



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**COMPLICACIONES PUERPERALES. ATONÍA  
UTERINA.**

**Autor/a: Ana Asensio Díaz**

**Tutor/a: Rosa María Hernández Salgado**

## **RESUMEN**

Me decidí a tratar el tema de la atonía uterina en mi Trabajo de Fin de Grado porque, según la OMS, es la principal causa de las hemorragias puerperales, que a su vez son responsables de la mayor incidencia de mortalidad materna a nivel mundial. Definiremos la atonía uterina como la pérdida de tono uterino en el puerperio, que impide el proceso de involución uterina y se manifiesta mediante hemorragia vaginal excesiva y persistente y útero de consistencia blanda a la palpación.

A lo largo de este Trabajo desarrollaremos la clínica de la atonía uterina y explicaremos cuales son los factores predisponentes. Emplearemos datos que evidenciarán la incidencia de su presentación en el HURH, junto a la probable causa desencadenante y su pronóstico.

Nuestros objetivos serán la detección precoz de los signos de la atonía uterina, además de unificar los criterios de actuación de enfermería ante esta situación y describir las medidas y cuidados a aplicar en el tratamiento de la atonía uterina.

Obtendremos como resultado la elaboración de un protocolo de actuación de enfermería en el que se desarrollan las intervenciones a realizar en el puerperio y otras más específicas ante la detección de la atonía uterina.

Llegaremos a la conclusión de que el manejo precoz de la atonía uterina conlleva un pronóstico significativamente más favorable. Siendo imprescindible para ello que todo el personal de enfermería adquiera las competencias necesarias a través del conocimiento y empleo del protocolo de actuación.

**Palabras clave:** Atonía uterina, puerperio, hemorragia postparto, complicaciones puerperales, histerectomía obstétrica.

## **ÍNDICE**

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
DESARROLLO DEL TEMA.....	3
RESULTADO.....	13
CONCLUSIONES PARA LA PRÁCTICA.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20

## **INTRODUCCIÓN**

La atonía uterina se refiere a la pérdida de tono de la musculatura uterina que conlleva a la ausencia de contracción del mismo, con un consecuente retraso en su involución tras el parto resultando en una importante hemorragia. (1)

Durante mi rotación por Obstetricia y Paritorio del Hospital Universitario del Río Hortega observé que el parto es percibido como una alegría por lo que conlleva su resultado: el nacimiento de una nueva vida. A pesar de que la evolución debería ser así, esto no siempre es posible, debido a la existencia de complicaciones.

A lo largo del periodo que sigue al parto (puerperio), cuya duración es de 6 a 8 semanas, en la mujer tienen lugar una serie de cambios fisiológicos que ocurren de manera simultánea. Estos cambios pretenden conseguir dos finalidades principales: retornar gradualmente al estado pregestacional y establecer la lactancia materna. Esta fase no está exenta de riesgos y posibles complicaciones que pueden quedar enmascaradas por hechos fisiológicos del postparto.

Por esta razón, es imprescindible que el personal de enfermería reconozca los límites del puerperio normal y los signos y síntomas que alertan sobre la aparición de las posibles complicaciones. Por lo tanto, es de vital importancia una correcta vigilancia del equipo de enfermería para que todo el proceso evolucione de manera favorable y sin secuelas para la puérpera. (2)

Entre el 1 y el 2% de los partos se complican con un cuadro hemorrágico, que a su vez es responsable del 75% de las complicaciones graves que tienen lugar en las primeras 24 horas del puerperio. (3,4)

Las hemorragias puerperales son aquellas que se producen después de la salida completa del feto. Pueden aparecer de forma precoz (dentro de las primeras 24 horas) o tardía (desde el primer día hasta la sexta semana del puerperio).

Según la Organización Mundial de la Salud es la causa más frecuente de mortalidad materna a nivel mundial, especialmente en los países

subdesarrollados, contribuyendo al 25% de todas las defunciones maternas. En España constituye un 23,07 % de estos fallecimientos. Se calculan unos 15 millones de casos anuales de hemorragia postparto a nivel mundial. (3,5,6)

El manejo activo del alumbramiento (que en su forma original consistía en la administración profiláctica de un uterotónico después del nacimiento de un bebé, el pinzamiento precoz y corte del cordón umbilical y la tracción controlada del cordón placentario) redujo significativamente (en un 60%) la incidencia de hemorragia postparto por atonía uterina, y permitió así prevenir las complicaciones relacionadas con la hemorragia postparto. (6)

Es importante un correcto diagnóstico etiológico de las principales causas de hemorragias en el alumbramiento. Para ello debemos valorar las **“4 T”**: **tono** (atonía uterina), **trauma** (rotura uterina y desgarros obstétricos), **tejido** (retención de restos placentarios) y **trombina** (coagulopatías). (7)

De ellas, la primera causa de hemorragia después del parto (en un 75-80% de los casos) es la **atonía, hipotonía o inercia uterina**, que se define como la pérdida de tono de la musculatura del útero en el puerperio. Esta pérdida del tono uterino va a impedir el proceso de involución uterina que consiste en la disminución del tamaño del útero y el sellado de los vasos sanguíneos mediante las contracciones uterinas, también conocidas como entuertos.

