

Hemorragias postparto

Patología del alumbramiento

**A la emperatriz Mumtaz, de su marido el Shah Jahan,
fallecida en 1630 por una hemorragia tras el parto de su 14° hijo**



**El lugar de reclusión del Shah Jahan,
frente al Taj Mahal, encarcelado por su hijo**

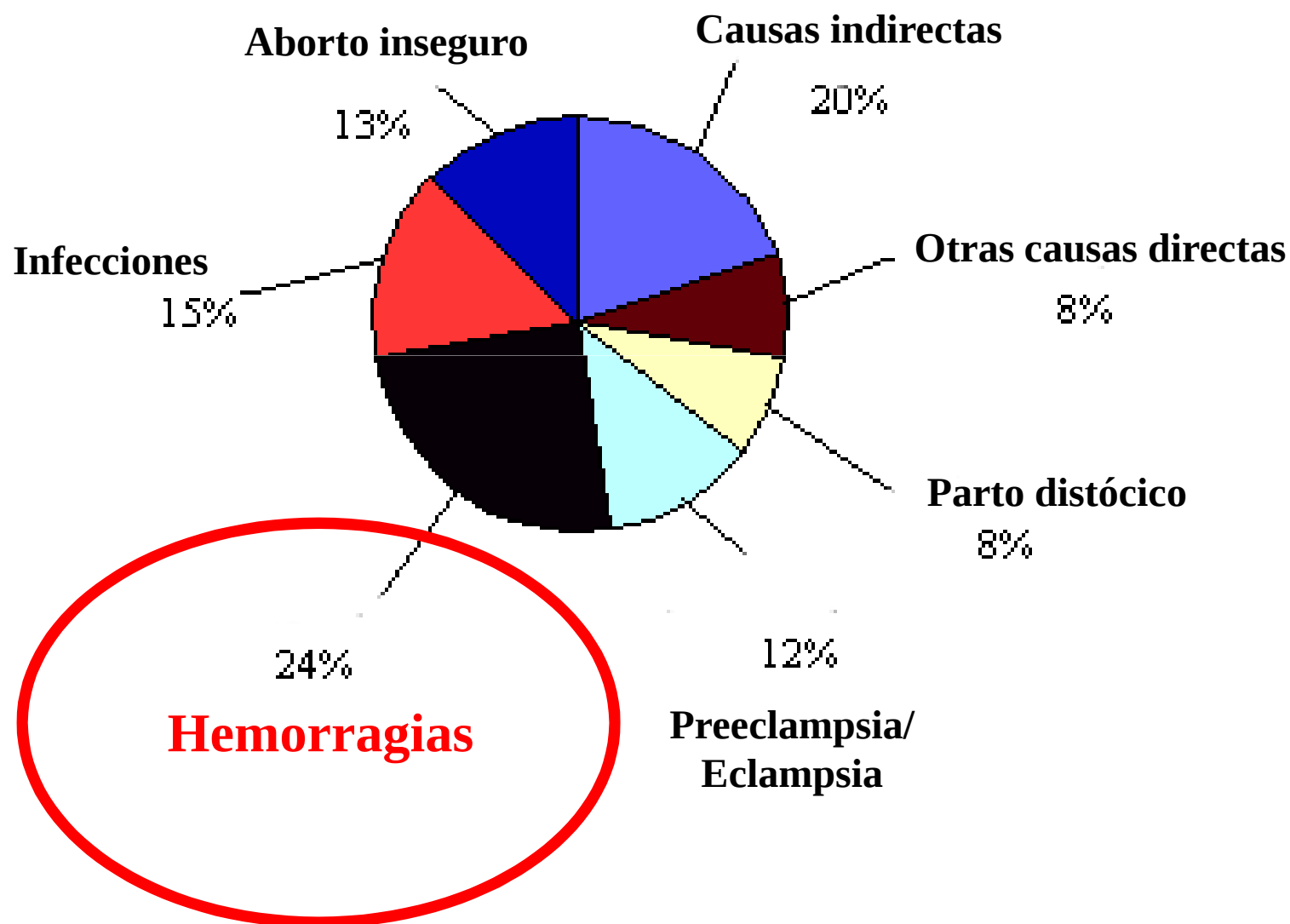
La **primera causa de muerte materna** (~ 25 %),
aunque en el I mundo es la segunda, tras los
Accidentes tromboembólicos

Su **importancia es inaceptable** en el III mundo,
en **África** provoca mas de 75000 muertes anuales

Su **pronóstico** lo definen primero su cantidad,
pero también por la situación previa

Es **susceptible de profilaxis y tratamiento** pero...
en el 60 % no hay factores de riesgo, y en el
III mundo no existen recursos.

Causas de muerte de gestante y puérperas



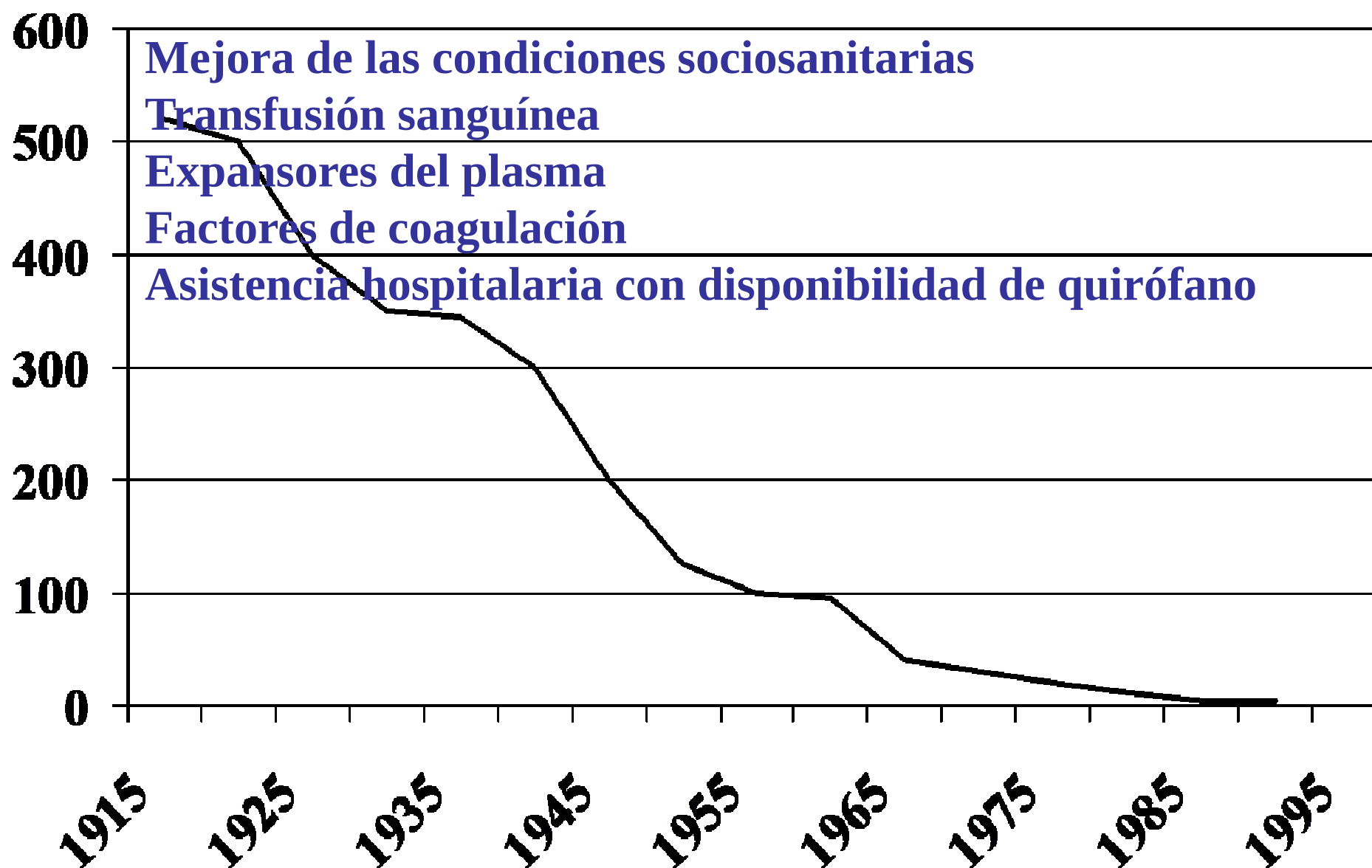


Figura 1 .- Mortalidad Materna en España. Tasas por 100.000 nacidos vivos

Hemorragia postparto

Conceptos:

- + Pérdida > 500 ml. en el parto vaginal
- + Pérdida > 1000 ml. en la cesárea
- + Clínica de hipovolemia
- + Caída del hematocrito > 10 %
- + Necesidad de transfusión

Frecuencia:

- + 3-5 % de los partos vaginales, infraestimada

Formas { Primaria: Primeras 24 horas
Secundaria: De las 24 horas a la 6 semanas

El aumento de volemia de la gestante mejora la tolerancia

Etiología de las formas primarias:

Atonía uterina

Desgarros del canal del parto

Alteraciones del desprendimiento placentario

Defectos de la coagulación

Etiología de las formas secundarias:

Subinvolución de la inserción placentaria

Restos ovulares retenidos

Endometritis

Trastornos de la coagulación

Oxitocicos

Antibioticos

Legrado

Cribado de coagulopatias

Atonia uterina

Contracción miometrial insuficiente tras el alumbramiento

Factores de riesgo:

Partos prolongados:

Inducciones

Oxitocina

Corioamnionitis

Hiperdistensión uterina

Multiparidad

Antecedente de atonia

Cínica:

