



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

ROTURA UTERINA EN GESTANTE DE ALTO RIESGO EN UN
HOSPITAL DE III NIVEL - LIMA - 2017

PRESENTADO POR:

TORRES CORZO OMAR HENRY

ASESOR

Mg. YALÁN LEAL ELIZABETH ENI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA
CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y
CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA – PERÚ

2017

RESUMEN

El caso clínico que se presenta, es sobre hemorragia postparto por una rotura uterina, sobre una gestante añosa (44 años) que acude a la emergencia, presenta contracciones uterinas y disminución de movimientos fetales, el diagnóstico de ingreso es: Multigesta de 39 semanas de embarazo por ecografía, deflexión de III grado, presentación de cara, trabajo de parto fase activa, ingreso con una dilatación de 9cm, incorporación al 90% y una altura de presentación alta.

Se programó para una cesárea de emergencia, que fue sometido a dicha intervención, en sala de operaciones se produce una demora en la histerectomía, porque el personal de Enfermería se negaron a participar en dicha intervención provocando un mayor sangrado vaginal, que termino en un anemia moderada.

La paciente tenía muchos factores de riesgo que hacían que pueda producirse una hemorragia posparto, como la edad, paridad, estado nutricional y los miomas en útero.

Una de las alternativas eficaces para solucionar la rotura uterina es la histerectomía, debido a que la paciente ha culminado con su ciclo reproductivo; La paciente ha recibido transfusión sanguínea de dos paquetes globulares, permaneció hospitalizada por un promedio de 7 días, permaneció con sonda Foley.

Palabras Claves: **Rotura uterina, morbilidad materna, hemorragia obstétrica**

ÍNDICE

Página del jurado.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen	iv

CAPÍTULO I

1.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2.- JUSTIFICACIÓN.....	3
1.3.-MARCO TEÓRICO.....	4
1.3.1. Antecedentes de la investigación.....	4
1.3.2. Bases teóricas.....	13
1.3.2.1 hemorragia pós-parto.....	13
1.3.2.2. Incidencia.....	14
1.3.2.3. Etiología.....	14
1.3.2.4. Clasificación.....	18
1.3.2.5. Factores de riesgo.....	18
1.3.2.6. Fisiopatología.....	20
1.3.2.7. Diagnóstico.....	21
1.3.2.8. Exámenes Complementarios.....	23

1.3.2.9. Tratamiento	24
1.3.2.10. Complicaciones.....	27
1.3.3.1. Rotura uterina	27
1.3.3.2. Definición	27
1.3.3.3. Incidencia	28
1.3.3.4. Etiología	29
1.3.3.5. Factores de riesgo	30
1.3.3.6. Clasificación.....	31
1.3.3.7. Cuadro clínico.....	33
1.3.3.8. profilaxis de la rotura uterina	35
1.3.3.9. Diagnóstico.....	35
1.3.3.10. Exámenes Auxiliares	36
1.3.3.11. Manejo.....	37
1.3.3.12. Tratamiento.....	38
1.3.3.13. Criterios de Alta.....	40
1.3.3.14. Prevención.....	40
1.3.3.15 Complicaciones.....	41

CAPÍTULO II

2.1. CASO CLÍNICO.....	42
------------------------	----

CAPÍTULO III

3.1. CONCLUSIONES.....	66
3.2. RECOMENDACIONES.....	69
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	70
ANEXO:	74
CARTA DE COMPROMISO DE ANTI PLAGIO.....	75

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

En el mundo y con mayor énfasis en países en desarrollo o en países de desarrollo intermedio, la muerte materna sigue siendo causada en primer lugar por la hemorragia que se presenta en el posparto. En los países occidentales esta hemorragia constituye la tercera causa de muerte materna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que al día mueren aproximadamente de 830 mujeres, por causas que son posibles de evitar durante la gestación, el trabajo de parto y puerperio. En el mundo, la mortalidad materna ha disminuido en un 44% entre los años 1990 a 2015, esto demuestra el camino es el adecuado, se debe seguir trabajando para alcanzar la reducción de las cifras de la mortalidad materna en el mundo, a cifras que sea menores de 70/1000,000 nv en los años 2016 al 2030. En nuestro país ha disminuido el número de muertes maternas, es así que en el año de 2000 hubo 605 muertos,

mientras tanto en el año 2016 el número de muertes es de 325 muertes maternas. ⁽¹⁾

La prevalencia de la miomatosis en la etapa reproductiva de las mujeres va del 1 a 10 % del total de las gestantes, mientras tanto se puede mencionar que hay una relación de asociación de mujeres embarazadas con miomatosis uterina que varía desde el 0.09 al 3.9%, pero estas cifras van en aumento debido a la tendencia a que la mayoría de las mujeres retrasan la primera gestación un promedio de 30 años de edad, estas mujeres tienen mayor riesgo de padecer miomatosis uterina, siendo un factor condicionante para las hemorragias postparto. Los ecográficos informan que el 80% de casos de pacientes con miomatosis, de estos miomas solo el 20% sufren cambios en el tamaño durante la gestación. ⁽²⁾

El uso de la cesárea que en un principio buscaba que solucionara los casos que complicaban o ponían en riesgo la vida de la madre y su bebé, en la actualidad pasaron a ser un problema de salud pública por el alto incremento de sus cifras, y por su uso indiscriminado, cifras que cada década van en incremento. Las organizaciones de salud han expresado su preocupación por esta situación ⁽³⁾

Según ENDES del 2013, reporta una tendencia al alza de cesáreas en un 21,4% al 26,5% entre los años 2009 al 2013. ⁽⁴⁾

1.2 JUSTIFICACIÓN

El análisis de caso clínico, sirve para poder buscar estrategias de mejora en la atención de acuerdo a la morbilidad, una forma de buscar alternativas para disminuir las hemorragias posparto algunas veces prevenibles, la hemorragia viene a ser la primera causa de morbi - mortalidad materna en nuestro país. Problema obstétrico, que afecta también la situación de los neonatos, imposible de separar la situación de la madre y su hijo, lleva a una repercusión en la cifra de morbimortalidad neonatal.

La importancia de este análisis de caso radica en que las complicaciones como del parto, pueden desencadenar en un cuadro grave que complica la salud de la gestante, como consecuencia de una rotura uterina, esta patología se puede presentar durante el trabajo de parto, muchas veces por una mala atención o mal manejo del periodo de dilatación. El manejo de estas complicaciones en los establecimientos de nivel I y II terminan en una morbimortalidad materno perinatal, por la severidad del sangrado que ocasiona. El diagnóstico, manejo y tratamiento clínico de la rotura uterina debe ser multidisciplinario.

En el presente caso clínico vamos a evaluar la atención que se brinda a una gestante, con factores de alto riesgo que termina en una rotura uterina según protocolo institucional, de haber debilidades se plantearan propuesta de mejora y capacitación al personal.

1.3.- MARCO TEÓRICO

1.3.1.-Antecedentes de investigación

García L, (2015) estudia un caso de trabajo de parto de gestante con cesárea previa, en el cual se produce una rotura uterina España. Las cifras en esta patología son de 0,32 - 0,47%. Este caso es de una gestante con antecedente de cesárea previa a quien se da la oportunidad de parto por vía vaginal. A la semana 40 inicia trabajo de parto de forma espontánea, durante el control de la fase de dilatación se evidencia rotura uterina, terminando el embarazo con una cesárea de emergencia. La puerpera evoluciono favorablemente, de la misma manera el hijo no tuvo complicación. Cuando no hay contraindicaciones en gestantes con cesárea previa, se puede dar oportunidad para el parto vaginal, la mujer gestante debe ser informada de los riesgos posibles, pero también de la posibilidad y el beneficio del parto vaginal, bajo un estricto control.⁽⁵⁾

Redondo, R; Manrique, G; Mauro, L; Gonzales, C; Delgado, L; (2014). El análisis del caso clínico obstétrico sobre rotura uterina, después de haber sido sometido a un parto y la maniobra de Kristeller. La rotura uterina como resultado de la maniobra de Kristeller, es una complicación de baja incidencia (0,7%), de resultados graves en la actividad obstétrica. El objetivo del caso fue de presentar la asociación entre rotura uterina y maniobra de Kristeller como un factor de riesgo incierto, no establecido. Presentación caso: embarazada de 28 años con cesárea previa hace cinco años, por placenta previa. Embarazo actual inicia de forma espontánea y en expulsivo aplican presión fúndica (maniobra de Kristeller). Posteriormente, después de seis horas del parto se reporta evidencia de orina hematurica, dolor abdominal y malestar general.

Al examen de ecografía de abdomen el hallazgo es una solución de continuidad en cara posterior de vejiga. Con esta evidencia, se realiza laparotomía exploratoria con hallazgo de rotura uterina completa circunferencial, específicamente a nivel cervico vaginal, además de desgarro vesical en cara posterior aproximadamente de 10 cm. Se procede a realizar suturas término-terminal, vagino-cervical y del reparación del desgarro vesical. Evolución del pos operatorio favorable. Resultados: El uso de presión del fondo uterino aplicada durante el trabajo de parto (expulsivo) puede causar rotura uterina, aun sin el antecedente de cesárea previa. Es importante el registro de esta maniobra, que aunque los protocolos la prohíben, aún es muy usada. Ante la sospecha de rotura uterina, cuando hay factores de riesgo, el registro de la maniobra, la ecografía abdominal como ayuda diagnóstica, las acciones deben ser con premura, como opción primera es la laparotomía exploratoria. Debemos tener en cuenta que no se debe realizar la maniobra de Kristeller sobre todo con antecedente de cesárea previa. ⁽⁶⁾

Solari, A; Wash, A; Guerrero, M; Enríquez, O; (2014). Realizan una investigación sobre las hemorragias después del parto, identificar la etiología y poder prevenir oportunamente. El sangrado masivo después del parto es considerado como una hemorragia. La incidencia de mortalidad materna se encuentra entre el 30 y 50%. Los factores de riesgo para la complicación se consideran mujeres de edad avanzada que a la vez presentan enfermedades crónicas. La causa más frecuente de esta complicación es la Atonía Uterina, la cual se define como la incapacidad del útero de retraerse posterior al alumbramiento. La forma de prevenir la hemorragia después del parto es el adecuado y estricto manejo activo del trabajo de parto, uso de

medicamentos farmacológicas como uterotónicos y sino funciona se puede llegar hasta la histerectomía de urgencia. El diagnóstico se basa con la ayuda de ultrasonido y resonancia Nuclear Magnética y su tratamiento pasar a sala de operaciones para una cesárea con histerectomía. La radiología intervencionista ha contribuido a disminuir de forma importante la severidad de la hemorragia postparto. Es imprescindible contar con guías de acción protocolizadas para así evitar o disminuir su incidencia y magnitud. ⁽⁷⁾

Ricci, P; Perucca, E; Altamirano R (2013) nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rotura uterina, una complicación posible. El parto vaginal después de una cesárea previa, da aproximadamente un 70% de éxito. El cumplir con los protocolos, le brinda mayor éxito, menor riesgo de complicaciones. Cuando se cumplen los protocolos y la paciente cumple con ciertas condiciones el proceso puede resultar seguro y con menos riesgo de complicarse. El riesgo de útero roto es la complicación mas peligrosa el riesgo se aproxima al 1% de los casos. ⁽⁸⁾

