

ACTUACIÓN Y PLAN DE CUIDADOS ANTE UNA EMERGENCIA OBSTÉTRICA: LA ROTURA UTERINA

AUTORÍA

Sánchez Herrera, Borja**

Casal Pena, Jorge***

Romeu Martínez, María*

**Enfermero del Hospital Quirón Campo de Gibraltar.

***Enfermero de urgencias del Hospital HM de A
Coruña.

*Matrona del Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol.

RESUMEN

La rotura uterina es la solución de continuidad de la pared uterina en el útero grávido. Es una rara complicación intraparto, asociada a una severa morbilidad materna y fetal. En países desarrollados la rotura uterina supone un 0,02-0,08% de todos los partos.

Se caracteriza por el progresivo y rápido deterioro de la condición materna y fetal, por lo que la enfermería debe estar preparada y formada para poder asistir y prestar los mejores cuidados ante esta emergencia obstétrica.

En este artículo detallaremos en qué consiste esta patología, su diagnóstico y actuación. Posteriormente se desarrollará un plan de cuidados estandarizado que recoge las necesidades y cuidados que requieren las gestantes con esta patología.

PALABRAS CLAVE

rotura uterina, matrona, actuación, revisión.

TITLE

**ACTION AND CARE PLAN TO AN OBSTETRIC
EMERGENCY: UTERINE RUPTURE**

ABSTRACT

Uterine rupture is the continuity solution of the uterine wall in the gravid uterus. It is an unusual intrapartum complication associated with severe maternal and fetal morbidity and mortality. In developed countries uterine rupture is a 0.02-0.08% of all births.

It is characterized by progressive and rapid deterioration of maternal and fetal condition, so that the nurse should be prepared and trained to assist and provide the best care to this obstetric emergency.

In this article we will detail what this pathology consists of, its diagnosis and performance. Subsequently, a standardized care plan that reflects the needs and care

pregnant women require with this disease will be developed.

KEYWORDS

uterine rupture, midwife, performance, review.

INTRODUCCIÓN

La rotura uterina es la solución de continuidad de la pared uterina en el útero grávido. Se puede producir tanto sobre un útero sano, como con una cicatriz previa. Esta entidad se puede presentar en cualquier edad del embarazo, pero es más frecuente al término de este y especialmente durante el trabajo de parto.

La rotura uterina es una rara complicación intraparto, asociada a una severa morbilidad materna y fetal. En países desarrollados la rotura uterina supone un 0,02-0,08% de todos los partos.

Clasificación

La rotura uterina puede ser completa o incompleta.

Rotura completa: consiste en un desgarro hemorrágico de la pared uterina, de bordes anfractuados con dirección variable. El feto puede salir a la cavidad uterina al comunicar con la cavidad abdominal. Se acompaña de hemorragia materna y de graves complicaciones maternas y fetales.

Rotura incompleta: rotura segmentaria, que conserva el peritoneo visceral. Las membranas ovulares pueden estar íntegras o rotas. No suele asociarse a complicaciones porque el feto permanece en la cavidad uterina y es raro que se produzca hemorragia materna.

Epidemiología

Entre los factores de riesgo de la rotura uterina se encuentran:

- Maniobras obstétricas traumáticas.
- Utilización de uterotónicos.
- Gran multiparidad.
- Obesidad.
- Edad materna avanzada.
- Histerorrafia en una sola capa.
- Debilidad intrínseca de la pared

(enfermedad de Ehlers Danlos tipo IV) o arquitectura anormal del útero (bicorne, didelfo, ...).

- Intervalo intergenésico reducido (< 18-24 meses).
- Macrosomía.
- Placenta ácreta, íncreta o pérceta.
- Cirugía uterina previa.

Clínica

La sintomatología de la rotura uterina se suele dividir entre las características de la amenaza de rotura uterina (Tabla 1) y la rotura consumada (Tabla 2).

Tabla 1. Clínica de amenaza de rotura uterina.

- Aumento creciente de la actividad uterina (contracciones cada uno o dos minutos).
- Dolor o molestias generalizadas en el abdomen o sobre la zona suprasinfisaria, presente durante y después de la contracción uterina, se acentúa con la palpación suave.
- Elevación del anillo de retracción de Bandl a niveles cerca del ombligo.
- Alteraciones del estado emotivo: la paciente se encuentra inquieta, agitada, angustiada, a veces con taquicardia y fiebre, pero todavía no hay signos de anemia o shock.
- Trazado anormal de la frecuencia cardiaca fetal: deceleraciones variables o tardías.
- Hemorragia externa de sangre oscura, de escasa cantidad. Este síntoma puede estar presente o no.

Tabla 2. Clínica de rotura uterina.

- Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal: bradicardia fetal.
- Dolor abdominal. No siempre se presenta el típico dolor en «puñalada». El dolor puede no ser tan severo que sugiera una rotura uterina, además puede estar enmascarado por la analgesia epidural.
- Ascenso de la presentación fetal y partes fetales palpables en la cavidad abdominal.
- Disminución o cese de la dinámica uterina.
- Hemorragia vaginal, trastornos hemodinámicos maternos y shock.
- El útero se palpa como un tumor duro: a un costado, del tamaño de un puño.
- Tenesmo urinario: pronunciado, puede haber presencia de hematuria, bien sea porque la vejiga se halla complicada en la rotura, o por simples desgarros de la mucosa.

Los síntomas de la rotura uterina incompleta suelen ser menos violentos y dependen del lugar y de la extensión del defecto uterino. Suele cursar durante el trabajo de parto de forma silenciosa. Puede aparecer un dolor leve o intenso en la zona de la cicatriz, pero la repercusión materno fetal suele ser leve.

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

- Conocer la pauta de actuación de la matrona en el servicio de urgencias ante una rotura uterina.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería para las gestantes que presenten esta patología.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de la literatura publicada sobre la rotura uterina, con el ánimo de definir el protocolo de actuación más adecuado.

OBJETIVOS

Para la confección del plan de cuidados se realizó, en primer lugar, una búsqueda bibliográfica, tanto en inglés como en español, en las bases de datos PubMed, ENFISPO, Cuidenplus, CINAHL, EMBASE, Cochranepus, Joanna Briggs, IBECs, ExcelenciaClínica, IME, OLID e ISOC, con el objetivo de conocer el estado actual de conocimientos sobre el tema y el nivel de evidencia sobre los cuidados ante la emergencia de la rotura uterina. Las palabras clave utilizadas fueron: rotura uterina, matrona, actuación, revisión. Se utilizaron los operadores booleanos OR y AND.

RESULTADOS

Según la bibliografía consultada, ante el diagnóstico de una rotura uterina en el servicio de urgencias, se realizan una serie de pautas y actuaciones:

- Canalizar dos vías periféricas de un calibre grueso. Una con solución salina normal para preparar el tratamiento con derivados hemáticos o transfusión de sangre en caso de que fuese necesario y otro para administrar una solución cristalinoide como Ringer Lactato.
- Solicitar pruebas cruzadas al banco de sangre.
- Observación del sangrado, cantidad, color,...
- Valorar la pérdida sanguínea y mantener el control de exámenes hematológicos.
- Debe realizarse una palpación abdominal (dinámica uterina, hipertonía, estática fetal).
- Vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal.
- Monitorización de signos vitales.
- Observar signos de shock.
- Sondaje vesical y cuantificación de diuresis.
- Oxigenoterapia por cánula 3-5 litros por minuto.
- Debe realizarse una laparotomía urgente. La morbilidad neonatal es mayor si el tiempo transcurrido entre el establecimiento de

una bradicardia y el parto supera los 18 minutos.

- Preparar a la gestante para el procedimiento quirúrgico.
- Preparación de los recursos necesarios ante la posibilidad de tener que realizar una reanimación neonatal.
- Registrar las indicaciones cumplidas y observaciones realizadas en la historia clínica.
- Orientar a los familiares sobre el peligro de este accidente en la madre y en el feto.

En la bibliografía revisada resaltan que las medidas preventivas más recomendables para evitar una rotura uterina son las que se citan a continuación:

- Control del parto. Durante el parto por vía vaginal se recomienda la monitorización fetal electrónica continua, puesto que el signo más frecuente de la rotura uterina es el registro cardiaco fetal no tranquilizador.
- Controlar adecuadamente el empleo de la oxitocina y prostaglandinas, especialmente en grandes múltiparas, partos prolongados y fetos muertos; ya que la bibliografía revisada recoge estas situaciones como los principales factores de riesgo.
- Evitar la maniobra de Kristeller.
- Evitar partos y maniobras traumáticas.
- Evitar el uso de misoprostol en cesáreas anteriores.
- Indicar cesárea electiva en mujeres con cesárea previa longitudinal o en forma de T invertida, con más de 2 cesáreas previas, con apertura de cavidad endometrial durante la cirugía uterina (excepto la cesárea) o con rotura uterina previa.

Los estudios revisados recogen que la analgesia epidural no está contraindicada en las gestantes con cesárea anterior ya que su uso no tiene porque enmascarar los síntomas de una rotura uterina.

Tras el estudio y la revisión de las principales bases de datos y bibliografía consultada hemos realizado un plan de cuidados estandarizados basándonos en la Taxonomía NANDA. El plan de cuidados que se debe llevar a cabo ante esta situación de urgencia es el siguiente:

DIAGNÓSTICO:

Dolor, relacionado con contracciones uterinas enérgicas.

NOC:

(1306) Dolor: Respuesta psicológica, respuestas cognitivas y emociones al dolor físico.

(2102) Nivel del dolor: Intensidad.

