



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



ORIGINAL

Resultados en relación con la prevención y el tratamiento actual de las hemorragias obstétricas graves secundarias a atonías uterinas y acretismos placentarios

Eduardo Malvino^{a,*}, Guillermo Eisele^b, Marcelo Martínez^c, Jorge Firpo^c y Raúl Lowenstein^c

^aDivisión Cuidados Intensivos, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Buenos Aires, Argentina

^bRadiología Intervencionista, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Buenos Aires, Argentina

^cObstetricia, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Buenos Aires, Argentina

Recibido el 22 de septiembre de 2008; aceptado el 23 de octubre de 2008

On-line el 24 de febrero de 2009

PALABRAS CLAVE

Atonía uterina;
Acretismo
placentario;
Hemorragias
obstétricas;
Hemorragias posparto

Resumen

Objetivo: evaluar la morbilidad actual en un grupo de mujeres con atonías uterinas y acretismos placentarios mediante el uso de diversos tratamientos incorporados en los últimos años en un único centro asistencial.

Material y método: estudio retrospectivo y descriptivo, efectuado sobre 143 gestantes que presentaron atonías uterinas ($n = 70$) y acretismos placentarios ($n = 73$), ingresadas a partir de marzo de 1991 hasta febrero de 2008 en la División Cuidados Intensivos.

Resultados: en 55 casos (38,4%) se presentó shock hemorrágico y 47 enfermas (32,8%) cursaron coagulopatía de consumo. El promedio de hemáties sedimentados transfundidos fue de 4,7 unidades $\pm 4,2$. En 66 gestantes se recurrió a la histerectomía como última medida para controlar la hemorragia masiva. A partir del año 2002, se incorporaron nuevas técnicas quirúrgicas, suturas de aposición y compresión uterina ($n = 18$), ligaduras vasculares regladas ($n = 15$) y reconstrucciones uterinas en los percretismos ($n = 17$). En 31 enfermas se recurrió a la embolización endovascular para tratamiento y prevención, y se obtuvo menor morbilidad con un incremento significativo de la conservación uterina. Las 143 puérperas sobrevivieron sin secuelas.

Conclusiones: con la incorporación de nuevas técnicas quirúrgicas y la embolización endovascular, se comprobó una disminución significativa en la prevalencia de histerectomías, así como menor morbilidad postoperatoria y supervivencia materna óptima.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: criticalobstetric@hotmail.com (E. Malvino).

KEY WORDS

Uterine atony;
Placenta accreta;
Obstetric
hemorrhage;
Postpartum
hemorrhage

Results of prevention and current treatment of massive obstetric hemorrhage secondary to uterine atony and placenta accreta

Abstract

Objective: To evaluate current morbidity and mortality in patients with uterine atony and placenta accreta, using various treatments introduced in recent years in a single institution.

Materials and methods: A retrospective analysis was conducted in 143 pregnant women with uterine atony ($n = 70$) and placenta accreta ($n = 73$) admitted to the intensive care division from March 1991 to February 2008.

Results: Fifty-five patients (38.4%) had hemorrhagic shock and 47 (32.8%) had coagulation factor defects. The mean red cell transfusion requirement was 4.7 ± 4.2 units. Sixty-six patients underwent hysterectomy as the last choice to stop massive bleeding. From 2002, several novel surgical techniques were used: uterine compression sutures ($n = 18$), uterine artery ligations ($n = 15$) and surgical uterine repair in patients with placenta percreta ($n = 17$). In 31 patients, embolization of the uterine arteries was performed as treatment and prevention of massive hemorrhage, reducing morbidity and significantly increasing uterine conservation. All 143 puerperal women survived without sequelae.

Conclusions: Incorporation of new surgical techniques and embolization of the uterine arteries was associated with a significant decrease in the prevalence of hysterectomies, lower postoperative morbidity and optimal maternal survival.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En este centro asistencial, las atonías uterinas son la principal causa de hemorragias obstétricas graves¹, mientras que los acretismos placentarios revelan una frecuencia creciente vinculada con el número de cesáreas previas.

En los casos de atonías, la ausencia de respuesta al masaje uterino, los uteroretractores y el taponaje de la cavidad impone la necesidad de recurrir a ligaduras arteriales y a suturas de compresión uterina en el intento de evitar una histerectomía².

El tratamiento de los acretismos extensos y los percrecimientos reconoce 2 conductas: en ausencia de hemorragia activa se ha propuesto el tratamiento conservador con permanencia de la placenta in situ, mientras que ante una hemorragia grave, la histerectomía resultaba la única alternativa posible. Las nuevas técnicas de resección del área afectada y la reconstrucción uterina se han utilizado con éxito, con lo que ha podido evitarse la ablación del órgano reproductor³⁻⁵.

La incorporación de la radiología intervencionista ha permitido tanto el tratamiento definitivo de la hemorragia en los casos con atonías como el control de la hemorragia a fin de afrontar cirugías complejas en gestantes con percretismos⁶.

El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados obtenidos con la incorporación de estos recursos terapéuticos en un grupo de mujeres con atonías uterinas y acretismos placentarios que recibieron asistencia en una única institución en el transcurso de los últimos años.

Material y métodos

Sobre un total de 89.014 nacimientos, se estudió a 143 mujeres con una edad promedio de $33,9 \pm 5,2$ años, que ingresaron en la División Cuidados Intensivos de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina en forma consecutiva durante el período comprendido entre el 1 de marzo de 1991 y el 29 de febrero de 2008 por presentar hemorragias obstétricas graves debidas a atonías y acretismos uterinos. El número promedio de gestas fue de $2,6 \pm 1,6$ y la duración promedio del período gestacional fue de $36,2 \pm 4,4$ semanas. Se registró el tratamiento para el control definitivo de la hemorragia y para el análisis de los resultados se consideraron 2 etapas: el período A (entre 1991 y 2001) y el período B (entre 2002 y 2008). Durante este último período se incorporaron diversas técnicas quirúrgicas, incluidas las suturas de compresión⁷⁻⁹ y la desvascularización uterina por medio de ligaduras arteriales^{10,11}, la resección y la reconstrucción uterina, además de la embolización arterial selectiva mediante radiología intervencionista. Estos procedimientos se efectuaron con frecuencia creciente en el curso del segundo de los períodos mencionados en reemplazo parcial y progresivo del tratamiento ejecutado durante la primera etapa. En ninguno de los casos con acretismo se recurrió al tratamiento conservador. Durante el período B, en algunas gestantes con diagnóstico prenatal de acretismo placentario confirmado mediante ecografía o resonancia magnética (RM), se implementaron medidas de prevención para hemorragia grave tomando como base un protocolo preestablecido¹². De acuerdo con este protocolo, el posicionamiento de los catéteres arteriales uterinos se

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2813110>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2813110>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)