Hemorragia profusa

Utero blando, elevado

Deterioro hemodinámico rápido

Alteraciones de la hemostasia uterina

Atonia uterina

Conducción: Seguir en orden sucesivo

Masaje uterino

Sondaje vesical

Ayuda: Control hemodinámico

Oxitócicos

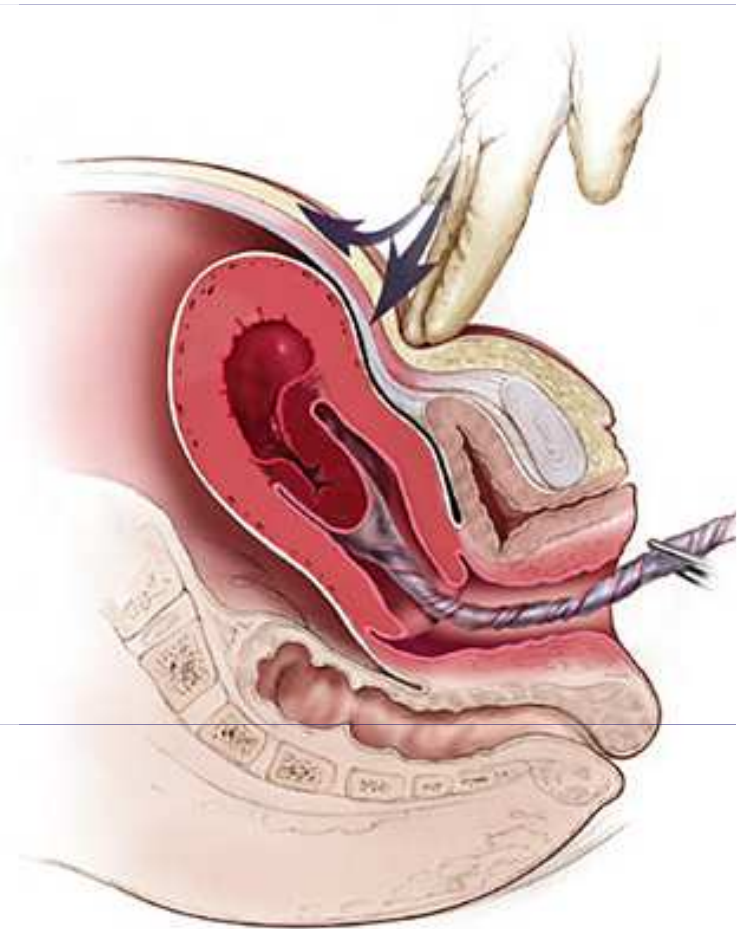
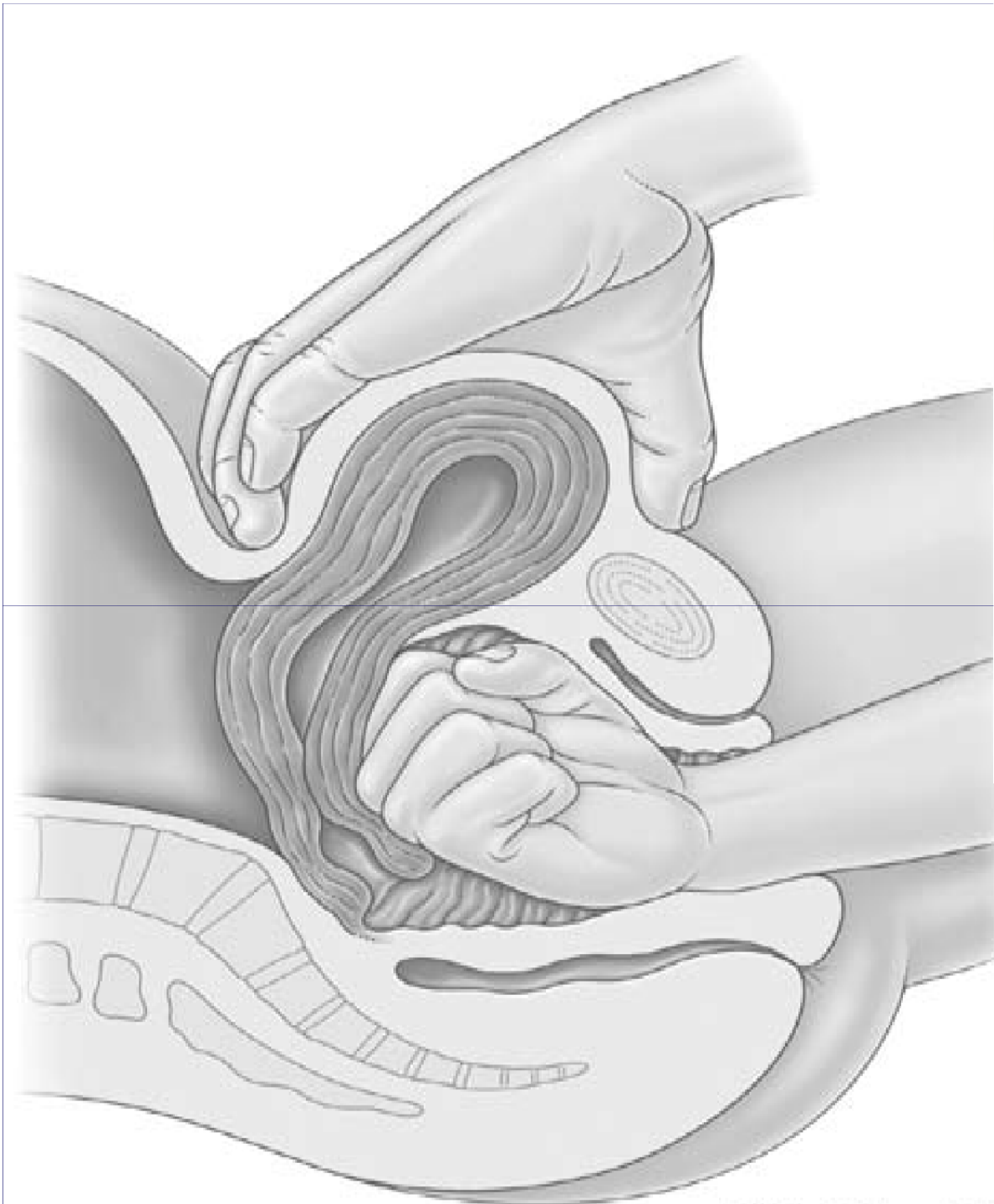
Canalizaciones venosas

Compresión aórtica

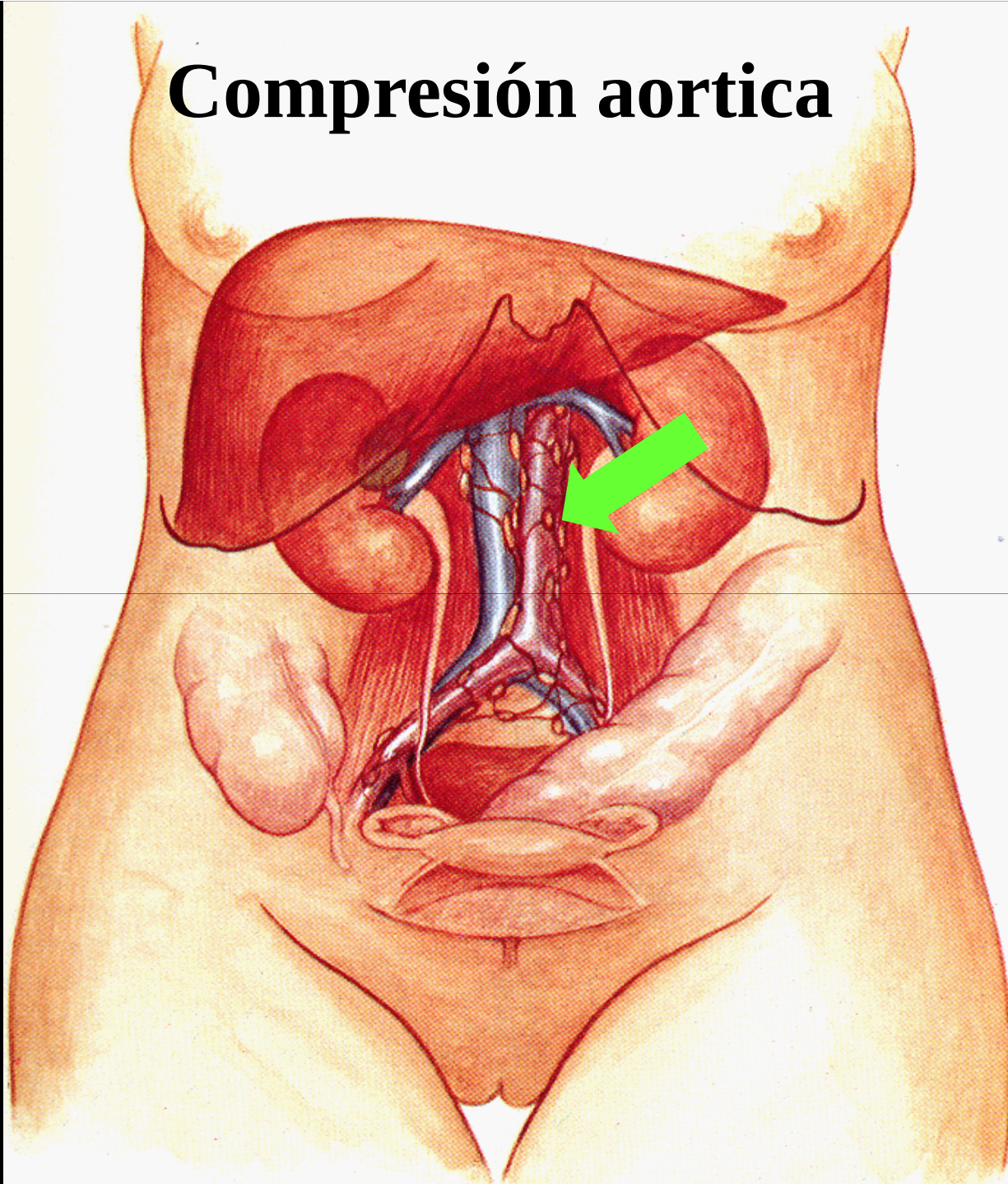
Revisión de la placenta y canal del parto

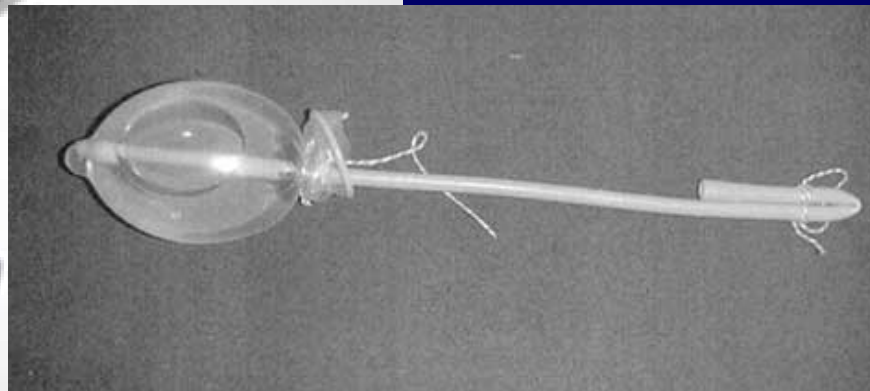
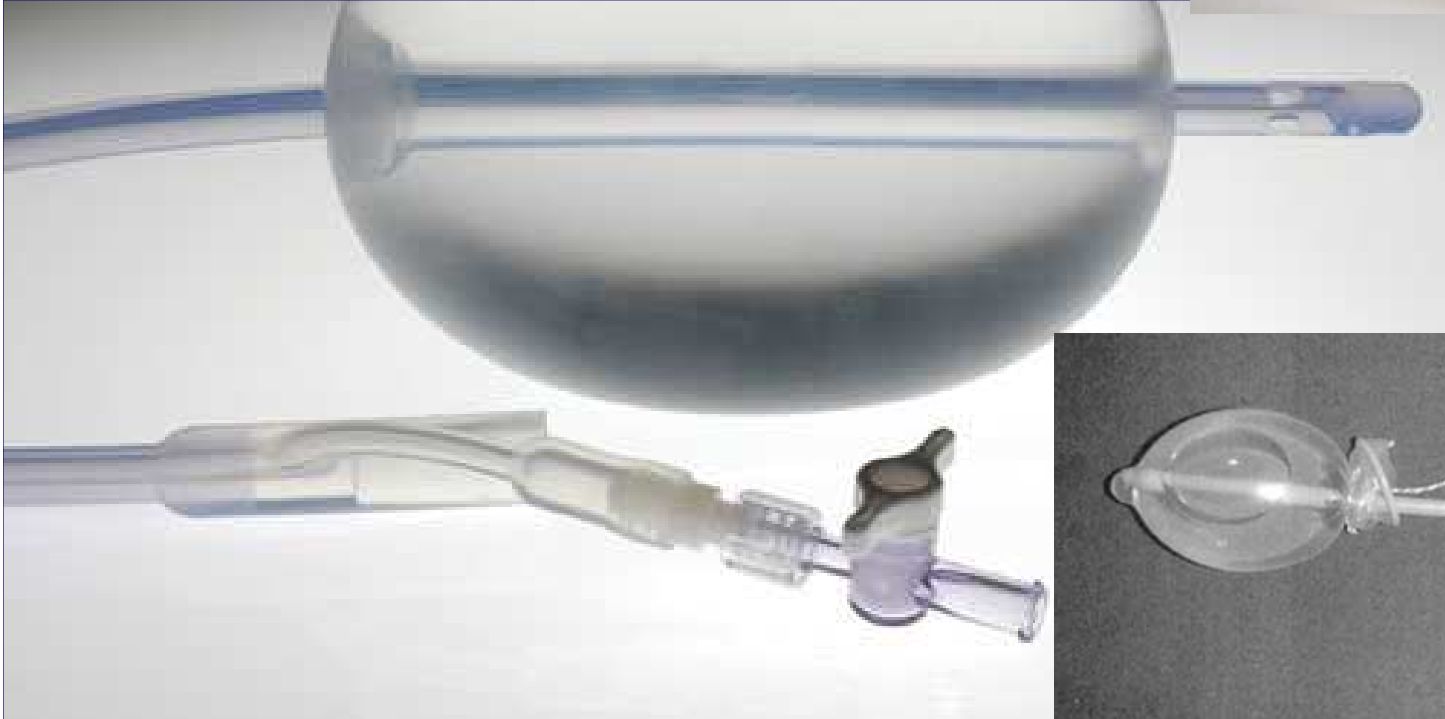
Taponamiento uterino

