



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

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA DE CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION ENFERMERIA EN GESTANTE DE 25 AÑOS CON
DIAGNOSTICO DE ATONIA UTERINA POR DISTOCIA FETAL**

AUTOR

YULY ITAMARA RAMIREZ SEGURA

TUTORA

LIC: TANIA ESTRADA MSC

BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR

2022

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCION ENFERMERIA EN GESTANTE DE 25 AÑOS CON
DIAGNOSTICO DE ATONIA UTERINA POR DISTOCIA FETAL

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
I. MARCO TEÓRICO	8
1.1 JUSTIFICACIÓN	16
1.2. OBJETIVOS	17
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	17
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.3. DATOS GENERALES	18
I. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	19
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES	19
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS	19
2.3. EXAMEN FÍSICO	20
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	23
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	24
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	24
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	28
2.8 SEGUIMIENTO.....	28
2.9. OBSERVACIONES.....	31
CONCLUSIONES.....	32
BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXO.....	34

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia increíble, quienes han sido mi soporte y han sido mi ejemplo de superación, sacrificio enseñándome siempre a seguir con mis metas y objetivos

A mis padres por haberme formado con valores y principios que me han enseñado a que con esfuerzo se pueden lograr las metas. Que gracias a sus consejos y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y a luchar por lo que quiero.

A mis hermanas gracias por su apoyo, cariño y por estar en los momentos más importantes de mi vida. Este logro también forma parte de cada uno de ustedes.

Yuly Itamara Ramírez Segura

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitiéndome culminar una grande meta en mi vida por bendecirme con salud. A mis padres por su apoyo eterno motivándome siempre a seguir adelante, y agradezco de manera muy cordial a mi tutora de caso clínico Msc Tania Estrada por tener paciencia, guiarme, orientarme, brindarme su tiempo y conocimientos para culminar de mejor manera con este proyecto de investigación, mil bendiciones. Y agradecer a todos los profesionales licenciados (as) y Doctores que formaron parte de mi instrucción académica como profesional de enfermería a lo largo de estos 5 años de estudio, que Dios multiplica con muchas bendiciones a todos.

Yuly Itamara Ramírez Segura

}

RESUMEN

La atonía uterina se refiere a la contracción inadecuada de las células miometriales del cuerpo uterino en respuesta a la liberación de oxitocina endógena, provocando que el útero no se contraiga luego del alumbramiento que impide que se realice una hemostasia fisiológica llegando a provocar una hemorragia postparto. La atonía uterina es la principal causa de hemorragia posparto, a nivel mundial es una de las emergencias obstétricas que se encuentra dentro de las cinco principales causas de mortalidad materna.

Según la organización mundial de la salud la atonía uterina representa el 80% de las hemorragias postparto, ocurre en el 4% de los partos vaginales y en el 6% de los partos por cesáreas. Según el MSP en el Ecuador, es la segunda causa más importante de mortalidad en mujeres, siendo fundamental que todo profesional de enfermería esté capacitado con normas y protocolos actualizados, para poder actuar de manera eficiente frente a esta emergencia, evitando complicaciones como un shock hemorrágico que pone en riesgo la vida de la paciente.

El presente caso clínico se presenta una paciente de 25 años de edad, primigesta que acude al servicio de emergencia obstétrica del Hospital general IESS Quevedo, por presentar lipotimia, anemia debido a una inestabilidad hemodinámica debido a la hemorragia post parto. La propuesta del caso clínico debido al alto índice de casos de muerte materna que ocurre por atonía uterina, estudiando el caso con el fin de elaborar un plan de cuidados que cubran las necesidades de salud de la paciente durante su estancia hospitalaria contribuyendo a la recuperación de la salud.

Palabras claves: atonía uterina, hemorragia postparto, lipotimia y shock hemorrágico

INTRODUCCIÓN

En el presente caso clínico se tratará de una paciente de 25 años que presenta un diagnóstico de atonía uterina por una distocia fetal, en el primer capítulo se detallará información acerca de esta patología ya que la atonía uterina es la principal causa de hemorragia posparto, una emergencia obstétrica donde la Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por hemorragia postparto debido a que en el mundo las muertes maternas son 1 de cada 1000 casos (Cabero, 2016).

La prevención inicial y el manejo de la atonía uterina requieren un manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto. Esto incluye realizar un masaje uterino mientras tira suavemente del extremo del cordón umbilical para separar toda la placenta de las paredes uterinas. Masajear el útero también puede ayudar a promover contracciones más fuertes y expulsar la sangre restante del útero. La hemorragia posparto, en su mayoría es causada por atonía uterina, siendo la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa más importante en Ecuador por es necesario que todo profesional esté preparado con el fin de evitar complicaciones por atonía uterina (Scalone, 2021).

En el presente caso clínico en el segundo capítulo se aplicará el proceso de atención de atención, luego de una valoración céfalo caudal, y también valoración por los patrones alterados donde se evidenciaron los patrones alterados llegando a un diagnóstico definitivo, realizando un plan de cuidados de enfermería con el fin cubrir las necesidades de salud de la paciente, logrando la mejoría de paciente.

