



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXÁMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO:

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA DE 46 AÑOS DE 38.5
SEMANAS CON FIBROMIOMATOSIS”**

AUTOR:

BAQUE HERRERA TANIA CRISTINA

TUTOR:

DR. ANDRES FERNANDO ESCUDERO CASTRO

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

Contenido

I. Agradecimiento	4
II. Dedicatoria	5
III. Tema	6
IV. Resumen	7
V. Abstract	9
VI. Introducción	11
1. Marco teórico	13
1.1. Generalidades.....	13
1. 1.2 incidencia	14
2. 1.3 Hipótesis Fisiopatológicas.....	14
3. 1.4. Morbilidad y mortalidad materna y perinatal por fibromas uterinos en el embarazo	16
4. 1.5 Etiología Y Factores De Riesgos.....	17
5. 1.6 Clasificación FIGO De Miomas	19
6. 1.7 Clasificación Según CIE 10.....	20
7. 1.8 Manifestaciones Clínicas.....	22
8. 1.9 Complicaciones Maternas Y Fetales En Mujeres Mayores De 30 Años	23
9. 1.10 Diagnóstico	25
10. 1.11 Tratamiento	27
11. 1.12 Justificación.....	31
12. 31	
13. 1.13 objetivos	32
1.13.1 Objetivo General	32
1.13.2 Objetivo Específico	32
14. 1.14 Datos Generales	32
2. Metodología Del Diagnóstico	33

2.1. Análisis Del Motivo De Consulta Y Antecedentes Historial Clínico Del Paciente	33
2.2 . Importantes datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	35
2.3. Exploración clínica (examen físico).....	35
2.4. Información De Exámenes Complementarios Realizados	37
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	39
2,5,1, Diagnóstico Presuntivo	39
2.5.2. Diagnóstico Diferencial	39
2.5.3. Diagnóstico Definitivo	39
2.6. Analisis y descripcion de las conductas que determinan el origen del problema y de los metodos al realizar.....	39
15. 2.7 indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales	40
2.8. Seguimiento	41
2.9. Observaciones	47
• Paciente que presentó preeclampsia y sufrimiento fetal por motivo se realizó la cesárea de emergencia	47
• Ante esta situación se informa a familiar (esposo y madre) sobre las posibles complicaciones que tendría después del parto por presentar útero miomatoso	47
• Se obtuvo un producto único vivo sexo masculino apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, peso 2760gr, talla 48cm, test de capurro 37 semanas de gestación se lo llevan al área de neonatología sin complicación	47
• Se aplicó manejo activo del tercer periodo, se valoró útero miomatoso en el fondo del útero y el mayor en el intramural izquierdo.....	47
3. Conclusiones	48
4. Bibliografía	49
5. Anexos	51

I. Agradecimiento

Primero le doy gracias a Dios todopoderoso por bendecirme día a día, darme la sabiduría y paciencia para seguir mis sueños y permitirme llegar hasta donde estoy, logrando uno de mis objetivos de tantos que pienso cumplir.

A mis padres; Bernardo y Graciela por el amor incondicional y por apoyarme siempre en todas mis decisiones tomadas, por haber hecho de mí la persona que soy en la actualidad, sin ellos no hubiera podido llegar hasta donde estoy.

A mis hermanos; Diana, Diego y Gabriela, por ser mi fuente de inspiración.

A mis bellos sobrinos; Daniel, que desde el cielo nos cuida y nos protege, Daniela y Liam por ser mi fortaleza y motivó a seguir día a día cumpliendo mis objetivos.

A mi familia que siempre confiaron en mí y siempre me alentaron a continuar y seguir adelante en todos estos años de carrera universitaria.

Finalmente, a mis docentes, y al Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López que, con cada uno de sus pacientes por darme la oportunidad sin conocerme, de emprender este viaje de resistencia donde la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas serán en su honor y para su beneficio.

Tania Baque Herrera

II. Dedicatoria

El plan de Dios siempre es más grande que tus errores.

El presente análisis del caso clínico es el reflejo de la constancia, perseverancia y amor entregado día a día durante 5 años, por lo que dedico a Dios por enseñarme que, con humildad, paciencia y sabiduría, todo es posible; sacrificio y entrega de mis padres que me apoyaron desde un inicio Graciela y Bernardo que por su apoyo amor y gran esfuerzo que han hecho a lo largo de mi vida. Sin ellos no lo hubiera logrado; solo hay una forma de agradecimiento dedicándole todos mis logros.

Es por ello que dedico el presente trabajo a Dios, mis padres y todas mis pacientes.

Tania Baque Herrera

III. Tema

“CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA DE 46 AÑOS DE 38.5 SEMANAS CON FIBROMIOMATOSIS”

IV. Resumen

TEMA: Los fibroides uterinos son también nombrados como miomas o leiomiomas, son los tumores benignos más frecuentes de la porción superior del aparato genital femenino; la prevalencia de leiomiomas uterino durante el embarazo es de un 2% suelen ser asintomáticos, pero en ocasiones pueden complicarse por la degeneración carnosa y causan aumento en la frecuencia de aborto espontaneo, parto prematuro, rotura prematura de membranas fetales, hemorragia ante parto, parto obstruido, cesárea y hemorragia post parto. Por tal motivo se incentiva a realizar el informe del caso de una paciente de 46 años de edad con embarazo de 38 semanas en el Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López.

OBJETIVO: Se propuso analizar el caso de dicha gestante que presenta fibromiomatosis uterina y fue diagnosticada mediante ecografía presenta factores predisponentes que complican el cuadro clínico.

METODOLOGÍA: El estudio es observacional, clínico y descriptivo. Por este motivo el manejo expectante de dicha patología varía según su localización: subserosos (10%), intramurales (60-70%), submucosos (15-25%) y semanas de gestación. Entre las semanas 24 a la 34.6 se recomienda realizar maduración fetal. En gestación con más de 35 semanas se sugiere la terminación del embarazo.

Resultado y Conclusión: Gestante con fibromiomatosis uterina aumentan el riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto. Durante la observación no se confirmó que los miomas aumentaran: aun, conserva una preferencia hacia la reducción de dimensión conforme avanzó el embarazo y concluyo, no se pudo demostrar mayor riesgo de cesárea. El manejo de la paciente fue

expectante de acuerdo a la guía del MSP. Paciente que tuvo controles de forma regular en CS.

PALABRAS CLAVES: Leiomiomas, miomatosis, fibromas, embarazo y complicaciones.

V. Abstract

Topic: uterine fibroids are also known as myomas or leiomyomas, they are the most frequent benign tumors of the upper portion of the female genital tract; the prevalence of uterine leiomyomas during pregnancy is 2%, they are usually asymptomatic, but sometimes they can be complicated by fleshy degeneration and cause an increase in the frequency of spontaneous abortion, premature labor, premature rupture of fetal membranes, bleeding before delivery, childbirth obstructed, cesarean section and postpartum hemorrhage. For this reason, the case report of a 46-year-old patient with a 38-week pregnancy is encouraged at the Dr. Rafael Serrano Lopez Basic Hospital.

OBJECTIVE: it was proposed to analyze the case of this pregnant woman who presented uterine fibromyomas and was diagnosed by ultrasound with predisposing factors that complicate the clinical picture.

METHODOLOGY: the study is observational, clinical and descriptive. For this reason, the expectant management of this pathology varies according to its location subserosal (10%), intramural (60-70%), submucosal (15-25%) and weeks of gestation. Fetal maturation is recommended between weeks 24 to 34.6 in gestation with more than 35 weeks, termination of pregnancy is suggested.

RESULTS AND CONCLUSION: pregnant women with uterine fibromyomata sis increase the risk of complications during pregnancy and delivery. During follow-up, no fibroids were shown to grow; there was even a trend towards reduction in size as the pregnancy progressed and until the moment of its termination, no increased risk of cesarean section could be demonstrated. The management of

the patient was expectant according to the MSP guidelines. Patient who had regular controls in CS.

KEY WORDS: leiomyomas, myomatosis, fibroids, pregnancy and complications.

VI. Introducción

Durante la edad reproductiva, los fibromas son los tumores benignos más comunes en la parte superior del tracto genital femenino, 75% = 80% asintomáticos. (Briceño-Ferez, 2004)

La prevalencia de los miomas uterinos y la gestación varía de 0.09% a 3.9% de las tasas de embarazo, pero esta frecuencia está en aumento ahora porque las parejas posponen su primera gesta después de los 30 años de edad, lo que aumenta la incidencia de riesgo de fibromas uterinos. A medida que las mujeres envejecen, fibromas (17,3%). En la mayoría de los pacientes, se encuentran fibromas únicos (88%) y fibromas múltiples (12%). (Fred Morgan Ortiz, 2011). El motivo de redacción de este informe se basa en el caso de una paciente de 46 años con pérdida de líquido amniótico y dolor contráctil en el hospital del Dr. Rafael Serrano López con 38,5 semanas de embarazo.

Se propone analizar el caso de una paciente de 38.5 semanas que presenta fibromiomatosis uterina diagnosticada mediante ecografía.

El estudio del caso presenta a una paciente de sexo femenino, primigesta de 46 años de edad que cursa con embarazo de 38.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación que acude al Hospital Dr. Rafael Serrano López por presentar un cuadro clínico de aproximadamente 8 horas de evolución, caracterizado por hidrorrea de aspecto verdosa, transvaginal, acompañado de dolor tipo contráctil, que se irradia a la región lumbosacra. Al tacto vaginal cérvix dilatado 6 cm, borramiento 80%, plano I-II, membranas rotas +/- 6 horas de evolución, actividad uterina: 2 contracciones en 10 minutos. FCF:146 latidos por minuto, es valorada por ginecólogo y se decide el ingreso a sala de observación para recibir manejo expectante según la guía práctica clínica del MSP (Dr. Alfredo Morales Rodríguez¹, 2012)

La morbimortalidad en paciente con ruptura prematura de membranas se asocia a múltiples patologías maternas (corioamnionitis, abrupcio, infección postparto) y fetales (síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, sepsis, muerte neonatal).

