



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS POR RUPTURA
UTERINA PRESENTADA EN HOSPITAL CON FUNCIONES
OBSTETRICAS NEONATALES ESENCIALES - 2018**

PRESENTADO POR

INGRID ROSSMERY ALVAREZ ORNA

ASESORA

MG. JAQUELINE MIRIAM PORTUGAL PUMA

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

MOQUEGUA-PERÚ

2018

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA

CARÁTULA

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	1
RESUMEN.....	4

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.3 MARCO TEÓRICO.....	7

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Antecedentes internacionales.....	7
1.3.2. Antecedentes nacionales.....	9

ASPECTO TEORICO

1.3.3 ROTURA UTERINA.....	10
1.3.3.1 Definición.....	10
1.3.3.2 Epidemiología.....	11
1.3.3.3 Clasificación.....	12
1.3.3.4 Factores de Riesgo.....	14
1.3.3.5 Signos y Síntomas.....	15
1.3.3.6 Diagnóstico.....	17
1.3.3.7 Tratamiento.....	18

1.3.3.8 Complicaciones.....	19
1.3.3.9 Pronóstico.....	20
1.3.3.10 Prolapso Vaginal de Omento.....	21
1.3.4. CESÁREA.....	23
1.3.4.1 Indicaciones.....	23
1.3.4.2 Tipos de cesárea.....	24
1.3.4.3 Atención a la cesárea urgente.....	24
1.3.4.4 Tiempos para el inicio de cesárea.....	26

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS.....	28
2.2 SUCESOS RELEVANTES DE LA HISTORIA CLINICA.....	28
2.3. DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Rotura uterina.....	11
Figura 2. Solución de continuidad.....	11
Figura 3. Rotura uterina completa.....	12
Figura 4. Rotura uterina incompleta.....	13

Figura 5. Rotura uterina en el cuerpo uterino.....	13
Figura 6. Segmento inferior muy distendido.....	15
Figura 7. Partograma.....	18
Figura 8. Dehiscencia uterina pos parto.....	20
Figura 9. Prolapso transvaginal de Omento.....	21
Figura 10. Omento o epiplón.....	21
Figura 11. Desgarro.....	22
Figura.12 Cesárea.....	23

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la rotura uterina.....	17
Tabla 2. Tiempo máximo de inicio de cesárea.....	26
Tabla 3. Exámenes auxiliares hematológicos.....	41
Tabla 4. Uroanálisis.....	42
Tabla 5. Monitoreo en sala de recuperación.....	45

RESUMEN

La rotura o ruptura uterina es una complicación grave que puede ser evitada si es diagnosticada en el momento oportuno, teniendo en cuenta los factores de riesgo que la puedan ocasionar. El presente trabajo académico, para optar el título de segunda especialidad en Obstetricia trata sobre una paciente gestante añosa, gran múltipara, de 39 años de edad con mala historia obstétrica, con una formula gravídica de 8 gestaciones, partos 6, abortos 2, hijos vivos 6, hijos muertos ninguno, cesareada anterior, periodo intergenésico corto que acude al establecimiento por presentar contracciones uterinas 8 horas antes de su ingreso. Es evaluada por el ginecólogo de turno e internada con los diagnósticos de gestación de 41.3 semanas, ARO: Cesareada anterior, periodo intergenésico corto, gestación en vías de prolongación, obesidad, pródromos de trabajo de parto, con la indicación de realizar cesárea segmentaria. En el transcurso de su hospitalización, mientras se realizan los procedimientos para su ingreso a sala de operaciones, la paciente presenta dolor intenso en zona de cicatriz antigua de cesárea, por lo que se decide intervenir de emergencia, encontrando dehiscencia de sutura antigua que permite observar membranas que traslucen presentación fetal, extrayendo feto macrosómico de sexo femenino con APGAR 8 al minuto y 9 a los 5 minutos respectivamente. Posteriormente la puérpera y el recién nacido salen de alta con evolución favorable.

Palabras clave: Rotura uterina, cesárea.

SUMMARY

Uterine rupture or rupture is a serious complication that can be avoided if it is diagnosed at the opportune moment, taking into account the risk factors that may cause it. The present academic work, to opt for the title of second specialty in Obstetrics is about an elderly pregnant patient, large multiparous, 39 years of age with a bad obstetric history, with a gravidarum formula of 8 pregnancies, 6 deliveries, 2 abortions, live children 6, no dead children, previous cesarean, short intergenic period that comes to the establishment due to uterine contractions 8 hours before admission. It is evaluated by the gynecologist on duty and hospitalized with the gestation diagnosis of 41.3 weeks, ARO: Anterior Cesarean section, short intergenesic period, gestation on prolongation pathways, obesity, prodrome of labor, with the indication of performing segmental caesarean section. During the course of her hospitalization, while the procedures for admission to the operating room are being performed, the patient presents intense pain in the area of an old cesarean scar, so it is decided to intervene emergency, finding dehiscence of old suture that allows to observe membranes that show fetal presentation, extracting a female macrosomic fetus with APGAR 8 at minute and 9 at 5 minutes respectively. Later the puerpera and the newborn leave high with favorable evolution.

Key words: Uterine rupture, cesarean section.

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Las complicaciones obstétricas se presentan en cualquier etapa del embarazo, siendo la ruptura uterina una de las complicaciones más graves que se pueden presentar con un pronóstico muy reservado dependiendo del lugar y del nivel de complejidad del establecimiento de salud donde se atiende la gestante. La morbimortalidad materno perinatal en estos casos es alta por lo que es de suma importancia el saber detectar a tiempo la probable aparición de esta complicación para poder realizar un manejo adecuado y oportuno que pueda conllevar a salvar la vida de la madre y del feto.

Es importante que los profesionales obstetras se capaciten y actualicen sus conocimientos en el área, mejorando sus competencias, disminuyendo así los indicadores negativos maternos perinatales.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En el transcurso de mi experiencia laboral, se han presentado pocos casos de ruptura uterina pero presenta una letalidad mayor a otras complicaciones obstétricas más frecuentes. La muerte materna - fetal generalmente es la consecuencia de esta complicación, convirtiéndose en un problema de salud pública y social. Es importante dar a conocer una de las complicaciones obstétricas que han aumentado los indicadores de morbimortalidad materno

perinatal en nuestro país. Debemos de identificar los factores de riesgo a los que está expuesta la futura madre para el desarrollo de esta entidad, realizando para ello un control prenatal de calidad, que llegue a completar los requisitos necesarios para el manejo y prevención de complicaciones, logrando el bienestar del binomio madre niño, disminuyendo así la mortalidad materno perinatal.

1.3 MARCO TEORICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

1.3.1 INTERNACIONAL

Muñoz Solano Alberto et al (1). Presentó la siguiente investigación “Rotura uterina completa en el intento de parto vaginal en gestantes con cesárea anterior”. El lugar en que se realizó la investigación fue el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España 2013. El objetivo fue de analizar los casos que se presentaron de rotura uterina completa y la relación con la prueba de parto vaginal teniendo el antecedente de cesárea anterior. El tiempo de estudio fue de 6 años comprendidos entre los años 2007 – 2013 en el cual se produjo 27,008 partos por vía vaginal siendo 2,198 pacientes con cesárea anterior, y en el cual se obtuvieron los siguientes resultados: La incidencia de rotura uterina en gestantes con cesárea anterior fue de 0.19%. La incidencia de rotura uterina en gestantes con cesárea anterior y que se sometió a parto vaginal fue de 0,23%. Teniendo como conclusión que la rotura uterina se presentó con mayor incidencia en gestantes que intentaron tener un parto vaginal y tuvieron el antecedente de cesárea anterior.

García-Molina Laura (2), investigó acerca de rotura uterina durante el trabajo de parto en una gestante con una cesárea previa en el Hospital José Molina Orosa. Las Palmas de Gran Canaria España 2015. Relata el caso clínico de una gestante de 37 años, cesareada anterior por placenta previa que decide terminar su parto por vía vaginal previa orientación y consejería terminando para lo cual acepta y firma el consentimiento informado de someterse a parto vaginal con el antecedente de ser cesareada anterior. La gestante acude al establecimiento de salud por presentar ruptura prematura de membranas con expulsión de líquido amniótico de color ligeramente verde y una edad gestacional de 40 semanas. El trabajo de parto transcurría sin complicaciones materno fetal en un tiempo de 8 horas aproximadamente, en el cual se decidió acentuar el trabajo de parto con administración de oxitocina una ampolla de 5 UI en 500cc de dextrosa al 5% solución acuosa iniciando con una concentración de 2 ml/h. Dos horas después se observa la salida de líquido amniótico meconial y al tacto se detecta dilatación de 5 cm altura de presentación móvil. Transcurrió 12 horas desde su ingreso la gestante presenta bradicardia fetal continua y eliminación de sangre por vía vaginal en forma abundante <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/cc-rotura-uterina.pdf>

Michelle Fong Torres Alba, Orfa Zuceli Gómez de León (3). Experiencias en el parto vaginal de pacientes con cesárea previa y grosor del segmento uterino mayor a 3.5 mm, Universidad San Carlos de Guatemala 2013. Uno de los parámetros que se toma en cuenta en pacientes con cesárea anterior, es la evaluación del segmento inferior uterino en lo que respecta al grosor del mismo, con la técnica de la ecografía transvaginal. Para la presente

investigación utilizó el método descriptivo, teniendo como unidad de análisis a 11 gestantes con antecedentes de cesárea anterior y un universo de 95 gestantes. Como resultado se obtuvo que de las 95 gestantes 11 gestantes exhibió una medida adecuada del segmento uterino en lo que respecta al grosor del mismo las que tuvieron autorización para atención de parto vaginal, de las cuales un caso presentó rotura uterina siendo un 9%.

