



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTÉTRICA



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo Previo a la Obtención del
Grado Académico de Obstétriz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**Conducta Obstétrica En Primigesta De 23 Años De Edad Con Embarazo A
Término Más Útero Bicorne**

AUTORA

Johanna Mercedes Ortega Núñez

TUTOR

Msc. Ana Yupa Palchisaca

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

2021



INDICE

INDICE	2
IV. RESUMEN	6
IV. ABSTRACT	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
1. MARCO TEÓRICO.....	9
1.1. DEFINICIÓN.....	9
1.2. CAUSAS.....	11
1.3. ETIOLOGÍA.....	12
1.4. DIAGNÓSTICO.....	13
1.5. TRATAMIENTO.....	14
1.5.1. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	14
1.6. JUSTIFICACIÓN	16
1.7. OBJETIVOS.....	17
1.8. DATOS GENERALES.....	18
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	19
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	19
2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	19
2.3. ANAMNESIS.....	20
2.4. EXPLORACIÓN FÍSICA	21
2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	23
2.7 CONDUCTA A SEGUIR.....	24
2.8 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	25
2.9 SEGUIMIENTO.....	26
3 OBSERVACIONES.....	30
4 CONCLUSIONES.....	31
5 BIBLIOGRAFÍA.....	32
6 ANEXOS.....	34



I. DEDICATORIA

A dios por brindarme su bendición siempre y otorgarme salud para poder concluir mis estudios universitarios.

A mi madre por ser mi pilar fundamental y porque ha sabido formarme con buenos valores lo cual me ha ayudado a llegar donde estoy.

También a mi padre que siempre me guía para seguir adelante con mis proyectos y nunca rendirme por muy difícil que sea el camino.

Y sin dejar atrás a mi familia que me motivaron a mantenerme firme y perseverante gracias por apoyarme y por permitirme ser parte de su orgullo.



II. AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a dios por darme fortaleza para seguir adelante en los momentos difíciles y el don de la perseverancia para alcanzar cada una de mis metas.

A mis padres por su comprensión y estímulo constante además de su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

A mi familia que de una u otra forma me apoyaron constantemente en todo este proceso.

Y por último a mi tutora por guiarme en la realización de este proyecto.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTÉTRICA



III TEMA

**CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA DE 23 AÑOS DE EDAD CON
EMBARAZO A TERMINO MAS UTERO BICORNE**



IV. RESUMEN

Según una revisión sistemática de estudios en diagnóstico actualizados, la prevalencia del útero bicorne fue del 6.7% en la población general, 7.3% en la población infértil. Diversos estudios sugieren que sí existe relación entre el aborto espontáneo en las primeras semanas de gestación y el útero bicorne. La tasa de aborto espontaneo en estas pacientes es de un 28 a 35%.

Además del riesgo de aborto, los embarazos de estas pacientes suelen transcurrir sin problemas hasta el tercer trimestre, momento en el cual el espacio se hace reducido para él bebe. Esto implica un aumento del riesgo de parto prematuro. La presencia de esta anomalía en el útero condiciona en muchos casos que el bebé adopte otras posiciones (presentación de nalga o situación transversa), por lo que provocaría que la finalización del embarazo sea a través de una cesárea.

Palabras clave: Embarazo, útero bicorne, parto, malformaciones, aborto.



IV. ABSTRACT

According to a systematic review of updated diagnostic studies, the prevalence of the bicornuate uterus was 6.7% in the general population, 7.3% in the infertile population. Several studies suggest that there is a relationship between spontaneous abortion in the first weeks of gestation and the bicornuate uterus. The miscarriage rate in these patients is 28% to 35%.

In addition to the risk of miscarriage, the pregnancies of these patients usually run smoothly until the third trimester, at which time the space is reduced for the baby. This implies an increased risk of preterm birth. The presence of this anomaly in the uterus conditions in many cases that the baby adopts other positions (buttock presentation or transverse situation), which would cause the termination of the pregnancy to be through a cesarean section.

Key words: Pregnancy, bicornuate uterus, childbirth, malformations, abortion.



1. INTRODUCCIÓN

Según una revisión sistemática de estudios de diagnóstico actualizados, la prevalencia del útero bicorne fue del 6.7%, en la población general, 7.3% en la población infértil. El útero bicorne es consecuencia de una fusión incompleta de ductos de Müllerianos dando resultado dos cavidades endometriales comunicadas con un único cérvix. **(Georgina Cornelio Rodríguez, Sandra Casas Romerob, José Ramírez Ariasc & Roberto Herrera Méndez, 2018)**

La principal causa de esta anomalía es multifactorial. La mayoría de ellos pueden ser esporádicos, pero factores poligénicos, exposición a radiaciones ionizantes, infecciones endometriales, talidomida y DEB (dietil etil vestrol). Con las manifestaciones clínicas que lo acompañan frecuentemente son pérdidas gestacionales habitual, distocias, ruptura de cuerpo y cuello uterinos, retención de placenta, debe destacarse que no todas las mujeres tienen los mismos síntomas. Algunas veces pueden pasar toda la vida sin que sean detectadas esta anomalía (JIMENEZ, 2017).

