

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN RIESGO OBSTETRICO

INFORME DE CASO CLINICO

**ROTURA UTERINA INTRAPARTO OCURRIDA EN UNA MULTÍPARA
ATENDIDA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL-2017**

Para optar el Título de Especialista en Riesgo Obstétrico

Autores:

Lic. Delly Hermelinda Cruzado Valeriano

Lic. Luduvina Editta Cuba Navarrete

Asesor

Mg. Félix Dasio Ayala Peralta

LIMA – PERÚ

2017

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

DESCRIPCION DEL CASO CLÍNICO

CAPÍTULO II

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO III

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

3.1 Antecedentes nacionales

3.2 Antecedentes internacionales

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

5.2 RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMEN

La rotura uterina es una situación clínica que puede aparecer durante el parto o más raramente durante el embarazo pero que puede tener graves consecuencias para la vida materna y fetal. La posibilidad de una rotura uterina en un útero intacto es poco frecuente, y se describen factores de riesgo prevalentes como la multiparidad, distocia de presentación, macrosomía fetal, uso de oxitocina, partos podálico, trauma obstétrico, versiones internas y externas fetales, anomalías uterinas, uso inadecuado de prostaglandinas y partos instrumentalizados.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 44 años de edad, multípara, sin cicatriz previa, de 38 semanas de gestación, en fase activa de trabajo de parto, hipodinamia uterina, palpación de fondo uterino, signos vitales maternos normales, con deflexión de III grado presentación de cara y con latidos cardiacos fetales bradicárdicos. La realización inmediata de una cesárea obtuvo como resultado una recién nacida con puntuación de Apgar normal y cuyo hallazgo intra-operatorio reveló rotura uterina completa con estallamiento de cara posterior de útero a la altura de segmento uterino, luego del cual se procede a realizar cesárea-histerectomía total y salpingo-oforectomía unilateral derecha. Paciente evoluciona favorablemente y sale de alta médica al 7° día post operatoria acompañada con su recién nacida.

Palabras claves: Rotura uterina, trabajo de parto, Multiparidad, Distocia de presentación, Cesárea-Histerectomía.

ABSTRACT

Uterine rupture is a clinical condition that may occur during childbirth or more rarely during pregnancy but may have serious consequences for maternal and fetal life. The possibility of uterine rupture in an intact uterus is rare and prevalent risk factors such as multiparity, presentation dystocia, fetal macrosomia, oxytocin use, fetal births, obstetric trauma, internal and external fetal versions, uterine abnormalities, inadequate use of prostaglandins and instrumentalized deliveries.

We present the case of a 44-year-old female, multiparous, with no previous scar, 38 weeks gestation, and active labor phase, uterine hypodinamia, and uterine fundus palpation, normal maternal vital signs, with deflection of III degree face presentation and with bradycardic fetal heart beats. The immediate accomplishment of a cesarean section resulted in a newborn with normal Apgar score and whose intraoperative finding revealed complete uterine rupture with bursting of the uterine posterior surface at the level of the uterine segment, after which a total cesarean-hysterectomy was performed salpingo-oophorectomy. Patient progresses favorably and leaves medical discharge on the 7th postoperative day accompanied by her newborn.

Key words: Uterine rupture; Labour birth; Multiparity, Presentation dystocia; Cesarean-hysterectomy.

INTRODUCCION

La rotura uterina es una de las complicaciones obstétricas más graves que ocurren durante el parto y más raramente durante el embarazo; las que conllevan a una elevada morbilidad y mortalidad materna y fetal. La probabilidad de la rotura uterina aumenta hacia gestación a término debido a la distensión uterina y al aumento de la actividad uterina.

La rotura uterina es la solución de continuidad de la pared uterina en el útero gestante; y que ésta puede ocurrir a nivel de la porción supra vaginal del cérvix, del segmento inferior o del cuerpo del útero. Se pueden producir tanto sobre un útero sano, como con una cicatriz previa (1).

La rotura uterina puede comunicarse directamente con la cavidad abdominal (rotura completa) o puede quedar separada de ésta por el peritoneo visceral del útero o del ligamento ancho (rotura incompleta). Según la causa o factores predisponentes de la rotura, se clasifica en: a) rotura de cicatriz uterina previa; b) rotura traumática; y (c) en rotura espontánea. En la mayoría de los casos se presenta en gestantes con una cesárea anterior (2,3).

La posibilidad de una rotura uterina en un útero intacto es poco frecuente, y se han descrito algunos factores de riesgo prevalentes, entre los cuales se mencionan la multiparidad, distocia de presentación, macrosomía fetal, uso de oxitocina, partos podálicos, trauma obstétrico, versiones internas y externas fetales, anomalías uterinas, uso inadecuado de las prostaglandinas y partos instrumentalizados (2,4). A pesar de estas causas la mayoría de los casos se presentan de forma imprevista, y con complicaciones maternas y fetales variables(2).

Es más común la rotura uterina en los casos de distocias de presentación o de trabajo de parto prolongado, y es más rara cuando espontáneamente llega a presentarse durante el embarazo.

La rotura uterina se presenta habitualmente en pacientes con cicatriz de cesáreas previas, siendo la rotura de un útero sin cicatriz un fenómeno infrecuente, pero de graves consecuencias para la madre y el feto. El signo más común asociado en la rotura uterina son las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

Asimismo, es más común en la múltipara que en la primípara; la musculatura uterina puede causar cierto agotamiento que predisponga a su laceración. La causa determinante de la rotura uterina es la contracción del útero, que exagerada y continua, puede llegar a vencer la resistencia del segmento inferior antes que éste permita la salida del producto.

La incidencia de la rotura de un útero intacto está estimada entre 1/5700 y 1/20000 embarazos (5). La mayoría de las roturas uterinas tienen lugar en casos con cicatriz previa.

La incidencia de rotura uterina ha ido en aumento debido al incremento de partos vaginales tras cesárea anterior. Actualmente oscila entre el 0.3 y el 1 %, siendo mayor en mujeres en las que tiene lugar un intento de parto vaginal tras cesárea (0,78%) que en aquellas en las que se lleva a cabo una cesárea electiva (0,22%) (6).

Otros factores relacionados con la incidencia de rotura uterina son: Bishop no favorable en el momento del ingreso para parto, inducción del parto y distocias de presentación, entre otras.

Asimismo, existen otras circunstancias que podrían favorecer la rotura uterina, aunque su relación no está clara y, por tanto, no son especialmente útiles a la hora de predecir la posibilidad de rotura: edad materna avanzada, edad gestacional prolongada, peso fetal estimado de más de 4000g, intervalo intergenésico menor de 18-24 meses e histerorráfia en una sola capa (4,7).

El uso de misoprostol para inducción de parto también se ha asociado a rotura uterina (4).

La clínica de rotura uterina se manifiesta habitualmente durante el trabajo de parto (8).

Los síntomas y signos capitales (1) de la rotura uterina completa son: alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, donde la bradicardia fetal es la más común (5,9). Dolor abdominal (5). Ascenso de la presentación fetal y partes fetales fácilmente palpables por la expulsión del feto a la cavidad abdominal. Disminución evidente o cese de la dinámica uterina, puede palparse un útero blando, incluso la presencia de cambio en la forma del mismo. Hemorragia vaginal, trastornos hemodinámicas maternos y shock. Una hemorragia persistente, a pesar del uso de uterotónicos, debe hacer pensar en una rotura en mujeres con historia previa de cicatriz uterina.

El diagnóstico se realiza habitualmente por laparotomía al observar la disrupción de la pared uterina. Generalmente se decide la práctica de laparotomía ante la sospecha clínica, sobre todo si aparece en una mujer con historia de cirugía uterina previa.

El manejo y tratamiento de rotura uterina es una emergencia obstétrica de prioridad I que requiere atención quirúrgica inmediata. No se debe intentar el parto por vía vaginal, pues esto podría agravar las lesiones. En el caso de que el diagnóstico haya tenido lugar en la revisión tras parto vaginal, se debe realizar una laparotomía para identificar las características de la lesión y proceder al tratamiento adecuado.

Presentamos el caso clínico reciente, detallando el manejo y resultado materno y fetal, ocurridas en una gestante múltipara de 44 años de edad, con útero sin cicatriz uterina previa y cuya edad gestacional fue de 38 semanas, que se

encontraba en fase activa de trabajo de parto espontánea que ingresó por el Servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal.

En tal sentido el objetivo primordial de la presentación del presente caso clínico es contribuir en la detección precoz de los signos de alarma identificando los factores de riesgo de rotura uterina con la finalidad de contribuir en la disminución de la morbimortalidad materno perinatal del país. Por tal motivo inducir a toda gestante en la preparación de psicoprofilaxis obstétrica.

CAPÍTULO I

DESCRIPCION DEL CASO CLÍNICO

A) DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Filiación:

Historia Clínica: xxxxxxxx

Fecha de atención: 08 de marzo 2017 a 11.10 horas

Lugar de atención: Instituto Nacional Materno Perinatal

Apellidos y Nombres: Z.H.D.M.L.

Edad: 44 años

Estado Civil: Casada

Ocupación: Docente

Domicilio: Callao

B) ATENCION OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA

Fecha: 08/03/17 Hora de atención: 11:10 horas

MOTIVO DE ATENCIÓN:

Paciente acude por contracciones uterinas. Tiene dinámica uterina hace 18 horas. Niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico. Actualmente percibe disminución de movimientos fetales. Paciente acude por sus propios medios, sin hoja de referencia, y niega haber recibido algún medicamento en su domicilio.