La principal complicación derivada de la atonía uterina es la hemorragia severa. Ésta podría llegar a provocar shock hipovolémico, paro cardiorespiratorio y un elevado riesgo de muerte materna, por lo que debe ser considerada siempre una urgencia vital.

Entre las múltiples complicaciones que pueden aparecer en el puerperio la atonía uterina es la más grave de todas ellas, ya que compromete la vida de la puérpera y quizá en un futuro, la imposibilidad de un nuevo embarazo. (8)

Para llevar a cabo este trabajo realicé una revisión bibliográfica, empleando diferentes bases de datos como por ejemplo: Scielo, Banco de Cuidados de la Junta de Castilla y León, Fisterrae, Decs y Mesh, entre otras.

Posteriormente, tras una investigación más profunda del tema, empleé también los datos registrados en la Unidad de Hospitalización del Hospital Universitario del Río Hortega (HURH) respecto de las complicaciones del puerperio relacionadas con la atonía uterina, como son los legrados puerperales y las histerectomías obstétricas.

Relacionando también la presencia de atonía con el motivo de ingreso de la gestante y el periodo de tiempo en el que se llevaron a cabo las intervenciones anteriormente enumeradas.

## **OBJETIVOS**

La valoración integral de la mujer es prioritaria en los cuidados de enfermería durante el puerperio, ya que detectar precozmente la aparición de una complicación y realizar una rápida actuación es vital para que el tratamiento sea efectivo.

Así pues, los objetivos de este trabajo son:

- **Objetivo principal:** Detección, de una forma precoz, de los signos de atonía uterina y su diferenciación de los síntomas de un puerperio normal.
- **Objetivos secundarios:** Van dirigidos a:
  - Unificar criterios de actuación de enfermería ante esta situación que puede comprometer la vida de la paciente.
  - Describir las medidas y cuidados que se deben aplicar una vez diagnosticado el cuadro clínico.

## **DESARROLLO DEL TEMA**

### INTRODUCCIÓN

Las hemorragias puerperales, según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, son aquellas que se producen después de la salida completa del feto. Pueden aparecer de forma precoz (en las primeras 24 horas

del puerperio) o tardía (desde el primer día hasta la sexta semana del puerperio). Son una de las principales causas de muerte materna. (9)

Es fundamental el diagnóstico etiológico de las causas principales de hemorragias postparto mediante la valoración de las "4T".

A continuación realizaré un breve resumen de las diferentes fases del parto con la finalidad de fijar las bases sobre los cambios fisiológicos que se producen durante el mismo.

El proceso del parto consta de cuatro fases bien diferenciadas:

1. Fase prodrómica: comienza con la aparición progresiva de un conjunto de signos y síntomas que servirán a la gestante como indicadores de que se aproxima el momento del parto, aunque éste no siempre se producirá de forma inmediata.

Durante este periodo se produce un incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las contracciones, se expulsa en ocasiones el tapón mucoso y se incrementan las molestias a nivel de la pelvis.

2. Fase de dilatación: el primer período del parto tiene como finalidad la dilatación del cuello uterino (*Figura 1*). Es la fase más larga y puede llegar a durar varias horas. En esta fase el cuello uterino, que se había preparado y ablandado durante la fase de preparto, se termina de dilatar hasta llegar a 10 centímetros o dilatación completa. (10)



*Figura 1: Dilatación del Cuello uterino.*

Esta fase de dilatación se va a producir a medida que las contracciones uterinas aparecen con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 segundos o más cada una y de una intensidad creciente.

3. Fase expulsiva: Es el paso, a través del canal del parto, del recién nacido desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos.

Esta fase comienza al alcanzar la dilatación completa del cuello uterino y termina con la salida al exterior del bebé.

En el período expulsivo del parto distinguimos a su vez dos fases:

- *fase temprana no expulsiva*, en la que la dilatación es completa y no existe deseo de empujar por parte de la mujer ya que la presentación fetal no ha descendido.
  - *fase avanzada expulsiva*, en la que al llegar el feto al suelo de la pelvis se produce deseo de empujar, lo que favorece el paso del bebé por el canal del parto.
4. Fase de alumbramiento: es la fase del parto en la que tiene lugar el desprendimiento de la placenta. Durante este proceso, mediante los entuertos o contracciones uterinas del postparto así como de diversos cambios hormonales, se provoca la salida de la placenta al mismo tiempo que el útero va disminuyendo de tamaño y se van sellando los vasos sanguíneos (proceso de involución uterina).

La mayor parte de los casos de hemorragia puerperal ocurre durante este tercer periodo del parto, debido a que es el momento en que se debe iniciar el proceso de involución uterina (11). Motivo por el cual el uso de fármacos uterotónicos para la prevención de la hemorragia postparto durante la etapa del alumbramiento se recomienda en todos los nacimientos. (6,12)

En ocasiones, debido a la pérdida de tono de la musculatura del útero, esta involución no se produce, lo que va a provocar una hemorragia severa.