Diversos estudios sugieren que si existe relación entre el aborto espontáneo en las primeras semanas de gestación y el útero bicorne. Además del riesgo de aborto estas pacientes suelen presentar su embarazo sin problemas hasta el tercer trimestre, momento en el que en el cual el espacio se hace reducido para él bebe. Esto implica un aumento del riesgo de parto prematuro. (JIMENEZ, 2017)



1. MARCO TEÓRICO

1.1. DEFINICIÓN

ÚTERO

El útero es un órgano hueco en la pelvis femenina entre la vejiga y el recto. Los ovarios producen óvulos que se mueven a través de las trompas de Falopio. Cuando el óvulo sale del ovario, se puede fecundar e implantar en la pared uterina. La función principal del útero es nutrir la fetación en desarrollo antes del nacimiento. (MedlinePlus, 2021)

EMBARAZO

El embarazo es el período de tiempo después de la implantación de un óvulo fertilizado en el útero al nacer. Un embarazo normal es el estado fisiológico de una mujer que comienza con la fertilización y termina con el trabajo de parto y el parto. (Anna Sandra Hernández Aguado, 2018)

TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva más delgado) el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto. El trabajo de parto generalmente comienza dos semanas antes o después de la fecha estimada de parto. Sin embargo, nadie sabe exactamente qué da inicio al trabajo de parto. (Stanford Medicine, 2021)

UTERO BICORNE

Según (IVI, 2021). Este proceso comienza durante el desarrollo embrionario en las niñas y la formación del sistema genitourinario en las mujeres. En primer lugar, se forman los genitales internos. Luego vienen la vagina, el útero, las trompas de Falopio y finalmente los ovarios.



En el segundo mes de embarazo, aparecen las trompas de Muller. Tiene dos estructuras tubulares que se mueven hacia el centro del embrión y se fusionan con los genitales internos. Y si se produce una formación anormal en esta etapa o si el canal dérmico no se fusiona adecuadamente, se producirán cambios. (IVI, 2021)

Por lo tanto, tales cambios en el útero bilateral son causados por una grieta en el centro de la cavidad uterina. En particular, la parte inferior del útero, visible a simple vista, tiene una forma normal. Sin embargo, la parte superior del útero está separada, que es una malformación de Muller. (IVI, 2021)

Es decir, cuando el escote se une a la región inferior del útero, se denomina útero bicorne completo. Expertos en el campo de la fertilidad y el parto creen que el origen del útero bicéfalo es genético, aunque la causa no es exacta. Pero dentro de esta variación, los científicos están de acuerdo en que esto se debe a un patrón de polygenes heredados. (IVI, 2021)

Además, puede tener efectos ambientales como la exposición a radiaciones ionizantes durante la embriogénesis, infecciones endometriales o toxinas con efectos teratogénicos como el dietilestilbestrol (DES). Por lo tanto, las pacientes con útero bicorne también suelen tener problemas de parto debido a la reducción de la permeabilidad del tabique, la disminución del volumen uterino y el aumento de la hipersensibilidad. (IVI, 2021)

CLASIFICACIÓN DEL UTERO BICORNE

El útero bicorne presenta dos tipos el completo si la hendidura se extiende hasta el orificio cervical interno y en el útero bicorne parcial si se encuentra confinada al fondo uterino. Cuando la hendidura de un útero bicorne completo alcanza el orificio cervical interno se clasifica como un útero bicorne con un cérvix simple (bicorne unicollis) y si la duplicación alcanza el orificio cervical



externo se clasifica como útero bicorne con duplicación del cérvix (útero bicorne bicollis). (Diana Patricia Marín Muentes, José Liders Burgos Zuleta & Julián Sánchez Cortázar)

COMPLICACIONES

Las mujeres diagnosticadas con útero bicorne tienen una consideración de alto riesgo porque existe una mayor probabilidad de presentar complicaciones como abortos recurrentes debido a que la ubicación del feto es muy reducido y provoca un aborto involuntario, aunque todo depende de cuál sea el grado del útero bicorne. En el útero bicorne total el riesgo de aborto es mayor. Otra complicación son los partos prematuros, esto ocurre cuando ya el bebé comienza a crecer y se queda sin espacio y se produce un parto prematuro. (Diana Patricia Marín Muentes, José Liders Burgos Zuleta & Julián Sánchez Cortázar)

1.2. CAUSAS

Las causas que producen el útero bicorne no son precisas pero los expertos en materia de reproducción y fertilidad sostienen que su origen se debe a factores genéticos. Pero en este vaivén los científicos coinciden que se debe a un patrón poligénico de herencia. A esto se le añaden posibles efectos ambientales como, por ejemplo, la exposición a las radiaciones ionizantes durante el desarrollo embrionario, a las infecciones intrauterinas o a los tóxicos de efecto teratogénico, como el dietilbestrol (DES). (IVI, 2021)