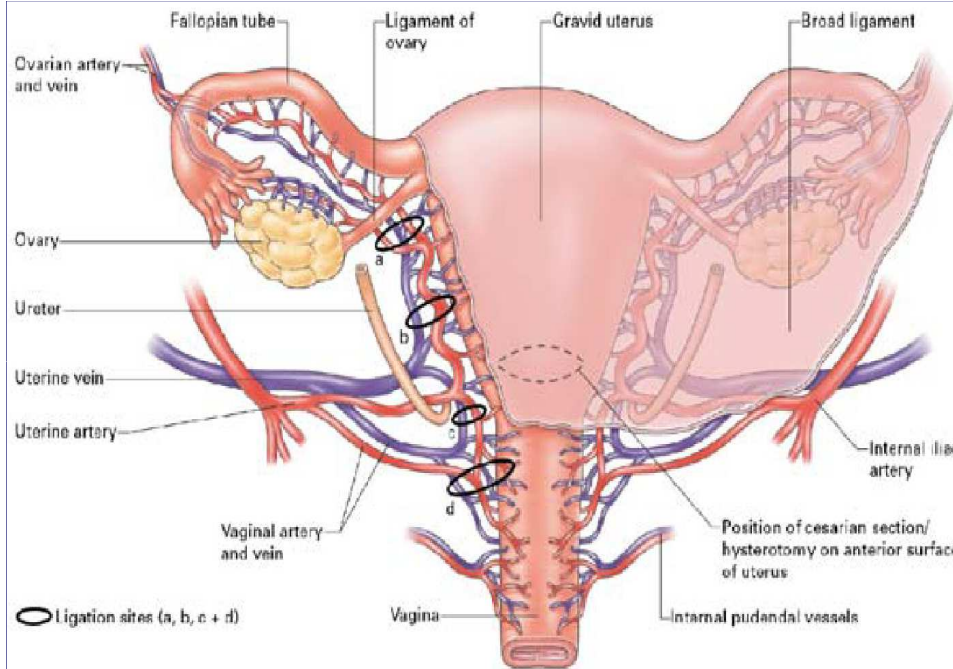
Medidas quirúrgicas



Compresión aortica

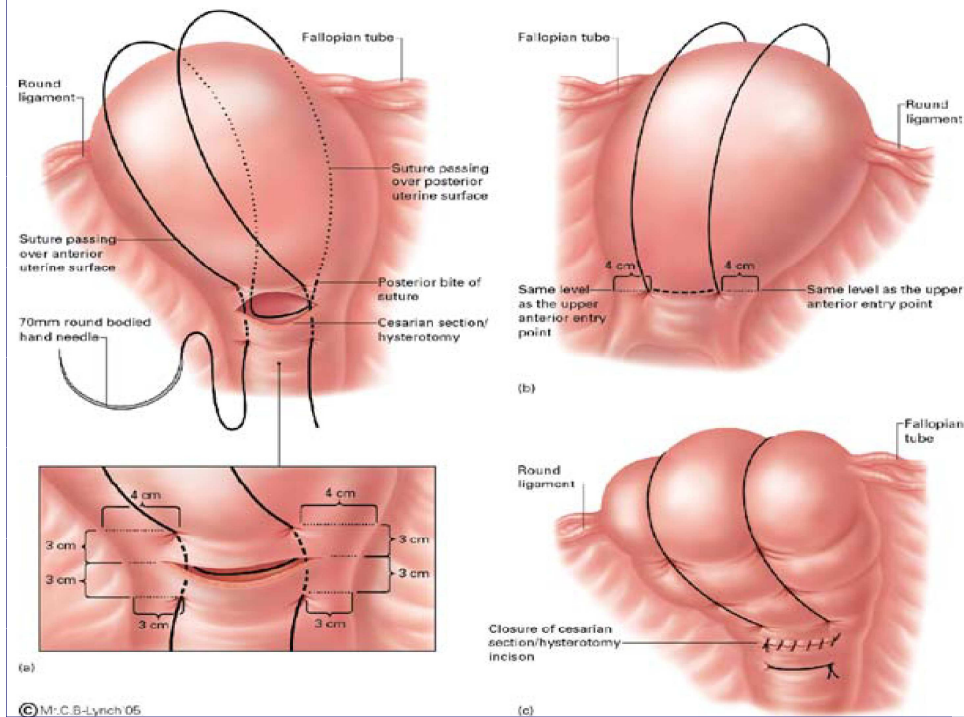
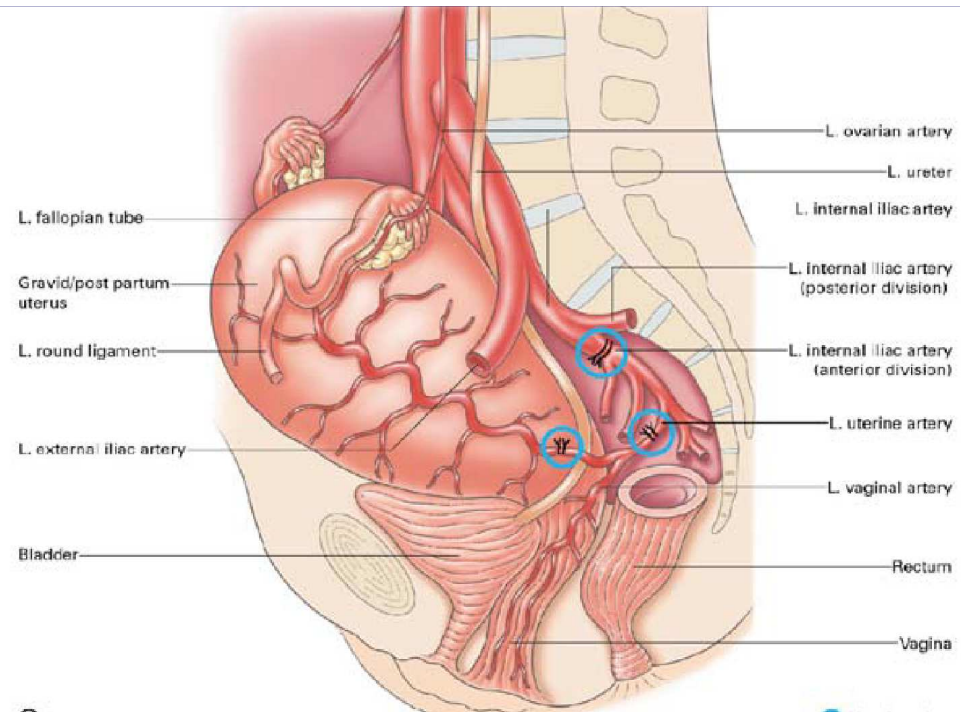






