



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA OBSTETRICIA

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO
A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ.**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO:

**RUPTURA UTERINA EN PACIENTE DE 35 AÑOS EN TRABAJO DE PARTO A
TÉRMINO**

AUTORA:

LAILY LILIBETH JAÑA ACOSTA

TUTOR:

OBST. LILIAN MUÑOZ SOLORZANO

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2018



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

OBS. ANA MARIA PASOS BAÑOS
DELEGADO (A) DEL DECANATO

DR. HERMAN ROMERO RAMIREZ
DELEGADO (A)
COORDINADOR DE LA CARRERA

QF. MAITE MAZACON MORA

COORDINADOR GENERAL DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
O DELEGADO (A)

ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION**



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Obst Lillan del Rosario Muñoz Solórzano**, en calidad de tutor del Informe Final del Caso Clínico (Componente Práctico) tema: **RUPTURA UTERINA EN PACIENTE DE 35 AÑOS EN TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO**, elaborado por la estudiante, **LAILY LILIBETH JAÑA ACOSTA**, egresada de la Carrera de Obstetricia, de la Escuela de obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 20 días del mes de septiembre del año 2018

**Obst Lillan del Rosario Muñoz Solórzano
DOCENTE - TUTORA
CI. 120390437-8**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION**



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

**A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Obstetricia
Carrera de Obstetricia**

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Componente Practico) tema: **RUPTURA UTERINA EN PACIENTE DE 35 AÑOS EN TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO.**

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de nuestra absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizamos, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: Babahoyo, 20 de septiembre del 2018

Autora

LAILY LIBIBETH JAÑA ACOSTA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION**



**CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION,
EXAMEN COMPLEXIVO**

Lcda. Betty Narcisca Mazacón Roca. Ph.D.
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION, FACULTAD DE CIENCIAS
D ELA SALUD

En mi calidad de tutora de la señorita **LAILY LILIBETH JAÑA ACOSTA** en el
CASO CLÍNICO-EXAMEN COMPLEXIVO, entrego el certificado del sistema
URKUND.

URKUND

Documento [RUPTURA UTERINA.docx](#) (D41483988)
Presentado 2018-09-16 10:35 (-05:00)
Presentado por ladylilibeth@hotmail.com
Recibido halvarado.utb@analysis.urkund.com
Mensaje caso clinico ruptura uterina [Mostrar el mensaje completo](#)
2% de estas 8 páginas, se componen de texto presente en 4 fuentes.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de Septiembre del 2018.

Obst. Lilian del Rosario Muñoz Solórzano
DOCENTE - TUTORA
CI. 120390437-8

17/09/19
obst

Título del Caso Clínico:

RUPTURA UTERINA EN PACIENTE DE 35
AÑOS EN TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	i
ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	iii
MARCO TEÓRICO	1
Clasificación	2
Patogenia.....	3
Defectos originados durante el curso de la gestación	4
Manifestaciones clínicas	5
Diagnóstico	8
Pronostico.....	9
Contraindicaciones.....	10
Gestación posterior a Ruptura uterina	11
1.1 JUSTIFICACION	12
1.2. OBJETIVOS	13
1.2.1. OBJETIVO GENERAL:	13
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:	13
1.3. DATOS GENERALES	14
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	15
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	15
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	15
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	16
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	16
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	18
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud.	18
2.8 Seguimiento.....	19
2.9 OBSERVACIONES	20
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

PALABRAS CLAVES

Dehiscencia, Bandl, hiperdinamia, histerectomía.

RESUMEN

La ruptura uterina es la pérdida de la integridad de la pared en el útero, es una entidad catastrófica, rara que se presenta en el segundo trimestre del embarazo, se presenta con mayor frecuencia al término del embarazo aquí las membranas fetales están rotas, sangrado abundante, se excluyen las perforaciones uterinas producidas en el curso de maniobras quirúrgicas, como el legrado.

Es causa de morbimortalidad materna y fetal. La dehiscencia de la cicatriz uterina es la causa principal; sin embargo, existen otras causas como la placenta percreta. Cerca de 80% de las roturas uterinas son espontáneas y las complicaciones inciden en una elevada mortalidad prenatal y se vinculan con tasas de histerectomía.

Dentro de sus manifestaciones clínicas tenemos: inminencia de ruptura, ruptura franca, anomalías de la frecuencia cardiaca fetal, hemorragia transvaginal, hematuria, aparición de abdomen agudo, palpación fetal, dolor.

Existen signos que nos ponen alerta, pero nos indicativos exactos de que se presente la rotura uterina, presencia del anillo de Bandl ,dolor intenso en la zona de la cicatriz uterina previa, sangrado transvaginal, cese repentino de la contracciones uterinas que anteriormente estuvieron activas.

Su pronóstico se basa en el nivel socioeconómico, la posibilidad de embarazos futuros oscila entre el 4 al diez por ciento.

Se contraindica parto vaginal en gestantes con antecedentes con periodo intergenésico corto, antecedentes de 2 o más cesáreas, persistir en la evolución del trabajo de parto pesar de la presencia de hiperdinamia uterina.

Como medida preventiva no usar misoprostol en gestantes con cicatriz uterina previa, monitorizar la dosis de oxitocina, valorando la intensidad de la actividad uterina.