Entonces, es común que las pacientes que presentan útero bicorne tengan también problemas de fertilidad a causa de la hipovascularización del septo, de la disminución de la cavidad uterina y del aumento de su irritabilidad. En tanto,



la fisiopatología de los trastornos de reproducción en estos casos también conlleva en los siguientes aspectos:

- Defectos en la vascularización del tabique, lo que dificulta una correcta implantación del cigoto
- Constricción de la zona uterina que entorpecería un desarrollo normal del embarazo
- Incompetencia cervicoístmica que obstaculizaría una correcta gestación
- Mayor decidualización endometrial
- Pérdida de la masa muscular miometrial

1.3. ETIOLOGÍA

Se desconoce la causa exacta del útero bicorne, pero los expertos en el campo del parto y el parto creen que su origen se debe a factores genéticos. Pero en esta variabilidad, los científicos coinciden en que se debe a un patrón de herencia poligénica.

Por lo tanto, las pacientes con útero bicorne también suelen tener problemas de parto debido a una distribución vascular septal disminuida, una cavidad uterina disminuida y un aumento de la hipersensibilidad. Por otro lado, la fisiopatología de los trastornos reproductivos en estos casos también incluye los siguientes aspectos.

- Defectos en la vascularización del tabique, lo que dificulta una correcta implantación del cigoto
- Constricción de la zona uterina que entorpecería un desarrollo normal del embarazo
- Incompetencia cervicoístmica que obstaculizaría una correcta gestación
- Mayor decidualización endometrial
- Pérdida de la masa muscular miometrial



FISIOPATOLOGIA

Por otro lado, la fisiopatología de los trastornos reproductivos en estos casos también incluye los siguientes aspectos. Defectos en la vasculatura septal, Constricción de la región uterina que impide la implantación adecuada del cigoto previene el desarrollo fetal normal, la disfunción del ritmo cervical puede impedir un embarazo adecuado Mayor destrucción del endometrio Pérdida de masa muscular fetal. (IVI, 2021)

Por lo general, este tipo de malformaciones uterinas se diagnostican mediante una ecografía. A su vez, también se recomiendan otras series de pruebas para complementar los resultados, vale aclarar que un embarazo con esta patología puede ser complejo, pero no es difícil de lograr. Sin embargo, resulta importante tener en consideración lo siguiente. La tasa de aborto espontaneo en estas pacientes es de un 28 a 35% y de nacimientos prematuros en un rango de 14 a 23%. la presencia de anomalías en el útero condiciona en muchos casos que el bebé adopte posiciones que impidan un trabajo de parto normal (presentación de nalga o situación transversa), por lo que provocaría que la finalización del embarazo sea a través de una cesárea. (IVI, 2021)

1.4. DIAGNÓSTICO

Por lo general, este tipo de malformaciones uterinas se diagnostican mediante una ecografía. A su vez, también se recomiendan otras series de pruebas para complementar los resultados:



- **Resonancia magnética pélvica:** es una técnica que consiste en recopilar la mayor cantidad de imágenes con el objetivo de poder clasificar las malformaciones uterinas.
- **Laparoscopia:** se trata de una prueba que requiere anestesia general y la introducción de una cámara en la zona abdominal. Este procedimiento ofrece imágenes del útero que permiten visualizar si la hendidura en la parte superior corresponde con la que está en el interior del útero.

1.5. TRATAMIENTO

Al hablar de los procedimientos o tratamientos para esta condición, el procedimiento quirúrgico indicado en la paciente con útero bicorne se llama metroplastia o cirugía uterina que consiste en la corrección quirúrgica de las paredes del útero en aquellos casos en que la cavidad uterina no es anatómicamente normal, lo que dificulta e impide en muchos casos la implantación del embrión, necesaria para conseguir un embarazo. Para efectos, se lleva a cabo mediante una histeroscopia, introduciendo una óptica a través del cuello del útero. Generalmente se realiza de forma ambulatoria bajo anestesia y tiene un índice de complicaciones muy bajo. (MedlinePlus, 2021)

1.5.1. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Realizar una lista de todos los síntomas menstruales que hayas tenido y la duración de estos.
- Haz una lista con tu información médica clave, que incluya otras afecciones para las cuales estás recibiendo tratamiento, así como los nombres de medicamentos, vitaminas, hierbas o suplementos que tomas.



- Elabora una lista de preguntas para hacerle al médico para aprovechar al máximo la consulta. (MedlinePlus, 2021)

El útero septado grávidico aun cuando es una entidad obstétrica poco recurrente de diagnóstico es difícil y raro, debería sospecharse en féminas con precedentes positivos de legrado espontáneo frecuente, parto prematuro y mala presentación. Las partes mal formadas uterinas congénitas son subjetivamente ordinarias y a menudo, asintomáticas, por lo cual su diagnóstico es complicado y raro, lograrlo presentarse como trastornos ginecológicos o tener un efecto en la reproducción.