**Este fenómeno, que no es muy frecuente pero puede llegar a ser grave en el postparto, se denomina atonía, hipotonía o inercia uterina y es la primera causa de hemorragia después del parto (75-80% de los casos).**

#### FACTORES PREDISPONENTES

- Edad materna avanzada.
- Multiparidad.
- Antecedentes de hemorragia puerperal.
- Sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal).
- Trabajo de parto prolongado o precipitado.
- Anomalías como: miomas uterinos, placenta previa, entre otros.
- Infección por rotura prematura de membranas (RPM) prolongada.
- Agentes miorrelejantes (tocolíticos): en tratamiento de la preeclampsia.
- Presencia de restos de tejidos placentarios. (13)

Por otro lado, la incidencia de aparición de la atonía uterina es mayor en las cesáreas que en los partos por vía vaginal.

#### MANIFESTACIONES CLINICAS

- Hemorragia vaginal excesiva y persistente tras el alumbramiento (considerando como excesivo un sangrado superior a 500ml).
- Útero de consistencia blanda palpable en la exploración abdominal.
- Posible presencia de taquicardia, agitación, palidez, hipotensión y colapso vascular. (14)

#### DIAGNÓSTICO

- Manifestaciones clínicas.

- Exploración física (abdomen y vagina).
- Pruebas complementarias:
  - o Laboratorio: control de la hemoglobina o hematocrito para monitorizar el estado y volumen de la pérdida sanguínea.
  - o Imagen: mediante la realización de una ecografía puede identificarse la presencia de restos placentarios, pero no es una prueba necesaria. (15)

## TRATAMIENTO

En primer lugar se deben detectar precozmente las manifestaciones clínicas para un rápido diagnóstico.

Una vez detectado el problema, el tratamiento más inmediato consistirá en un **masaje externo del fondo uterino (también denominada Maniobra de Credé (Figura 2))**, que estimule su contracción y con ella la expulsión de sangre y coágulos, además de la administración de fármacos uterotónicos (la **oxitocina** es considerada el fármaco de primera elección y, de forma preventiva, se administra una perfusión de oxitocina tras el alumbramiento). (16,17)



Figura 2: Masaje externo uterino.

### Tratamiento no farmacológico:

- ✓ Masaje uterino o credé.
- ✓ Sondaje vesical para favorecer la contracción uterina y valorar la diuresis.
- ✓ Monitorización de constantes vitales.
- ✓ Canalización de acceso venoso.
- ✓ Sueroterapia en perfusión continua.
- ✓ Determinación del grupo sanguíneo y pruebas cruzadas para una posible transfusión.
- ✓ Ayunas
- ✓ Aplicación de peso.

### Tratamiento farmacológico:

- ✓ Syntocinon® (Oxitocina): 10-20 unidades/500 mL de suero fisiológico o glucosado al 5%.
- ✓ Methergin® (metilergometrina): 0,2 mg IM o 0,2 mg IV infundidos lentamente por posibilidad de provocar una crisis hipertensiva.
- ✓ Cytotec® (Misoprostol): vía rectal. Menor efectividad.
- ✓ Hemabate® (Prostaglandinas). (18)

En la mayor parte de los casos, se suele conseguir frenar el sangrado mediante el empleo de estas herramientas, pero si éstas no lo resuelven, es necesario realizar:

- *Compresión bimanual del útero (Figura 3)*: se realiza colocando una mano en el interior de la vagina, mientras con la otra mano se comprime el fondo uterino desde la pared abdominal.

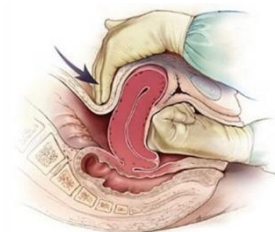


Figura 3: Compresión bimanual del útero.

- *Balón de Bakri (Figura 4)*: consiste en un balón de silicona que tiene un extremo proximal para drenaje y un globo con diseño anatómico para la cavidad uterina. El mecanismo de acción se basa en el incremento de la presión intraluminal sobre las paredes uterinas, consiguiendo el cese de la hemorragia. (19)

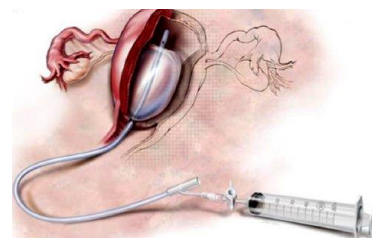


Figura 4: Balón de Bakri.

- *Intervención quirúrgica (Figura 5)*: es considerado el tratamiento de última elección. Ligadura de vasos pélvicos (arterias uterinas e hipogástricas) o, en caso de máxima gravedad, se procedería a la extirpación del útero (histerectomía). (20)

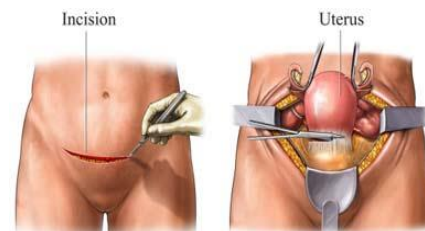


Figura 5: Incisión quirúrgica.