Pérez, M; Álvarez, E; García, S; Vilouta, M; Doval, J; (2013). En un estudio de análisis de cohorte, retrospectivo, sobre rotura uterina completa, el cual abarco todas las mujeres que terminaron el embarazo atendidas de enero de 2008 a marzo de 2013. Se realizó una revisión de historias clínicas de casos de rotura uterina, analizado con el paquete informático Epidat 3.0. Los resultados fueron similares a los datos internacionales de 0.078 % y en los casos con antecedente de cesárea anterior hasta de 0.31%. Las conclusiones fueron incidencia baja que se incrementa con la presencia

del antecedente de cesárea anterior, la morbilidad y mortalidad de la madre y el feto son altas. ⁽⁹⁾

Martínez, P; Robles, L; Roca, M; Visag, V; Reyes, L; García, D; en 2012, reporte de 2 casos sobre rotura uterina espontánea. Hospital de México. La rotura uterina es una complicación rara, tienen una incidencia muy baja alcanza solo un 0.07%. Es causa directa de morbi-mortalidad materno y fetal. Se produce por la dehiscencia de la cicatriz uterina; sin embargo, existen otras causas como la implantación anómala de la placenta, como placenta percreta. Aproximadamente el 80% de casos de rotura uterina se da de forma espontánea, siempre en estos casos la mortalidad materna y fetal es alta. Materiales y métodos: descriptivo y retrospectivo, consiste en el análisis hecho a los casos clínicos: a) Gestante con 28 años de edad con 20 semanas de embarazo, diagnóstico de útero didelfo, el embarazo se ubicó en cavidad menor; evolución normal, que cursa con dolor abdominal de intensidad 8 de 10, presenta sangrado transvaginal. b) Paciente de 20 años, con antecedente de aborto espontáneo, periodo intergenésico de un año. La paciente niega embarazo, refiere haber presentado su periodo normal. Acudió a urgencias por dolor abdominal de inicio súbito en el mesogastrio, sensación de evacuar; refirió dos evacuaciones diarreas y mareo con desvanecimiento. La conclusión fue rotura uterina, entidad de baja incidencia, de alta morbilidad y mortalidad perinatal. El diagnóstico temprano es de vital importancia. ⁽¹⁰⁾

Robert, J; Ricci, P; Rodríguez, T; Pons, A; (2010), Histerectomía pos parto, experiencia de clínica Las Condes. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. Se formuló el objetivo de presentar la experiencia clínica de mujeres a las que se le

realizó histerectomía posparto. Método: Estudio retrospectivo de la hemorragia posparto de pacientes atendidas en la Clínica Las Condes, en los años 2000 y 2009. Resultados: se atendieron 15.356 partos con 34 casos de hemorragia posparto, la incidencia de histerectomías fue de 2,2 %. Con 36 años fue el promedio de edad de la madre, 97% fueron multíparas, 36,1 semanas como promedio de edad gestacional, con un rango de 27-40 semanas. Las causas principales 61,8% de acretismo. No muertes maternas y 8,5% muerte perinatal, 1 mortinato y 2 morti-neonatos. Hubo transfusión de sangre y/o hemoderivados en 76,5%. Las conclusiones fueron: La histerectomía pos parto es una intervención de urgencia que se plantea frente a una hemorragia severa, secundaria a diversas patologías, durante o posterior al parto, asociada frecuentemente con cesárea anterior o atonía uterina. ⁽¹¹⁾

Scarrella, A; Chamy, V; Badilla, D; Escobar, A; Michea, K; (2008) Descripción de un caso clínico: rotura uterina espontánea en el primer trimestre de la gestación. Chile. Caso clínico sobre: la rotura uterina una complicación obstétrica infrecuente, pero de alto riesgo y mortal para la grávida y su feto. Por lo general se presenta en el segundo o tercer trimestre, se asocia a factores de riesgo, como son cesárea previa. Su presencia en el primer trimestre es excepcional, lograr el diagnóstico es un reto para el médico por su difícil diagnóstico diferencial y el manejo que requiere. Se presentó el caso de una gestante con rotura espontánea de útero de 10 semanas de embarazo, tuvo como antecedente una triple cicatriz. Se decidió laparotomía exploratoria y ahí se logró el diagnóstico de rotura del útero, se presentó una alteración hemodinámica de la paciente. El manejo fue la reparación de la lesión y monitoreo de la evolución. Al 6to día se evidencio muerte fetal, se procedió a vaciamiento de la cavidad uterina.

Posteriormente se realizó una histerectomía obstétrica. La histopatología reportó acretismo placentario. ⁽¹²⁾

Vélez, G; Gómez, J; Zuleta, J; (2007) Análisis de las muertes maternas debidas a hemorragia en Antioquia. Colombia. Durante los años de 2004 a 2005. El Objetivo de este estudio busca que establecer los factores que condicionan la mortalidad materna por hemorragia obstétrica, es un estudio descriptivo que utilizo la metodología del “Camino para la supervivencia a la muerte materna”, donde determino tres retrasos el 1° de la comunidad consultar y así poder lograr el diagnóstico, 2° de acceso al servicio de salud y 3° en la calidad o en la oportunidad de la atención. Resultados: la hemorragia posparto es la principal causa de hemorragia obstétrica. Un 29% de las muertes maternas después de un parto vaginal fueron de parto domiciliario. El 100% de las muertes se asociaron a causa evitables y los factores identificados estaban dentro de las categorías retraso el 1° tipo (43%) y 3° tipo (88%). En el 3° tipo fueron: la subvaloración de los cuadros clínicos, las conductas inoportunas y el tratamiento inadecuado de las pacientes, la falta del manejo activo del alumbramiento de manera universal, manejo inadecuado del shock hemorrágico y demora en el tratamiento de hemoderivados. Conclusiones: el principal problema en mortalidad materna en el departamento de Antioquia es la hemorragia obstétrica, los aspectos que tienen que ver con la implementación del manejo activo del alumbramiento, un diagnóstico temprano y un tratamiento agresivo del shock y la reanimación, son aspectos que deben ser revisados, implementados y actualizados. ⁽¹³⁾

Tan, L; Albinagorta, R; (2012). Se realizó un análisis de caso clínico sobre una histerectomía en el puerperio, es una experiencia que se realizó en una institución privada, con el objetivo de poder conocer la causa de la histerectomía puerperal, con una metodología retrospectiva, estudio de casos en la clínica Santa Isabel, Lima, Perú, este estudio hace referencia a una población de 15,201 pacientes puerperas, y una muestra de 16 pacientes que terminaron con histerectomía. El periodo es del 2000-2011, edades de las pacientes de 29 a 42 años, reportan un 1,04 / 1000 nacimientos. En los resultados se halló que el 75 % tuvo antecedentes de instrumentación uterina (cesárea o legrado), en 12 casos la histerectomía se practicó en la cesárea. Un 68 % fueron atención de emergencia, ese mismo porcentaje se realiza histerectomía total. En 6 casos fueron de acretismo placentario, 5 atonía uterina, 5 leiomiomatosis uterina. El tiempo operatorio fue de 65-170 minutos, la media de 105 minutos, 9 pacientes requirieron transfusión, representa un 56,3 %. No se presentó otras complicaciones, cero muertes. Este estudio concluye que este procedimiento es muy seguro en esta institución y las estadísticas son similares a la evidencias de otros estudios. ⁽¹⁴⁾

Acho, S; Pichilinge, S; Díaz, J; Paredes, J; (2011). Estudio realizado en el Hospital Cayetano Heredia, Lima, busca determinar la frecuencia de casos de hemorragia en la segunda mitad de la gestación. Estudio que revisa 161 historias clínicas del Sistema Informático Perinatal del Departamento de Ginecología y Obstetricia, de mujeres con hemorragia de la segunda mitad de la gestación, 2008- 2009. Principales medidas de resultados: Características de las gestantes y resultados maternos perinatales. Obteniendo los resultados, la edad de las mujeres varió entre los 14 y 43 años, con

una mediana de 28 años; el 62.7%, presentó desprendimiento prematuro de placenta, el 34.8% tuvo placenta previa y 2.5%, presentaron rotura uterina; en relación al control prenatal el 7.5% tuvieron un control adecuado, y 92.6% tuvo menos de 5 controles; en relación a la edad gestacional el 77.6% se encontraron entre 36 y 40 semanas; el 13% entre 32 y 35 semanas. En 16 casos el producto fue óbito fetal, siendo el 9.9% del total de mujeres con hemorragia de la segunda mitad de la gestación, con una tasa de letalidad 0.62%, conclusión: La hemorragia de la segunda mitad del embarazo reporto 1,68% de la población obstétrica, Esta complicación acarear morbilidad materno perinatal. ⁽¹⁵⁾

Carpio, L; Garnique, M; (2009) Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson, Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. El objetivo de establecer las diferencias en la técnica quirúrgica utilizada en la histerectomía abdominal, la diferencia entra la técnica usual (técnica quirúrgica simplificada) y la técnica de Richardson, los parámetros son tiempo operatorio, presentación y complicaciones. La muestra la constituyeron mujeres operadas de histerectomía abdominal. El estudio se realizó con 26 pacientes operadas con la técnica simplificada y con igual número de pacientes operadas según la técnica de Richardson. Se ha determinado el diagnostico que llevo a la histerectomía, el tiempo operatorio, presentación y tipo de complicaciones. Obteniendo los siguientes resultados, la primera indicación de histerectomía abdominal fue el diagnóstico de miomatosis uterina (76.9%), un 17,3% de complicaciones, similar en las dos técnicas. Las complicaciones más frecuentes fueron infección de herida operatoria (7.6%), infección de vías urinarias (5.8%). no evidenciaron diferencia estadísticamente

significativa. El tiempo operatorio ($P < 0,01$) y la estancia hospitalaria ($P < 0,05$) fueron significativamente menores en pacientes operadas con la técnica simplificada, a diferencia que con la técnica de Richardson. La conclusión es que la técnica simplificada es una alternativa en la histerectomía abdominal, frente a la técnica Richardson, la cual puede ofrecernos ventajas en el tiempo operatorio y la estancia hospitalaria. Las complicaciones se presentaron en el 17.3 % en el período postoperatorio. No se llegó a demostrar asociación entre la presencia de complicaciones y la técnica de histerectomía empleada (simplificada o de Richardson).⁽¹⁶⁾

Seminario, J; (2009), este estudio busca determinar beneficios entre la histerectomía laparoscópica, frente a la abdominal, menor complicaciones de la pared abdominal, como forma de reducir el dolor, más rápida recuperación, pronto regreso al trabajo, menos de una semana. Cuando se elige histerectomía laparoscópica, es el resultado del análisis de varios factores, se considera el tamaño y movilidad del útero, el acceso vaginal y la experticia del cirujano con cada una de las diferentes modalidades de histerectomía susceptibles de ser realizadas por laparoscopia. Al ser una técnica de alta complejidad, requiere capacitación, entrenamiento y experiencia por parte del cirujano, no solo valorar los buenos resultados.⁽¹⁷⁾