Cada médico debería buscar una malformación útero vaginal en presencia de amenorrea primaria, dolor abdominal, legrado frecuente y ciertos resultados obstétricos adversos, y debería recordarse que, al diagnosticar una malformación uterina, debería desarrollarse una imagenología del tracto urinario por las comunes anomalías similares.

La coexistencia de un embarazo a término con útero septado completo y vagina con tabique longitudinal es un caso clínico de escasa frecuencia y explicación en la literatura médica.

La ecografía usual basada en un buen examen físico puede ser suficiente para diagnosticar partes mal formadas útero vaginales, más que nada en poblaciones de escasos recursos económicos en el primer grado de atención.



Es fundamental hacer un examen obstétrico de los genitales externos, para descartar la presencia de malformaciones congénitas como el tabique vaginal que sugiera útero septado, además de terminar con análisis de imágenes de las vías urinarias para descartar anomalías congénitas.

1.6. JUSTIFICACIÓN

La razón fundamental para el estudio de este caso actual es que su incidencia es rara tanto a nivel mundial como nacional siendo la primera anomalía uterina más frecuente el útero septado seguido del útero bicorne el cual será el caso de estudio. Epidemiológicamente hablando de las malformaciones uterinas el útero bicorne es muy raro y podría alcanzar un 12% de dichas malformaciones.

Por otro lado, lo que me llamó la atención fue que esta anomalía no afectó durante el embarazo de la paciente ya que las mujeres con úteros bicornes pueden tener múltiples abortos espontáneos y partos prematuros, rara vez llegan a un embarazo a término, de ahí nació la propuesta del análisis del caso en mención.



1.7. OBJETIVOS

1.7.1 Objetivo general

- Describir el manejo obstétrico en una paciente de 23 años con embarazo a término más útero bicorne.

1.7.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo en paciente primigesta con útero bicorne.
- Determinar el riesgo obstétrico en paciente primigesta con útero bicorne.
- Reconocer la importancia del examen físico y ecográficos sugestivos de útero bicorne durante los controles prenatales.



1.8. DATOS GENERALES

Nombres completos: XXX	Sexo: Femenino
Cédula de identificación: XXXXXXXXXXX	Edad: 23 años
Fecha de nacimiento: 11/03/1996	Estado civil: Soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Dirección: Amazonas y Francisco de Marcos	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: Bajo	Hospital: Hospital General León Becerra
Fecha de ingreso: 18/08/2020	FUM: 26/11/2019

Elaborado por: Johanna Ortega Núñez

Fuente: Historia Clínica de la Paciente



2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 23 años con embarazo a término que acude a emergencia consciente, orienta en tiempo y espacio, refiere cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por dolor de intensidad moderado más pérdida de líquido.

2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	No refiere
Antecedentes quirúrgicos	No refiere
Alergias	No refiere
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstetricos	
Menarquia	12 años
Ciclos Menstruales:	30 X 3 días
Inicio de vida sexual:	22 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas:	0
Partos:	0



Cesáreas:	0
Abortos:	0
PIG:	0
FUM:	26/11/2019
Controles prenatales del embarazo actual:	2
Ecografías:	1
Edad gestacional:	38 semanas por FUM y 39.2 por eco
Papanicolaou:	Ninguno

Elaborado por: Johanna Ortega Núñez

Fuente: Historia Clínica de la Paciente

2.3. ANAMNESIS

Primigesta de 23 años consciente, colaboradora con el interrogatorio, acompañada de su esposo. Fecha última de menstruación (FUM): 26/ 11 / 2020, no presenta ningún antecedente de importancia los cuales se encuentran ya mencionados, presenta carnet de control prenatal con 2 controles en centro de salud 22 de noviembre, refiere cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio, tipo contráctil de moderada intensidad y pérdida de líquido hace aproximadamente una hora.

Con ecografía del 20/07/2020 que reporta embarazo de +/- 35 semanas que traspolado a la fecha actual da 39.2 semanas y monitoreo fetal de patrón reactivo con frecuencia cardiaca fetal basal de 140 latidos por minuto con buena variabilidad y presenta actividad uterina esporádica. Al examen obstétrico: cérvix 2cm dilatación, 20% borramiento, membranas rotas, presentación cefálica, primer plano de hodge.



2.4. EXPLORACIÓN FÍSICA

Cabeza: normocéfalo, conjuntivas pálidas, vías aéreas libres, pabellón auditivo sin anomalías, mucosas orales húmedas.

