

## LA MATRONA ANTE LA ROTURA UTERINA INTRAPARTO

Autores: Patricia María Villa Gómez\*, Gustavo Silva Muñoz\*\*

\* Matrona Hospital de Jerez

\*\* Matrona Hospital Punta Europa

### PALABRAS CLAVES

Rotura uterina, factor de riesgo, atención de enfermería

### RESUMEN

La rotura uterina es una emergencia obstétrica con una incidencia que puede variar según los centros: del 1% al 1/11000.

Hemos realizado una revisión de la bibliografía actual sobre los factores de riesgo, manifestaciones clínicas y abordaje de esta complicación que puede producir la muerte del binomio madre-hijo, con el objetivo de que los profesionales estén preparados y formados para su diagnóstico y abordaje precoz.

La cesárea anterior supone uno de los factores de riesgo clave para que surja esta grave complicación que puede producir además de la muerte fetal, la muerte de la gestante. La mortalidad de una mujer con una cesárea anterior por la rotura uterina es del 5%, pero la mortalidad perinatal está entre el 10 y el 50%, dependiendo de la rapidez de instauración del cuadro, del diagnóstico y abordaje y del lugar donde se produzca.

El aumento de las tasas de cesárea en los últimos años supone un mayor riesgo de rotura uterina en futuros embarazos, por ello es fundamental que las matronas conozcan la clínica que se instaura en la rotura uterina para poder identificarla a tiempo y realizar su diagnóstico y abordaje precoz, esto junto con la adecuada coordinación profesional va a suponer una prioridad que aumentará las probabilidades de éxito.

### INTRODUCCIÓN

La rotura uterina es una solución de continuidad en la musculatura uterina y por tanto una emergencia obstétrica debido a la alta morbimortalidad materno-fetal, esta complicación aparece con mayor frecuencia en el segmento uterino inferior. La incidencia es variable según los centros: del 1% al 1/11000 (1).

Se debe diferenciar entre la rotura y la dehiscencia, ya que una es más grave que la otra, pero no por ello menos importante, ya que una dehiscencia no diagnosticada a tiempo puede desembocar en una rotura uterina completa.

#### **Rotura uterina:**

- Las membranas fetales están rotas.
- Hay separación de toda o casi toda la cicatriz.
- La cavidad uterina y peritoneal se encuentran comunicadas y el feto hace protrusión en la cavidad peritoneal.
- El sangrado puede ser importante.

#### **Dehiscencia:**

- Membranas íntegras.

- Por lo general, hay una pequeña o parcial separación de la cicatriz de la cesárea anterior.
- Sangrado poco importante.
- Poca repercusión en la dinámica y en el estado fetal.

La etiología de esta complicación obstétrica puede ser variable, aunque en la mayoría de los casos ocurren en gestantes con cesarea previa (1) :

- Lesiones uterinas previas al embarazo: cesáreas, roturas reparadas, miomectomías...
- Lesiones uterinas durante el embarazo actual:
  - Antes del parto: traumatismos externos, sobredistensión uterina por gestación múltiple...
  - Durante el parto: maniobras obstétricas mal realizadas o mal indicadas como versiones internas, forceps alto, gran extracción, maniobra de Kristeller.
- Alteraciones uterinas: hemióteros, adenomiosis, coriocarcinoma, mola invasiva...

El aumento de las tasas de cesárea en los últimos años ha supuesto un aumento del riesgo de dehiscencia y rotura uterina en futuros embarazos, de hecho se ha podido observar una mayor incidencia de rotura uterina en los últimos años debido al aumento de los partos vaginales tras cesárea anterior.

Factores como la inducción del parto, la corioamnionitis y las distocias también influyen en la incidencia de rotura uterina.

En cuanto al pronóstico debemos saber que la mortalidad materna por la rotura uterina de una cesárea es del 1-5%, pero la mortalidad perinatal está entre el 10 y el 50%, dependiendo de la rapidez de instauración del cuadro, del diagnóstico y abordaje y del lugar donde se produzca (1).

## OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestro objetivo es reforzar los conocimientos sobre el cuadro clínico de la rotura uterina para fomentar su diagnóstico precoz, así como el abordaje de la misma en el área de partos para minimizar, en la medida de lo posible, las complicaciones materno-fetales y difundir las medidas para tratar de prevenir o minimizar los riesgos de rotura uterina. Para ello, hemos realizado una revisión bibliográfica de la evidencia científica de los últimos cinco años existente en las bases de datos online: Pubmed, SciELO, Uptodate, Cochrane Plus, así como de protocolos y tratados de Obstetricia y Ginecología, para ayudar a los profesionales a identificar y abordar esta emergencia que, de no hacerlo precozmente, puede ser devastadora.

