



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO:**

**“ATONIA UTERINA EN PACIENTE MULTIGESTA DE 20 AÑOS POR PARTO  
PROLONGADO E INDUCIDO”**

**AUTORA:**

**SHIRLEY VANESSA MOSQUERA JIMENEZ**

**TUTOR:**

**DR. CESAR AUGUSTO BERMEO NICOLA, Msc**

**Babahoyo - Los Ríos - Ecuador**

**2018 - 2019**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**DECLARACIÓN DE AUTORIA**

Por medio del presente deixo constancia de ser la autora del caso clínico (dimensión practica) titulado:

**“ATONIA UTERINA EN PACIENTE MULTIGESTA DE 20 AÑOS POR PARTO PROLONGADO E INDUCIDO”**

Doy fe que el uso de marcas inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizo en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

En la ciudad de Babahoyo a los 09 días del mes de abril del año 2019.

DR. DANNY GUERRERO CAZA, MSC  
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE  
O DELEGADO

Autora

**SHIRLEY VANESSA MOSQUERA JIMENEZ**

**CI. 1207299973**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE OBSTETRICIA**



**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

**OBST. ANA MARIA PASOS BAÑO, MSC  
DECANA O DELEGADO (A)**

**DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR, MSC  
COORDINADOR DE LA CARRERA  
O DELEGADO (A)**

**DR. DANNY GUERRERO ICAZA, MSC  
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE  
O DELEGADO**

**ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELÁ  
SECRETARIO GENERAL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**



**APROBACIÓN DEL TUTOR**

Yo, **DR . CESAR AUGUSTO BERMEO NICOLA** ,Msc en calidad de docente Tutor de la estudiante: **SHIRLEY VANESSA MOSQUERA JIMENEZ** la misma que esta matriculada en la modalidad de Examen Complexivo ( Dimensión Practica),con el tema:" **“ATONIA UTERINA EN PACIENTE MULTIGESTA DE 20 AÑOS POR PARTO PROLONGADO E INDUCIDO”**, de la Carrera de **OBSTETRICIA** de la Escuela de Salud y Bienestar en la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación, el mismo que debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 09 días del mes de abril del año 2019.

-----  
**DR . CESAR AUGUSTO BERMEO NICOLA , Msc**  
**1200377479**





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 09 de abril del 2019

CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION  
EXAMEN COMPLEXIVO

Lcda. : Fanny Suarez Camacho, Mgs  
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION

En mi calidad de tutor de la señorita **SHIRLEY VANESSA MOSQUERA JIMENEZ**  
, en el caso clínico, entrego el certificado del sistema URKUND.

URKUND	
Documento	<a href="#">caso clinico - Vanessa.docx</a> (D50267825)
Presentado	2019-04-05 17:09 (-05:00)
Presentado por	shirleyvanessa125@hotmail.com
Recibido	halvarado.utb@analysis.arkund.com
Mensaje	caso clinico Atonia Uterina - Vanessa <a href="#">Mostrar el mensaje completo</a>
	11% de estas 10 páginas, se componen de texto presente en 7 fuentes.

Dr. CESAR AUGUSTO BERMEO NICOLA , Msc  
CI. 1200377479

**TEMA DE CASO CLINICO:**

“ATONIA UTERINA EN PACIENTE MULTIGESTA DE 20 AÑOS POR PARTO  
PROLONGADO E INDUCIDO”

## DEDICATORIA

### *A Dios.*

*Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

### *A mi madre.*

*Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor, Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.*

*Mi sobrino, **Ronald Alexander**, para que veas en mí un ejemplo a seguir.*

*Que Dios los proteja siempre.*

## AGRADECIMIENTO

*Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo merecen reconocimiento especial mi **Madre** y mi **Padre** que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.*

*Así mismo, agradezco infinitamente a mis **Hermanos** que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que les puedo enseñar. Ojala algún día yo me convierta en su fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino.*

*De igual forma, agradezco a mi **TUTOR**, que gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo.*

*A los Profesores que me han visto crecer como persona, y gracias a sus conocimientos hoy puedo sentirme dichosa y contenta, En especial a **Obst. Anita Pasos** y **Lilian Muñoz** por sus consejos, su enseñanzas y más que todo por su amistad.*



## INDICE GENERAL

TEMA DE CASO CLINICO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO .....	VI
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCION .....	VI
1. MARCO TEORICO.....	- 1 -
4. JUSTIFICACIÓN.....	- 11 -
5. OBJETIVOS.....	- 12 -
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	- 12 -
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	- 12 -
6.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES .....	- 13 -
6.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE LA PACIENTE (ANAMNESIS) -	14 -
6.3 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	- 15 -
6.4 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO .....	- 16 -
6.4.1 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:.....	- 16 -
6.4.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:.....	- 16 -
6.4.3 DIAGNOSTICO DEFINITIVO: .....	- 16 -
6.4 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. ....	- 17 -
6.5 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES. ....	- 18 -
6.5.1 SEGUIMIENTO.....	- 19 -
7. OBSERVACIONES .....	- 22 -
8. CONCLUSIONES.....	- 23 -
9. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	- 24 -
ANEXOS .....	- 25 -

## RESUMEN

La atonía uterina es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna durante el postparto, se la considera la segunda causa de muerte materna en todo el mundo, se la considera una de las primeras causas de Hemorragia Post Parto ya que ocupa el 70% de los casos reportados según el protocolo del Ministerio de Salud Pública.

