



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA

Dimensión Práctica Del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Obstetriz.

TEMA DEL CASO CLÍNICO

CONDUCTA OBSTÉTRICA EN MULTIPARA DE 24 AÑOS CON UTERO DE COUVELAIRE EN EL PUERPERIO

AUTORA

DÍAZ BRIONES IRIS LOURDES

TUTORA

Dra. CASTRO POSLIGUA AIDA PhD

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
I. MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	7
1.2 OBJETIVOS	8
1.2.1 Objetivo General.....	8
1.2.2 Objetivos específicos.....	8
1.3 DATOS GENERALES.....	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	10
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	10
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	10
2.3 Examen físico (exploración clínica)	11
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	11
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	16
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	17
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	18
2.8 SEGUIMIENTO.....	20
2.9 OBSERVACIONES	24
CONCLUSIONES.....	25
Bibliografía	26
ANEXOS.....	27
PALABRAS CLAVES.....	29

Índice de gráficos:

Ilustración 1 Útero de couvelaire + B-Lynch	2
Ilustración 2 Clasificación de PAGE (Jaime).....	4

Índice de tablas:

Tabla 1 Signos vitales:.....	11
Tabla 2 Inmunología – Endocrinología - Hematología	11
Tabla 3 Hematología (biometría)	12
Tabla 4 Química	13
Tabla 5 Neumología/Terapia respiratoria	13
Tabla 6 Útero + Anexo izquierdo:	14

TEMA

CONDUCTA OBSTÉTRICA EN MULTIPARA DE 24 AÑOS CON UTERO DE COUVELAIRE
EN EL PUERPERIO

INTRODUCCIÓN

“El útero de Couvelaire es un cuadro clínico excepcional en la Obstetricia moderna que consiste en un estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical. En todos los casos descritos existe el antecedente de desprendimiento placentario durante el trabajo de parto o traumatismos y fármacos que condicionan el colapso de la circulación útero placentaria”. (Serrano, 2014)

Hablar de un útero de couvelaire se refiere a la formación de hematoma retroplacentario masivo, es decir que la sangre se encuentra en el musculo, tejido perivascular y subserosa, el factor agravante es la hemorragia en la decidua-placentaria puesto que es esta la causante de óbito fetal, shock hipovolémico materno, coagulación intravascular diseminada e incluso insuficiencia renal. Frente a esto es de vital importancia la decisión del tratante en base a la literatura y normas prescritas para el correcto manejo oportuno de tal patología con el fin de salvaguardar el bienestar materno-fetal.

El presente caso clínico detalla el desarrollo de un útero de couvelaire en una paciente multipara de 24 años de edad cuyo desencadenante hemorrágico ocurrió en el puerperio inmediato, es decir dentro de las primeras 24 horas post cirugía, dicha paciente con inestabilidad hemodinámica e hipotensa producto de atravesar por shock hipovolémico, que por razones obvias tuvo que volver a ser intervenida y es entonces que ocurre el diagnóstico de útero de couvelaire ya que la manera de conocer la existencia de esta patología en una paciente es por inspección directa.

I. MARCO TEÓRICO.

DEFINICIÓN:

“Útero de couvelaire o apoplejía uteroplacentaria, corresponde a una infiltración hemática en miométrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo. El útero de couvelaire es una de las complicaciones más severas causada por el desprendimiento prematuro de placenta y aparece en un 0.4 a 1% de los embarazos”. (Palacios, 2018)

FISIOPATOLOGÍA

En casos raros la hemorragia se extiende a los ligamentos anchos, ovarios y la cavidad peritoneal, esto ocurre debido a la formación del hematoma retroplacentario masivo. Desde una perspectiva histológica, la sangre se encuentra entre el músculo, en el tejido perivascular y la subcerosa. La decidua se va disecando debido al hematoma formado, una fina capa se une a la cara materna de la placenta y el resto de la decidua queda en contacto con el miometrio. Es una causa importante de movilidad y mortalidad fetal. Como resultado la musculatura del miometrio no puede contraerse adecuadamente y por ello causa sangrado postparto, por atonía uterina que se transforma de hipertensión a hipotensión estática. El factor más decisivo en la fisiopatología es la hemorragia causante de choque hipovolémico materno, óbito fetal, coagulación intravascular diseminada e insuficiencia renal. (Palacios, 2018)



(Hernandez)

Ilustración 1 Útero de couvelaire + B-Lynch

FACTORES DE RIESGO

El útero de couvelaire se asocia con: desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, cuagulopatías, preeclampsia, ruptura uterina y embolismo del líquido amniótico.