1.3.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Mas Camus María Josefina (4), investigó un caso clínico acerca de: rotura uterina en paciente con cesárea anterior y estrechez pélvica. Gestante que fue atendida en un hospital de nivel III de complejidad ubicado en el Callao Perú 2017. Paciente ingreso al servicio por emergencia por presentar dolor tipo contracción uterina encontrando luego bradicardia fetal e hipertonia uterina, por lo cual se decidió cesárea de emergencia, detectándose rotura uterina a nivel del segmento inferior y desgarro cervical.

Lucana Ccallo, Herminia, Mayta Pérez, Diana(5) en el hospital María Auxiliadora en Lima año 2014, investigo sobre hemorragia posparto inmediato en para la cual utilizó la metodología cuantitativa, observacional, retrospectivo, transversal y univariada, como unidad de análisis fue de 98 pacientes puérperas que tuvieron diagnóstico de hemorragia posparto, teniendo como resultado más resaltante que el 62.2% de pacientes puérperas que presentó hemorragia pos parto fue por complicaciones de desgarro perineal, el 13.3% de pacientes complicados presentaron atonía uterina por desgarro cervical, teniendo como

conclusión de incidencia de 1 caso de hemorragia pos parto por cada 100 pacientes puérperas atendidas.

ASPECTO TEORICO

1.3.3. ROTURA UTERINA

1.3.3.1. DEFINICIÓN

Es un accidente de la gestación con mayor frecuencia durante el trabajo de parto o el periodo expulsivo, siendo una complicación grave tanto como para la madre y el feto. La forma de aparición puede espontánea, operatoria o traumática (7).

Antiguamente en el área de obstetricia las roturas uterinas eran frecuentes por las maniobras que se realizaban, como versión externa, fetotomías violentas, así como también el uso del fórceps alto etc. (8).

La rotura uterina es una complicación de la gestación caracterizada por una solución de continuidad que se localiza generalmente en el segmento inferior uterino. Durante el transcurso del parto la lesión de continuidad se da en el segmento inferior, sin embargo, cuando la rotura uterina es en el cuerpo se da en el transcurso de la gestación (8)

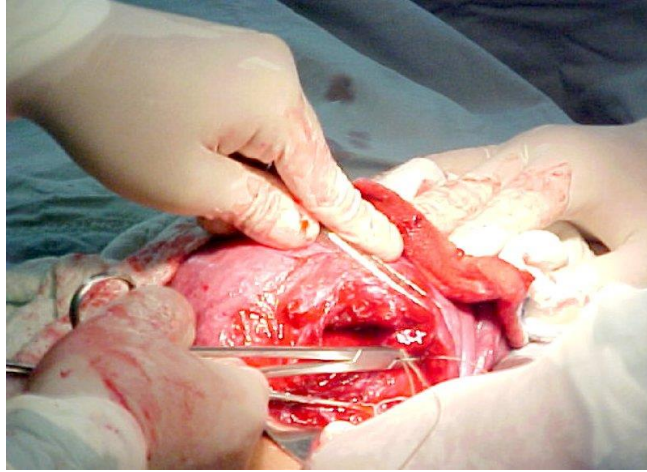


Figura 1. Rotura uterina



Fig. 2 Solución de continuidad

1.3.3.2 EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de la rotura uterina por lo general es baja, según Dieguina Díaz Pérez, Trinidad Roldan Vergara (9) la incidencia varía entre países. Estados Unidos y España presenta una relación de 1/900 – 1500 partos.

La tasa de rotura viene a ser un indicador de calidad en la atención.

1.3.3.3 CLASIFICACIÓN

Rotura uterina en el segmento inferior.

Completa. - Cuando la solución de continuidad se extiende todas las estructuras del cuerpo uterino, ocurren frecuentemente en la región anterior; la lesión suele ser longitudinal acabando en el anillo de Bandl o extendiéndose hasta el cuerpo uterino. También pueden ser transversales con bordes lineales o irregulares presentando o no un semblante esquemático. Según la extensión de la rotura, el feto puede pasar total o parcialmente a la cavidad abdominal (7).

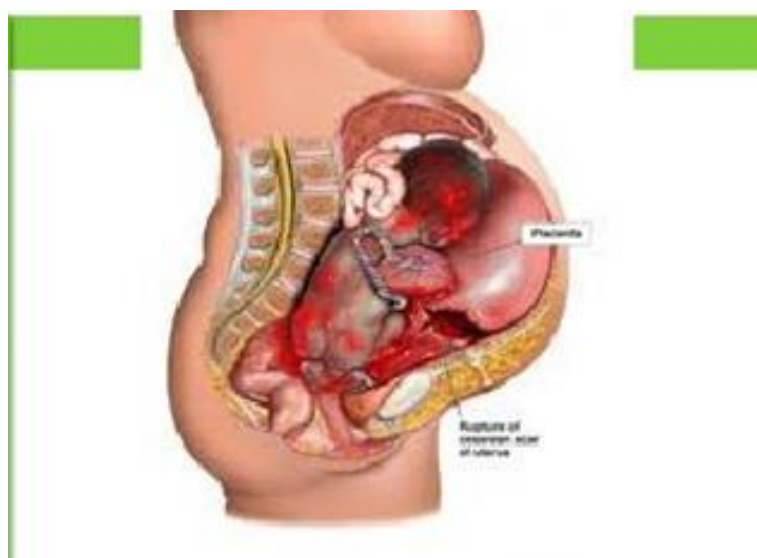


Fig. 3 Rotura uterina completa

Incompleta. - Cuando la estructura peritoneal permanece intacta sobre el desgarro de las capas musculares, este desgarro puede ampliarse infrecuentemente al cuerpo del útero a la cúpula vaginal o a los órganos vecinos como la vejiga, recto o vasos sanguíneos más importantes. Otra complicación es la salida de los intestinos a través de la brecha uterina hacia la vagina (7).

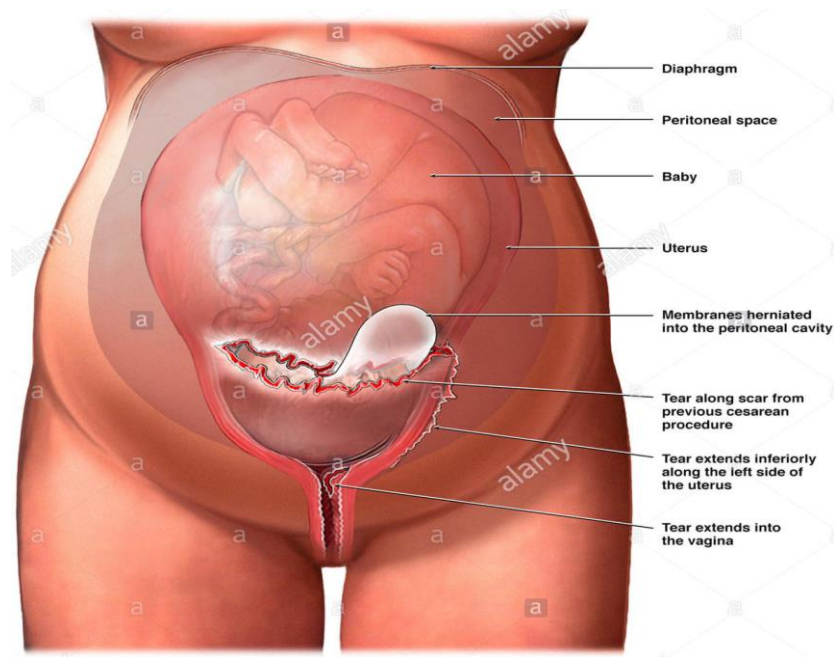


Fig. 4 Rotura uterina incompleta

Rotura uterina en el cuerpo uterino.

Por lo habitual son roturas completas en las cuales el feto y placenta pasan a la cavidad abdominal.