En este caso clínico se presenta a una paciente de aproximadamente 20 años, multigesta-secundípara que acude al servicio de emergencia ginecoobstetrica del Hospital Alfredo Noboa Montenegro por referir un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal leve y esporádico tipo contráctil de baja intensidad de alrededor de 12 horas de evolución con una edad gestacional aproximada de 42 semanas por fecha de ultima menstruación, no presenta reporte ecográfico de primer trimestre.

La propuesta del caso clínico se basó en realizar una descripción y análisis los factores de riesgos y complicaciones de la atonía uterina en paciente multigesta de 20 años por parto prolongado e inducido con la finalidad de diseñar un plan de evaluación de las buenas prácticas en atención del embarazo, parto y postparto dirigido a los profesionales que atienden a la mujer durante el proceso del parto, que induzcan a la permanente vigilancia durante el mismo, con la aplicación adecuada de normas y protocolos actualizados y vigentes.

**PALABRAS CLAVES:** MORBI - MORTALIDAD MATERNA, PROTOCOLO, CONTRÁCTIL, CONCIENCIACIÓN, INDUZCAN.

## **ABSTRACT**

The uterine atony is one of the main causes of maternal morbidity and mortality during the postpartum, it is considered the second cause of maternal death in the whole world, it is considered one of the first causes of Postpartum Hemorrhage since it occupies 70% of the cases reported according to the protocol of the Ministry of Public Health.

In this clinical case, a patient of approximately 20 years, multigesta-secundiparous, is presented to the gynecologic-obstetric emergency department of the Alfredo Noboa Montenegro Hospital for referring a clinical picture characterized by mild abdominal pain and sporadic, low-intensity contractile type of about 12 hours of evolution with a gestational age of approximately 42 weeks per date of last menstruation, does not present a first-trimester ultrasound report.

The clinical case proposal was based on a description and analysis of the risk factors and complications of uterine atony in a multigesta patient of 20 years for prolonged and induced delivery in order to design a plan for evaluating good practices in care of the pregnancy, childbirth and postpartum, aimed at professionals who care for women during the birth process, leading to permanent surveillance during the birth process, with the appropriate application of updated and current standards and protocols.

**KEY WORDS:** MORBI - MATERNAL MORTALITY, PROTOCOL, CONTRACTICE, AWARENESS, INDUZCAN.

## INTRODUCCION

La atonía uterina es la falta de capacidad del útero para contraerse y mantenerse así durante el puerperio inmediato, lo que impide que se cierren las arterias. Normalmente, los vasos del miometrio poseen un mecanismo inmediato para la hemostasia, actúan contrayendo el mismo, lo que va a dar como resultado la oclusión de las arterias del lecho placentario. A la evaluación se evidencia un útero flácido con el consiguiente sangrado de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 24 horas del puerperio; a la palpación muestra poca o nula respuesta cuando se estimula manualmente. Se ha estudiado que en una hemorragia por un útero atónico se pueden perder entre 500 a 600 mL de sangre por minuto. El tratamiento va a depender de que tan comprometido esté el estado hemodinámico y puede ser médico o quirúrgico, llegando en el peor de los casos a una histerectomía, lo que implica un aumento de la morbilidad, además de consecuencias importantes en la salud mental de la paciente que pueden impedir muchas veces el desarrollo de una vida normal (NAPOLES, 2012)

La hemorragia posparto, en su mayoría es causada por atonía uterina, la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador. Un aspecto clave de la prevención de la hemorragia posparto es la terapia uterotónica, masaje uterino bimanual, revisión de la cavidad uterina, taponamiento intrauterino con la aplicación de tapones, balones inflables, preservativos y otros. La aplicación de técnicas quirúrgicas o suturas compresivas –técnica de B-Lynch-, desvascularización, embolización hasta llegar a la histerectomía, técnicas que serán seleccionadas de acuerdo a la pericia, experiencia del personal de salud y los insumos con que cuente la unidad hospitalaria. (MSP, 2013).

Si bien se han descrito una serie de factores predictores relacionados con atonía uterina, en muchos casos puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo histórico o clínico. Se recomienda por tanto que el manejo activo de la tercera etapa del parto se realice en todas las mujeres y que los profesionales estén preparados para manejar una hemorragia posparto en la atención de cada parto, para evitar la morbi-mortalidad materna (MSP, 2013).

# **1. MARCO TEORICO**

## **1.1 DEFINICIÓN**

La atonía uterina es la causa más común e importante de Hemorragia Postparto. El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción miometrial, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos uterinos miometriales que pasan entre las células musculares del útero (MSP, 2013)

La atonía uterina es un cuadro que se caracteriza por una incapacidad de las fibras musculares uterinas para contraerse después de un parto o una operación cesárea, lo que impide la hemostasia fisiológica que regula el sangrado post-parto. Durante el control prenatal en las últimas semanas de gestación se pueden identificar factores predictores como: Polihidramnios, macrosomía fetal, embarazo múltiple, hidrocefalia, tumores fetales, presencia de miomas uterinos, cesáreas uterinas previas, placenta previa y cualquiera que pueda ocasionar un sangrado significativo durante la atención del parto y post-parto.

## **1.2 FISIOPATOGENIA.**

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen para llevar a la contracción de Pinard; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye (Chiriboga, 2012).



La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye. Conforme se va separando la placenta, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. Este proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento se considera un alumbramiento prolongado. Al final de un embarazo a término, 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado (Chiriboga, 2012).

Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retro-placentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia. El grado de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de la acción de las contracciones sobre el lecho placentario durante y después de la separación. El sangrado después del parto es controlado por una combinación la contracción del miometrio, que constriñe los vasos sanguíneos que irrigan el lecho placentario, y factores locales deciduales hemostáticos, incluyendo el factor tisular el activador del plasminógeno tipo 1 inhibidor, y los factores de la coagulación sistémica (por ejemplo, las plaquetas circulantes y factores de coagulación). La deficiente contracción del miometrio se manifiesta clínicamente como la atonía uterina. Hemostasia decidua defectuosa se asocia con decidualización inadecuada (por ejemplo, la placenta adherida) o diátesis hemorrágica (por ejemplo, deficiencias de factores o trombocitopenia) (Chiriboga, 2012).