KEYWORDS

Hyperdynamics, bandl, dehiscence, hysterectomy

ABSTRACT

Uterine rupture is the loss of integrity of the wall in the uterus, is a rare, catastrophic entity that occurs in the second trimester of pregnancy, occurs more often at the end of pregnancy here the fetal membranes are broken, heavy bleeding , uterine perforations produced in the course of surgical maneuvers, such as curettage, are excluded.

It is a cause of maternal and fetal morbidity and mortality. The dehiscence of the uterine scar is the main cause; however, there are other causes such as the placenta percreta. About 80% of uterine ruptures are spontaneous and complications have a high prenatal mortality and are associated with hysterectomy rates.

Within its clinical manifestations we have: imminence of rupture, frank rupture, anomalies of the fetal heart rate, transvaginal hemorrhage, hematuria, appearance of acute abdomen, fetal palpation, pain.

There are signs that make us alert, but we are accurate indications of uterine rupture, presence of the Bandl ring, severe pain in the area of the previous uterine scar, transvaginal bleeding, sudden cessation of uterine contractions that were previously active.

Its prognosis is based on the socioeconomic level, the possibility of future pregnancies ranges between 4 to ten percent.

Vaginal delivery is contraindicated in pregnant women with a history of short intergenic period, history of 2 or more caesarean sections, persist in the evolution of labor despite the presence of uterine hyperdynamy.

As a preventive measure, do not use misoprostol in pregnant women with a previous uterine scar; monitor the dose of oxytocin, assessing the intensity of uterine activity.

INTRODUCCIÓN

La rotura uterina comprende la pérdida de continuidad de la pared uterina, es una complicación poco común, en su mayoría son catastróficas, se presentan en la segunda mitad del embarazo, la probabilidad de ruptura uterina aumenta hacia el término del embarazo por distensión uterina y aumento de la actividad uterina. Con una alta incidencia de morbimortalidad materno fetal.

Entre los factores que predisponen la presencia de esta patología tenemos: en primer lugar, la cicatriz uterina previa por dehiscencia de cicatriz, Multiparidad, legrado uterino, embarazo múltiple, anomalías y tumores del útero y los que se relacionan con la atención obstétrica; uso inadecuado de oxitocina, seguimiento del trabajo de parto inadecuado en pelvis estrechas, macrosomía fetal.

El presente trabajo se ha basado en el estudio del caso clínico de multigesta de 35 años que cursa embarazo de 38 semanas, refiere dolor abdominal tipo contráctil, ausencia de movimientos fetales, y menciona haber acudido donde una partera quien le aplicó una medicación para ayudar en el trabajo de parto posterior a eso el dolor se intensificó. Este caso nos deja en claro a los profesionales de salud que debemos manejar a la paciente en un ámbito de mucha confianza para que esta acuda de inmediato a un profesional de salud y no se deje asistir por personas no profesionales que pueden llevar a consecuencias muy graves incluso a verse comprometida la vida de tanto la madre como del feto.

MARCO TEÓRICO

Ruptura Uterina

Concepto:

Se denomina a la interrupción patológica en la normalidad de la pared uterina, es una complicación peligrosa que puede llevar a la muerte fetal y materna. (Cifuentes, 2016)

En los países industrializados la etiología más frecuente de ruptura uterina es la cicatriz uterina previa, en cambio a nivel del tercer mundo se presenta durante trauma o hiperdinamia en el trabajo de parto. (Castan, 2016)

Es necesario diferenciar entre la rotura uterina y la dehiscencia de cicatriz uterina previa a través de las siguientes características:

Dehiscencia de cicatriz uterina previa: Se caracteriza porque las membranas fetales se encuentran intactas, el sangrado es escaso, con poca alteración en el estado dinámico fetal, existe leve disociación a nivel de la cicatriz uterina previa.

Ruptura Uterina: En ella las membranas fetales van a estar rotas, con disociación de toda la cicatriz uterina previa, el sangrado es abundante, existe comunicación franca entre las cavidades peritoneal y uterina, con salida de parte del feto o su totalidad. (Roura & Maria Sanchez Duran, 2017)

Epidemiología

Su incidencia varía de acuerdo con el país donde se presente, en los países en vías del desarrollo se presenta 1 cada 100 nacimientos, a diferencia de las

naciones industrializadas en las cuales ocurre en donde ocurre 1 por cada 18.000 nacimientos.

Es recomendable que la institución donde se plantee el parto vaginal posterior a una cicatriz uterina previa cuente en previsión de una emergencia la disponibilidad de contar con área quirúrgica y los profesionales para realizar una intervención urgente. Diversos estudios publicaron que en gestantes cuya raza es negra a causas especiales en su tejido conectivo ubicado en la pelvis tienen menor incidencia de ruptura uterina. (Cifuentes, 2016)

Clasificación

- 1.- Espontáneo: cuando se presentan sin el antecedente de intervención quirúrgica.
- 2.- Traumático: por acción de un agente externo (oxitocina, trabajo de parto con producto en presentación pelviana).
- 3.- Completa: comprenden todo el grosor muscular del útero, más peritoneo visceral.
- 4.- Incompleta: sin comprometer peritoneo visceral.
- 5.- Total: abarcan el cuerpo y segmento uterino.
- 6.- Parciales: cuando afectan individualmente solo cuerpo, o segmento uterino.

