

Desafío en el manejo de la hemorragia postparto: indicación de histerectomía obstétrica en paciente con factores de riesgo

Blanca Grande Rubio*, **Paula Hernández Vecino***, **María Calvo Albarrán***, **Vanesa Souto Muras****.

*MIR. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

**LES. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Blanca Grande Rubio. bgranderu@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: La histerectomía obstétrica constituye una de las intervenciones más críticas en obstetricia, indicada como medida de rescate ante hemorragias posparto que no responden al tratamiento médico y conservador. Aunque su incidencia es baja, representa un procedimiento de alta morbilidad materna.

Exposición del caso: Gestante de 41 años, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico, hipertensión y embarazo obtenido por FIV-TE, que ingresa para cesárea programada por vasa previa. Tras el nacimiento, desarrolla atonía uterina refractaria a uterotónicos y balón de Bakri, por lo que se realiza histerectomía obstétrica subtotal y salpinguectomía bilateral.

Diagnóstico y discusión: La histerectomía obstétrica continúa siendo una herramienta esencial para el control de la HPP severa. La identificación precoz de factores de riesgo, el manejo multidisciplinar y la toma de decisiones rápida son claves para reducir complicaciones.

PALABRAS CLAVE

Histerectomía obstétrica, hemorragia posparto, atonía uterina, cesárea, vasa previa.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hemorragia posparto (HPP) continúa siendo una de las principales causas de morbilidad materna a nivel mundial, especialmente en países de ingresos económicos bajos y medios, aunque también representa un desafío clínico significativo en sistemas sanitarios avanzados [1]. La Organización Mundial de la Salud estima que la HPP es responsable de aproximadamente el 27% de las muertes maternas globales, lo que subraya la importancia de su prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno [2]. Dentro de las etiologías de la HPP, la atonía uterina constituye la causa más frecuente, representando hasta el 80% de los casos, seguida por traumatismos del canal del parto, retención placentaria y trastornos de la coagulación [3].

En este contexto, la histerectomía obstétrica (HO) se considera una intervención quirúrgica de último recurso, indicada cuando las medidas médicas y conservadoras no logran controlar el sangrado. Aunque su incidencia es relativamente baja –entre 0,2 y 0,8 por cada 1.000 partos en países desarrollados– su realización implica un impacto físico y emocional significativo para la paciente, además de un riesgo quirúrgico considerable [4]. La HO puede clasificarse en histerectomía obstétrica de emergencia, realizada ante una hemorragia incoercible, e histerectomía obstétrica electiva, generalmente asociada a placenta *acreta spectrum* (PAS) diagnosticada prenatalmente [5].

La decisión de realizar una HO depende de múltiples factores, entre ellos la causa de la hemorragia, la estabilidad hemodinámica materna, la disponibilidad de recursos, la experiencia del equipo

quirúrgico y la presencia de comorbilidades que puedan agravar el cuadro clínico [3,6]. En los últimos años, el incremento de cesáreas previas y el uso de técnicas de reproducción asistida (TRA) han contribuido a un aumento en la incidencia de placenta previa y PAS, dos de las principales indicaciones de HO en la actualidad [2,7]. Sin embargo, la atonía uterina refractaria sigue siendo una causa frecuente, especialmente en pacientes con factores de riesgo como obesidad, multiparidad, inducción del parto, uso prolongado de oxitocina o comorbilidades autoinmunes [5].

La HO puede realizarse en forma subtotal o total, siendo la primera la técnica preferida en situaciones de emergencia debido a su menor tiempo quirúrgico, menor pérdida hemática y menor riesgo de lesión ureteral [8,9]. No obstante, la elección depende del estado clínico de la paciente y de la anatomía intraoperatoria. La literatura señala que la HO subtotal es especialmente útil en casos de atonía uterina aislada, mientras que la HO total puede ser necesaria en casos de placenta acreta o patología cervical concomitante [4,10].