Gómez, L; Bautista, F; Ludmir, J; De la Vega, G; (2001), realizaron una investigación sobre el parto vaginal con antecedente de Cesárea anterior dos veces. Presentaron tres casos de mujeres con embarazo a término, con antecedente de cesárea reiterativa (2 veces), a quienes se les dio la oportunidad de parto por vía vaginal en el embarazo actual. El estudio evalúa y revisa el tipo de cesárea previa, las

indicaciones y contraindicaciones para parto vaginal con antecedente de cesárea anterior, solicitando el consentimiento informado por parte de la paciente. De la misma forma, se evalúa el trabajo de parto, el parto y el desarrollo neonatal temprano y tardío.⁽¹⁸⁾

1.3.2. BASES TEÓRICAS

1.3.2.1. HEMORRAGIA POSPARTO

DEFINICIÓN

La definición de hemorragia pos parto es la pérdida sanguínea calculada en más de 500 ml en el pos parto. También, cuando se verifica la disminución del hematocrito en 10 puntos luego del alumbramiento o cuando existe la necesidad de transfusión sanguínea. Estas definiciones resultan poco prácticas porque no se valora con exactitud la pérdida sanguínea, existen muchas fallas en la valoración real de la pérdida sanguínea y a veces no se conoce la hemoglobina de la gestante antes del parto, por lo tanto, no se puede determinar con exactitud la disminución. La definición más acertada de la hemorragia posparto es cuando la pérdida sanguínea es de tal que produce cambios hemodinámicos que requieren transfundir sangre.⁽¹⁹⁾

1.3.2.2. INCIDENCIA.

Las cifras son del 4% en los partos vaginales y el 6% en cesáreas. Se estima que la muerte materna relacionada a hemorragia en el postparto en los países en desarrollo es 1 por 1000 partos. La Organización Mundial de la Salud informa que las

complicaciones maternas llegan a 20 millones al año por causas asociadas a la hemorragia posparto.⁽²⁰⁾

1.3.2.3. ETIOLOGÍA.

El sangrado masivo considerado como hemorragia posparto, se producen por la atonía o inercia uterina, traumatismos asociados al parto, retención de restos placentarios y alteraciones de la coagulación. Una buena regla nemotécnica para recordarlas son las 4 “T”: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación).⁽²¹⁾

1. **Atonía uterina:** es la causa más frecuente, además responsable del 80-90% de las HPP. Los factores de riesgo son: sobre distensión del útero (por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido, abuso de oxitócicos y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa: “Un útero vacío y contraído no sangra”.⁽²¹⁾
2. **Restos placentarios retenidos:** Después de la expulsión del feto, la salida de la placenta se produce dentro de los 30 minutos posteriores al parto. Cuando no se produce así, tendríamos que considerar una implantación anormal de la placenta, como placenta acreta, íncrета o percreta. El acretismo placentario llega a 1 en 2,500 partos. El acretismo placentario se incrementa a medida que aumenta el número de cicatrices uterinas.

Cuando hay dudas sobre el acretismo placentario con la ecografía, debería realizarse una resonancia magnética para descartar la existencia de una placenta percreta. ⁽²¹⁾

3. **Traumas:** se refieren a las lesiones que se producen a nivel del canal de parto, rotura o inversión del útero. Los desgarros y /o laceraciones, se considera la 2º causa de las hemorragias posparto. El diagnóstico se logra con la evidencia de sangrado vaginal activo y constante, asociado a partos manipulados, instrumentados o con episiotomía, se procede a reparar mediante sutura. También pueden presentarse como hematomas vulvares y/o vaginales auto limitados, pueden tratarse de forma conservadora (observación), en caso contrario deberán ser evacuados (drenaje). La presencia de dolor intenso en flanco y signos de hipovolemia debe llevar al sospecha de un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso se indica monitorizar estrictamente podría requerir laparotomía exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes. ⁽²¹⁾
4. **Rotura uterina:** es cuando se produce la pérdida de integridad de la pared del útero. La causa más común es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria la más común. Otros factores relacionados son los partos traumáticos y la hiperdinamia asociada al uso de oxitócicos. Las roturas asociadas a traumatismos externos (incluyendo la versión cefálica externa) son excepcionales. ⁽²¹⁾

Inversión uterina: es una complicación obstétrica poco frecuente, se atribuye a una mala maniobra, como la excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), como resultado de la salida del fondo uterino por la vagina. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y mala técnica en el alumbramiento manual. El prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de confirmación, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado. ⁽²¹⁾

4. Coagulopatías: congénitas o adquiridas en la gestación, que pueden ser:
 - Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.
 - Adquiridas: preeclampsia grave, Síndrome (HELLP), embolia de líquido amniótico, desprendimiento de placenta, sepsis. ⁽²¹⁾

1.3.2.4. CLASIFICACIÓN

Se clasifican en dos:

Hemorragia primaria: son aquellas que presentan sangrados masivos dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente el 70% de las hemorragias posparto inmediatas son por causas de contractibilidad uterina.

Hemorragia Secundaria: son los sangrados masivos que se producen después de las 24 horas y las 6 semanas postparto. ⁽²²⁾

Clasificación de la Hemorragia Posparto. ⁽²³⁾

Crterios	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Perdida de volemia %	< del 15%	15 -30%	30 – 40%	➤ al 40%
Frecuencia del Pulso	< de 100	> de 100	> de 120	> e 140
Presión arterial en posición supina	Normal	Normal Hipotensión Ortostática	Baja	Baja
Diuresis ml/hora	Mayor de 30	20 – 30	15 – 20	Menor de 15
Estado mental	Ansioso o normal	Agitado	Confuso	Letárgico

Fuente: Guía Práctica de MINSA 2005

FORMAS CLÍNICAS Y PRESENTACIÓN

Cuando inicia la hemorragia posparto es catastrófico hay alteraciones de los signos vitales, algunas veces puede observarse el cuadro típico de shock hipovolémico. ^(22, 25)

Hemorragia mayor de 500 ml, características rojo brillante y rutilante, paciente con palidez generalizada, presión arterial baja, taquicardia mayor a 100 latidos por minuto, sudoración, piel húmeda, mareos, náuseas, lipotimia, shock. ⁽²²⁾

El manejo de una hemorragia posparto es según el nivel de establecimiento de salud, incluye el manejo se claves y sistema de referencias, se debe tener conocimiento de los protocolos. ⁽²⁵⁾

1.3.2.5. FACTORES DE RIESGO

En aproximadamente el 30% de casos de hemorragia pos parto, no se encuentra ningún factor de riesgo, deben tenerse en cuenta en el manejo del parto por un profesional experto. Las causas de hemorragia posparto según el diagnóstico al que llega, pueden agruparse en cuatro categorías con la regla nemotécnica de las cuatro “T”: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del tracto genital) y Trombina (en relación con alteraciones de la coagulación).⁽²⁴⁾

Según el diagnóstico de estas causas de hemorragia posparto (solamente las tres primeras son más del el 95% de todas las causas) están asociadas a ciertos factores de riesgo que deberán ser identificados lo más pronto posible. Se han descrito diferentes estudios en los que se recogen factores de riesgo con influencia en hemorragia posparto, entre ellas tenemos⁽²⁴⁾:

- Partos prematuros provocan el cierre temprano de cérvix.
- Antecedente de hemorragia posparto previa.
- Obesidad.
- Multiparidad.
- Raza asiática o hispánica.

Se sabe que solo un mínimo porcentaje de mujeres que presentan factores de riesgo desarrollaran hemorragia. La demora en la toma de decisiones de los profesionales tratantes retrasa la terapia y lleva a hemorragia excesiva que puede terminar en coagulopatía dilucional e hipovolemia severa, hipoxia tisular y acidosis. Las

demoras, falta de personal entrenado en el manejo de emergencia, dificultarán el manejo adecuado según protocolo y el poco o nulo control de la hemorragia, incrementa el riesgo de complicaciones como histerectomía, shock hemorrágico y muerte. Además, el determinar el volumen real del sangrado, en relación a él volumen sanguíneo del ser humano, que es de aproximadamente 80 ml por kilo de peso corporal. Sobre la base de lo anterior, debe determinarse el volumen de sangre perdido y el porcentaje que esta pérdida representa para cada paciente ⁽²⁴⁾.

El manejo inmediato, está asociado al diagnóstico oportuno, para lograr mejores resultados cuando se presenta una emergencia, como es la hemorragia pos parto. Se debe tener en cuenta de 800 a 1000 ml es el volumen de sangre que circula en un segundo por la arteria uterina. Los primeros minutos son muy importantes, la llamada “hora de oro” muestra como las demoras disminuyen las probabilidades de sobrevivencia, sin las acciones adecuadas ⁽²⁴⁾.

Es muy importante destacar la importancia de la capacitación de los profesionales de salud en estrategias para salvar vidas, compresión bimanual uterina y compresión de la aorta como técnicas que pueden salvar vidas, por lo que todo personal de salud debe estar en capacidad de ejecutarlas. ⁽²⁴⁾

1.3.2.6. FISIOPATOLOGÍA

Anatómicamente el útero está constituido por el miometrio, compuesto por tres capas de fibras musculares. La capa intermedia es de importancia primordial en la hemostasia del lecho placentario. Durante el trabajo de parto las contracciones juegan un rol muy importante en la pérdida sanguínea. En el alumbramiento las

contracciones provocan que las fibras musculares uterinas se contraen y se retraen el miometrio de engrosa y el volumen del útero disminuye. El desprendimiento de la placenta se da por la reducción de la superficie de implantación, el útero adquiere una consistencia globulosa y consistencia más firme, generalmente se palpa a la altura del ombligo, tarda entre 10 a 30 minutos. Si el tiempo es mayor, será un alumbramiento prolongado o retención placentaria, que requiere intervención como es la extracción manual de placenta. El flujo sanguíneo a la placenta es de 500 a 800 ml/min en una gestación a término, la separación de la placenta del útero, se va produciendo con la rotura de vasos que resulta en sangrado, las contracciones contraen los vasos y esa vasoconstricción, logra disminuir el sangrado dando la formación del coagulo retroplacentario. Cuando este proceso no se da de forma adecuada, el resultado es la atonía o inercia uterina, esto lleva a una hemorragia que de no ser controlada en pocos minutos puede tener un desenlace fatal. ⁽²²⁾

1.3.2.7. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico diferencial de la hemorragia postparto asociada a retención placentaria es con los diferentes tipos de acretismo. La adhesión anormal de la placenta es la inserción acreta (80%); la inserción íncreta (15%), y la inserción percreta (5%). Por lo general su gestación se desarrolla dentro de los parámetros normales, pero en 30 % de casos puede presentarse hemorragia antes del parto. La placenta percreta es la más catastrófica que puede ser diagnosticada en el periodo preparto. Una inserción anormal de la placenta, se diagnostica después del parto, con mayor énfasis en pacientes que no tuvieron atención prenatal adecuada y no cuentan con una

ultrasonografía. La hemorragia en estos casos es muy intensa, hasta 2 500 ml, si está relacionada a placenta previa, puede ser aún más grave. La hemorragia en una placenta ácreta parcial es por lo general más grave que en una acreta focal o total. ⁽²³⁾

Clínicamente se diagnostica la hemorragia posparto cuando el sangrado vaginal es profuso. Una placenta de inserción anormal con o sin hemorragia puede requerir un procedimiento como la extracción manual, en algunas ocasiones llegando a terminar en legrado uterino. La revisión de la placenta pos extracción manual es de procedimiento obligatorio, se hace para verificar si está completa, cotiledones y membranas. La revisión de la cavidad uterina es de rigurosidad para cerciorarse de que no existen restos. De sospechar una implantación anormal, la evaluación rigurosa nos dará luces del procedimiento, legrado uterino o histerectomía.