En este caso clínico en particular la gestante con fibromiomatosis uterina fue tratada con manejo expectante, que terminó en una cesárea de emergencia obteniendo producto único vivo de 2760 gr, la paciente fue tratada de acuerdo a la guía práctica clínica del MSP de atención del parto por cesárea. Al tratarse de una paciente que tuvo controles de forma regular en centro de salud,

Se recomienda realizar estudios sobre adherencia de las recomendaciones durante el control prenatal de las gestantes atendidas en los diferentes niveles de atención, fomento de la educación materna, valores y respeto a la vida en hombres y mujeres en edad fértil ya que un diagnóstico claro y oportuno evitará complicaciones materno-fetales.

1. Marco teórico

1.1. Generalidades

Los miomas uterinos también llamados leiomiomas, fibromas o fibroides son los tumores benignos que con mayor frecuencia afectan a las mujeres, y en particular a las primigestas. (Gonzalez, 2009)

Son constituidos de matriz extracelular, y sus receptores (colágeno, fibronectina y proteoglicanos). Se hallan en el 60% de las pacientes antes de los 40 años de edad, y en el 80% de las señoras antes de los 50 años, y pueden provocar infecundidad en 2-3%. (Valencia, 2017)

Usualmente crecen lentamente y ocasionalmente pueden alcanzar un gran tamaño, se los define como gigantes si pesan más de 25 lb (11,3 kg). Los pequeños pueden coexistir con la gestación, durante la cual se conservan iguales o aumentan de tamaño, por efecto hormonal esteroideo.

La deducción que ejercen sobre la gestación depende de su tamaño, número y localización. (Drs. Carlos Briceño-Férez, 2004)

Los leiomiomas pueden desarrollar el riesgo de: trabajo de parto pretérmino, presentación fetal anormal. Placenta previa, abortos espontáneos recurrentes y hemorragia postpartos. (Friel, 2020)

El 30% de los casos consiguen incitar sangrado vaginal en exceso, dolor tipo contráctil que se irradia hacia la región lumbar y otros signos que alcanzan malear la calidad de vida de las pacientes y son la causa de anemia, infertilidad, subfertilidad, alteración en la implantación embrionaria e incontinencia urinaria.. (Valencia, 2017)

Aunque son muy frecuentes y pueden alcanzar gran dimensión de su potencial maligno es mínimo, aproximadamente menos de 1 de cada 1000 úteros fomentan cambios sarcomatosos. (Cedeño Jenny, 2016)

1. 1.2 incidencia

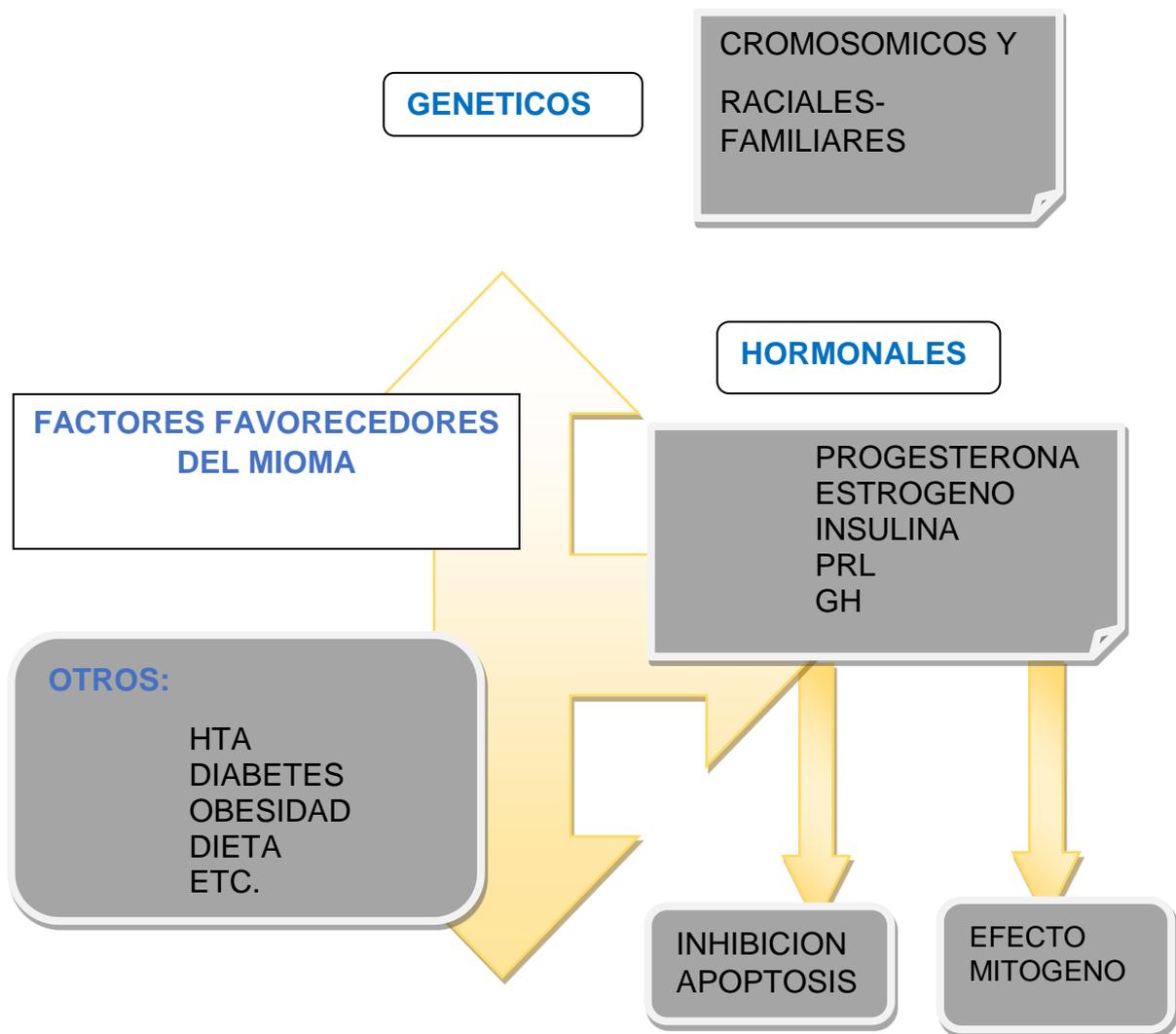
Según (Valencia, 2017) las mujeres de raza negra varían entre un 3 a 9 veces mayor predominio de fibroides uterinos: entre los 35 años de edad con un 60% y un 80% entre los 50 años de edad. La regularidad en pacientes blancas entre los 35 años es de un 40% con un incremento del 70% a los 50 años. En el mundo las mujeres con diagnóstico de miomatosis uterina pueden mantenerse sin síntomas en un 25%.

2. 1.3 Hipótesis Fisiopatológicas

Los leiomiomas son determinados factores genéticos, epigenéticos, de crecimiento, citocinas y elementos de la membrana extracelular que contribuyen en la patogénesis de los leiomiomas.

Los factores de crecimiento como la activina, miostatina e incluido los estrógenos y progesterona con sus respectivos receptores juegan un papel decisivo en su aumento y desarrollo.

La testosterona es la cual participa en el progreso de los fibroides, los cuales son masas monoclonales que influyen de las capas musculares de la matriz del útero (miometrio) de un solo miocito; desde la histología de los fibromas no son más que neoplasias benignas compuestas de tejido muscular. (Valencia, 2017)



Fuente: Dr. Garcia,2014

Elaborado por: Tania Baque

Los fallos de origen, se propagan por las células germinativas, que se unen con las enfermedades genéticas de miomas uterinos. La mutación más primordial es en la línea germinal, que provoca carencia de fumarato hidratasa, que sugiere a las pacientes en la presencia de varios fibroides uterinos. Un 40% de los fibroides se han descrito varios reordenamientos de cromosomas somáticos, en los cuales se encuentran translocación entre los cromosomas 12 y 14, trisomía 12, translocación entre cromosomas 6 y 10, y pérdida de los cromosomas 3 y 7.

3. 1.4. Morbilidad y mortalidad materna y perinatal por fibromas uterinos en el embarazo

Los resultados perinatales asociados con los miomas; tiene una disminución de preeminencia de la comunidad de un 2.7% y la verdadera se desconoce ya que las pacientes con miomas se diagnostican en la consulta prenatal, ya que tiene una inclinación para las embarazadas con pobre control prenatal y los cambios hormonales de la gestación desarrollan con el aumento de los miomas.

Los leiomiomas pueden alterar los valores obstétricos porque se agrupan a:

- Nacimiento prematuro
- Primera cirugía abdominal
- Antecedentes de placenta previa
- Presentación fetal transversa
- Desprendimiento prematuro de placenta previa antes de las 37 sg
- Pérdida de líquido amniótico
- Muerte fetal
- Hemorragia post parto

Por las causas mencionadas anteriormente se explica la dificultad de una gestación de alto riesgo con fibromiomatosis (J.Vallejo, 2017)

El riesgo de todas las complicaciones se reporta en un 77%.