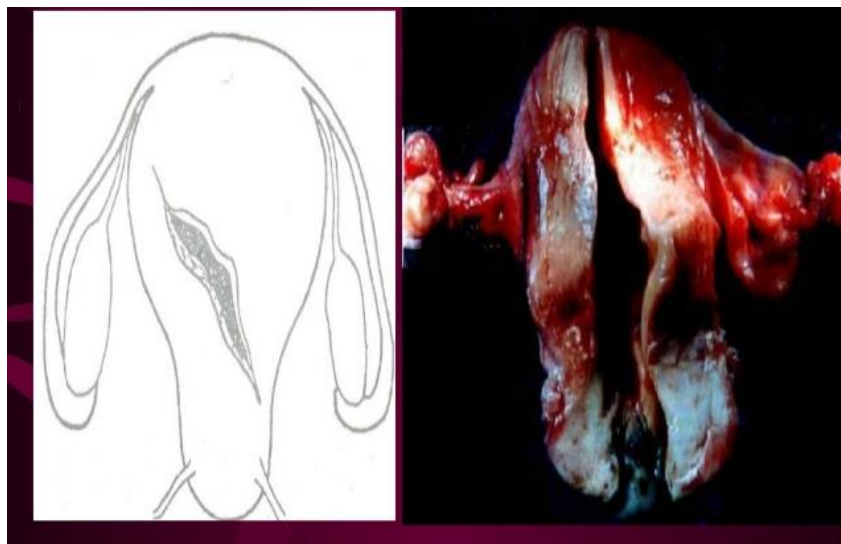


Figura. 5 Rotura uterina en el cuerpo uterino.

1.3.3.4 FACTORES DE RIESGO DE ROTURA UTERINA (7)

Factores determinantes

- Parto obstruido
- Pelvis estrecha
- Tumores previos
- Cicatrices por cirugías anteriores
- Estenosis cicatricial de la vagina
- Feto macrosómico
- Traumatismos externos
- Maniobras de Kristeller
- Etc.

Factores predisponentes

- Multiparidad
- Hipoplasia uterina
- Malformaciones del útero
- Cesárea anterior
- Miemectomías
- Procesos inflamatorios agudos uterinos.
- Mal uso de oxitócicos.

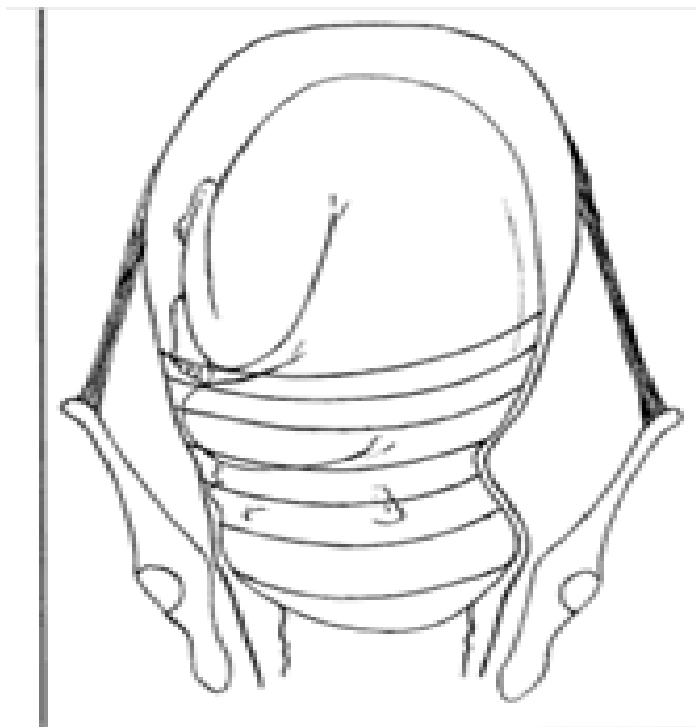


Figura. 6 segmento inferior muy distendido, ligamentos redondos muy tensos

1.3.3.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS (7,8)

Se debe distinguir dos grupos de sintomatología o síntomas

➤ **SIGNOS DE ROTURA INMINENTE O AMENAZANTE**

Se clasifican en:

A) **LOCALES**

Dolor a nivel del segmento inferior. - debido a la mayor actividad uterina por la obstrucción.

Signo de Bandl. - El anillo de Bandl se eleva parcialmente por encima del pubis llegando a la cicatriz umbilical con inminencia de ruptura.

Tensión de ligamentos redondos. - Se puede palpar los ligamentos redondos por ascenso de su inserción en el útero, los cuales se dirigen a las fosas ilíacas formando el signo de Frommel.

Palpación del feto con dificultad. - Debido a la sobredistensión del segmento inferior, generalmente es óbito.

B) VAGINALES

Edematización y cianosis del cuello uterino

Signo de Pinard (salida de sangre en forma escasa)

C) APARICION DE SINTOMATOLOGÍA GENERAL

Angustia, inquietud, agitación, taquicardia.

- **SIGNOS DE ROTURA PROPIAMENTE DICHA O CONSUMADA (7,8)**

La sintomatología que presenta la gestante en esta etapa es la siguiente:

SINTOMATOLOGIA LOCAL

Disminución o cese en forma repentina de las contracciones uterinas

Dolor agudo en zona de ruptura

Palpación de partes fetales en abdomen

Se palpa el útero contraído pequeño lateralizado

Sensación inminente de miccionar (Tenesmo vesical)

Signo de Clarck

SINTOMATOLOGIA VAGINAL

La presentación se palpa alta y móvil

Al tacto se evidencia la rotura

SINTOMATOLOGIA GENERAL

En esta etapa la gestante presente anemia aguda por hemorragia aguda que puede ser interna, externa o mixta.

Sobreviene luego el shock hipovolémico

➤ **SÍNTOMAS PREMONITORIOS**

Hiperdinamia

Gestante presenta un estado de ansiedad, inquietud, angustia

Distensión del volumen del segmento inferior

Dolor o sensibilidad supra púlica

1.3.3.6 DIAGNÓSTICO (9,10)

El diagnóstico se basa preferentemente en la clínica, se debe de realizar un diagnóstico diferencial de placenta previa desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, rotura de alguna víscera abdominal.

La gestante presenta pérdida de bienestar fetal, se palpan fácilmente las partes fetales, presenta dolor agudo abdominal, presenta hemorragia vaginal externa o interna, hay deterioro hemodinámico de la madre, interrupción de las contracciones.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial

CLINICA	PLACENTA PREVIA	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	ROTURA UTERINA
SANGRADO VAGINAL	ROJO VIVO	ROJO OSCURO (AUSENTE EN DPP OCULTO EN 20%)	ROJO OSCURO ESCASO PUEDE SER OCULTO
TONO UTERINO	NORMAL	AUMENTADO	HIPERDINAMIA E INMINENCIA DE ROTURA UTERINA CESE DE CONTRACCIONES UTERINA Y PALPACION DE PARTES FETALES EN ROTURA ESTABLECIDA
DOLOR	AUSENTE	PRESENTE	PRESENTE LUEGO CESA
LATIDOS CARDIACOS FETALES	VARIABLES O AUSENTES	VARIABLES O AUSENTES	VARIABLES O AUSENTES
CAMBIO HEMODINAMICOS	DEPENDE DEL VOLUMEN DE PERDIDA SANGUINEA: TAQUICARDIA O HIPOTENSION.		

Fuente: Adaptado de la Guía de atención de emergencias obstétricas

1.3.3.7 TRATAMIENTO (11,12)

Según Germán E. Chacón Vivas (11) el tratamiento debe ser:

TRATAMIENTO PREVENTIVO. -

- Vigilancia y seguimiento del control prenatal con enfoque de riesgo, identificando los factores de riesgo, predisponentes y determinantes.
- Monitorización estricta del trabajo de parto, sobre todo en gestantes con factores de riesgo, utilizar partograma.
- Evitar maniobras de Kristeller.
- Uso de oxitócicos con reserva.

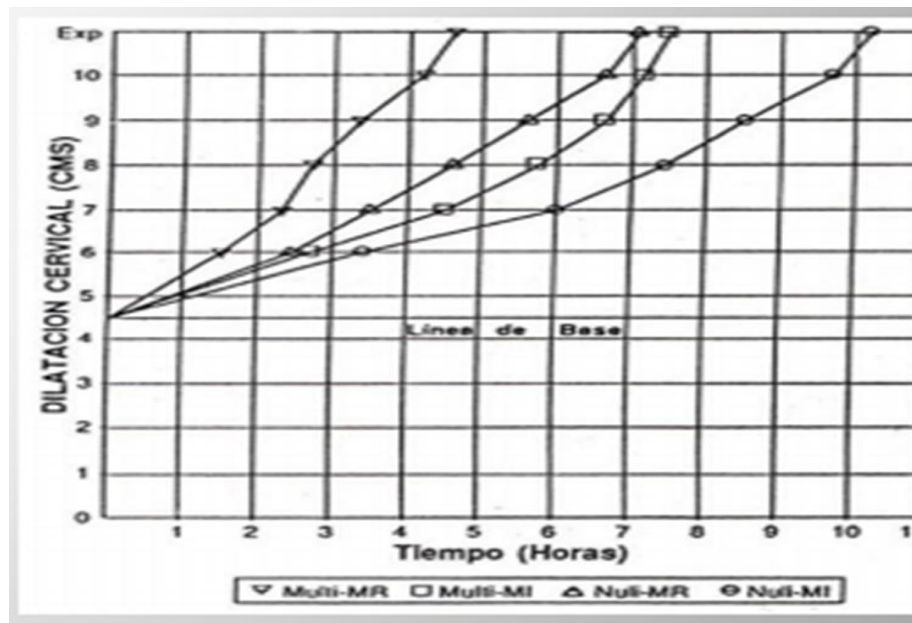


Figura 7. Partograma

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. -

- Cuando exista la sospecha de rotura uterina, efectuar laparotomía exploratoria (12,13).
- Si es que hay indicios de inminencia de rotura uterina se debe realizar cesárea de emergencia (14).
- Realizar histerorrafia y considerar, esterilización, se debe individualizar a cada caso para determinar la cirugía a realizar, dependiendo de la edad, la paridad, extensión y sitio de la rotura uterina. (11,14).
- Histerectomía de ser necesario (11)
- Reparación de lesiones de órganos vecinos

TRATAMIENTO MEDICO

- Estabilización de la hemodinamia
- Suero terapia
- Expansores de volumen
- Considerar transfusión sanguínea
- Antibióticoterapia
- El cuidado pos operatorio debe hacerse en la unidad de recuperación o en cuidados intensivos dependiendo de la severidad del cuadro.