El control del sangrado es de suma importancia y la inspección de la placenta nos acerca al diagnóstico. La evaluación histológica rigurosa, sobretodo en la periferia de las áreas de hemorragia, a menudo demostraran trofoblasto en el miometrio o serosa en el caso de percreta. Algunos investigadores reportan placenta acreta, utilizando métodos radiológicos. ⁽²⁴⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CLÍNICA	P.P	DPP	ROTURA UTERINA
Sangrado vaginal	Rojo vivo	Rojo oscuro (ausente en DPP)	Rojo oscuro escaso Puede ser oculto.

		oculto 20% casos)	
Tono uterino	Normal	Aumentado	Hiperdinamia en inminencia de rotura uterina. Cese de contracciones uterinas y palpación de partes fetales en rotura establecida.
Dolor	Ausente	Presente	Presente, luego cesa
latidos cardiacos fetales	Variables o ausentes	Variables o ausentes	Variables o ausentes.
CAMBIOS HEMODINÁMICOS	Depende del volumen de pérdida sanguínea: Taquicardia o hipotensión		

Fuente: Guía Nacional de 2010

1.3.2.8. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

De patología clínica ⁽²¹⁾

- Control de hemoglobina y hematocrito
- Grupo Sanguíneo y Factor RH.
- Perfil de coagulación si se tiene laboratorio equipado, de no ser así solicitar T' de coagulación, T' de sangría o test de Wiener o prueba de retracción del coágulo.
- Pruebas cruzadas de compatibilidad sanguínea.
- RPR o VDRL

- Prueba rápida o Test de Elisa
- Creatinina y Urea

De imágenes: a través de la ecografía se puede visualizar la interface útero placentaria. ⁽²⁴⁾

1.3.2.9. TRATAMIENTO

Toda gestante durante el control prenatal debe de tener estudios de biometría hemática. Si tiene anemia se debe de intervenir para mejorar los valores de la hemoglobina. Los niveles de hemoglobina menores de 10g/dl se asocian a complicaciones durante la gestación. La determinación de grupo sanguíneo y las pruebas cruzadas de manera preventiva deben de ser realizadas de manera oportuna, de la misma forma el perfil de coagulación. Los análisis que se deben solicitar frente a una hemorragia postparto ⁽²¹⁾.

Se debe de realizar la histerectomía cuando el volumen sanguíneo perdido es excesivo y la ya no es una opción la necesidad de preservar la fertiilidad. En placenta percreta la mortalidad es de 2% aproximadamente cuando se realiza histerectomía temprana. El manejo conservador es una decisión que esa relacionada a cuando se busca preservar la fertilidad.

Las conductas conservadoras que se detallan son:

1. No remover la placenta (totalmente o en fragmentos)
2. Identificar la lesión y reparar.

3. Determinar el valor del cuadro, especialmente si la placenta percreta es identificable.

4. Legrado

Los investigadores sugieren remover la placenta, sin causar incremento en la hemorragia, continuando con masaje uterino, uso de oxitócina, antibiótico y medidas para una subsecuente remoción de placenta (como legrado), cuando se logre controlar la hemorragia. El considerar un manejo conservador, no libera de presentar riesgos; algunas veces cuando se realiza la extracción manual puede incrementar la cantidad de sangrado, producir una infección y la rotura uterina. Los antecedentes de legrado está relacionado con riesgo de implantación placentaria anormal en los siguientes embarazos. La decisión del manejo estará de acuerdo a la experticia del operador y a los recursos con los que se cuente, considerar referencias. ⁽²⁴⁾

Medidas generales y terapéuticas

Identificar signos de alarma y los factores asociados ^(22,25):

- Instalar doble vía segura EV, la primera con Cloruro de Na 9‰, 1000 cc con 20 U de oxitócina a razón de 40-60 g/min, con catéter EV N° 18. La segunda vía solo con Cloruro de Na 9‰ 1000 cc, pasar 500 cc a chorro y luego a 30 g/min.
- El masaje uterino externo debe permanente, se debe realizar compresión uterina bimanual si se cuenta con profesional capacitado.
- Monitoreo estricto de funciones vitales y signos de alarma.

- Coordinar acciones para la referencia oportuna, según protocolo. Luego de: Extracción digital de coágulos de la cavidad uterina (si se cuenta con profesional capacitado).
- En caso de desgarro del canal del parto proceder a taponamiento con gasa (si se cuenta profesional capacitado).
- Coordinar referencia con establecimiento correspondiente.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básica: FONB

(Categoría I-4) ⁽²⁵⁾

- Instalar doble vía segura EV, la primera con Cloruro de Na 9‰, 1000 cc con 20 U de oxitócina a razón de 40-60 g/min, con catéter EV N° 18. La segunda vía solo con Cloruro de Na 9‰ 1000 cc, pasar 500 cc a chorro y luego a 30 g/min.
- En pacientes hemodinámicamente inestable, proceder según Guía de Práctica Clínica de manejo del shock hipovolémico.
- Control de diuresis con sonda vesical y bolsa colectora.
- Determinar el diagnóstico según la evaluación clínica de la paciente. Examen vaginal con valvas y examen abdominal.

Tratamiento:

Retención placentaria

- Realizar una evacuación de vejiga con sonda Foley.
- Determinar la ubicación de la placenta con tacto vaginal.

- Si clínicamente se observa signos de desprendimiento, se procederá a extraer la placenta, mediante elevación del fondo uterino con una mano sobre el abdomen y simultáneamente tracción sostenida del cordón con la otra mano (maniobra de Brandt-Andrews).
- Si se confirma que la placenta no ha sido desprendida, se deberá de administrar a través de la vena umbilical 50 cc de Cloruro de sodio 9‰ con 20 unidades de oxitócina.
- Después de los 30 minutos y no hay s de desprendimiento y no se observa sangrado, se debe presumir de acretismo placentario, según protocolo referir inmediatamente con doble vía segura EV a n establecimiento con FONE
- Cuando se cuenta con profesional capacitado y casos de retención placentaria y sangrado vaginal intenso, demás, e destino de referencia es mayor a 2 horas, de procederá a extracción manual de placenta.

1.3.2.10. COMPLICACIONES

Las complicaciones más comunes pueden ser ⁽²²⁾:

- Puede ocasionar disminución de flujo placentario, con sus consecuencias.
- Shock hipovolémico
- Anemia aguda
- Coagulación intravascular diseminada.(CID)
- Insuficiencia renal aguda
- Útero de couvelaire.

- Necrosis hipofisaria síndrome de Sheehan.
- Desprendimiento prematuro de placenta.

1.3.3.1. ROTURA UTERINA

1.3.3.2. DEFINICIÓN

La definición de rotura uterina es una pérdida de continuidad no quirúrgica de una zona del útero, mayormente se produce a nivel del segmento del útero, la ruptura uterina condicional sufrimiento fetal agudo y/o óbito fetal, situación que pone en riesgo de muerte a la paciente. ⁽²⁷⁾

Podría ser en la porción supra vaginal del cuello, en el segmento inferior o en el cuerpo del útero. No son considerados las perforaciones uterinas por legrado uterino, en los casos de aborto incompleto, o en la interrupción del embarazo. ⁽²⁸⁾

Al realizar la Histerometría, se puede producir la perforación uterina generalmente en mujeres con antecedentes de cirugías uterinas previas las cesáreas. La rotura uterina, no se consideran no se considera en los casos de legrado uterino o Histerometría, en un útero sano o con antecedentes de cicatriz previa. ⁽²⁹⁾

La rotura uterina es una rara complicación que se produce durante el intraparto, asociada a una alta tasa de morbimortalidad materna y fetal. ⁽³⁰⁾

Cuando se produce una rotura uterina, conlleva a la separación completa de los músculos del útero en todas sus capas, algunas veces el feto sale en su totalidad fuera de la cavidad uterina y se puede palpar partes fetales. ⁽³¹⁾

1.3.3.3. INCIDENCIA.

En los Estados Unidos de Norteamérica es de 1 cada 1000 partos y en otros países es 1 cada 2500 parturientas, con reportes de casos más bajos en Canadá y Suecia., mientras tanto en países en vías de desarrollo como Uganda varía va de 1 por cada 93 partos y en la India 1 cada 415 partos. ⁽²⁸⁾

En países considerados como tercer mundo, sobre todo a las naciones Africanas, se produce la mayor incidencia. Aunque es difícil cuantificar el riesgo podría ser en algunas zonas, mayor a 3% de todos los partos, en gestantes que tienen un útero sano, que oscilan entre el 40 a 80%. ⁽³⁰⁾

A nivel nacional se considera una complicación obstétrica poco frecuente (0,02-0,08%). El antecedente de cesárea previa incrementa el riesgo durante el trabajo de parto. ⁽²⁷⁾

La rotura uterina, es una complicación que puede ser espontanea, traumática o asociada al antecedente de cicatriz uterina previa generalmente es el 5%, esta complicación se puede producir durante o antes del trabajo de parto. Cuando la incisión es transversal previa en el segmento inferior, el riesgo de rotura es menor de 1%, mientras que el riesgo con una cicatriz vertical alta (clásica) es de 4 a 7%; 60% de las roturas uterinas ocurren en úteros sin cicatrices. ⁽³¹⁾

1.3.3.4. ETIOLOGIA

Se consideran: ⁽²⁷⁾

- Pacientes con cesáreas previas al embarazo.
- Partos traumáticos

- Hiperdinamia uterina.
- Traumatismo por accidentes de tránsito.
- Traumatismo pos violencia o agresión física.
- Maniobras de versiones externas y grandes extracciones.

1.3.3.5FACTORES DE RIESGO

Entre los más destacados se mencionan a. ⁽²⁷⁾:

- Pacientes que tienen cirugía uterina previa (cesárea previa, miomectomías).
- Pacientes sometidas a un parto vaginal traumático, debido al uso de instrumentos para la versión y gran extracción, y técnicas no recomendadas en los protocolos como la maniobra de Kristeller, en parto podálico, en presencia de distocia de hombros.
- Hiperdinamia uterina relacionada a obstáculo en anomalías de la presentación fetal, pelvis estrecha; a tumores previos: asentados en la pelvis ósea, miomas, tumores de ovario, etc.
- Sobredistensión del útero por fetos macrosómicos, polihidramnios, embarazo múltiple y desproporción céfalo pélvica.
- Uso inadecuado y/ o abuso de la oxitócina y misoprostol provocando una hiper estimulación uterina.
- Maniobras de versión externa para acomodar la presentación fetal.
- Pacientes con gran multiparidad.
- Alteraciones anatómicas uterinas que tienen hipoplasias y malformaciones.

- Paciente sometida a legrado uterino a repetición.
- Placenta previa con acretismo.