I. MARCO TEÓRICO

ATONIA UTERINA - DEFINICION

La atonía uterina se refiere a la incapacidad del útero para contraerse lo suficiente durante y después del parto. Puede ocurrir tanto durante el parto vaginal como por cesárea. El útero se divide anatómicamente en 3 regiones; el fondo (parte superior), el cuerpo (parte principal) y el cuello uterino (parte inferior). La pared uterina consta de tres capas: el perimetrio (exterior), el monetario (medio) y el endometrio (interior). Después del parto, los músculos uterinos del miometrio generalmente continúan contrayéndose para detener el sangrado de las arterias espirales, que suministran sangre al endometrio. Estas contracciones uterinas reducen mecánicamente el flujo de sangre y, en consecuencia, aumentan la probabilidad de coagulación o coagulación de la sangre , lo que puede ayudar a prevenir la hemorragia posparto (es decir, sangrado abundante después del parto (Castillo, 2018).

Síntomas de la atonía uterina

El signo principal de la atonía uterina es la hemorragia posparto o la pérdida excesiva de sangre después del parto. Esto puede provocar una caída de la presión arterial y, en consecuencia, aumentar la frecuencia cardíaca. Las personas también pueden experimentar dolor, especialmente en la parte baja de la espalda. Entre otros síntomas son los siguientes:

Los síntomas de la hemorragia incluyen:

- Hemorragia abundante e incontrolado luego del parto
- Hipotensión
- Taquicardia
- Shock hipovolémico
- Dolor de espalda
- Abdomen doloroso
- Anemia
- No se expulsa la placenta
- Útero contraído (MSP, Guia Clinica de hemorragia Postparto, 2013)

Factores de riesgo de la atonía uterina

Entre las causas principales encontramos:

- Macrostomia fetal
- Gestación múltiple
- demasiada cantidad de líquido amniótico
- El uso excesivo de oxitocina

- Trabajo de parto prolongado
- Tener más de 35 años
- Obesidad
- Infección de las membranas fetales (Viteri, 2018).

ETIOLOGÍA

La contracción uterina ineficaz, aunque no se puede determinar la causa exacta se considera que puede ser de manera focal o difusa, que incluyen

-Tejido placentario retenido, (como placenta adherente mórbidamente, placenta previa y desprendimiento de placenta que normalmente debe ocurrir después del parto),

-Coagulopatía (aumento de los productos de degradación de la fibrina)

-Inversión uterina.

COMPLICACIONES DE LA ATONIA UTERINA

La principal complicación de la atonía uterina es la hemorragia severa postparto. Aunque otras complicaciones de la atonía uterina pueden incluir:

- ❖ **Anemia** : Se denomina al recuento bajo de glóbulos rojos con valores de Hb inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33%
- ❖ **Hipotensión**
- ❖ **Choque hipovolémico**: una complicación grave debido a la pérdida de sangre u otros líquidos (Carrasco, 2017).

DIAGNOSTICO DE LA ATONIA UTERINA

Se toma en cuenta los siguientes signos y síntomas:

Al momento de la valoración de signos vitales la Tensión arterial sistólica que indica si existe una infección hemodinámica tanto leve, moderada, y grave según los valores de tensión arterial que presente la paciente tales como 100/70, 80/60, 75/50

Los síntomas son los que nos van indicar si hay hemorragia, si los síntomas son leves va reflejar debilidad, sudor y taquicardia, si los síntomas son moderados estamos hablando de palidez, y oliguria, y si son graves se estimaría un shock, fallo renal con anuria, disnea, síndrome de Sheehan en el puerperio inmediato.

Juntos con los exámenes de laboratorio dictaminara los valores de hematocrito y leucocitosis que reflejara el estado del paciente (Lopez, 2017).

TRATAMIENTO PARA LA ATONÍA DEL ÚTERO

Estos medicamentos ayudan a mejorar las contracciones del útero y a controlar el sangrado según el manual del MSP; incluyen:

Medicamentos Uterotónicos
Oxitocina 10 UI/mL IM (o 5 UI IV lento), o 20-40 UI en 1000 mL de solución cristaloides en infusión IV a 250 mL/h.
Misoprostol 800 µg sublingual u 800-1000 µg vía rectal
Metilergonovina o Ergonovina (en ausencia de contraindicaciones) 0,2 mg IM, se puede repetir cada 2 a 4 horas, máximo 5 dosis (1 mg) en un período de 24 horas (MSP, Guía Clínica de hemorragia Postparto, 2013).