## COMPLICACIONES

La principal complicación derivada de la atonía uterina es la **hemorragia severa**, ya que durante la gestación se producen gran cantidad de cambios fisiológicos a nivel hemodinámico, como son:

- Hemodinámica materna: durante la gestación se produce un aumento de hasta un 45% del volumen sanguíneo hasta la semana 28, produciéndose también una hemodilución fisiológica.
- Útero: su peso se modifica considerablemente, de un órgano no gestante de 30 a 60 gramos se transforma en un órgano de 700 a 1000 gramos debido a la hipertrofia e hiperplasia del tejido.
- La musculatura uterina recibe unos 400 ml de sangre por cada 100 gramos de tejido por minuto mientras que el cerebro recibe 40ml/100g/minuto, es decir, el útero grávido se considera un órgano vital.

Todo lo anterior podría contribuir al inicio de shock hipovolémico, parada cardiorrespiratoria y una elevada tasa de mortalidad. Esta hipovolemia concomitante expone a la mujer a graves secuelas.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Ante la llegada a la unidad de hospitalización de todas las puérperas, el personal de enfermería debe llevar a cabo las siguientes acciones:

- Toma de variables clínicas.
- Valoración, mediante palpación abdominal, de la altura y consistencia del útero (posición normal: uno o dos dedos por debajo del ombligo y en el centro) y observar el aspecto de los loquios (deben ser sanguinolentos).
- Masaje externo uterino o Maniobra de Credé (siempre una hora y media o dos horas después del parto): primero se realiza la localización del fondo uterino y se aplican masajes circulares para comprobar tono uterino. Una vez realizado esto, se debe

presionar con la mano dominante en dirección a la vulva observando la salida de sangre y loquios.

- En caso de que la hemorragia persista y el útero no se contraiga se debe avisar al ginecólogo. (21)

## ESTADISTICA

En el periodo comprendido entre el 15/05/2009 y el 11/02/2015 se registraron en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario del Río Hortega 37 casos de hemorragias postparto en púerperas en un rango de edad entre los 18 y 42 años, distribuidos tal y como se muestra en la siguiente gráfica, cuya edad media corresponde a 34,65 años.

A pesar de que en este Trabajo de Fin de Grado nos referiremos principalmente a las intervenciones de enfermería que se deben llevar a cabo durante el puerperio en la Unidad de Hospitalización, también pretendemos demostrar mediante estos datos estadísticos que la atonía uterina es más frecuente de lo que podría esperarse en la actualidad, y que sus consecuencias, en caso de una intervención tardía, comportan una gravedad importante en la evolución de la púerpera.