Fecha de última regla (FUR): 09/06/16

Fecha probable de parto (FPP): 16/03/17

Niega haber realizado psicoprofilaxis obstétrica durante el control prenatal.

Edad Gestacional (EG): 38 semanas por ecografía de I trimestre

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Formula Obstétrica: G 9 P 4044

- Gesta 1 en año 1996, edad gestacional de 38 semanas, culminó con parto vaginal con recién nacido de sexo femenino, peso 3500 g.
- Gesta 2 en año 2000, edad gestacional de 37 semanas, culminó con parto vaginal.

- Gesta 3 en año 2008, edad gestacional de 38 semanas, culminó con parto vaginal con recién nacido de sexo femenino, peso 3600 g.
- Gesta 4 en año 2011, aborto espontáneo que culminó en Legrado uterino.
- Gesta 5 en año 2011, aborto espontáneo que culminó en Legrado uterino.
- Gesta 6 en año 2012 aborto espontáneo que culminó con legrado uterino.
- Gesta 7 en año 2013 aborto espontaneo que culminó con legrado uterino
- Gesta 8 octubre año 2014, edad gestacional de 38 semanas, culminó con parto vaginal, con recién nacido vivo, sexo masculino, peso 3900 g.
- Gesta 9: Actual de 38 semanas por ecografía del I trimestre, que culminó en parto por cesárea, con recién nacido vivo, sexo femenino, peso 2375g.

Periodo internatal: Hace 2 años 4 meses parto vaginal.

Atención Prenatal: Según historia clínica perinatal CLAP-OPS/OMS se encuentra registrada 5 controles prenatales a partir de 19 semanas hasta 38 semanas de gestación, realizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (anexo 1).

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- a) No hay antecedentes personales y familiares patológicos.
- b) Cirugía pélvica: Ninguna

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS:

Menarquía: 14 años. Régimen catamenial: 3/33 días. Inicio de relaciones sexuales: A los 21 años de edad. Andría: 01. Uso de métodos anticonceptivos: Preservativos

EXAMEN FISICO GENERAL

Funciones vitales: Temperatura: 36.8°C. Presión arterial: 100/70 mmHg. Pulso: 76/minuto. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Peso: 50kg. Talla: 1.52cm. IMC=21.64 kg/m². Estado general y sensorio conservado. Aparato cardiovascular, respiratorio y urinario normales. Extremidades sin edemas.

EXAMEN OBSTÉTRICO

Altura uterina: 33 cm. Latido cardíaco fetal: 115-122 lpm. Dinámica uterina: 2 contracciones/10 minutos. Feto único: en situación longitudinal, presentación cefálica, posición izquierda.

Ponderado fetal: 3300g ±100g.

Al tacto vaginal: Cérvix incorporación: 90%. Dilatación: 9 cm. Altura de presentación: -4. Variedad de presentación: mento iliaca izquierda anterior. Pelvimetría Clínica: pelvis ginecoide.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Multigesta de 38 semanas por ecografía de I trimestre y por fecha de última menstruación.
2. Deflexión de III grado
3. Presentación de cara
4. Trabajo de parto fase activa
5. Edad materna avanzada.

PLAN DE TRABAJO:

Set de análisis preoperatorio.

Cesárea de emergencia

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

1. Cloruro de sodio al 9 x 1000cc endovenosa a 30 gotas por minuto.
2. Preparar abdomen para sala de operaciones.
3. Controles obstétricos
4. Control de funciones vitales

Queda la gestante en la sala de observación de emergencia.

Nota de enfermería:

A las 11:25 horas ingresa a sala de observación de emergencia

A las 11:30 horas se prepara para sala de operaciones.

A 12:05 horas se efectiviza análisis de sangre.

A 12:20 horas paciente pasa a sala de operaciones.

REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE EMERGENCIA

Fecha: 08/03/17

Gestante en la sala de observación de emergencia

Exámenes auxiliares en emergencia

Hemoglobina: 10.2 g%

Recuento de Plaquetas: No se hizo por falta de reactivo

Fibrinógeno: No se hizo por falta de reactivo

Tiempo de protrombina: 10.9 segundos

Tiempo parcial de tromboplastina: 28.3 segundos

Creatinina: 0.68 mg%

Grupo sanguíneo: "B"

Factor RH: Positivo.

HIV Test Elisa: No reactivo

RPR sífilis: Negativo

Examen de Orina: Negativo

C) ATENCIÓN EN CENTRO QUIRÚRGICO

Fecha: 08/03/2017 Hora: 12:58 pm

Primer momento operatorio

Diagnóstico Preoperatorio:

1. Multigesta 38 semanas en trabajo de parto
2. En periodo expulsivo de trabajo de parto
3. Trabajo de parto obstruido por presentación de cara
4. Malformación congénita no especificada

Procedimiento quirúrgico

Técnica: Se extrae al recién nacido en presentación cefálica (deflexión tercer grado), el cual se encuentra deflexionado en 180°, se exterioriza el

útero donde se evidencia mioma uterino de aproximadamente 15 cm localizado en fondo lateral izquierdo, se evidencia estallamiento de cara posterior de útero a la altura de segmento uterino.

Diagnóstico Post operatorio:

Lo mismo más Rotura uterina completa

Hallazgos:

Recién nacido vivo. Sexo femenino. Apgar 7 al minuto y 8 a los 5 minutos. Peso: 2375g. Talla 46 cm (anexo 2) Placenta fúndica. Líquido amniótico claro.

Al exteriorizar el útero se evidencia mioma uterino de aproximadamente 15 cm localizado en fondo lateral izquierdo, y estallamiento de cara posterior de útero a la altura de segmento uterino.

Segundo momento intraoperatorio

Diagnóstico Preoperatorio:

Puérpera post parto por cesárea.

Rotura del útero durante el trabajo de parto.

Hemorragia consecutiva a la expulsión de la placenta.

Procedimiento quirúrgico:

Histerectomía abdominal total mas salpingo-forectomía unilateral derecha.

Descripción del procedimiento:

Se procede a realizar Histerectomía según técnica habitual, comenzando de corte y sutura de ligamentos redondos, corte y sutura del infundíbulo pélvico, se procede a disminuir el peritoneo anterior separando vejiga de la pared anterior de útero, luego del cual se extrae pieza operatoria completa incluido Cérvix, coagulación y hemostasia de vasos sangrantes, cierre de cúpula vaginal con catgut crómico N° 1 surget continuo. Se deja 5 hemogelitas en la cúpula vaginal y se procede a la Peritonización. Cierre de pared por planos. Se deja 01 tapón vaginal.

Hallazgos: Sangrado intraoperatorio 1500cc. (Anexo 3).

Estudio patológico: Útero.

Recibió transfusión sanguínea: 01 unidad de paquete globular.

D) HOSPITALIZACIÓN EN SERVICIO DE OBSTETRICIA “B”

09/03/2017 Visita médica

Paciente refiere dolor en herida operatoria. Afebril. Portadora de sonda Foley. Al examen: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, en aparente regular estado general. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación.

Diagnóstico: Post operada de 1° día de cesárea más Histerectomía Abdominal Total más Salpingo-oforectomía derecha por Rotura uterina.

Plan de Trabajo: Hemoglobina control.

Tratamiento: Dieta blanda más Líquidos a voluntad. Dieta blanda por la tarde. Control de funciones vitales y Control de Sangrado Vaginal. Ketorolaco 10 mg vía oral cada 8 hrs (suspendido). Metamizol 1 gr (suspendido). Retirar tapón vaginal. Retirar vía permeable (suspendido). Permanece sonda Foley. Tramadol 100 mg cada 12 hrs. Cloruro de sodio 0.9 % 1000 cc: XXX gotas por min.

10/03/2017: 08:00 horas: Reevaluación Médica: Paciente refiere moderado dolor en herida operatoria. Al Examen: Lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Aparente regular estado general. Mamas blandas secretantes. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación: Herida operatoria: Cubierta por apósitos secos limpios. Genitales externos: No sangrado vaginal. Génito urinario: Sonda Foley permeable, orina clara.

Diagnóstico:

1. Post operada de 2° día de cesárea más Histerectomía Abdominal Total y Salpingo-oforectomía derecha por rotura uterina.
2. Anemia Leve.

Tratamiento: Dieta blanda más líquidos a voluntad. Control de funciones vitales y Control de sangrado vaginal. Ketorolaco 10 mg vía oral cada 8 hrs. Tramadol 100 mg condicional a dolor intenso. Mantener sonda vesical. Cefuroxima 500mg vía oral cada 12 hrs. Retirar vía.

11/03/2017: 08:00 horas: Reevaluación Médica: Paciente refiere moderado dolor en herida operatoria. Al Examen: Lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Aparente regular estado general. Mamas turgentes secretantes. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación: Herida operatoria:

Cubierta por apósitos secos limpios. Genitales externos: No sangrado vaginal activo. Génito urinario: Sonda Foley permeable, orina clara.

Diagnóstico:

1. Post operada de 3 día de cesárea más Histerectomía Abdominal Total y Salpingo-ooforectomia derecha por Rotura uterina.
2. Anemia Leve.

Tratamiento: Dieta blanda y Líquidos a voluntad. Control de funciones vitales más Control de sangrado vaginal. Paracetamol 10 mg vía oral cada 8 hrs. Tramadol 100 mg condicional a dolor intenso. Cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 hrs. Mantener sonda vesical.