Dentro de esta clasificación se descarta la lesión provocada durante la realización de un legrado uterino instrumental, el embarazo intersticial roto, o el incremento de la histerectomía durante la cesárea. (Pacheco, 2014)

Elementos de Riesgo para el desarrollo de Rotura Uterina

- A) Gestantes con antecedente de cicatriz uterina previa en trabajo de parto.
- B) Uso de medicamentos para inducción o conducción del trabajo parto.
- C) Pacientes multíparas.
- D) Antecedente de extirpación miomas.

- E) Embarazo múltiple.
- F) Periodo intergenésico corto.
- G) Producto fetal macrosómico.
- H) Gestante nulípara.
- I) Realización de histerorrafia en una sola capa
- J) Obstrucción o distocia del trabajo parto. (Foley, 2018)

La posibilidad de una rotura uterina se incrementa al asociarse los factores de riesgo nombrados.

Patogenia

Se ha establecido que el riesgo de una gestante en trabajo de parto con antecedente cicatriz previa de presentar ruptura uterina es de aproximadamente el 0.2%, esta cifra se eleva en aquellas gestantes con 2 cesáreas previas en trabajo de parto fase latente se eleva al 3.7 %. (Asturizaga & Toledo , 2014)

Se ha observado en un útero sin anormalidades previas, ruptura a nivel de su segmento inferior el cual presentaba una pared de consistencia fina, cuando la lesión se localizaba junto al cérvix se extendía en dirección transversal, sin embargo, si la localización es a nivel del ligamento ancho presentaba una extensión longitudinal, en ocasiones se observó que las extensiones de las lesiones se extendían hasta la vejiga provocando su ruptura. (Cunningham, 2015)

Se considera como periodo intergenésico al periodo correspondido entre el final de un embarazo y el inicio del siguiente, la organización panamericana de la salud establece lo ideal es que el periodo intergenésico sea mayor a dos años en aquellas pacientes que deseen tener nueva descendencia tanto por parto normal como por cesárea, periodos inferiores a dos años se ha relacionado con riesgo mayor de presentar rotura uterina durante la fase activa del periodo trabajo parto. (Ojeda & Angel k , 2016)

Diversos estudios mencionan que los periodos inferiores a dos años cursan con menor recuperación fisiológica en la madre, junto a una inadecuada vascularización uteroplacentaria junto a la falta de adaptabilidad circulatoria.(Ojeda & Angel k , 2016)

Defectos originados durante el curso de la gestación Etapa previa al parto

- 1.- Amnioinfusión
- 2.- Hiperactividad uterina
- 3.- Inducción o conducción del trabajo parto
- 4.- Trauma con herida penetrante o no penetrante
- 5.- Embarazo múltiple, Polihidramnios

En el parto

- 1.- Uso de fórceps
- 2.- Alteración en el feto que afecta el cérvix
- 3.- Maniobra de Kristeller
- 4.- Parto Precipitado
- 5.- Maniobras en parto podálico

Adquiridas

- A) Acretismo placentario
- B) Enfermedad trofoblástica gestacional
- C) Presencia de adenomiosis
- D) Hiperactividad uterina. (Cunningham, 2015)

Valoración Clínica Preliminar

Investigar los siguientes antecedentes:

- A) Presencia de enfermedades del colágeno
- B) Defectos congénitos uterinos
- C) Gestante añosa
- D) Periodo intergenésico corto
- E) Antecedente de traumas
- F) Intervenciones quirúrgicas uterinas anteriores
- G) Paciente múltipara

Estado actual de la Gestación

- Diagnóstico de Acretismo placentario
- Determinación de producto fetal macrosómico
- Embarazo múltiple

Progreso del trabajo de parto

- Administración de agentes inductores o conductores del trabajo parto
- Anomalías en la fase activa del trabajo parto
- Presencia de contracciones uterinas intensas
- Posibilidad de desproporción cefalopélvica. (Serra, 2017)

Manifestaciones clínicas Inminencia de ruptura

Presencia de anillo de Bandl por encima de la sínfisis púbica, incremento de la actividad uterina contráctil pudiendo llegar al estado de una contracción de tipo tetánica, dolor por estimulación uterina el cual no cede en los periodos de reposo.

Ruptura franca

Se han descrito casos de ruptura uterina en los cuales sale una porción del cordón umbilical o placenta. (Sibai, 2012)

La presentación puede ser paulatina o brusca, la sintomatología descrita es la siguiente:

- 1.- Presencia de hemorragia transvaginal
- 2.- Dolor intenso a nivel de la incisión previa
- 3.- Incremento de la frecuencia cardíaca materna, disminución de la presión arterial
- 4.- Alteraciones en el registro cardiotocográfico: alteraciones en la variabilidad, disminución de la frecuencia cardíaca fetal
- 5.- Ausencia de encajamiento fetal. (Sibai, 2012)

Anomalías en la frecuencia cardíaca fetal

La disminución de la frecuencia cardíaca fetal es la alteración más común.

Hemorragia transvaginal

No revela necesariamente la gravedad en la paciente, la pérdida sanguínea transvaginal puede ser leve, aun con la presencia de shock hipovolémico a causa del hemoperitoneo.

Hematuria

La extensión de la lesión uterina hasta la vejiga puede provocar la presencia de hematuria.

Visualización Anillo de Bandl

Como consecuencia de las contracciones uterinas incordinadas.

Aparición de Abdomen Agudo

Dolor abdominal secundaria a hemoperitoneo el cual provoca irritación en peritoneo.

Palpación fetal

Se percibe la totalidad o parte del feto flotando en la cavidad abdominal.