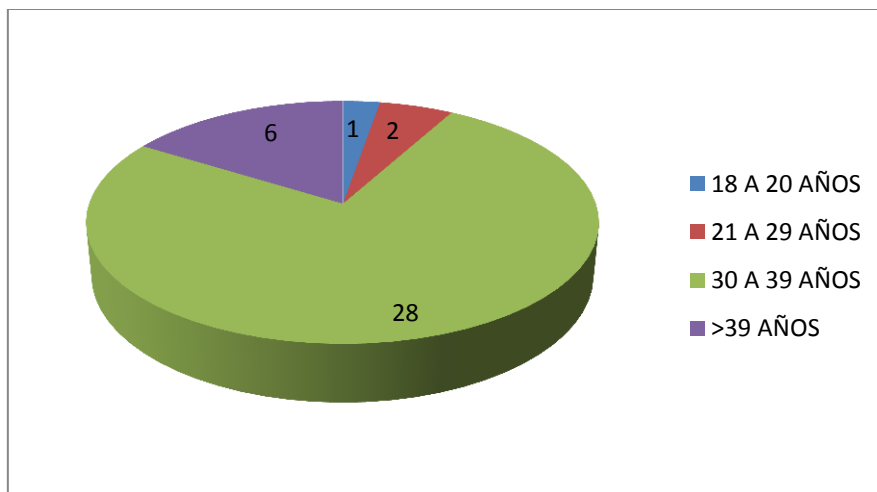


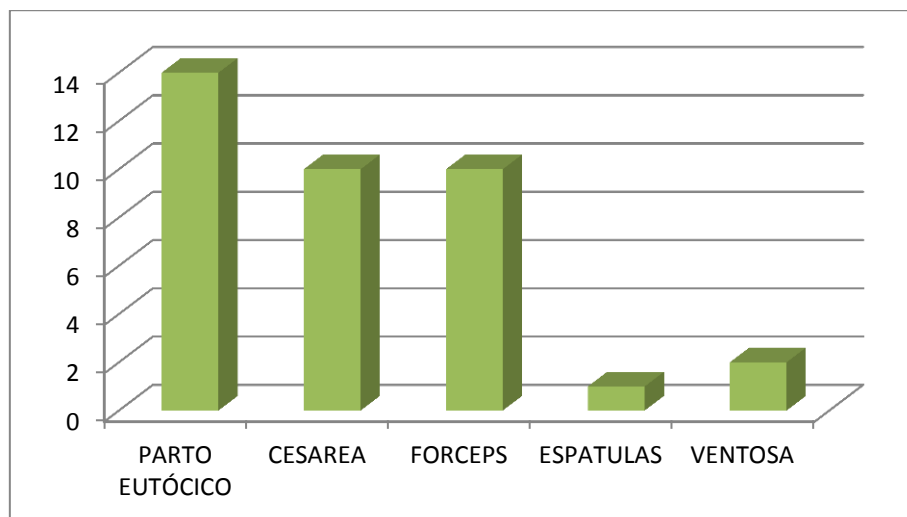
Gráfico 1: Distribución del número de pacientes por rango de edades. Los números absolutos dentro del gráfico reflejan el número de pacientes dentro de cada tramo.

El motivo de ingreso asociado a la metrorragia postparto más frecuente fue la inducción al parto, seguido por la rotura prematura de membranas. Esto se refleja en la siguiente tabla:

<b>MOTIVO DE INGRESO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>CAUSAS</b>
<b>PRÓDROMOS</b>	<b>8</b>	
<b>RPM</b>	<b>11</b>	
<b>INDUCCIÓN</b>	<b>16</b>	
<b>CESÁREA PROGRAMADA</b>	<b>2</b>	<b>1 PODÁLICA</b> <b>1 GEMELAR</b>

*Tabla 1: Motivos de ingreso y número de pacientes con sangrado postparto.*

La mayor parte de los casos de metrorragia postparto se asociaron a partos eutócicos, quedando esto reflejado en la tabla 2:



*Tabla 2: Distribución de las pacientes con sangrado puerperal según la vía del parto.*

Tal y como se objetiva en el grafico 2, se observa una mayor incidencia de esta complicación en mujeres primíparas, reduciéndose su aparición a medida que aumenta el número de gestaciones.

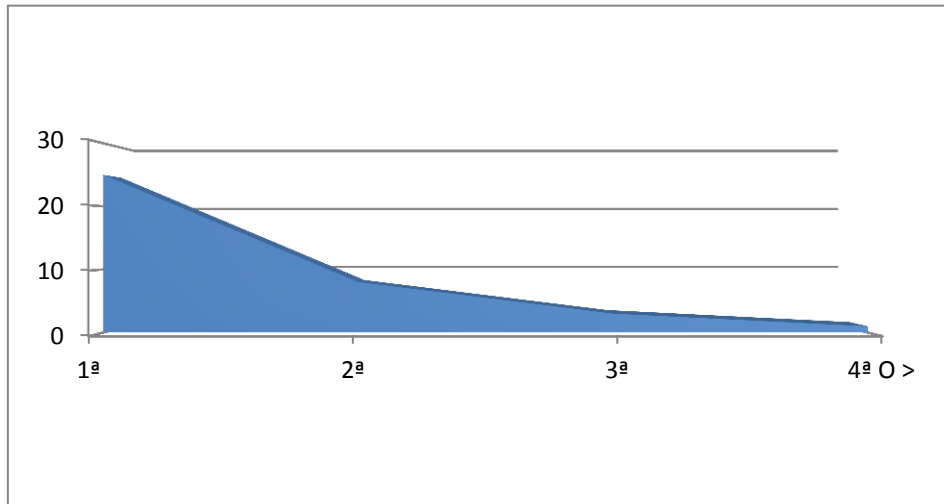


Gráfico 2: Número de casos de hemorragia puerperal en función de la paridad.

El diagnostico de hemorragia puerperal no siempre se realizó en el postparto inmediato. A pesar de que la mayoría de los casos fueron detectados en paritorio o en las primeras horas desde la llegada de la paciente a la planta de hospitalización, hubo casos que ocurrieron hasta 23 días después. Todo esto se muestra en el gráfico 3.