12/03/2017: 08:00 horas: Reevaluación Médica: Paciente refiere moderado dolor en herida operatoria. Al Examen: Temperatura: 37°C. Presión arterial: 100/60 mmHg. Frecuencia respiratoria: 20 por min. Frecuencia cardiaca: 70 por min. Lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Aparente regular estado general. Mamas blandas secretantes. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación. Herida operatoria: Limpia no flogosis. Genitales externos: Sangrado escaso.

Diagnóstico:

1. Post operada de 4° día de cesárea más Histerectomía Abdominal Total y Salpingo-ooforectomia derecha por Rotura uterina.
2. Anemia Leve.

Tratamiento: Dieta blanda y líquidos a voluntad. Control de funciones vitales y Control de sangrado vaginal. Ketorolaco 10 mg vía oral cada 8 hrs. Tramadol 50 mg condicional a dolor intenso. Cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 hrs. Mantener sonda vesical.

13/03/2017: 08:00 horas: Reevaluación Médica: Paciente refiere estreñimiento. Dolor y ardor en herida operatoria. Al Examen: Temperatura: 36.6°C. Frecuencia respiratoria: 20 por min. Frecuencia cardiaca: 82 por min. Lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Aparente regular estado general. Mamas blandas secretantes. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación. Herida operatoria: Limpia no signos de flogosis. Genitales externos: Escasos sangrado vaginal. Génito urinario: Sonda Foley permeable.

Diagnóstico:

1. Post operada de 5° día de cesárea más Histerectomía Abdominal Total y Salpingo-ooferectomía derecha por Rotura uterina.
2. Anemia Leve.

Tratamiento: Dieta completa y líquidos a voluntad. Control de funciones vitales y Control de sangrado vaginal. Ketorolaco 10 mg vía oral cada 8 hrs. Tramadol 50 mg condicional a dolor intenso. Cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 hrs. Mantener sonda Foley.

14/03/2017: 08:00 horas: Reevaluación Médica: Paciente refiere leve dolor en herida operatoria. Al Examen: Temperatura: 37°C. Frecuencia respiratoria: 20 por min. Frecuencia cardiaca: 82 por min. Lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Aparente regular estado general. Mamas blandas secretantes. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación. Herida operatoria: Limpia no signos de flogosis. Genitales externos: Loquios escaso sangrado vaginal. Génito urinario: Sonda Foley permeable, orina clara.

Diagnóstico:

1. Post operada de 6° día de cesárea más Histerectomía Abdominal Total y Salpingo-ooferectomía derecha por Rotura uterina.
2. Anemia Leve.

Tratamiento: Dieta completa y líquidos a voluntad. Control de funciones vitales y Control de sangrado vaginal. Cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 hrs. Ketorolaco 10 mg vía oral cada 8 hrs. Tramadol 50 mg condicional a dolor intenso. Mantener sonda Foley.

15/03/2017: 07:00 horas: Reevaluación Médica: Paciente refiere leve dolor en herida operatoria, niega otras molestias. Faltos (-). Al Examen: Presión arterial: 110/90 mmHg. Temperatura: 37°C. Frecuencia respiratoria: 16 por min. Frecuencia cardiaca: 80 por min. Lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Aparente regular estado general. Mamas blandas secretantes. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación. Herida operatoria: Limpia no signos de flogosis. Genitales externos: Loquios escaso sangrado vaginal. Génito urinario: Sonda Foley permeable, orina clara.

Diagnóstico:

1. Post operada de 7° día de cesárea más Histerectomía Abdominal Total y Salpingo-ooferectomía derecha por Rotura uterina.
2. Anemia Leve.

Tratamiento: Dieta completa y líquidos a voluntad. Deambulación. Cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 hrs. Paracetamol 500 mg vía oral condicional.

Alta médica al 7° día postoperatorio (15/03/17). Evolución favorable.

E) ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

PLACENTA

Placenta mide 17x15x1.5 cm. Pesa 386 g. Forma ovalada. Cordón umbilical 3 vasos. Inserción excéntrica.

Diagnóstico microscópico: Placenta del III trimestre, leve aumento de nudos sinciciales, depósitos fibrinoides intervillosos, calcificación en el 10% de la muestra estudiada. Cordón umbilical normal. Membranas: corioamnionitis aguda (anexo 4).

UTERO

Se recibe útero y anexo derecho que pesa 1402 g y mide 14 cm de longitud, 14 cm de ancho y 10 cm anteroposterior.

Diagnóstico microscópico: Cérvix lesión intraepitelial de bajo grado, Cervicitis Crónica Hemorrágica y Congestiva, endometrio decidualizado. Miometrio leiomiomas intramurales. Hiperplasia e hipertrofia de fibras musculares con focos de congestión vascular. Anexo derecho: Trompa uterina congestiva. Ovario cuerpos lúteos (anexo 5).

CAPÍTULO II

JUSTIFICACION DEL CASO CLINICO

En el siglo XIX se realiza la primera publicación de 100 casos de roturas uterinas, en úteros intactos (10), ya que en aquella época no era factible realizar una cesárea. Con el transcurrir del tiempo esto ha ido cambiando y las distintas series publicadas están constituidas cada vez más por un número mayor de casos de rotura uterina en pacientes con cicatriz de cesárea. Actualmente, el antecedente de cesárea previa es el principal factor de riesgo para presentar una rotura uterina obstétrica (2).

La rotura uterina es una situación clínica sumamente grave que puede aparecer durante el trabajo de parto o más raramente durante el embarazo. Puede comprometer seriamente la vida materna y fetal, así como condicionar secuelas en ambos.

Para rotura uterina en útero sin cicatriz previa, existen factores de riesgo causales (2) entre los cuales destacan la multiparidad, macrosomía fetal, uso de oxitocina, versiones fetales, partos instrumentados, uso de misoprostol y anomalías uterinas. La mayoría de los casos de rotura uterina se presentan de forma imprevista, y con complicaciones maternas y fetales variables (2).

Nos enfrentamos a una gestante que acude tardíamente en fase activa de trabajo de parto con dilatación de 9 cm que fue atendida en emergencia con diagnóstico de distocia de presentación, fase activa de trabajo de parto y multiparidad de 38 semanas por fecha de última regla que fue derivada para cesárea inmediata y en el momento del acto intraoperatorio se verifica la rotura uterina completa con feto vivo procediéndose a la cesárea-histerectomía total. Esta intervención quirúrgica oportuna salvaguardó la vida materna y fetal.

Este evento obstétrico nos hace cuestionarnos el control prenatal realizado en nuestro país y manejo del parto en países subdesarrollados donde al parecer no se cumple, la educación sobre el plan de parto, trabajo de parto prolongado,

psicoprofilaxis obstétrica, mal uso del partograma y auto referencia o referencia tardía de las gestantes por existir una incipiente red de salud materno perinatal. La rotura uterina completa o catastrófica, como es nuestro caso, se considera la complicación obstétrica más grave debido a su alta morbimortalidad materna y fetal, aunque el diagnóstico y tratamiento precoces junto con las medidas de soporte han reducido de forma importante la mortalidad materna. Debe distinguirse de la dehiscencia de una cicatriz previa que no penetra en la serosa o no produce complicaciones. La rotura de un útero intacto es rara, normalmente asociada a sobre distensión (polihidramnios, gestación múltiple, malformaciones uterinas, etc.), multiparidad, macrosomía fetal, uso de oxitocina, versiones fetales, partos instrumentados, uso de misoprostol y partos prolongados, que son factores de riesgo importantes que hay que considerar en la vida cotidiana durante la atención obstétrica.

En tal sentido la presentación del presente caso clínico ocurrido en la mujer de edad materna avanzada, con multiparidad visible, con antecedente de cuatro legrados durante su vida reproductiva y que presentó una distocia de presentación fetal en el intraparto; y aún más, con referencia tardía al hospital que llegó con dilatación cervical de 9 centímetros en pleno trabajo de parto y que fue sometida a cesárea de emergencia, donde el hallazgo intraoperatorio condujo al diagnóstico de rotura uterina completa; esto nos sirve para enfocar en el futuro la identificación en la historia clínica perinatal de todos los factores de riesgo existentes en salud sexual y reproductiva de una mujer gestante, con la finalidad de prever con antelación la sospecha de posible rotura uterina y que durante el control prenatal se realice un estudio clínico minucioso y con apoyo de la ultrasonografía obstétrica se haga la medición del grosor de pared uterino, sobre todo en el segmento uterino inferior, y conjuntamente con la valoración de riesgo obstétrico se llegue a un diagnóstico oportuno, que nos permita contribuir en la disminución de morbilidad y mortalidad materno perinatal en el país.

CAPÍTULO III

ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

3.1 Antecedentes nacionales

Ramírez J y col (2017) en su investigación titulada “Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015” cuyo objetivo fue determinar la incidencia, factores asociados y repercusiones de la histerectomía obstétrica. Diseño: Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y transversal. Institución: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Material: Analizaron las historias clínicas de 69 pacientes con histerectomía obstétrica (HO) realizadas del 01 de enero 2003 al 31 de diciembre 2015. Metodología: Se utilizó el *odds ratio* como medida de asociación. El análisis estadístico se realizó en los programas Excel 2013 y SPSS. Principales medidas de resultados. Tasa, factores asociados, indicaciones, complicaciones de la HO. Principales resultados: La tasa de histerectomía obstétrica fue 0,69/1 000. El 82,6% consistió en parto por cesárea (1,94/1 000), OR cesárea/parto vaginal 19,91. El 65,2% fue realizada en multípara de 35 años o menos de edad, 78,2% con control prenatal. Los diagnósticos principales fueron placenta previa (27,5%) y cesárea anterior (15,9%). Las principales indicaciones clínicas para realizar una HO fueron atonía uterina y acretismo placentario (ambas 39,1%), rotura uterina (2,9%). En 47,8% de los casos se practicó cesárea histerectomía, y la HO supra cervical representó el 55%. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos el 84%, necesitó transfusión sanguínea el 91,3%. Se reportó complicaciones durante el acto quirúrgico en 18,7%, siendo reintervenida el 15,9%. No hubo muerte materna. Concluye que la histerectomía obstétrica (HO), aunque de baja incidencia (0,69/1 000 eventos obstétricos), sigue siendo una circunstancia crítica y mutilante. La cesárea tuvo 19,9 veces más riesgo de histerectomía obstétrica que el parto vaginal (OR: 19,9; IC95%, 8,6 a 46,2). No hubo casos de muerte materna (11).