4. 1.5 Etiología Y Factores De Riesgos

El fibroma uterino es una masa de tamaño variable, desde 1 – 2 centímetros de diámetro hasta varios kilos de peso; redondeada y de consistencia firme elástica, que aparece dentro del útero. Pueden ser únicos o múltiples crecen por acción de los estrógenos y durante el embarazo. Además, disminuyen de tamaño y aun llegan a desaparecer después de la menopausia; la hormona de crecimiento actúa (HC), actúa sinérgicamente con el estradiol induciendo el crecimiento de los leiomiomas, se observa una alta incidencia de leiomiomas en pacientes con acromegalia. (Rojas, 2007)

Factores de riesgo asociados al desarrollo de miomas

Factor protector	Factor de riesgo	Factor incierto
● Tabaquismo (actual o pasado)	● Raza (afroamericana)	● ACO
● Multiparidad	● Edad (35-54)	
● Mayor edad en el último embarazo	● Obesidad (IMC)	
● Menopausia	● Menarquia temprana	

	<ul style="list-style-type: none"> ● Antecedente familiar 1º grado 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● SOP 	

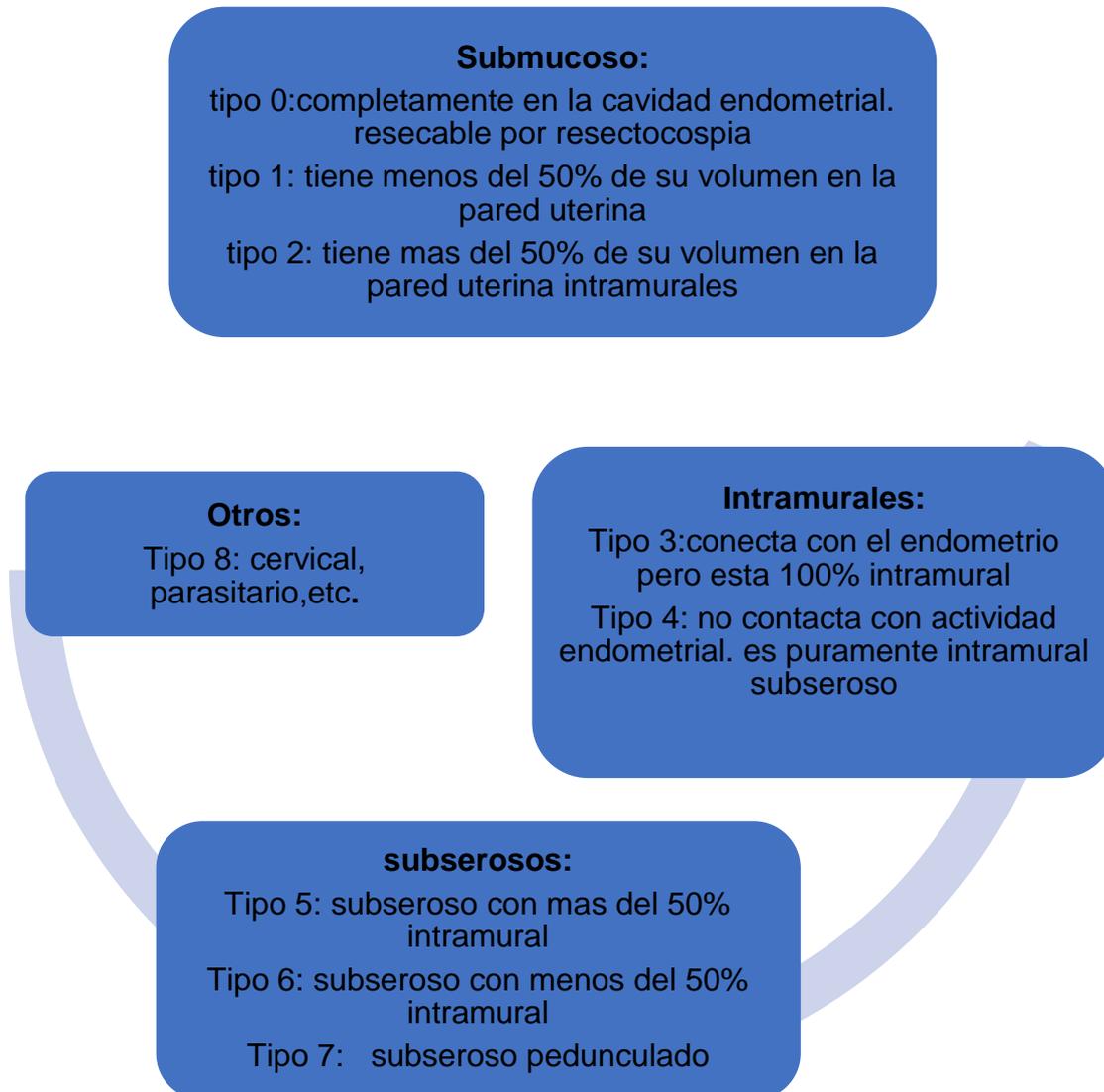
Fuente: Dr. Jorge Carvajal.2018

Elaborado por: Tania Baque

Factores Protectores: El embarazo actuaría como factor protector debido a la remodelación uterina que ocurre post parto. El tabaquismo reduciría el riesgo debido a que altera el metabolismo del estrógeno, disminuyendo los niveles de estrógeno activo. Por su parte, en la menopausia la falta de estrógenos circulantes reduciría el tamaño del leiomioma y podría proteger contra la progresión de estos.

Factores de Riesgo: la asociación entre la edad y el riesgo de fibromas puede ser atribuida al mayor tiempo de exposición a estrógenos. La menarquia temprana también constituye un factor de riesgo, ya que expone a la mujer a estrógeno desde edades más precoces. En mujeres obesas existe un aumento de los niveles circulantes de estrógeno, secundario a una mayor producción de esta hormona por las células adiposas. En las mujeres con SOP, existe una exposición sostenida a estrógenos debido a la anovulación crónica. El antecedente de mioma en familiar de 1º grado aumentaría el riesgo 2 veces. Las mujeres afroamericanas son significativamente más propensas a desarrollar miomas que las mujeres caucásicas, con un RR de aproximadamente de 2-3.

5. 1.6 Clasificación FIGO De Miomas



Fuente: Manual De Ginecología Y Obstetricia, 2018.

Elaborado por: Tania Baque

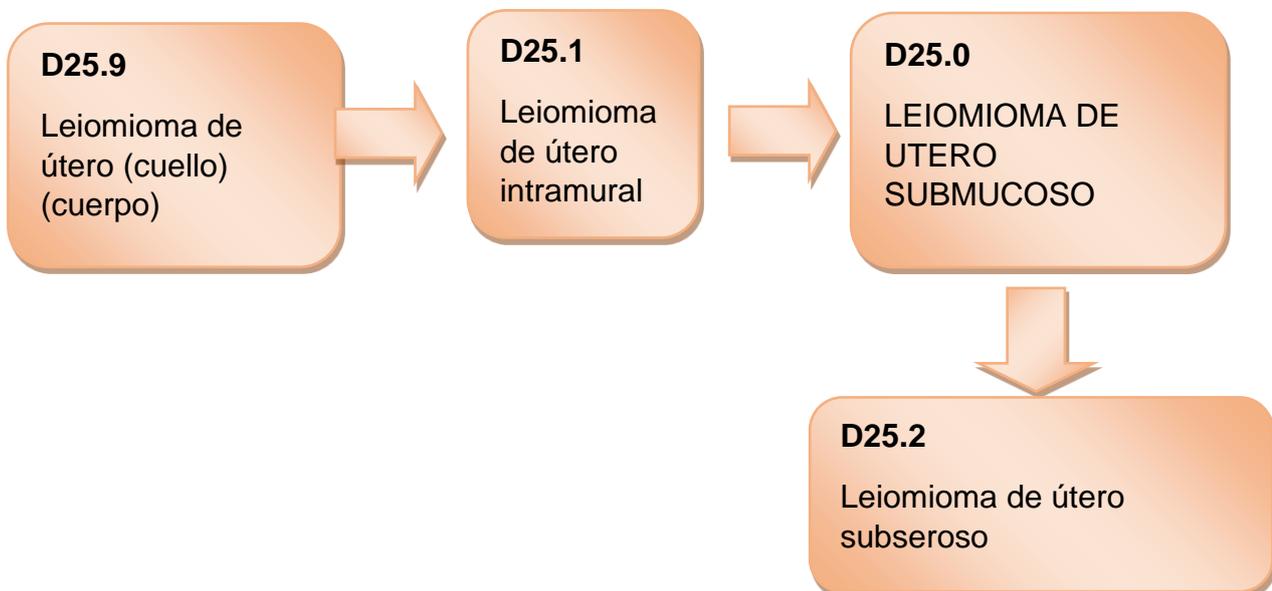
Subseroso (10 a 15%)

- Submucoso (15 a 25%)

- Intramural (60 a 70%)

- Cervical (8%)
- Pediculado
- Parásito: miomas subserosos pediculados que reciben nutrición de un tejido cercano. Pueden desprenderse o no de su sitio original.
- Intraligamentoso: retroperitoneales, se introduce dentro del ligamento ancho

6. 1.7 Clasificación Según CIE 10



Fuente: Cie 10, Miomatosis Uterina, 2011.

Elaborado por: Tania Baque

a) Alteraciones Degenerativas Y Cambios Secundarios

Los miomas presentan un menor número de arterias que el miometrio y sus arterias son más desorganizadas, lo que los hace vulnerables a sufrir isquemia. Degeneración es el proceso en el cual el tejido muscular normal del mioma

presenta necrosis secundaria a isquemia y es sustituido por elementos degenerativos. Las alteraciones degenerativas son poco frecuentes y generalmente se diagnostican por estudio histológico.