- El principal factor de riesgo para esta complicación es: la separación prematura de la implantación placentaria.
- Otros factores de riesgo incluyen: hipertensión arterial, edad avanzada, polihidramnios, multiparidad, traumatismo abdominal, restricción del crecimiento uterino, infección intrauterina y abuso de cocaína. **(Palacios, 2018)**

DIAGNÓSTICO E INCIDENCIA

El útero de couvelaire solo se diagnostica con inspección directa del útero o biopsia. La incidencia de útero de couvelaire no se ha establecido debidamente porque solo puede demostrarse por laparotomía; aun así, se estima que el útero de couvelaire ocurre en 5 a 16.5 % (0,05-0,1% de los embarazos). **(Palacios, 2018)**

CLASIFICACIÓN DE PAGE

Dependiendo del grado de separación entre la superficie placentaria y la pared uterina. Las manifestaciones clínicas evolucionarán según la gravedad. Se inician con el hallazgo de separación incidental en un parto sin complicaciones (grado 0). Dolor abdominal leve, hemorragia en menor cantidad, coágulos, pero con feto íntegro (grado 1). El grado 2 corresponde a una separación entre 30 y 50% de la pared placentaria y pared uterina, dolor abdominal, hemorragia interna o externa y afectación del feto con mortalidad del 20 al 30%. En el grado 3 se repite este cuadro clínico, pero su diferencia estriba en que es de comienzo abrupto, con afectación materno-fetal importante por anemia y probable choque. **(Parodi, 2019)**

Clasificación Clínica

CLASIFICACIÓN DE PAGE	
Grado 0:	Asintomática. <1/6 parte de la superficie placentaria.
Grado I:	Metrorragia variable sin otros síntomas. < 30% de desprendimiento.
Grado II:	Feto vivo con dolor abdominal, hemorragia oculta, afectación fetal y menos frecuentemente CID. La mayoría suelen evolucionar a grado III. 30 a 50% de superficie de desprendimiento.
Grado III:	Desprendimiento total. Comienzo brusco. Paciente que presenta hemorragia vaginal, hematoma retroplacentario, sensibilidad uterina (con o sin hipertonía), choque materno, muerte fetal y signos de coagulopatía de consumo.

Ilustración 2 Clasificación de PAGE (Jaime)

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

Se relaciona con embarazos con síndrome hipertensivo y puede causar coagulación intravascular diseminada, útero de couvelaire, necrosis isquémica en las glándulas suprarrenales, en la hipófisis y el hígado e insuficiencia renal, también por transfusiones masivas e histerectomía. (Palacios, 2018)

El estudio que se realizó en una población de mujeres con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, encontramos una incidencia de 332 casos con esta patología en el **Hospital Enrique C Sotomayor de Guayaquil-Ecuador** durante el periodo 2014. (Velazquez, 2015)

Existen varios mecanismos fisiopatológicos que pueden producir este desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, pero quizá el más importante sea la ruptura por injuria (isquemia) de los vasos sanguíneos de la decidua basal y así se produce una extravasación sanguínea y formación de hematoma, el cual crece y produce mayor separación de la masa placentaria y aumentará los desgarros vasculares, llevándolo a extravasación sanguínea. Otro mecanismo sería debido a la elevación brusca de la presión venosa de los vasos uterinos, el cual es transmitido

hacia el espacio intervelloso y produce congestión del lecho venoso, ruptura vascular, hemorragia y finalmente separación placentaria. **(Mendieta, 2018)**

CLASIFICACIÓN: Actualmente se distinguen dos tipos de desprendimiento de placenta, agudo y crónico.

Desprendimiento agudo: Este tipo de desprendimiento tiene un comienzo brusco cuyas características son sangrado vaginal (en el 78% de los casos), dolor abdominal y/o lumbar leve-moderado, contracciones uterinas hipertónicas y cambio en la frecuencia cardiaca normal del feto. De estos síntomas no siempre están todos presentes. En ocasiones el sangrado vaginal es mínimo o nulo ya que la sangre se queda retenida en la placenta, por lo que el sangrado vaginal no supone un marcador fiable del riesgo materno-fetal. Unos parámetros, sin embargo, que si son predictivos a la hora de valorar la gravedad del cuadro son las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal y la hipotensión materna.