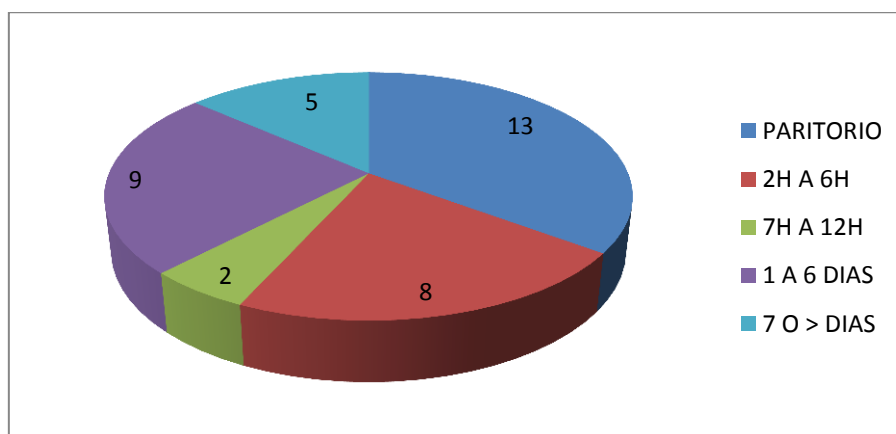
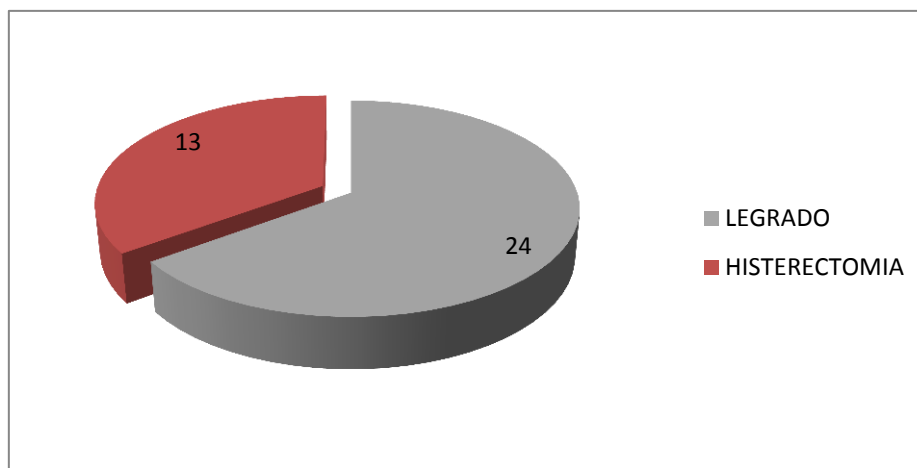


Gráfico 3: Distribución del número de pacientes con sangrado postparto en función del tiempo de puerperio.

De todos los casos anteriormente comentados, solamente un 35,1% precisaron histerectomía obstétrica consiguiendo la resolución del restante número de casos mediante un legrado, esto queda reflejado en el siguiente gráfico:



*Gráfico 4: Número de intervenciones quirúrgicas asociadas a los casos de sangrado puerperal.*

## **RESULTADO**

En base a los datos recogidos en este trabajo, se deduce la importancia del establecimiento de un protocolo de actuación a seguir para el rápido manejo en una situación crítica, como es el caso de la atonía uterina.

## **PROTOCOLO DE ACTUACION**

### **DEFINICION**

La atonía uterina aparecerá por cualquiera de las causas previamente explicadas. Es la complicación más grave que puede aparecer tras el parto, ya sea éste eutócico, instrumental o por cesárea.

Las intervenciones a realizar las llevará a cabo el personal de enfermería de la unidad de hospitalización de obstetricia, en las horas posteriores al parto.



## OBJETIVOS

- Unificar criterios de actuación para el personal de enfermería.
- Prevenir y detectar precozmente los signos de aparición de la atonía uterina.

## PERSONAL QUE LO REALIZA

- Enfermera.
- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

## RECURSOS MATERIALES

- Termómetro
- Tensiómetro
- Cuña
- Solución antiséptica para lavado vaginal
- Compresas y empapadores
- Material para canalizar acceso venoso
- Tubos para muestra de sangre (SS, BQ, Coagulación y PC)
- Material para sondaje vesical
- Guantes estériles
- Peso, para aplicación abdominal

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las clasificaremos en generales y específicas. Las primeras son las que se realizarán al ingreso de las puérperas en la unidad de hospitalización y las segundas en el momento de la detección de la atonía uterina.

En algunas ocasiones la atonía comienza inmediatamente, por lo que no se diferenciarán las intervenciones.

Siempre hay que recordar que se trata de una urgencia vital y, debido a esto, en el momento de su detección o ante la sospecha de la misma deberemos avisar inmediatamente al ginecólogo.

#### 1. Intervenciones generales:

- **Control de signos vitales y estado general:** Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Temperatura, sensibilidad de las extremidades inferiores, interrogar sobre el tipo de lactancia que se desea...
- **Valoración de la zona perineal:** Aplicar hielo local, según prescripción de la matrona o el ginecólogo en el supuesto de parto distócico o instrumental (fórceps, ventosa...).

Previo a esta valoración, nos deberemos asegurar de la existencia o no de taponamiento vaginal, lo cual deberá venir indicado en la Historia Clínica Obstétrica, ya que en el caso de que sea portadora del mismo se le revisará periódicamente el sangrado pero en ningún caso deberemos realizar la Maniobra de Credé.

- **Valoración de la permeabilidad de la vía venosa periférica:** En circunstancias normales la puérpera deberá ser portadora de un suero fisiológico con 10 UI de oxitocina. En ciertas ocasiones también es frecuente que de forma colateral se mantenga una perfusión de Ringer Lactato o de Voluven.
- **Valoración de la metrorragia (loquios):**
  - Cantidad: consideraremos la pérdida hemática de más de una compresa en una hora.
  - Color: debe ser hemático.
  - Olor: debe ser "fuerte" pero no "fétido".

Una vez comprobados los apartados anteriores, incidiremos en la lactancia materna, enseñando a los padres la técnica y postura correctas, el tiempo necesario para llevarla a cabo...