El manejo de la HPP ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, incorporando estrategias como el uso de uterotónicos combinados, el balón intrauterino tipo Bakri, las suturas compresivas (B-Lynch, Hayman), la embolización arterial y la administración temprana de ácido tranexámico [6,11]. Sin embargo, cuando estas medidas fallan, la HO sigue siendo la intervención definitiva para preservar la vida materna. La rapidez en la toma de decisiones es crucial, ya que la hemorragia obstétrica puede progresar rápidamente hacia un shock hipovolémico, coagulopatía y fallo multiorgánico [11,12].

Este caso objetiva la importancia de una vigilancia estrecha en embarazos de alto riesgo, la necesidad de equipos multidisciplinares entrenados en el manejo de la HPP y la relevancia de contar con protocolos institucionales que faciliten la toma de decisiones rápida y eficaz. Asimismo, subraya el papel de la HO como intervención salvadora cuando las medidas conservadoras no logran controlar la hemorragia, incluso en pacientes con antecedentes complejos y embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 41 años.

Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas (NAMC). Lupus eritematoso sistémico con nefropatía lúpica con anticuerpos negativos. Sin brotes desde el diagnóstico en 2010. Hipertensión arterial, Hipotiroidismo autoinmune. Sometida a adenoidectomía y apendicectomía. No hábitos tóxicos. No transfusión previa de hemoderivados.

En tratamiento con: Eutirox 100 mcg, Seidibion/24h, Dolquine 200 mg/ 12h, Esomeprazol 20 mg/12 h, Prednisona 5 mg/24 h, heparina 40 mg/24 horas, Tromalyt hasta semana 35.

Antecedentes familiares: sin interés.

Antecedentes gineco-obstétricos:

- G2P1A0 Eutócico, varón 3100gr. Diabetes gestacional.
- FUR 08/03/2025
- Fecundación In Vitro y Transferencia de Embriones (FIV-TE) con ovocitos de donante (27 años) el 27/03/25.
- Grupo y Rh: A positivo
- IMC inicial: 33 (87kg)

Análíticas:

- 1º trimestre: Hemograma normal (Hb 15'2 gr/dl). Bioquímica normal. Ferritina normal. Sistemático de orina: normal. TSH 0'59 (autoinmunidad tiroidea anti-TPO negativo). Serología: Rubeola inmune; Sífilis, VIH, VHB y VHC negativos. Sobrecarga oral de glucosa (SOG) 1 valor alterado.
- 2º trimestre: Hb 12,7 g/dl. SOG negativa. Orina negativa
- 3º trimestre: Hb 12.3 g/dL, plaquetas 126.000. Coagulación normal. Coombs indirecto negativo. Serologías negativas.

Ecografías:

- 12 semana: acorde. Screening cromosopatías: Bajo riesgo. Riesgo alto preeclampsia.
- 20 semana: cefálica. p32%. Inserción velamentosa de cordón + vasa previa.
- 24 semana: confirma vasa previa.

- 34 semana: cefálica. p41%. Peso fetal estimado 2398g. Placenta anterior, se objetiva inserción de cordón a 10 mm de orificio cervical interno. Líquido amniótico normal.

Gestante de 35+5 semanas que ingresa para cesárea programada por vasa previa.

Se realizó incisión tipo Pfannestiel en piel, apertura de pared por planos, se retiró plica vesicouterina. Se realizó histerotomía transversa.

Extracción dificultosa de recién nacido en cefálica con ventosa Kiwi. Nació mujer a las 17:30h, peso 2510gr, APGAR 9/10, pH: 7.29/7.34, que quedó ingresada en neonatos por distrés respiratorio.

Se realizó extracción manual de placenta y limpieza de cavidad uterina. Se administró 20 UI de oxitocina en perfusión en un suero de 500cc.

Se realizó histerorrafia continua con refuerzo en ángulos, presentando un miometro adelgazado.

Tuvo lugar atonía uterina que requirió administración de 20 UI de Oxitocina + 0,2 mg de metilergometrina IV + 4 pastillas de misoprostol 200mcg vía rectal + balón de Bakri. Se reforzó dosis antibiótica con amoxicilina- ácido clavulánico 1gr iv.

A pesar de todo ello, no se mantenía la contracción uterina por lo que se decidió histerectomía obstétrica subtotal+ salpinguectomía bilateral.

La paciente permaneció hemodinámicamente estable en todo momento.