Para los casos de atonía uterina, con complicaciones, puede ser necesario otro tratamiento para reemplazar los líquidos y la pérdida de sangre, como:

- Líquidos intravenosos (IV)
- Transfusiones de sangre
- Productos de sangre

COMPLICACIONES DE LA ATONÍA DEL ÚTERO

El tratamiento para la atonía uterina muy grave con complicaciones puede incluir: 3

- **Cirugía:** para atar los vasos sanguíneos.
- **Embolización de la arteria uterina:** bloqueo del flujo de sangre al útero
- **Histerectomía:** extirpación quirúrgica del útero cuando todas las demás medidas fallan (Geary, 2016).

Herramienta Score MAMÁ

El Score MAMÁ es una herramienta de puntuación de signos vitales para el reconocimiento y respuesta temprana del deterioro de signos clínicos y fisiológicos, orientada a identificar tempranamente la patología obstétrica, teniendo principal relevancia en el primer nivel de atención en salud, permitiendo una toma de decisiones oportuna. El propósito es apoyar en identificar el potencial riesgo obstétrico y precisar la acción necesaria para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva (Bonilla, 2014).

Claves obstétricas. -Las claves obstétricas son un sistema de “roles y funciones” que permiten la comunicación efectiva y el trabajo coordinado. El sistema de respuesta rápida (SRR) o claves obstétricas, están conformados por profesionales de la salud capacitados en estas claves que en un accionar coordinado buscan prevenir la muerte materna.

Se han seleccionado 3 claves obstétricas, en función de las 3 principales causas de mortalidad materna en el Ecuador:

- CLAVE ROJA (Que es la clave para el Manejo de hemorragia obstétrica) (MSP, Score mama, 2017).

Manejo de las hemorragias obstétricas en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención.

Organización del equipo:

Coordinador (a): deberá ser un profesional de la salud capacitado en claves obstétricas,

encargado de liderar al grupo. Esta persona debe estar ubicada en la parte inferior del

cuerpo de la paciente a nivel de la pelvis (útero). Sus funciones son:

1. Organizar el equipo y verificar continuamente las funciones de los asistentes y del circulante. Definir conductas a seguir, dependiendo de la evolución clínica de la paciente.
2. Determinar con la información de los signos vitales y Score MAMÁ, el grado de choque en el que se encuentra la paciente y su evolución, en el tiempo de reanimación y reemplazo de volumen.
3. Buscar la causa de hemorragia e iniciar tratamiento.
4. Tomar la decisión de traslado o de asumir el caso de acuerdo a la causa y capacidad resolutive del establecimiento de salud
5. Ordenar la administración de fluidos, hemocomponentes (dependiendo disponibilidad) y medicamentos.
6. Evacuar vejiga previa antisepsia y colocar catéter urinario para medición de excreta urinaria.
7. Brindar la información requerida para los familiares o acompañantes a través del circulante.
8. Evaluar los parámetros de respuesta.

Asistente 1: el profesional de la salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas, se colocará en la cabecera de la paciente y realizará las siguientes funciones:

1. Explicar brevemente los procedimientos a seguir y brindar confianza a la paciente.
2. Verificar permeabilidad de vía área.

3. Tomar la presión arterial, la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y monitoriza eliminación urinaria y registrar en formulario 005.
4. Suministrar oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90 %.
5. Registrar eventos con tiempos en la historia clínica.
6. Reevaluar el estado de choque luego de la infusión de líquidos e informar al coordinador del equipo.
7. Colaborar con dicho coordinador en la realización de procedimientos.
8. Cubrir a la paciente para evitar la hipotermia.
9. Verificar que la paciente esté en posición con desviación uterina a la izquierda, si está embarazada con más de 20 semanas de gestación.

Asistente 2: profesional de la salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas, se colocará a un lado de la paciente y realizará las siguientes funciones:

1. Abrir el KIT ROJO.
2. Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N°16 o 18, una en cada brazo. (Ideal brazo izquierdo medicación brazo derecho hidratación o manejo de fluidos)
3. Tomar muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste), según disponibilidad.
4. Administrar líquidos, hemocomponentes (según disponibilidad) y medicamentos ordenados por el coordinador del equipo.
5. Colaborar con dicho coordinador en la realización de procedimientos.
6. Realizar la prueba de coagulación junto a la cama.

Circulante: profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas para realizar las siguientes funciones:

1. Activar al servicio de laboratorio y medicina transfusional, según disponibilidad.

2. Marcar los tubos de las muestras sanguíneas y realizar las órdenes de laboratorio.
3. Garantizar que las muestras lleguen al laboratorio y que se inicie el procesamiento.
4. Llamar a más personal de acuerdo al requerimiento del coordinador del equipo.
5. Asistir al coordinador del equipo en un procedimiento.
6. Establecer contacto con la familia de la paciente para mantenerla informada, y la información la define el coordinador del equipo.
7. Activar la RED para la referencia si el establecimiento de salud no tiene capacidad resolutive del caso. Llenar formulario 053 para transferencia si el caso lo amerita (MSP, Guia Clinica de hemorragia Postparto, 2013).