Desprendimiento crónico: El sangrado vaginal es leve e intermitente, que con el tiempo tienden a relacionarse con enfermedades isquémicas de la placenta, como oligoamnios, retraso en el crecimiento fetal y preeclampsia. Durante este proceso los estudios de coagulación son normales lo que retrasa su diagnóstico, y la forma ideal de identificar es por medio de ecografías donde se halla el hematoma placentario. **(Delgado, 2016)**

Causas o factores de riesgo:

- Traumatismo abdominal, en este caso el desprendimiento suele presentarse durante las primeras 24 horas.
- Consumo de cocaína y demás sustancias tóxicas, ya que producen vasoconstricción también isquemia y alteración a la integridad vascular.
- Hidramnios y gestaciones múltiples, debido al aumento en la distensión y descompresión rápida después de la rotura de membrana o parto.
- Hipertensión crónica o gestacional que comprende un riesgo de hasta cinco veces mayor que en mujeres normotensas.
- Malformaciones uterinas que hacen que la implantación sea inestable, ya sea por una decidualización insuficiente o un cizallamiento excesivo.
- Cesáreas previas.
- Rotura prematura de membranas.
- Corioamnionitis.
- Isquemia placentaria en los embarazos previos.
- Paciente añosa.
- Ser multípara.
- Deficiencia nutricional (folato)
- Trombofilias.
- Cordón umbilical muy corto. **(Delgado, 2016)**

Macrosomía fetal complicaciones maternas: por complicación se entiende a una reacción que ocurre durante el curso de una enfermedad, agravándola, puede aparecer durante la gestación, el parto o en el puerperio. Las principales alteraciones que pueden ocurrir por la macrosomía fetal atonía uterina, parto instrumental, parto prolongado, hemorragia post parto (este trastorno está asociado a un mayor número de hemorragias maternas) **(Vento, 2016)**

1.1 JUSTIFICACIÓN

El útero de couvelaire es una patología que como ya se ha mencionado ocurre de manera muy atípica, por lo que frente al cuadro clínico de una paciente con hipotensión podría pasarse por alto y ser manejado sin precaución alguna, razón por la cual nace de forma muy relevante la necesidad del conocimiento sobre la existencia de dicha complicación ya que por su complejidad tiene alta morbilidad y mortalidad materno-fetal.

Es imperativo que como profesionales de salud retomando la responsabilidad de capacitarse también en patologías poco frecuentes, logre abarcar amplitud en su método diagnóstico y manejo oportuno a dicha circunstancia con el fin de mejorar la atención en salud obstétrica y ginecológica. Razón por la cual se considera que el presente caso clínico podría aportar a la incentivación de conocimiento de diagnóstico y manejo de útero de couvelaire sus lectores además de motivar a uno o más estudios a profundidad del tema.

La investigación bibliográfica coopera con la unificación de información destacable con el fin de sustentar el caso clínico presentado de manera que se pueda reconocer si el manejo fue o no el correspondiente dejando evidencia de la disminución del margen de error con un correcto diagnóstico, además se busca generar un impacto positivo con respecto a la concientización en la búsqueda de mecanismos de prevención a estas complicaciones por medio de los controles oportunos de las pacientes.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General.

Conocer los factores de riesgo y complicaciones asociadas a útero de couvelaire, mediante revisión bibliográfica, para un diagnóstico oportuno que permita una intervención y prevención temprana.

1.2.2 Objetivos específicos.

- Analizar los criterios de diagnóstico y manejo del útero de couvelaire en el puerperio.
- Determinar la incidencia de útero de couvelaire según registros de estudios realizados, para entender la probabilidad de tal complicación.
- Comprender la fisiopatología de útero de couvelaire detallando la información sobre dicha patología enfocado al caso de estudio.