Cuello: sin adenopatías

Tórax: simétrico, ruidos cardiacos rítmicos presentes, campos pulmonares ventilados

Mamas: simétricas, aumentadas de volumen no dolorosas

Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos presentes y normales, útero grávido altura de fondo uterino 39 cm

Tacto vaginal: cérvix dilatado 2 cm, borramiento 20%, primer plano.
Membranas rotas

Extremidades: simétricas, sin edema

Maniobras de Leopold: presentación longitudinal cefálico dorso izquierdo, plano alto

CLASIFICACION SCORE MAMA	VALORES DE LA PACIENTE
SISTOLE	120 mmHG
DIASTOLE	70 mmHG
FRECUENCIA CARDIACA	84 POR MINUTO
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18 POR MINUTO
TEMPERATURA	36.5 ° C



SATURACION DE OXIGENO	99%
ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA
PROTEINURIA	(-)

Elaborado por: Johanna Ortega Núñez

Fuente: Historia Clínica de la Paciente

2.5. INFORMACION DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

EXAMENES DE LABORATORIO	
GLOBULOS BLANCOS	14.96
GLOBULOS ROJOS	4.15
HEMOGLOBINA	10.60
HEMATOCRITO	19.1
VOL. CORP. MEDIO	82.40
HEMO CORP. MEDIO	26.80
CONC. HGB. CORP. MEDIO	32.70
DIST. GB ROJOS-SD	43.10
PLAQUETAS	195
VOL. PLAQUET. MEDIO	11.40
GRUPO SANGUINEO	O
FACTOR RH	POSITIVO
TIEMPO DE PROTROMBINA	14.4
GLUCOSA EN AYUNAS	85 mg/Dl
UREA	16.0 mg/Dl
CREATININA	0.46 mg/Dl
ACIDO URICO	5.1 mg/Dl
TRANSAMINAZA PIRUVICA (ALT)	8



TRANSAMINASA OXALACETICA (AST)	16
PRUEBA CUALITATIVA PARA SIFILIS	NO REACTIVO
LACTICO DESHIDROGENASA	484.0
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	41.3

Elaborado por: Johanna Ortega Núñez

Fuente: Historia Clínica de la Paciente

2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Debido al cuadro clínico de la paciente, el diagnóstico es embarazo a término más trabajo de parto y ruptura prematura de membranas, pero por la prolongación desfavorable del trabajo de parto este diagnóstico pasa a ser presuntivo, por lo que el diagnóstico cambia y se decide cesárea de emergencia, evidenciándose el tabique en el útero, quedando como diagnóstico definitivo Parto por cesárea de emergencia más útero bicorne, CIE 10 O821 y O513 respectivamente.

Formulación del diagnóstico presuntivo:

Embarazo a término más trabajo de parto obstruido

Diferencial:

Embarazo a término más trabajo de parto obstruido

Embarazo a término más hipodinamia

Embarazo a término más desproporción céfalo pélvica



Definitivo:

Embarazo a término más útero bicorne

2.7 CONDUCTA A SEGUIR

Paciente es ingresada a parto para continuar con el trabajo de parto espontáneo debido a que la paciente ya tiene varias horas y no progresa su dilatación se procede a realizar conducción de trabajo de parto con cloruro de sodio 1000 ml más oxitocina 10 Unidades Internacionales pasar intravenosa a 8 gotas por minuto, luego ajustar según evolución cada 30 minutos, controlando sus signos vitales y score mama, vigilando tono uterino y la pérdida de líquido amniótico, continúan las contracciones uterinas irregulares más evolución insatisfactoria.

Ya con el diagnóstico de embarazo a término, ruptura prematura de membranas (7 horas) más distocia de dilatación. Se comunica a paciente y se decide interrupción vía alta. Previa consentimiento informado de paciente y acompañantes respetando su dignidad, privacidad, opinión y cultura. Entendiendo las condiciones y los objetivos de la cirugía. Consiente de los riesgos, beneficios y alternativas de la cesárea en comparación con el parto vaginal. Teniendo en cuenta sus circunstancias individuales, preocupaciones, prioridades y los planes para futuros embarazos. Con conocimiento claro de las posibles complicaciones y pasos del procedimiento a realizar. Se procede a pasar a quirófano con participación del servicio de anestesia, pediatría y enfermería



2.8 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Los estudios científicos nos dan como resultado que las complicaciones del útero bicorne afectan durante el embarazo y son determinantes en el trabajo de parto, como sucede en este caso clínico. Realizar todos los controles prenatales, acompañados de ecografías son importantes para un diagnóstico adecuado y evitar las complicaciones o riesgo que conlleva el útero bicorne.

No existe tratamiento farmacológico para el útero bicorne solo existe el tratamiento quirúrgico como el cerclaje uterino y en ciertos casos la metroplastia para mantener una gestación adecuada y un embarazo a término.



2.9 SEGUIMIENTO.

Fecha: 2020-08-19

Diagnostico preoperatorio: embarazo de 39 semanas, trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas (7 horas) más distocia de dilatación

Anestesia: raquídea

Procedimiento quirúrgico: cesárea segmentaria

Hallazgos:

Planos operatorios buenos

Útero grávido segmento formado

Liquido amniotico claro con grumos

Útero bicorne

Recién nacido femenino vivo que respiro y lloro espontáneamente atendido por pediatra: Apgar al minuto 8, a los 5 minutos 9 y a los 10 minutos 10 peso: 3200 gramos, talla 51 cm perímetro cefálico: 35 cm, perímetro torácico: 33.5 cm, perímetro abdominal: 31 centímetros. Frecuencia cardiaca 150 latidos por minuto y frecuencia respiratoria: 50 respiraciones por minuto, placenta posterior completa, anexos macroscópicamente normales, sangrado 350cc aproximadamente.