Analítica en Unidad de Reanimación: Hemoglobina 11, plaquetas 103.000, coagulación normal

Exploración:

Tensión arterial: 94/65mmHg Temperatura: 37,1°C
Frecuencia cardiaca: 85 lpm

La paciente se encontraba con buen estado general y palidez mucocutánea. El abdomen se encontraba blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

La herida quirúrgica presentaba buen aspecto, no seromas, no hematomas, no indurada. Grapas en piel. No edemas en miembros inferiores.

Lactancia materna adecuada. Tolerancia oral adecuada

Analítica: Hemoglobina 8.2gr/dl, se pauta hierro vía oral.

A las 8 horas de la cirugía avisaron por diuresis de 500cc desde la cesárea, se indicó pasar suero fisiológico y en 2h diuresis 100cc (clara): se mantuvo sondaje para valoración de diuresis.

Avisaron a las 36 horas en varias ocasiones por sangrado en herida quirúrgica. Se colocó apósito PICO. Presenta salida de material seroso, se recogieron cultivos (*Enterobacter cloacae complex*). Antibiograma sensible a ciprofloxacino.

Analítica: Hemoglobina 9.1 gr/dl, leucocitos 5.390, PCR 16.6.

Ante no signos de infección antibiótico y mejoría clínica se decidió alta a domicilio.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto continúa siendo uno de los mayores desafíos en la práctica obstétrica contemporánea, especialmente en contextos donde convergen múltiples factores de riesgo maternos, obstétricos y quirúrgicos. A pesar de los avances en la prevención, monitorización y tratamiento de la HPP, esta complicación sigue siendo una de las principales causas de morbilidad materna a nivel mundial, incluso en sistemas sanitarios altamente desarrollados [5,8]. En este caso, la paciente presentó una evolución clínica que ejemplifica la complejidad diagnóstica y terapéutica de la HPP secundaria a atonía uterina refractaria, así como la necesidad de una toma de decisiones rápida y basada en la evidencia para evitar consecuencias potencialmente fatales.

Desde el punto de vista diagnóstico, la paciente reunía varios factores predisponentes que aumentaban significativamente el riesgo de hemorragia posparto. La edad materna avanzada, la obesidad (IMC 33), el antecedente de FIV-TE, la presencia de comorbilidades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico y el tratamiento con heparina de bajo peso molecular constituyen elementos que, de forma aislada o combinada, se han asociado a un mayor riesgo de atonía uterina y necesidad de intervenciones quirúrgicas mayores [2]. A ello se sumaba la presencia de vasa previa, una condición que, aunque manejada mediante cesárea programada, implica un riesgo aumentado de hemorragia intraparto y posparto debido a la fragilidad vascular y a la posible coexistencia de inserciones placentarias anómalas [5,11].

La cesárea transcurrió inicialmente dentro de los parámetros esperados, aunque la extracción dificultosa del recién nacido y la constatación intraoperatoria de un miometrio adelgazado

constituyeron señales tempranas de alerta. La extracción manual de la placenta, aunque necesaria en determinadas circunstancias, se ha asociado a un incremento del riesgo de hemorragia posparto por interferencia con los mecanismos fisiológicos de contracción y retracción uterina [4,12]. En este caso, la paciente desarrolló una hemorragia persistente inmediatamente después del alumbramiento, con un patrón clínico característico de atonía uterina. La ausencia de respuesta a la administración secuencial de uterotónicos –oxitocina, metilergometrina y misoprostol– y la persistencia del sangrado a pesar de la colocación de un balón de Bakri confirmaron el diagnóstico de atonía uterina refractaria, una condición que representa entre el 5% y el 10% de los casos de HPP y que suele requerir intervenciones quirúrgicas mayores [13].