### 1.3 FACTORES DE RIESGO

- Grandes multíparas
- Sobre distensión uterina (embarazo múltiple, macrosomía fetal, polihidramnios).
- Uso de oxitocina durante el trabajo de parto.
- Antecedentes de hemorragia postparto.
- Operación cesárea u otras intervenciones uterinas anteriores.
- Anemia.
- Placenta previa y/o DPPNI.
- Óbito fetal.
- Síndrome hipertensivo gestacional (Preeclampsia, eclampsia).
- Parto prolongado o precipitado.
- Trastornos de la coagulación.
- Anestesia general.
- Inversión uterina.
- Edad Adolescente y mayores de 35 años” ( CHIRIBOGA , 2012)

### 1.4 CUADRO CLÍNICO

El signo patognomónico de la hemorragia posparto es el sangrado significativo por vía transvaginal, características (rojo rutilante, con o sin coágulos) que se presenta en el posparto o post-cesárea inmediatos. Una disminución marcada de la consistencia del útero a la palpación, datos evidentes de un choque hipovolémico (hipotensión, taquicardia, diaforesis, mareo, vértigo y pérdida de la conciencia). Anemia diagnosticada por la clínica (palidez marcada-disnea de esfuerzo) o por medio de laboratorio con el recuento de los componentes hemáticos. Signos de lesión hipofisiaria que pueda llevar a un síndrome de sheehan.

## **1.5 DIAGNOSTICO**

La exploración del canal vaginal en estos casos es indispensable para descartar patologías como: varices vulvares, lesiones de la mucosa vaginal o el introito, lesiones del cérvix (pólipos, desgarros, eversionses o lesiones malignas). Rotura de la cavidad uterina o presencia de restos placentarios.

La exploración bimanual que evidencie la presencia o no del globo de seguridad de Pinard que fisiológicamente se encuentra ubicado en la línea media ligeramente lateralizado hacia la izquierda lo que muestra un útero de paredes engrosadas si es palpable o la incapacidad para contraerse cuando no es palpable.

## **2. ARGUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ATONIA UTERINA**

Se puede realizar la administración de Oxitocina por vía intravenosa de 20UI en 500ml de solución glucosada al 5%, o una ampolla de metil ergonovina siempre y cuando no halla contraindicaciones para su uso, y valorar el sangrado en un minuto. Otra opción es la administración por vía vaginal o rectal de 400 mg de prostaglandinas E2.

### **2.1 Manifestaciones iniciales, otros signos y síntomas típicos.**

Hemorragia postparto inmediata

#### **2.1.1 Signos y síntomas**

- Hemorragia transvaginal posparto o post-cesárea
- Útero blando y no retraído (ausencia del globo de seguridad de Pinard)

- Taquicardia
- Hipotensión

### **2.1.2 Diagnostico probable**

Atonía uterina

### **2.1.3 Frecuencia y etiología**

70% Atonía uterina, anomalía de la contractilidad.

## **3. MANEJO**

Las mujeres embarazadas pueden sufrir una pérdida de sangre en el momento del parto, susceptible de poner en riesgo su vida. Si bien la mayoría de las Hemorragia Post Parto no presentan factores de riesgo identificables, la mayoría de Hemorragia Post Parto pueden prevenirse con el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP). (MSP, 2013).

En muchos países en desarrollo todavía se utiliza el manejo expectante de la tercera etapa del parto en la mayoría de partos que ocurren en el hogar. Sin embargo, los estudios de Bristol y Hinchingsbrooke que compararon el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) versus el manejo expectante o fisiológico de la tercera etapa del parto, demostraron claramente que, cuando se aplicó el manejo activo, la incidencia de Hemorragia Post Parto fue significativamente inferior (5,9% con MATEP vs.17, 9% con manejo expectante; y 6,8% con MATEP vs 16,5% sin MATEP) (MSP, 2013).

Los datos respaldan el empleo habitual del manejo activo de la tercera etapa del parto por parte de todo personal especializado en partos, independientemente del lugar en el que trabajan; el MATEP reduce la incidencia

de Hemorragia Post Parto, la necesidad de transfusión de sangre, y por lo tanto se lo debe incluir en todo programa de intervención destinado a reducir la mortalidad debido a Hemorragia Post Parto (MSP, 2013).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda el uso de rutina de MATEP como el mejor método basado en evidencia para la prevención de la Hemorragia Post Parto, y destaca que se deben tomar todas las medidas para asegurar el uso de MATEP en cada parto vaginal atendido por personal especializado. (MSP, 2013).

a. Uso de agentes uterotónicos.

Dentro del primer minuto luego del nacimiento del producto, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) producto(s) y administre 10 UI de oxitocina intramuscular (IM). Se prefiere la oxitocina a otros medicamentos uterotónicos debido a que hace efecto entre 2 y 3 minutos luego de la inyección, sus efectos secundarios son mínimos y puede usarse en todas las mujeres. Si no hay oxitocina disponible, se puede usar 600 µg de misoprostol por vía oral. Otros uterotónicos como: 0.2 mg IM de ergometrina o metilergometrina; sintometrina (una combinación de 5 UI de oxitocina y 0.5 mg de ergometrina en ampollas IM deben evitarse en mujeres con enfermedad cardíaca, preeclampsia, eclampsia o presión arterial alta. (MSP, 2013).

b. Tracción y contra tracción del cordón umbilical.

