



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO XI – N. 27 – 2017

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/033.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "NARRATIVAS, FUENTE DE EVIDENCIAS CUALITATIVAS" **CUALISALUD 2017 XII Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión digital celebrada del 16 al 17 de noviembre de 2017, organizada por Fundación Index. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	La rotura uterina, situación emergente. Identificación precoz y medidas preventivas
<i>Autores</i>	José Iglesias Moya, Rosa María Morillas Salazar, Ana Isabel Molina Medina
<i>Centro/institución</i>	Servicio andaluz de salud
<i>Ciudad/país</i>	Andalucía, España
<i>Dirección e-mail</i>	jose_enf_86@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La rotura uterina constituye una complicación con peligro de muerte tanto para la madre como para el feto.

Esta complicación suele darse en la segunda mitad del embarazo y más frecuentemente en mujeres con cirugía uterina anterior., siendo muy raro que aparezca en el primer trimestre del mismo.

El objetivo del presente trabajo es conocer e identificar precozmente signos, síntomas y recomendaciones preventivas para evitar la rotura uterina

Podemos encontrar según la profundidad

1. Rotura uterina completa: Desgarro con dirección variable y anfractuoso de la pared uterina. Las estructuras afectadas son peritoneo visceral, miometro además de membranas ovulares. Este tipo de rotura está asociada a una gran pérdida de contenido hemático además acarrea graves complicaciones tanto maternas como fetales.
2. Rotura uterina incompleta: De carácter segmentario y respetando el peritoneo visceral. En este caso las membranas ovulares pueden mantenerse íntegras o verse también afectadas, el riesgo de complicaciones es menor. No suele asociarse a grandes pérdidas hemáticas. **(1-3)**

Según extensión: vaginal, cervical supravaginal, cervicosegmentaria, segmentaria (la más frecuente), Segmento corporal, Corporal, cervicosegmentocorporal, lateral
Atendiendo a la dirección: longitudinal, oblicua, transversa, mixta, estrellada
Dependiendo del momento:

- Durante el embarazo
- Durante el parto, la más común, relacionada con cicatriz previa.

Centrándonos en el mecanismo encontramos:

- Rotura espontánea por debilitación del miometrio
- Traumático
- Hiperdinámia(4)

Esta situación urgente presenta una mortalidad materna del diez por ciento y una mortalidad fetal del cincuenta por ciento.

La frecuencia de rotura uterina de un caso de ocho mil a un caso de quince mil partos. En mujeres en trabajo de parto y con antecedentes de cesárea anterior se manejan cifras del 0,7 por ciento.(5,6)

Este problema suele producirse en la segunda mitad de embarazo.

Como factores de riesgo podemos destacar algunos como :

- Edad de la madre avanzada
- Fetos con un peso mayor a 4000 gr
- Parto anterior menor de 18 meses.
- Distocias
- Cicatrices en útero
- Partos en presentación podalica
- Obesidad
- Inducción del parto prolongado (7-10)

Entre las causas encontramos:

- Alteración del útero antes del embarazo actual:
 - Intervenciones operatorias que afectaron al miometrio: cesárea anterior, miomectomía.
 - Traumatismos como pueden ser legrados
 - Alteraciones congénitas
- Alteración del útero en el embarazo actual.
 - Anterior al parto: versión externa, hidramnios, inducción del parto con oxitocina.
 - En el momento del parto: Alumbramiento manual, parto instrumental
 - Adquirida: Algunos casos se pueden dar por ejemplo en placenta increta o percreta. (11)

Objetivo

- Conocer e identificar precozmente signos, síntomas y recomendaciones preventivas para evitar la rotura uterina

Material y método

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre artículos que nos ofrecieran información sobre rotura uterina, signos, síntomas y medidas de prevención que pueden llevarse a cabo por el personal directamente relacionado con la asistencia a la mujer gestante. Para ello utilizamos diferentes bases de datos: pubmed, scielo, cochrane. Se utilizaron palabras clave de la web de los descriptores de salud (DeCS): “rotura”, “uterina”, “parto” además de sus homólogos en inglés, “break”, “uterine”, “birth”.

Se incluyeron estudios estuviesen publicados en español o inglés, además de tener acceso completo al texto.

Del total de 21 artículos encontrados, 7 fueron utilizados para obtener los resultados de nuestro estudio.

También se revisaron protocolos de asistencia obstétrica de la sociedad española de ginecología y obstetricia (SEGO)

Resultados

Antes de la rotura puede aparecer un incremento en el número y la intensidad de contracciones, la gestante refiere dolor abdominal, el cuello uterino puede edematizarse. Además si presenta cicatriz anterior puede referir dolor en esa zona.

En el momento en el cual se produce la rotura, las contracciones cesan, la gestante refiere un dolor abdominal agudo, podremos palpar partes del feto debajo de la pared abdominal, el feto manifiesta sufrimiento en forma de bradicardia, aparece hemorragia.

Tras la rotura de útero será necesario la extracción fetal inmediata por laparotomía, si el útero no sufre muchos daños podría repararse si no es posible se procede a una histerectomía. **(12-15)**

Medidas para prevenir la rotura uterina.