Tipos de degeneración:

1. Degeneración Hialina: Es la degeneración más frecuente. Suele presentarse en miomas subserosos. El tejido del mioma es sustituido por colágeno (material hialino acelular).
2. Degeneración Quística o Mixoide.
3. Degeneración Roja (necrosis central del mioma): Durante el embarazo un tercio de los miomas crecen, otro tercio disminuye de tamaño y el tercio restante no cambia. En embarazos puede producirse un crecimiento rápido con necrosis del núcleo del mioma, con licuefacción y sangrado, produciendo dolor abdominal agudo.
4. Degeneración grasa: Frecuente en pacientes obesas.
5. Degeneración Calcificada: es más frecuente en la post menopausia. Habitualmente ocurre posterior a la necrosis.
6. Degeneración Atrófica: es más frecuente en la post menopausia.
7. Necrobiosis

b) Malignización

Los miomas son tumores benignos que no malignizan. Cuando se hace el diagnóstico inicial de un mioma y luego este “maligniza”, lo más probable es que ese tumor siempre haya sido un sarcoma y que el diagnóstico en un principio haya sido erróneo. Se debe sospechar que se trata de un sarcoma en:

- Premenárquicas

- Postmenopáusicas
- Crecimiento post menopáusico
- Crecimiento acelerado. (Raph, 2018)

7. 1.8 Manifestaciones Clínicas

a) signos y síntomas

signo: aumento de la altura uterina como consecuencia del tumor benigno.

Signo ecográfico: mediciones según su localización de cada leiomioma.

b) Aspectos importantes en las mujeres:

Sangrado uterino, dolor pélvico y dificultades.

c) Síntomas:

- Cambios en el sangrado menstrual, (**menorragia**) mayor cantidad o mayor duración o ambas. (**metrorragia**)
- Dolor en la menstruación. (**dismenorrea**)
- Sangrados entre las menstruaciones. (**oligometrorragia**)
- Dolor en la pelvis o en la parte baja de la espalda (**lumbalgia**).
- Dolor durante la relación sexual. (**dispareunia**)
- Síntomas de que el mioma “oprime” a otros órganos: Orinar frecuentemente en pequeñas cantidades, dificultad para orinar, estreñimiento, (**polaquiuria, disuria.**)
- Problemas para embarazarse o abortos repetidos. (**infertilidad**)

Sangrado Anómalo: alteración menstrual que puede aparecer en forma de metrorragias, hemorragias (el más frecuente), hipermenorrea o polimenorrea. Los miomas submucosos e intramurales son los que producen mayor sangrado, la hemorragia excesiva puede causar anemia, debilidad, disnea e incluso insuficiencia cardíaca

Dolor: Aparece cuando el mioma alcanza el tamaño suficiente para comprimir algún órgano o cuando se produce torsión, además puede existir dolor intenso en caso de degeneración que se produce cuando el mioma crece y supera el aporte sanguíneo provocando necrosis. Entre los tipos de degradación encontramos la hialina, quística, hemorrágica y calcificación.

Compresión: Las mujeres con síntomas presentan dolor en el hipogastrio tipo contráctil que se irradia a la zona lumbar, congestión y dispepsia se da mas compresión de los miomas sobre todo en la vejiga, uréteres y recto provocando dificultad de evacuar las heces, micción con disminución del volumen de depleción de la vejiga, e hidronefrosis. (Redonet, 2019)

Leucorrea: Se presenta frecuentemente en mujeres con miomas, aunque no es constante ni específica de esta entidad y se debe a la irritación de las glándulas del cuello y la irritación de la vagina por el aumento del tamaño del útero. Aunque muchas mujeres se embarazan y su embarazo llega a término, los miomas submucosos se han coordinado con una mayor incidencia de infertilidad por impedimento para la placentación. (Ana, 2016)

Metrorragia post parto: miomas de gran volumen, se puede asociar a inercia uterina al impedir mecánicamente la retracción uterina.

Distocia de presentación fetal: puede ser causada por miomas grandes del istmo uterino. (Raph, 2018)

8. 1.9 Complicaciones Maternas Y Fetales En Mujeres Mayores De 30 Años

Los estudios realizados utilizando ultrasonido para efectuar seguimiento al tamaño de los miomas en el embarazo, han demostrado que la mayoría de los fibromas (60% al 78%) no muestran ningún cambio significativo en su volumen pero por otra parte en los casos en que tienen un incremento en su volumen (del 22% al 78%) esto está limitado casi exclusivamente al primer trimestre, especialmente durante las 10 primeras semanas de gestación y con muy poco o ningún crecimiento en el segundo y tercer trimestre. (Martin, 2014)

- Embarazo tardío
- Desprendimiento de la placenta
- Placenta previa
- Anomalías del feto y restricción de su crecimiento
- Parto y nacimiento
- Hemorragia postparto
- Placenta retenida
- Rotura uterina después de la miomectomía
- Bajo peso al nacer
- Torsión de mioma pediculado
- Degeneración roja. (Javier, 2016)

Complicaciones de miomas en mujeres entre 18 y 30 años.

- Embarazo temprano
- Aborto espontaneo

9. 1.10 Diagnóstico

a) Examen Físico

La mayoría de los miomas mayores a 4 cm son palpables en el tacto vaginal: y de ser lo suficientemente grandes, pueden palparse fácilmente en el examen abdominal de la pelvis, a veces tan alto como a la altura del ombligo. Al tacto vaginal se palpa un útero aumentado de tamaño y/o irregular. Estos tumores se caracterizan en desplazarse junto con la movilización del útero (por su parte, los tumores anexiales se mueven separadamente del útero).

El diagnóstico de sospecha se complementa con la ecografía ginecológica transvaginal.

b) Imágenes

- **Ecografía Transvaginal:** Es la imagen más frecuentemente solicitada. En ésta, los miomas se ven bien definidos, ecogénicos, con una consistencia distinta a la del miometrio circundante y pueden presentar además sombra acústica. En úteros menores a 10 cm la ecografía transvaginal presenta una sensibilidad cercana al 100%. La sensibilidad disminuye si son múltiples o el útero mide más de 10 cm en total.
- **Histerosonografía:** permite delimitar y caracterizar mejor los miomas submucosos y determinar su relación con el miometrio.
- **Resonancia Magnética:** Es la mejor imagen para tener una visión total del número de miomas y su ubicación. Se reserva para programar

cirugías en mujeres en edad fértil con deseo reproductivo que deban realizarse una miomectomía, permitiendo planificar una mejor cirugía. Otro uso es para planificar procedimientos de alta complejidad o previo a la embolización de arterias uterinas. (Raph, 2018)

La determinación de los miomas se observa con el aumento del útero, movilidad y contornos irregulares en la exploración de la ecografía. Dado de importancia los síntomas de la paciente a referir con menorragias y un cálculo de hemoglobina sérica permitirá definir la deficiencia de hierro. (J.Vallejo, 2017)

- **Ultrasonografía.** Es la técnica de la ecografía abdominal o transvaginal con un modelo amplio de delimitar la sospecha de miomatosis uterina con un 85% de confirmación en fibroides de 3 cm o más.
- **Histerosalpingografía.** Nos ayuda en pacientes con infertilidad, ya que es precisa para explorar la cavidad uterina y la integridad de sus trompas de Falopio. Lo cual no nos, ayuda a diagnosticar con certeza los miomas, pero si su localización.
- **Histeroscopia.** Es un método de elección que nos ayuda a observar y diferenciar un mioma submucoso de un pólipo se lo puede realizar en una unidad tipo a sin necesidad de anestesia endometrial (Jaime Saavedra, 2003)
- **Resonancia magnética nuclear.** Es uno de los mejores métodos de elección que nos ayuda a obtener datos precisos y claros de su

cantidad, tamaño y localización su única objeción es el costo de dicho examen (J.Vallejo, 2017)

10. 1.11 Tratamiento

a) Conducta expectante

Este tipo de conducta se puede realizar en los siguientes casos:

- Miomas pequeños que no produzcan síntomas y que sean verificados con controles periódicos cada 6-12 meses mediante examen ginecológico y una ecografía pélvica.

- Miomas pequeños y que produzcan síntomas en mujeres con proximidad a la menopausia, pues tras esta el sangrado se detiene y los miomas disminuyen de tamaño. Un estudio no aleatorizado de 106 mujeres con tamaño uterino compatible con 8 semanas de embarazo o mayor, que eligieron la conducta expectante, se concluyó que el 77% no presentaron cambios significativos en sus manifestaciones clínicas mientras que el 23% optó por la histerectomía en el curso de un año. (J.Vallejo, 2017)

Existen distintas alternativas de manejo de los miomas, siendo el objetivo de Este es el alivio sintomático. La cirugía es el tratamiento definitivo para las pacientes sintomáticas. El manejo se decidirá según:

- ✓ Tipo y severidad de los síntomas
- ✓ Tamaño del mioma
- ✓ Localización del mioma
- ✓ Edad de la paciente

✓ Historia obstétrica y planes reproductivos

b) Farmacoterapia

- ❖ **Antiinflamatorios no esteroideos (AINES):** su uso 1 a 2 días previos a la menstruación, continuando los durante 5 días en total. Este tratamiento logra una disminución en de la dismenorrea y volumen de sangrado en un 30%. Los AINES más usados son:
 - ❖ Ácido Mefenámico, 500 mg cada 8 horas.
 - ❖ Nimesulida, 100 mg cada 12 horas.