No se recomienda la tracción controlada del cordón sin la administración de fármacos uterotónicos o antes de observar signos de separación de la placenta, ya que esto puede provocar la separación parcial de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero. No se debe realizar la tracción del cordón umbilical sin aplicar la contra tracción por encima del pubis con la otra mano. Aunque es uno de los temores principales, no se registró ningún caso de inversión uterina o de separación del cordón en los cinco principales estudios controlados en los que se comparó el manejo activo y el manejo expectante.(MSP , 2013 ).

c. Masaje uterino posparto.

Después del alumbramiento, masajee el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga. Durante las 2 primeras horas se debe controlar que exista una adecuada retracción uterina y que los loquios sean normales. (MSP, 2013).

### **3.1 BALON DE COMPRESIÓN**

El taponamiento uterino como medida transitoria o definitiva para el control de hemorragia en casos de atonía uterina puede realizarse con el balón de compresión. (MSP, 2016).

Materiales para armar el balón de compresión: Condón masculino 1, una Sonda Foley N°16 o N°18, un frasco de Solución Salina 0.9% 500ml, una Sutura trenzada seda N°0 o N°1, un Equipo de venoclisis.



Pasos para colocar el balón de compresión:

1. Amarre el condón masculino a la sonda Foley con la sutura.
2. Realice asepsia y antisepsia e Inserte a través del cuello uterino.
3. En útero insufla el balón de compresión usando el equipo de venoclisis con solución salina 0.9% hasta que el sangrado se detenga o hasta llenar con 500 ml, se recomienda iniciar con 250ml y luego incrementar de 50 a 100ml hasta que la hemorragia ceda.
4. Mantener la sonda cerrada con una pinza o clamp umbilical neonatal.
5. Empacar la vagina con gasas.
6. Dejar colocado el balón de compresión de 12 a 24 horas, dependiendo de la intensidad inicial del sangrado.
7. Luego de 12 horas durante las que el fondo uterino se mantiene al mismo nivel, el balón será desinflado progresivamente (100ml/hora), sin ser removido por 30 minutos luego de desinflado por completo.
8. Si el sangrado no reaparece, se suspende la oxitocina y se retira el balón.
9. Si una vez desinflado se reinicia la hemorragia, se volverá a colocar el balón e compresión y se planteará el tratamiento definitivo.
10. Se vigilará a la paciente por la existencia de dolor hipogástrico que es signo de excesivo llenado del balón, que deberá evitarse para prevenir ruptura y se debe controlar que el nivel del fondo uterino para asegurarse que la sangre no se colecciona en ausencia de sangrado externo.
11. El tiempo para dejar colocado el condón intrauterino dependerá de la estabilidad hemodinámica de la paciente y corrección de la anemia.
12. Continuar infusión con oxitocina 40 UI/día diluida en 1000ml de solución salina durante el tiempo que permanezca el condón intrauterino insuflado.
13. Se requiere cobertura antibiótica con carácter profiláctico durante 72 horas ( penicilina, o ampicilina + clindamicina o metronidazol) .(MSP, 2013) .

## **3.2 TRAJE ANTISHOCK NO NEUMATICO**

El traje antishok no neumático es una inversión de bajo costo, fácil de usar y que reduce el riesgo de muertes asociadas a hemorragia obstétrica. Es una prenda de neopreno ligero que se compone de cinco segmentos que se cierran herméticamente con velcro. El traje antishok no neumático aplica presión a la parte inferior del cuerpo y el abdomen ayudando a estabilizar signos vitales. Ayuda a mantener la circulación en órganos esenciales tales como corazón, riñones, cerebro y pulmones. (MSP, 2013).

### **3.2.1 Mecanismo de acción**

La compresión en circunferencia en piernas y abdomen reduce el volumen vascular total mientras que se expande la circulación central, aumentando la precarga, resistencia periférica y gasto cardíaco. Los segmentos son articulados horizontales:

- Tres segmentos sobre cada pierna
- Un segmento sobre la pelvis, Un segmento sobre el abdomen que incluye una bola de espuma de compresión La colocación del traje antishok no neumático.
- Se coloca el traje por debajo de la paciente con la parte más alta a nivel de la 12va costilla.
- Se coloca primero los segmentos de los tobillos (segmento 1 y 2) Se continúa en orden ascendente (segmento 3, 4, 5 y 6)
- Los segmentos 1, 2 y 3 se colocan por dos personas
- Los segmentos 4, 5 y 6 se colocan por una persona. ( MSP , 2013 ).

### **3.2.2 Con el Traje antishock no neumático colocado se puede realizar:**

1. Reparación de episiotomía, laceraciones vaginales, y cervicales
2. Extracción manual de la placenta
3. Compresión uterina bimanual
4. Aspiración manual endouterina
5. Taponamiento con balón de compresión
6. Pinzamiento de arterias uterinas vía vaginal
7. Cesárea
8. Histerectomía
9. Ligadura de arterias hipogástricas
10. Laparotomía, etc.( MSP , 2013 ).

### **3.2.3 Retiro del Traje antishock no neumático**

Se realiza bajo estricta supervisión, y con la paciente termodinámicamente estable por al menos dos horas, con frecuencia cardíaca por debajo de 100lpm, se debe empezar por los segmentos del tobillo (Segmento 1 y 2) y dejar 15 minutos entre cada segmento, tomar signos vitales y no dejar que presión arterial ni frecuencia cardíaca aumenten ( MSP , 2013 ).