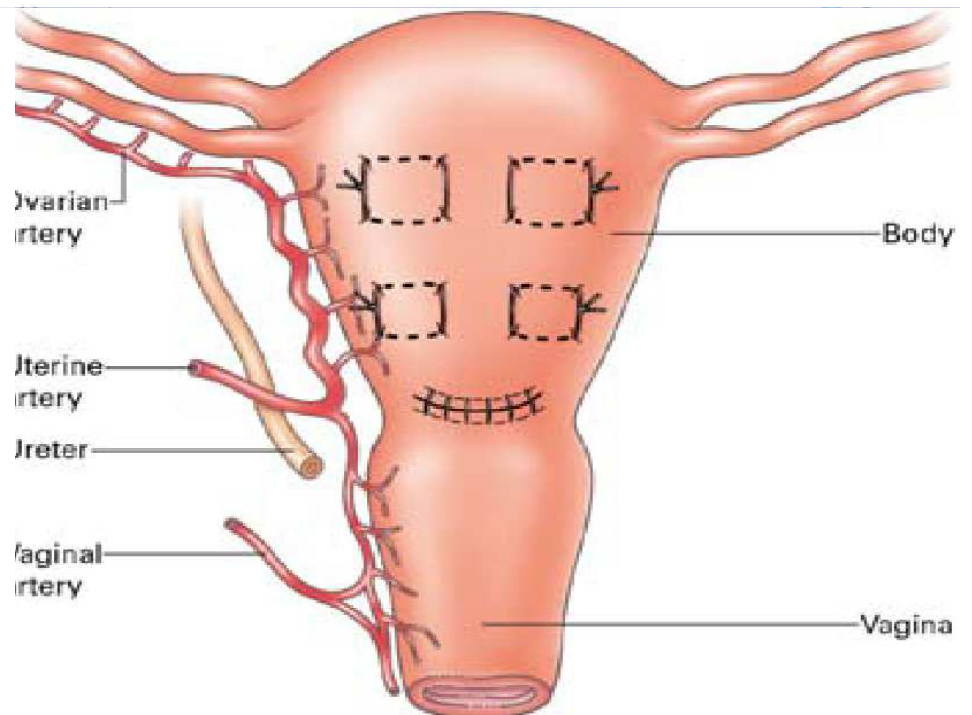
© Mr. C.B. Lynch '06

Posterior view

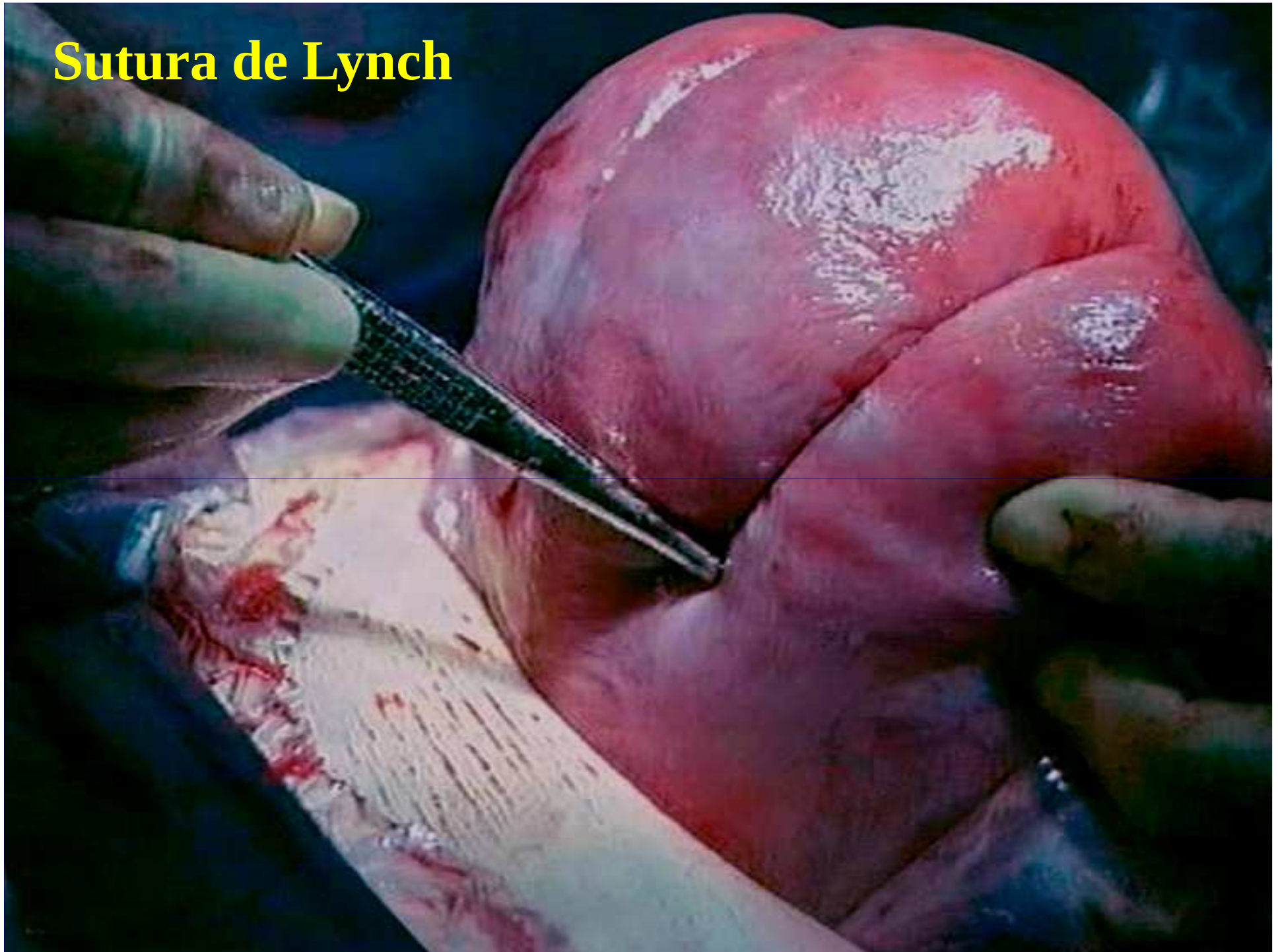


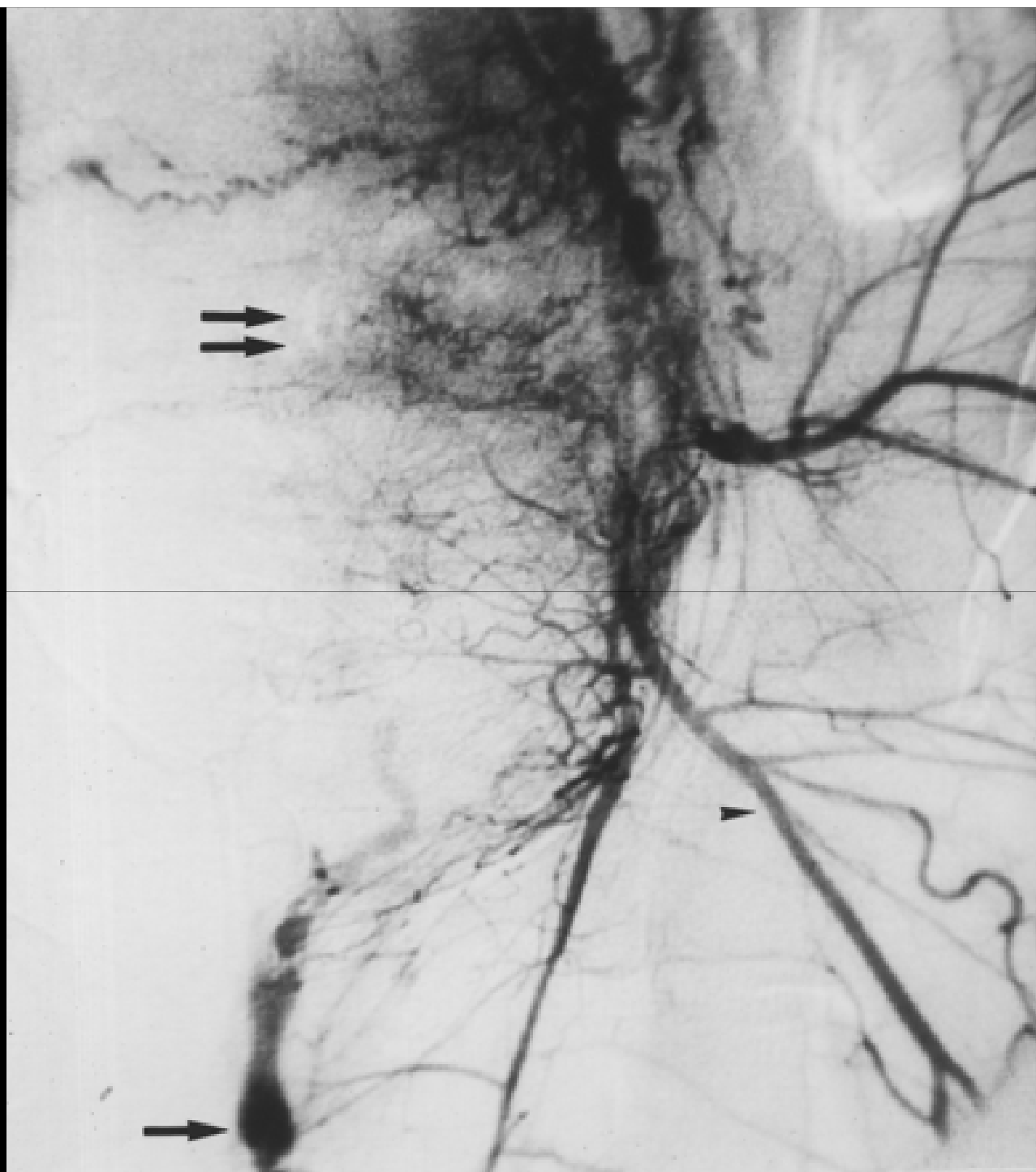
© Mr. C.B. Lynch '06

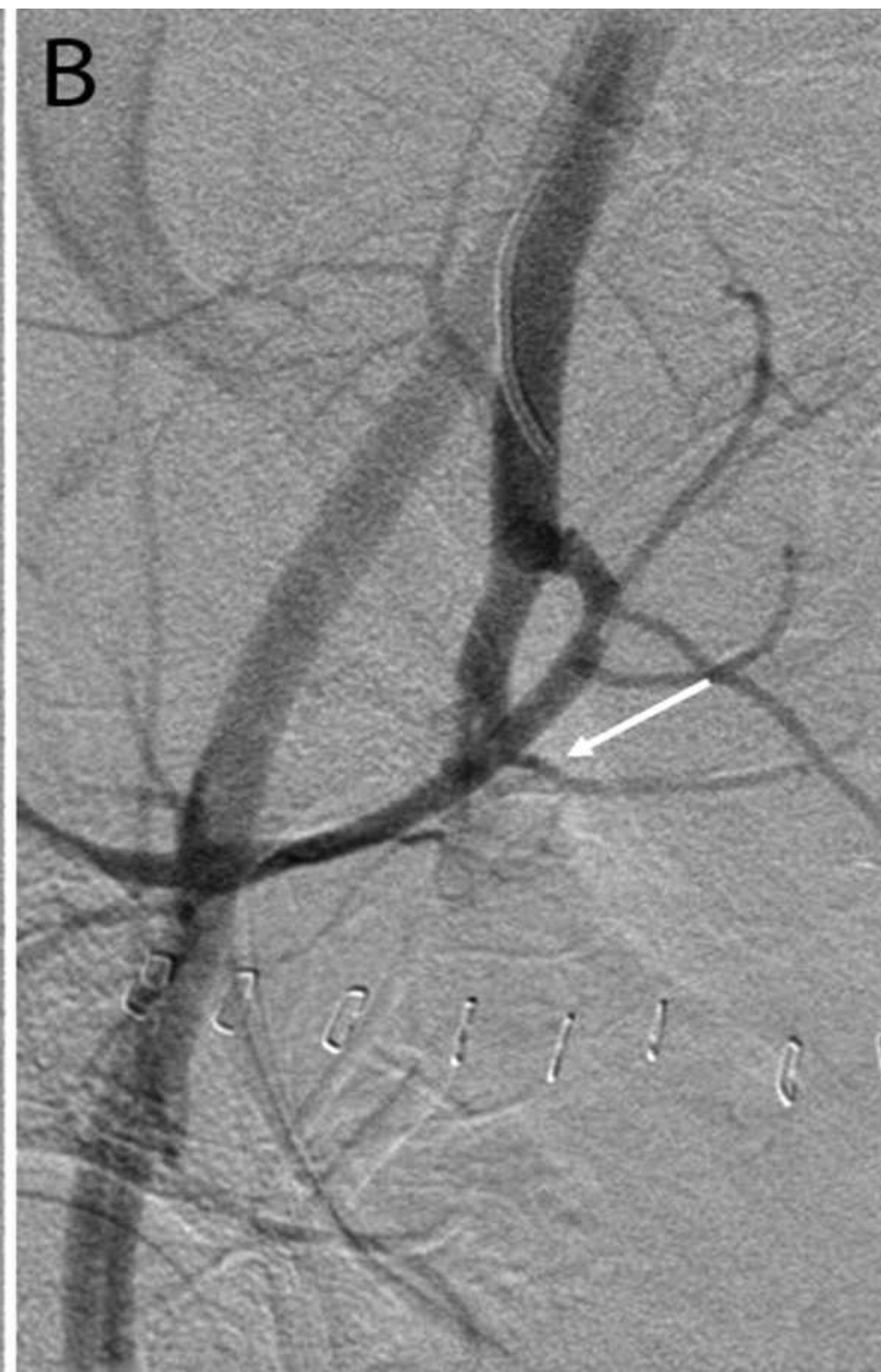
(c)