Descripción de procedimiento: siguiendo los protocolos de cirugía segura, bajo normas de asepsia y antisepsia, bajo los efectos anestésicos se realiza incisión tipo pfannestiel, diéresis por planos, hallazgos como descriptos, histerotomía tipo Kerr amniorexis, se obtiene recién nacido a las 04:10 por polo cefálico atendido por pediatría. Alumbramiento dirigido. Limpieza de cavidad uterina, histerorrafia por planos con verificación de hemostasia y cuenta medico quirúrgica completa síntesis por planos y antisepsia final

Diagnostico post operatorio: embarazo de 39 semanas + trabajo de parto prolongado + ruptura prematura de membranas (7 horas) + distocia de dilatación + útero bicorne

Paciente aparentemente buena condición general, hemo dinámicamente estable, score mama 0, normocéfalo, tórax normo expansible, mamas simétricas, péndulas, congestiva no dolorosas, pezones secretantes.

Abdomen: apósito limpio y seco, útero tónico infraumbilical.

Genitales: loquios hemáticos escasos, sonda vesical canalizada con 200 cc de diuresis claras en bolsa recolectora

Extremidades: no edema

Medidas generales:

- Pasar a recuperación luego a hospitalización ginecología y obstetricia
Mantener decúbito dorsal por 6 horas
- Dieta absoluta por 6 horas luego liquida y posteriormente blanda a tolerancia
- Cuidados propios de enfermería
- Control de signos vitales



- Vigilar tono uterino y loquios
- Control de signos vitales cada 15 minutos por dos horas. Luego cada turno y anotar
- Cura y cuidados de herida operatoria
- Aseo vulvo- perineal
- Comunicar novedades

Tratamiento:

- hidratación parenteral 1000cc de solución cloruro de sodio al 0.9% pasar intravenoso a 125 cc hora.
- Ampicilina 2 gr iv stat. Previa prueba de sensibilidad luego 1 gr iv cada 6 horas
- Ketorolaco 30 mg iv cada 8 horas
- Paracetamol 1gr iv cada 8 horas (alternar con ketorolaco)

Fecha: 2020-08-20

Paciente que se encuentra cursando su primer día en hospitalización con diagnóstico de puerperio quirúrgico mediato. Al momento del pase de visita, se encuentra consciente, hemodinámicamente estable, asintomática, afebril, diuresis presente, flatos presentes, abdomen blando depresible levemente doloroso, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos.

Signos vitales: presión arterial 120/80 mm/hg, frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minutos, temperatura: 36.5 °C, saturación de oxígeno: 99%, proteinuria: negativo, score mama (0)



Exámenes de laboratorio del 19/08/2020 leucocitos 14.96, neutrófilos 91.8, linfocitos 5.6 hemoglobina 10.80, plaquetas 195, grupo sanguíneo O +, VIH: no reactivo, VDRL: no reactivo

Medidas a tomar:

- Control de signos vitales
- Control de score mama en cada turno
- Cuidados de enfermería
- Aseo e higiene vulvoperineal
- Dieta blanda
- Lactancia materna exclusiva a libre demanda

Tratamiento: lactato de ringer 1000 cc pasar IV a 30 gotas por minuto, ampicilina 1 gramos IV cada 6 horas, ketorolaco 3m mg IV cada 8 horas

Plan: continuar en hospitalización gineco- obstetricia hasta cumplir con las horas de puerperio quirúrgico.

Fecha: 2020-08-21

Paciente que se encuentra cursando su segundo día en hospitalización con diagnóstico de puerperio quirúrgico mediato. Al momento del pase de visita la paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, afebril



Signos vitales: presión arterial 120/80 mm/hg, frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minutos, temperatura: 36.2 °C, saturación de oxígeno: 97%, proteinuria: negativo, score mama (0)

Medidas a tomar:

- Control de signos vitales
- Control de score mama en cada turno
- Cuidados de enfermería
- Aseo e higiene vulvoperineal
- Dieta blanda
- Lactancia materna exclusiva a libre demanda

Tratamiento: terminar lactato de ringer 1000 cc pasar IV a 30 gotas por minuto, ampicilina 1 gramos IV cada 6 horas, ketorolaco 3m mg IV cada 8 horas

Plan: Alta médica por ginecología

3 OBSERVACIONES

Este tipo de malformaciones como el útero bicorne no siempre causa riesgos graves en las mujeres, pero sí dificultades que deben ser tratadas por un especialista. Pueden ser causa de infertilidad, aunque no siempre se presenta.

Es importante de un control gestacional más exhaustivo de manera que se tome las medidas adecuadas y necesarias para llevar a la gestación a término, al considerarse un embarazo de riesgo.