El manejo de la HPP sigue un algoritmo escalonado que incluye medidas farmacológicas, mecánicas y quirúrgicas conservadoras antes de considerar la histerectomía obstétrica. En este caso, todas las medidas conservadoras fueron aplicadas de forma adecuada y en el orden recomendado por las guías clínicas internacionales. La administración de uterotónicos constituye la primera línea de tratamiento, y su falta de respuesta es un indicador de gravedad. La colocación del balón de Bakri, ampliamente respaldada por la literatura como una medida eficaz para controlar la HPP secundaria a atonía, tampoco logró estabilizar la situación. La tasa de éxito del balón de Bakri oscila entre el 70% y el 90%, pero disminuye significativamente en pacientes con miometrio adelgazado, extracción manual de placenta o comorbilidades que afectan la contractilidad uterina, como ocurre en pacientes con enfermedades autoinmunes o bajo tratamiento inmunomodulador [1,6].

La decisión de realizar una histerectomía obstétrica debe tomarse de manera rápida cuando las medidas conservadoras fracasan, ya que la demora en la intervención se asocia a un aumento significativo de la mortalidad materna [7]. En este caso, aunque la paciente permaneció hemodinámicamente estable durante el procedimiento, la persistencia del sangrado y la falta de respuesta a las intervenciones justificaron plenamente la indicación quirúrgica. La elección de una histerectomía obstétrica subtotal fue adecuada dadas las circunstancias. La literatura señala que la histerectomía subtotal presenta ventajas en situaciones de emergencia, como un menor tiempo quirúrgico, menor pérdida hemática y menor riesgo de lesión ureteral, especialmente útil en casos de miometrio adelgazado o anatomía distorsionada [5,8]. La histerectomía total suele reservarse para casos de

placenta *acreta spectrum* o patología cervical concomitante, condiciones que no estaban presentes en esta paciente [4].

El postoperatorio inmediato de la paciente fue favorable, con estabilidad hemodinámica y adecuada recuperación funcional. La anemia moderada observada es una complicación esperable tras una histerectomía obstétrica, especialmente en el contexto de HPP. La disminución transitoria de la diuresis respondió adecuadamente a la fluidoterapia, descartándose lesión renal aguda. La aparición de un seroma infectado en la herida quirúrgica, con cultivo positivo para *Enterobacter cloacae complex*, representa una complicación relativamente frecuente en pacientes con obesidad [2,11]. La evolución favorable tras el tratamiento antibiótico dirigido confirma la adecuada respuesta terapéutica y la importancia de la vigilancia estrecha en el postoperatorio.

Este caso destaca la importancia de la identificación precoz de factores de riesgo, la planificación del parto en centros con capacidad quirúrgica avanzada y la necesidad de equipos multidisciplinares entrenados en el manejo de la HPP. Asimismo, subraya el papel de la histerectomía obstétrica como intervención salvadora cuando las medidas conservadoras no logran controlar la hemorragia, incluso en pacientes con antecedentes complejos y embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida. La experiencia acumulada en casos como este contribuye a mejorar los protocolos de actuación y a reforzar la importancia de la toma de decisiones rápida y basada en la evidencia para reducir la morbilidad materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–e333.
2. WHO. Maternal mortality: levels and trends 2000–2020. World Health Organization; 2023.
3. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, et al. Postpartum haemorrhage management. *BJOG*. 2014;121 Suppl 1:5–13.
4. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2008;111(1):97–105.
5. Silver RM. Abnormal placentation: placenta previa, vasa previa, and placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2015;126(3):654–668.

6. Sentilhes L, Vayssière C, Deneux-Tharoux C, et al. Postpartum hemorrhage: guidelines for clinical practice. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017;46(10):1173-1191.
7. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;140(3):265-273.
8. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(5):449.e1-449.e7.
9. Machado LS. Emergency peripartum hysterectomy: incidence, indications, and outcomes. *N Am J Med Sci.* 2011;3(8):358-361.
10. Wright JD, Devine P, Shah M, et al. Morbidity and mortality of peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2010;115(6):1187-1193.
11. Shakur H, Roberts I, Fawole B, et al. TXA in postpartum haemorrhage (WOMAN trial). *Lancet.* 2017;389(10084):2105-2116.
12. Dilla AJ, Waters JH, Yazer MH. Clinical outcomes among patients with postpartum hemorrhage treated with tranexamic acid. *Transfusion.* 2019;59(3):972-978.
13. Weeks A. The retained placenta. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22(6):1103-1117.