Deterioro paulatino del estado hemodinámico

La gravedad del estado general en la paciente se traduce por el incremento de la frecuencia cardiaca materna, y la disminución de la presión arterial.

Dolor

Es continuo a pesar de no presentar contracción uterina, junto con el aumento de la sensibilidad en el área afectada. (Cifuentes, 2016)

Se tenía el concepto por un determinado número de profesionales en Ginecología y Obstetricia sobre la incisión corporal en la cesárea, como el causante principal de la rotura uterina en aquellas gestantes que estaban en trabajo de parto y presentaban el antecedente de cicatriz uterina previa, sin embargo investigaciones publicadas recientemente no encontraron diferencias en el número de casos de rotura uterina en aquellas pacientes con incisión uterina segmentaria vs las gestantes que tuvieron incisión uterina corporal en el anterior embarazo. Al realizar el tacto vaginal es posible palpar en ciertas pacientes la presencia de una lesión uterina que puede ser central o lateral, la cual se comunica directamente con la cavidad abdominal. (Roura & Maria Sanchez Duran, 2017)

Puede existir separación de la ruptura uterina con la cavidad peritoneal por intermedio del peritoneo visceral, o puede comunicarse directamente con ella con lo que se puede encontrar partes fetales o la totalidad de él flotando en la cavidad abdominal. (Tacuba, 2012)

Diagnóstico

Está basado en la sospecha de las manifestaciones clínicas presentes, confirmando el diagnóstico a través de la exploración física y ecografía. (Castan, 2016)

Diagnóstico Diferencial

- 1.-Ruptura hepática
- 2.- Infección del líquido amniótico
- 3.- Desprendimiento de placenta. (Serra, 2017)

Manejo de la Situación Aguda

Se recomienda que el tiempo entre la presentación de la bradicardia y la cesárea con obtención del producto sea inferior a 18 minutos para disminuir la incidencia de morbilidad o mortalidad neonatal. (Serra, 2017)

Previa a la intervención quirúrgica se debe estabilizar a la paciente de acuerdo con lo que requiera por intermedio de fluidos (coloides, cristaloides), transfusión paquetes globulares, plasma fresco congelado, crio precipitados, o plaquetas, se recomienda administrar antes de la intervención quirúrgica antibióticos profilácticos, instalar una sonda vesical para vigilar la diuresis y realizar balance hídrico.

El tipo de anestesia sea general o regional depende del estado clínico de la gestante, durante la intervención quirúrgica se debe tener en consideración la solicitud de la paciente sobre no perder su útero por histerectomía, en presencia

de hipotonía o atonía uterina se recomienda la administración de fármacos uterotónicos. (Ibañez, 2014)

Dependiendo del tipo de daño y su situación se realizará el tipo de intervención quirúrgica a la paciente, existiendo dos elecciones: histerectomía o histerorrafia. (Serra, 2017)

En presencia de hematoma a nivel del ligamento ancho se recomienda realizar la ligadura de las arterias con precaución de no lacerar iatrogénicamente la vejiga o el uréter, ante la evidencia de goteado difuso en el sitio afectado se deberá evaluar la necesidad de realizar la ligadura de arterias hipogástricas, y las ováricas, en ciertas ocasiones se recomienda realizar profilácticamente la ligadura de las arterias presentes en el ligamento redondo. (Roura & Maria Sanchez Duran, 2017)

Pronostico

Se presenta de acuerdo al nivel socioeconómico del país en que ocurra la ruptura uterina así tenemos de acuerdo a las estadísticas que la mortalidad materna es alta en los países del tercer mundo, siendo casi nula en los países industrializados, en relación a mortalidad fetal se describen tasas de hasta el 35% en países en vías del desarrollo vs el 11% en naciones desarrolladas.

La posibilidad de presentar ruptura uterina en los embarazos futuros oscila entre el cuatro al diez por ciento. (Castan, 2016)

Aquella gestante que solicita evolución para parto normal y tiene el antecedente de cesárea uterina debe ser informada que la inducción del trabajo de parto con oxitocina tiene un riesgo producir ruptura uterina en 80 de cada 10.000 pacientes, el riesgo de que se produzca rotura uterina al administrarse misoprostol es de 240 casos por cada 10.000 pacientes. (Cenetec, 2010)

Las gestantes con ruptura uterina tienen la posibilidad de perder más de 1000 mililitros sanguíneo por la hemorragia, por lo que es necesario contar con la disponibilidad de productos para transfusión, la pérdida de sangre mayor a 1000 mililitros se traduce clínicamente por la presencia de taquicardia, hipotensión. Se calcula una incidencia aproximadamente 33% de acidosis metabólica neonatal en las pacientes que presentaron ruptura uterina.(Cenetec, 2010)

El pronóstico en el feto está relacionado con los siguientes factores: la intensidad de pérdida sanguínea materna, severidad del desprendimiento placentario, grado de disminución de la presión arterial de la gestante.