1.3.3.8 COMPLICACIONES

Como complicación principal y más temida es la del shock hipovolémico, el cual debe ser identificado y tratado en forma oportuna.

El cuadro clínico de inminencia de rotura uterina debe de manejarse en un establecimiento de mayor complejidad caso contrario debe referirse en las siguientes condiciones:

Canalizar 2 vías endovenosas seguras con solución salina. En el establecimiento destino realiza exámenes auxiliares para precisar el diagnóstico, identifica la etiología del caso y determina la resolución del mismo, sea quirúrgico o no (14).

1.3.3.9 PRONÓSTICO

El pronóstico es muy grave tanto para la madre como el feto, el cual va depender del momento de la ruptura, la edad de la madre y la paridad satisfecha.

El pronóstico se modifica de acuerdo al tipo de rotura si esta es consumada o es inminente y sobre todo si hay complicación con órganos vecinos. La muerte puede sobrevenir por shock hipovolémico o ulteriormente a causas de una peritonitis (7).

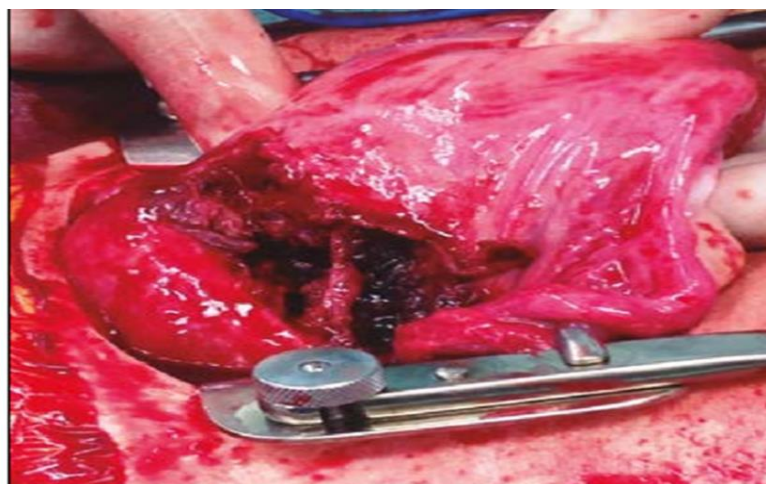


Figura 8 Dehiscencia uterina pos parto

1.3.3.10 PROLAPSO TRANSVAGINAL DE OMENTO

En forma infrecuente la rotura uterina se detecta posterior al parto, la cual pasa inadvertida hasta que la mujer presenta signos de prolapso vaginal, que la hace asistir a la emergencia.



Figura 9. Omento prolapsado por la vagina a consecuencia de rotura uterina

En anatomía, el epiplón, también llamado omento, es un repliegue del peritoneo ubicado en el abdomen.

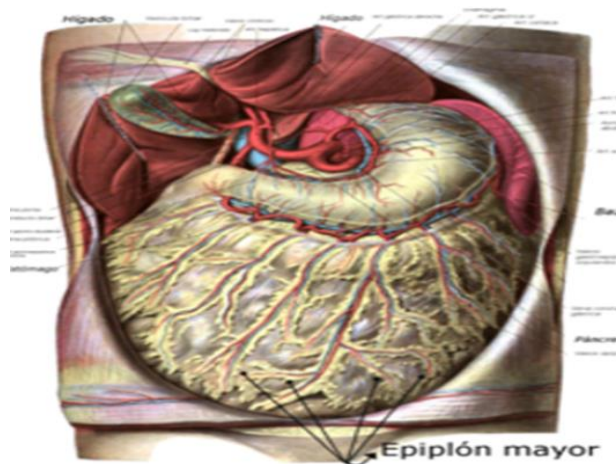


Figura 10. Omento o epiplon

Asavari y Juzer (15,16) informaron el prolapso de omento posterior a una cesárea complicada con prolongación de la histerotomía hacia el segmento inferior indican que, debido a las suturas hemostáticas, se produjo necrosis de la herida con adhesión, seguida por herniación del omento.

Según la revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, un evento igual fue presenciado por Mwenda, (17) cuando después de un parto con distocia de hombros, se notó el epiplón prolapsado en la vagina después del alumbramiento.

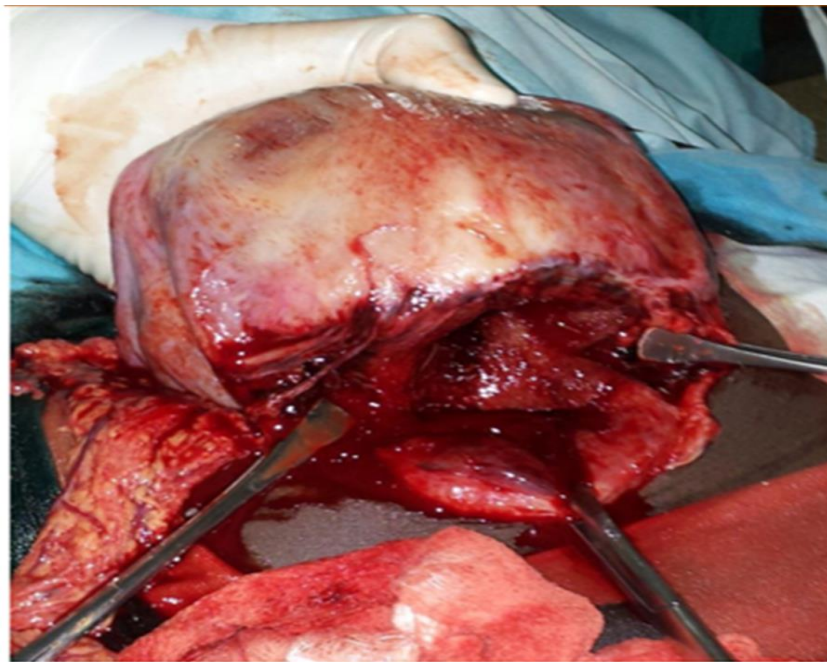


Figura 11 Desgarro transversal a lo largo de cicatriz anterior.

Un caso de prolapso de omento siguiendo al tercer periodo del parto fue publicado por Guasch et al (16) en una parturienta con el antecedente de tres legrados y posiblemente una perforación uterina antigua.

1.3.4 CESÁREA



Figura 12. Operación cesárea

Es una intervención quirúrgica que se efectúa para finalizar un embarazo o parto por diversas causas que comprometen la vida y salud de la madre y el producto, a través de la incisión de las paredes abdominales y uterinas (7)

En el año 1985 la OMS planteó que la proporción de cesáreas no convenía exceder de 15% del total de nacimientos. Según ENDES 2016, las cesáreas en el Perú se incrementaron de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2016

1.3.4.1 INDICACIONES (7)

A. INDICACIONES MATERNAS. - Por patologías locales.

- Distocia ósea
- Distocia dinámica
- Distocias de partes blandas
- Cesárea anterior
- Rotura uterina

Por patologías sistémicas.

- Preeclampsia

- Nefropatía crónica
- Hipertensión crónica grave
- Tuberculosis pulmonar grave
- Por fracaso de inducción

B. INDICACIONES FETALES

- Colocaciones viciosas
- Macrosomía fetal
- Vitalidad fetal comprometida

C. MATERNO FETALES

- Desproporción feto pélvica
- Macrosomía fetal

D. OVULARES

- Placenta previa
- Desprendimiento normoplacentario
- Procidencia de cordón.