### **3.2.4 Contraindicaciones en uso de Traje antishock no neumático**

- Estenosis mitral
- Falla cardíaca congestiva
- Hipertensión pulmonar
- Embarazo

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

El estudio de la hemorragia obstétrica está acorde con las líneas de investigación de la carrera de obstetricia y la facultad de salud y bienestar, se presenta el caso sobre Atonía Uterina en paciente multigesta de 20 años por parto prolongado e inducido con la finalidad de determinar los factores de riesgos y complicaciones de la Atonía Uterina y generar información actualizada sobre este tema a la comunidad. Es posible realizar el tema porque se cuenta con acceso a la información en la historia clínica detallada que permite exponer la experiencia de un caso clínico el manejo, complicaciones y pronóstico de una Atonía Uterina.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir los factores de riesgos y complicaciones de la atonía uterina en paciente multigesta de 20 años por parto prolongado e inducido.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los factores predictores de atonía uterina en gestante adolescente.
  
- Describir el manejo de atonía uterina en gestante adolescente.
  
  
- Evaluar las complicaciones de atonía uterina en paciente multigesta de 20 años por parto prolongado e inducido.

## 6. DATOS GENERALES

Nombre: n/n

Edad: 20 años

Sexo: femenino

Estado civil: unión libre

Etnia: indígena

Ocupación: estudiante

Residencia: Facundo Vela

Lugar de nacimiento: Simiatug

Nivel de educación: primaria

### 6.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

24 de agosto del 2018, a las 13:00 horas .Paciente de 20 años multigesta acude por presentar dolor abdominal de leve intensidad refiriendo 42 semanas de gestación por fecha de última menstruación.

- ✓ Antecedentes personales: infección vías urinarias a repetición
- ✓ Antecedentes familiares: abuela diabética
- ✓ Antecedentes quirúrgicos: no refiere
- ✓ Antecedentes gineco-obstetricos:

Gesta: 4                      Partos: 2      Aborto: 2

Menarquia: 12 años

Menacmia: eumenorreica

Dismenorrea: no

Primera relación sexual: 16 años



Métodos de planificación familiar: preservativo masculino

Fecha de Ultima Menstruación: 05/11/17 Fecha Probable de Parto:  
12/08/2018

Periodo Intergenésico: 1 Año

Alergias: penicilina

## **6.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE LA PACIENTE (ANAMNESIS)**

24 de Agosto del 2018 Paciente de 20 años multigesta secundípara acude al servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro refiere cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal leve y esporádico tipo contráctil de baja intensidad de 12h de evolución con una Edad gestacional de 42 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación , se procede a valorar paciente con una dilatación de 2cm , borramiento del 40%, altura de la presentación I plano de Hodge, consistencia del cuello dura , posición del cuello posterior, membranas integras dando un Bishop de 3, Se solicita ecografía obstétrica la cual nos reporta embarazo de 41.5 Semanas de Gestación ,por lo cual se decide su ingreso para inducción de trabajo de parto .

- ✓ Paciente consciente, orientada, afebril
- ✓ Constantes vitales: Tensión arterial 120/80mmHg; Frecuencia Cardiaca 94 latidos por minutos; Frecuencia respiratoria 22 latidos por minutos; saturación de oxígeno de 96%; Temperatura: 36.5 °C.
- ✓ Cabeza: normo cefálica
- ✓ Cuello: simétrico sin adenopatías
- ✓ Tórax: simétrico, expansible
- ✓ Abdomen: Ocupado por feto único vivo, dorso longitudinal lateral derecho.
- ✓ Posición : cefálico
- ✓ Frecuencia Cardiaca Fetal : 140 latidos por minutos
- ✓ Actividad Uterina : 1/10/25

- ✓ Región genital: Al tacto vaginal se evidencia cervix posterior , duro , con una dilatación de 2 cm , borramiento 40% y el grado de encajamiento 1
- ✓ Extremidades: simétricas, no edematizadas

### **6.3 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS**

#### **6.3.1 Parto: Biometría Hemática completa:**

##### **Hemograma:**

Hemoglobina: 12.1; Hematocrito: 38% Volumen Corporal Medio: 92; Hemoglobina corpuscular Media: 33.9; Plaquetas: 136.000; Leucocitos: 26.400 (Segmentados: 94 % linfocitos: 6%), Tiempo Protombina: 11. Tiempo Tromboplastina parcial: 22.0.

##### **Bioquímica:**

Sodio: 131,9; potasio: 4,07; Urea: 27.2; Creatinina 0,93; Glucosa: 121; Transaminasa oxalacética: 22.1; Transaminasa Pirúvica: 30.1; Saturación de oxígeno: 93%.

##### **Serología:**

Virus de Inmunodeficiencia Humana: Negativo

Vdrl: negativo

Orina: Proteinuria: (+)

#### **6.3.2 Postparto: Biometría Hemática completa:**

##### **Hemograma:**

Hemoglobina: 6.2g/dl; Hematocrito: 18% Volumen Corporal Medio: 92; Hemoglobina Corpuscular Media: 29,8; Plaquetas: 98.000; Leucocitos: 10.500 (Segmentados: 79% linfocitos: 5,9%), Tiempo Protombina: 11.3, Tiempo Tromboplastina Parcial: 24.0.

**Bioquímica:**

Sodio: 131,9; potasio: 4,07; Urea: 10,2; Creatinina 0,81; Glucosa: 97; Transaminasa oxalacetica: 22.1; Transaminasa Pirúvica: 30.1; Saturación de oxígeno : 98%.

