



Capítulo 23

Casos clínicos de Obstetricia General

Mauricio Arturo Urrego Pachón
Docente de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Introducción

En la práctica clínica diaria de los profesionales de salud en medicina, ya sea médicos generales o especialistas en obstetricia, se presentan pacientes con situaciones clínicas que conlleva el despliegue de todas las competencias adquiridas con la formación universitaria y la experiencia profesional, por lo que se debe brindar la mejor atención al binomio madre-hijo para salir avante y con la satisfacción del deber cumplido.

Las jornadas de actualización permiten abordar diferentes tópicos en la especialidad y permite afianzar de una mejor manera la información a través de casos clínicos. Con esta estrategia se abordarán algunos temas de importancia para el personal en salud que atiende gestantes, y que han sido

tomados de la vida real.

Caso clínico 1

El primer caso clínico se trata de una paciente primigestante con un embarazo de 39 semanas, sin factores de riesgo, quien ingresó con un trabajo de parto de inicio espontáneo; el monitoreo del ingreso fue clasificado como reactivo y se llevó a aplicación de analgesia epidural con 6 cm de dilatación, luego de esto, se aplicó un refuerzo de oxitocina a dosis bajas. Pocos minutos después presentó una desaceleración profunda (**Figura 1**) que requirió activación del equipo de respuesta inmediata, con lo que se iniciaron maniobras de reanimación o resucitación in útero. Ante lo cual surge la duda de ¿Cuáles de estas maniobras realmente son efectivas?



Figura 1. Monitoreo fetal (Imagen propia, publicada con autorización de la paciente).

La hipótesis es que la detección de una posible descompensación fetal y la intervención oportuna y eficaz antes de que la acidemia sea grave, pueden prevenir la morbilidad o la mortalidad perinatal/neonatal. Por lo tanto, cuando se identifica un patrón de un trazado de monitoria fetal, ya sea clasificado categoría II o III, deben hacerse los preparativos para el parto lo más pronto posible, mientras se inicia la reanimación intrauterina para mejorar la perfusión uteroplacentaria y el suministro de oxígeno.

Cuando se tienen trazados de monitoreo fetal que se salen de la normalidad, es decir, aquellos clasificados como categoría II o III, o con una sospecha de hipoxia aguda o subaguda,

siempre se debe pensar en la causa subyacente, es decir, la que produce descompensación del bienestar fetal. El caso presentado, trata de una paciente que luego de la analgesia epidural se posicionó en decúbito supino y se le adicionó oxitocina; y el trazado indicó una actividad uterina regular. Al evaluar la paciente y en general ante estos hallazgos se deben pensar tres grandes causas que son: abrupcio de placenta, rotura uterina y prolapso de cordón umbilical; las tres se descartaron pues no tenía clínica de las dos primeras, y al realizar el tacto se rompieron las membranas con salida de líquido claro y se verificó que no hubiera cordón prolapsado. Luego de descartar estas causas, la gran mayoría de estas alteraciones son debidas a sobreestimulación uterina, y en

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ese caso se consideró que esta era la causa a razón del refuerzo oxitócico que se le instauró a la paciente.

Durante la atención de la paciente se brindaron las maniobras de reanimación, que consistieron en posicionar en decúbito lateral izquierdo, lo cual mejora la perfusión tanto en la gestante como en la unidad fetoplacentaria; y se administraron cristaloides en bolo. Al revisar la literatura, de las medidas que pueden ayudar en la reanimación in útero, aunque con niveles de evidencia limitados son: la posición en decúbito lateral, independiente de si es izquierdo o derecho, y la administración de cristaloides entre 500 a 1.000 ml, con precaución en pacientes preeclámpticas u obesas para no sobrecargarlas. Estas medidas han demostrado mejoría en los niveles de oxigenación fetal y se puede decir que son económicas, seguras y de fácil suministro.

