

MARTA ZAMORANO AGUSTÍN
ANA BELEN LAVIÑA CASTAN



(Matronas y DUEs. Hospital Miguel Servet. Zaragoza)

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN: La rotura uterina se define como una solución de continuidad patológica de la pared uterina, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior. Lo habitual es que se produzca en el curso del parto. Es considerado el accidente obstétrico más grave en el parto.

FACTORES DE RIESGO: Cesárea anterior.

TIPOS ROTURA : Incompleta o dehiscencia uterina y rotura completa.

INCIDENCIA: Frecuencia entre el 0,02-0,08 % de todos los partos.

REPERCUSIÓN y PRONÓSTICO: Se asocia a una elevada morbi-mortalidad materno-fetal y a un incremento de la morbilidad neurológica fetal a corto y largo plazo. La mortalidad perinatal es del 2-20% y la materna es prácticamente nula en países desarrollados.

OBJETIVO GENERAL

•Proporcionar ante la rotura uterina una atención segura y de calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar precozmente sintomatología de amenaza de rotura uterina y rotura franca.
- Conocer factores de riesgo de rotura uterina.
- Reconocer RCTGs sospechosos de pérdida de bienestar fetal asociados a rotura uterina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Embase, Cochrane Library sobre la mejor evidencia científica en relación a la rotura uterina.

RESULTADOS

La evidencia científica muestra una frecuencia aumentada de rotura uterina si existe cicatriz uterina anterior. Con cicatriz segmentaria transversa es 0,2-1,5 %. Con cicatriz uterina clásica 4-9 %.

Tipos de rotura uterina		
	Dehiscencia	Rotura uterina
Rotura	Separación parcial cicatriz previa	Todo espesor pared uterina
Comunicación	No comunicación	Cavidades uterina y abdominal
Feto	Feto en cavidad uterina	Puede pasar al abdomen
Membranas	Íntegras	Rotas
Hemorragia	Escaso	Abundante
Repercusiones	Poca repercusión DU y estado fetal	Graves

Síntomas y conducta		
	Amenaza de rotura	Rotura franca
Dolor	Aumento dolor a la palpación del útero	Muy intenso "sensación de desgarró"
Localización	Segmento uterino inferior	Contractura musculatura abdominal
Dinámica uterina (DU)	Aumento DU. Hipertono	Cese brusco de contracciones
Hemorragia	Elevación anillo de Bandl	Vaginal de diverso grado
Clínica	Ansiedad Inquietud materna	Hipovolemia Shock materno
Palpación abdominal	Ausencia de partes fetales	Partes fetales
Bienestar fetal	Deceleraciones, bradicardia	Pérdida bienestar fetal Bradicardia
Conducta	Frenar DU con tocolíticos o cesárea	Laparotomía inmediata y extracción fetal con reparación posterior



CONCLUSIONES

Debido a que la rotura uterina es un evento hipóxico centinela grave, es importante actuar rápidamente y detectar factores de riesgo para realizar un manejo adecuado. Se llevaran a cabo normas de precaución en casos de cesárea anterior.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia. 1ª ed. Madrid: SEGO; 2007.
- 2-García-Alix A, Martínez Biarge M, Arnaez J, Valverde E, Quero J. Hospital Universitario La Paz. Cap. 26. Asfixia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica. En: Protocolos diagnósticos-terapéuticos de la AEP Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neonatología. 2008.
- 3-González Merlo J, Laila Vicens J.M, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 5ª edición. Barcelona: Editorial Masson; 2006.
- 4-Martínez-Biarge M, García-Alix A, García-Benasach F, et al. Neonatal neurological morbidity associated with uterine rupture. J Perinat Med.2008; 36(6): 536-42.
- 5-Martínez-Biarge M, Madero R, González A, et al. Perinatal morbidity and risk of hypoxic-ischemic encephalopathy associated with intrapartum sentinel events. Am J Obstet Gynecol. 2012; 206: 148.e1-148.e7.
- 6-Zarpadiel I, De la Fuente J, Bajo Arenas JM. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. 1ª ed. Madrid: SEGO; 2008.