**Serología:**

Virus de Inmunodeficiencia Humana: Negativo

Vdrl: negativo

**6.4 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO****6.4.1 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:**

Retención de Restos Placentarios

Desgarros perineales

**6.4.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

Ruptura Uterina

Trombofilias

Atonía Uterina

**6.4.3 DIAGNOSTICO DEFINITIVO:**

Atonía Uterina

#### **6.4 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.**

Al presentar el caso podemos observar una usuaria joven con antecedentes obstétricos de bajo riesgo, pero la procedencia es determinante ya que se trata de un área rural-marginal donde el acceso a salud está condicionada por factores como movilización lo que genera la primera demora, la paciente refiere aproximadamente 12 horas de actividad uterina, se evidencia un aparente embarazo prolongado por fecha de última menstruación que refiere la usuaria ya que no porta ecografía de primer trimestre que permita contrastar este dato.

A las 6 horas de haber ingresado la paciente cumple con los criterios para ser sometida a un trabajo de parto score mama de 1 , a los 30 minutos después se produce el expulsivo donde se obtiene producto único vivo, de sexo femenino , se realiza la administración de 10 unidades internacionales de oxitocina intramuscular, a los 2-3 minutos se realiza pinzamiento y corte del cordón umbilical, se procede a realizar las maniobras de tracción y contra tracción del cordón umbilical se extrae placenta completa, se evidencia la presencia del globo de seguridad de Pinard, se limpia la cavidad uterina, se revisa el canal vaginal, no se reportan novedades, se traslada a la paciente al área de observación del post-parto inmediato.

Con el antecedente de trabajo de parto prolongado a las dos horas la paciente evidencia aumento del sangrado transvaginal lo que le ocasiona marcada inestabilidad hemodinámica ya que la paciente demuestra estado de shock hipovolémico, que puede estar relacionado a retención parcial de fragmentos placentarios, factores anormales de coagulación, rotura uterina o a incapacidad de la musculatura uterina para realizar las ligaduras de pinard.

Se traslada a la paciente a sala de parto para la revisión y valoración del sangrado: a la palpación abdomino-pélvico: dolor agudo intenso a la digito presión a nivel del hipogastrio, se palpa útero flácido, blando, volumen uterino o+2. Perdida abundante de Sangre roja rutilante con coágulos en el canal vaginal , con signos vitales: TC 36 OC , Saturación de oxígeno de 92% , frecuencia respiratoria 26 latidos por minutos , Frecuencia cardiaca 118 latidos por minutos , Presion Arterial 60/30mmHg, dando un Score Mama: 12

Por lo que inicia con las siguientes indicaciones;

- Lactato de ringer 2000ml iv stat
- Cloruro de sodio 0,9% en 1000ml + 20 UI de oxitocina pasar a 40 gotas por minuto.
- Score mama cada 15 minutos.

Al minuto de iniciar la administración de oxitocina el sangrado evidencia disminución, se mantiene masaje uterino y valoración de Score mama. Con los resultados de la biometría hemática se indica la transfusión de 2 paquetes de concentrado de globulos rojos para recuperar la volemia, Oxígeno por bigotera a 2 litros por minutos.

## **6.5 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

Dada la magnitud del problema, hay un creciente interés en la búsqueda de información e investigaciones, la atonía uterina está relacionada a diferentes causas como son factores mecánicos, sobre distención uterina, nacimiento uterino acelerado, o pueden contribuir algunos fármacos. Y como podemos observar muchos de estos factores son predecibles, lo que significa que su identificación será de beneficio para las pacientes, al poder ofrecerles un mejor manejo. Por lo tanto es indispensable que se conozcan las intervenciones correctas y el manejo adecuado de medicamentos (uterotonicos).

### 6.5.1 SEGUIMIENTO

Paciente de 20 años multigesta secundípara acude al servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro refiere cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal leve y esporádico tipo contráctil de baja intensidad de 12h de evolución con una Edad gestacional de 42 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación , se procede a valorar paciente con una dilatación de 2cm , borramiento del 40%, altura de la presentación 1 , consistencia del cuello duro , posición del cuello posterior dando un Bishop de 3 , Se solicita ecografía obstétrica la cual nos reporta embarazo de 41.5 Semanas de Gestación ,por lo cual se decide su ingreso para inducción de trabajo de parto a las 13:00horas pm .

Paciente estable con una actividad uterina de 1/10/25 y movimientos fetales presentes, se le realiza monitoreo fetal en sala de gineco-obstetricia el cual se encuentra reactivo por lo que se procede a la inducción del trabajo de parto con misoprostol 25 microgramos via sublingual a las 14:00 horas pm.

A las 16:00 horas se valora paciente con una actividad uterina 2/10/30 dilatación 5cm, borramiento de 60%, altura de presentación plano 2, consistencia del cuello media, posición del cuello posterior , se realiza monitoreo fetal el cual permanece reactivo y alcanza un Bishop y actividad uterina favorable por lo cual se suspende el misoprostol , se vuelve a valorar paciente luego de 2 horas ( 18:30 ) encontrándose 9 cm de dilatación , plano 3 , borramiento 90% ,consistencia

del cuello blando , posición del cuello central , por lo que se realiza el pase a centro obstétrico .

Se atiende Parto eutócico a las 19: horas obteniéndose producto único vivo, sexo: femenino, peso: 3500g, perímetro cefálico: 35 cm, talla: 48cm, realizando manejo activo de la tercera etapa del parto con alumbramiento y placenta completa a los 10 minutos con un sangrado transvaginal: 500cc.

19:30 Pasa a sala de recuperación bajo observación y masaje manual uterino continuo, se mantiene la solución intravenosa a razón de 10 UI de oxitocina a 28 gotas/minuto.