Contraindicaciones

Se contraindica el parto vaginal en gestantes con los siguientes antecedentes:

- Periodo intergenésico corto inferior a 18 meses de la anterior cesárea
- Antecedente de 2 o más cicatrices uterinas previas
- Persistir en la evolución del trabajo parto a pesar de la presencia de hiperdinamia uterina. (Serra, 2017)

Otras medidas preventivas son:

- 1,- No usar misoprostol en gestantes con cicatriz uterina previa
- 2.- Prohibir la ejecución de la maniobra de Kristeller
- 3.- Evitar el progreso del trabajo de parto en aquellas pacientes con cicatriz uterina previa en forma de T
- 4.- Monitorizar la dosificación de prostaglandinas y oxitocina, valorando la intensidad de la actividad uterina contráctil. (Cifuentes, 2016)

Gestación posterior a Ruptura uterina

Se ha propuesto realizar estudios de imagenología para correlacionar el grosor de la pared uterina con el riesgo de presentar ruptura, pero por el momento estas investigaciones no arrojan datos definitivos.

Diversos estudios señalan que el riesgo de rotura es más elevado, si la ruptura previa ocurrió a nivel de fondo uterino en estos casos se recomienda realizar estudios fetales que indiquen el grado maduración entre las treinta y cuatro a las treinta y cinco semanas, si es confirmada la madurez fetal se indica la terminación inmediata de la gestación, si existe inmadurez fetal, administrar corticoides y programar la cesárea después de 48 horas. (Serra, 2017)

1.1 JUSTIFICACION

El presente trabajo pretende analizar los signos de alarma que conlleva al desarrollo de la ruptura uterina en el embarazo en gestantes a término.

Se basa en argumentar a la ruptura uterina como una de las causas de morbimortalidad materna y fetal, teniendo en cuenta que muchas pacientes dificultan una atención oportuna debido a su bajo nivel educativo o por su lugar de vivienda (zona rural) no ponen atención a ciertos signos que junto a ello están los factores de riesgo que dificultan terminar con un embarazo satisfactorio.

La deficiencia de controles prenatales aumenta los riesgos en la salud materna y perinatal, es de vital importancia control, vigilancia, el seguimiento periódico del embarazo, con el fin de actuar inmediatamente si se presenta una complicación, poder diagnosticarla en sus fases iniciales y con esto poder reducir la tasa de morbilidad y mortalidad de las embarazadas.

Las hemorragias complican el 3,8% de todos los embarazos y constituyen una de las tres primeras causas de mortalidad materna. Con esto debemos identificar que la hemorragia obstétrica puede aparecer de forma inesperada. Estudios han identificado factores de riesgo específicos que pueden ser modificados o manejados utilizando una vigilancia adicional.

Al terminar este trabajo quedará información disponible que contribuirá en la identificación oportuna de esta emergencia obstétrica denominada (ruptura uterina).

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Analizar los signos de alarma de la ruptura uterina en gestante con trabajo de parto a término.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar la causa principal de la ruptura uterina.
- Identificar los datos clínicos que presenta la paciente.

1.3. DATOS GENERALES

Nombres completos: NN

Edad: 35 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 19/12/1983

Lugar de Nacimiento: Santa Elena

Estado civil: Unión libre

Hijos: 3

Nivel de estudios: Primaria

Nivel sociocultural/económico: Medio Bajo

Raza: Mestizo

Religión: Ninguna

Procedencia Geográfica: San Vicente-Provincia Santa Elena.

Ocupación: Ninguna

Conyugue: N/N Comerciante de 40 años

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Multigesta de 35 años, con antecedentes patológicos personales obesidad mórbida, antecedentes quirúrgicos personales cicatriz uterina previa 3, apendicetomía. Acude a emergencia por dolor en hipogastrio ausencia de movimientos fetales.

Con fecha de última regla incierta, antecedentes gineco obstétricos gestaciones 4, 1 aborto y 3 cesáreas, menarquia 11 años, periodo intergenésico 3 años.

Antecedentes Familiares:

Padre hipertenso, Madre diabética.

Controles prenatales: 3 en Centro de Salud los dos primeros trimestres del embarazo, y 2 controles con partera quien le indica que a pesar de sus antecedentes gineco obstétricos la gestante puede tener parto vaginal.

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

Presenta dolor abdominal tipo contráctil de aproximadamente 12 horas evolución por lo que acude donde partera quien le coloca vía intravenosa y posteriormente una ampolla intramuscular para ayudar en el trabajo de parto.

En las horas siguientes dolor abdominal contráctil que aumenta progresivamente en intensidad duración y frecuencia más eliminación de tapón mucoso cervical.

Percibiendo la paciente ausencia de movimientos fetales, acudió a clínica particular para realizarse ecografía obstétrica y verificar estado del producto.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Se realiza examen físico a la paciente, recogiendo los siguientes datos:

Cabeza: normocéfalo

Cuello: Sin adenopatías

Tórax: Simétrico

Presencia de mareos, palpitaciones.

Abdomen con útero grávido altura de fondo uterino 36 centímetros, no hay presencia de actividad uterina, no se ausculta por pinard latido cardiaco fetal, a las maniobras de Leopold presentación cefálica longitudinal dorso izquierdo.

Al tacto vaginal dilatación 10 centímetros, borramiento 100 % membranas rotas presentación fetal en 2 plano.

Extremidades superiores e inferiores sin edema.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Paciente se hacia sus controles prenatales en el hospital contando en el sistema de la unidad con exámenes de laboratorio 5 días antes de su ingreso.