CONDUCTAS A SEGUIR EN CASO DE ATONIA UTERINA SEGÚN PROTOLO DEL MSP

1. Colocación del traje antishok no neumático.
2. Examen físico completo de la madre, más evaluación de vitalidad fetal (no aplica en posparto) con auscultación o empleo de doppler fetal si dispone 39
3. Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N°18.
4. Proporcione oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o anula nasal a 4 litros por minuto en caso de haber mascarilla.
5. Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección Suministre oxígeno, mascara o Venturi 10 litros /minuto o cánula nasal 4litros /minuto
6. Mantenga temperatura corporal
7. Tome muestra para exámenes (usar tubo tapa roja, lila y celeste) -Biometría hemática con conteo de plaquetas -TP, TTP -Grupo sanguíneo y factor Rh - Fibrinógeno
8. Inicie bolo de cristaloides de 500ml cada 30 minutos y valore luego de cada 500 ml infundidos, ya que la reposición de la volemia es adecuada si se cumplen los 4 siguientes requisitos: a. Presión arterial sistólica igual o mayor a 90 mmHg. b. Diuresis mayor a 30 ml por hora o mayor o igual a 0.5 ml/kg/h. c.

Temperatura mayor a 35° C d. Llenado capilar en las uñas menor de 3 segundos. e. Sensorio normal y pulso radial presente.

9. Al normalizar todos los parámetros anteriores se debe suspender los bolos de 500ml de soluciones cristaloides y continuar una infusión intravenosa a una velocidad de 50 gotas por minuto o 125 ml/h en bomba de infusión continua si es posible.

10. Si no hay respuesta adecuada en signos vitales con los primeros 3.000ml considerar pérdida mayor del 20% y Suministrar sangre ABO Rh específica, idealmente con pruebas cruzadas.

12. Si el shock es grave iniciar dos unidades de glóbulos rojos idealmente O RH13. Colocación de Balón de compresión en caso de Tono.

13. En caso de que se complique la hemorragia obstétrica, se toma la decisión de realizar una histerectomía para parar el sangrado (MSP, Guia Clinica de hemorragia Postparto, 2013).

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente caso se realizó debido a la incidencia de número de casos de atonía que se han reportados, ya que es una de las principales causas de muertes maternas en el Ecuador según el ministerio de salud pública, el 2% de las pacientes gestantes que son atendidas pueden llegar a desencadenar una hemorragia postparto. Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador la hemorragia post parto es la segunda causa de muerte materna en nuestro país. Se estima que 1 de cada 1000 nacimientos tienen riesgo de muerte materna, tomando en consideración que se producen alrededor de 125 millones de nacimientos por año en el mundo.

La importancia de este trabajo se debe a que todo personal de enfermería debe estar capacitado con conocimientos aptos para poder actuar de manera eficiente ante este tipo de emergencias, donde se debe realizar una correcta valoración y un diagnóstico eficiente de enfermería mediante las taxonomías NANDA – NIC – NOC es fundamental para elaborar los cuidados de enfermería que contribuyan al mejoramiento de la salud de la paciente, evitando complicaciones por atonía uterina. En el presente trabajo investigativo se tratará de un caso de una puérpera de 25 años que presenta atonía uterina, donde se le brindará cuidados de enfermería con el fin de ayudar a restablecer la salud de la paciente.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de atención en enfermería en una paciente de 25 años con diagnóstico de atonía uterina por distocia fetal

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Aplicar un proceso de atención de enfermería realizando intervenciones de enfermería que contribuyan al mejoramiento de la paciente.
- ❖ Describir los factores de riesgos y las complicaciones que desencadena una atonía uterina por distocia fetal.
- ❖ Promocionar la salud para prevenir complicaciones de este tipo de síndrome de Hellp.

1.3. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: NN

Historia Clínica: NN - 226157

Cedula de Identidad: NNN

Edad: 25 años 3 meses

Sexo: Fémima

Estado Civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Religión: católica

Grupo Sanguíneo: Rh Positivo

Tipo de Seguro: General

Procedencia: Buena Fe

Fecha de Ingreso: 09/09/2021

I. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

Paciente femenina de 25 años de edad acude a emergencias del Hospital IESS de Quevedo acompañada de su esposo, llega referida del Centro de Salud de Buena fe, viene en estado letárgico por inestabilidad hemodinámica con media hora de evolución posterior a la labor de parto, debido a la perdida sanguínea a la valoración física paciente presenta dolor pélvico, edema en miembros inferiores, a la toma de signos vitales se evidencia hipertermia de 38.5°C y con una hipotensión de 80/50 mmhg, se ingresa inmediatamente al área de ginecología donde se realiza activación de clave rojo, primeramente es tratada con medicación posteriormente se realiza una intervención quirúrgica por histerectomía.