Durante los primeros días del puerperio se fortalece el vínculo madre-bebé, que empieza con el contacto piel con piel, en general, en el momento del parto. (10)

Indicaremos, además, a la puérpera que debe mantenerse a dieta absoluta hasta nueva orden por parte del personal de enfermería (en caso de buena evolución se le permitirá iniciar la tolerancia tras realizar la Maniobra de Credé).

Aproximadamente una hora y media o dos horas después del parto, valoraremos la altura y la contracción uterina mediante palpación, y realizaremos la Maniobra de Credé.

## 2. Intervenciones específicas de la atonía uterina:

- **Maniobra de Credé:** Se realiza para determinar el correcto desarrollo de la involución uterina.

Lo lleva a cabo la Enfermera en estrecha colaboración con la TCAE.

Es importante explicar antes de su realización en que consiste la técnica para conseguir la colaboración y la mayor relajación posible por parte de la puérpera.

Consiste en palpar el útero a través de la pared abdominal y observar su altura y consistencia (Figura 6).

Se mide por traveses de dedo y en este momento el útero debe localizarse a nivel umbilical o inferior.

*Técnica:*

- La puérpera debe estar en posición de litotomía.
- Se le colocará la cuña.

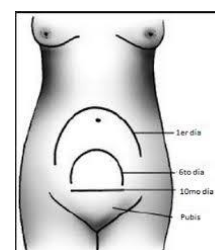


Figura 6: Altura uterina en el postparto.

- La Enfermera localiza con la mano dominante el fondo del útero, aplicando un ligero masaje para posteriormente presionarlo moderadamente en sentido descendente o caudal (hacia la vagina), para conseguir la evacuación del contenido uterino.

Si el útero está lateralizado o palpamos distensión vesical, procederemos a la realización de un sondaje vesical evacuatorio para el vaciamiento total de la vejiga.

- Repetir la Maniobra de Credé hasta que cese el sangrado y el útero esté centrado y contraído.
- Lavar el periné con antiséptico vaginal (10cc de clorhexidina al 5% en 1000cc de suero fisiológico al 9%, y se desechará a las 24 horas de su preparación). Valorando también el estado de la episiotomía (edema, equimosis, supuración, aproximación de bordes...).
- Aplicaremos hielo local intermitentemente, en caso de presentar inflamación.
- Se retira la cuña y se coloca una compresa limpia.

#### *Tras comprobación de atonía uterina:*

En el supuesto caso de que la palpación suave sobre el abdomen a la altura uterina sea dolorosa o el útero sea blando y depresible deberemos sospechar la posibilidad de aparición de una mala involución uterina.

Si tras realizar la Maniobra de Credé, persiste el sangrado o la hemorragia va acompañada de membranas o restos placentarios, se avisará inmediatamente al ginecólogo.

Mientras, mantendremos una observación continua de la puérpera, masajeando de manera constante el útero y la perfusión de oxitocina iniciada en el paritorio se administrará a un ritmo de infusión superior.

Debido a la urgencia de la situación, es muy importante prever lo que podría necesitar el ginecólogo, para ello llevaremos el carro de

curas/medicación a la habitación, comprobando la existencia de Cytotec y ampollas de Syntocinon y Methergin.

En algunos casos puede ser necesario el empleo del ecógrafo. En estos casos solicitaremos la ayuda del resto de profesionales de la unidad, puesto que la enfermera encargada de la atención a la puérpera no debe abandonar en ningún caso la vigilancia de la misma.

Si fuera necesario el traslado de la puérpera al quirófano, puede ser necesario el empleo de peso sobre el abdomen durante este.

- **Mantener el catéter epidural y la vía venosa periférica permeable** manteniendo la perfusión de oxitocina. **Se canalizará un nuevo acceso venoso**, cuanto antes, del mayor calibre posible (preferiblemente de 18G).
- **Mantener dieta absoluta y reposición de líquidos con sueroterapia.**
- **Recogida de muestras:** Sistemático de sangre, bioquímica, coagulación y se reservan pruebas cruzadas hasta indicación médica de cursarlas.

Esto se realizará con volante normal en días laborables y en volante urgente los fines de semana y festivos.

En el caso en que la puérpera desconozca su grupo sanguíneo o el Rh sea negativo, junto al hemograma se le realizará un Coombs Indirecto, anotándolo en el volante normal o con hoja de Interconsulta al Servicio de Hematología en el supuesto en el que dicha determinación se realice en fin de semana o festivo, en esta hoja de Interconsulta habrá que indicar también el nombre y número de Historia Clínica del Recién Nacido.

Es muy importante realizar el Coombs Indirecto en las primeras 24-36 horas tras el parto, por si fuera necesaria la administración de Inmunoglobulina IgG Anti-D en aquellas madres Rh negativas con un bebé Rh positivo, lo cual debe realizarse en las 72 horas posteriores al parto. (22)

- **Mantener en reposo absoluto.**
- **Manejar el dolor:** A menudo pueden presentarse molestias en el postparto, causadas por hemorroides, entuertos, dolor en la episiotomía, dolor mamario...