1.3.4.2 TIPOS DE CESAREAS (18,19)

- Cesárea urgente
- Cesárea emergente
- Cesárea en curso de parto
- Cesárea electiva

1.3.4.3 ATENCIÓN A LA CESAREA URGENTE (18)

En el año 1985 la OMS planteó que la proporción de cesáreas no convenía exceder de 15% del total de nacimientos. Según ENDES 2016, las cesáreas en el Perú se incrementaron de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2016.

En abril del año 2004, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (Reino Unido) publicó las guías para la realización de la operación cesárea, con el objetivo principal de destacar los aspectos para diferenciar entre una verdadera emergencia la cual se cataloga en 4 ítems

Categoría I. Amenaza inmediata en la vida de la mujer o el feto:

Bradycardia fetal severa,

Prolapso de cordón,

Ruptura uterina

Ph fetal menor de 7.2.

Categoría II. Compromiso materno o fetal que no es una amenaza inminente:

Hemorragia ante parto,

Progreso deficiente del trabajo de parto con compromiso materno o fetal.

Categoría III. No hay compromiso materno o fetal pero se debe culminar la gestación:

Ruptura prematura de membranas

Cesárea proyectada con trabajo de parto.

Categoría IV. Cesárea electiva.

El tiempo seguro entre el diagnóstico y la iniciación de la cesárea urgente no deberá ser mayor a los 30 minutos (estándar internacional) (19,20).

En el caso de cesárea urgente o emergente el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la intervención no debería ser superior a los 15 minutos.

1.3.4.4 TIEMPOS PARA INICIO DE CESAREA (19)

Tabla 2. Tiempo máximo de inicio de cesárea a partir de su indicación.

RIESGO	INDICACIÓN	TIEMPO MÁXIMO
No hay riesgo inminente	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación estacionaria • Inducción fallida • DCP • Presentación viciosa 	01hora
Riesgo de pérdida de bienestar fetal, o pronóstico neurológico fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiotocografía patológica • Duda de pérdida bienestar fetal 	30 minutos
Riesgo inminente de pérdida de vida materno fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Rotura uterina • Embolia de líquido amniótico • Eclampsia • Placenta previa con hemorragia activa • Sufrimiento fetal • Prolapso de cordón 	15 minutos

Fuente: Soriano Bru José Luis. Atención a la cesárea urgente (19)

CAPÍTULO II

CASO CLINICO

INTRODUCCION

La rotura uterina definida como la pérdida de la integridad de la pared en el útero grávido, es un accidente obstétrico catastrófico poco frecuente.

Según distintos estudios , la tasa de éxito del intento de parto vaginal tras una cesárea previa se sitúa en torno al 75%, las mayores tasas de éxito se sitúan en mujeres que han tenido un parto vaginal antes o después de la cesárea .También se han identificado factores que afectan la tasa de éxito del parto vaginal tras una cesárea previa, como la indicación de esta por un feto macrosómico, inducción o conducción del parto, dilatación cervical desfavorable en el momento del ingreso, el peso al nacimiento y un índice de masa corporal elevado de la madre.

Cuando todos estos factores están presentes el éxito de parto vaginal disminuye en un 50%.

El mayor riesgo de parto vaginal tras una cesárea es la rotura uterina; Aunque es poco frecuente, se asocia a una morbilidad elevada tanto materna como perinatal.

Por lo tanto, el riesgo de rotura uterina en una cesárea íprevia y que optan por un parto vaginal es de 0.23% y en el caso de que se realice una nueva cesárea el riesgo de rotura uterina es de 0.19%, estas cifras se obtienen según estándares internacionales ya que en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro del departamento de Junín donde se suscitó el presente caso no se cuenta en la actualidad con estudios referentes.

2.1 OBJETIVOS

- Determinar los factores de riesgo que llevaron a la rotura uterina.
- Determinar el uso de protocolos en el manejo de rotura uterina

2.2 SUCEOS RELEVANTES DEL CASO CLINICO

SERVICIO DE EMERGENCIA

Fecha: 18 de enero 2018

Hora: 16:00.

Gestante de 39 años que acude por presentar dolor tipo contracción uterina desde hace 8 horas aproximadamente, niega expulsión de tapón mucoso.

Trae solicitud de ligadura de trompas, carnet perinatal con 3 controles hasta la semana 32.

ANTECEDENTES

Gravidez 8: partos 6, abortos 2, hijos vivos 6, último parto de fecha 11 de diciembre del 2015, parto por cesárea por presentar sufrimiento fetal agudo.

Última regla Normal (URN) : 02 de abril 2017

Fecha probable de parto (FPP) : 9 de enero 2018

EXAMEN FISICO

Presión arterial (PA) : 120/80 mmHg

Frecuencia cardiaca (FC) :88 latidos / minuto

Temperatura (Tp) : 36.6 grados centígrados (°C)

Frecuencia respiratoria (Fr) : 22 respiraciones por minuto.

Peso : 96.4 kilogramos (Kg)

Talla : 156 cm.

Saturación parcial de hemoglobina: (SpO₂): 98 %.

Examen preferencial:

Mamas : flácidos, pezones formados

Abdomen : globuloso ocupado por útero gestante, altura uterina 38cm.

Feto en situación longitudinal, presentación cefálica, posición derecha

Latidos cardio fetales (LCF) :128-136-132 latidos / minuto

Dinámica uterina : 2 contracciones en 10 minutos de 25 segundos de duración, intensidad 2 cruces (2/10/25++)

Tacto : Genitales de multípara, no presencia de sangrado ni líquido amniótico, vagina amplia elástica profunda, presencia de desgarro antiguo en zona perineal.

Dilatación : Orificio interno y externo dehiscente a 1 cm.

Incorporación : 20%

Membranas ovulares : integras planas

Altura de presentación : menos 3, móvil

Miembros inferiores con edema pre tibial 2 cruces (++) no presencia de várices.

DIAGNÓSTICO

1. Gestación de 41.3/7 semanas por FUR Alto riesgo obstétrico
2. Pródromos de trabajo de parto
3. Periodo intergenésico corto
4. Gestación en vías de prolongación
5. Multiparidad
6. Cesareada anterior
7. Obesidad mórbida

PLAN DE TRABAJO

Se hospitaliza en el servicio de obstetricia alto riesgo

Nada por vía oral (NPO)

Cloruro de sodio al 0.9% 1000cc a 30 gotas por minuto

Ecografía obstétrica

Test no estresante

EKG

Riesgo quirúrgico

Analítica de pre operatorio:

Hemograma, hemoglobina, glucosa, urea, creatinina, RPR, VIH, plaquetas,

tiempo de coagulación, tiempo de sangría, grupo sanguíneo, factor Rh,

examen completo de orina.

GESTANTE EN HOSPITALIZACIÓN

HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS

I. FILIACION:

Nombre: XXX

Edad: 39 años

Raza: Mestiza.

Estado civil: Conviviente

Grado de Instrucción: Secundaria completa

Idioma: Castellano

Ocupación: Comerciante.

Religión: Católica.

Lugar y fecha de nacimiento: Lima, 16 de enero de 1980

Lugar de procedencia: Lima.

Residencia actual: Chanchamayo

Fecha de ingreso: 18/01/2018

Hora: 17:00

Fecha de elaboración de Historia: 18/01/2018

Informante: Ella misma

Acompañada por: Su hermana

II. ENFERMEDAD ACTUAL:

Tiempo de la enfermedad: 08 horas antes de su ingreso a emergencia

Síntomas principales: Dolor tipo contracción uterina.

Historia de la enfermedad:

Funciones biológicas:

Apetito:	Conservado
Sed:	Normal
Deposiciones:	Cada dos días
Orina:	Turbia
Sueño:	Conservado

III. ANTECEDENTES

3.1 Personales

➤ Fisiológicos:

Nacida de parto:	Domiciliario
Lactancia materna:	Si, hasta los ocho meses

➤ Obstétricos:

Menarquia:	13 años
Inicio de relaciones sexuales:	17 años
Fecha de última menstruación:	02 de abril del 2017
Fecha probable de parto:	09 de enero del 2018
Uso de métodos anticonceptivos:	Condón
Último parto:	11 de diciembre del 2015 (cesárea)

Formula gravídica:

Gravidez:	08 gestaciones
Hijos vivos:	06
Abortos:	02
Hijos muertos:	00

➤ Alimentación: Variada

- Hábitos: Niega alcohol, drogas, tabaco, té, café.
- Condición socio económica:
 - Vivienda de material rústico cuenta con los servicios básicos
 - Económicamente depende de su pareja y de ella misma
- Patológicos:
 - Eruptiva: De la infancia.
 - Accidentes: No
 - Alergias: No
 - Transfusiones No
 - Hospitalización: por partos
 - Operaciones: Cesárea (11/12/2016)

3.2 Familiares

- Padre: Vivo sano
- Madre: Viva sana
- Hermanos 03 2 mujeres y un hombre aparentemente sanos
- Esposo: 42, años vivo aparentemente sano
- Hijos: Vivos seis, 4 mujeres 2 hombres, 2 abortos

IV. EXAMEN CLÍNICO

1.- Funciones Vitales:

- P/A: 123/80 mmHg
- FC: 88 latidos por minuto
- Tp: 36.8 grados centígrados (°C)

FR: 22 respiraciones por minuto

Peso: 95.6 Kg

Talla: 156 cm

IMC: 39.28

2.- Aspecto General:

Estado de Conciencia: Despierta

Actitud: Activa

Decúbito: Decúbito lateral izquierdo

Marcha: Normal

Facies: Normal

3.- Examen Regional:

Aparente regular estado general (AREG)

Regular estado de hidratación

Mal estado de nutrición

4.- Cabeza y cuello:

Normocéfala, cuello móvil sin adenopatías.