Otra medida es la administración de oxígeno suplementario, cuya acción ha generado gran controversia y ha suscitado investigación clínica; aunque si bien los estudios son limitados, la reciente literatura está a favor de no utilizarlo, o si se va a utilizar debe ser en pacientes muy seleccionadas y por un periodo corto de tiempo, pues ha sido una medida que no ha logrado ser superior cuando se compara con la oxigenación ambiente y no ha generado cambios relevantes en la oxigenación fetal que puedan demostrar beneficios en el neonato, y por el contrario algunos autores manifiestan que puede ser dañino ante la liberación de radicales libres, los cuales son deletéreos para el neonato. En conclusión, podría decirse que hasta ahora las medidas de reanimación in útero consistentes en el posicionamiento de la gestante en decúbito lateral y la administración de cristaloides son aplicables para la mayoría de las pacientes con bienestar fetal dudoso y/o alterado, y la administración de oxígeno por ahora es una medida que parece no ser beneficiosa y más en época de pandemia por el Covid-19 donde se debe disminuir la generación de aerosoles. Es probable que el tiempo y las nuevas investigaciones en años venideros despejen el panorama con respecto a la administración de oxígeno (1,2,3,4,5).

En la experiencia personal del autor no se utiliza. En esta paciente finalmente el feto recuperó su bienestar y terminó en un parto vaginal exitoso con un bebé saludable.

Caso clínico 2

Paciente trigestante con embarazo de 37 semanas gemelar bicorial biamniótico con el primer feto en presentación cefálica y con crecimiento fetal acorde. Se presenta al servicio de urgencias pues desea un parto vaginal. ¿Aceptaría inducirle el parto?

Quizá uno de los procedimientos médicos que más se realiza en obstetricia es la inducción del parto y/o el refuerzo del trabajo de parto. Se dispone de una evidencia robusta sobre los beneficios de la inducción del parto cuando está indicado, sin embargo, es más limitada la información cuando el embarazo es múltiple.

Así como en embarazos simples se tienen que cumplir ciertas condiciones para la inducción, en un embarazo gemelar también, en gestaciones de tres o más fetos está claro que la mejor vía es la cesárea.

La edad gestacional óptima para finalizar una gestación gemelar depende especialmente de la corionicidad y amnionicidad. El Colegio americano de obstetras y la sociedad de medicina materno fetal recomiendan finalizar la gestación de un embarazo gemelar bicorial biamniótico sin complicaciones de las 38 a las 38+6 semanas. Otros autores sugieren finalizar la gestación desde las 37 semanas.

Ningún ensayo aleatorizado ha evaluado el momento óptimo para el parto de gestaciones gemelares monocoriónicas/biamnióticas. En una revisión sistemática de 2016 sobre riesgo prospectivo de muerte fetal y complicaciones neonatales, se evaluó el momento del parto en embarazos gemelares monocoriónicos/diamnióticos sin complicaciones y recomendaron el parto a las 36+0 a 36+6 semanas porque observaron una tendencia hacia un mayor riesgo prospectivo de muerte fetal que de muerte neonatal más allá de esta edad gestacional. Sin embargo, el análisis estuvo limitado por la ausencia de datos sobre la calidad del examen de ultrasonido, el monitoreo fetal anteparto, el tipo de parto y el nivel de atención neonatal, pero pareciera razonable dicha recomendación al sopesar riesgos y beneficios.

Para los embarazos monocoriales/monoamnióticos se sugiere finalizar la gestación entre las 32 a las 34 semanas con el fin de evitar los accidentes de cordón que son imprevistos.

Una de las consideraciones para brindar una inducción o permitir un parto vaginal en gestaciones gemelares diamnióticas es que el primer gemelo esté en presentación cefálica. Con un control y manejo intraparto adecuados, el segundo gemelo no tiene un mayor riesgo de mortalidad o morbilidad neonatal cuando se planifica el trabajo de parto al compararlo con realizar un parto por cesárea programada. Es importante que el obstetra se sienta cómodo con una posible versión interna o externa, o la extracción de nalgas al realizar un parto vaginal del segundo gemelo.