4 CONCLUSIONES

Se diagnosticó presuntivamente en el primer examen obstétrico llevado a cabo a lo largo de la preparación previa a la cesárea y ha sido un descubrimiento quirúrgico de útero septado gravídico, debido a una urgencia obstétrica del tipo de prolongación del trabajo de parto, encontrándose intraoperatoriamente un tabique longitudinal completo.

Es fundamental hacer un examen obstétrico de los genitales externos, para descartar la presencia de malformaciones congénitas como el tabique vaginal que sugiera útero septado, además de terminar con análisis de imágenes de la vía urinaria para descartar anomalías congénitas, por su alta agrupación.

Se concluye también que si la paciente se hubiera realizado la ecografía 3D desde los inicios de su embarazo esta hubiera contribuido a obtener un diagnóstico más preciso de la malformación uterina que presentaba de útero bicorne.

Además, es de gran importancia que los controles de captación de embarazo se realicen a temprana edad gestacional, es decir hasta la semana 12 de embarazo conjunto con ecografías donde se valore útero, anexos y embrión para de esta manera tomar las medidas necesarias.



5 BIBLIOGRAFÍA

- Anna Sandra Hernández Aguado, I. B. (2018). *Embarazo y Parto*. Clínic Barcelona. Obtenido de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/cuida-tu-salud/embarazo-y-parto/embarazo>
- Cruz Hernández, Jeddú, Hernández García, Pilar, Yanes Quesada, Marelys, Rimbao Torres, Gertrudys, Lang Prieto, Jacinto, & Márquez Guillén, Antonio. (JULIO de 2008). Macrosomía neonatal en el embarazo complicado con diabetes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300006&lng=es&tIng=es.
- Diana Patricia Marín Muentes, José Lidere Burgos Zuleta & Julián Sánchez Cortázar. (s.f.). Malformación de los conductos müllerianos; . *Acta Médica Grupo Ángeles*, 8(4). Obtenido de <http://www.medigraphic.com/espanol/e1-indic.htm>
- Dreamstime. (2020). Siluetas de vista frontal y posterior del hombre. Cuerpo humano del vector . *Siluetas de vista frontal y posterior del hombre. Cuerpo humano del vector* . Obtenido de <https://es.dreamstime.com/siluetas-de-vista-frontal-y-posterior-del-hombre-cuerpo-humano-vector-image156621965>
- Georgina Cornelio Rodríguez, Sandra Casas Romerob, José Ramírez Ariasc & Roberto Herrera Méndez. (2018). Útero bicorne. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61(2). Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwin4JSHivjyAhUTGLkGHYsRCW0QFnoECAIQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Ffacmed%2Fun-2018%2Fun182d.pdf&usg=AOvVaw0E14iqueCyXJv88AjcXmQa>
- Hospital Clínic, H. S. (2018). *MACROSOMÍA*. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/macrosomia.pdf>
- Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu & Universitat de Barcelona. (30 de JUNIO de 2018). PROTOCOLO MACROSOMÍA. *MACROSOMIA*. BARCELONA, ESPAÑA. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/macrosomia.pdf>



IVI. (2021). *Útero bicorne, ¿qué es y cómo influye en la fertilidad?* Comité editorial de Panamá. Obtenido de <https://ivi.com.pa/blog/utero-bicorne/>

JIMENEZ, D. A. (2017). "EMBARAZO A TERMINO EN UTERO BICORNE". Caso Clínico, "UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI", FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, Manta. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiJ_r-1ivjyAhUFH7kGHVXRa7kQFnoECAIQAAQ&url=https%3A%2F%2F repositorio.uleam.edu.ec%2Fbitstream%2F123456789%2F1581%2F1%2FULEAM-MED-0002.pdf&usg=AOvVaw0bPrBoBYssGqM6WpPBc7ki

Mayo Clinic. (29 de MAYO de 2020). MACROSOMIA FETAL. ESPAÑA. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fetal-macrosomia/symptoms-causes/syc-20372579>

MedlinePlus. (1 de SEPTIEMBRE de 2021). *Útero*. Obtenido de https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19263.htm

Pérez, O. S. (2021). Diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. Obtenido de Pérez, Omidres, Saba, Tony, Padrón, Miguel A, & Molina V, Rafael. (2012). Diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*<http://ve.scielo.org/scielo.php?script=s>

Pérez, Omidres, Saba, Tony, Padrón, Miguel A, & Molina V, Rafael. (2012). Diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*.