1.3 DATOS GENERALES

- **Sexo:** femenino
- **Edad:** 24 años
- **Procedencia:** Ecuador – Guayas – Naranjito vía a Milagro.
- **Número de controles prenatales:** 5
- **Vivienda:** familiar
- **Número de hijos:** 3
- **Actividad:** Ama de casa
- **Nivel de estudio:** Primaria
- **Estado civil:** Soltera

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente

- **Motivo de consulta:** Se recibe paciente de 24 años, puérpera operada en otra casa de salud hace aproximadamente 12 horas con SCORE MAMA de 5 por hipotensión y taquicardia que no revierten.
- **Antecedentes patológicos personales:** No refiere
- **Hábitos nocivos:** No refiere
- **Alergias:** no refiere
- **Antecedentes patológicos familiares:** no refiere
- **Antecedentes Gineco-obstétricos:**
 - Gestas anteriores: 2
 - Partos anteriores: 2
 - Cesáreas anteriores: 0
 - Periodo intergenésico: 2 años

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

El registro apunta que 26 horas antes de la cesárea la paciente presentó: cefalea de tipo pulsátil (predominio occipital), síntomas vasomotores, edema en miembros inferiores, presiones arteriales elevadas. Por lo que fue impregnada y mantenida con sulfato de magnesio según el protocolo (Guías de práctica clínica).

Además del embarazo actual se reportó macrosomía fetal (4201 gramos) y trabajo de parto prolongado (26 horas). Fue la preeclampsia con signos de gravedad el motivo de dicha casa de salud para finalizar el embarazo por vía alta.

Durante las doce horas de evolución post operatorias la paciente presenta cifras variables de presión arterial y frecuencia cardiaca, la cual parecía mejorar de manera transitoria a la administración de líquidos, sin embargo a las doce horas mantiene score de 5.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Palidez marcada, piel fría, taquicardia e hipotensión sangrado transvaginal escaso. Abdomen: doloroso a la palpación, Útero no contraído 5cm por encima de cicatriz umbilical.

Tabla 1 Signos vitales:

Tensión arterial	60/70 mmhg
Frecuencia cardiaca	150 x minuto
Frecuencia respiratoria	24x minuto
Saturación	95%
Temperatura	34.20 °C
SCORE MAMA	5

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Tabla 2 Inmunología – Endocrinología - Hematología

PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) cuantitativo ultrasensible	55.15	0-5 mg/L
Procalcitonina	7.04	0.5 ng/mL
Tiempo de protrombina (TP)	33.4	11-16 seg
Índice internacional	3.41	0.9-1.4

normalizado (INR)		
Tiempo de tromboplastina (TTP)	68.6	25-36 seg

Tabla 3 Hematología (biometría)

PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
Leucocitos	40.36	5-10 k/ μ L
Hemoglobina	10.8	12-15 g/dL
Hematocrito	32.6	35.5-44.9 %
Volumen corpuscular medio	84.6	81-99 fL
Concentración media hemoglobina (MCH)	28.0	28-34 Pg
Concentración hemoglobina corpuscular media (MCHC)	33.1	32-36 g/dL
Volumen medio plaquetario	6.4	7.4-10.4 fL
Monocitos	2.66	0.3-0.8 k/ μ L
Eosinofilos	0.08	0-4 k/ μ L
Linfocitos	3.59	1.1-3.2 k/ μ L
Neutrófilos	33.14	2.2-4.8 k/ μ L
Basófilos	0.89	k/ μ L
Plaquetas	36	
Recuento de glóbulos rojos	3.86	4-5.3 M/ μ L
Monocitos %	6.6	0-8 %
Neutrófilos %	82.1	37-72 %
Eosinofilos%	0.2	0.6 %
Basófilos %	2.2	0.2-1 %

Linfocitos %	8.9	20-50 %
--------------	-----	---------

Tabla 4 Química

PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
Sodio en suero	138	135-155 meq/L
Potasio en suero	7.2	3.5-5 meq/L
Cloro en suero	103	98-106 meq/L
Calcio en suero	7.1	8.6-10.0 mg/dL
Nitrógeno ureico	14	4-22
Creatinina	1.5	0.5-1.2 mg/dL
Bilirrubina directa	2.16	0-0.2 mg/dL
Bilirrubina indirecta	0.34	0.2-0.7 mg/dL
Bilirrubina total	2.50	0.1-1.2 mg/dL
Observación (suero ictérico)	+	
Aspartato aminotransferasa (AST) (SGOT)	2472	0-40 U/L
Alanina aminotransferasa (ALT) (SGPT)	1875	0-41 U/L
Deshidrogenasa láctica (LDH)	3854	105-333 UI/L
Gamma glutamil transferasa (GGT)	25	8-61 U/L
Proteínas totales	4.09	6.6-8.7 g/dL