Exámenes de laboratorio	
Hemoglobina	13gr/dl
Hematocrito	36%
Plaquetas	300.000
Tiempo de Protrombina	11
Tiempo parcial de Tromboplastina	20
Grupo RH	+
Leucocitos	6000
Glicemia	88 mg/dl
VDRL	Negativo
VIH	Negativo

Exámenes laboratorio: Previos a la cirugía

Exámenes de laboratorio	
Hemoglobina	7,5 gr/dl
hematocrito	22%
Plaquetas	125.000
Leucocitos	8000
Tiempo de Protrombina	14
Tiempo parcial de Tromboplastina	30

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

Producto único presentación cefálica longitudinal dorso izquierdo sin actividad cardiaca y aparente pérdida de la continuidad del borde anterior del útero.

Diagnóstico ecográfico: Embarazo de 38 semanas más óbito fetal.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

2.5.1 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Embarazo +/- 38 semanas de gestación /abdomen agudo.

2.5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Embarazo +/- 38 semanas /Placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta.

2.5.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

Ruptura uterina en paciente de 35 años en trabajo de parto a término.

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

El propósito de este análisis es explicar que no existe signo exacto, indicativo de ruptura uterina, pero la presencia de signos durante el periparto nos pone alerta a que ocurra cierto acontecimiento:

1. Sangrado transvaginal anormal.
2. Dolor abdominal.
3. Dolor repentino y agudo de la cicatriz.
4. Registro cardiotocográfico anormal.
5. Cese de la actividad uterina previamente activa.
6. Taquicardia materna, hipotensión.
7. Pérdida de la presentación.
8. Cambio del contorno abdominal y la incapacidad para captar la frecuencia cardíaca fetal.

Se debe realizar monitoreo de manera continua en mujeres con trabajo de parto con antecedente de cesárea previa, un monitoreo incesante al inicio de contracciones irregulares.

Está indicada la ultrasonografía del espesor del miometrio para pronosticar el riesgo de ruptura uterina.

El diagnóstico se confirma con una cesárea de emergencia o laparotomía postparto.

La reconstrucción quirúrgica uterina se realizará, dependiendo del sitio, extensión de la ruptura, condición clínica y el deseo de tener más hijos de la paciente.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud.

La ruptura uterina es una complicación peligrosa debido a la interrupción patológica en la normalidad de la pared uterina, entre las principales causas tenemos: Gestantes con antecedente de cicatriz uterina previa en trabajo de parto. Uso de medicamentos para inducción o conducción del trabajo parto, Pacientes multíparas, Embarazo múltiple, Periodo intergenésico corto, Producto fetal macrosómico, ponen en riesgo la gestación lo que puede conllevar a una pérdida hemática significativa llegando a ocasionar la mortalidad materno-fetal

En pacientes con más de uno de estos factores de riesgo se debe enfatizar ciertos parámetros en cada control de la gestación para evitar que expongan su vida o la del feto buscando asistencia en personas no especializadas que podrían conllevarlas a grandes consecuencias.

Poniendo como ejemplo este caso clínico las consecuencias devastadoras que conlleva ponerse en manos de personas no especializadas que teniendo un producto a término ocasiona su muerte, y en relación con el estado de la madre si su atención no hubiese sido oportuna la hubiese conllevado a la muerte ya que posterior a la incisión inframedia umbilical, a la entrada a cavidad abdominal, se observó presencia de hemoperitoneo aproximadamente de 1000 mililitros.

2.8 Seguimiento.

Día 1:

Se tomo muestra para exámenes de laboratorio.

Estudio ecográfico, reveló ausencia de latido cardiaco fetal y aparente pérdida de la continuidad del borde anterior del útero.

Se realiza cesárea de emergencia, con incisión Inframedia umbilical, a la entrada a cavidad abdominal se observa presencia de hemoperitoneo en sitio de cicatriz uterina, se extrae producto obitado 4000 gramos, se realiza salpingectomía parcial bilateral.

Después de la recuperación de la anestesia, se controla frecuencia respiratoria,

frecuencia cardiaca, la presión arterial, el dolor, sangrado, cada media hora por dos horas, luego cada hora con signos vitales estables, control de diuresis en 24 horas, transfusión sanguínea, antibióticos, analgésicos.

Día 2:

Se realiza valoración de signos vitales, exámenes de laboratorio de control, hidratación, se continua con antibióticos, analgésicos, eliminación de sonda vesical.

En el examen físico: verificar contracción uterina, estado de herida quirúrgica, observar cantidad de eliminación loquios.

Día 3: Paciente estable, asintomática continua con tratamiento instaurado, se realiza ecografía de control, se hace contrareferencia a primer nivel previa a su alta.

Día 4: Se evidencia resultados esperados se le da el alta hospitalaria, dándole la información necesaria sobre su estado de salud y los cuidados posteriores.

2.9 OBSERVACIONES

Antes de realizar procedimiento quirúrgico se informó, al representante legal, de los riesgos maternos y fetales y las complicaciones que se pueden presentar ante la ruptura uterina, deciden firmar consentimiento informado dando autorización de intervención médica.

Durante su hospitalización se realizaron los procedimientos necesarios para el manejo clínico de acuerdo con los protocolos de atención de rotura uterina.

Luego de la cesárea realizada, puérpera continua seguimiento en sala de hospitalización: control de signos vitales, cuidados de enfermería, score mama cada 4 horas, se da la siguiente prescripción:

Cloruro de sodio 0.9% 1000ml IV 30 gotas por minutos, más 1 gramo de ácido ascórbico, Cefazolina 1 gramo IV cada 6 horas, Ketorolaco 60 miligramos IV cada 8 horas.