Del Águila R, Isla J (2012) en la tesis titulada “Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011” tuvo como objetivo: determinar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomías en el hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo enero 2006 - Julio de 2011. Diseño: investigación descriptiva simple, de corte transversal, retrospectiva. Metodología: La población en estudio estuvo constituida por 27 pacientes a quienes se realizó histerectomía obstétrica. La información fue obtenida de las historias clínicas. Principales resultados: la incidencia de Histerectomía Obstétrica fue 0,18% que significa 1 por cada 564 casos obstétricos, rango de edades 17-43 años (63%). El 77% de las pacientes tuvieron al menos 1 a más de 6 controles prenatales y el 33 % sin control prenatal; el 37 % presentaron entre 2 y 3 gestaciones previas y el 19 % eran nulíparas, el rango de edad gestacional fueron 30 a 42 semanas con un promedio de 35 semanas. Respecto al momento de la histerectomía obstétrica 63% de los casos corresponde a cesárea - histerectomía seguido del 33% histerectomía- post cesárea y un 4 % correspondiente a histerectomía obstétricas Post Parto vaginal. Las principales indicaciones de las histerectomías obstétricas fueron por atonía uterina con el 63%, seguida por acretismo placentario 15%, rotura uterina 11%, sepsis 7% y útero Couvelaire 4%. La cesárea aumenta 1.04 veces el riesgo de la histerectomía obstétrica comparado con el parto vaginal. El 96% fueron intervención por cesárea y el 4% vía vaginal. Prevalció la histerectomía abdominal sub total 93% y el 7% de histerectomía total. Tiempo operatorio promedio fue 75,43 min. Concluye que las principales indicaciones de las histerectomías obstétricas fueron por atonía uterina seguida por acretismo placentario, rotura uterina, sepsis y útero Couvelaire (12).

Huertas-Tacchino E y col (2010) en el estudio “Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior” cuyo objetivo fue determinar los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa, a quienes se les indicó prueba de trabajo de parto. Diseño: Estudio de cohortes, retrospectivo, analítico. Institución: Unidad de Medicina Fetal, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú. Participantes: Gestantes con antecedente de una cesárea previa y atendidas en el parto. Intervenciones: Se revisó 584 historias clínicas de mujeres con antecedente de una cesárea previa que dieron a luz entre enero y diciembre de 2007. Se excluyó las pacientes que no cumplían los criterios de inclusión y se obtuvo los resultados materno perinatales de las 266 gestantes restantes. Principales resultados: De 266 gestantes con antecedente de una cesárea previa y sin contraindicación para el parto vaginal, a 188 (70,7%) se les indicó cesárea electiva repetida y a 78 (29,3%), prueba de trabajo de parto. De estas últimas, 51 (65,3%) tuvieron éxito. Los resultados maternos muestran en el grupo de cesárea electiva una rotura uterina, una histerectomía y dos casos de hemorragia posparto. En el grupo prueba de trabajo de parto, no hubo rotura uterina, histerectomía, hemorragia posparto. No hubo muertes maternas en algún grupo. En cuanto a los resultados perinatales, no hubo caso de muerte intraútero anteparto o intraparto, Apgar menor de 7 a los 5 minutos, ni muertes neonatales, en ninguno de los dos grupos. Concluye que no hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa a quienes se indicó prueba de trabajo de parto, comparados con quienes se indicó cesárea electiva repetida. La tasa de éxito del grupo prueba de trabajo de parto fue 65,3% (13).

3.2 Antecedentes internacionales

Muñoz A et al (2015) en la publicación titulada “Rotura uterina completa en el intento de parto vaginal en gestantes con cesárea anterior” cuyo objetivo fue la revisión de los casos de rotura uterina completa y su relación con el intento de parto vaginal en la cesárea anterior en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Sujetos y métodos: Durante el periodo de estudio (2007-2013), se atendieron 27.008 partos, de los cuales 2.644 fueron en mujeres con cesárea anterior. Se produjeron un total de 5 roturas uterinas completas, todas ellas en las 2.198 mujeres con cesárea anterior que intentaron el parto vaginal. Principales resultados: La incidencia total de rotura uterina fue del 0,019%. Entre las gestantes con cesárea anterior fue del 0,19% y en el subgrupo que intentó el parto vaginal fue de 0,23%. Concluye que todas las roturas uterinas se produjeron en las gestantes con cesárea anterior que intentaron el parto vaginal. En todos los casos se emplearon uterotónicos y en cuatro de ellos se observó un patrón cardiotocográfico característico (deceleraciones variables seguidas de bradicardia y ritmo silente o bradicardia mantenida) (14).

Martin D y col (2015) en su publicación de caso clínico “Rotura uterina sin cicatriz de cesárea anterior: Experiencia de médicos generales en Sichili, Zambia, África” describe que la rotura uterina es una situación clínica que puede aparecer durante el parto o más raramente durante el embarazo. Puede comprometer seriamente la vida materna y fetal, así como condicionar secuelas en ambos. Actualmente la principal causa de rotura uterina es el tener cicatriz de cesárea anterior, la rotura en útero intacto es muy baja y se describen causas como macrosomía fetal, multiparidad, uso de oxitocina, versiones fetales y anomalías uterinas. Presenta el caso de una paciente de 31 años, múltipara de 2, sin cicatriz de cesárea anterior, sin antecedentes mórbidos de relevancia, derivada

de Mbonambi (100 km transportado en carreta) por presentación podálica con 36 horas de trabajo de parto. Se decide realizar cesárea. Al ingreso latidos cardíofetales presentes, palpación de fondo uterino y signos vitales normales. Al realizar asepsia del área operatoria se observa irregularidad abdominal, palpación de partes fetales sin dolor a palpación. Se realiza laparotomía Pfannestiel, en la cual se descubre feto muerto en cavidad peritoneal, útero con única rotura de bordes claros. Se realiza histerorrafia. Paciente evoluciona afebril y se deriva para histerectomía diferida. El control prenatal y el uso del ultrasonido resultan altamente beneficiosos tanto para el normal desarrollo y seguimiento del feto y del embarazo, como para evaluar patologías tanto maternas como fetales así como toda otra situación que pudiera complicar el trabajo de parto y por ende poner en riesgo tanto la salud de la madre como del hijo (2).

Pérez-Adán M (2013) en la investigación titulada “Roturas uterinas completas” cuyo objetivo fue revisar los casos de rotura uterina ocurridos en los últimos cinco años y conocer su incidencia, factores de riesgo y complicaciones maternas fetales inmediatas y a largo plazo. Materiales y métodos: estudio de cohorte, retrospectivo, al que se incluyeron todas las pacientes que finalizaron su embarazo en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (España) entre enero de 2008 y marzo de 2013. Se revisaron todas las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de rotura uterina en ese periodo. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático Epidat 3.0. Tuvo como principales resultados: la incidencia global de rotura uterina fue de 0.078%. En las pacientes con cesárea previa la incidencia se elevó a 0.31%. Concluye que la rotura uterina es un proceso poco frecuente pero con altas morbilidad y mortalidad materno fetal, cuyo principal factor de riesgo es el intento de parto vaginal en las pacientes con cesárea anterior (15).

Onyegbule O et al (2012) en su publicación “Incidence, Risk Factors, Surgical Options, and Maternal and Perinatal Outcomes of Ruptured Uterus in Nnewi: A 10-Year Review” cuyo objetivo fue determinar la incidencia, factores de riesgo, opciones quirúrgicas y resultados perinatales de rotura uterina en Nnewi. Tuvo como diseño: Se diseñó un estudio retrospectivo de 10 años en mujeres con diagnóstico de rotura uterina atendidas en el Hospital Universitario Nnamdi Azikiwe (Nnewi, Nigeria) entre el 1 de enero de 1999 y 31 de diciembre de 2008. Métodos: Los registros de datos de caso de todas las mujeres que habían presentado el diagnóstico de rotura uterina desde 1999 hasta 2008, y la incidencia, factores de riesgo, opciones quirúrgicas y los resultados maternos y perinatales fueron recuperados y analizados. Se utilizó Epi Info 5.1 en el análisis. Principales resultados: Un total de 54 pacientes tuvieron rotura uterina durante el período de estudio. Sin embargo, sólo se analizaron 48 casos. Seis casos no se tuvieron registros. Durante el período de estudio, el número total de partos fue de 8042, dando una prevalencia de 6,7 / 1000 o 1 de cada 149 partos. El número de pacientes sin reservar (es decir, no evaluado en el período prenatal antes de la presentación con complicaciones en el trabajo de parto) fue de 42 casos (87,5%). Treinta y nueve (81,5%) pacientes tuvieron cicatriz uterina anterior. Los factores de riesgo predisponentes más comunes fueron la presencia de cicatriz uterina, uso de oxitócicos solos, uso de oxitócicos en una cicatriz anterior. La tasa de mortalidad total fue del 18,8% y la tasa de mortalidad fetal fue del 87,5%. La causa más común de morbilidad materna fue la anemia 27 casos (56,3%). Concluye que los factores predisponentes para la rotura uterina en Nnewi es modificable y la letalidad es alta. Los esfuerzos integrados para prevenir son necesarios garantizar la pronta gestión para reducir la mortalidad materna y fetal (16).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE CASO CLINICO

La rotura uterina es una de las complicaciones obstétricas más graves que ocasiona elevada morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Incidencia y prevalencia

La rotura uterina sin cicatriz previa es una complicación rara, cuya incidencia varía entre 1/5.700 a 1/20.000 embarazos (1). En la serie presentada por Zwart (17) la tasa encontrada es de 5,9/10.000 embarazos, y en el estudio presentado por Onyegbule O et al (16) una prevalencia de 6,7 / 1000 o 1 de cada 149 partos; el 87% de ellas en un útero con cicatriz previa, siendo la incidencia de 5,1 y 0,8 cada 10.000 mujeres con o sin cicatriz uterina, respectivamente. La rotura uterina se asocia fundamentalmente al intento de parto vaginal con cesárea previa. El riesgo aumenta con el intento de parto vía vaginal hasta el 0,32-0,47%, siendo del 0,03% en mujeres a las que se programa una cesárea electiva (1,6,18-20).