Tabla 5 Neumología/Terapia respiratoria

Gasometría:

PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
---------------	------------------	--------------------------

Potencial de hidrógeno (PH)	7.39	7.38-7.42
Presión parcial de dióxido de carbono (PCO2)	29.3	38-42 mmhg
presión parcial de oxígeno (PaO2)	160	75-100 mmhg
Saturación de oxígeno (SATO2)	99.3	95-100 %

Patología (Post histerectomía)

Tabla 6 Útero + Anexo izquierdo:

Se recibe útero más anexo izquierdo que mide 22x18x.5 cm y pesa 1502 gm. La superficie externa es blanquecina con áreas congestivas, presenta a nivel de la cara anterior sutura transversa de 10 cm de longitud. Al corte cuello uterino de 2.5x3x2.5 cm con orificio de 1 cm de diámetro.

Exocervix blanquecino, endocervix pardo claro, cavidad endometrial de 14cm ocupada por material hemático coagulado, en sectores adherido a su superficie interna, cual presenta características irregulares y hemorrágicas. Espesor miometrial de hasta 2.5 cm.

Anexo izquierdo: Ovario de 3.5x2x1.5 cm, con superficie externa lisa. Al corte constituido por tejido parduzco con áreas hemorrágicas y quísticas. La trompa de Falopio mide 6 cm de longitud, al corte luz puntiforme.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO:

Útero + Anexo izquierdo: (acorde a solicitud de estudio). Resección:

A: Cérvix: Hallazgos sugieren hiperplasia endocervical quística con signos de

fenómeno de Arias Stella.

B. Necrosis de fibras musculares, fragmentos escasos de endometrio decidual con reacción inflamatoria aguda.

C. Anexo izquierdo: Signos sugestivos de quiste hemorrágico, edema.

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

- **Diagnóstico presuntivo:** (pre quirúrgico)
Puerperio quirúrgico + Shock hipovolémico + abdomen agudo.
- **Con registro en sistema de historia clínica de CIE 10:**
 - O990:** Anemia que complica el embarazo, parto y puerperio.
 - O908:** Complicaciones del puerperio, no clasificados en otra parte.
 - O721** Hemorragia postparto.
- **Diagnóstico diferencial:**
Atonía uterina irreversible.
- **Diagnóstico definitivo:** (post quirúrgico)

Puerperio quirúrgico + atonía uterina irreversible + útero de couvelaire + shock hipovolémico + abdomen agudo.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Origen del problema:

- La retención sanguínea que ocurrió en el miometrio más la macrosomía fetal, podría ser la causa de alteración a la contractibilidad del mismo, razón por la cual existió la atonía uterina irreversible, que además causó la inestabilidad hemodinámica en la paciente (shock hipovolémico).
- La paciente atravesaba trastornos hipertensivos (motivo por el cuál su embarazo fue culminado por vía alta). La hipertensión es también causante de desprendimiento prematuro de placenta y el útero de couvelaire es una complicación grave del cuadro anterior, y aunque no se haya podido comprobar el desprendimiento prematuro de placenta en este caso se podría decir que el mayor factor desencadenante fue el trastorno hipertensivo que llevó a tal complicación.
- Se afirma que la complicación fue por trastorno hipertensivo puesto a que existieron agravantes que ayudaron a confirmarlo como transaminasas elevadas, trombocitopenia y hemolisis (Síndrome HELLP)

Procedimientos a realizar:

- Ante un cuadro que presentaba la paciente palidez, hipotensión abdomen doloroso, útero aumentado de tamaño 5cm por encima de cicatriz umbilical y puerperio (evidente shock hipovolémico) se procedió a convocar equipo multidisciplinario y se decidió realizar laparotomía exploratoria y estabilización con hemoderivados.

Reanimación con cristaloides a razón de 40 ml/kg hora del total de 50% que fue administrado en la primera hora + administración de 4 concentrados de glóbulos rojos + 2 de plasma fresco congelado, debido a la anemia post-hemorrágica aguda + shock hipovolémico + abdomen agudo hemorrágico.