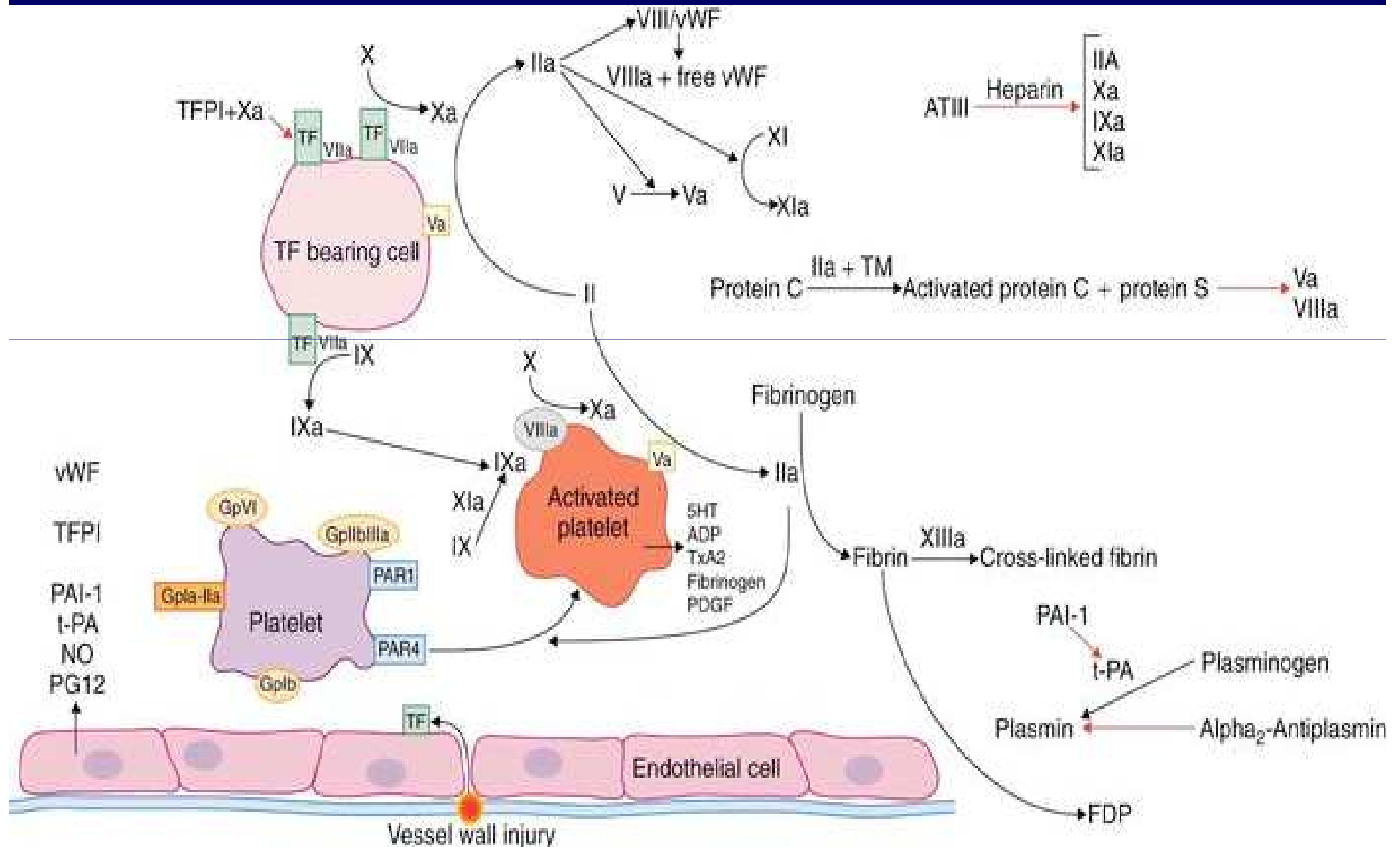
Sutura de Lynch



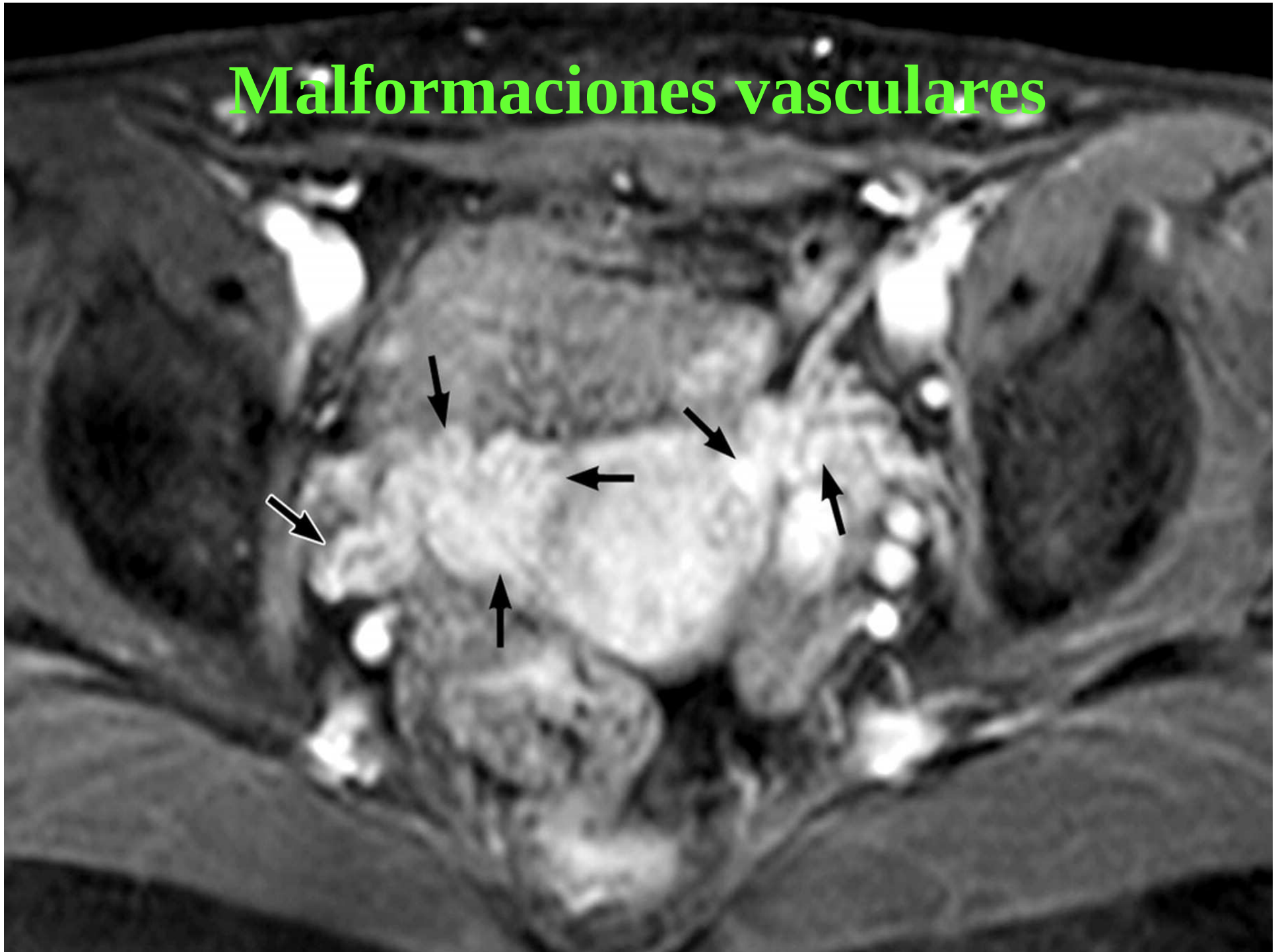




Coagulopatias



Malformaciones vasculares



Traumatismos del canal del parto

Desgarros:

Cervicales

Vaginales

Perineales

Vulvares

Hematomas

Traumatismos del canal del parto

Causas:

- Macrosomía fetal
- Maniobras tocúrgicas
- Malposición y rotación
- Asistencia inadecuada
- Fragilidad tisular

Traumatismos del canal del parto

Clínica específica I:

Desgarros:

Hemorragia variable tras salir el feto

Utero bien contraído

Traumatismos del canal del parto

Clínica específica II:

Hematomas

Asintomáticos

Dolor perineal

Retención urinaria

Traumatismos del canal del parto

Conducción general II:

Via de perfusión adecuada

Ajuste hemodinámico:

Cristaloides/ transfusión

Desgarros

Identificar el desgarro

Hemostasia provisional

Reconstrucción

Traumatismos del canal del parto

Conducción general I:

Vía de perfusión adecuada

Ajuste hemodinámico:

Cristaloides/ transfusión

Hematomas

Identificar el hematoma

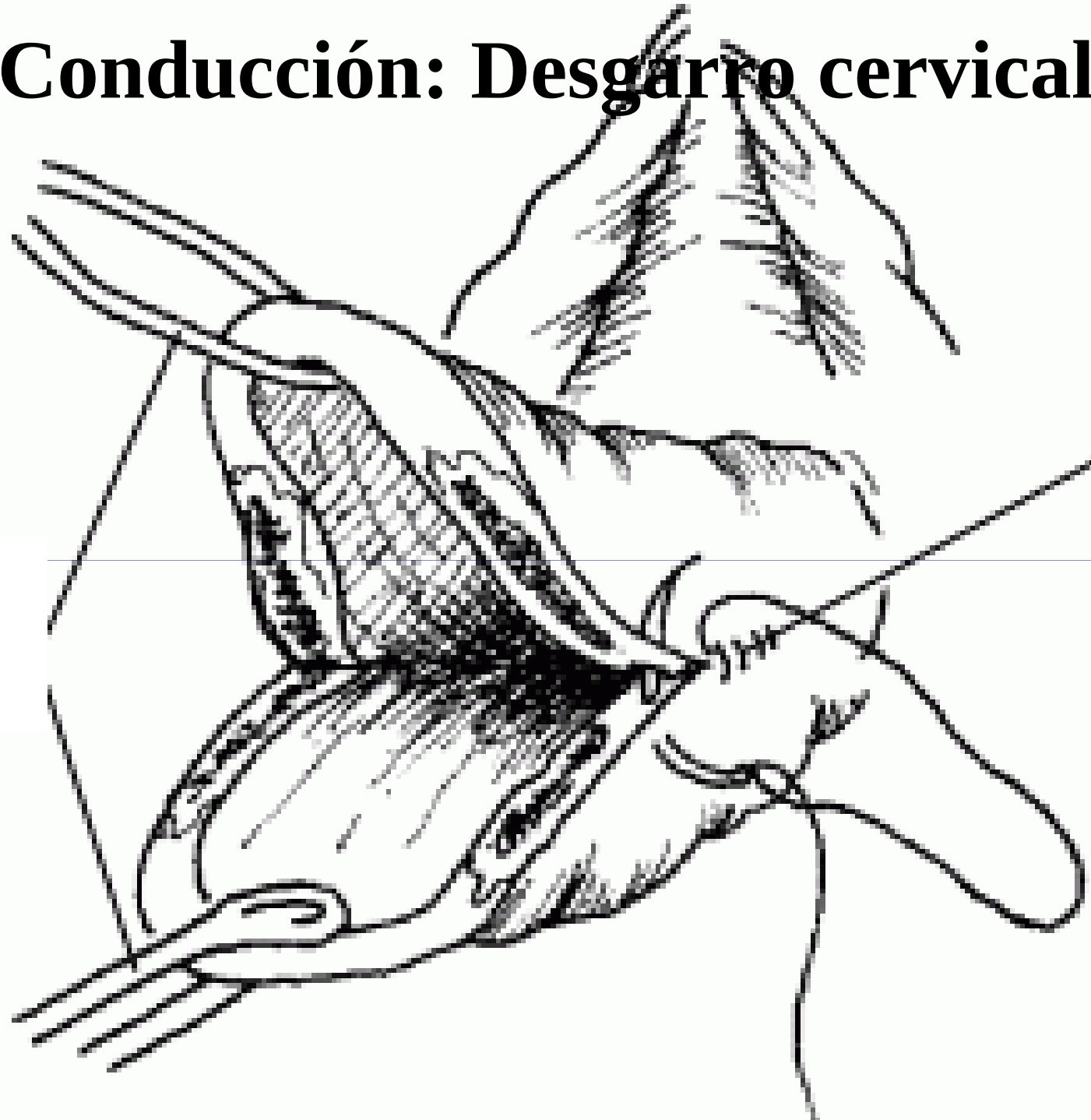
Drenar

Hemostasiar

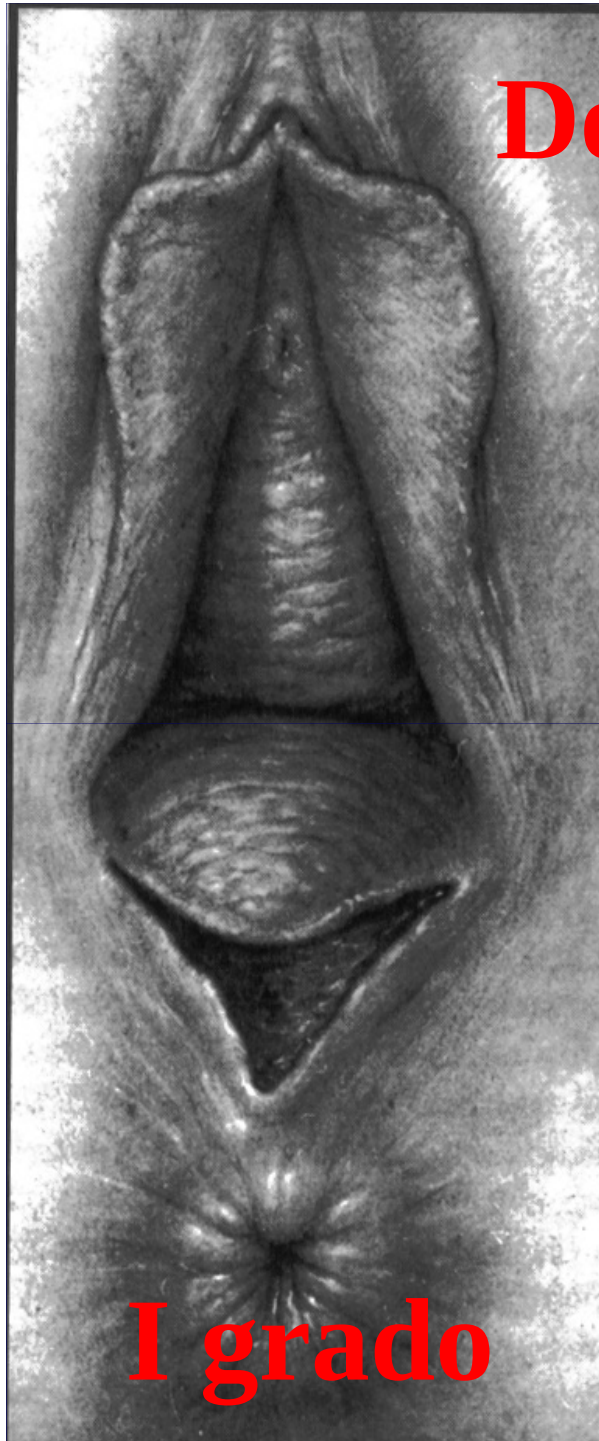
Conducción: Desgarro cervical

**Pinzas
de
Anillo**

Vértice



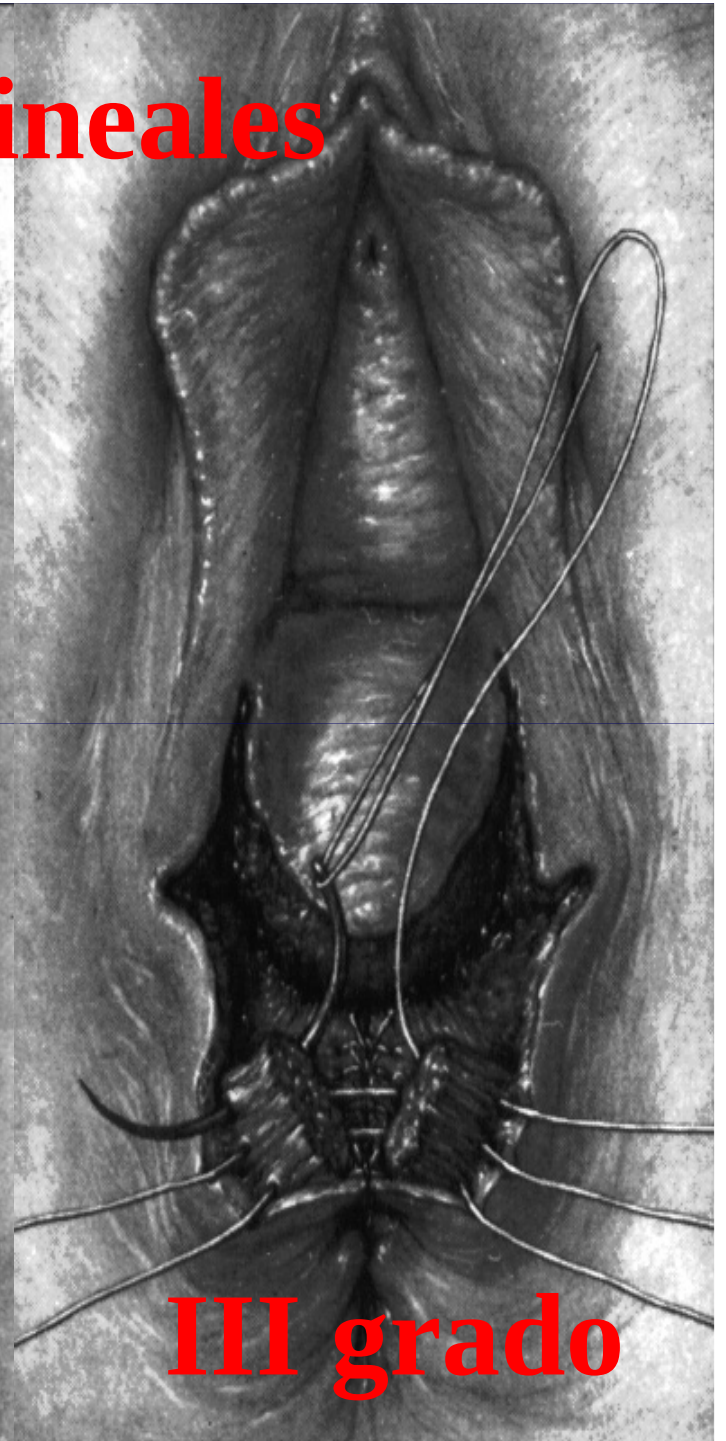
Desgarros perineales



I grado



II grado



III grado



**Muy importante
hemostasiar el
ángulo superior**

Suturando la vagina

Trastornos del alumbramiento I.

Retención de la placenta

La expulsión se demora $> 30'$; en el dirigido $> 20'$

Frecuencia del 3 al 6 % de alumbramientos

Causas:

Anillos de contracción segmentaria

Malformaciones uterinas

Atonía uterina

Clínica y diagnóstico:

Ausencia de expulsión

Signos de desprendimiento positivos

Palpación de la placenta en el segmento uterino

No hemorragia: Si la hay probable acretismo

Profilaxis y Conducción :

Alumbramiento dirigido

Paciencia  Extracción manual

Trastornos del alumbramiento II:

Defectos del desprendimiento placentario

La expulsión se demora, los signos de desprendimiento son negativos, suele haber hemorragia

Causas:

Esencial, en partos pretérmino

Acretismos (inserción placentaria patológica)

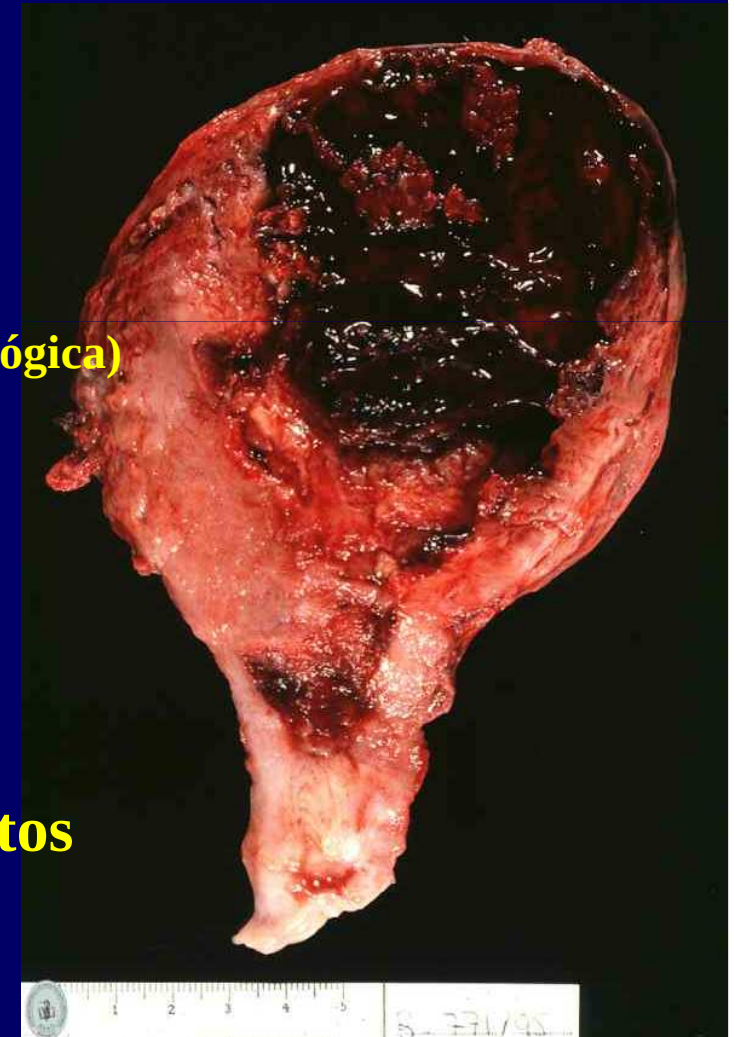
Tipos de acretismos:

Decidua basal: Acreta

Miometrio: Increta

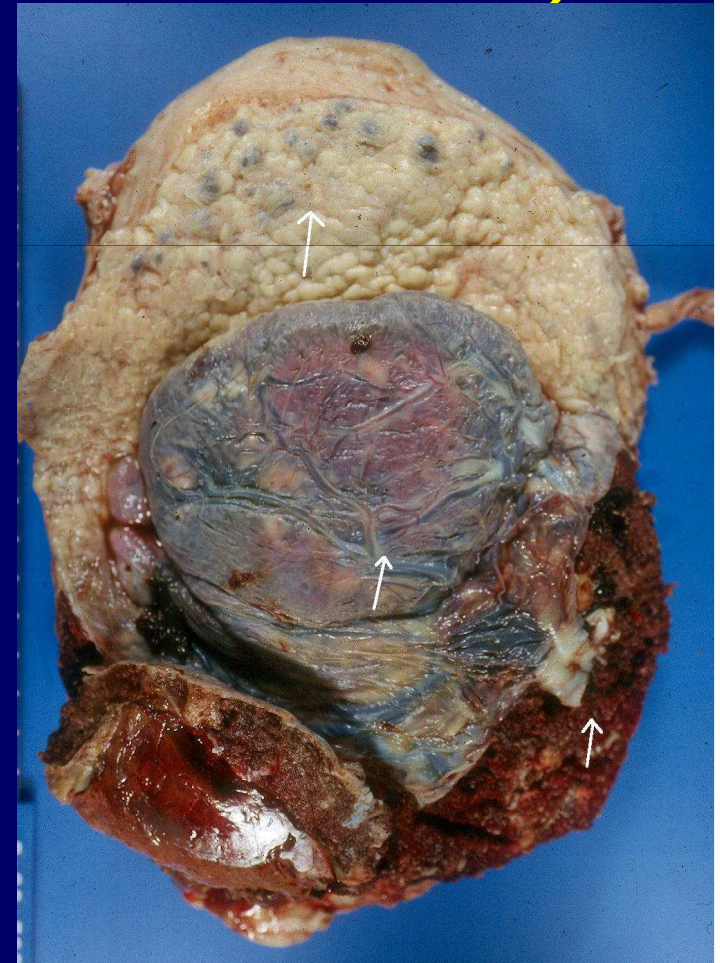
Serosa pércreta

Frecuencia de acretismos: 1 a 5 % partos



Factores de riesgo de acretismo

- Placenta previa
- Cesáreas anteriores (10 % con 4 cesáreas)
- Cirugías uterinas previas
- Legrados uterinos
- Edad materna avanzada
- Multiparidad
- α -fetoproteína aumentada