Antecedentes patológicos personales:

- No presenta ningún antecedente

Antecedentes patológicos familiares:

- MADRE: Hipertensión
- PADRE: Hipertensión y Diabetes Mellitus tipo II

Alergias:

- No refiere

Antecedentes quirúrgicos:

- No refiere

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS

Anamnesis

Se trata de una puérpera de 25 años, llega en ambulancia referida del centro de salud de Buena Fe, acompañada por personal de salud de traslado y por su esposo, se procede primeramente a tomar los signos vitales donde se evidencia una hipotensión de 80/50, taquipnea de 28 respiraciones por minutos, diaforesis, taquicardia, es ingresada al área de ginecología para recibir atención médica de urgencia

Signos Vitales:

- Temperatura: 38,5 °C
- Frecuencia respiratoria: 28 respiraciones por minuto.

- Frecuencia Cardíaca: 120 latidos por minutos
- Presión Arterial: 80 / 50 mmHg
- Saturación de oxígeno: 96%
- Estado de consciencia: Somnolienta

Prescripción de Medica.

- ✓ Control de signos vitales cada 15 minutos por la sintomatología que presenta.
- ✓ Balance hídrico estricto debido a la hemorragia.
- ✓ NPO
- ✓ Ringer lactato 100ml/h para recompensar la inestabilidad hemodinámica.
- ✓ Omeprazol 40mg amp iv cada día, protector gástrico.
- ✓ Ceftriaxona 1gr iv cada 12 horas
- ✓ Ácido tranexámico 500 mg iv cada 8 horas
- ✓ Misoprostol 800 µg sublingual u 800-1000 µg vía rectal
- ✓ Paracetamol 1g amp in prn
- ✓ Metoclopramida 10mg iv cada 8 horas
- ✓ Ketorolaco 60 mg iv cada 8 horas

2.3. EXAMEN FÍSICO

- **Cabeza:** Normo céfalo.
- **Ojos:** las pupilas se encuentran isocóricas, si responde al reflejo de la luz.
- **Nariz:** Ausencia de secreciones nasales, sin lesiones.
- **Cuello:** A la palpación no presenta tumoraciones, ni adenopatías.
- **Tórax:** Simétrico y expansible, en la auscultación se evidencia ruidos taquiritmicos.
- **Miembros Superiores:** Simétricas movibles, sin edema.
- **Genitales:** Presenta sangrado vaginal por la atonía uterina que presenta
- **Abdomen:** Se encuentra a la palpación, depresible doloroso superficial y profunda, se examina que el útero no se encuentra contraído y se palpa fondo por debajo del ombligo
- **Miembros Inferiores:** Simétricas movibles, presencia de edema.

Valoración por sistemas:

- **Cardiovascular:** Presenta hipotensión y Taquicardia.

- **Respiratorio:** Presenta taquipnea.
- **Digestivo:** Presenta dolor pélvico intenso.
- **Osteomuscular:** Paciente presenta edema en miembros inferiores.
- **Piel y Tegumentos:** Mucosa hidratada y húmeda.
- **Neurológico:** Neurológico: Somnolienta, orientada, Glasgow 12/15
- **Psiquiátrico:** Sin Alteraciones.

Valoración Por Patrones Funcionales de Marjory Gordon

- **Patrón 1:** Percepción/manejo de salud.

Paciente a la palpación se encuentra con fuerte dolor pélvico, consecuencia del diagnóstico de atonía uterina de media hora de evolución posterior al parto, presenta hipertermia de 38.5°C, presenta una hipotensión de 80/50 indicador de que la paciente hipoperfusión, manifiesta que asistió a todos sus controles prenatales, y que tiene buenos hábitos saludables que no consume drogas, alcohol y no fuma

- **Patrón 2:** Nutricional metabólico

Paciente manifiesta que su alimentación no es saludable, debido a que mayormente de su dieta son frituras y alimentos que hacen que haya aumentado de peso llegando a tener sobrepeso desde antes de su embarazo.

Medidas antropométricas:

Peso= 65.6 kg

Talla= 157 cm

IMC= 26.44 (Sobrepeso)

- **Patrón 3:** Eliminación.

Paciente refiere que realiza sus deposiciones con normalidad, no refiere estreñimiento, pero que durante la estancia hospitalario necesita ayuda para poder movilizarse, y se mantiene con sonda vesical.

- **Patrón 4:** Actividad/Ejercicio:

Paciente tiene limitación en su movilidad debido al intenso dolor abdominal que presenta, junto con el edema en miembros inferiores. Debido a la hemorragia post parto que presentaba la paciente que no cesaba con la medicación de oxitocina y misoprostol se procede a realizar una histerectomía total. Se tomó signos vitales los cuales son los siguientes:

- Hipertermia: 38,5 °C

- Taquipnea: 28 respiraciones por minuto.
- Taquicardia: 120 latidos por minutos
- Hipotensión: 80 / 50 mmHg
- Saturación de oxígeno: 96%
- **Patrón 5:** Reposo/ Sueño

Paciente refiere que tiene dificultad para dormir, por la sintomatología que presenta debido a su diagnóstico de atonía uterina.

- **Patrón 6:** Cognitivo/Perceptivo:

Paciente cuando llego al área de emergencia presentaba lipotimia, por la inestabilidad hemodinámica debido a la hemorragia que presentaba, pero que mejoro luego de la atención medica realizada.