Al alta hospitalaria se prescribe Cefalexina 500mg vía oral cada 8 horas por 7 días, Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días.

CONCLUSIONES

La rotura uterina durante el embarazo generalmente ocasiona compromiso materno fetal, entre los factores de riesgo conocidos para rotura uterina se menciona en primer lugar la cicatriz uterina previa por dehiscencia de cicatriz, la causa principal en mi caso clínico fue el uso inadecuado de oxitócicos. Se sugiere al personal de salud asesorar a las mujeres que tienen más de dos cicatrices uterinas previa o un parto después de un periodo de 18 a 24 meses posterior a una cesárea, sobre el riesgo de presentar una ruptura uterina durante el parto vaginal ya que tiene un porcentaje más alto y se vincula de manera directa con tasas de histerectomía.

Los datos clínicos ayudan a llegar a un diagnóstico; en este caso es el sangrado transvaginal, dolor intenso con sensibilidad generalizada posterior a la administración de una medicación por parte de la partera, refiriéndole que es para ayudarla en el trabajo de parto más ausencia total de movimientos fetales.

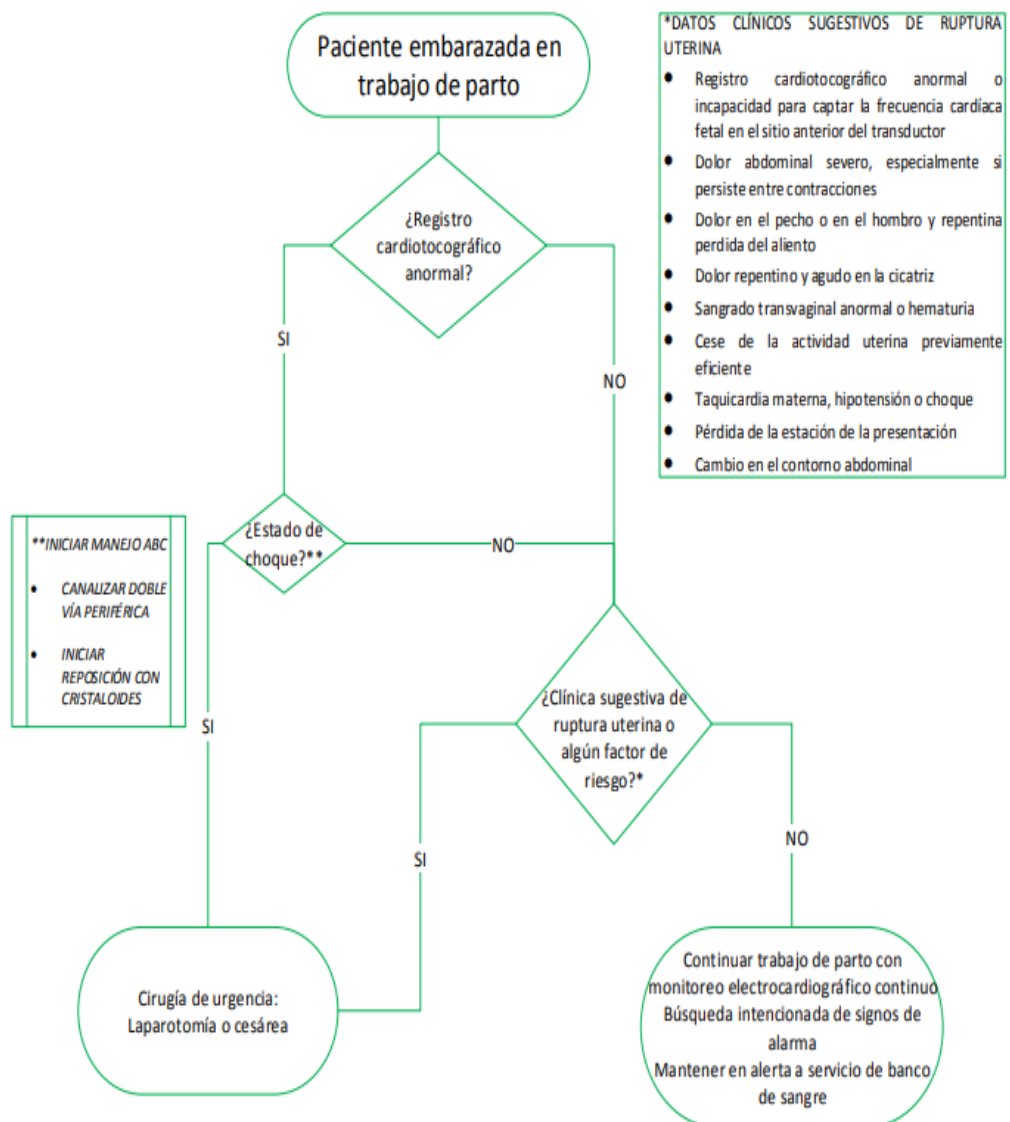
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asturizaga, P., & Toledo , L. (2014). Hemorragia Obstetrica. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009
2. Castan, S. (2016). Manejo del Riesgo Obstetrico. España: Panamericana.
3. Cenetec. (2010). Prevencion, diagnostico y manejo oportuno de la ruptura uterina. Obtenido de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/296_GP C_Prevencion_diagnostico_manejo_RUPTURA_UTERINA/GPC_RERruptu rauterinafeb2011.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/296_GP_C_Prevencion_diagnostico_manejo_RUPTURA_UTERINA/GPC_RERruptu rauterinafeb2011.pdf)
4. Cifuentes, R. (2016). Urgencias en Obstetricia y Medicina Materno fetal. Colombia: Distribuna.
5. Cunningham. (2015). Obstetricia Williams . Mexico: Mc. Graw Hill.
6. Foley, M. (2018). Manual de Cuidados Intensivos en Obstetricia . China: Amolca.
7. Ibañez, A. P. (Enero de 09 de 2014). Rotura Uterina Servicios de Obstetricia y Ginecologia. Obtenido de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2014/clase2014_rotura_uterina.pdf
8. Ojeda, & Angel k . (septiembre de 04 de 2016). Periodo intergenesico corto y factores asociados en embarazadas hospitalizadas en Acnceh, Yucatán ,Meéxico. Obtenido de https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol3num8/Revista_Ciencias_de_la_Salud_V3_N8_5.pdf
9. Pacheco, J. H. (2014). Preeclampsia-Eclampsia, Hemorragia postparto y Sepsis Obstetrica . Mexico: Intersistemas.