5.- Aparato respiratorio:

Tórax simétrico, murmullo vesicular (MV) pasa bien en ambos campos pulmonares (ACP).

6.- Mamas:

Péndulas, asimétricas, flácidas, pezón formado areola mamaria normal.

7.-Aparato Cardiovascular:

Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

8.- Abdomen.-

Globuloso, ocupado por útero gestante, altura uterina 38 cm. Feto en situación longitudinal, presentación cefálica, posición derecha, dinámica uterina esporádica, latidos cardio fetales 138, 144,140 por minuto, ruidos hidro aéreos normales, movimientos fetales presentes.

9.-Aparato Genito urinario. -

Genitales de multípara con presencia de desgarró perineal antiguo, no presencia de sangrado ni líquido amniótico.

Dilatación 1cm, borramiento 30%, altura de la presentación alta móvil, pelvis ginecoide.

ECOGRAFÍA. - Gestación de 39.6 semanas por biometría fetal, placenta grado III/III líquido amniótico conservado, peso fetal 4,230 gr.

10.- Sistema nervioso.

Despierta, lúcida orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP),
Glasgow 15

11.- Sistema osteo muscular.-

Tono y trofismo conservado, edema pre tibial (++)

12.- Sistema Linfático.-

No adenopatías.

13.- Diagnóstico inicial.-

1. Gestación de 39.6 semanas por biometría fetal

Alto riesgo obstétrico (ARO):

2. Pródromos de trabajo de parto
3. Cesareada anterior
4. Periodo intergenésico corto

4. Feto macrosómico
5. Multiparidad
6. Obesidad II

V. EVALUACION SOCIAL

Diagnóstico social: Mediano riesgo social

Calificación: Pobreza.

VI. EVOLUCIÓN MÉDICA.

FECHA: 18 de enero 2018

Hora: 16:00.

Gestante ARO de 39 años en pródromos de trabajo de parto, refiere dolor abdominal tipo contracción uterina. Al examen: lúcida orientada en tiempo espacio y persona, regular estado general, mal estado de nutrición, piel tibia, abdomen con altura uterina de 36 cm feto longitudinal derecho.

Impresión diagnóstica. Gestación de 41.2 sem por URN
Gestación en vías de prolongación
Cesareada anterior
Periodo intergenésico corto.

PLAN: Solicitar resultados de exámenes auxiliares

Interconsulta a cardiología

Interconsulta a anestesiología

INDICACIONES:

Control de Funciones vitales cada 6 horas

Control obstétrico estricto

Tes no estresante (NST)

Decúbito lateral izquierdo.

Vigilar signos de alarma

TRATAMIENTO:

NPO

Cloruro de sodio al 0.9% 1000cc pasar 30 gotas por minuto.

Ceftriaxona 1gr endovenoso en 200cc lento pre sop.

FECHA: 18 de enero 2018

Hora: 22:30.

Se acude al llamado de obstetra, gestante con dinámica uterina esporádica que presenta dolor agudo en zona de cicatriz anterior de cesárea.

Al examen:

Abdomen: globuloso doloroso a palpación de hipogastrio LCF 146-150 latidos por minuto.

Tacto: dilatación 2 cm no sangrado vaginal.

Impresión diagnóstica:

Gestación 39.6 semanas por biometría

Inminencia de rotura uterina

Macrosomía fetal

PLAN:

Cesárea Segmentaria.

REPORTE OPERATORIO

Nombre: xxxxx

Edad: 39 años.

HC: xxxxx

Fecha: 18 de enero 2018

Hora: 22:50

Operación realizada de emergencia: Cesárea segmentaria más bloqueo tubárico bilateral.

Diagnóstico pre operatorio: Inminencia de rotura uterina, macrostomia fetal

Diagnóstico pos operatorio: Rotura uterina feto macrosómico.

Hallazgos: Se apertura cavidad abdominal y se encuentra útero a nivel de segmento dehiscencia de sutura antigua que permite presenciar membranas las que traslucen cabeza fetal, peritoneo cubre la zona, se realiza incisión se apertura peritoneo, se extrae el producto sexo femenino, se cierra cavidad uterina, en dos planos, se realiza bloqueo tubárico en ambas trompas, se cierra pared abdominal en planos. Sangrado aproximado 800cc.

Complicaciones intra operatorias: Ninguna.

Paciente sale en buenas condiciones de quirófano, con destino a recuperación.

INDICACIONES POS OPERATORIAS

Tratamiento:

Nada por vía oral por 8 horas

Cloruro de sodio al 0.9 % 1000cc más oxitocina 20 UI a 45 gotas por minuto

Ceftriaxona 1gr. cada 12 horas endovenoso

Ketorolaco 60 mg cada 8 horas vía intramuscular

Misoprostol 400 microgramos endorrectal condicional a sangrado stat.

Indicaciones:

Control de funciones vitales cada 4 horas

Control de sangrado transvaginal

Hematocrito de control

Diuresis diaria.

EVOLUCIÓN MÉDICA POS OPERATORIO

(PO1)

➤ Fecha: 19 de enero hora 07.00

Paciente de 39 años de edad pos operada, refiere dolor en herida operatoria, presenta sangrado transvaginal en cantidad escasa.

Al examen lúcida orientada en tiempo espacio y persona, aparato respiratorio:

Tórax simétrico, murmullo vesicular (MV) pasa bien en ambos campos pulmonares (ACP). Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, abdomen blando doloroso a la palpación en hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes, genito urinario escaso sangrado vaginal.

Evolución favorable.

ID. Puérpera inmediata

Cesárea segmentaria por rotura uterina

Feto macrosómico.

➤ Fecha: 20 de enero hora 07.00

(Po2)

Paciente de 39 años refiere discreto dolor en hipogastrio sangrado escaso al examen:

Al examen lúcida orientada en tiempo espacio y persona, aparato respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Ruidos

cardiacos rítmicos no soplos, abdomen blando doloroso a la palpación en hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes.

ID. Puérpera mediata

Cesárea segmentaria por rotura uterina feto macrosómico.

TRATAMIENTO:

Probar tolerancia luego dieta completa más abundantes líquidos orales

Dextrosa 5%SA 1000 cc más hipersodio 1 ampolla, kalium una ampolla, oxitocina 10 UI, pasar a 30 gotas por minuto

Ceftriaxona 1 gr. Cada 8 horas ev

Ketorolaco 60 mg cada 8 horas IM

➤ Fecha: 21 de enero hora 07.00

(Po3)

Puérpera en su tercer día de hospitalización refiere leve dolor en hipogastrio.

Al examen lúcida orientada en tiempo espacio y persona, aparato respiratorio:

tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, abdomen blando doloroso a la palpación en hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes, genito urinario, escaso sangrado vaginal.

Presenta condiciones de alta materna.

ID. Puérpera mediata

Cesárea segmentaria por rotura uterina feto macrosómico.

TRATAMIENTO

Dieta completa más líquidos abundantes.

Ibuprofeno 400 mg vía oral, condicional a dolor.

Higiene perineal 3 veces al día.

Curación de herida operatoria interdiario.

Si presenta signos de alarma acudir por emergencia.

Regresar a control en 5 días

Alta médica.

VII. EXAMENES AUXILIARES

Tabla 3 Exámenes auxiliares hematológicos

EXÁMENES	FECHA 18/01/2018	FECHA 19/01/2018	FECHA 20/01/2018
Leucocitos	12,000/mm ³		
Hemoglobina	11gr %	09.6 gr %	09.8 gr %
Hematocrito	33 %		
Plaquetas	240,000/mm ³		
Tp de Coag.	7' 15		
Tp de Sang.	1'48		
Grupo sanguíneo	“O”		
Factor Rh	+		
RPR	Negativo		
VIH	Negativo		
HBsAg	negativo		

Glucosa	98 mg%		
Creatinina	0.9 mg%		

Fuente: Historia clínica

Tabla 4. UROANÁLISIS

EXAMEN COMPLETO DE ORINA	FECHA 18/01/2018
Color	Pálido
Reacción	Neutro
Aspecto	Ligeramente turbio
densidad	1010
EXAMEN DE SEDIMENTO URINARIO	FECHA 18/01/2018
Eritrocitos	1 - 2 por campo
Leucocitos	2-3 por campo
Bacterias	+
Células epiteliales	2 – 3 por campo
Observaciones	Cristales de oxalato de calcio (++) Cilindros granulados 0 – 1 por campo

Fuente: Historia clínica

VIII. EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

Fecha: 18 de enero 2018

Hora: 16:40.