- **Patrón 7:** Autopercepción/ Auto concepto

Paciente se encuentra con angustia por la intervención quirúrgica de histerectomía a realizarse, también triste debido a que no podrá tener más hijos.

- **Patrón 8** Rol/Relaciones:

Paciente se encuentra acompañado por su esposo, con quien se encuentra casada hace 2 años y es mama de un RN de sexo masculino.

- **Patrón 9:** Sexualidad/Reproducción:

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, quien termino de cursar su primer embarazo, es mamá de un RN de media hora de nacido de sexo masculino, debido a su diagnóstico de atonía uterina presenta hemorragia vaginal que se reflejaba en sus exámenes de laboratorio de hematocrito de 26.00%, hemoglobina de 8.4 g/dl indicando anemia y una leucocitosis de $16.190010e/uL$ que indica infección que por su complicación se realizó una histerectomía total.

- **Patrón 10:** Afrontamiento - Tolerancia Al Estrés

Paciente refiere sentirse preocupada por su bebe quien recién nació y se encuentra al cuidado de su mama, y se siente irritable por el cuadro clínico que presenta.

- **Patrón 11:** Valores/Creencias

La madre del paciente refiere ser fielmente creyente en Dios, ya que proviene de una familia católica.

Patrones Funcionales alterados

- **Patrón 1:** Percepción/manejo de salud: Por los signos vitales alterados como son la hipotensión de 80/50, taquicardia de 120 latidos por minuto
- **Patrón 2:** Nutricional metabólico
- **Patrón 4:** Actividad/Ejercicio: Debido al edema en miembros inferiores y el dolor abdominal que le dificulta deambular.
- **Patrón 5:** Reposo/ Sueño: No podía conciliar el sueño debido a toda la sintomatología que presentaba y el encontrarse hospitalizada.
- **Patrón 6:** Cognitivo/Perceptivo: Debido al estado de lipotimia que presentaba la paciente al llegar por la emergencia.
- **Patrón 7:** Autopercepción/ Auto concepto: Debido a que no iba a poder tener más hijos porque le iban a realizar una histerectomía
- **Patrón 9:** Sexualidad/Reproducción: Porque la paciente presenta hemorragia postparto

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

EXAMEN: BIOMETRIA - HEMATOLOGIA

NOMBRES	VALOR	VALOR REFERENCIAL
LEUCOCITOS	16.19	5.00 - 10.0010e/uL
FORMULA LEUCOCITARIA	.	
NEUTROFILOS #	7.69	2.0 - 7.010e3/uL
LINFOCITOS #	3.69	1-0 - 5.810e3/uL
MONOCITOS #	1.2	0.2 – 4.810e3/uL
EOSINÓFILOS #	0.23	0.2 – 0.810e3/uL
BASÓFILOS #	0.06	10e3/uL
CAYADOS	0	10e3/uL
JUVENILES #	0	10e3/uL
NEUTROFILOS %	48.20	45.0 – 65.0%
LINFOCITOS %	29.1	20.0 - 40.0%
MONOCITOS %	7.3	0 – 8%
EOSINÓFILOS %	1.6	0 – 5%
BASÓFILOS %	0.8	0 – 2%
ERITROCITOS	4.34	4.00 – 5.1010e6/uL

HEMOGLOBINA	8.4	12.00 – 16.00g/dl
HEMATOCRITO	26	37.00 – 47.00%
PLAQUETAS	110	150.00 – 450.0010e3/uL

Realizado por: Yuly Ramírez

Fuente: Historial clínico de la paciente

Interpretación: En los exámenes realizados a la paciente se evidencia leucocitosis lo cual se constata una infección. Se encuentra con un nivel bajo de plaquetas, y bajos niveles de hematocrito y hemoglobina constatando anemia, resultado de la hemorragia como consecuencia de una atonía uterina por distocia fetal.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

Hemorragia post parto por ruptura uterina

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Ruptura Uterina de membrana

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

Atonía Uterina por distocia fetal

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Factores biológicos. - Paciente sufre de sobrepeso, el cual es un factor de riesgo que se encuentra relacionado con una atonía uterina por distocia fetal.

Factores físicos. – Paciente durante su embarazo manifiesta no haber sufrido ninguna caída, y manifiesta que no fuma, ni toma alcohol.

Factores ambientales. - El lugar donde de la paciente es una zona urbana donde carecen de alcantarillado y agua potable lo que hace que tenga un bajo nivel de salubridad en su vivienda.

Factores sociales. - Paciente proviene de una familia de clase social baja, se encuentra casada hace 2 años.