CLINICA

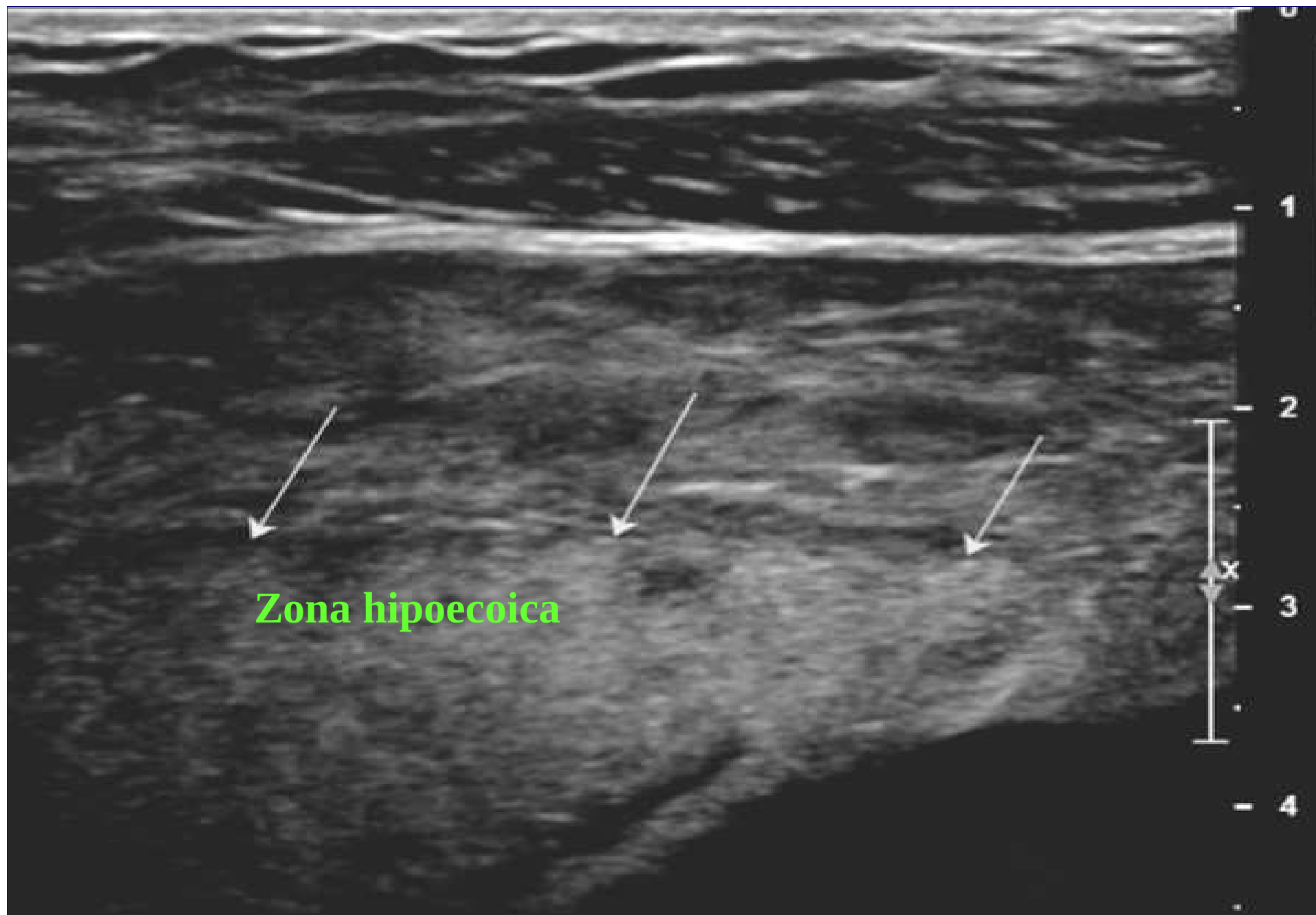
- No existe una clínica específica en la gestación
- La manifestación en el posparto es la retención de placenta, y la hemorragia tras un alumbramiento manual difícil
- Puede generarse una coagulopatía por consumo, descompensación y shock.
- Si durante la gestación se presenta hematuria, realizar cistoscopia.

DIAGNOSTICO

- ¡SOSPECHARLO! (factores de riesgo)
- ECOGRAFIA/Doppler

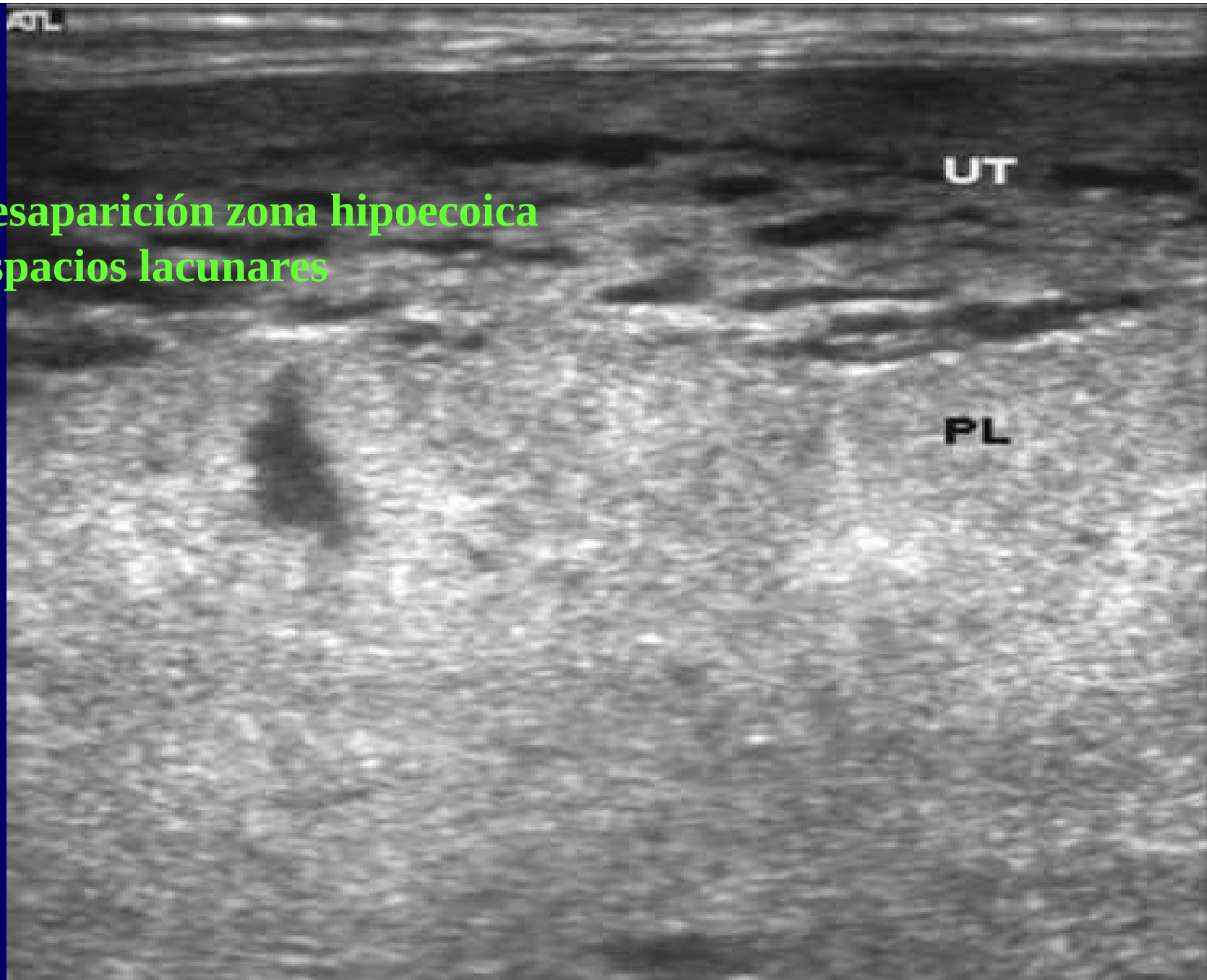
- 1) Ausencia de zona hipoecoica en base de inserción
- 2) Espacios lacunares en la placenta.
- 3) Disrupción de la interfase vesico-uterina.
- 4) Extensión del tejido placentario en la pared

Sensibilidad 80 %; Especificidad 96 %

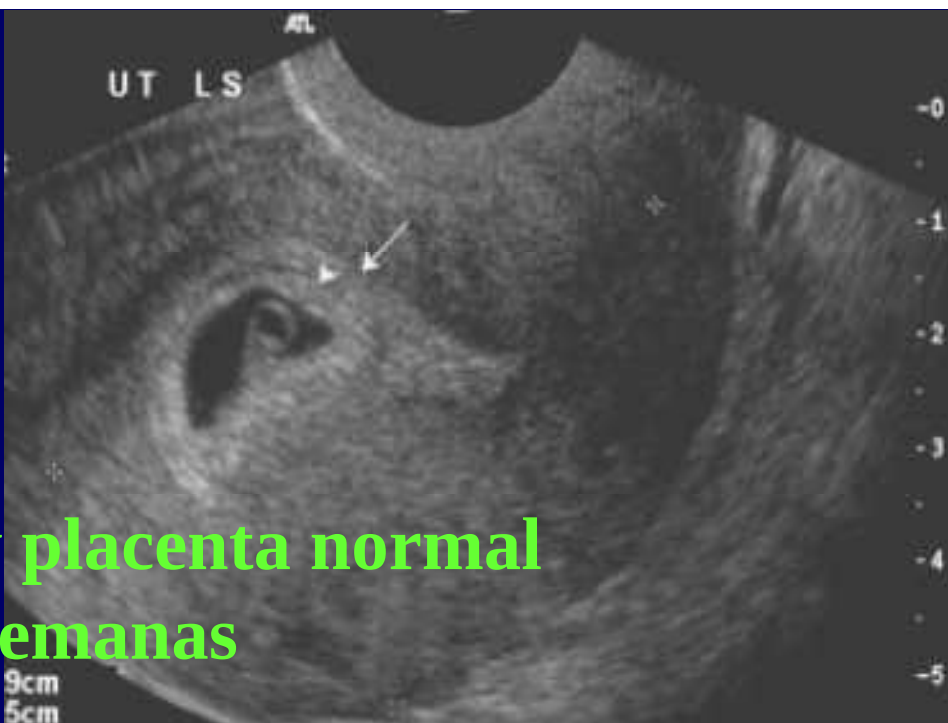


Limite placenta / miometrio en la placentación normal

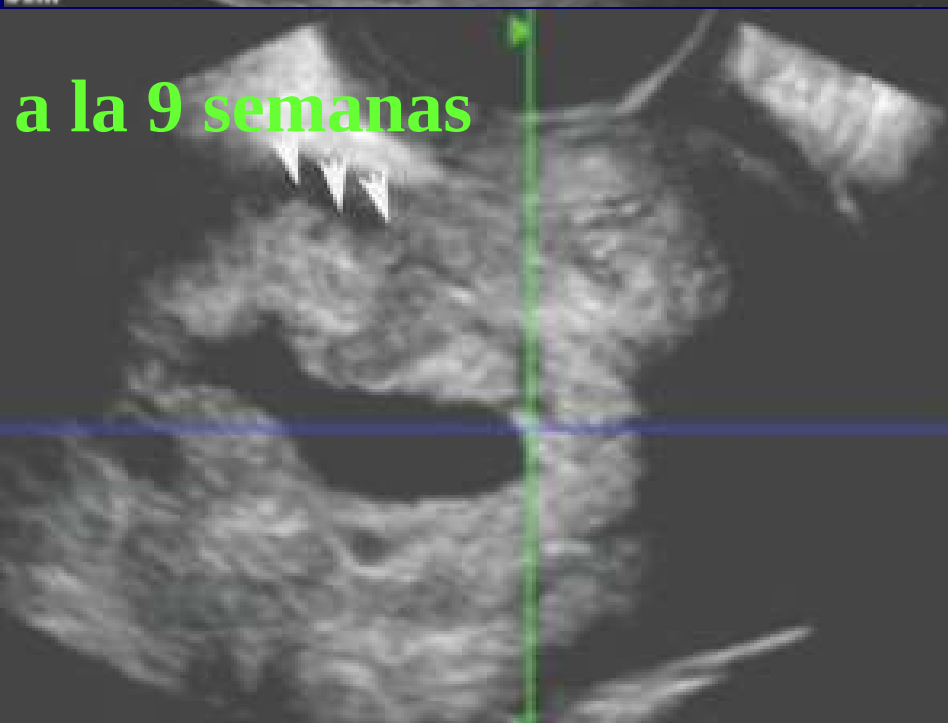
Desaparición zona hipoeoica
Espacios lacunares