- ❖ **Análogos de GnRH:** Se indican como tratamiento a corto plazo previo a la cirugía del mioma, Además, disminuyen el sangrado intraoperatorio al reducir la vascularización de los miomas. Son especialmente empleados en pacientes anémicas y en pacientes con miomas de gran volumen. Se usan 3 meses previos a la cirugía, donde logran su máximo efecto (reducción del tamaño entre un 30 y 60%. Tienen un alto costo. Los análogos de GnRh utilizados son: (Aguedo, 2018)
 - ❖ Leuprorelina (utilidad demostrada): 3,75 mg/ mensual/ tres meses (intramuscular)
 - ❖ Triptorelina: 3,75 mg una vez cada 4 semanas o } 11,25 mg una vez cada 12 semanas o } 22,5 mg una vez cada 24 semanas

- ❖ **Agentes antiprogéstágenos (RU-486 Mifepristona):** Una complicación frecuente es el aumento transitorio de las aminotransferasas, que se ha visto principalmente con el uso de altas dosis. Se ha visto que reduce entre 26-74% el volumen uterino en mujeres con miomas

- ❖ **Modulador del receptor de progesterona (Acetato de Ulipristal):** su función es inhibir la ovulación, con poco efecto en los niveles de estrógeno. Han demostrado disminución del sangrado y de la hemoglobina.

- ❖ **Esteroides androgénicos (Danazol):** Se ha visto que logra un buen control de la anemia, sin embargo, no ha evidenciado reducción del volumen uterino. Efectos adversos: aumento de peso, alteración de las enzimas hepáticas, disminución del volumen mamario, acné, hirsutismo, bochornos, cambios de ánimo e incluso depresión. (Raph, 2018)

- ❖ **Anticonceptivos Hormonales y Miomas**

c) Tratamiento Quirúrgico de los miomas

Indicaciones de cirugía en miomas uterinos
▪ Mioma mayor de 6cm
▪ Tamaño uterino total mayor a 12 cm
▪ Miomas sintomáticos: anemia ferropriva secundaria a la hipermenorrea ▪ Síntomas compresivos
▪ Infertilidad
▪ Dolor invalidante
▪ Sospecha de malignidad
▪ Diagnóstico diferencial de tumor pélvico o anexial

Fuente: Dr. Jorge Carvajal, 2018

Elaborado Por: Tania Baque Herrera

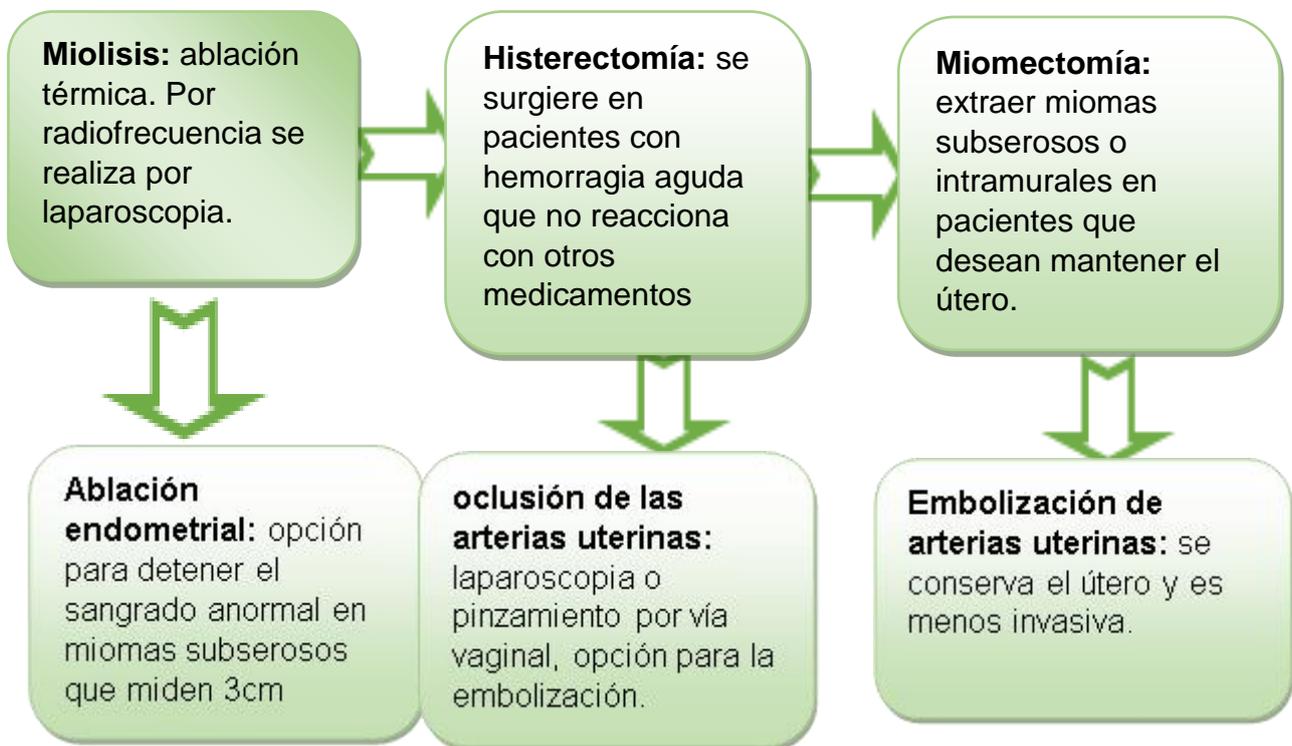
La miomectomía se puede realizar por distintas vías de abordaje:

a) Procedimientos mínimamente invasivos:

- **Histeroscopia – Resectoscopia:** mioma submucoso con más del 50% hacia la cavidad endometrial (FIGO tipo 2) y en manos de cirujano experto. Resección mediante asa monopolar (glicina) o bipolar (solución salina) con medio de dilatación previo.
- **Laparoscopia:** miomectomía para mioma subseroso único de 8 cm. Contraindicado si es ístmico, múltiple o >8 cm. El punto crítico es el control de la hemostasia. (Friel, 2020)

Primordiales indicaciones para el tratamiento quirúrgico de fibromas:

Menorragia y otros síntomas relacionados con la frecuencia de abortos espontáneos e infecundidad más de 3 años. La primordial indicación de una cirugía de histerectomía en mujeres sin síntomas es después de la menopausia y sin terapia hormonal que los miomas incrementen sus dimensiones.



Fuente: Dra. Valencia Hernandez,2017

Elaborado Por: Tania Baque Herrera

11. 1.12 Justificación

12.

El presente caso clínico se basa en información obtenida de la historia clínica de una paciente primigesta de 46 años de edad que acudió al área de emergencia gineco-obstétrica del Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López, con 38.5 semanas de gestación, presentaba hidrorrea secundaria a rotura prematura de las membranas de pretérmino, más fibromatosis uterina este estudio se realizó con el objetivo de analizar la evolución de los fibromas

uterinos, exponer los factores de riesgo predisponentes y determinar si el tratamiento que se aplicó fue idóneo de acuerdo a lo que se encuentra en la guía práctica clínica de atención de parto por cesárea.

La carrera de Obstetricia está destinada a precautelar el bienestar materno-fetal, por tal motivo exige vocación, disciplina y eficiencia al momento de tratar a las gestantes, de tal manera que con el desarrollo del presente caso clínico se analiza la conducta obstétrica para el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y evaluación de una paciente con embarazo y fibromatosis uterina, analizar el estado actual y relacionarlo con el futuro reproductivo de la paciente, un nacimiento prematuro compromete las posibilidades de supervivencia de los neonatos y esto compromete las condiciones biológicas, sociales y psicológicas de la pareja mucho más si se tiene en cuenta que es la primera gestación.

13. 1.13 objetivos

1.13.1 Objetivo General

- 1 Analizar y concluir los riesgos obstétricos, en paciente con 38.5 semanas de gestación más fibromiomas.

1.13.2 Objetivo Específico

- 2 Exponer los factores de riesgo predisponentes en paciente de 38.5 semanas.
- 3 Determinar la idoneidad de la conducta obstétrica y tratamiento administrado.

14. 1.14 Datos Generales

Código: YRSE	Género: femenino
Edad: 46 años	Estado civil: unión de hecho
Fecha de nacimiento: 26/08/1974	Ocupación: ama de casa
Nacionalidad: ecuatoriana	Raza: mestiza
Nivel de estudio: secundaria	Religión: católica
Dirección: Ballenita	Hospital: Dr. Rafael Serrano López
Nivel socioeconómico: medio	Teléfono: 2953400/ 0979437064
Fecha de ingreso: 26/03/2021	

2. Metodología Del Diagnóstico

2.1. Análisis Del Motivo De Consulta Y Antecedentes Historial Clínico Del Paciente

Paciente sexo femenino, primigesta de 46 años de edad que cursa con embarazo de 38.5 semanas de gestación por FUM, acude a esta unidad de salud por presentar cuadro clínico de + o – 8 horas de evolución, caracterizado por salida de líquido amniótico verdoso transvaginal, acompañado de dolor en hipogastrio tipo contráctil, que se irradia a región lumbosacra. A la especuloscopia se evidencia salida de líquido verdoso, cuello cérvix dilatado.5cm FCF: 147 lpm. Actividad uterina: 2/10.