## RESULTADOS

Para realizar un diagnóstico precoz y poder abordar de forma inmediata una emergencia como es la rotura uterina, es fundamental que las matronas sepamos reconocer los signos y síntomas de la misma (1-5):

- Dolor agudo e intenso en hemiabdomen inferior después de una distensión y abombamiento del segmento inferior (doloroso a la palpación y que persiste en los periodos intercontráctiles), con el desarrollo de un anillo de retracción patológico (por lo general, ocurre después de una hiperdinamia). La gestante puede referirlo como una sensación de desgarramiento. El hemoperitoneo que se produce provoca

irritación del diafragma y referirá dolor en el tórax y hombro. Debemos tener en cuenta que en gestantes con analgesia peridural puede no haber dolor, o ser un dolor propio de cuando existen lagunas, en este último caso debemos sospechar de una rotura uterina cuando nos refiere ese dolor de forma continua; en cualquier caso hay que extremar precauciones en gestantes con epidural y prestar atención a otros signos y síntomas.

- Alteraciones en la dinámica uterina: podremos observar una primera fase de hiperdinamia, seguida de una disminución progresiva de la intensidad de las contracciones hasta llegar a un cese de las mismas.
- Anomalías en la frecuencia cardíaca fetal (FCF): es uno de los síntomas más constantes. Lo más frecuente es la aparición de desaceleraciones tardías o variables repetidas o una bradicardia mantenida, incluso antes de que aparezca el dolor. Si no se aborda precozmente se produce la muerte fetal.
- Sangrado vaginal en grado variable, aunque puede ser inexistente.
- Desplazamiento de la presentación al tacto vaginal, se deja de palpar la presentación o cambio de la misma. Esto ocurre cuando se ha producido la rotura completa con la expulsión fetal hacia cavidad peritoneal (en este punto es más que probable que se haya producido la muerte fetal).
- Signos de hipovolemia y shock, dependiendo del sangrado interno: el estado de la mujer se va deteriorando progresivamente con signos de anemia aguda, llegándose a producir el shock no solo por la hipovolemia, sino también por la irritación peritoneal.

#### **Amenaza de rotura:**

- Dolor en el segmento uterino que aumenta con la palpación y que persiste en los periodos intercontráctiles.
- Aumento de la dinámica uterina, llegando incluso a la contracción tetánica.
- Elevación del anillo de Bandl por encima de la sínfisis del pubis.

#### **Rotura uterina intraparto:**

- Se produce un dolor abdominal agudo que coincide con el acmé de la contracción, con sensación de desgarrar que irradia a torax e incluso al hombro.
- Cese brusco de las contracciones tras un periodo de hiperdinamia, lo que produce mejoría en cuanto a alivio del dolor.
- Deterioro brusco de la FCF que puede aparecer antes del dolor, con la presencia de desaceleraciones tardías, variables y/o bradicardia mantenida.
- Desplazamiento o cambio de la presentación fetal al tacto vaginal, puede que observemos sangrado vaginal variable al tacto o no.
- Palpación de partes fetales a través de la pared abdominal y de un útero contraído intentando formar el globo de seguridad de Pinard por la expulsión fetal del útero.
- Deterioro hemodinámico materno.

#### **Diagnóstico:**

Ante los signos y síntomas descritos anteriormente debemos sospechar que se está produciendo una rotura uterina. Extremar precauciones ante factores de riesgo conocidos, como cesáreas anteriores, corioamnionitis, inducciones de parto...

### **Actuación de la matrona ante una rotura uterina intraparto:**

La rotura uterina es una emergencia obstétrica, por tanto si observamos una clínica compatible con esta complicación se avisará al ginecólogo y se coordinará a todo el equipo (anestésista, enfermería de quirófano, auxiliares de enfermería, neonatólogo, enfermería pediátrica, celador) para el manejo precoz de la emergencia.

