luego de 15 a 30 minutos no se observa signos de desprendimiento se debe realizar una extracción manual de la placenta. Se encuentra contraindicada la administración de ergonovínicos, porque puede ocasionar una contracción uterina tónica que retardaría más la expulsión.

c. Restos Placentarios: El sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente. La conducta más adecuada es la revisión de cavidad uterina y legrado instrumental.

d. Traumatismo del Canal del Parto: Asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa.

La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.

Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas.

e. Placenta Acreta: Es la adherencia anormal de la placenta al miometrio. El diagnóstico se puede realizar a través de la ecografía durante la gestación.

La incidencia de placenta acreta va en aumento debido al mayor número de cesáreas realizadas. Cuando el útero no presenta cicatriz la incidencia de acretismo es del 5% si existe placenta previa. Con una cicatriz de cesárea previa la incidencia aumenta al 10% y con más de una cesárea previa la incidencia se eleva a más del 50%. de las pacientes presentan placenta ácreta.

Actualmente están en investigación conductas alternativas más conservadoras como la embolización de las arterias uterinas, dejando la placenta in situ esperando su reabsorción, así como la administración semanal de metotrexato después del parto, con lo que se logra el alumbramiento espontáneo semanas más tarde.

f. Inversión Uterina: Caracterizada por la triada: Hemorragia transvaginal profusa, dolor y choque. Puede ser parcial; la inversión esta aun dentro la

conducto vaginal diagnosticada por examen vaginal y total; el útero se exterioriza a través de la vulva.

Se debe revertir el útero manualmente manteniendo sostenido con oxitócicos, en caso necesario tocolíticos, ritrodina, terbutalina, sulfato de magnesio y/o los anestésicos halogenados, para facilitar reversión uterina. El fracaso requiere tratamiento quirúrgico.

g. Hemorragias "Ocultas": Lesiones de la arteria uterina, pueden originar extensos hematomas pelvianos: en ligamento ancho, región para cervical o para vaginal y en retro peritoneo, el diagnóstico es clínico, confirmado por ecografía abdomino-pelviana. Cuando el volumen supera los 4 cm de diámetro, requiere tratamiento quirúrgico drenaje y hemostasia.

Hemorragias retroperitoneales secundarias a una histerectomía requieren transfusiones masivas y nueva laparotomía exploradora para efectuar hemostasia, en caso de histerectomía subtotal con sangrado probable de vasos cervico-vaginales se puede realizar una arteriografía de arteria hipogástrica con el objetivo de identificar el vaso sangrante y proceder a su embolización.

TRATAMIENTO

El manejo inicial de la hemorragia obstétrica se basa en la identificación y la corrección de la causa que lo origina. El tratamiento debe estar basado en tres pilares fundamentales:

I. Medidas generales

II. Resucitación

III. Control del sangrado:

A. Tratamiento no quirúrgico

1. Medicamentoso (de primera línea)

2. Intervencionista (de segunda línea)

3. Radiológico

B. Tratamiento quirúrgico

1. Cirugía conservadora

2. Cirugía radical

I. MEDIDAS GENERALES

a. Historia clínica detallada, para identificar la causa del sangrado genital.

- Sonda Vesical para vaciar vejiga y cuantificar diuresis horaria.
- Identificar posibles restos ovulares o laceración del tracto genital.
- Cuantificar la pérdida sanguínea.

b. Monitoreo del estado hemodinámico y la resucitación adecuada

- Electrocardiograma, presión arterial y saturación de oxígeno.
- Monitoreo invasivo en paciente hemodinámicamente inestable

II. RESUCITACIÓN

Es restaurar el volumen sanguíneo y mantener la perfusión de los tejidos, para ello se debe seguir los siguientes pasos:

- Volumen alto de oxígeno 8L/minuto.
- Cabeza baja, recostada de lado izquierdo si aún no hubo parto, para evitar compresión aortocava.
- Acceso venoso Branula 14 o 16, se requiere dos vías, previa toma de hemograma, coagulograma y pruebas cruzadas, fibrinógeno.
- Líquidos: cristaloides, coloides evitando dextrans para no alterar la agregación plaquetaria (no exceder 3 a 5 litros) previa transfusión sanguínea. Para iniciar la reposición y expansión del volumen circulante se puede usar 1000-2000 ml de soluciones cristaloides, la relación es 3:1 (o coloides relación 1:1). La hipotermia aumenta el riesgo de falla orgánica múltiple y coagulopatía, por lo que los líquidos a reponer deben estar alrededor de los 37 grados para evitar la hipotermia.
- Corregir la acidosis y la hipocalcemia.
- Transfusiones de paquete globular cuando se ha perdido 30 a 40% de la volemia, Hb 6, o Hb 10 con sangrado activo.
- Se recomienda transfusión de plaquetas, cuando $< 75 \times 10^3$. La Dosis recomendada es una unidad de plaquetas por 10 kg. de peso.
- Evitar coagulopatía dilucional, con productos de coagulación, se acepta hemoglobina de 8 mg/dl.

a. Resucitación hemorrágica

Clásicamente la resucitación hemorrágica se basó en la administración de cristaloides, coloides y paquetes globulares, el uso de otros productos como plasma fresco congelado, crioprecipitados, y plaquetas en hemorragias masivas donde las plaquetas son $< 50000 \text{ mm}^3$, fibrinógeno menor a 100 mg/dl, tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina mayor a 1,5xnormal, con el fin de prevenir una coagulopatía dilucional, hipotermia y acidosis que llevan a una coagulopatía disfuncional.

En la atonía uterina, placenta acreta, abruptio placentario, se evidencio que la coagulopatía temprana puede iniciarse antes de la hemodilución o el consumo de factores de la coagulación, uno de los mecanismos es a través de la proteína C que a su vez inhibe a los factor V y VIIIa de la coagulación y así desencadenar fibrinólisis y la hemorragia subsecuente.

b. Resucitación hemostática

La resucitación hemostática ha demostrado la reducción de la mortalidad en un 15 a 62% . Involucra los siguientes aspectos:

- Limitar el uso de cristaloides, siendo permisivos con la hipotensión.
- Administración temprana de plasma fresco y plaquetas concomitantemente con paquetes globulares, en una relación (1:1:1), sin esperar pruebas de coagulación.
- Uso temprano de factor VII activado recombinante.

Los objetivos a alcanzar son:

Fibrinógeno, >100 mg/dL

Hematocrito, 21 % (hemoglobina, 7 g/dL)

Recuento de plaquetas, >50x10³/ μL

Tiempo de protrombina y APTT, < 1.5 tiempos control (Relación Internacional Normalizada RIN < 1.5)

c. Recomendaciones para reposición de líquidos y hemoderivados durante el parto

La hemodilución normovolémica aguda, condiciona, condiciona mayor riesgo de sangrado aunque suele ser subestimada, el flujo sanguíneo uterino representa el 20% del gasto cardiaco.

Recuperación y reposición de células sanguíneas

La recolección de sangre en bolsas de sangre citratada, hasta un litro, en pacientes cuya Hb. es > 10 mg/dl. La reposición puede realizarse en un periodo de 2 a 6 horas, se debe implementar en pacientes que se prevé hemorragia masiva (placenta ácreta, percreta, abrupcio placentario, embarazo ectópico, rotura uterina, etc.) o en pacientes que tengan riesgo de transfusión alogénica. Técnicamente consiste en la recuperación de células sanguíneas de la sangre del campo operatorio a través de filtros que limitan factores tisulares como alfafetoproteína, plaquetas, procoagulantes con la finalidad de su reutilización en la paciente, en forma paquetes globulares recuperados y resuspendidos en solución salina. Sin embargo por el alto costo y riesgo de contaminación y secundariamente embolismo de líquido amniótico iatrogénico, su uso no se ha generalizado.

Factor VIIa activado recombinante

Constituye terapia de elección en hemorragias masivas siempre y cuando el paciente tenga más de 50000 mm³ plaquetas, fibrinógeno de 50 a 100 mg/ dl, temperatura > a 32 grados centígrados, pH 7,2 y calcio normal ionizado, activa la cascada de la coagulación, se une a las plaquetas y formar depósitos de fibrina; si bien la vida media es de 2 a 6 horas existe riesgo de tromboembolismo pulmonar y/o arterial, la dosis recomendada 90 mg/kg peso.