Antecedentes

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	
Antecedentes patológicos personales: no refiere	
Antecedentes patológicos familiares: madre HTA	
Antecedentes quirúrgicos: no refiere	
Alergias: no refiere	
Hábitos: no refiere	

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	
Menarquia: 12	Ciclos menstruales: regulares
Planificación familiar: no	Inicio de vida sexual: 15
Parejas sexuales: 1	Gestas: 1 P.:0 A: 1 C: 0
Fum: 28 de junio del 2020	Controles: 3 CS. Santa Elena
Vacunas:2	ecografía: 2

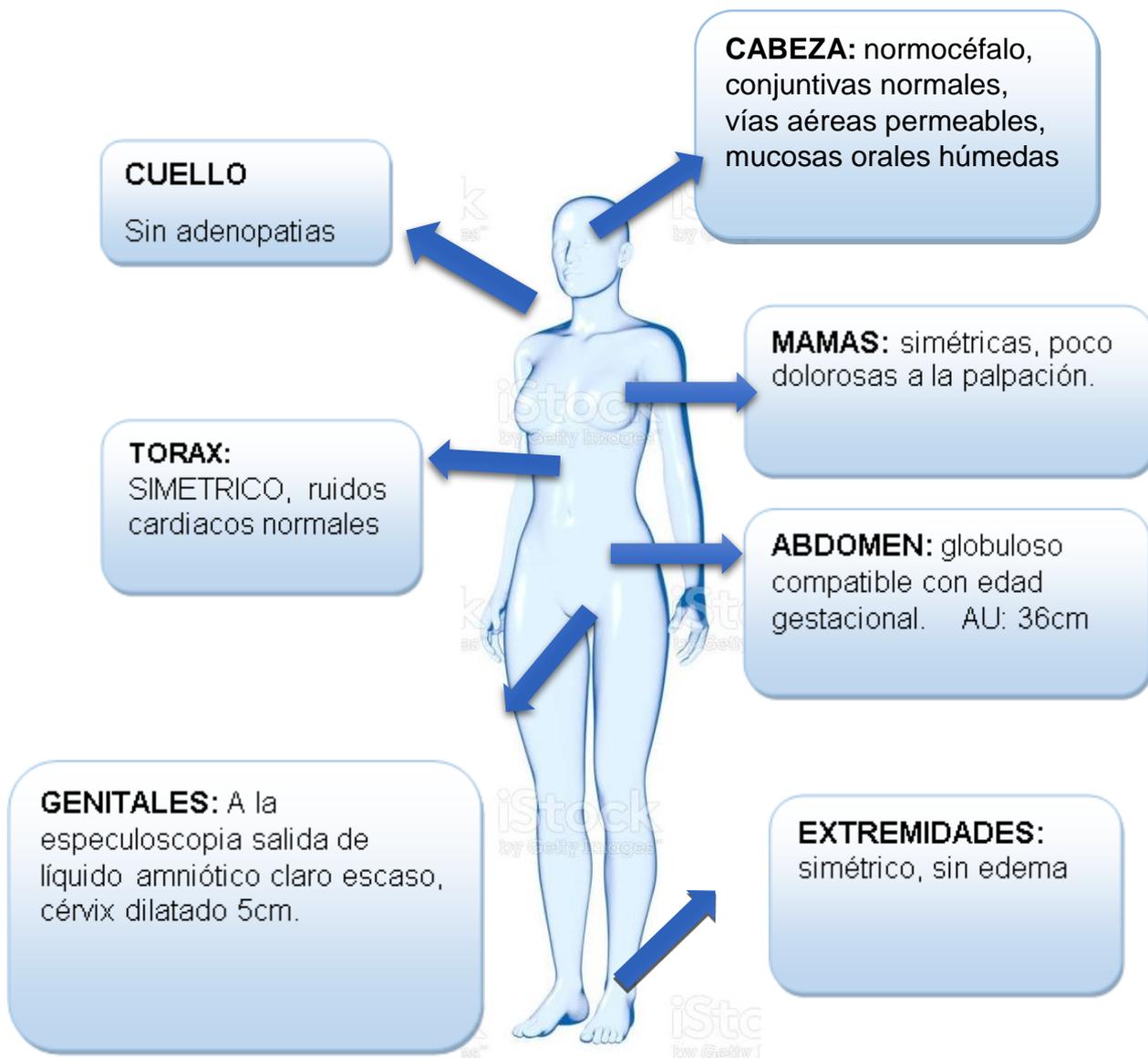
ITS: vaginosis Bacteriana hace 2 meses.

2.2. Importantes datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente hemodinámicamente estable de 46 años de edad oriunda de la provincia de Santa Elena (Ballenita) acude a la consulta por emergencia obstétrica del Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López de forma ambulatoria, que cursa embarazo de 38,5 semanas de gestación, refiere pérdida de líquido amniótico de aproximadamente 8 horas de evolución acompañado de moderado dolor en el hipogastrio que se irradia a la región lumbosacra. Es valorada por médico especialista y se decide ingreso a sala de parto para recibir tratamiento con antibioterapia y observación.

2.3. Exploración clínica (examen físico)

General: Hemodinámicamente estable, consciente, orientada en tiempo y espacio, afebril.



Fuente: figura Alamy Foto de stock ikon color /, 2018

Elaborado Por: Baque Herrera Tania

SIGNOS VITALES MEDICIONES Y VALORES

T/A	FC	T°C	FR	SPO2	PESO	TALLA
150/107	82	36.5	20	98	78	156

GLASGOW			
OCULAR:4	VERBAL:5	MOTOR: 6	TOTAL:15

2.4. Información De Exámenes Complementarios Realizados

- Ecografías obstétricas presentadas a emergencia al momento del ingreso 26/03/2021

Fecha de ecografía: 8 de marzo del 2021
<p>Producto único vivo, situación dorso anterior izquierdo longitudinal</p> <p>Diámetros fetales:</p> <p>DBP: 8.0CM LCR: 10.8CM LF: 6.8CM CC: 30.0CM CA: 32.3CM</p> <p>ÍNDICE CEFÁLICO: 74.6%</p> <p>ÍNDICE AMNIÓTICO PHELAN:13.0 CM (V.N PARA LA EDAD GESTACIONAL 6.0 A 20.0)</p> <p>PESO: 2760 GR.</p> <p>PLACENTA UBICADA EN LA PARED ANTERIOR Y FÚNDICA, INSERCIÓN NORMAL, MADUREZ GRADO 2/3</p> <p>MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES</p> <p>Movimientos fetales presentes</p> <p>SEXO: MASCULINO</p>

Se observan varios nódulos ecogénicos, miomatosos el mayor intramural izquierdo de 100 X 8.0 cm cerca del fondo uterino.

Dx: gestación única de 36 semanas útero miomatoso

- Exámenes complementarios

EXAMEN	RESULTADO	VALOR
REFERENCIAL		
BIOMETRÍA HEMÁTICA		
Hemoglobina	8,2 g/dl	12,0-16,0
Hematocrito	25,1%	36,0-48,0
Leucocitos	13,80 k/ul	5,0-10,0
Plaquetas	237 k/ul	150-400
Linfocitos	12.8%	25.0-40,0
Neutrófilos	79.9%	50,0-65,0
TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA RH (D)		
Grupo sanguíneo: O		factor RH:positivo
COAGULACIÓN		
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 31 sg		
Tiempo de protrombina (TP): 19 sg		
AUTOINMUNES E INFECCIOSAS		
HIV 1-2 generación: no reactivo		
VDRL: negativo		

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

2.5.1, Diagnóstico Presuntivo

Embarazo de 38.5 semanas más útero miomatoso, más ruptura prematura de membranas.

2.5.2. Diagnóstico Diferencial

- 1) Leucorrea
- 2) Micción involuntaria
- 3) Eliminación del tapón mucoso
- 4) Hidrorrea gravídica

2.5.3. Diagnóstico Definitivo

Embarazo de 38.5 semanas de gestación más útero miomatoso más ruptura prematura de membranas.

2.6. Analisis y descripcion de las conductas que determinan el origen del problema y de los metodos al realizar

Origen del problema: para determinar el origen del problema, se procedió a revisar la historia clínica de la paciente del Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López, en donde se encontró que la paciente presenta factores de riesgo importantes, tales como: antecedente de aumento de peso, anemia, elevación de su presión en las últimas semanas, los cuales son de alto riesgo obstétrico y se caracterizan por propiciar complicaciones materno-fetales como la ruptura prematura de membranas que puede conllevar a una corioamnionitis, prematuridad, trabajo de parto, entre otros.

Procedimientos a realizar: a partir de la determinación del diagnóstico definitivo los procedimientos que se realizarán serán los recomendados por el

Ministerio de Salud Pública en la Guía de Práctica Clínica para el manejo de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas:

1. Hidratación
2. Profilaxis de antibióticos
3. Vía del parto por cesárea de emergencia
4. Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.
5. Observación y control de los signos vitales de la paciente.
6. Valoración del recién nacido pretérmino.

15. 2.7 indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales

- **Maduración fetal:** El (MSP, 2015) recomienda utilizar un esquema único de esteroides antenatales que debe administrarse para la respectiva, maduración fetal entre las 24 y 34 semanas 6 días es decir antes de las 35 semanas, para reducir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en el neonato, la hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y mortalidad perinatal.
- **Hidratación:** la hidratación es importante en la paciente que presenta dinámica uterina, y estén en fase activa de trabajo de parto es importante tener una vía de administración: se inicia con dextrosa al 5% en 1000cc pasar 30 gotas por minuto. (Publica, 2015)
- **Profilaxis con antibióticos:** el uso de antibióticos prolonga el tiempo de latencia hasta el parto y reduce la morbilidad infecciosa neonatal. (L., 2011). El uso de antibióticos en RPMP, esté asociado con una reducción estadísticamente significativa de corioamnionitis e infección neonatal en niños cuyas madres reciben tratamiento, así como efecto de reducción sobre la mortalidad perinatal, (MSP, 2015)
- **Vía del parto: parto por cesárea:** Luego de las 28 semanas se puede seguir el protocolo de inducción de parto convencional. La operación cesárea debe reservarse para las situaciones de morbilidad materna que contraindiquen un parto vaginal (Pública, 2015). Pero en este caso no

fue necesario la inducción para el trabajo de parto, ya que se encontraba con trabajo de parto pretérmino fase activa

- **Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto:** “manejo activo (comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta).” (L., 2011) esto se realiza para disminuir el riesgo de hemorragia posparto, administrando oxitocina 10 UI. Y realizando masajes uterinos cada 15 minutos durante 2 horas luego cada 30 minutos por 2 horas más.
- **Valoración del recién nacido pretérmino:** pinzamiento oportuno del cordón umbilical, test de Apgar, profilaxis ocular y antihemorrágica, examen neurológico, evaluación del peso y lactancia, cordón umbilical, abdomen y caderas. Verificar si no hay ninguna novedad realizar exámenes de laboratorio. (publica, 2015)