0026 Dx.: Déficit del volumen de líquido

M
E
T
A
I
N
T
E
R
V
E
C
I
O
N
E
S

R/C: Atonía uterina

E/P: Hemorragia, Hipotension, Taquicardia, Saturacion de O2

Dominio: II Salud Fisiológica

Clase:(E) Cardiopulmonar

Campo:2 fisiológico Complejo

Etiqueta: 1036 volumen de líquidos adecuados

Clase:(I) Control Cardiovascular

Etiqueta: Manejo de la hemorragia 3456

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Hemorragia Postparto		x			
Frecuencia Cardiaca		x			
Saturación de Oxígeno		x			
Presión arterial		x			

- ACTIVIDADES**
1. Monitorizar signos vitales constantemente cada 15 minutos sobre todo la presión arterial y la frecuencia cardiaca.
 2. Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas pulso adecuado y presión sanguínea).
 3. Por la saturación de Oxígeno de 96% se administra oxigenoterapia.
 4. Canalizar una vía endovenosa de grueso calibre 16G o 18 G
 5. Administración de Hemoderivados (concentrado de glóbulos rojos y plasma)
 6. Vigilar la presencia de Reacciones alérgicas a la transfusión debido al bajo hematocrito que presentaba la paciente se le transfundió unidades de sangre.
 7. Medir el gasto urinario en 24 hrs y vigilar riesgos de infección debido a la sonda Foley que se encuentra puesta la paciente para la eliminación de diuresis.
 8. Reportar cualquier novedad y registrar en la hoja de evolución

NANDA:00132
NOC:1605
NIC:1400



DX: DOLOR AGUDO



M
E
T
A
S
I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
S

R/C: Herida Quirúrgica

E/P: Dolor abdominal, Hipertermia, irritabilidad

Dominio:4 Conocimiento y conducta de salud.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Dolor referido		x			
Hipertermia		x			
Inquietud.		x			

Clase:(Q) conducta de salud

N

Campo:2 fisiológico

Etiqueta:(1605) control de dolor

N

Clase:(f) fomento de la comodidad física

Etiqueta: manejo de dolor (1400)

ACTIVIDADES

1. Valorar la toma de signos vitales.
2. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
3. Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
4. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
5. Administración de medicación según prescripción médica.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

En el presente caso clínico se desarrolló el PAE con el fin de desarrollar intervenciones de enfermería las cuales fueron las siguientes:

-Toma de signos vitales. - Se vigiló constantemente los signos de la paciente debido a que tenía una hipotensión, pudiendo llegar a la descompensación de la paciente debido a la inestabilidad hemodinámica.

-Canalizar vía periférica. – Se procedió a canalizar una vía periférica con un catéter número 18 de grueso calibre para poder administrar la mayor cantidad de líquido para compensar la pérdida hemodinámica por la hemorragia debido a la atonía uterina por distocia fetal.

-Administración de medicación. - Se administró medicación según prescripción médica.

-Transfusión de hemoderivados. - Se administró unidades de concentrado de glóbulos rojos y plasma con el fin de compensar la pérdida hemodinámica.

Reportar novedades. - Como profesional enfermería debemos estar atento a cualquier novedad respecto a la salud de la paciente en cuanto a los signos vitales.

2.8 SEGUIMIENTO.

Primer día 09/09/2021

La paciente de 25 años de edad con diagnóstico de atonía uterina viene referida del centro de salud Buena Fe acompañada de su esposo y personal médico, es ingresada al área de emergencia obstétrica, donde se la valora y toma signos vitales se evidencia hipotensión arterial de 80/50, taquipnea y taquicardia, se toma muestras de sangre para exámenes de laboratorio química sanguínea, personal de enfermería procede a canaliza vía periférica para iniciar sueroterapia con catéter número 18, personal médico y ginecólogo de turno se acerca a valorar a la paciente quien indica pase directo a obstetricia y se coloca sonda Foley.

Prescripción de Medica.

- Control de signos vitales constantemente debido al estado que se encuentra la paciente
- Cloruro de sodio 0,9% en 1000ml + 20 UI de oxitocina pasar 250 mL/h.
- Balance hídrico estricto para controlar los ingresos y egresos
- NPO
- Ringer lactato 100ml/h
- Omeprazol 40mg amp iv cada día, ayuda como protector gástrico.
- Ceftriaxona 1gr iv cada 12 horas antibiótico para contrarrestar la infección.
- Paracetamol 1g amp in prn
- Misoprostol 800 µg sublingual u 800-1000 µg vía rectal
- Metoclopramida 10mg iv cada 8 horas para la emesis que presentaba la paciente.
- Ketorolaco 60 mg iv cada 8 horas

Medico de turno recibe exámenes de laboratorio, evidenciando leucocitosis que indican infección y bajo nivel de hematocrito que se notifica a laboratorio para realiza transfusión sanguínea, Se procede a preparar a la paciente para intervención de histerectomía total por la complicación que presenta por atonía uterina debido a que con la medicación de oxitocina y misoprostol administrada no ceso la hemorragia.

Segundo día 10/09/2021

Luego de haber sido intervenida quirúrgicamente por histerectomía, paciente es trasladada a recuperación donde se monitoriza signos vitales cada 15 minutos, para que cumpla las prescripciones médicas, para luego ser trasladada a centro obstétrico para continuar con órdenes medicas post cesárea.