Se debe administrar analgesia pautada para el dolor, ya sea debido a las contracciones o las maniobras realizadas.

- **Registro:** Se anotarán los siguientes datos:
  - Hora de comienzo de la medicación.
  - Hora de aviso al ginecólogo.
  - Medicación pautada y efectos de la misma.
  - Variables clínicas. (18,23)

## **CONCLUSIONES PARA LA PRÁCTICA**

La actuación rápida y coordinada de todos los miembros del equipo multidisciplinario se traduce en un manejo precoz del sangrado con un pronóstico más favorable para la paciente.

Como hemos podido observar, la mayor parte de los casos de atonía uterina comienzan tras un parto inducido, por lo que considero que estas púerperas deben ser susceptibles de una vigilancia aún más exhaustiva.

Igualmente, tras la recogida de datos empleados en este trabajo, he llegado a la conclusión de que debido al elevado número de partos que se producen en el Hospital Universitario del Río Hortega (aproximadamente 2000 partos al año), la importancia de manejar correctamente esta patología podría repercutir también en un aumento del número de nacimientos, ya que un parto que evoluciona con normalidad no es referido por la púerpera como algo que le produzca temor, motivo por el cual existe una mayor probabilidad de programar una nueva gestación.

El conocimiento y puesta en marcha del protocolo anteriormente comentado por parte de todo el equipo, se deriva en una actuación organizada gracias a la cual se pueden ver disminuidos los tratamientos requeridos para la resolución de la atonía uterina y, a su vez, mejorar el pronóstico de la paciente.

Personalmente considero que los protocolos de actuación de enfermería son una herramienta fundamental para el desempeño de las intervenciones de enfermería, principalmente para los inicios del desarrollo de la actividad profesional, situación en la que me encuentro actualmente.

No puedo terminar mi Trabajo de Fin de Grado sin agradecer al personal de paritorio la inestimable ayuda que me ha proporcionado para realizar este protocolo, así como al personal de la Unidad de Hospitalización que me ha instruido sobre los signos de alarma y las medidas a seguir ante un caso de atonía uterina.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Nápoles Méndez C.D. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el parto. Medisan 2012; 16(7):1024.
2. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Programa de Salud Materno Infantil. Cuidados en el puerperio en el Servicio de Tocología. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. 2006.
3. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/topics/es/> (Último acceso 4 Mayo de 2015)
4. Instituto Nacional de Estadística. Resultado de fallecimientos por embarazo, parto y puerperio. Madrid. 2010.
5. Aguilar Romero, MT., Valverde Pareja, M. y Pérez-Herrezuelo, I. Hemorragia Postparto. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. 2010.
6. Más allá de la supervivencia: Prácticas Integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y salud de madres y niños. 2 ed. Organización Panamericana de la Salud; 2013.
7. Cabrero y i Roura, LI, Sánchez Durán, MA. Protocolos de Medicina Materno-fetal (Perinatología). 3 ed. Madrid: Ergon; 2008.

8. Lombardía J, Fernández M. Ginecología y obstetricia: Manual de consulta rápida. 2 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2010.
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Fundamentos de obstetricia, Madrid; 2011.
10. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Para una maternidad saludable. 2 ed. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria; 2012.
11. Medina Arias M.S, Espinosa Montesinos A, Vázquez López A. Administración de carbetocina y oxitocina a pacientes con riesgo alto de hemorragia obstétrica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2010; 15(3):103-107
12. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
13. Cañete ML. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Albacete: Fiscam; 2003.
14. Cabero Roura, L. Tratado de ginecología y obstetricia. Medicina materno-fetal. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2 ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2013.
15. Roger P.Smith. Netter. Obstetricia, ginecología y salud de la mujer. Barcelona: Editorial Elsevier Masson; 2005.
16. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea. Matronas. Temario. Sevilla: Editorial MAD, S.L.; 2005.
17. Matronas. Servicio Gallego de Salud. 2 ed. Madrid. Editorial MAD. 2007.
18. Lattus J, Varas J, Ilabaca J. Protocolo de manejo clínico de la hemorragia periparto. Rev. Obstet. Ginecol. - hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2013; VOL 8 (1): 36-42
19. Vargas-Aguilar V.M, Espino y Sosa S, Acosta-Altamirano G, Moreno-Eutimio MA, Vargas-Hernández V.M. Hemorragia obstétrica manejada con balón de Bakri. Clin Invest Gin Obst. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2013.12.004> (Último acceso 11 Mayo de 2015)



20. Cabero Roura y Saldívar Rodríguez. Operatoria Obstétrica. Una visión actual. 2 ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2009.
21. Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria. Guía de actuación en el nacimiento y la lactancia materna para profesionales sanitarios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2011.
22. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Protocolo de asistencia en el parto, puerperio y atención al recién nacido. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 2008.
23. Protocolos y procedimientos de actuaciones enfermeras. Sagardia Redondo, Loreto y otros. Hospital Universitario del Río Hortega; 2010.