Publicaciones científicas revelan que la mortalidad perinatal varía de 0.13 a 0.05% (1,6,15). En nuestro caso clínico, se trata de una gestante en edad materna avanzada, con útero intacto, en fase activa de trabajo de parto, cuyos factores de riesgo importantes identificadas fueron la multiparidad, cuya fórmula obstétrica fue G 9 P 4044 con cuatro partos vaginales a la fecha y cuatro abortos que fueron manejadas mediante legrado uterino instrumental en 4 oportunidades previamente ; y cuyo producto fue una recién nacida viva que presentó puntuación de Apgar al minuto 7 y a los 5 minutos puntaje 8; es decir, es un caso clínico de rotura uterina con feto vivo.

Este caso ilustra de forma práctica la importancia de la anamnesis reportada en la historia clínica perinatal-CLAP-OPS/OMS (21) utilizada por el INMP donde está precisada la identificación de factores de riesgo prenatal existente durante los 5 controles prenatales efectuadas, donde entre los antecedentes gineco-obstétricos interrogada registra que presenta en la fórmula obstétrica cuatro

abortos que fueron tratados mediante el legrado uterino instrumental en cuatro oportunidades registradas durante los años, 2011 (2 veces), 2012 y 2013 que son factores de riesgo relevantes en la vida reproductiva de la paciente, las cuales han contribuido en la rotura uterina. La literatura menciona que, pequeñas perforaciones realizadas durante cirugías menores uterinas, como histeroscopia (22), laparoscopia (22) o legrado uterino instrumental (23), pueden ser causa de roturas uterinas durante la gestación. Por ese motivo, al realizar la anamnesis, debe interrogarse a la paciente sobre posibles complicaciones en estas intervenciones en su vida reproductiva. En nuestro caso clínico otro factor de riesgo contribuyente fue haber sido sometida a legrado uterino en reiteradas oportunidades que de alguna manera coadyuvaron al desenlace de la rotura uterina espontánea posiblemente por el debilitamiento de la pared uterina.

Los factores de riesgo para rotura uterina, que la literatura mencionan (1) son las siguientes: debilidad intrínseca de la pared (enfermedad de Ehlers-Dan los tipo IV) (24) o arquitectura anormal del útero (útero bicorne, didelfo, etc.) (25); gran multiparidad; intervalo intergenésico corto (<18-24 meses); edad materna avanzada; obesidad (índice de masa corporal >40); macrosomía fetal (>4.000g); placentación anormal (placenta acreta, increta o percreta); histerorrafia en una sola capa; cirugía uterina previa; utilización de uterotónicos (oxitocina y prostaglandinas); maniobras obstétricas traumáticas (parto instrumental, abortos del segundo trimestre, versión y gran extracción, distocia de hombros, versión externa, etc.). Lo cual concuerda con el hallazgo de nuestro caso clínico donde los factores de riesgo presentes fueron la multiparidad y la distocia de presentación fetal que conllevó a la rotura uterina en útero intacto en plena fase activa de trabajo de parto. Cabe precisar que la gestante llegó al INMP en fase activa de trabajo de parto autoreferida, muy probable por la lejanía de su domicilio hacia el hospital y la multiparidad y el desconocimiento de los signos de alarma (ppo) contribuyeron rápidamente con la dilatación cervical que conllevó a que llegue en forma tardía al parto.

Actualmente la macrosomía y las distocias de presentación se diagnostican con más frecuencia con ultrasonido, y los partos prolongados e instrumentalizados han sido desplazados por la cesárea, lo que explica que casos como lo mostrados en este caso clínico sean cada vez menos frecuentes.

En **relación a la clínica de rotura uterina**, podemos mencionar que en la forma típica de rotura uterina completa, puede ir precedida del cuadro clínico denominado *amenaza de rotura o inminencia de rotura*, que se caracteriza por: intensa actividad uterina (contracciones que se suceden cada uno o 2 min); dolor o molestias generalizadas en el abdomen o sobre la zona supra sínfisis; la paciente se muestra inquieta, taquicárdica y con cierto grado de ansiedad; trazado anormal de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) fundamentalmente desaceleraciones variables o tardías (1).

Cabe destacar que los síntomas y signos capitales(1)de la rotura uterina completa son: *alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal*, la bradicardia fetal es la más común, aunque no existe un patrón patognomónico de alteración de la FCF en la rotura uterina (5,26). *Dolor abdominal*, que no siempre se presenta el típico dolor en «puñalada» sino que el dolor puede no tener un carácter tan severo o una localización tan precisa que sugiera claramente la rotura uterina, y puede estar parcialmente enmascarado por la analgesia regional(5). *Ascenso de la presentación fetal y partes fetales fácilmente palpables* por la expulsión del feto a la cavidad abdominal. *Disminución evidente o cese de la dinámica uterina*, puede palparse un útero blando, incluso la presencia de cambio en la forma del mismo. *Hemorragia vaginal, trastornos hemodinámicas maternos y shock*. Una hemorragia persistente, a pesar del uso de uterotónicos, debe hacer pensar en una rotura en mujeres con historia previa de cicatriz uterina. Excepcionalmente se puede asociar un trastorno de la coagulación. La *hematuria*, debería hacer pensar en las lesiones vesicales o uretrales asociadas, que puede estar presente hasta en el 8% de los casos (27). En nuestro caso clínico de todo lo detallado en la literatura coincide con dos

hallazgos importantes como son la alteración de la frecuencia cardíaca fetal con tendencia a la bradicardia fetal y la disminución de la dinámica uterina.

El diagnóstico de rotura uterina, se realiza habitualmente por laparotomía al observar la disrupción de la pared uterina (1). En el presente caso clínico, el hallazgo fue durante el acto operatorio de una rotura uterina completa con estallamiento de cara posterior de útero a la altura de segmento uterino que se presentó durante el intraparto.

Podemos mencionar que la rotura uterina espontánea es un fenómeno extremadamente raro (28). Estas roturas afectan al segmento inferior en el 92% de los casos y no existen diferencias entre úteros con cicatriz y úteros intactos; el cérvix se afecta en el 33% de las roturas sin cicatriz y en el 7% de los úteros con cicatriz (3,22). Las roturas uterinas suelen tener lugar durante el trabajo de parto (8).

La elección de anestesia regional o general se hará en función de la estabilidad de la paciente, pero está contraindicada la anestesia espinal si existen signos de sangrado severo, por el riesgo de coagulopatía y hematoma espinal (5). En nuestro caso se aplicó la anestesia regional raquídea por encontrarse estable la gestante.

La elección de incisión abdominal de Pfannestiel o media dependerá de la sospecha previa en el diagnóstico diferencial. La primera aporta una suficiente exposición del segmento uterino inferior, pero puede no ser adecuada en roturas que afecten al fondo o cara posterior uterina, o cuando se requiera una valoración completa de la cavidad abdominal (1,29). En nuestro caso clínico se optó por realizar una incisión Pfannestiel por ser de práctica rutinaria y por la experiencia del cirujano.

En las gestantes hemodinámicamente inestables o que presentan signos de deterioro fetal debe realizarse una laparotomía urgente. La morbilidad neonatal

es mayor si el tiempo transcurrido entre el establecimiento de una desaceleración prolongada y el parto supera los 18 min (1,30). En nuestro caso clínico se optó por la cesárea inmediata ante la urgencia trabajo de parto obstruido por presentación de cara y presencia de bradicardia fetal.

El tiempo promedio desde que se decidió indicar la cesárea hasta que se incide (tiempo decisión-incisión), en nuestro caso clínico fue de 108 minutos. Las cesáreas indicadas por sospecha de rotura uterina deben ser consideradas como urgentes, dada la amenaza inmediata para la vida del feto y graves complicaciones maternas. El plazo en el cual se recomienda realizar estas intervenciones es de 30 minutos (31). En nuestro caso clínico la indicación médica para pasar a sala de operaciones se dio en emergencia a las 11.10 am y se inició la cesárea a las 12:58 am observándose un promedio de tiempo de espera de 108 minutos que supera el tiempo recomendado de los protocolos internacionales vigentes. Esto es explicable que por la sobredemanda de gestantes que atiende el Instituto debió priorizar las emergencias obstétricas aunque nuestro caso clínico la rotura uterina se diagnosticó recién en el acto operatorio.