El embarazo gemelar no es una contraindicación para el uso de agentes de maduración cervical (p. ej. prostaglandinas, catéter con balón), ya que parecen ser tan seguros en estos embarazos como en los embarazos únicos. El enfoque de la maduración cervical es el mismo que en los embarazos únicos.

El parto vaginal después de la cesárea en un embarazo gemelar también es una opción segura tanto para la madre como para los fetos. Se debe contar con monitorización fetal externa localizada por ecografía para asegurar que se monitoriza cada feto de forma individual, analgesia epidural y contar con anestesiólogo en dado caso que se requiera una cesárea de emergencia.

Se considera entonces que luego de brindar un abordaje inicial adecuado, la inducción del trabajo de parto en gemelos parece segura y debe considerarse cuando esté indicado el parto. El asesoramiento sobre el riesgo de inducción fallida del trabajo de parto puede individualizarse aún más en función de factores pronósticos como la edad materna, la paridad, la altura y el índice de masa corporal maternos, la longitud del cuello uterino, la presentación del segundo gemelo y la experiencia del obstetra.

Debido a un mayor riesgo de falla en la inducción del trabajo de parto y parto por cesárea intraparto, se debe contar con personal capacitado y un entorno adecuado para garantizar la seguridad de todos los involucrados (6,7,8,9,10,11).

Caso clínico 3

El siguiente caso se trata de una primigestante con un embarazo de 39 semanas, migrante, sin otro antecedente de importancia, ingresó en un trabajo de parto activo, se le reforzó con oxitocina y durante el expulsivo por mal pujo

materno le realizaron la maniobra de Kristeller. El bebé pesó 2.600 gr. Luego del parto presentó hemorragia, por lo que se activó código rojo. El útero se encontraba tónico infraumbilical y la placenta estaba completa. Se revisó el canal del parto, se observó un desgarramiento cervical que se suturó, pero la paciente persistía con sangrado. Se realizó una revisión uterina y se sospechó una rotura uterina. Se trasladó al quirófano para laparotomía urgente y se encontró una rotura de la pared posterior y lateral derecha del útero hacia el cérvix, de aproximadamente 5 cm, se le realizó rafia, cierre de la cavidad y transfusión de hemoderivados. La paciente evolucionó de forma adecuada (**Figura 2**).



Figura 2. Rotura Uterina (Imagen propia, publicada con autorización de la paciente).

La rotura uterina sin antecedentes de cicatriz uterina previa es una condición rara alrededor de 1 en 20.000 embarazos, pero puede amenazar la vida tanto de la gestante como del feto, ya que la sospecha clínica a veces es difícil.

La rotura uterina sin antecedente de cicatriz uterina previa puede ser causada por trauma, defectos congénitos o debilidad adquirida del miometrio, en especial en pacientes con sobredistensión uterina y trabajos de parto prolongados. Los principales factores de riesgo incluyen el uso de

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

oxitócicos, multiparidad, anomalías uterinas, distocias, gestación múltiple y placentación anómala.

Si bien en este caso es difícil identificar la causa exacta, es posible una combinación de factores, la condición migrante y su impacto a nivel nutricional, el refuerzo del trabajo de parto y el uso de maniobras como el Kristeller, desaconsejado en la mayoría de las sociedades de obstetras.

Para realizar el diagnóstico siempre se debe tener en cuenta las cuatro T's del código rojo: tono, trauma, tejido y trombina. En este caso la paciente tenía buen tono y se siguió considerando la posibilidad de trauma. En la revisión uterina no es fácil palpar una solución de continuidad en la pared uterina, por lo que la sospecha clínica, la continuidad del sangrado a pesar del manejo y la inestabilidad de la paciente deben llevar al clínico a sospechar la rotura del útero y proceder en consecuencia con el fin de evitar retrasos y poner en riesgo la vida de la gestante.

Para el manejo se debe activar el código rojo e instaurar las medidas que de forma secuencial y lógica plantea la estrategia. El manejo definitivo siempre es quirúrgico y nos plantea el reto de decidir en ese momento si se realiza una rafia uterina o una histerectomía. El objetivo quirúrgico es controlar la hemorragia y al mismo tiempo identificar si se presentó daño a otros órganos para minimizar la morbilidad posquirúrgica temprana.