Según la guía clínica del hospital María auxiliadora los factores de riesgo lo dividen en dos campos muy importantes, se detalla a continuación

Relacionados con la atención obstétrica ⁽²⁷⁾:

Seguimiento inadecuado del trabajo de parto, particularmente en:

- Gestantes con cicatriz uterina previa, menores de dos años.
- Estrechez pélvica, sometidas a un trabajo de parto.
- Gestantes con diagnóstico de macrosomía fetal sometida a un trabajo de parto.
- Utilización de instrumentación durante el parto.
- Uso inadecuado de la oxitócina, durante la inducción del trabajo de parto.
- Realización de la maniobra de Kristeller, cuando el feto no desciende en la presentación.

Relacionados con aspectos Ginecológicos:

Están considerados los siguientes factores ⁽²⁷⁾:

- La Multiparidad de las gestantes.
- Los embarazo múltiple.
- Constitución anómala y presencia de tumores en el útero.
- Abortos provocados que hayan terminado en legrados uterinos.
- Cicatriz uterina, como antecedentes de cesáreas iterativas.

1.3.3.6. CLASIFICACIÓN DE LA ROTURA UTERINA

La Guía nacional de manual y procedimiento del MINSA, realiza la clasificación en dos: la rotura total o completa: que es la solución de continuidad que afecta a todas las estructuras de la pared uterina. La rotura parcial o incompleta, también considerada como una simple dehiscencia, no afecta a todo el espesor de la pared uterina con conservación de peritoneo visceral. ⁽²⁷⁾

Según Velásquez clasifica la rotura uterina en la gestación de la siguiente manera: ⁽²⁸⁾

- **La rotura activa:** algunos lo consideran como la rotura traumática, que puede deberse al uso de instrumentos, como legra cureta que se utilizan después de la extracción de la placenta. Incluye la violencia por accidente o agresión física a la gestante directa o indirecta. La rotura llamada obstétrica, debido al mal uso de la oxitócina, misoprostol, uso del fórceps, versión interna y gran extracción pelviana en el parto en maniobras intempestiva e imprudente durante el parto en presentación pelviana. Al realizar maniobras proscritas, como la maniobra de Kristeller, situación transversa durante el trabajo de parto. ⁽²⁸⁾
- **La Rotura espontánea;** puede producirse antes o durante el trabajo de parto, muchas veces en pacientes con cirugías uterinas previas, están consideradas las cesáreas previas, en pacientes con miomectomía, en las que no tuvieron cirugías previas puede deberse a las anomalías uterinas congénitas, placenta percreta. ⁽²⁸⁾

La SEGO, sociedad española de obstetricia y ginecología realiza la clasificación de la siguiente manera: ⁽²⁹⁾

- **Rotura completa:** que es una lesión hemorrágica de la pared uterina, con dirección variable y bordes irregulares, la solución de la continuidad llega hasta el peritoneo visceral, miometrio y las membranas ovulares, se comunica la cavidad al miometrio y las membranas ovulares, se comunica la cavidad uterina con la cavidad abdominal, el feto se puede encontrar en esta última cavidad. Muchas veces están asociadas a roturas vesicales que pueden llegar hasta el trigono o uréter terminal. También producir lesiones o desgarros cervicales y vaginales, cuando se prolonga el sentido caudal. Esta relacionando directamente con una hemorragia materna grave y que complica la vida de la madre y el feto. ⁽²⁹⁾
- **Rotura incompleta:** se denomina así a una rotura segmentaria que conserva el peritoneo visceral, algunas veces las membranas ovulares se pueden encontrar sanas, no están relacionados con hemorragias severas maternas, no ponen en riesgo la vida del feto, debido a que este permanece en la cavidad uterina. ⁽²⁹⁾

Es muy importante poder distinguir la dehiscencia uterina que consiste en la disrupción asintomática de la incisión uterina previa, se diagnostica durante la laparotomía exploratoria o a través del examen digital después del parto vaginal. ⁽²⁹⁾

1.3.3.7. CUADRO CLÍNICO

La sintomatología se presentará de acuerdo al tipo de rotura uterina ⁽²⁷⁾:

a) Rotura completa:

- Daño que compromete el bienestar fetal; se evidencia con alteraciones de la frecuencia cardiaca basal, presencia de desaceleraciones variables, tardías y bradicardias mantenidas.
- En relación a la dinámica uterina, la disminución evidente o cese.
- Se observa un ascenso de la presentación fetal, al momento del examen.
- La gestante se queja de un dolor de gran intensidad a nivel abdominal, punzante e intenso, esa es la señal de que en ese momento se produce la rotura uterina.
- Al examen abdominal, las partes fetales fácilmente se palpan.
- Hay un compromiso hemodinámico la paciente presenta: taquicardia, hipotensión y shock.
- La orina se vuelve hematórica.
- El cuadro clínico conocido como inminencia de rotura uterina, se caracteriza porque la paciente presenta dolor localizado a nivel del hipogastrio, durante y después de la contracción uterina.
- El Anillo de Bandl: es una contracción de fibras que figuran como un cinturón o anillo a la mitad de la distancia entre el pubis y el ombligo.
- Existe un incremento de las contracciones uterinas, hiperdinamia, pudiendo llegar hasta que el útero se vuelva tetánico.

- La paciente que tiene una rotura uterina, se encuentra con taquicardica y cierto grado de ansiedad.
- b) **Rotura incompleta** ⁽²⁷⁾: se produce en forma silenciosa durante el trabajo de parto, los síntomas son escasos:
- La paciente refiere ligero dolor abdominal no muy intenso, el podría confundirse con las contracciones, más frecuentemente a nivel de la cicatriz.
 - Algunas veces recién se evidencia después de producido el parto o durante la cesárea. Sospechar ante la presencia de hemorragia pequeñas y constantes o también se pueden evidenciar a la revisión digital de la cicatriz.
 - Las consecuencias no comprometen la vida de la madre ni el feto. Se da con más frecuencia en pacientes con antecedente de cesárea previa. Ocurre en el 0,2-0,8% de las pacientes en las que se intenta el parto por vía vaginal.

1.3.3.8. PROFILAXIS DE LA ROTURA UTERINA

Para evitar una rotura uterina se debe de tener en cuenta las siguientes recomendaciones ⁽²⁸⁾:

- Realizar la curva de alerta en el partograma modificado por la OMS.
- Gestante con riesgo de rotura debe ser referida a un establecimiento con capacidad quirúrgica y recursos humanos suficientes.
- Gestantes con 39 a 40 semanas con antecedentes de cesárea, deben ser monitorizadas y vigiladas estrictamente.
- Realizar el diagnóstico precoz de la desproporción céfalo pélvico.

- Se debe prestar atención de excelencia a:
 - a) El monitoreo estricto del trabajo de parto.
 - b) uso adecuado de medicamentos oxitócicos.
 - c) la maniobra de Kristeller, debe ser restringida.

1.3.3.9. DIAGNÓSTICO

Para poder diagnosticar una rotura uterina debemos tener en cuenta los signos y síntomas, que son muy diferentes. Generalmente tiene un inicio brusco dolor intenso a nivel del hipogastrio y puede visualizarse un sangrado vaginal. Clínicamente la paciente con rotura uterina presenta hiperventilación, taquicardia materna, agitación e inquietud. Cuando se produce la rotura uterina la paciente deja de sentir el dolor intenso, posteriormente presentara un dolor difuso e intenso. La hemorragia uterina puede ser oculta y solo observarse un manchado, al realizar un tacto vaginal, es posible que se encuentre la presentación fetal alta y las partes fetales fáciles de palpar a nivel del abdomen. El sufrimiento fetal puede estar presente y en 10% de los casos termina con muerte fetal, podrían presentarse secuelas neurológicas a largo plazo. La primera indicación es la histerectomía abdominal total, aunque puede considerarse un tratamiento conservador como el desbridamiento del sitio de rotura con cierre primario, de acuerdo a la situación reproductiva de la mujer, según sea el caso. ⁽³¹⁾

Según se menciona en la guía clínica del Hospital María Auxiliadora debemos de tener los siguientes criterios para diagnosticar la rotura uterina ⁽²⁶⁾:

- Sangrado vaginal de color rojo oscuro, alguna vez podría ser oculto.
- Paciente con híperdinamia

- Inminencia de rotura uterina
- Cuando se produce la rotura uterina las contracciones uterinas cesan y fácilmente se puede palpar las partes del feto.
- Hay alteraciones en los latidos cardiacos fetales.

El diagnóstico diferencial se realiza con el desprendimiento prematuro de placenta.

1.3.3.10. EXAMENES AUXILIARES

Análisis de laboratorio ⁽²⁷⁾:

- Control de hemograma completo.
- Glucosa, urea y creatinina.
- Perfil de coagulación.
- Grupo sanguíneo y Rh.
- Pruebas cruzadas.
- Examen completo de orina.

Imágenes:

- Ecografía Obstétrica.

1.3.3.11. MANEJO

MEDIDAS GENERALES ⁽²⁷⁾:

- Canalizar una vía segura con catéter N° 18, e iniciar infusión con solución salina al 9‰o 1000 cc a 60 gotas por minuto.
- Cuando la paciente presenta signos de hipovolemia:

- ✓ Realizar control estricto de funciones vitales cada 10 minutos.
- ✓ Control estricto de diuresis con sonda vesical.
- ✓ Administrar oxígeno con catéter nasal, 3 l/min.
- ✓ Interconsulta a la unidad de cuidados intensivos maternos.

MEDIDAS ESPECÍFICAS ⁽²⁷⁾

a). Una vez diagnosticado la rotura uterina, preparar inmediatamente para sala de operaciones.

b). Cuando la rotura uterina, se produce en el trabajo de parto, debemos de actuar de la siguiente manera:

- Proceder a Laparotomía exploratoria inmediata, extraer al feto y la placenta, luego realizar revisión de la cavidad abdominal, el útero, la vejiga y recto. Dependerá de la rapidez con que se actúe se podrá evitar la muerte materna.
- La intervención quirúrgica de reparación del útero, estará enfocada en 3 puntos, la localización de la rotura, la situación de la paciente y la cantidad de hijos que desea la paciente.
 - ✓ En lesiones pequeñas de trayecto limpio, se delimita con precisión y sino están afectados los vasos uterinos, se puede intentar su reparación mediante histerorrafia.
 - ✓ En lesiones mayores con bordes irregulares, y con mayor compromiso (vasos uterinos, o bien hacia el cuello o el ligamento ancho) sin dudar se debe proceder a la realización de una

histerectomía. En casos graves, con la paciente hipotensa e inestable, la histerectomía subtotal puede ser más rápida y fácil de realizar. ⁽²⁷⁾

En cualquier caso, hay que procurar mantener el estado general materno con reposición de líquidos, electrolitos y hemoderivados.

1.3.3.12. TRATAMIENTO.

Tratamiento obstétrico

Una vez diagnosticado la rotura uterina se suspenderá el uso de oxitócina, si es necesario se utilizara tocolíticos, pero con mucha cautela en sus dosis. Además ⁽²⁸⁾:

1. Comunicar inmediatamente al anestesiólogo, al neonatólogo, al equipo de la unidad quirúrgica.
2. El médico tratante deberá intervenir, la laparotomía será con incisión amplia de la pared, que posibilite una visión de toda la cavidad abdominal.
3. Deberá realizar durante la cesárea la incisión segmento-corpórea para evitar desgarros laterales.
4. El medico encargado de la cesárea deberá observar, antes del cierre del abdomen, la involución uterina.
5. Usar oxitócicos durante la cesárea y post cesárea, para garantizar la contracción uterina.
6. No suspender la lactancia materna, para ayudar con la involución de útero puerperal.