En relación al manejo obstétrico, tras el nacimiento se puede plantear la posibilidad de reparar la rotura uterina o realizar una histerectomía (1). La decisión final dependerá de varios factores: la extensión del defecto, el grado de hemorragia, el deseo gestacional de la paciente o la estabilidad hemodinámica de la misma. En los casos de rotura en paciente hemodinámicamente estable es posible el manejo conservador en función del tamaño del defecto y del sangrado (22). En nuestro caso clínico, valorando la extensión de la rotura con estallamiento en la cara posterior del útero, así como la multiparidad conllevó a que los cirujanos optaran la decisión quirúrgica de realizar Cesárea-Histerectomía total con salpingo-oforectomía derecha, cuya intervención quirúrgica inmediata está de acorde a la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, actualmente vigentes (32).

Finalmente precisar que existen pocos casos de diagnóstico prenatal de rotura uterina con actitud conservadora (33,34) o de la reparación uterina prenatalmente (35) por tanto no se pueden extraer conclusiones de su manejo tanto por su rareza como por su complejidad (1).

En situaciones estables con una sospecha diagnóstica se podría valorar el segmento uterino mediante ecografía abdominal (36,37). Las roturas durante la gestación son menos del 5% del total y ocurren fundamentalmente en el tercer trimestre. En mujeres con sospecha clínica y situación estable puede recurrirse a la ecografía o resonancia magnética para intentar aclarar el diagnóstico, previo a la laparotomía (1,38).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1. CONCLUSIONES

1. La edad materna avanzada aunada a la multiparidad está asociada con un aumento del riesgo de rotura uterina durante el trabajo de parto.
2. Gestante de 38 semanas por fecha de última regla en fase activa de trabajo de parto con diagnóstico de Distocia de presentación de III grado que culmina en parto por cesárea como indicación obstétrica.
3. La indicación de cesárea de emergencia fue oportuna por presentar el diagnóstico de parto obstruido por presentación de cara y está acorde con las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal, vigentes.
4. Hubo demora de atención de 108 minutos en el tiempo de espera desde la indicación médica de cesárea y el inicio del acto operatorio.
5. Los factores de riesgo identificados que contribuyeron a la rotura uterina fueron la multiparidad, distocia de presentación y antecedente de legrado uterino instrumental.
6. El diagnóstico de rotura uterina se realizó como hallazgo durante el acto operatorio.

7. La tipificación de rotura uterina en el intraparto corresponde a rotura uterina completa ubicada a nivel de pared posterior del segmento uterino inferior.
8. Los síntomas clínicos identificados corresponden a la hipodinamia uterina y bradicardia fetal que son características patognomónicas de inminencia de rotura uterina.
9. El manejo de la rotura uterina completa fue la cesárea-histerectomía total mas salpingo-oforectomía derecha y está de acorde con las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, vigentes.

1.2. RECOMENDACIONES

1. Promover sistemáticamente la identificación de factores de riesgo que conlleven a disminuir la rotura uterina, sobre todo en gestantes con antecedentes de cirugía uterina previa.
2. Promover la atención prenatal reenfocad mediante la utilización de historia clínica perinatal-CLAP-OPS/OMS para la identificación de factores de riesgo prenatal.
3. En aquellas gestantes con antecedentes maternos de multiparidad, arquitectura anormal del útero, intervalo intergenésico corto, edad materna avanzada, obesidad, macrosomía, placenta acreta, uso indebido de

prostaglandinas, cirugía uterina previa e histerorrafia en una sola capa, deberán acudir a realizar consejería en salud sexual y reproductiva con énfasis en planificación familiar.

4. El manejo adecuado del trabajo de parto puede hacer disminuir los casos de rotura uterina.
5. Reconocer una rotura uterina es de vital importancia, por lo que todos los miembros del equipo multidisciplinario de salud perinatal deben estar alerta ante los signos y síntomas que puedan hacer sospecharla.
6. Es importante que una gestante o parturienta, debe recibir una psicoprofilaxis obstétrica (ppo) durante el control pre-natal y una PPO de emergencia durante la labor de parto para mejorar su condición físico y psíco-afectiva para lograr su tranquilidad y y colaborar con el nacimiento de su hijo.
7. Solicitar ultrasonografía obstétrica antenatal en pacientes con factores de riesgo para la medición del grosor del segmento uterino inferior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos SEGO: Rotura uterina. Prog Obstet Ginecol. 2015; 58(6):296-299.
2. Martin D, Ceroni JP, Sepúlveda A. Rotura uterina sin cicatriz de cesárea anterior: Experiencia de médicos generales en Sichili, Zambia, África. Rev. Obstet Ginecol Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2015; 10(2): 90-92.
3. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: differences between a scarred and unscarred Uterus. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 425-9 .
4. Belmar C, Poblete J, Abarzúa F, Oyarzún E. Rotura uterina en pacientes sin cicatriz uterina. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(3): 180-3.
5. Smith JF, Wax JR. Rupture of the unscarred uterus. UpToDate. 2013. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/rupture-of-the-unscarreduterus>.
6. National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel. National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. *Obstet Gynecol* 2010; 115:1279 -95.
7. Lang CT, Landon MB. Uterine dehiscence and rupture after previous cesarean delivery. UpToDate. 2013. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/uterine-dehiscence-and-rupture-afterprevious-cesarean-delivery>
8. Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstet Gynecol*. 1997; 89:671-3.
9. Walsh CA, Baxi LV. Rupture of the primigravid uterus: A review of the literature. *Obstet Gynecol Surv*. 2007; 62:327-34.
10. Ames RPM. Rupture of the uterus. *Am J Obstet Gynecol*. 1881; 14:361-95.

11. Ramírez J, Cabrera S, Campos G, Peláez M, Poma C. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017; 63(1):27-33.
12. Del Águila R, Isla J. Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011 (Tesis de Licenciatura). Tarapoto-Perú: Universidad Nacional De San Martín. 2012: 65pp.
13. Huertas-Tacchino E, Pocco-Hinostroza DJ. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010; 56: 284-288
14. Muñoz A, Merino AI, Odriozola JM, De Miguel JR. Rotura uterina completa en el intento de parto vaginal en gestantes con cesárea anterior. *Prog Obstet Ginecol.* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2015.06.007>
15. Pérez-Adán M, Álvarez-Silvares E, García-Lavandería S, Vilouta-Romero M, Doval-Condes JL. Roturas uterinas completas. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 81:716-726.
16. Onyegbule O, Onyegbule N, Mbachu I, Ezebialu I. Incidence, Risk Factors, Surgical Options, and Maternal and Perinatal Outcomes of Ruptured Uterus in Nnewi: A 10-Year Review. *Journal Of Gynecologic Surgery.* 2012;28(1):13-15.
17. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, et al. Uterine rupture in The Netherlands: A nationwide population-based cohort study. *BJOG.* 2009; 116:1069.
18. Guise JM, Denman MA, Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean: New insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010; 115:1267-78.
19. Landon MB. Predicting uterine rupture in women undergoing trial of labor after prior cesarean delivery. *Semin Perinatol.* 2010; 34:267-71.
20. Hofmeyr GJ, Say L, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: The prevalence of uterine rupture. *BJOG.* 2005; 112:1221-8.
21. Walsh CA, O'Sullivan RJ, Foley ME. Unexplained prelabor uterine rupture in a term primigravida. *Obstet Gynecol.* 2006; 108:725—7.

22. González R, Nieto L, Couceiro E, López C. Rotura uterina anteparto: importancia diagnóstica de la ecografía obstétrica. *Prog Obstet Ginecol.* 2010;53(9):364-367.
23. Guiheneuf A, Cabaret AS, Grall JY. A case of uterine rupture discovered in the postpartum period. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2007; 14:146-9.
24. Pepin M, Schwarze U, Superti-Furga A, Byers PH. Clinical and genetic features of Ehlers-Danlos syndrome type IV, the vascular type. *N Engl J Med.* 2000; 342:673-80.
25. Erez O, Dukler D, Novack L, Rozen A, Zolotnik L, Bashiri A. Trial of labor and vaginal birth after cesarean section in patients with uterine Müllerian anomalies: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196:537. e1-11.
26. Walsh CA, Baxi LV. Rupture of the primigravid uterus: A review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 2007; 62:327-34.
27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth after previous caesarean birth. Green-Top Guideline N° 45. London: RCOG, February 2007. Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG4511022011.pdf>
28. Landon MB. Uterine rupture in primigravid women. *Obstet Gynecol.* 2006; 108:709-10.
29. Wylie BJ, Gilbert S, Landon MB, et al. Comparison of transverse and vertical skin incision for emergency cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010; 115:1134-40.
30. Holmgren C, Scott JR, Porter TF, et al. Uterine rupture with attempted vaginal birth after cesarean delivery: Decision-to-delivery time and neonatal outcome. *Obstet Gynecol.* 2012; 119:725.
31. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Protocolo Asistenciales en Obstetricia. Cesárea (2015) [consultado 5 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.prosego.com/wp-content/uploads/2015/04/Ces-rea-2015-2.pdf>
32. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Atención Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima 2014.