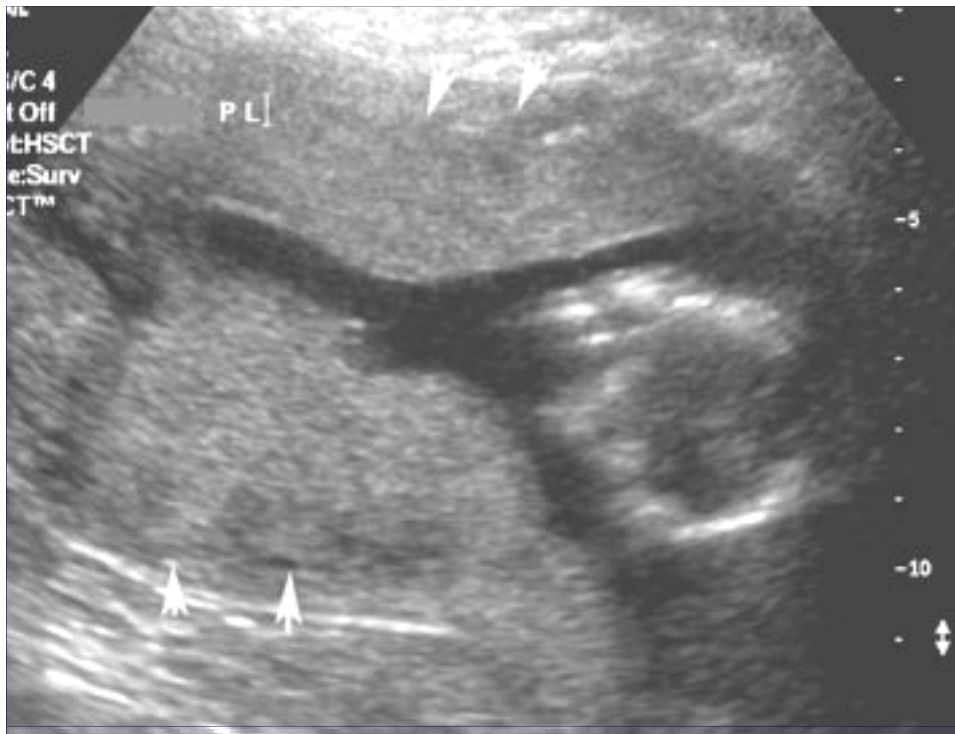
Limite placenta / miometrio en la placenta acreta



**Placenta accreta y placenta normal
a la 6 semanas**



Placenta accreta a la 9 semanas

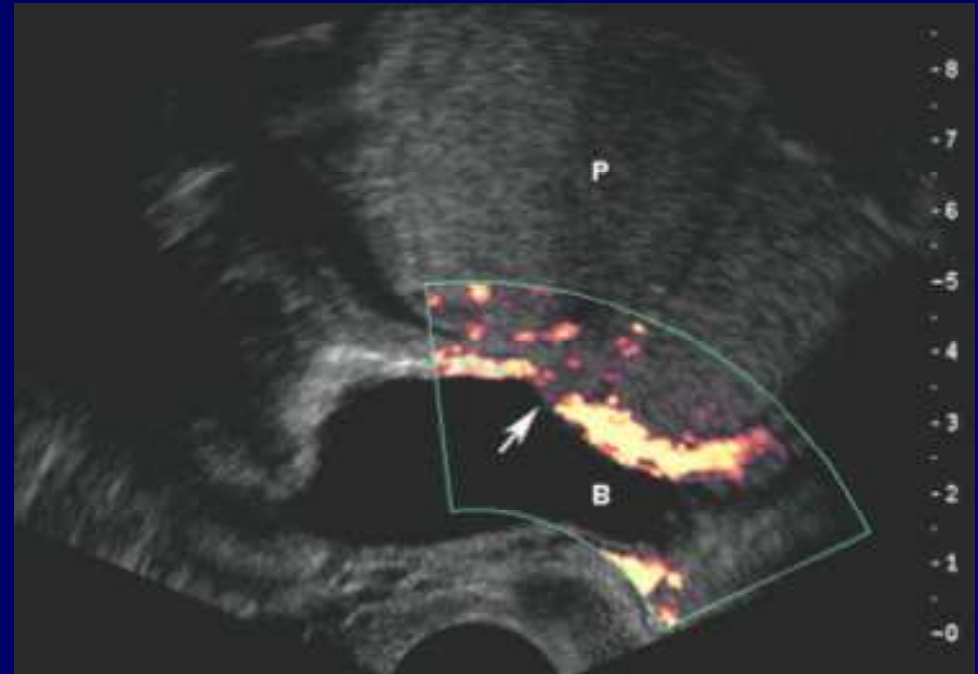
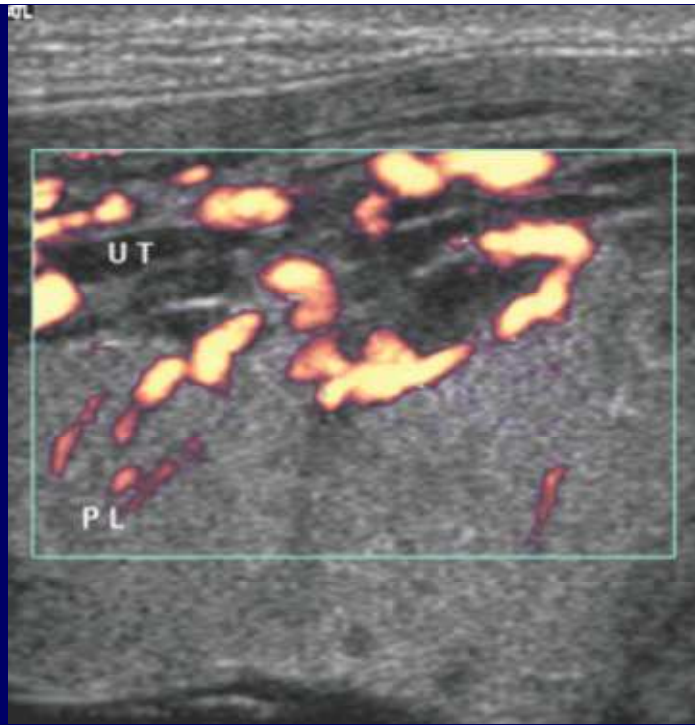


**Placenta accreta
a la 14 semana**



**Placenta accreta
en el III trimestre**





Placenta increta y placenta percreta

Diagnóstico ecográfico de la placenta previa:

Vasos cruzando la interfase en la zona de interrupción

Disrupción interfase placentario/ miometrial

Puentes vasculares de la placenta al borde placentario

Obliteración del espacio claro retroplacentario

Lagunas placentarias

Aumento de la vascularización subplacentaria

Odds

x 43

x 25

x 18

x 1,5

x 1,3

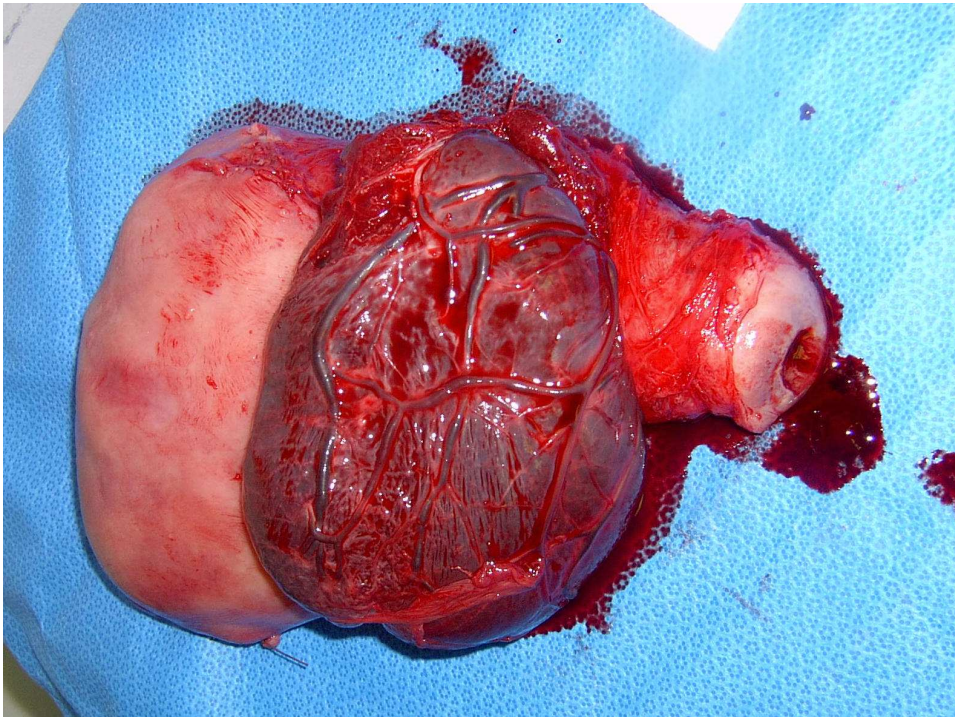
x 1,2

Conducción

Diagnósticada anteparto, la asistencia es en un Hospital terciario

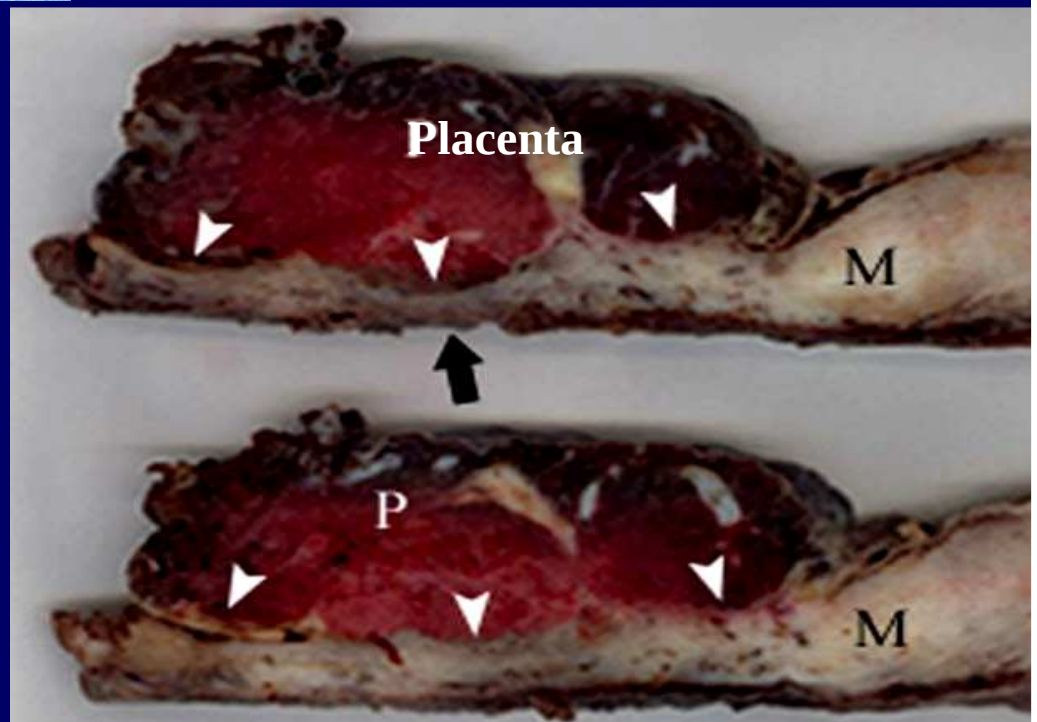
Finalización electiva, sobre la semana 37, preferible una Cesárea corporal, seguida de histerectomía

La sospecha y la preparación, con prevención hemostática, disminuye la morbimortalidad materna,



Pieza de Histerectomía con la placenta inserta

Observación de la
infiltración profunda
Miometrial
(Placenta increta)



TRATAMIENTO CONSERVADOR

- **Pacientes hemodinamicamente estables**
- **Acretismos localizados**
- **Suturas uterinas circunferenciales**
- **Taponamiento intrauterino**
- **Metotrexate, embolizaciones**

Solo por mantener la fertilidad

Casos muy seleccionados de acretismos localizados



- **PREVENCION PRIMARIA:**
- **Evitar cesáreas**
- **PREVENCION SECUNDARIA:**
- **Planificar asistencia**