2.8. Seguimiento

Paciente que ingresa por la emergencia obstétrica con moderado dolor en el hipogastrio acompañado de pérdida de líquido amniótico en poca cantidad. Se realiza valoración gineco-obstétrica, examen físico correspondiente, exámenes de laboratorio y se decide ingreso a sala de parto con las siguientes indicaciones:

26/03/2021 7:00am

- Hidratación (dextrosa al 5% en 1000cc pasar 30 gotas por minuto)
- Cuidados de enfermería
- Control de signos vitales (score mama)
- Monitoreo fetal
- Interconsulta con ginecólogo
- Charla de signos de alarma materno-fetal
- Exámenes de laboratorio

1er día de hospitalización 26/03/2021 8:00am

<p>Paciente que ingresa de la emergencia obstétrica con Dx: embarazo de 38 semanas más ruptura prematura de membranas más útero miomatoso Con AGO: G:1 P:0 A:1 al momento paciente hemodinámicamente estable, afebril, orientada en tiempo y espacio niega síntomas Al examen físico abdomen globuloso compatible con edad gestacional AU 36cm Al examen ginecológico: Tacto vaginal: dilatación:5 cm borramiento: 60% plano I-II membranas rotas +/- 8 horas de evolución REGO: FCF: 146 x” Presencia de leiomiomas Dx: embarazo +/- 38 SG + TFA+primigesta añosa+leiomiomas</p>	<p>Medidas generales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración gineco-obstetrica ▪ Monitoreo fetal ▪ Cuidados de enfermería ▪ Control de signos vitales (score mama) <p>Indicaciones terapéuticas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dextrosa al 5% en 1000cc pasar 30 gotas por minuto.
--	---

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	SPO2	ECON	PROTEIN	TOTAL
150/107	82	20	36.5	98	A	NEGATIVO	4

26/03/2021 8:40am

<p>Primigesta añosa presenta Variabilidad en monitoreo fetal + presión arterial se le comunica al ginecólogo Indica ingreso operatorio para cesárea de emergencia Dx: emb/- 38 SG + RPM+monitoreo categoría II+ sufrimiento fetal+HTA NOTA: se decide cesárea de emergencia por sufrimiento fetal + HTA</p>	<p>Medidas generales</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Preparación de paciente para cesárea <input type="checkbox"/> Inicio de antibioterapia <input type="checkbox"/> Indicación del procedimiento a seguir
---	--

Resultados de laboratorio

Hemoglobina	9.6 g/d
--------------------	---------

Hematocrito	28.5 %
Leucocitos	13.8
Plaquetas	225
Linfocitos	11.6%
Neutrófilos	82.1%

DETECCIÓN ANTICUERPOS SARS-CoV-2 COVID-19 IgG /IgM

IgG "POSITIVO"

IgM "NEGATIVO"

26/03/2021 11:30am

<p>NOTA OPERATORIA</p> <p>BAJO ANESTESIA REGIONAL, PREVIA ANTISEPSIA ASEPSIA DE REGIÓN ABDOMINO GENITAL, SE PROCEDE A REALIZAR INCISIÓN TIPO PFANNENSTIEL QUE INVOLUCRA PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y APONEUROSIS MUSCULAR, DIVULSIÓN DE RECTOS ANTERIORES, APERTURA DE PERITONEO PARIETAL, VISUALIZACIÓN DE ÚTERO GRÁVIDO, HISTEROTOMIA ARCIFORME TIPO KERR,</p>	<p>INDICACIONES:</p> <p>PASAR A RECUPERACIÓN LUEGO A SALA DE HOSPITALIZACIÓN DIETA ABSOLUTA POR 6 HORAS LUEGO BLANDA</p> <p>INDICACIÓN TERAPÉUTICA</p> <p>1.- CEFTRIAXONA: 1 GRAMO IV CADA 12 HORAS</p> <p>2.- CLORURO DE SODIO AL 0.9 % 1000 CC IV A 20 GOTAS POR MINUTO</p> <p>3.- CLORURO DE SODIO AL 0.9 % 1000 CC + TRAMADOL 300 MGRS + METOCLOPRAMIDA 20 MGRS, TERMINAR VÍA Y RETIRAR</p> <p>4.- KETOROLACO: 30 MG IV CADA 8 HORAS</p>
--	--

<p>OBTENCIÓN DE RECIÉN NACIDO EN CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLES, 2760 gr, ONFALOTRIPSIA, ALUMBRAMIENTO MANUAL, HISTERORRAFIA POR PLANOS (2) CON CATGUT CROMICO 1, VERIFICACIÓN DE HEMOSTASIA, LIMPIEZA DE CAVIDAD ABDOMINAL, CIERRE POR PLANOS, CULMINA ACTO QUIRÚRGICO SIN COMPLICACIONES.</p> <p>EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS</p> <p>ÚTERO GRÁVIDO, RECIÉN NACIDO EN CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLES.</p>	
--	--

26/03/2021 14:00 pm

Se concluyó control de puerperio quirúrgico inmediato cada 15` por 2 horas

Score mama 1

Útero contraído

Altura uterina por encima de la cicatriz umbilical (útero miomatoso) 2 trances

Loquios escasos

No mareos, ni vómitos

Extremidades normales

Dx: puerperio quirúrgico inmediato

Útero miomatoso

Primigesta añosa

HTA crónica

27/03/2021 10:00 am

<p>Primigesta de 46 años que cursa con un puerperio quirúrgico de 29 horas al momento orientada en tiempo y espacio abdomen blando por debajo de la cicatriz umbilical útero contraído loquios escasos, extremidades sin edema.</p> <p>Dx: puerperio quirúrgico</p>	<p>Indicaciones</p> <p>Dieta blanda</p> <p>Solución salina 9% 1000 cc pasar 20 gotas por minuto</p> <p>Ceftriaxona 1gr cada 12 horas</p> <p>Ketorolaco 30 mg IV cada día</p> <p>Nifedipino 10 mg cada 8 horas vo</p> <p>Comunicar novedades</p> <p>Al dar el alta suspender el nifedipino</p> <p>Controlar signos vitales</p>
---	--

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	ECON	PROTEIN	TOTAL
110/70	101	20	36.5	ALERTA	NEGATIVO	1

RESULTADOS DE LABORATORIO

HEMOGLOBINA	9.6 g/d
HEMATOCRITO	28.5%
LEUCOCITOS	13.80

Dx: puerperio quirúrgico más anemia

28/03/2021 13:30 pm

Se valora expectativa de paciente para alta médica hospitalaria pcte al momento orientada en tiempo y espacio y hemodinámicamente estable, que cursa con un puerperio quirúrgico +/- De 48 horas de evolución, presenta útero contraído por encima de la cicatriz umbilical, loquios escasos, diuresis(+)	Indicaciones Control obstétrico Alta médica hospitalaria Exámenes de laboratorio control en 1 semana. Hierro bebible 1 diario Cefalexina 500mg vo c/8 horas Paracetamol 1 gr vo c/8h Aldomet 250mg vo c/8h o c/12h
---	--

2.9. Observaciones

- Paciente que presentó preeclampsia y sufrimiento fetal por motivo se realizó la cesárea de emergencia
- Ante esta situación se informa a familiar (esposo y madre) sobre las posibles complicaciones que tendría después del parto por presentar útero miomatoso
- Se obtuvo un producto único vivo sexo masculino apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, peso 2760gr, talla 48cm, test de capurro 37 semanas de gestación se lo llevan al área de neonatología sin complicación
- Se aplicó manejo activo del tercer periodo, se valoró útero miomatoso en el fondo del útero y el mayor en el intramural izquierdo.

Se realizaron las suturas sin complicaciones por planos CATGUT CROMICO 1 (2) CATGUT CROMICO 0 (1) VICRYL 1 (1) NYLON 3-0 (1)

Una vez estable la paciente se procede al alta médica, al tener en cuenta los antecedentes de la paciente se dio charla de signos de alarma maternos-fetales, se le envía con contra referencia a subcentro de salud donde se hacía atender su embarazo.

3. Conclusiones

- La leiomiomatosis uterina en el parto prematuro es una complicación obstétrica que puede dañar la salud de las madres y los bebés en los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales y reproductivos
- A través del análisis de los resultados de la investigación de la paciente, se concluye que la etiología relacionada de los fibromas uterinos está relacionada con la genética, las hormonas y otros factores de riesgo.
- Valorar el riesgo obstétrico de la gestante en la primera consulta prenatal constituye la primera base para detectar a tiempo futuras complicaciones durante el embarazo, ya sea relacionados a factores ambientales, socioeconómicos, biológicos y genéticos.
- La conducta obstétrica depende de la edad gestacional, del estado materno-fetal y de las condiciones obstétricas que desencadenan con el trabajo de parto y la fase en la que se encuentre.