33. Hamar BD, Levine D, Katz NL, Lim KH. Expectant management of uterine dehiscence in the second trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2003; 102:1139-42.
34. Hunter TJ, Maouris P, Dickinson JE. Prenatal detection and conservative management of a partial fundal uterine dehiscence. *Fetal Diagn Ther.* 2009; 25:123-6.
35. Matsunaga JS, Daly CB, Bochner CJ, Agnew CL. Repair of uterine dehiscence with continuation of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004; 104:1211-2.
36. Attarde VY, Patil P, Chaudhari R, et al. Sonographic findings of uterine rupture with expulsion of the fetus into broad ligament. *J Clin Ultrasound.* 2009; 37:50-2.
37. Vaknin Z, Maymon R, Mendlovic S, Barel O, Herman A, Sherman D. Clinical sonographic and epidemiologic features of second and early third-trimester spontaneous antepartum uterine rupture: A cohort study. *Prenat Diagn.* 2008; 28:478-84.
38. Shore E, Kingdom J, Windrim R. Spontaneous uterine rupture. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009; 31:395
39. ASPPO (Soc. Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica) *Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica*, 3ra. Ed. Lima ASPPO 2010.

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de atención prenatal

12 Oct 2016

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - Maternidad de Lima

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP - OPS / OMS

DOMICILIO: Av. Horacio Duarez Dz H 02
DISTRITO: Cañao. N° 466126

FECHA DE NACIMIENTO: 29/12/17
EDAD (años): 43

RAZA: blanca indígena mestiza negra otra

ALFA BETA: ninguno primaria secundaria superior años en el mayor nivel: 5

ESTUDIOS: ESTADOS CIVIL: unión casada estable soltera otro

CONTROL PRENATAL EN: PARTO EN: D.N.I.: 257511153

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC diabetes hipertensión preeclampsia eclampsia otros

PERSONALES: cirugía pélvica infertilidad VIH+ cardiop. nefrop. cond. médica grave

OBSTETRICOS: gestas previas: 08, abortos: 04, vaginales: 04, nacidos vivos: 04, viven: 04

ULTIMO PREVIO: <2500g , >4000g , gemelares

7 Pez 3800

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año: 09/10/14

EMBARAZO PLANEADO: si no

FRACASO METODO ANTICONCEP.: no barrera DIU píldora depo natural usaba

GESTACION ACTUAL

FECHA: día mes año: 09/09/16

PESO ANTERIOR: 110 Kg, TALLA (cm): 152, FUM: 1603/17

EG. CONFIABLE por FUM Eco-2Ds: si no

MOVIM. FETALES: día mes: no si

FUMA: Cigarrillos por día: 00, Pasiva: 00

ALCOHOL: no si

DROGAS: no si

ANTITETANICA: vigente si no

ANTIRUBEOLA: no sabe embarazo no no

ODONT: si no

MAMAS: si no

CERVIX: si no

PELVIS: si no

BACTERIURIA: si no

GRUPO RH: si no

PARANICOLAUI: si no

VIH: solicitado no

VDRL/PRP: si no

SIFILIS: confirmada por FTA no

VDRL/PRP: si no

Hb >20 sem: si no

FelFOLATOS: si no

Hb >20 sem: si no

ESTREPTOCOCCO B: 35-37 semanas: si no

PELVIANA: intento a término: si no

fecha	dia	mes	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presión arterial	latidos fetales	Movim. fetales	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Responsable	próxima cita
OCT 2016	29	10	34	51.50	100/70	20	NA	138	+	gest. prenatal / Estupe. Dr. prep.	Haga	28/11
NOV 2016	29	11	34	52	100/60	25	LC	145	+		Muri	02/01
3	12	12	35	50	100/60	30	LC	140	+	CONCEPCION: 734; CASO RN: NO. 0.68-1/ce	PUCUTA	18/01
5			35	65.50	100/60	34	LC	142	+		Rovner	21/02
7			36	66	100/60	31	LC	135	+		Dr. Aguije	

PARTO: ABORTO CONSULTAS PRENATALES en EMBARAZO: total días

HOSPITALIZ.: en EMBARAZO: días

CORTICOIDES ANTENATALES: CICLO UNICO n/c

INICIO: espontáneo inducido cesarea

ROTURA MEMBRANAS ANTEPARTO: si no

FECHA DE INGRESO: día mes año: 08/03/17

CARNÉ: si no

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: HAT x Rotura uterina

INDIC. OPER.: si no

ACOMPANANTE: si no

POSICION PARTO: sentada cuclillas acostada

DESGARRO: Grado: 1 2 3 4

OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO: Pre alumbr. Post alumbr.

PLACENTA: Completa precoz (<30s) Retenida

LIGADURA CORDON: Mg SO4 octocina antibiot. analgesia anest. regional anest. gral transfusión

EMERGENCIAS: HTA previa HTA transitoria Anemia Preeclampsia eclampsia cardiop. nefrop. diabetes infec. urinaria HEMORRAGIA infección puerperal

RECIEEN NACIDO

SEXO: M F

PESO AL NACER: 2378 g

LONGITUD: 46 cm

PER. CEFALICO: si no

EG. CONFIABLE: si no

PESO E.G.: adeq. peq. gde.

APGAR: 1 2

REANIMACION: si no

FALLECE en SALA de PARTO: si no

DESTINO: otro

ATENDIDO: med. obst. Enf. Aux. Estad. Empir. otro

RESPONSABLE: HAT

DEFECTOS CONGENITOS: Sdr. Down (159), Fisura labial (126), Hidrocefalia (123), Espina Bífida / meningocela (121), H. diafragm. (165), etc.

ENFERMEDADES RN: Ohfatis (16), Conjuntivitis (17), Sdr. Aspiratorio (51), Neumonia (03), EMH (50), TTRN (05), Apnea (52), Retinopatía (40), Enf. Hemorrag. RN (07), etc.

TAMIZAJE NEONATAL NORMAL: VDRL TSH Hipatía Audición Bilirrubinas Meconio 1er día Boca amba

PUERPERIO: hora min Temp pulso PA invol. loquios

3:70	36.8	76	90/60	ES<
6:40	37	72	90/60	↓
8:50	37	76	90/60	ES

EGRESO RN: vivo con patología trasladado fallece

EGRESO MATERNO: vivo con patología trasladado fallece

ANTIRUBEOLA POST PARTO: si no

ANTI CONCEPCION: si no

MELA: si no

NUMERO de Historia Clínica del RN: 20200A

RESPONSABLE: HAT

APPELLIDO PATERNO: ZORRERA

APPELLIDO MATERNO: HUAMANES DE RONANTE

NOMBRES: LOUIS NOBLE

Cama N°: 202/236404

HISTORIA CLÍNICA N°: 202/236404

Anexo 2. Hoja de reporte operatorio a) y b)

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

INFORME QUIRURGICO

Fecha: 08/03/2017 Ingreso CC: 12:20 pm
Nº Libro: 141264

DATOS DEL PROCEDIMIENTO INTV OBSTETRIC TIPO EMERGENCIA Nº QUIROF 1

CIRUJANO (C): CABALLERO BAPDALES BEATRIZ ROSA AYUD ANESTESIOLOGO: NINGUNO
CIRUJANO (C): ASTOCAZA FLORES PERCY ALBERTO E2 INSTRUMENTISTA (C): NINGUNO
1er AYUDANTE: NINGUNO INSTRUMENTISTA (C): LOARTE BARRUETO CARMEN
2er AYUDANTE: NINGUNO TECN. ENFERMERIA: MORENO VELASQUEZ THEODOCIC
ANESTESIOLOGO: ALVARES FLORES GILMER

TIPOS DE ANESTESIA Anestesia 1: RAQUIDIA-RAQUIDIA Anestesia 2: NINGUNO

Gasas Inici 15 Fin 15 Corioletas **PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**
Dress Inicio 5 Fin 5 Completas ASEPSIA DE ZONA OPERATORIA, MUESTRA PATOLOGICA, SONDA FOLEY, PLACA
INDIFERENTE, APERIURA DE PAQUETES ESTERILES, RECEPCION DE
PACIENTE, PARTICIPACION EN ACTO ANESTESIO

MATERIAL Qx Numero
CESAREA 2
EPIDURAL 6

Fecha/Hora Inicio Fecha/Hora Fin
08/03/2017 12:00 12:58 pm 08/03/2017 01:05 pm

DIAGNOSTICO Pre-Operatorio

Expulsivo de trabajo de parto 045.21
G09 38 semanas 17
Trab. de parto obstruido x presentación de cara 064.2
Multigesta en trabajo de parto y parto 085.86
Malformación congénita, no especificada 089.9

DIAGNOSTICO Post-Operatorio

Expulsivo de trabajo de parto 045.21
G09 38 semanas 17
Trab. de parto obstruido x presentación de cara 064.2
Multigesta en trabajo de parto y parto 085.86
Malformación congénita, no especificada 089.9

Precedimientos Quirúrgicos

Cesarea solamente 59514

Descripcion de Procedimiento

Técnica: CES DEB TRANS PRIM, AA + CCE (posición: PFAANMENSTIEL, Extracción Fetal: CEFALICO, Histerografía: 1, PLUANO, Material Histerográfico: CATGUT
Revisión de Hemostasia y cierre por planos

Kallizgos

Placenta: NORMAL, Ubi. Placenta: FUNDICA, Líquido Amniótico: CLARO, Cant. Líq. Amniótico: NORMAL, Dens. Líquido Amniótico: NORMAL
CLOR Recien Nacido: vivo, Sexo: fem, Peso: 2375 gr, talla: 46 cm, apgar: 7-8

Ocurriencia: apenas se evidencia la ruptura uterina, se decide realizar Histerotomía, se solicita al personal de enfermería instrumentista el cual se nos fue rotundamente negado, según ellas por no disponer de personal, por lo que se espero durante 20 minutos y el cirujano principal tuvo que realizar la histerotomía, solamente con ayuda del residente del II año, estando la paciente en estado hemorrágico.
Pinzamiento y Corte Cordón Umbilical PRECOZ < 2'