- Se canalizará una buena vía de perfusión, extraeremos sangre para cruzar y reservar y comenzaremos a infundir sueros tipo Ringer para controlar la hipovolemia, ante inestabilidad hemodinámica se emplearán expansores del plasma y transfusión sanguínea para tratar de estabilizar a la gestante.
- Prepararemos a la mujer para una cesárea emergente, realizando un sondaje vesical y se administrará la profilaxis antibiótica. La morbimortalidad fetal aumenta a medida que pasan los minutos desde que se diagnostica la rotura uterina hasta que se realiza la cesárea, por ello este tiempo no debería exceder los 18 minutos.
- Se preparará todo el material para una posible reanimación neonatal y se tendrá preparada la incubadora para el traslado a la UCI neonatal.

### **DISCUSIÓN Y APLICACIONES A LA PRÁCTICA**

Las tasas de cesárea de la mayoría de los hospitales públicos de España son superiores a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, por no hablar de la tasa de cesáreas en centros privados, que es muy superior a la de los centros públicos. Por ello, tal y como comentamos anteriormente este aumento de las tasas de cesárea supone un incremento del riesgo de dehiscencia y rotura uterina en futuros embarazos. A esto se le suma además el incremento de las inducciones de parto, el empleo de la analgesia epidural para el alivio del dolor en el parto... Como profesionales debemos extremar las precauciones en estos casos, ya que un porcentaje de roturas uterinas son producidas por el mal uso de oxitócicos, sobre todo en las mujeres a las que se le ha practicado una analgesia epidural, ya que no perciben la dinámica uterina. Lo positivo es que parece que se está tomando conciencia y se está fomentando en el medio sanitario el uso racional de la cesárea, no solo como un medio de ahorro económico, sino precisamente para evitar riesgos asociados a la intervención y a futuros embarazos.

La cesárea anterior es el principal factor de riesgo para una rotura uterina por tanto, como matronas debemos extremar los cuidados en los casos de intento de parto vaginal tras cesárea, sobre todo en los casos de inducción del parto de la misma:

- El registro cardiotocográfico se empleará de forma continua, en los casos donde no se registre bien la dinámica uterina de forma externa, se empleará el catéter intrauterino, para evitar un mal uso de los oxitócicos o prostaglandinas.
- En caso de inducción del parto está desaconsejado el uso de misoprostol. Se realizará la inducción del parto preferiblemente en el área de partos, para estar cerca del quirófano en caso de complicaciones y no demorar la actuación.
- Debemos evitar un periodo expulsivo prolongado, evitando maniobras desaconsejadas como la de Kristeller.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, en su protocolo de rotura uterina propone entre las medidas más recomendables para intentar prevenir la rotura uterina las siguientes (5):

- Controlar adecuadamente el uso de la oxitocina, principalmente en grandes múltiparas, cesárea anterior, partos prolongados y fetos muertos si se asocia con prostaglandinas.
- Seleccionar debidamente los casos de cesárea anterior a la hora de permitir el parto por vía vaginal. Evitar el uso de misoprostol en cesáreas anteriores.
- Acortar el tiempo de espera en fase activa de parto sin progresión (parto estacionado) y el expulsivo en mujeres con cesárea anterior.
- Evitar las presiones fúndicas excesivas en la segunda fase del parto.
- Evitar partos y maniobras traumáticas, fundamentalmente en mujeres con cicatriz uterina previa.
- Indicar cesárea electiva en mujeres con cesárea previa longitudinal o en T invertida, con más de dos cesáreas previas, con apertura de cavidad endometrial durante la cirugía uterina (excepto la cesárea) o con rotura uterina previa.

Los profesionales sanitarios debemos estar actualizados y en constante formación para poder identificar los signos y síntomas de complicaciones tan graves como en este caso es la rotura uterina y que trabajen en equipo para su abordaje precoz, ya que gracias al diagnóstico y tratamiento precoz de una emergencia como esta, se puede reducir de forma importante la mortalidad maternofoetal.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Cabero L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. 2 Ed. Ed. Médica Panamericana; 2013. P 1556-59.
2. Vilchez G, Nazeer S, Kumar K, Warren M, Dai J, Sokol RJ. Contemporary epidemiology and novel predictors of uterine rupture: a nationwide population-based study. Arch Gynecol Obstet. 2017 Sep 1. doi: 10.1007/s00404-017-4508-4.
3. Smith JF, Wax JR. Rupture of the unscarred uterus. UpToDate. 2017 Sept. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/rupture-of-the-unscarred-uterus>.
4. Markou GA, Muray JM, Poncelet C. Risk factors and symptoms associated with maternal and neonatal complications in women with uterine rupture. A 16 years multicentric experience. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017 Oct;217:126-130.
5. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Protocolo Asistenciales en Obstetricia. Rotura uterina. 2013.