4. Bibliografía

- Ana, C. (2016). *miomatosis uterina manifestaciones clínicas*. Cuenca.
- Biceño-Ferez, D. C. (2004). Gran mioma uterino y embarazo.
- Cedeño Jenny, C. A. (2016). *Miomatosis uterina*. cuenca.
- Dr. Alfredo Morales Rodríguez¹, D. O. (2012). Fibroma uterino y embarazo. *re vgm espirituana*.
- Drs. Carlos Briceño-Férez, F. A.-F.-S.-S. (2004). Gran mioma uterino y embarazo . *Scielo, Rev Obstet Ginecol Venez v.64 n.2 Caracas jun. 2004*, 8.
- Fred Morgan Ortiz, *. B. (2011). Miomas uterinos durante el embarazo y su repercusión en el resultado. *Ginecol Obstet Mex 2011;79(8):467-473*.
- Friel, L. A. (2020). Miomas durante el embarazo. *Manuel MSD*.
- Gonzalez, D. (2009). Mioma gigante y embarazo. *Rev.obst gine venez*.
- J.Vallejo, B. (2017). implicaciones de la salud reproductiva. *rev,gin.obst.mex*.
- Javier, G. (2016). *miomatosis uterina y factores de riesgo*. Guatemala.
- L., C. (2011). *GPC. amenaza de parto pretérmino*.
- Martin, B. (2014). *complicaciones maternas por miomatosis uterina*. Lima-Perú.
- MSP, M. d. (2015). *Ruptura prematura de membranas pretérmino*. QUITO: DEPARTAMENTO DE NORMATIZACIÓN.

pública, M. d. (2015). recién nacido,2015. Quito.

Pública, M. M. (2015). *Atención de Parto,post parto y puerperio inmediato*.
Quito.

Raph, C. (2018). *ginecología y obstetricia*. Chile.

Rojas, D. S. (2007). miomatosis uterina en nulípara . *rev.medica de costa rica y centroamérica* .

Valencia, M. H. (2017). Miomatosis uterina: implicaciones de la salud reproductiva. *Gine.obst México*.

Aguedo, D. A. (2018). Leiomiomas asociados a embarazo. *Rev. peru. ginecol. obstet. vol.64 no.1 Lima ene./mar. 2018*.

Jaime Saavedra, M. (2003). Miomatosis uterina e infertilidad: indicaciones de tratamiento convencional. *Rev.colombiana de obstetricia y ginecollogia*.

Redonet, E. M. (2019). miomectomia durante el embarazo. *rev.cubana ginecologia y obstetricia*.



**ARQUIDIOCESIS DE GUAYAQUIL
HOSPITAL BASICO VIRGEN DEL CISNE
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO**

La Libertad, Barrio General Enriquez Gallo Avda. 23 entre calle 31-34
Mail: clinicavc@yahoo.com Cell: 0992649477

NOMBRE: ORDOÑEZ VAGUAL RN
FECHA: 27/3/2021 12:04
MEDICO: DRA. ESTEFANIA ORRALA

EDAD: 1 DIA
SEXO: MASCULINO
ANALISIS: LAB0015

BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA Y DIFERENCIAL

Especimen: "Sangre Total"

PARAMETRO	PACIENTE	VALOR REFERENCIAL
Glóbulos Blancos	28,72 K/uL	5,00 - 10,0
Linfocitos (#)	4,85 K/uL	2,30 - 14,0
Monocitos (#)	1,75 K/uL	0,00 - 0,95
Granulocitos (#)	22,12 K/uL	1,00 - 8,50
Linfocitos (%)	16,9 %	46,0 - 76,0
Monocitos (%)	6,1 %	0,00 - 5,00
Neutrófilos Segmentados (%)	77,0 %	20,0 - 45,0
Recuento Glóbulos Rojos	5,97 M/uL	3,91 - 5,31
Hemoglobina	21,3 g/dl	9,50 - 14,1
Hematocrito	61,5 %	30,0 - 42,0
Volúmen Corpuscular Medio (VCM)	103,0 fl	70,0 - 84,0
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	35,7 pg	23,0 - 29,0
Con. Hb Corpuscular Media (CHCM)	34,6 g/dl	31,0 - 35,0
Ancho Distribución Eritrocitaria (RDW)c	18,3 %	11,3 - 16,7
RDW-SD	63,1 fl	35,0 - 56,0
Plaquetas	52 K/uL	150 - 450
Volúmen Plaquetario Medio (MPV)	7,6 %	7,0-11,0
Ancho Distribución Plaquetaria (PDW)c	15,8 fl	10,0- 18,0
Plaquetorio	0,04 %	0,108-0,282
P-LCC	8 K/uL	30-90
P-LCR	14,6 %	11,0-45,0

Elaborado por el laboratorio
WILMER PAUL
MALAVE VILLAO
LABORATORIO VIRGEN DEL CISNE
QUIMICO Y FARMACEUTICO RESPONSABLE



ARQUIDIOCESIS DE GUAYAQUIL
HOSPITAL BASICO VIRGEN DEL CISNE
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO
La Libertad, Barrio General Enriquez. Gallo Avda. 23 entre calle 31-34
Mail: clinicavo@yahoo.com
Cell: 0992649477

NOMBRE: YAGUAL RAMIREZ SHASHA EUNISE
FECHA: 26/3/2021 9:52
MEDICO: OBST. AQUILES DEL PEZO

EDAD: 46 AÑOS
SEXO: FEMENINO
ANALISIS: LAB003

DETECCION ANTICUERPOS SARS-CoV-2 COVID-19 IgG/IgM
Especimen: "Suero"

COVID-19 IgG:

" POSITIVO "

COVID-19 IgM:

" NEGATIVO "

Características de la determinación:

Sensibilidad Relativa: 96,88 %

Especificidad Relativa: 100 %



ARQUIDIOCESIS DE GUAYAQUIL
 HOSPITAL BASICO VIRGEN DEL CISNE
 LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO
 La Libertad, Barrio General Enriquez Gallo Avda. 23 entre calle 31-34
 Mail: clinicavo@yahoo.com Cell: 9993376866

NOMBRE: YAGUAL RAMIREZ SHASHA EUNISE
 FECHA: 26/3/2021 9:52
 MEDICO: OBST AQUILES DEL PEZO

EDAD: 46 AÑOS
 SEXO: FEMENINO
 ANALISIS: LAB003

BIOQUIMICOS - ENZIMAS - ELECTROLITOS - INMUNOLOGICOS
 Espécimen: "Suero"

	PACIENTE	V.R.	UNIDADES
COLESTEROL TOTAL	328,50		
TRIGLICERIDOS	357,30	140-200	mg/dl
UREA	32,53	25-160	mg/dl
CREATININA	0,70	10-45	mg/dl
ACIDO URICO	3,14	0,7-1,4	mg/dl
T.G.O./AST (ASPARTATO)	52,42	3,4-6,0	mg/dl
T.G.P./ALT (ALANINA)	24,86	< 29	U/l
GAMMA GT	40,11	< 29	U/l
		< 38	U/l

HEMOSTASIA

	PACIENTE	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE COAGULACION	4' 40"	4' - 6'
TIEMPO DE PROTROMBINA	19"	12" - 15"
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	31"	24" - 39"

WILMER PAUL
 MALAVE VILLAO

Firmado digitalmente por
 WILMER PAUL MALAVE
 VILLAO
 Fecha: 2021.03.26 09:55:46
 -0500

QUIMICO Y FARMACEUTICO
 RESPONSABLE

UNIDAD DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES
DR. JORGE LAYANA BUSTAMANTE

PROTOCOLO DE ECOSONOGRAFIA OBSTETRICA
DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

PACIENTE : SASHA YAGUAL RAMIREZ
EDAD : 46 AÑOS
FECHA FUM : 8 DE MARZO 2021
EXAMEN SOLICITADO POR : 28 DE JUNIO 2020

EXAMEN GENERAL

N°. DE FETOS : UNO
POSICION : CEFALICO, DORSO ANTERIOR IZQUIERDO LONGITUDINAL
EJE NEURAL : NORMAL
ACTIVIDAD CARDIACA : NORMAL
MOVIMIENTOS FETALES : NORMAL
TONO FETAL : NORMAL
RELACION CARDIOTORAXICA FETAL : NORMAL
: 2 A 1 DENTRO DEL RANGO NORMAL.

MEDICIONES

DIAMETRO BIPARIETAL : 8.0 CM.
DIAMETRO FRONTO-OCCIPITAL : 10.8 CM.
LONGITUD CRANEO RABADILLA : 6.8 CM.
LONGITUD DEL FEMUR : 30.0 CM.
CIRCUNFERENCIA DEL CRANEO : 32.3 CM.
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL : 74.6 %
INDICE CEFALICO: V. NORMAL 70 - 86 %
INDICE AMNIOTICO PHELAN : 13.0 CM. (V.N. PARA LA EDAD GESTACIONAL 6.0 a 20.0)
RADIOS :
FL/BDP : VALOR NORMAL 71 - 86 : 76.5 %
FL/AC : VALOR NORMAL 20 - 24 : 21.9 %
ARTERIA UMBILICAL :
VELOCIDAD SISTOLICA : 33. cm/s NORMAL 1.00 MULTIPLOS DE LA MEDIANA.
VELOCIDAD DIASTOLICA : 14. cm/s
INDICE A/B : 2.27
INDICE DE PULSATILIDAD : 0.80 NORMAL POR DEBAJO DEL PERCENTIL 95

PLACENTA : ANTERIOR MADUREZ GRADO 2/3

INDICE AMNIOTICO : NORMAL

PESO FETAL APROXIMADO : 2666 GRAMOS

EDAD MENSTRUAL : 36 SEMANAS

EDAD ECOGRAFICA : 35 SEMANAS

EDAD DEFINITIVA : 36 SEMANAS

FECHA APROXIMADA DE PARTO : 4 DE ABRIL 2021

SE OBSERVAN VARIOS NODULOS HIPOECOGENICOS, MIOMATOSOS EL MAYOR INTRAMURAL IZQUIERDO D E 100 X 8.0 CM CERCA DEL FONDO UTERINO.

COMENTARIOS : GESTACION UNICA DE 36 SEMANAS.
UTERO MIOMATOSO.

Dr. Jorge Layana B.
MEDICO OBSTETRA
REG. SUBESPECIAL # 28
LIBRO SOLIV 9010
PROVINCIA SANTA ELENA