Gestante se hospitaliza por el servicio de emergencia, presenta vía periférica permeable abocath N° 18, se instala en su unidad. Al examen:

P/A 120/80mmHg, P. 90 pulsaciones por minuto, Tp. 37.0 grados centígrados (°C), FR. 22 respiraciones por minuto, SpO2 97%.

Feto en longitudinal cefálica derecha, LCF 144, 152,148 x' se observa presencia de cicatriz de cesárea anterior, contracciones uterinas esporádicas, refiere dolor en hipogastrio se comunica a medico de turno, se coloca monitor electrónico fetal. Es evaluada por medico de piso.

Hora: 18:00.

NST: reactivo

Hora 19.30

Llegan resultados de laboratorio, se envía interconsulta a cardiología y anestesiología.

Se entrega paciente a turno nocturno no presenta dinámica uterina funciones biológicas:

Líquidos tomados: Ninguno

Diuresis: 600 CC.

Deposiciones: No.

Hora 20.00

Paciente con hidratación parenteral no presenta dinámica uterina, continúa con monitoreo electrónico se encuentra en posición decúbito lateral izquierdo.

Hora 21:00

Funciones vitales: P/A 120/80mmHg, P. 88 pulsaciones por minuto, Tp. 36.6 grados centígrados (°C), FR. 22 respiraciones por minuto, SpO2 98%.

No dinámica uterina, vía periférica se encuentra permeable, posición decúbito lateral izquierdo LCF 148, 156,150 latidos por minuto

No se realiza tacto.

Cardiólogo de turno toma electrocardiograma deja riesgo quirúrgico, medico ginecólogo indica continuar con monitorización estricta de LCF y dinámica uterina, se envían órdenes a sala de operaciones, se administra Ceftriaxona 1 gr. EV en 200cc de cloruro de sodio

Horas 22:00

Gestante refiere dolor en zona de hipogastrio al presentar movimientos fetales, no dinámica uterina, se espera llamado de anestesiología, se realiza preparación para ingreso a sala de operaciones,

Horas 22:15

Gestante presenta dolor en zona de hipogastrio, a predominio de cicatriz antigua de cesárea segmentaria, que se exacerba al presentar movimientos fetales.

Horas 22:30

Gestante presenta dolor agudo en zona de cicatriz umbilical, es evaluada por médico de turno indica pasar a sala de operaciones.

Horas 22:50

Paciente ya preparada pasa a sala de operaciones con:

Fs. Vs.: P/A 120/80 mmHg, P. 92 pulsaciones por minuto, Tp. 36.6 grados centígrados (°C), FR. 22 respiraciones por minuto, SpO2 97%.

LCF 156-160,-166 latidos por minuto.

19 de enero del 2018

Horas 0.30

SALA DE RECUPERACION

Presenta útero contraído, altura uterina de 16cm, apósito quirúrgico sin sangre, sangrado transvaginal normal, se realiza masaje uterino. Cloruro de sodio al 0.9 % 1000cc agregando oxitocina 20 unidades internacionales pasando a 45 gotas por minuto primer frasco.

Tabla 5. Monitoreo en sala de recuperación

FECHA	HORA	T/A	FC	T°	FR	A/U -UTERO	APÓSITO	MASAJE UTERINO	LOQUIOS
19/01/2018	0:30	122/83	98	36.6	22	13cm/contraído	Sin sangrado (SS)	si	loquia rubra"-leve
19/01/2018	0:45	122/82	98	36.6	22	13cm/contraído	(SS)	si	loquia rubra"- leve
19/01/2018	1:00	118/84	98	36.4	22	14cm/contraído	(SS)	no	loquia rubra"- leve
19/01/2018	1:15	122/83	96	36.6	22	14cm/contraído	(SS)	no	loquia rubra"-leve
19/01/2018	1:30	120/80	96	36.6	22	14cm/contraído	(SS)	si	loquia rubra"- leve
19/01/2018	1:45	120/80	98	36.6	22	14cm/contraído	(SS)	no	loquia rubra"-leve
19/01/2018	2:00	120/80	96	36.8	22	14cm/contraído	(SS)	si	loquia rubra"- leve
19/01/2018	2:15	120/80	96	36.8	22	14cm/contraído	(SS)	no	loquia rubra"- leve

Fuente: Historia clínica

2:30

Paciente en puerperio inmediato con evolución favorable se traslada a hospitalización de obstetricia.

Fecha 19 de enero 2018

2:50

Paciente púrpura poscesareada por inminencia de rotura uterina y cesárea anterior, al examen: P/A 118/77 mmHg, P. 102 pulsaciones por minuto, Tp.

36.5 grados centígrados (°C), FR. 22 respiraciones por minuto, SpO2 98%. Útero contraído, gasa de herida quirúrgica limpia, sangrado escaso se realiza presión uterina no sangrado, vía periférica permeable por pasar 400cc de cloruro de sodio más 20 UI de oxitocina, adicional metamizol 2 gramos, lúcida orientada refiere dolor a nivel de hipogastrio, queda en control del puerperio.

DATOS DEL RECIEN NACIDO

Fecha de nacimiento: 18 de enero 2018
Hora: 23:10
Sexo: femenino
Edad gestacional: 40 Semanas
Peso: 4,560 gr.
Talla: 52 cm.
Perímetro cefálico: 36 cm.
Perímetro Torácico: 36.5 cm.
APGAR: 8 al minuto – 9 a los cinco minutos

Fecha 19 de enero 2018

7:00 Queda puérpera con vía permeable, funciones vitales estables, sangrado transvaginal escaso, útero contraído, diuresis 700, en NPO, balance hídrico positivo.

13:00 Se administró medicamentos indicados, útero contraído gasa quirúrgica limpia, sangrado escaso.

Fecha 20 de enero 2018

Hora: 13:00

Poscesareada de 12 horas de evolución, deambula, tolera alimentos, se cumplen indicaciones, ambas mamas con secreción calostrál brinda lactancia materna exclusiva, útero contraído, loquios escasos, se encuentra en alojamiento conjunto con su recién nacida.

Fecha 22 de enero 2019

Hora: 11: 00

Puérpera es dada de alta médica por medico de piso.

Se realizan los preparativos administrativos correspondientes al alta, se brinda consejería nutricional, se entrega suplemento ferroso.

Se da charla educativa sobre signos de alarma neonatal y de puerperio

Puérpera presenta útero contraído, loquios escasos, se entregan indicaciones, se brinda orientación y consejería sobre lactancia materna exitosa.

Cita para controlarse en 5 días en consultorio de alto riesgo.

Vigilar signos de alarma.

EPICRISIS

FECHA DE INGRESO: 18 de enero HORA: 16:00

Ed. 39 años Gestaciones 8 P: G8A2V6

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

1. Gestación de 41.3/7 semanas por FUR Alto riesgo obstétrico
2. Pródromos de trabajo de parto
3. Periodo intergenésico corto
4. Gestación en vías de prolongación
5. Multiparidad
6. Cesareada anterior
7. Obesidad mórbida

RESUMEN

Paciente que ingresa por emergencia por presentar dolor tipo contracciones uterinas desde 8 horas antes de su ingreso, al examen obstétrico presenta altura uterina de 36cm, feto longitudinal cefálico derecho al tacto orificio externo e interno dehiscente a 1 cm. Incorporación 20% membranas ovulares integras planas. Se decide hospitalización y se realiza cesárea segmentaria por rotura uterina y feto macrosómico se obtiene recién nacido de sexo femenino de 4,560 gr APGAR de 8¹ / 9⁵ respectivamente sangrado intraoperatorio de 800cc. Se realiza los análisis correspondientes aparentemente dentro de los límites normales, la hemoglobina de control arroja valores de anemia leve.

Sale de alta con diagnóstico favorable.

Tratamiento: Hidratación antibioticoterapia, analgésicos, batería laboratorial pre operatoria hemoglobina de control.

No presenta complicaciones

Alta médica

FECHA DE EGRESO: 22/01/2019 **HORA:** 11:00

DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO

Rotura uterina

Macrosomía fetal

Obesidad

RECIEN NACIDO

Fecha de nacimiento: 18 de enero 2018

Hora: 23:10

Sexo: femenino

Edad gestacional: 40 Semanas

Peso: 4,560 gr.

Talla: 52 cm.

Perímetro cefálico: 36 cm.

APGAR: 8¹/9⁵

Firma y sello del médico tratante.

2.3 DISCUSIÓN

La rotura uterina (8) es una complicación grave que puede llevar a muerte materna perinatal.

