

Importancia de la Enfermera Obstétrico-ginecológica en el diagnóstico precoz de la Rotura Uterina

AUTORES: Basallote Mera, Cristina; Álvarez Pérez, Sara y Solís González, Victoria. Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

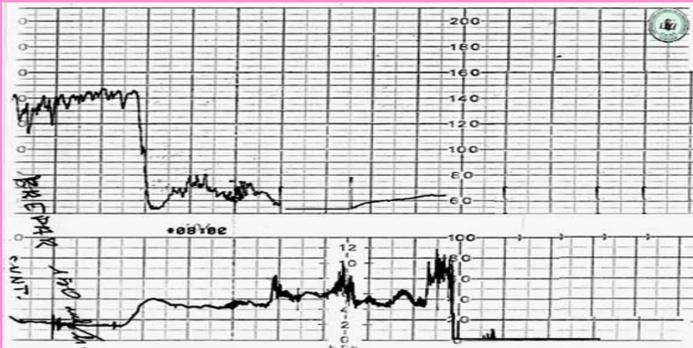
Palabras Claves: Rotura uterina. Detección Precoz. Caso Clínico

Introducción

La rotura uterina es una entidad rara y la mayoría de las ocasiones catastrófica, con una alta incidencia de morbilidad y mortalidad materno-fetales. La cesárea previa constituye uno de los factores de riesgo más importantes.

Ocurre entre 0.07 y 0.1% de todos los embarazos a término (1). Se puede asociar con una dehiscencia de cicatriz uterina previa, un parto espontáneo rápido, la estimulación excesiva con oxitocina, multiparidad con desproporción cefalopélvica o con una presentación transversa no reconocida.

Sin embargo, más del 80% de las roturas uterinas son espontáneas y sin ninguna explicación obvia. La sospecha clínica es de vital importancia para el diagnóstico y la toma de decisiones. De ahí la importancia del rol de la enfermera obstétrico-ginecológica para reconocer signos y síntomas y una detección precoz de esta urgencia obstétrica.



Bradicardia fetal grave

Objetivos

- Estudiar la incidencia y consecuencias de la rotura de la cicatriz uterina durante el trabajo de parto normal en pacientes con antecedente de cesárea previa.
- Valorar la importancia de detectar precozmente signos y síntomas de una rotura uterina.
- Asegurar una asistencia de calidad durante el parto.

Material y Método

Revisión sistemática de la literatura disponible más actual en la base de datos Cochrane y Google Académico.

Desarrollo. Caso Clínico

Caso Clínico

Mujer de 39 años, gestante de 41+1 semanas que acude por bolsa rota y líquido meconial. En los antecedentes obstétricos destaca una cesárea previa por no progresión 2 años antes. Se comienza inducción con oxitocina por meconio por deseo de la gestante de intentar un parto vaginal a las 17 horas.

Tras dos horas con perfusión de oxitocina, sin analgesia epidural puesta, llegando a un ritmo máximo de 4mU/min, la mujer comienza con dolor abdominal severo en la zona de la cicatriz, seguido de una bradicardia fetal mantenida que no cede a pesar de la suspensión de oxitocina, de la administración de Ritodrine, colocación en decúbito lateral izquierdo, O2...

Tras no responder a los cuidados prestados, se indica cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal naciendo un varón con Apgar 8/9/10. Durante la cesárea se objetiva un desgarro completo de útero en cara lateral izquierda que se sutura en 2 capas.

CUADRO CLÍNICO

Registro cardiotocográfico anormal

Dolor abdominal severo, especialmente si persiste entre contracciones

Dolor en el pecho u hombro y repentina pérdida del aliento

Dolor repentino en la cicatriz

Sangrado transvaginal anormal o hematuria

Taquicardia materna, hipotensión o choque

Partes fetales fácilmente palpables bajo la pared abdominal materna

Pérdida de la estación de la presentación

Resultados y Conclusiones

Una cesárea anterior incrementa el riesgo de rotura uterina durante el trabajo de parto a 27 por cada 10.000 casos (4). Se ha descrito esta complicación en un 0,7% de los partos vaginales inducidos con oxitocina en gestantes con dicho antecedente (2).

Por lo que se concluye que aunque existe una percepción clínica de riesgo durante el trabajo de parto de gestantes con cesárea previa, se puede dejar evolucionar el parto por vía vaginal con vigilancia estricta. La práctica de cesáreas en estos casos no parece justificar el efecto que esta cesárea recurrente podría tener en la salud de la madre o el neonato.

El signo más frecuente en la rotura uterina es la alteración cardiotocográfica, la cuál se da en un 33% de los casos. El sangrado materno puede no ser aparente, el dolor suele enmascarse con la anestesia epidural y rara vez hay un cese de las contracciones y se palpan partes fetales. Por lo tanto, en mujeres con cesárea anterior, una alteración repentina del registro cardiotocográfico sin otra causa justificada debería ponernos en alerta y hacernos sospechar una rotura uterina, jugando un papel fundamental la vigilancia de la enfermera obstétrico-ginecológica y sus cuidados para la detección precoz.



Bibliografía

- 1 Martínez-Garza PA et al. (2012). Rotura uterina espontánea: reporte de dos casos. *Cir Cir*. Vol 80 (1) págs. 81-85
- 2 bjog.org: Uterine rupture after previous cesarean section (marzo 2010)
- 3 Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BKS, Helfand M. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ* 2004;329:19-25.