Nota post revisión

21:00 A las 2h de postparto, se acude ha llamado de enfermería donde la paciente presenta diaforesis, piel fría y somnolencia, letargo, Lipotimia, taquicardia, palidez marcada ++ de piel y mucosa.

Se traslada a paciente a la sala de parto: a la palpación abdomino-pélvico: dolor agudo intenso a la digito presión a nivel del hipogastrio, se palpa útero flácido, blando, volumen uterino o+2. Perdida abundante de Sangre roja rutilante con coágulos en el canal vaginal, con signos vitales: TC 36 °C , Saturación de oxigeno de 92% , frecuencia respiratoria 26 latidos por minutos , Frecuencia cardiaca 118 latidos por minutos , Presion Arterial 60/30mmHg, dando un Score Mama: 12

Por lo que inicia con las siguientes indicaciones;

- Lactato de ringer 2000ml iv stat
- Cloruro de sodio 0,9% en 1000ml + 20 UI de oxitocina pasar a 40 gotas por minuto.
- Score mama cada 15 minutos.

21:15 se procede a dar masaje uterino continuo mas revisión de cavidad vaginal evidenciando abundantes coágulos.

Signos Vitales: Temperatura Corporal: 36 °C , Saturación de oxígeno de 92% , Frecuencia respiratoria 26 latidos por minutos, Frecuencia cardiaca 118 latidos por minutos , Presion Arterial 60/30mmHg, Score Mama: 12 Por lo cual se procede a indicar los uterotónicos (Misoprostol 800mg vía rectal stat, Metilergometrina 0.2 IM stat )y la transfusión de 2 paquetes de concentrado de globulos rojos para recuperar la volemia , Oxigeno por bigotera a 2 litros por minutos.

21:30 tras administrar líquidos cristaloides mejora el cuadro clínico de la paciente con un Score de Mama (6 ) , presión arterial:80/50mmhg, frecuencia respiratoria:22 latidos por minutos ,Temperatura :36.2°C ,frecuencia Cardiaca:108 latidos por minuto ,saturación de oxígeno: 92%.Se continua con control de diuresis, ingesta y excreta , score mama cada 30 minutos y se solicita Biometría postransfunsional.

Se recibe biometría postransfunsional de control reportando una hemoglobina de 6.2 g/dl, hematocrito 18 %, por lo que se decide colocar 3 concentrados de globulos rojos y 2 paquetes de plasma fresco congelado , se palpa útero contraído al masaje y se evidencias escasos loquios , paciente con



signos vitales estable ,por lo cual pasa al servicio de gineco-obstetricia para permanecer en observación.

25-agosto-2018 a las 06:00 horas Al momento la usuaria se encuentra hemodinamicamente estable con una hemoglobina de 10 g/dl por lo que se indica pasar 300mg de hierro sacarosa en 300cc de solución salina al 0,9% pasar en 3 horas y continuar con medicación ( cefazolina 1gr cada 6 horas , keterolaco 60mg iv cada 8 horas , cloruro de sodio al 0.9% 1000ml + 20 UI de oxitocina pasar a 40 gotas por minuto .

26-agosto-2018 Paciente evoluciona favorablemente por lo que decide el alta se brinda consejería en planificación familiar aceptando como método anticonceptivo implante subdérmico y a continuar con medicación en domicilio (cefalexina 500mg via oral por 7 días cada 6 horas, y paracetamol 500mg cada 8 horas por 3 días y hierro oral 200mg durante un mes ).

## **7. OBSERVACIONES**

Proporcionar capacitaciones más frecuentes en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro para que todo el personal esté capacitado para enfrentar esta complicación de la atonía uterina y brindar los cuidados necesarios.

Se considera que el uso indiscriminado de uterotónico durante el trabajo de parto es una de las causas que ocasiona que el útero no se contraiga causando atonía uterina.

## 8. CONCLUSIONES

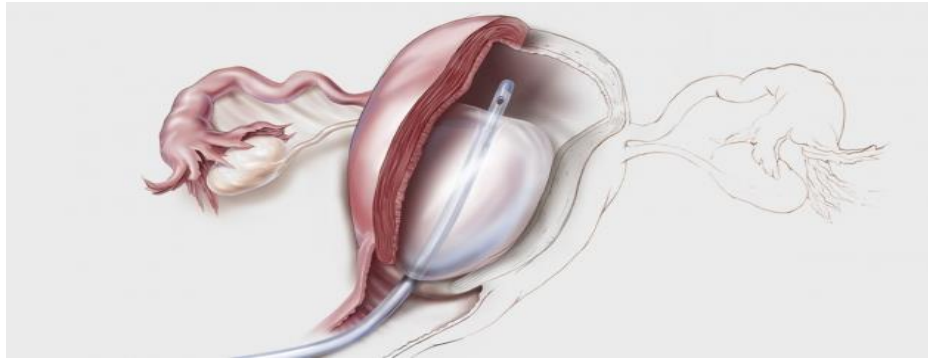
- a. Las contracciones del Miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados por el desprendimiento placentario durante el parto lo que reduce el flujo sanguíneo en la pared uterina. Por lo tanto, la ausencia de contracciones uterinas posparto traerá como consecuencia una hemorragia obstétrica.
- b. La observación de factores predictores es importante ya que son múltiples aquellos que están relacionados a la atonía uterina.
- c. Dependiendo del grado de severidad de la hemorragia y el estado general de la usuaria serán necesarios técnicas manuales, fármacos e incluso prácticas quirúrgicas que pueden llevar a la extirpación del útero.
- d. El personal de salud debe manejar las herramientas de valoración de las hemorragias postparto que permitan tomar decisiones oportunas en el manejo oportuna, tener en cuenta que todo esto no sería posible si la usuaria tuviera su parto en casa sin asistencia médica lo que llevaría a engrosar las tasas de muerte materna en Ecuador.