- **Hallazgos y manejo durante la intervención quirúrgica:**

En los hallazgos se observa atonía uterina con notable infiltración en miometrio compatible con: Útero de couvelaire (**revisar imagen en Anexo #1**), no se evidencia hemoperitoneo por lo que se consideró que el shock desencadenante se debía al secuestro sanguíneo en útero, por lo que se decide realizar: Histerectomía Obstétrica con conservación de gónada (derecha).

- Posteriormente pasó a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para cuidados con colocación de una vía central + administración de vasoactivo (Noradrenalina) y transfusión de cuatro unidades de glóbulos rojos + 2 de plasma fresco congelado. Fue catalogada como **Near Miss** alto por ser: (mujer que sobrevive a una complicación grave y con riesgo de muerte durante el puerperio) por shock hipovolémico + transfusión sanguínea + intervención (laparotomía + colocación de vía central) + Vasoactivo + hiperlactemia.
- Antibioticoterapia para manejo post quirúrgico con ceftriaxona, amikacina y metronidazol. + terapia del dolor.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Según la Guía de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública de SCORE MAMÁ y claves Obstétricas, ante un cuadro que según la clasificación de choque supere el valor 1 se debe iniciar transfusión inmediatamente de 2 unidades sin cruzar O – y si no hay disponible entonces O+ Y por cada unidad de glóbulos rojos una de plasma. Y plaquetas. Es decir se debe buscar estabilizar a la paciente y resolver el sangrado. **(GPC, 2017)**

El médico tratante (Ginecólogo) como procedimiento ante este cuadro debe realizar laparotomía exploratoria para comprobar o descartar las causas de hemorragia y resolver. A tal hallazgo le fue necesaria la extracción de cuyo órgano estaba

ocasionando tal situación puesto que según criterio medico era el manejo oportuno para salvar la vida de la paciente.

Laparotomía exploratoria:

La exploración quirúrgica del abdomen es la cirugía que tiene como objeto explorar órganos y estructuras del vientre, se realiza con anestesia general y puede ser solo exploratoria o incluir algún proceso quirúrgico en ella siempre y cuando sea necesario. Se realiza cuando no se ha obtenido un diagnóstico definitivo con otras pruebas. **(Topdoctors, 2020)**

Histerectomía:

El tratamiento de útero en couvelaire era histerectomía para prevenir la hemorragia post parto por atonía uterina, se ha demostrado que el sangrado en miometrio no está asociado a atonía uterina, es decir que por sí sola no es indicación de histerectomía ya que de acuerdo al grado de infiltración se decide llevar un manejo conservador. **(Parodi, 2019)**

El detalle con el presente caso es que la paciente ya cursaba con una atonía irreversible por la cual si se realizó histerectomía.

2.8 SEGUIMIENTO

- Durante las primeras 24 horas post laparotomía, se identificó un descenso de la hemoglobina de 10.8 a 8.5 g/dl post-transfusión estimándose que hubo una pérdida sanguínea de al menos 50% del volumen circulante efectivo.
- Al momento de la valoración despierta, colaboradora, obedece órdenes sencillas, fuerza motora conservada. Bajo anestesia con fentanilo. Taquicardia sinusal, normoglicemia.

Indicaciones:

- Cabecera a 30 grados
- Monitorización continua (variantes vitales)
- Balance hídrico estricto
- Higiene oral con clorhexidina cada 8h y baño diario.
- Uso de colchón anti escaras
- Hemogluco-test cada 6 horas, corrección con insulina rápida.
- Cambio de posición cada 2 hrs.
- Hidratación cutánea cada 12 horas con urea y zinc.
- Graficar curva térmica y medidas para control de temperatura corporal.
- Curación diaria de sitio quirúrgico.
- Control de sangrado.
- Cuidado y control de sonda vesical.
- Kinesioterapia
- Cuidados de vía aérea.
- Gasometría cada 8h
- Terapia e higiene bronquial cada 4 horas.
- Nada por vía oral.