En el presente caso clínico la paciente presentó factores de riesgo predisponentes, tal como multiparidad, antecedente de cesárea anterior, periodo intergenésico corto. Presentó también factores determinantes siendo el producto de la concepción un feto macrosómico, pudiendo ocasionar un parto obstruido. Se considera a la gestante de Alto Riesgo Obstétrico por presentar signos de alerta y alarma como son: gestante añosa, mala historia obstétrica, multiparidad, gestación no controlada (3 CPN), cesárea anterior, obesidad, también podríamos agregar como un factor de riesgo institucional a la falta de seguimiento y controles por el profesional de salud del establecimiento de su jurisdicción por acudir solo a tres control pre natal permitiendo con ella el desconocimiento de signos de alarma, del plan de parto en el cual se detalla, se organiza la forma en la que la gestante debe acudir al establecimiento para su debida atención, así como toda la información que ella necesita saber de acuerdo al nivel de riesgo que presenta.

El día de su ingreso por el servicio de emergencia se decidió realizar cesárea segmentaria por presentar diagnósticos que pudieran terminar en rotura uterina por tener el antecedente de cesárea anterior, periodo intergenésico corto, feto macrosómico, así como también tener el diagnóstico de embarazo en vías de prolongación que pudiera ocasionar pérdida de bienestar fetal. Desde el momento que el médico de turno decidió realizar la operación cesárea hasta el inicio de ésta fue una demora de 06 horas con cincuenta minutos debido a que la paciente empezó a tener sintomatología de inminencia de rotura uterina presentando dolor en zona de cicatriz antigua de cesárea, de lo contrario el tiempo ha podido ser mayor. Debemos de tener siempre presente que la

cicatriz de una cesárea anterior siempre va a ser una zona más débil y por lo tanto es poco resistente a la distensión que el resto de las demás estructuras del útero (20). La rotura puede ir desde una simple dehiscencia a la rotura total con separación completa de los bordes.

Según los hallazgos del reporte operatorio la paciente presentó rotura uterina incompleta por permanecer la estructura peritoneal poco más o menos intacta (7), se procedió a terminar la operación cesárea según protocolo vigente, obteniendo un producto macrosómico de sexo femenino a término con APGAR 8¹ y 9⁵ respectivamente.

Según Janser-Reynaud Martha et al (10,21) anteriormente "cesárea anterior siempre cesárea" pero actualmente se suele indicar a prueba de trabajo de parto a una gestante con cesárea anterior, vigilando el curso del parto en forma estricta por si pudiera ocurrir alguna complicación.

2.4 CONCLUSIONES

1. Gestante añosa de alto riesgo obstétrico, alto riesgo reproductivo, mediano riesgo social con mala historia obstétrica.
2. Gestante presentó factores de riesgo predisponentes multiparidad, antecedente de cesárea anterior, periodo intergenésico corto, y factores determinantes como un feto macrosómico que condicionan un parto obstruido.
3. El factor institucional, al no realizar las atenciones y seguimiento pre natal, según norma técnica ministerio de salud, influye en el incremento del riesgo materno perinatal.
4. El hospital si cuenta con protocolo de operación cesárea.

2.5 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar seguimiento estricto a aquellas gestantes del primer nivel de atención que presentan alto riesgo obstétrico, empleando estrategias conocidas como radar de gestantes, sistema de referencia y contra referencia, utilizando las líneas telefónicas siendo más rápida la ubicación de la paciente para un manejo adecuado, de calidad, disminuyendo así estados mórbidos que puedan comprometer la vida o salud del binomio.
2. El establecimiento de salud que cuenta con funciones obstétricas neonatales esenciales, debe de manejar un radar de gestantes de alto riesgo para realizar seguimiento a las posibles pacientes que puedan terminar su embarazo por cesárea para completar los exámenes de laboratorio, riesgo quirúrgico, anestesia etc.

3. El establecimiento de salud que cuenta con funciones obstétricas neonatales esenciales no solo debe realizar actividades intramuros, debe de contar con un equipo de profesionales obstetras que vaya realizando seguimiento a las gestantes de diversos establecimientos de menor complejidad, ya que en un futuro serán pacientes que puedan presentar alguna complicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz Solano A., Merino Fernández A., Odriozola Feu J., de Miguel Sesmero J. Rotura uterina completa en el intento de parto vaginal en la cesárea anterior Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria España 2007-2013. *Progresos de obstetricia y ginecología* (en línea) 2015 (fecha de acceso 3 de febrero del 2019); POG633 disponible en:
<https://studylib.es/doc/6621295/rotura-uterina-completa-en-el-intento-de-parto-vaginal-en...>
2. García Ildefonso J., Molina Vílchez R. Rotura uterina: frecuencia, factores de riesgo y conducta quirúrgica en el Hospital Chiquinquirá de Maracaibo, Estado Zulia Venezuela 2000.
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622001000300009
3. García-Molina Laura, Matronas Prof. Rotura uterina durante el trabajo de parto en una gestante con una cesárea previa Hospital José Molina Orosa. Las Palmas de Gran Canaria España 2015. <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/cc-rotura-uterina.pdf>
4. Fong Torres A., Zuceli Gómez de León O. Experiencias en el parto vaginal de pacientes con cesárea previa y grosor del segmento uterino mayor a 3.5 mm, Universidad San Carlos de Guatemala 2013.
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9166.pdf

5. Mas Camus M.J., caso clínico, rotura uterina en paciente con cesárea anterior y estrechez pélvica. Hospital de nivel III Callao Perú 2017.
http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/ujcm/259/Maria_TrabajoAcademico_SegundaEspecialidad_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Lucana Ccallo, Herminia, Mayta Perez D. Incidencia, características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron hemorragia posparto inmediato hospital María Auxiliadora Lima Perú 2014. Citado el 12 de febrero del 2019 recuperado a partir de:
<http://repositorio.ual.edu.pe/browse?value=Lucana+Ccallo%2C+Herminia&type=author>
7. Schwarcz Ricardo, Sala silvestre et.al. Obstetricia, Editorial El Ateneo 7ma. Edición Argentina2014.
8. Awais GM., Lebherz. T. B. Ruptured uterus, a complication of oxytocin induction and high parity. *Obstet. Gynecol.* 36-45 1970
9. Díaz Pérez Dieguina, Roldan Vergara. Rotura uterina. Hospital Universitario Virgen del Rocío Sevilla España [internet] citado el 26 de febrero del 2019 recuperado a partir de:
<https://es.slideshare.net/uvirgendelrocio/rotura-uterina-17033046>
10. Castro Anaya Esteban y Díaz Infante Augusto. Rotura uterina *Ginecol Obstet Mex* 2010;78 (4):254-258 San Luis Potosí, México. citado el 23 de febrero 2019 disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom104i.pdf>

11. Cruzado Dávila Luis E. Ginecología y obstetricia. Rotura Uterina. Universidad Nacional de Trujillo 2009 [internet] citado el 24 de febrero 2019 disponible en:
<https://es.slideshare.net/luis1985/rotura-uterina>
12. Rigol Ricardo, Orlando; y Stalina Santisteban, Alba: Obstetricia y ginecología. La Habana Cuba: Ciencias Médicas, 2004 [internet] citado el 03 de marzo 2019. Disponible en:
https://www.ecured.cu/Rotura_uterina#Fuente
13. Guías Nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva: Lima, Ministerio de salud, 2007.
14. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria, Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007.
15. Asavari Ashok Bachhav, Juzer Ibrahim Fidvi. “Post caesarian vaginal omental prolapse: a rare case report”. Provincial Hospital of Zaire, Angola Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences 2013; 2(47): 9230-2.
16. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Prolapso transvaginal de omento como signo de rotura uterina, vol.41 no.2 Ciudad de la Habana Cuba abr.-jun. 2015
17. 4thStage Transvaginal omental herniation during VBAC complicated by shoulder dystocia: a unique presentation of uterine rupture. Aruyaru Stanley Mwenda citado el 05 de febrero 2019 disponible en:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-76>.

18. Martínez Salazar Guillermo, Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. Revista mexicana de anesthesiología. Vol. 36. 1 Abril-Junio 2013 pp S159-S162 citado el 02 de marzo 2019: disponible en :
<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131aj.pdf>
19. Soriano Bru José Luís, Gonzales López Lourdes. Atención a la cesárea urgente Consorcio hospital general universitario de Valencia España 2013 citado el 12 de marzo del 2019 disponible en:
http://chguv.san.gva.es/docro/hgu/document_library/servicios_de_salud/servicios_y_unidades/Servicio_anestesia/Sesiones_clinicas/2012-2013/SORIANO-PROTOCOLO%20Via%20Clinica%20de%20ATENCION%20CESAREA%20URGENTE-Sesion%20SARTD-CHGUV-12-2-13.pdf
20. Ramirez J.V. Apuntes de obstetricia, accidentes obstétricos. Citado el 22 de febrero 2019 disponible en:
[https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%200-35%20\(2008\).pdf](https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%200-35%20(2008).pdf)
21. Janser-Reynaud Martha, Ochoa-Alcántara Ricardo. Manejo de la paciente con una cesárea anterior Hospital Nacional de Honduras. Rev Med Post UNAH Vol.4No.2 Mayo-Agosto, 1999, citado el 23 de febrero 2019 disponible en <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/1999/pdf/Vol4-2-1999-12.pdf>