- Vigilar el uso de oxitocina en mujeres multíparas y en partos prolongados.
- En cesárea anterior no usar misoprostol.
- Evitar el uso de la maniobra de Kristeller.
- Extremar la vigilancia en mujeres con cesárea anterior y que además presentan otros riesgos como fetos macrosómicos o presentaciones podálicas **(16-18)**

Conclusiones

Tras la revisión podemos concluir que la rotura uterina es una situación urgente que compromete la vida tanto de la madre como la del feto. En la actualidad se debe incidir en que el personal sanitario que atiende a la embarazada sea capaz de identificar los signos y síntomas que nos indican la inminente rotura uterina para que de esta forma podamos actuar con la mayor rapidez posible y minimizar los daños.

Es necesario además aprender a identificar situaciones y mujeres en riesgo de sufrir este problema además de evitar la práctica de técnicas y maniobras que puedan facilitar la rotura, por citar alguna, la maniobra de Kristeller, la cual se ha relacionado frecuentemente con complicaciones como pueden ser: embolia de líquido amniótico,

daño cerebral en feto, fracturas, y más concretamente centrandonos en nuestro tema la rotura uterina en mujeres sin cicatriz previa uterina(19-21)

La actuación conjunta y multidisciplinar del equipo que atiende a la gestante debe ser consciente de que la rotura uterina es poco frecuente pero cuando se produce tiene consecuencias nefastas, por lo que una vez más con la mera formación de los profesionales en la identificación de casos potenciales y mediante la realización de técnicas no agresivas garantizamos una menor incidencia.

Bibliografía

1. Scarella C Aníbal , Chamy P Verónica , Badilla F Daniela , Escobar A Andrea, Michea N Karina. ROTURA UTERINA ESPONTÁNEA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2017 Jun 24] ; 73(6): 393-396. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000600007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000600007>.
2. Koné M, Diarra S. Ruptures utérines au cours de la grossesse. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris-France). 1995 Obstétrique 5080-A-10.
3. Kidanto HL. Uterine rupture: a retrospective analysis of causes complications and management outcomes at Muhimbili National Hospital in Dar es Salaam, Tanzania. Tanzania Journal of Health Research. 2012; (14) 3:1-8.
4. Cabero L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. 2 Ed. Ed. Médica Panamericana; 2013. P 1556- 59
5. Redondo Aguilar Rosario, Manrique Fuentes Gador, Mauro Aisa Leonardo, González Acosta Valois, Delgado Martínez Luis, Aceituno Velasco Longinos. Rotura uterina en gestante con cesárea anterior tras maniobra de Kristeller: Reporte de caso. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2014 [citado 2017 Jun 24] ; 79(2): 111-114. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000200008>.
6. Lang CT, Landon MB. Uterine dehiscence and rupture after previous cesarean delivery. UpToDate. 2013. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/uterine-dehiscence-and-rupture-after-previous-cesarean-delivery>.
7. Wing D, Jones M, Rahall A, Goodwin T, Paul R. A comparison of misoprostol and prostaglandin E2 gel for preinduction cervical reneping and labor induction. Am J Obstet Gynecol. 1995;172:1804-1810.
8. Duarte P. Rotura uterina. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. Clínica Obstétrica. 2ª edición. Caracas: Editorial Disinlimed CA; 2005.p.443-452.
9. Smith JF, Wax JR. Rupture of the unscarred uterus. UpToDate. 2013. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/rupture-of-the-unscarreduterus>
10. Belmar J. Cristián, Poblete L. José A., Abarzúa C. Fernando, Oyarzún E. Enrique. ROTURA UTERINA EN PACIENTES SIN CICATRIZ UTERINA. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2002 [citado 2017 Jun 24] ; 67(3): 180-183. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000300002>.
11. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Panamericana: Madrid; 2007. P 727-33.
12. Vázquez Amanda. Resultados perinatales en pacientes complicadas con rotura uterina intraparto: Perinatal outcomes in patients complicated with uterine rupture in labor. Rev. Nac. (Itauguá) [Internet]. 2011 Oct [cited 2017 June 24] ; 3(1): 16-20.

Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742011000100003&lng=en.

13. Penso C. Vaginal birth after cesarean section. *Obst. Ginecol.* 1994,6(5):417-425.
14. Chattopadhyay SK, Sherbeeni MM, Anokute CC. Planned vaginal delivery after two previous caesarean sections. *Br J Obstet Gynaecol.* 1994 Jun;101(6):498-500.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth after previous caesarean birth. Green-Top Guideline No. 45. London: RCOG, February 2007. Available at: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG4511022011.pdf>
16. Protocolos asistenciales en obstetricia SEGO. Rotura uterina. Junio 2013.
17. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf
18. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005; 27: 164-74.
19. Sáez Cantero Viviana de la Caridad. Prolapso transvaginal de omento como signo de rotura uterina. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Jun 24]; 41(2): 126-131. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000200004&lng=es.
20. Peyman A, Shishegar F, Abbasi Z. Uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor in Iran. A randomized controlled trial. *J Basic Appl Sci Res.* 2011;1:1930-3.
21. Kurdoglu M, Kolusari A, Yildizhan R, Adali E, Sahin HG. Delayed diagnosis of an atypical rupture of an unscarred uterus due to assisted fundal pressure: a case report. *Cases J.* 2009; 2:7966.