- **Primer día post quirúrgico:** paciente pasó a área de recuperación con monitorización, diuresis conservada, signos vitales estables, abdomen blando depresible y doloroso a la palpación en hipogastrio, sangrado vaginal mínimo. Gasglow 15/15, normotensa, gasometría normal por lo que se decide y procede a extubación orotraqueal, presencia de edema periférico en miembros inferiores. Paciente con oxígeno suplementario por mascarilla a 3 litros por minuto.
- **Segundo día post quirúrgico:** Mecánica ventilatoria buena, saturación 99%. Abdomen blando, escaso dolor a la palpación, no se evidencia sangrado por herida quirúrgica ni en otro sitio. Neurológico: Gasglow 15/15, reflejos isométricos. Orientada en tiempo y espacio colaboradora al interrogativo. Hemodinámica sin ayuda de aminas vasoactivas.

Laboratorios relevantes:

Procalcitonina 6ng, Tiempo de protrombina prolongado en 17,6 segundos, tiempo de trombolastina en 36,6 segundos, leucocitos de 21120 mm³, hemoglobina 8,5 g%, hematocrito 24,3. Plaquetas de 73000 mm³, neutrófilos 83%, ferritina > 200, Dimero D 10490, Aspartato aminotransferasa 1645, Alanina aminotransferasa 1630 ui, Deshidrogenasa láctica 884 ui, amilasa 917 ui, lipasa normal.

Su condición es crítica aún, con pronóstico reservado se recomienda:

- Transfundir 1 unidad de concentrados de hematíes
- Transfundir plasma fresco congelado 1 unidad cada 8 hrs.
- Fitomenadiona 1 ampolla iv cada 8 horas
- Rotación de antibióticos: piperacilina/tazobactam 4,5 g iv cada 6 horas + vancomicina 1 g iv cada 12 horas.
- **Tercer día post quirúrgico:** Apoyo de oxígeno con cánula nasal a 2L, buena diuresis, lúcida, orientada, palidez generalizada, Abdomen: suave, depresible

ligeramente distendido, leve dolor a la palpación, región genital sin sangrado. Se indica deambulaci3n, destete de ox3geno y extracci3n de leche materna por pezonera.

- **Cuarto d3a post quir3rgico:** Signos vitales estables, consiente, hidratada, afebril, cardio normal, abdomen blando, ligeramente distendido. Indicaciones: pase a sala, control de laboratorio, dieta blanda a tolerancia, control h3drico y diuresis.

- **Quinto d3a post quir3rgico:** Asintomática, refiere canalizar flatos y defeca sin dificultad, orinas claras por sonda vesical, SCORE 0.

Se observa buen estado general, aun con v3a central, signos vitales estables, orientada, cardiorrespiratorio sin alteraciones aparentes, abdomen plano depresible, no doloroso, herida bien afrontada, no s3ptica.

Hemoglobina: 9.8, plaquetas 148, neutr3filos 82.6

- **Sexto d3a post quir3rgico:** Tolera deambulaci3n y v3a oral, laboratorios con tendencia a normalizaci3n, se evidencia disproteinemia + hipokalemia.

- **S3ptimo d3a post quir3rgico:** Condici3n cl3nica estable, deambulando, refiere sentirse bien, hidratada, hemodinamicamente estable.

Laboratorios: Reacci3n en cadena de la polimerasa (PCR) 17.6, leucocitos 17.01, hemoglobina 9.8, hematocrito 26.1, plaquetas 241 Aspartato amino transferasa TGO 34, Alanina amino transferasa TGP 282 sodio 140, potasio 3.6 creatinina 0.6.

Indicaciones: Alta médica, control por consulta externa, retirar puntos en 10 días, explicar signos de alarma.

Medicación ambulatoria.

- Cefalexina
- Paracetamol
- Sales de hierro + ácido fólico
- Magaldrato + simeticona
- Complejo B

2.9 OBSERVACIONES

Es bastante probable que la causa principal de atonía fuera desencadenada por la macrosomía fetal. Además es evidente la falta de un control prenatal eficaz, puesto a que la paciente cuyo producto era macrosómico fue sometida a 26 horas de parto (prolongado) de manera que el miometrio pudo reaccionar de manera desfavorable provocándose la atonía irreversible a pesar de haberse resuelto el parto por vía alta.

Por otro lado la patología (útero de couvelaire) fue la complicación fatal del cuadro clínico de la paciente y podría considerarse como un hallazgo realizado durante la resolución del problema.