## 9. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

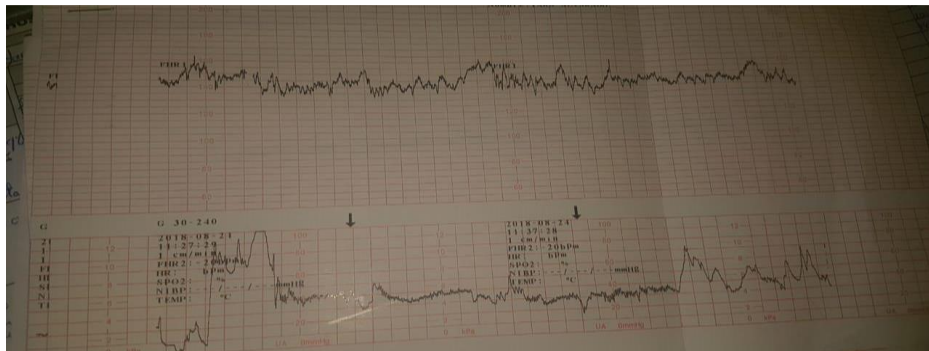
1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score Mama, Claves y D.E.R. obstétricos, Protocolo. Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna, 2016, Quito, Ecuador.
2. Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
3. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria. Biblioteca de Salud Reproductiva OMS 2013.
4. Guía para la prevención de la Hemorragia postparto. CLAP- OPS- OMS 2001.
5. OMS. Informe sobre muertes maternas. 2008.
6. Schwarcz, R.L. y otros. Obstetricia 5ª ed. Buenos Aires. El Ateneo. 2007.

## ANEXOS

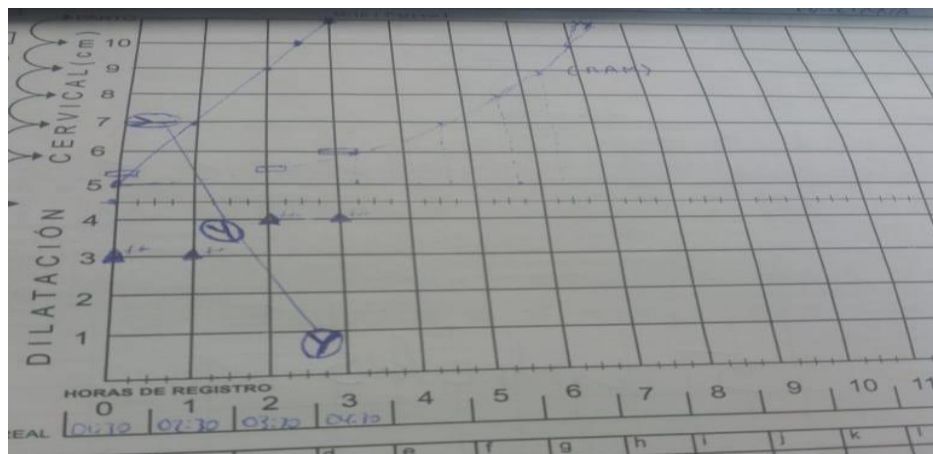
### IMAGEN 1



**BALÓN DE COMPRESION**



**MONITOREO FETAL**



**PARTOGRAMA**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIDAD DE TITULACIÓN  
 PERÍODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019  
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 09-04-2019

FIRMA DOCENTE:

REGISTRO DE TUTORIAS DEL COMPONENTE PRACTICO EXAMEN COMPLEXIVO (DIMENSION PRACTICA)

FIRMA DOCENTE:

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: DR. CESAR AUGUSTO BERMEO NICOLA

TEMA DEL PROYECTO: "ANTONIA UTERINA EN PACIENTE MULTIGESTA DE 20 AÑOS POR PARTO PROLONGADO E INDUCIDO"

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: SHIRLEY VANESSA MOSQUERA JIMENEZ

CARRERA: OBSTETRICIA

Pag. N°.

Horas de Tutorias	Fecha de Tutorias	Tema tratado	Tipo de tutoria		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1	27/12/2018	Elaboración de certificación	✓				Vanessa Mosquera J
1	4/01/2019	Plantamiento y Analisis de objetivos Generales y Especificos	✓				Vanessa Mosquera J
1	9/01/2019	Requerimiento de Evidencia para Elaboración de Evidencias	✓				Vanessa Mosquera J
1	16/01/2019	Elaboración de Plan Teórico	✓				Vanessa Mosquera J
1	23/01/2019	Análisis de Anamnesis y exámenes complementarios	✓				Vanessa Mosquera J
1	29/01/2019	Formulación del diagnóstico Presuntivo, diferencial y definitivo	✓				Vanessa Mosquera J
1	13/02/2019	Análisis y descripción de las conductas que debe ser el plan	✓				Vanessa Mosquera J
1	20/02/2019	Inclusiones de los Registros clínicos de las Acciones	✓				Vanessa Mosquera J
1	13/03/2019	Análisis del seguimiento del caso clínico	✓				Vanessa Mosquera J
1	21/03/2019	Elaboración de observación y conclusión	✓				Vanessa Mosquera J
1	27/03/2019	Realización de diagnóstico y de educación	✓				Vanessa Mosquera J
1	02/04/2019	Realización de última corrección	✓				Vanessa Mosquera J

SHIRLEY VANESSA MOSQUERA JIMENEZ  
 CI: 1207299973  
 ESTUDIANTE

OBST. LILIAN MUÑOZ  
 COORDINADORA DE TITULACION  
 CARRERA DE OBSTETRICIA