10. Roura, L. C., & Maria Sanchez Duran. (2017). Protocolos de Medicina Materno-Fetal perinatologia. Barcelona: Ergon.
11. Serra, V. (2017). Urgencia Obstetrica. España: Panamericana.
12. Sibai, B. (2012). Manejo De Emergencia Obstetricas Agudas. Venezuela: Amolca.
13. Tacuba, J. A. (2012). La paciente obstetrica en estado critico. Mexico: Prado.

ANEXOS

Algoritmo 2. Manejo de la ruptura uterina





UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 6 de Agosto del 2018

Dr. Alina Izquierdo Cirer, Msc
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
Presente. -

De mis consideraciones.

Por medio de la presente yo, **LAILY LILIBETH JAÑA ACOSTA** con cedula de ciudadanía **020238150-5**, egresada de la escuela de **OBSTETRICIA**, de la carrera de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del tema de caso clínico: **RUPTURA UTERINA EN PACIENTE DE 35 AÑOS EN TRABAJO DE PARTO A TERMINO**

Por la atención que se dé a la presente quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

LAIDY LILIBETH JAÑA ACOSTA
EGRESADA

06/08/2018 13:09



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 6/7/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Doct. Lilian Huinor FIRMA: [Signature]
 TEMA DEL PROYECTO: Euptura uterina en paciente de 35 años en trabajo de parto a término

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Lady Libeth Guzmán Acosta
 CARRERA: Obstetricia

Pag. Nº. 1

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	Estudiante
			Presencial	Virtual			
1	2-7-18	Selección del tema	✓		100%	[Signature]	[Signature]
1	3-7-18	Análisis del Caso Clínico	✓		100%	[Signature]	[Signature]
1	4-7-18	Aprobación del tutor	✓		100%	[Signature]	[Signature]

Obst. Lilian Huinor Solorzano, MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 20/09/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Obst. Lilian Muñoz FIRMA: [Firma]
 TEMA DEL PROYECTO: Ruptura Uterina en paciente de 35 años en trabajo de parto a término.
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Laidy Lúboth de la Acosta.
 CARRERA: Obstetricia

Pag. Nº. _____

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	Estudiante
			Presencial	Virtual			
1	24-7-18	Introducción - Justificación.	✓		100%	[Firma]	[Firma]
1	26-7-18	Objetivo General -Objetivos Específicos.	✓		100%	[Firma]	[Firma]
2	30-7-18	Desarrollo del Marco Teórico	✓		50%	[Firma]	[Firma]
2	31-7-18	Desarrollo del Marco teórico.	✓		50%	[Firma]	[Firma]
2	2-8-18	Desarrollo del caso Clínico	✓		100%	[Firma]	[Firma]
1	9-8-18	Conclusiones	✓		100%	[Firma]	[Firma]
1	14-8-18	Presentación de Power Point.	✓		50%	[Firma]	[Firma]
1	16-8-18	Presentación de Power Point	✓		50%	[Firma]	[Firma]

Obst. Lilian Muñoz Solórzano, MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 20 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, yo, **Laidy Lilibeth Jaña Acosta**, con cédula de ciudadanía _____ egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados en la Etapa final del Caso Clínico (**Componente Practico**), tema: **RUPTURA UTERINA EN PACIENTE DE 35 AÑOS EN TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

Laidy Lilibeth Jaña Acosta



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION**



CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION

Lcda. Betty Narcisca Mazacón Roca. Ph.D.
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION

Dr. Hugolino Orellana Galbor.
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

En su despacho. –

En mi calidad de tutora del proceso de titulación de la Srta. **LAILY LILIBETH JAÑA ACOSTA** estudiante egresada de la carrera de Obstetricia, de la Escuela de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud, cuyo tema es: **RUPTURA UTERINA EN PACIENTE DE 35 AÑOS EN TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO.**

Me dirijo a usted y por su intermedio al Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, para poner a vuestro conocimiento que la postulante, ha cumplido con todos los requerimientos estipulados en el instrumento de trabajo de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el desarrollo de la investigación con fines de graduación.

Por lo que está APTA, a fin de que el trabajo investigativo pueda ser presentado, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del Jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 20 días del mes de Septiembre del 2018.

Atentamente,

OBST. LILIAN MUÑOZ SOLORZANO
CI. 120390437-8
DOCENTE-TUTOR