Accidentes: No

Estudio Patológico: Placenta

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

[Firma]
Beatriz Rosales Bapdales
CIRUJANA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
RNEP 18747

Nombre: ROSA HUAMAN DE NORANTE LISAVANARA Edad: 44 Fecha: 08/03/2017 Hora: 12:20 pm

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

INFORME QUIRURGICO

Fecha: 08/03/2017 Ingreso CQ: 12:20 pm
N° Libro: 141906

DATOS DEL PROCEDIMIENTO INTV OBSTETRIC TIPO EMERGENCIA N° QUIROF 5

CIRUJANO (1): CAMARENA ESTELA HUGO CRISTIAN AYUD ANESTESIC NINGUNO
CIRUJANO (2): CABALLERO BARDALES BEATRIZ ROSANA INSTRUMENTISTA (1) RAMOS ROSA LIZ DEL ROSARIO
1er AYUDANTE: RIVAS TRAVEZANO MIGUEL ANGEL R2 INSTRUMENTISTA (2): LOARTE BARRUETO CARMEN
2er AYUDANTE: ASTOCAZA FLORES PERCY ALBERTO R2 TECN ENFERMERIA: NINGUNO
ANESTESIOLOGO: ALVARES FLORES GILMER

TIPOS DE ANESTESIA Anestesia 1: RAQUIDIA-RAQUIDIA Anestesia 2: NINGUNO

Gasas Inici 15 Fin 30 Completas PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
Dress Inicio 5 Fin 25 Completas ASEPSIA DE ZONA OPERATORIA, MUESTRA PATOLOGICA, SONDA FOLEY, PLACA
INDIFERENTE, APERTURA DE PAQUETES ESTERILES, RECEPCION DE
PACIENTE, PARTICIPACION EN ACTO ANESTESICO

MATERIAL Qx Numero

LAPARATOMIA 3
HISTERECTOMIA ABDOMINAL 2
Fecha/Hora Inicio Fecha/Hora Fin
08/03/2017 12:00:05 pm 08/03/2017 03:44 pm

DIAGNOSTICO Pre-Operatorio

Puerpera pos parto por cesarea Z39.02
Ruptura del útero durante el trabajo de parto O71.1
Hemorragia consecutiva a la expulsión de la placenta O72.20
Puerpera pos parto por cesarea Z39.02
Ruptura del útero durante el trabajo de parto O71.1
Hemorragia consecutiva a la expulsión de la placenta O72.20

DIAGNOSTICO Post-Operatorio

Puerpera pos parto por cesarea Z39.02
Ruptura del útero durante el trabajo de parto O71.1
Hemorragia consecutiva a la expulsión de la placenta O72.20
Puerpera pos parto por cesarea Z39.02
Ruptura del útero durante el trabajo de parto O71.1
Hemorragia consecutiva a la expulsión de la placenta O72.20

Procedimientos Quirurgicos

Histerectomia abdominal total 50028 Salpingo ooforectomia unilateral derecha 587202

Descripcion de Procedimiento

Histerectomia abdominal total Salpingo ooforectomia unilateral derecha Se extrae al recién nacido en presentación cefalica (deflexión tercer grado) el cual se encuentra deflexionado en 180°, se exterioriza útero donde se evidencia mioma uterino de aproximadamente 15cm localizado en tono lateral izquierdo, se evidencia estallamiento de cara posterior de útero a la altura de segmento uterino, luego del cual se procede a realizar histerectomia según técnica habitual, comenzando por corte y sutura de ligamentos redondos, corte y sutura del infundíbulo pélvico, se procede a disminuir el peritoneo anterior separando vejiga de la pared anterior de útero, luego del cual se extrae pieza operatoria completa incluido cervix: coagulación y hemostasia de vasos sanguíneos, cierre de cupula vaginal con catgut crómico n°1 surget continuo.

Se deja 5 hemoglobinas en la cupula vaginal y se procede a la peritonización, cierre de pared por planos.

Se deja D1 tapón vaginal.

Hallazgos

S/O 1500cc

Pinzamiento y Corte Cordon Umbilical

Accidentes: No


Estudio Patológico: Utero

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

[Firma]
Dr. Gerardo Caballero Bardales
Médico Asistente Clínico y Quirujano
N° 141906

Paciente: ZAMORA HUAMANÍ DE MORANTE LIZ VICTORIA Edad: 44 Sexo: FEMEA CATEGORIA: 2

Anexo 3. Hoja de pelmatoscopia del recién nacido

IMPRESIÓN PELMATOSCÓPICA DEL RECIEN NACIDO				FO - 019		
AL NACIMIENTO (Planta Derecha)				AL ALTA (Planta Derecha)		
 <p> <small>CLERIO VARGAS AVALOS P. 1828 RNE. 11392 PEDIATRA</small> </p>		Fecha <u>8.3.17</u> Hora <u>13:00</u> Sexo <u>Femenino</u> Peso <u>23x5</u> Talla <u>46</u> Apgar <u>7.85</u>		INDICE DERECHO DE LA MADRE		
		Firma Operador			Firma Operador	
		Apellidos y Nombres	Servicio		Cama	Historia Clínica
		<i>Zamora Huamari de Monte Lidia Nora</i>			<i>212</i>	<i>1236404</i>

Anexo 4. Anatomía patológica de placenta



INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Nº Informe: 539164

INFORME DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha : 31/03/2017 09:45:10a.m.

Edad Pac 44 años Nº 17--2309

Examen EST PLACENTA

Indicacion Dr:

Resultado:

EXAMEN MACROSCOPICO:

Se recibe placenta que mide 17 x 15 x 1.5 cm. pesa 386 gr. completa
Es de forma: Ovalada
Membranas placentarias: Punto de ruptura más cercano a 3 cm. del margen placentario, completas, opacas
El cordón umbilical: Trae 3 vasos
Mide 14 cm. de longitud y 1.3 cm. de diámetro,
Inserción: Excéntrica a 4 cm. del borde placentario
Color: Blanco nacarado
Trayecto: Espiralado
La Superficie fetal: Normal
Borde placentario: Normal
Vasos fetales: Normales
La superficie materna: Es de color rojo vinoso, con cotiledones completos, fusionados
Si trae coágulos en el borde placentario 5%
Parénquima: Se observan las siguientes alteraciones:
Infartos vellosos: Antiguo de 10% de extensión

Dx:

- PLACENTA DEL TERCER TRIMESTRE,
- LEVE AUMENTO DE NUDOS SINCICIALES
- DEPÓSITOS FIBRINOIDES INTERVELLOSOS
- CALCIFICACIÓN EN EL 10% DE LA MUESTRA ESTUDIADA
- CORDÓN: SIN ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS,
- MEMBRANAS: CORIOAMNIONITIS AGUDA

SVC/irag
20.03.17

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
Sandra M. Vera Gerdinas
Servicio de Anatomía Patológica
C.M.P. 58395

Paciente	Servicio	Cama	Historia Clínica
ZAMORA HUAMANI DE MORANTE	NO ESPECIFICA	0	1236404
LIDIA NORA			

Anexo 5. Anatomía patológica de útero



SIS

SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

INFORME DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha : 27/03/2017 08:50:14a.m. Edad Pac 44 años N° 17--2300

Examen EST HISTOL PIEZAS QUIRURGICAS

Indicacion Dr: RIVAS TRAVEZAÑO MIGUEL

Resultado:

EXAMEN MACROSCÓPICO:

Se recibe útero, y anexo derecho que pesa 1402 gr., y mide 14 cm. de longitud; 14.5 cm. de ancho y 10 cm. ántero-posterior.

La superficie uterina: globulosa

El cérvix mide: 3.5 x 6.5cm. labio posterior

Orificio Cervical externo: transverso que mide 6cm.

Canal endocervical: permeable.

Al corte sagital, cavidad endouterina: vacua

A las múltiples laminaciones: se observa tumoraciones

Tumoraciones:

De localización: intramural

Bordes: definidos

Estroma: pardo claro, arremolinado

Diámetro mayor 7.5 cm.

Endometrio de hasta 0.6 cm., miometrio de hasta 3.5cm. de aspecto adenomiotico

Anexo derecho:

Trompa uterina que mide: 11 x 0.8 x 0.5 cm.

Ovario mide: 3.5 x 1.5 x 0.8cm.

1-2 Labio Posterior

3 Istmo

4-5-6 Endometrio + Miometrio

7 Tumoración

8 Anexo Derecho

SE INCLUYE MUESTRA REPRESENTATIVA

UTERO Y ANEXO DERECHO: PIEZA QUIRÚRGICA

> CERVIX:

- LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO (NIC 1 DISPLASIA LEVE), FOCAL EN LABIO ANTERIOR

- CERVICITIS CRÓNICA HEMORRÁGICA Y CONGESTIVA.

> ENDOMETRIO: DE TIPO DECIDUALIZADO

> MIOMETRIO:

- LEIOMIOMA INTRAMURALES

- HIPERPLASIA E HIPERTROFIA DE FIBRAS MUSCULARES, CON FOCOS DE CONGESTIÓN VASCULAR.

> ANEXO DERECHO:

- TROMPA UTERINA : CONGESTIVA

- OVARIO: CUERPOS LÚTEOS

SVC/liw

15/03/17

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Sandra M. Vera Cadenas
Servicio de Anatomía Patológica
C.M.P. SURTES

Paciente

Servicio

Cama

Historia Clínica

1236404