En la rotura uterina consumada, se debe tener en cuenta lo siguiente ⁽²⁸⁾:

1. Vigilar el trabajo de parto para prevenir la rotura uterina.

2. Durante el trabajo de parto graficar el partograma según horario.
3. Realizar un diagnóstico clínico, radiológico, oportuno y temprano para descartar estrechez pélvica y deflexión de la cabeza fetal o presencia de tumores previos.
4. Cuando se produce la rotura uterina, debemos pensar en la cantidad de sangre que perderá la paciente después del parto.
5. Realizar una revisión minuciosa de la cavidad uterina durante la extracción fetal.
6. Contar con el equipo multidisciplinario especializado para la atención de la paciente que será intervenida.
7. En el caso de shock pos hemorragia, si se asocia a desgarros y grandes laceraciones, es recomendable realizar histerectomía.
8. En algunos casos se debe realizar la ligadura bilateral de las arterias hipogástricas. ⁽²⁸⁾

1.3.3.13. CRITERIOS DE ALTA

La paciente intervenida de rotura uterina debe de permanecer como mínimo 72 horas hospitalizados, pasado este tiempo se dará de alta con siguientes criterios ⁽²⁷⁾:

- ✓ La paciente debe tener estabilidad hemodinámica.
- ✓ No debe tener complicaciones, como fiebre, infección de herida operatoria.

Según la guía clínica del Hospital María Auxiliadora para dar de alta a una paciente debemos de tener en cuenta los siguientes ⁽²⁶⁾:

- Paciente con anemia corregida

- Sin evidencia de infección post operatoria
- En los casos necesarios: ablactancia.
- En los casos necesarios: orientación en planificación familiar
- Régimen higiénico dietético.

1.3.3.14. PREVENCIÓN ⁽²⁸⁾:

- Uso adecuado de la oxitócina, en gran multíparas, inducciones, sospechas de macrosomía fetal, partos prolongados y óbito fetal.
- Evaluar minuciosamente a las pacientes con cesárea anterior que van a ser sometidos a prueba de parto vaginal.
- El misoprostol está siendo contraindicado en pacientes con antecedentes de cesárea.
- No realizar las maniobras de Kristeller, en pacientes con cesáreas previos.
- Restringir los partos y maniobras traumáticas.
- En pacientes con rotura uterina, la indicación del próximo parto será cesárea.

Pronóstico

Desde el punto de vista clínico se debe considerar ⁽²⁸⁾:

- Para el feto: Es muy grave; generalmente ocurre el óbito fetal en el momento en que el feto se hace extrauterino. Depende de la premura con que se realiza laparotomía exploratoria

- Para la madre: es muy grave cuando es una rotura consumada que una inminencia de rotura uterina, en la rotura completa que en la incompleta, en especial si se hay complican otros órganos. Puede ser mortal por la hemorragia, el shock o la peritonitis. La demora en el manejo y el atraso en las decisiones, junto a la falta de recursos humanos incrementa el riesgo de complicaciones y muerte de la madre y el feto. Siendo la hemorragia y shock los que complican la situación de salud materna. Actualmente la mortalidad materna por una rotura uterina ha disminuido, debido a la rapidez con lo que se atiende a la parturienta, de no brindar oportunamente es seguro que se produzca la muerte de la madre o feto. ⁽²⁸⁾

1.3.3.15. COMPLICACIONES Las complicaciones más frecuentes son ⁽²⁶⁾:

- Shock Hipovolémico.
- Anemia Aguda como consecuencia de la cantidad de sangrado
- Infección, llegando a una peritonitis
- Síndrome de Sheehan

CAPÍTULO II

2.1. CASO CLÍNICO

2.1.1. INTRODUCCIÓN

La rotura uterina es una catástrofe obstétrica muy peligrosa. El antecedente de cesárea previa es el principal factor de riesgo durante un trabajo de parto activo, pero no raro, ocurriría en una paciente normal sin cesárea anterior. La incidencia de esta patología viene a ser el 0.7%. Debemos mencionar que la rotura uterina sin cesárea previa, es extremadamente rara, tenemos estadísticas en referencia a 1 de 8000 partos. En la actualidad, según las evidencias en muchos casos clínicos observados tenemos otros factores agregados que producen la rotura uterina como: la multiparidad, macrosomía, uso de oxitócicos, versiones fetales, anomalías uterinas, enfermedades del tejido conectivo, inserción anómala de la placenta. Tendremos en cuenta los factores de riesgo muy raros como la presión fundida, una maniobra muy controvertida y que algunos profesionales de la salud, la rechazan otros la defienden con la finalidad de acortar el segundo periodo del trabajo de parto, pero hasta el momento no hay evidencia que demuestre lo contrario. Lo que si ocasionaría es en

producto: lesiones de cráneo o cerebrales, fracturas neonatales y en la gestante producir desgarros de tercer y cuarto grado, lesiones hepáticas y/o pancreática.

En nuestro país, el Perú, una de la principal causa de mortalidad materna es la hemorragia obstétrica. La necesidad de operar y cercenar el útero es una decisión muy importante para el médico Ginecólogo, tanto del punto de vista médico legal, como social por la conservación de vida fértil de la mujer, la cual resta posibilidades de concebir en el futuro. Además, la decisión equivocada resulta más grave por un aumento significativo de la morbimortalidad materna en el Perú.

En el Instituto Materno Perinatal, Ex Maternidad de Lima, durante el año 2016 se presentaron casos de emergencia que terminaron en Histerectomía. Durante este año se atendieron cerca de 25, 038 pacientes de los cuales 51 casos fueron reportados como ruptura uterina que reflejaba un 0.2% de las atenciones de dicha patología. Hasta el momento, el equipo interdisciplinario constituido por el médico Gineco Obstetra, personal de obstetricia con especialidad en Emergencias Obstétricas, personal de Neonatología (médico Neonatología, enfermera con especialidad en Neonatología) personal técnico, personal de laboratorio clínico, personal Psiquiátrico, personal de Asistencia social y entre otros, se comprometen día a día para la mejora de atención y prevención de las patologías obstetricias y ginecológicas.⁽²⁵⁾

Planteamos realizar este trabajo de investigación con el objetivo de poner puntos críticos y nuevas intenciones de prevención respecto al manejo de una rotura uterina en un establecimiento de Nivel III, ubicada en el Distrito de Cercado de Lima, teniendo en cuenta que existen factores macro ambientales y factores micro ambiental.

2.1.2. OBJETIVO

- Conocer e identificar los factores de riesgo para hemorragia pos parto por rotura uterina.
- Evaluar el manejo oportuno de la rotura uterina de acuerdo a las normas y protocolos vigentes del Instituto de Nivel III en Hemorragias Post Parto.
- Describir la complicación materna en la hemorragia por una rotura uterina.

2.1.3 MÉTODO

Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y analítico.

Fuente: historia clínica de una paciente con diagnóstico de rotura uterina durante trabajo de parto.

2.1.4. CASO CLÍNICO –DESARROLLO.

TITULO: ROTURA UTERINA EN GESTACION DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL DE III NIVEL - LIMA-2017

A) ANAMNESIS.

FECHA: 08 de Marzo de 2017 HORA: 11:10 horas.

- a.- DATOS DE FILIACIÓN :
- Nombre del establecimiento : Hospital Nacional MINSA.
 - Categoría del Establecimiento : III nivel de atención
 - Nombres y apellidos : NN
 - Lugar de nacimiento : Callao.

- Fecha de nacimiento : 01 de febrero de 1973.
- Edad : 44 años.
- Sexo : femenino.
- Domicilio actual : Callao
- Domicilio de procedencia : Callao.
- Estado civil : Casada.
- Grado de Instrucción : Superior.
- Ocupación : Docente.

Antecedentes Gineco obstétricos

Fecha última de regla : 09 de junio de 2016

Fecha probable de parto : 16 de marzo de 2017

Edad gestacional : 38 semanas por ecografía I trimestre.

Formula obstétrica : G9 P4044

Periodo intergenésico : 2 años y 4 meses.

Recién nacido con mayor peso : 3900gr.

Antecedentes de transfusión sanguínea: negativo.

Antecedentes de intervención quirúrgica: legrado uterino febrero de 2011,
Julio de 2011, 2012, 2013.

Antecedentes de alergia : Ninguna.

Control prenatal : 07 veces.

Familiares: Niega

Embarazo actual: no presentó ninguna complicación obstétrica, durante su control prenatal, se diagnosticó feto con malformación congénita trisomía 21 (síndrome de Down) + mioma uterino intramuros de 81x55mm en pared posterior del útero.

MOTIVO DE CONSULTA:

Gestante acude por presentar dolor tipo contracción, refiere disminución de movimientos fetales, niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico.

EXAMEN FISICO GENERAL: AREN, AREG, LOTEPE

Presión arterial: 100/60 mmHg. Pulso 76 por minuto, respiración: 20 por minuto, temperatura: 37°C,

Piel y mucosa: ligeramente pálida, e hidratada, llenado capilar menor de 2”

Mamas: blandas con secreción calostrada escasa.

Abdomen: altura uterina: 33cm, latidos cardiacos fetales: 148 x minuto. Dinámica uterina 2/10 ++30”, feto: longitudinal cefálico izquierdo, movimientos fetales, disminuidos.

Genitales: tacto vaginal dilatación: 9 cm, incorporación: 90%, altura de presentación: - 4 (alta), variedad: Mento Occípito Izquierda Anterior (MOID), membranas ovulares: integra, pelvis Ginecoide.

Diagnóstico de Ingreso:

- Gran Multigesta de 38 semanas por ecografía.
- Trabajo de parto fase activa.
- Deflexión de III° grado.
- Presentación de cara.

- Feto con probable malformación congénita.

Plan de trabajo:

- Se solicita set completo de laboratorio, hemoglobina, hematocrito, perfil de coagulación, prueba rápida de VIH, RPR, grupo y factor Rh.
- Programar cesárea de emergencia.

Tratamiento:

- Nada por vía oral.
- Cloruro de sodio al 9%o 1000 cc a XII gotas por minuto.
- Control de latidos cardiacos permanente.
- Control de dinámica uterina.
- Preparar para sala de operaciones.

12:10 horas Gestante se encuentra en sala de observación de emergencia, en control obstétrico permanente, latidos cardiacos fetales, 145 x minuto, dinámica uterina, 3/10 minutos, sangrado vaginal: negativo.

Pasa a sala de operaciones, con vía permeable.

INFORME QUIRURGICO - I

Fecha y Hora de ingreso: 08 de marzo de 2017 Hora: 12:50 horas.

Diagnóstico preoperatorio: CIE-10

Expulsivo de trabajo de parto O47.21

Gestante de 38 semanas 17

Trabajo de parto obstruido x presentación de cara O64.2

Malformación congénita no especifica Q89.9

Fecha y Hora de termino: 08 de marzo de 2017 Hora: 13:05 horas.