El manejo fue explicado al familiar responsable y posteriormente a la paciente, los efectos de su situación y las ventajas de la decisión tomada en base a sus patologías, seguido de las indicaciones que debía llevar para mantener la recuperación esperada.

CONCLUSIONES

Se concluye que para un diagnóstico definitivo de útero en couvelaire debe realizarse inspección visual directa puesto que la infiltración hemática es visible por lo que no se puede efectuar por medio de otras pruebas. Además fue de mucha relevancia conocer que un diagnóstico de couvelaire no es criterio total de histerectomía sino más bien la atonía irreversible que sumaba el cuadro de la paciente.

Los estudios realizados en el **Hospital Enrique C Sotomayor de Guayaquil-Ecuador** durante el periodo 2014, demostraron una incidencia de 332 casos en un año. Lo cual no coinciden con los datos bibliográficos encontrados que apuntan a una frecuencia de 0.4 a 1% de los embarazos totales.

Se comprendió que el útero de couvelaire es una de las complicaciones más severas que desencadena el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Lo que explica el caso de la paciente de estudio que debido a su cuadro de preeclampsia severa que es causante de desprendimiento prematuro de placenta según la literatura.

Bibliografía

- Delgado, A. R. (2016). *congreso virtual de enfermería*. Recuperado el 2016, de <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/129.pdf>.
- GPC. (2017). *Sideshare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/pomicin/scoremam-2017-170316131010171107014356-1>
- Hernandez, M. U. sutura B-Lynch modificada por Mensoza: Útero de couvelaire . *sutura B-Lynch modificada por Mensoza: Útero de couvelaire*. thermo fisher scientific.
- Jaime, M. clasificación de PAGE. *desprendimiento prematuro de placenta normoinserta* . slideShare, Mexico.
- Mendieta, E. (2018). *Universidad Técnica de Babahoyo*. Obtenido de Universidad Técnica de Babahoyo: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/4494>
- Palacios, A. D. (mayo de 2018). *scielo*. Obtenido de ginecología y obstetricia de Mexico: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000500351
- Parodi, H. R. (2019). *Revcog*. Obtenido de reporte de caso - utero de couvelaire: <http://revcog.org/index.php/revcog/article/download/756/687>
- Serrano, S. C. (07 de julio de 2014). *Imbiomed*. Obtenido de Ginecología y Obstetricia de México: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=101931>
- Topdoctors. (2020). *Topdoctors España*. Obtenido de <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/laparotomia>
- Velazquez, M. J. (2015). *rraae*. Obtenido de cedia: https://rraae.cedia.edu.ec/Record/UG_1a6438d5a6300d3a50b1c9c834f143d5
- Vento, E. (2016). *cybertesis*. Obtenido de Universidad Nacional Mayor de San Marcos: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5537/vento_ae.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Las%20principales%20complicaciones%20maternas%20que,y%20Fo%20vaginales%20\(la%20macrosom%C3%ADa](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5537/vento_ae.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Las%20principales%20complicaciones%20maternas%20que,y%20Fo%20vaginales%20(la%20macrosom%C3%ADa)

ANEXOS



Anexo #1. Descripción: Imagen tomada inmediatamente luego de la histerectomía.

(Se observa útero con cicatriz uterina previa + infiltraciones hemáticas en miometrio compatible con útero de couvelaire)

Pérdida de Volumen en % y ml (gestante 50-70 Kg)	Nivel de conciencia	Perfusión	Frecuencia cardiaca Lat/min	Presión arterial sistólica mmHg	Grado de choque	Cristaloides a infundir en la primera hora
10-15% 500-1000	Normal	Normal	60-90	Normal	Compensado	Ninguno
16-25% 1000-1500	Normal y/o Agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	3000-4500
26-35% 1500-2000	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500-6000
>35 % 2000-3000	Letárgica, inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración más llenado capilar >3"	>120	<70	Severo	>6000

(GPC, 2017)

Anexo #2 Clasificación del grado de shock (Guía de práctica clínica del ministerio de salud pública, sobre manejo de claves obstétricas)

PALABRAS CLAVES

Útero de couvelaire, infiltración hemática, shock hipovolémico. Macrosomía fetal, atonía uterina.