El uso de factor VII activado recombinante si bien es una alternativa para salvar la vida y ha disminuido la muerte por hemorragia obstétrica, es costoso y de difícil administración .

III. Control del sangrado

A. Tratamiento no invasivo

1. Tratamiento medicamentoso (De primera línea)

Oxitócicos: oxitocina 10 U, endovenoso lento, constituye una de las recomendaciones preventivas [9], mantener con 20U en 500 ml de solución glucosada.

Maleato de ergometrina 0,2 mg IM y reevaluar a los 10 minutos.

Carbetocina 100 ug, IV previa liberación de receptores con 200 ml de solución fisiológica a infusión continua por 5 a 6 minutos.

Misoprostol 800 a 1000 Ug, vía rectal.

El ácido tranexámico se ha sugerido en caso de atonía refractaria o sangrado persistente secundario a trauma genital.

2. Tratamiento intervencionista (De segunda línea)

Masaje uterino bimanual, una mano a través de la vagina en puño presionando la pared anterior del útero y la otra supraumbilical sobre cara posterior del cuerpo uterino.

Taponamiento uterino (efectivo en el 84 % de los casos) , el dispositivo más utilizado fue el catéter Sengstaken Blakemore, Barkri.

La colocación de un balón (Cobra Cordis 5F) a la arteria iliaca interna a través de la femoral común, siguiendo la técnica de Seldinger, a una presión 1-2atm., se insufla y se deja por 24 horas a 48 horas, con profilaxis antibiótica, este procedimiento es seguro, efectivo y se puede realizar en pacientes inestables. Es importante contar con el apoyo de un radiólogo experimentado.

Indumentaria antichoque, no existe estudios randomizados que lo recomienden, la posibilidad de beneficiar al paciente está en disminuir la pérdida de sangre 200 ml aproximadamente lo que no diferencia determina diferencia de la conducta quirúrgica a seguir.

3. Tratamiento radiológico: En paciente estable, la embolización de la arteria uterina alcanza una efectividad del 90%, preservando la fertilidad y recuperando las menstruaciones en un 100% después de un parto. Puede presentarse complicaciones como: dolor, fiebre, embolismo pulmonar, infección pélvica hasta necrosis de útero y vejiga (0 a 10%).

B. Tratamiento quirúrgico

1. Cirugía conservadora . Se recurre a ella si las otras medidas son insuficientes.

Ligadura de Arteria Uterina inmediatamente después del alumbramiento. El éxito es del 90%, más aun si se tiene el dato de placenta ácreta por su alto riesgo de morbi-mortalidad materna.

Ligadura de la arteria iliaca interna efectiva en un 84%.

Las mujeres sometidas a cualquiera de las ligaduras arriba señaladas tienen probabilidades mantener su capacidad reproductiva.

Balón del Catéter Fogarty, colocado en arteria iliaca interna durante el preoperatorio sin complicaciones en la cesárea histerectomía .

Las suturas de compresión uterina (B-Lynch), son efectivas en el 91% de los casos. Sin embargo, existe riesgo de necrosis uterina, adherencias intrauterinas y abdominales así como piometra .

Múltiples suturas cuadradas; procedimiento seguro para hemorragia masiva post parto, asociada a pocas complicaciones de infección, isquemia y adherencias.

De acuerdo a Doumouchtsis no existe diferencias estadísticamente significativas entre los diversos procedimientos como la compresión bimanual, tapón uterino, embolización y /o ligadura de arteria uterina, ligadura de arterias iliacas y suturas de compresión uterina.

2. Cirugía radical

Históricamente la primera indicación para histerectomía fue la atonía uterina actualmente son las anomalías de placentación.

La histerectomía continúa siendo la opción de control de sangrado para salvar la vida de la paciente., se realiza para salvar la vida y antes de desencadenar una coagulopatía.

ANESTESIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA MASIVA DESCOMPENSADA

La anestesia epidural es segura y superior a la general , menor pérdida sanguínea, bronco aspiración, paciente despierta a pesar de la hipotensión por vasodilatación periférica. Si se prevé una cirugía prolongada por placenta ácreta se prefiere anestesia general, por la estabilidad hemodinámica de la paciente y el confort. Es importante realizar un consentimiento informado en pareja.