NIC:

(1400) Gestión del dolor

(6860) Supresión de los dolores del parto

(6650) Vigilancia

DIAGNÓSTICO:

Déficit del volumen de líquido, relacionado con el sangrado vaginal secundario a la solución de continuidad uterina.

NOC:

060002 Ritmo cardíaco.

0409 Estado de coagulación.

040902 Sangrado

0600 Equilibrio electrolítico y ácido-base

060017 Orientación cognitiva

060018 Fuerza muscular

NIC:

4180 Manejo de la hipovolemia

- Mantener una vía IV permeable
- Observar los niveles de hemoglobina y hematocrito.
- Vigilar pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos).
- Vigilar signos vitales cuando proceda.
- Asistir a la paciente que deambula en caso de hipotensión.
- Instruir a la paciente para que evite cambios posturales bruscos como sedentación y bipedestación.
- Mantener un flujo de líquidos IV constante.
- Disponer de productos sanguíneos para transfusión si procede.

DIAGNÓSTICO:

Déficit de conocimientos, sobre el tratamiento de su enfermedad, relacionado con la inexperiencia sobre este trastorno.

NOC:

180302 Descripción del proceso de la enfermedad.

1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico.

181401 Descripción del procedimiento terapéutico.

181402 Explicación del propósito del procedimiento.

1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.

NIC:

56029 Enseñanza proceso de enfermedad

- Proporcionar a la paciente información acerca de la enfermedad, si procede.

- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

DIAGNÓSTICO:

Temor, relacionado con posibles complicaciones materno-fetales durante el embarazo.

NOC:

1404 Control del miedo acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos.

NIC:

5380 Potenciación de la seguridad.

- Permanecer con la paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad.

- Explicar a la paciente y familia todas las pruebas y procedimientos.

- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.

- 5230 Ayudar a la paciente a identificar la información que más le interesa obtener.

- Evaluar la capacidad de la paciente para tomar decisiones.

- 5270 Apoyo emocional.

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

La rotura uterina es una rara complicación intraparto, asociada a una severa morbimortalidad materna y fetal. Su diagnóstico todavía es fundamentalmente clínico, aunque se han incorporado nuevas investigaciones.

Reconocer una rotura uterina es de vital importancia, por lo que todo el equipo multidisciplinar

debe estar en alerta ante los signos y síntomas que puedan hacer sospecharla, para mejorar los resultados materno-fetales y disminuir la morbimortalidad de ambos.

Es importante señalar que la enfermería juega un papel importante en la necesidad de información y el apoyo emocional que requiere la gestante y su familia en ese momento.

BIBLIOGRAFIA

1. Fofie C, Baffoe P. A two-year review of uterine rupture in a regional hospital. *Ghana Med J.* 2010 Sep;44(3):98-102.
2. Sahin HG, Kolusari A, Yildizhan R, Kurdoglu M, Adali E, Kamaci M. Uterine rupture: a twelve-year clinical analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2008 Jul;21(7):503-6.
3. Vlemminx MW, de Lau H, Oei SG. Tocogram characteristics of uterine rupture: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.* 2016 Oct 8.
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Protocolos asistenciales en obstetricia: parto vaginal tras cesárea.* Madrid: SEGO, 2010.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Birth after previous caesarean birth: green-top guideline nº. 45.* Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007. Disponible en: <http://www.rcog.uk/women'shealth/>
6. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M. [Risk of uterine rupture in vaginal birth after cesarean: Systematic review]. *Enferm Clin.* 2016 Oct 7.
7. Servicio Canario de Salud. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. *Protocolo Médico: parto vaginal tras cesárea.* Las Palmas de Gran Canaria, 2012.
8. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Protocolos asistenciales en obstetricia: rotura uterina.* Madrid: SEGO, 2006.
9. Eggleston K. Midwives and uterine rupture: what we have to offer. *Midwifery Today Int Midwife.* 2007 Autumn;(83):24-5, 65-7.
10. Al-Zirqi I, Daltveit AK, Forsén L, Stray-Pedersen B, Vangen S. Risk Factors for Complete Uterine Rupture. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Oct 22.
11. Goumalatsos G, Varma R. Vaginal birth after caesarean section: a practical evidence based approach. *Obstet Gynaecol Reprod.* 2009; 19: 178-86.
12. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Protocolos SEGO: Rotura Uterina.* *Prog Obstet Ginecol.* 2015;58(6):296—299.
13. Organización Mundial de la Salud. *Protocolos de atención. Cuidados prenatales y actuación de obstétrica de emergencia.* Oficina Sanitaria Panamericana / Organización Mundial de la Salud: Venezuela; 2014.
14. García-Molina L. Rotura uterina durante el trabajo de parto en una gestante con una cesárea previa: a propósito de un caso. *Matronas Prof.* 2015; 16(3): e1-e5.
15. Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología. *Plan de cuidados del paciente con Hemorragia uterina anormal.* Hospital Universitario Virgen de las Nieves: Granada; 2010.