Diagnóstico post operatorio: CIE-10

Expulsivo de trabajo de parto O47.21

Gestante de 38 semanas 17

Trabajo de parto obstruido x presentación de cara O64.2

Malformación congénita no especifica Q89.9

Procedimiento quirúrgico:

Cesárea solamente 59514

Descripción del procedimiento

Se realizó la técnica segmentaria transversa.

Hallazgos:

Placenta: Normal.

Ubicación Placenta:Fúndica;

Líquido amniótico: claro.

Cantidad de líquido amniótico, normal.

Olor Líquido amniótico: no mal Olor,

Recién Nacido: VIVO, **Sexo:** Femenino, **Peso:**2375 gr. **Talla:** 46 cm **APGAR:** 7 al minuto, 8 a los 5 minutos.

Ocurrencia: apenas se evidencia la rotura uterina a nivel del segmento inferior, se decide realizar histerectomía de emergencia. Se solicita al personal instrumentista de enfermería el cual se nos fue rotundamente negado por no disponer de personal, se esperó aproximadamente 20 minutos para realizar el procedimiento. Se realizó el procedimiento por el cirujano principal y con apoyo del médico residente de segundo año. Estando la paciente en estado hemorrágico.

INFORME QUIRURGICO - II

Fecha y Hora de ingreso: 08 de marzo de 2017 Hora: 13:05 horas.

Diagnóstico preoperatorio:	CIE-10
Puérpera posparto por cesárea	Z39.02
Rotura de útero durante el trabajo de parto	O71.1
Hemorragia consecutiva a la	
Expulsión de la placenta	O72.20

Fecha y Hora de termino: 08 de marzo de 2017 Hora: 15:44 horas.

Diagnóstico post operatorio:	CIE-10
Puérpera posparto por cesárea	Z39.02
Rotura de útero durante el trabajo de parto	O71.1
Hemorragia consecutiva a la	
Expulsión de la placenta	O72.20

Procedimiento quirúrgico:

Histerectomía abdominal total más salpingo ooforectomía unilateral derecha.

Descripción del procedimiento

Se realiza histerectomía abdominal total más salpingo ooforectomía unilateral derecha, se extrae al recién nacido en presentación cefálica, deflexión de tercer grado, se evidencia mioma uterino de aproximadamente 15 mm localizado en fondo lateral izquierdo, se evidencia estallamiento de cara posterior del útero, a la se exterioriza úteroaltura del segmento uterino, luego del cual se procede a realizar histerectomía, según técnica habitual, sutura de ligamentos redondos, se procede a disminuir el peritoneo anterior separando vejiga de la pared anterior del útero, se realiza hemostasia y coagulación de vasos sangrantes, cierre de cúpula vaginal con catgut crómico, con surget continuo.

Se deja un tapón vaginal.

Hallazgos:

Sangrado vaginal 1500cc

Estudio patológico.

Útero

Evolución y tratamiento después de la intervención quirúrgica.

Fecha: 08 de marzo del 2017

Hora: 17:20 horas

Tratamiento inmediato es sala de recuperación

- Nada por Vía Oral.

- ClNa 9%o 1000cc a 45 gotas x minuto.
- Dextrosa al 5% 1000 cc + hipersodio 20% (2 ampollas) + kalium 20% (1 ampollas) a 45 gotas x minuto I-II frascos.
- Metamizol 1.5gr endovenoso cada 8 horas.
- Tramadol 100mg subcutánea cada 12 horas.
- Ranitidina 50 mg. endovenoso cada 8 horas.
- Metoclopramida 10 mg. endovenoso cada 8 horas
- Transfundir 2 paquetes globulares
- Sonda Foley permanente.
- Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal permanente.
- Control de diuresis
- Control de hemoglobina 18:00 horas.
- Se deja tapón vaginal (2 gasas)

UNIDAD DE RECUPERACIÓN DE SALA DE OPERACIONES

Registro clínico de enfermería en el servicio de recuperación

Fecha: 08 de marzo de 2017 hora de ingreso: 15:09

Operación realizada: Cesárea + histerectomía

Tipo de anestesia: Raquídea

Paciente ingresó al servicio de recuperación, en condición de post-operada inmediata mas histerectomía, ventilando espontáneamente, con dos vías periféricos, en ambos miembros superiores.

Funciones vitales: presión arterial 100/50 mmHg, pulso: 60 x minuto, Temperatura: 36.6°C, respiración: 14 x minuto. Saturación de oxígeno: 98%.

18:00 horas Antes de recibir tratamiento de transfusión sanguínea se tiene valor de hemoglobina de control 8.2 g%

19:00 horas puérpera inmediata comienza a recibir transfusión sanguínea, con funciones vitales: presión arterial 94/52 mmHg, pulso: 71 x minuto, Temperatura: 37.3°C, respiración: 16 x minuto. Saturación de oxígeno: 98%. Inicia a 15 gotas por minuto, luego a 60 gotas por minuto.

20:00 horas termina de pasar la primera unidad del paquete globular. Con funciones vitales presión arterial 110/60 mmHg, pulso: 68 x minuto, Temperatura: 36.6°C, respiración: 19 x minuto. Saturación de oxígeno: 99%.

20:05 horas comienza a recibir la segunda unidad de paquete globular con funciones vitales estables, no presentó ninguna reacción adversa.

21:00 horas se concluye con la administración de las dos unidades de paquete globular, durante la trasfusión sanguínea no presentó ninguna complicación. Funciones vitales: presión arterial 110/58 mmHg, pulso: 70 x minuto, Temperatura: 37.0°C, respiración: 19 x minuto. Saturación de oxígeno: 99%.

21:30 horas puérpera inmediata es evaluado por medico de turno, quien da pase a servicio con indicación médica.

EVOLUCIÓN EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha: 08 de marzo de 2017

21:48 horas puérpera inmediata ingresa procedente del servicio de sala de recuperación con vía periféricas permeables, ingresa en camilla, con cloruro de sodio 9%o como vía, y otra vía con dextrosa al 5% más agregados de hipersodio al 20% + kalium 20%, ingresa aparentemente estable.

Al examen: AREN, AREG, LOTEP. Con funciones vitales: presión arterial 90/50 mmHg, pulso: 68 x minuto, Temperatura: 37.0°C, respiración: 20 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada.

Mamas: blandas y voluminosas con escasa secreción calostrál.

Abdomen: ligeramente doloroso a la palpación, apósito de herida limpia y seca.

Genital: sangra escaso, permanece con tapón vaginal, sonda Foley permeable con orina clara.

Diagnóstico:

- Post cesareada inmediata 8 horas.
- Histerectomía total por rotura uterina
- Anemia moderada.

Plan de trabajo:

Control materno, funciones vitales, control de sangrado vaginal, control de diuresis.

01:00 horas paciente puérpera inmediata estable en su unidad se encuentra con vía permeable de dextrosa al 5% mas hipersodio + kalium a 60 gotas x minuto.

07:00 horas puérpera permanece estable, recibió tratamiento según indicación médica, durante la noche no presentó ninguna complicación, diuresis de 400cc orina colorica, cambio de turno, se reporta a obstetra de turno, continuar con indicación médica.

EVOLUCIÓN MÉDICA EN HOSPITALIZACIÓN

PRIMER DÍA FECHA: 09 DE MARZO DE 2017

08:00 horas puérpera inmediata, asintomática, de evolución favorable, refiere ligero dolor a nivel de la herida operatoria

Al examen: AREN, AREG, LOTEP.

Funciones vitales: presión arterial 100/50 mmHg, pulso: 78 x minuto, Temperatura: 37.4°C, respiración: 20 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2”.

Mamas: blandas voluminosas, con escasa secreción calostrál.

Abdomen: blando depresible, doloroso a la palpación, apósito de herida limpia y seca.

Genitales: escaso sangrado vaginal.

Diagnóstico:

Post operada primer día

Histerectomía total + salpingooforectomía x rotura uterina.

Plan de trabajo.

- Control de hemoglobina.
- Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal.
- Control de diuresis
- Permanecer con sonda Foley

Tratamiento:

- Dieta líquida + líquido a voluntad.
- Tramadol 100 mg vía sub cutánea cada 12 horas.
- Dextrosa al 5% 1000 cc + hipersodio 20% (2 ampollas) + kalium 20% (1 ampollas). I – II frascos
- Retirar tapón vaginal.
- Permanecer con sonda Foley.

Según reporte de obstetra de turno no hubo ningún incidente, se cumplió con lo indicado, paso el día aparentemente tranquila

SEGUNDO DÍA. FECHA: 10 DE MARZO DE 2017

07:40 horas puérpera inmediata, asintomática, de evolución favorable, refiere ligero dolor a nivel de la herida operatoria, tiene resultado de hemoglobina de 9.5 gr %

Al examen: AREN, AREG, LOTEP.

Funciones vitales: presión arterial 110/60 mmHg, pulso: 80 x minuto, Temperatura: 37.2°C, respiración: 18 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2".

Mamas: blandas voluminosas, con escasa secreción calostrál.

Abdomen: blando depresible, doloroso a la palpación, apósito de herida limpia y seca.

Genitales: no sangrado vaginal, sonda Foley permeable, orina clara.

Diagnóstico:

- Post operada Segundo día
- Histerectomía total + salpingooforectomía x rotura uterina.
- Anemia leve.

Plan de trabajo.

- Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal.
- Control de diuresis
- Permanecer con sonda Foley

Tratamiento:

- Dieta blanda+ líquido a voluntad.
- Ketorolaco 10 mg vía oral cada 8 horas.
- Hidroxicobalamina 100 mcg, intramuscular cada 24 horas
- Hierro sacarato 100 mg endovenosos cada 24 horas.
- Permanecer con sonda Foley.

- Cefuroxima 500mg vía oral cada 12 horas

Según reporte de obstetra de turno no hubo ningún incidente, se cumplió con lo indicado, paso el día aparentemente tranquila

TERCER DÍA. FECHA: 11 DE MARZO DE 2017

08:20 horas puérpera inmediata, asintomática, de evolución favorable, refiere ligero dolor a nivel de la herida operatoria.

Al examen: AREN, AREG, LOTEP.

Funciones vitales: presión arterial 100/50 mmHg, pulso: 78 x minuto,

Temperatura: 37.0°C, respiración: 20 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2”.

Mamas: blandas voluminosas, con escasa secreción calostrál.

Abdomen: blando depresible, doloroso a la palpación, apósito de herida limpia y seca.

Genitales: no sangrado vaginal, sonda Foley permeable, orina clara.

Diagnóstico:

- Post operada tercer día
- Histerectomía total + salpingooforectomia x rotura uterina.
- Anemia leve.

Plan de trabajo.

- Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal.

- Control de diuresis
- Permanecer con sonda Foley

Tratamiento:

- Dieta completa + líquido a voluntad
- Cefuroxima 500mg vía oral cada 12 horas
- Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas.
- Hierro sacarato 100 mg endovenosos cada 24 horas.(2)
- Hidroxicobalamina 100 mcg intra muscular cada 24 horas(2)
- Permanecer con sonda Foley.