La decisión de realizar una histerectomía se basa en una combinación de factores, incluido el deseo de la paciente de un futuro embarazo, la extensión del daño uterino por la rotura, la estabilidad hemodinámica de la paciente y la habilidad del cirujano para reparar una lesión complicada. Una reparación larga y difícil de una laceración extensa no es lo mejor para la mujer si está hemodinámicamente inestable o si la reparación tiene un alto riesgo de fracaso en un embarazo posterior.

Si se repara el sitio de ruptura, el mayor desafío es reducir el riesgo de complicaciones en futuros embarazos. No se ha establecido la técnica de reparación óptima debido a la rareza de la rotura uterina, la variabilidad en la ubicación y extensión del daño y la escasez de datos de seguimiento a largo plazo. Un enfoque razonable es reparar el defecto uterino en dos o tres capas con una sutura absorbible, similar a la reparación de cualquier histerotomía.


Es importante informar a la paciente el riesgo de una futura ruptura, asesorarla en planificación familiar y aclararle muy bien que en un futuro embarazo su vía de parto deberá ser por cesárea (12,13,14).

Conclusión

Se puede decir que las pacientes son un libro abierto y que a través del análisis de casos clínicos y de la reflexión de las acciones realizadas para el manejo, de manera interesante y práctica, permite afianzar el conocimiento; si bien son revisiones cortas logran, tanto en estudiantes como profesores, actualizar y mejorar las competencias en el actuar diario de la especialidad.

Bibliografía

1. Simpson, Kathleen Rice, and Dotti C. James. "Efficacy of intrauterine resuscitation techniques in improving fetal oxygen status during labor." *Obstetrics & Gynecology* 105.6 (2005): 1362-1368.
2. George Macones, Intrapartum category I, II, and III fetal heart rate tracings: Management. Uptodate 2022.
3. Garite, Thomas J., Michael P. Nageotte, and Julian T. Parer. "Should we really avoid giving oxygen to mothers with concerning fetal heart rate patterns?." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 212.4 (2015): 459-e1.
4. Raghuraman, Nandini, et al. "The effect of intrapartum oxygen supplementation on category II fetal monitoring." *American journal of obstetrics and gynecology* 223.6 (2020): 905-e1.
5. Raghuraman, Nandini, et al. "Maternal oxygen supplementation compared with room air for intrauterine resuscitation: A systematic review and meta-analysis." *JAMA pediatrics* 175.4 (2021): 368-376.
6. Harle, T., J. L. Brun, and J. J. Leng. "Induction of labor in twin pregnancy after 36 weeks does not increase maternal-fetal morbidity." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 77.1 (2002): 15-21.
7. Amikam, Uri, et al. "Labour induction in twin pregnancies." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* (2021).



8. Mei-Dan, Elad, et al. "The effect of induction method in twin pregnancies: a secondary analysis for the twin birth study." *BMC pregnancy and childbirth* 17.1 (2017): 1-7.

9. Jonsson, Maria. "Induction of twin pregnancy and the risk of caesarean delivery: a cohort study." *BMC pregnancy and childbirth* 15.1 (2015): 1-7.

10. Stephen T Chasen. *Twin pregnancy: Labor and delivery*. Uptodate 2022.

11. Chen, Wenhang, et al. "Meta-analysis of Foley catheter plus misoprostol versus misoprostol alone for cervical ripening." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 129.3 (2015): 193-198.

12. Astatikie, Geremew, Miteku Andualem Limenih, and Mihiretu Kebede. "Maternal and fetal outcomes of uterine rupture and factors associated with maternal death secondary to uterine rupture." *BMC pregnancy and childbirth* 17.1 (2017): 1-9.

13. Togioka, Brandon M., and Tiffany Tonismae. "Uterine rupture." (2020).

14. James F Smith. *Uterine rupture: Unscarred uterus*. Uptodate 2022.