Salud., O. P. (2020). Diabetes. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Slideshare. (2017). *Slideshare*. Obtenido de <https://www.slideshare.net/danitzaaaa/macrosomia-fetal>

Stanford Medicine. (2021). *Trabajo de parto*. Stanford Children's Health. Obtenido de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=trabajodeparto-85-P04320>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTÉTRICA



6 ANEXOS

Tomado de la Historia Clínica de paciente

	Resultado	Unidad	Valores Referenciales
Hematología			
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	14.65	$\times 10^9/\mu\text{L}$	4 - 10
BASOFILOS#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	
BASOFILOS %	0.1	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	13.45	$10^3/\mu\text{L}$	
NEUTROFILOS %	91.8	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0	$10^3/\mu\text{L}$	
EOSINOFILOS %	0	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	0.81	$10^3/\mu\text{L}$	
LINFOCITOS %	5.6	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.37	$10^3/\mu\text{L}$	
MONOCITOS %	2.5	%	HASTA - 12
HEMATIES	5.03	$\text{mm}^3/\mu\text{L}$	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	10.60	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	34.7	%	36 - 47
MCV	69.0	fL	80 - 98
MCH	21.2	pg	27 - 32
MCHC	30.6	%	31 - 36
RDW - CV	26.6	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	64.1	fL	
PLAQUETAS	195	$\text{mm}^3/\mu\text{L}$	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.5	fL	7.4 - 10.4
PDW	15.60	-	
PCT	0.19	-	

Page 3/4



Tomado de la Historia Clínica de paciente

Santa Ines
CENTRO ESPECIALIZADO DE IMAGENES

MILAGRO, 20 DE JULIO DE 2020

PACIENTE: TAMAYO ANGAMARCA NADIA
ECOGRAFÍA: OBSTETRICA TERCER TRIMESTRE

INFORME ECOGRAFICO

FETO UNICO VIVO CEFALICO LONGITUDINAL DERECHO

BIOMETRIA FETAL:
DPB: 9.02 CM – 36.4 SG
PC: 31.49 CM – 35.2 SG
AC: 28.62 CM – 32.4 SG
LF: 6.98 CM – 35.6 SG
ILA: 12 (INDICE PHELAN) NORMAL
PLACENTA: FUNDICA, GRADO 2/3 (GRANNUM)
LCF: 138 POR MINUTO
MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES ACTIVO
PESO: 2334 GRAMOS (5 LB 2 OZ)
MORFOLOGIA FETAL:
Cabeza: Normal
Cara: Normal
Área cardiaca: 4 cámaras
Columna: Normal
Estomago: Presente
Riñones: Normales
Extremidades: Normales

Fecha Estimada de Parto: 23-AGO-2020 +/- 10 días

ID: EMBARAZO DE 35.1 SEMANAS POR ECOGRAFIA
CORRELACIONAR EDAD GESTACIONAL CON ECOS PREVIOS

ATENTAMENTE,

DR. ALBERTO GARCIA
ECOGRAFIA

35.1
4.1
39.1

35.1
2.2
37.35

DIRECCION: OLMEDO 1010 Y ELOY ALFARO
TELEFONO: 2972162 / 0939657957
SANTAINESIMAGENES@GMAIL.COM



Tomado de la Historia Clínica de paciente

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (MF)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
HGU BC	Nadia Ferrnanda	Tamayo Argamante	F	1	0944217058

FECHA	18/08/2020	19/08/2020	20/08/2020	21/08/2020	22/08/2020
DIA DE INTERNACIÓN	1	2	3	4	
DIA POSTQUIRURGICO		1er	2o	3er	

1 SIGNOS VITALES TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA

	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
PULSO	108	106	119	105	104	107	108	80						
TEMP	38.5	38.5	39.5	38.5	38.5	38.5	37.5							

F. RESPIRATORIA X min	12x	16x	19	20x	20x	20x	20x	20
PRESIÓN SISTÓLICA	114	126	116	105	104	107	108	87
PRESIÓN DIASTÓLICA	88	93	82	67	79	74	71	60

2 BALANCE HÍRICO

INGRESOS CC	PARENTERAL	3640	520	1500	200	1000	1500	180	1140
	VIA ORAL	150	200	300	300	200	600	800	350
TOTAL	3790ML			3500		3260		3660	
ELIMINACIONES CC	ORINA	250	120	1600	100	600	100	1000	
	DRENAJE	-	-	-	-	-	-	-	
	OTROS	-	-	-	-	-	-	-	
	TOTAL	250ML			3100		3100		2900

3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES

ASEO / BAÑO	1x	2x	1x	1x	1x	1x	1x	1x
PESO Kg	66,8kg	66,8kg	66,8kg	66,8kg	66,8kg	66,8kg	66,8kg	66,8kg
DIETA ADMINISTRADA	NADA	1/2	3/4	4	liquido	BIANDA	Blanda	
NUMERO DE COMIDAS	1	2	3	3	2	2	2	
NUMERO DE MICCIONES	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU	SU
NUMERO DE DEPOSICIONES	-	-	-	-	-	-	-	-
ACTIVIDAD FISICA	Rep	Rep	Rep	Rep	Rep	Rep	Rep	Rep
CAMBIO DE SONDA	-	-	-	-	-	-	-	-
RECANALIZACIÓN VIA	1	-	-	-	-	-	-	-
RESPONSABLE	MAR	SC	SC	SC	SC	SC	SC	SC

Talles 162cm

SIGNOS VITALES (2)

Tomado de la Historia Clínica de paciente