CUARTO DÍA. FECHA: 12 DE MARZO DE 2017

08:20 horas puérpera inmediata, asintomática, de evolución favorable, refiere ligero

dolor a nivel de la herida operatoria.

Al examen: AREN, AREG, LOTEP.

Funciones vitales: presión arterial 100/50 mmHg, pulso: 78 x minuto,

Temperatura: 37.0°C, respiración: 20 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2”.

Mamas: blandas voluminosas, con escasa secreción calostrál.

Abdomen: blando depresible, doloroso a la palpación, apósito de herida limpia y seca.

Genitales: no sangrado vaginal, sonda Foley permeable, orina clara.

Diagnóstico:

- Post operada cuarto día
- Histerectomía total + salpingooforectomía x rotura uterina.
- Anemia leve.

Plan de trabajo.

- Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal.
- Control de diuresis
- Permanecer con sonda Foley

Tratamiento:

- Dieta completa + líquido a voluntad
- Cefuroxima 500mg vía oral cada 12 horas
- Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas.
- Hierro sacarato 100 mg endovenosos cada 24 horas.(3)
- Hidroxicobalamina 100 mcg intra muscular cada 24 horas(3)
- Permanecer con sonda Foley.

QUINTO DÍA. FECHA: 13 DE MARZO DE 2017

08:00 horas puérpera inmediata, asintomática, de evolución favorable, refiere ligero

dolor a nivel de la herida operatoria.

Al examen: AREN, AREG, LOTEP.

Funciones vitales: presión arterial 110/60 mmHg, pulso: 80 x minuto,

Temperatura: 37.5°C, respiración: 20 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2”.

Mamas: blandas voluminosas, con escasa secreción calostrál.

Abdomen: blando depresible, doloroso a la palpación, apósito de herida limpia y seca.

Genitales: no sangrado vaginal, sonda Foley permeable, orina clara.

Diagnóstico:

- Post operada quinto día
- Histerectomía total + salpingooforectomia x rotura uterina.
- Anemia leve.

Plan de trabajo.

- Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal.
- Control de diuresis
- Permanecer con sonda Foley

Tratamiento:

- Dieta completa + líquido a voluntad
- Cefuroxima 500mg vía oral cada 12 horas
- Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas.
- Hierro sacarato 100 mg. vía endovenosos cada 24 horas.(4)
- Hidroxicobalamina100 vía intra muscular cada 24 horas(4)
- Permanecer con sonda Foley.

SEXTO DÍA. FECHA: 14 DE MARZO DE 2017

08:20 horas puérpera inmediata, asintomática, de evolución favorable, refiere ligero dolor a nivel de la herida operatoria.

Al examen: AREN, AREG, LOTEPE.

Funciones vitales: presión arterial 100/50 mmHg, pulso: 76 x minuto,

Temperatura: 37.2°C, respiración: 18 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2”.

Mamas: blandas voluminosas, con escasa secreción calostrál.

Abdomen: blando depresible, doloroso a la palpación, apósito de herida limpia y seca.

Genitales: no sangrado vaginal, sonda Foley permeable, orina clara.

Diagnóstico:

- Post operada sexto día.
- Histerectomía total + salpingooforectomía x rotura uterina.
- Anemia leve.

Plan de trabajo.

- Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal.
- Control de diuresis
- Permanecer con sonda Foley

Tratamiento:

- Dieta completa + líquido a voluntad
- Cefuroxima 500mg vía oral cada 12 horas
- Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas.
- Retirar sonda Foley.

SEPTIMO DÍA. FECHA: 15 DE MARZO DE 2017

08:20 horas puérpera inmediata, asintomática, de evolución favorable, no presenta molestia.

Al examen: AREN, AREG, LOTEP.

Funciones vitales: presión arterial 100/50 mmHg, pulso: 76 x minuto, Temperatura: 37.2°C, respiración: 18 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2”.

Mamas: blandas voluminosas, con secreción calostrál.

Abdomen: blando depresible, doloroso a la palpación, apósito de herida limpia y seca.

Genitales: no sangrado vaginal, sonda Foley permeable, orina clara.

Diagnóstico:

- Post operada séptimo día.
- Histerectomía total + salpingooforectomía x rotura uterina.
- Anemia leve.

Plan de trabajo.

- Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal.
- Control de diuresis
- Permanecer con sonda Foley

Tratamiento:

- Dieta completa + líquido a voluntad
- Cefuroxima 500mg vía oral cada 12 horas
- Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas.
- Alta con indicación médica

EPICRISIS

Edad: 44 años de edad.

Paridad G8 P4044

Fecha y hora de ingreso: 08 de marzo 2017 a las 11:10 horas.

Fecha y hora de egreso: 15 de marzo de 2017 a las 11:00 horas.

Días de estancia: 07días

Síntomas y Signos: Paciente ingresa por emergencia refiere contracciones uterinas y disminución de movimientos fetales.

Diagnóstico de Ingreso:

1. Multigesta de 38 semanas por última regla.
2. Deflexión de III grado.
3. Presentación de cara.
4. Trabajo de parto fase activa.

Resumen de enfermedad actual:

Gestante ingresa por presentar contracciones uterinas, en trabajo de parto, se programa inmediatamente para cesárea, durante la cesárea se encuentran con una inminencia de rotura uterina, por falta de personal en sala de operaciones se retrasan

de histerectomía, lo que genera que se produzca un mayor sangrado y ponga en riesgo la vida de la paciente.

Intervenciones y/o procedimiento realizados: cesárea + histerectomía total + salpingooforectomía

Tratamiento Instaurado:

- Cesárea
- Transfusión sanguínea 02 unidades de paquetes globulares.
- Antibioticoterapia.

Complicaciones: Ninguna.

Condiciones del alta: mejorada.

Diagnóstico final de egreso:

- Post operada séptimo día.
- Histerectomía total + salpingooforectomía x rotura uterina.
- Anemia leve.

Cita: 7 días por consultorio externo

CAPÍTULO III

3.1. CONCLUSIONES

- Los aspectos Gineco Obstétricos que influyeron en la rotura uterina fueron: aborto recurrente, antecedentes de legrado uterino, presencia de mioma intrauterino, durante el trabajo de parto la deflexión de III grado de la presentación (presentación de cara), edad materna avanzada, multiparidad.
- El manejo de la hemorragia por la rotura uterina, se basó en la guía de procedimientos de la Institución, especifica que frente a una hemorragia profusa, la histerectomía es un tratamiento de mejor elección para la solución de la hemorragia, sin embargo, la mala praxis del Médico Residente en capacitación realizó la omisión de la rotura de membranas en una presentación alta provocando la rotura posterior del útero.

- Se realizó las coordinaciones previstas para la cirugía de emergencia, teniendo en cuenta la falta de comunicación con el equipo integral de salud y provocando la demora en sala de operaciones, por suerte, logramos actuar a tiempo y evitar una muerte materna en nuestra institución.
- Como conclusión, obtenemos un producto poco valorable para nuestra sociedad por problemas neurológicos, teniendo un desenlace letal a los 10 días de nacimiento.

3.2. RECOMENDACIÓN

- Realizar las evaluaciones obstétricas minuciosamente, para identificar factores de riesgo y poder prevenir las complicaciones.
- Mejorar la comunicación con el quipo integral de salud y tener coordinaciones para emergencias como el caso expuesto.
- Capacitar y actualizar permanentemente a los profesionales de obstetricia en el uso y cumplimiento del protocolo de Hemorragias Post parto.
- La unidad de banco de sangre debe de contar con disponibilidad de paquetes globulares, para resolver problemas de emergencias obstétricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boletín epidemiológico consolidado. oficina de epidemiología y salud ambiental del instituto Nacional Materno Perinatal. 2016. pag. 5
2. Díaz L, Miomatosis uterina como factor de riesgo de hemorragia puerperal en pacientes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Tesis. 2014
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Perú, 2013
4. Paiba M, Salazar G. causas de cesáreas en el hospital provincial docente belén de Lambayeque, 2014 [tesis]. Lambayeque: universidad nacional Pedro Ruiz gallo. facultad de medicina humana; 2015.
5. García L, rotura uterina durante el trabajo de parto en una gestante con una cesárea previa: a propósito de un caso. España. Hospital José Molina. 2015.
6. Redondo r, Manrique g, Mauro l, González v, Delgado L, Aceituno l. Rotura uterina en gestante con cesárea anterior tras maniobra de kristeller. Reporte de caso. Revista chilena de ginecología y obstetricia. 2014.
7. Solari A, Diagnóstico por imágenes. Clínica Las Condes 2014
8. Ricci A., Perucca E, Altamirano A. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. rotura uterina, una complicación posible. Revista Chilena de Gineco. y obst 2013
9. Pérez M, Álvarez E, García S, Vilouta M, Doval Rotura uterinas completas. revista de ginecología y obstetricia de México. 2013.

10. Martínez P, Robles L, Roca M, Visag V, Reyes L. García D. rotura uterina espontánea. reporte de dos casos. Revista de cirugía y cirujanos. Volumen 80, No. 1, Enero-Febrero 2012
11. Robert J, Ricci P, Rodríguez T, Pons A. Histerectomía Posparto: Experiencia De Clínica Las Condes. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. 2010
12. Scarella A, Chamy V, Badilla D, Escobar A, Michea K. Rotura uterina espontánea en el primer trimestre del embarazo. Revista Chilena de Ginecología y obstetricia. 2008
13. Vélez G, Gómez J, Zuleta J, Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2007
14. Tang L, Albinagorta R, Histerectomía puerperal. experiencia en una institución privada. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2012
15. Acho, C., Salvador, J., Diaz, J., Herrera, J., Paredes, J., (2011) hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Hospital Cayetano Heredia. Revista Gineco-Obstetricia: 57:243-247
16. Carpio L, Garnique M. Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson, Instituto Nacional Materno Perinatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2009
17. Seminario J, Sociedad Peruana de Fertilidad, histerectomía laparoscópica. Revista de la Sociedad peruana de Ginecología y Obstetricia. 2009
18. Gómez L, Bautista F, Ludmir J, De la Vega G. parto vaginal en cesareada anterior dos veces. 2001

19. Muñoz H, Guía Perinatal de atención a la Mujer 2014.-Chile.pags 322.
20. Palomo J. Incidencia de la Hemorragia postparto por atonía uterina. 2014.
21. Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013.
22. Solari A, Salari C, Wash A, Guerrero M, Enrique O .Hemorragia del postparto principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(6) 993-1003.
23. Guía Nacional de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva-MINSA 2005.
24. Nápoles D, Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el Periparto .MEDISAN vol.16 no.Cuba . 2012
25. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal 2010.
26. Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias Obstétricas, Hospital María Auxiliadora.2012.
27. Vásquez J. Embarazo, Parto y puerperio, principales complicaciones La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009. 298 p
28. Revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura uterina. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2015;58 (6):296 -299
29. Kidanto L. Uterine rupture: A retrospective analysis of causes complications and management outcomes at Muhimbili National Hospital in Dar es Salaam. Tanzania. Tanzania Journal of Health Research. 2012.
30. Hacker,N., Moore, Obstetricia y Ginecología 5º edición.2010

31. Gómez J, Osorio J, Vélez G, Zuleta G, Londoño J, Arnulfo J. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico Revista Colombiana. Obstetricia Ginecología vol.64 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2013.