Tratamiento medico

- Lactato de ringer 2000ml iv stat
- Cloruro de sodio 0,9% en 1000ml + 20 UI de oxitocina pasar 250 mL/h.
- cefazolina 1gr cada 6 horas
- keterolaco 60mg iv cada 8 horas
- Ceftriaxona 1gr iv cada 12 horas
- paracetamol 500mg PRN

- Metoclopramida 10mg iv cada 8 horas
- Omeprazol 40mg amp iv cd

Tercer día 11/09/2021

Paciente evoluciona satisfactoriamente, es valorada por medico de turno paciente quien indica alta media, se explica cuidados que debe llevar la paciente en su casa, personal de enfermería toma signos vitales antes de la salida de la paciente, se le indica toda la medicación prescrita y se le hace recuerdo de la cita médica de control después de 15 días:

Tratamiento medico

- Cefalexina 500mg vía oral por 7 días cada 6 horas, antibiótico para prevenir una infección por herida quirúrgica realizada.
- Ketorolaco 60mg iv cada 8 horas analgésico de primera elección para aliviar los dolores post quirúrgicos.
- Paracetamol 500mg cada 8 horas por 3 días
- Hierro oral 200mg durante un mes para aumentar los niveles de hematocrito.

2.9. OBSERVACIONES.

Para la recolección de información utilizada en la elaboración de este caso clínico, se realizó una investigación bibliográfica sobre normas y protocolos sobre el manejo de esta patología de Atonía Uterina por distocia fetal, artículos científicos contribuyendo a la realización final de este trabajo.

Se realizó la firma del consentimiento informado, que este documento es de suma importancia legal porque respalda a los profesionales de la salud que la paciente y los familiares recibieron información sobre los procedimientos médicos que se van a realizar, cuáles podrían ser las complicaciones.

CONCLUSIONES

Se concluye que la atonía uterina es la segunda causa de muerte materna en el Ecuador según el Ministerio de Salud Pública debido a que la hemorragia que produce una atonía uterina puede llegar a causar un shock hipovolémico en la paciente que puede llegar a la muerte de la puérpera, por lo que es fundamental que los profesionales de la salud estén en constante capacitación sobre protocolos sobre hemorragias post parto contribuyendo a mejorar la salud de la paciente, contribuyendo a reducir el índice de muerte materna por distocia fetal

Se realizó un correcto proceso de atención de enfermería, con el fin de llegar a un diagnóstico donde primeramente se realizó una valoración de enfermería sobre los signos y síntomas alterados, identificados mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, para planificar actividades de enfermería que cubran las necesidades de salud de la paciente.

A pesar que la atonía uterina es una de las emergencias obstétricas que puede poner en riesgo la vida de la paciente, como en este caso clínico el factor de riesgo que origina la atonía uterina fue la distocia fetal, llegando a causar en la paciente una hemorragia post parto que produce una inestabilidad hemodinámica, que fue resuelta con una histerectomía total. Esta patología se puede prevenir por lo que como profesional de enfermería debemos brindar promoción de salud a las gestantes como es acerca de alimentación diaria durante su embarazo, también sobre los signos de alarma como son sangrados, dolor abdominal, o presión alta, por lo que siempre se recalca a todas las gestantes sobre la importancia de los controles prenatales, ya que se puede diagnosticar con tiempo alguna patología, previniendo cualquier tipo de complicación durante el parto sobre todo una hemorragia post parto que puede desencadenar en una atonía uterina.

BIBLIOGRAFÍA

- Bonilla, F. (2014). *Obstetricia, Reproduccion y ginecologia basicas*. Madrid: Panamericana.
- Cabero, L. (2016). *Operatoria Obstetrica*. Madria: Panamericana.
- Carrasco, A. (08 de Junio de 2017). *HealthLine*. Obtenido de <https://www.healthline.com/health/pregnancy/complications-delivery-uterine-atony#treatments>
- Castillo, C. (10 de Diciembre de 2018). *Osmosis*. Obtenido de <https://www.osmosis.org/answers/uterine-atony>
- Geary, M. (19 de Octubre de 2016). *Medicina Salud*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/24237001_Uterine_Atony_Definition_Prevention_Nonsurgical_Management_and_Uterine_Tamponade
- Lopez, L. (09 de Septiembre de 2017). *Medicina Ginecologica*. Obtenido de <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/uterine+atony>
- MSP. (15 de Julio de 2013). *Guia Clinica de hemorragia Postparto*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>
- MSP. (28 de Junio de 2017). *Score mama*. Obtenido de <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>
- Scalone, P. (12 de Enero de 2021). *Sciencedirect*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0146000508001481>
- Viteri, C. (25 de Julio de 2018). *Osmosis atonia uterina*. Obtenido de https://www.osmosis.org/learn/Anatomy_of_the_female_reproductive_organs_of_the_pelvis

ANEXO

