



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



CUIDADOS

Valoración, atención al parto y cuidados periparto en un caso de rotura uterina en trabajo de parto tras cesárea anterior

Alberto Parrilla-Fernández*, Javier Manrique-Tejedor, M. Inmaculada Figuerol-Calderó y Verónica García-Romero

Servicio de Partos-Obstetricia, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

Recibido el 8 de diciembre de 2015; aceptado el 11 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Rotura uterina;
Cesárea repetida;
Cuidados de enfermería

KEYWORDS

Uterine rupture;
Repeated C-section;
Nursing care

Resumen La rotura uterina es una complicación rara pero grave en obstetricia. La cesárea previa es el factor de riesgo más importante. Su incidencia durante el trabajo de parto en mujeres con una cesárea anterior es aproximadamente de 0,3-0,47%, siendo potencialmente grave.

Se presenta un caso de una gestante, con antecedentes de cesárea anterior, que sufre una rotura uterina en trabajo de parto. La rápida valoración y actuación de la matrona y del equipo obstétrico fue imprescindible para obtener un resultado obstétrico satisfactorio, evitando la mortalidad materna y fetal, y los cuidados de enfermería realizados en el posparto a la madre y al recién nacido contribuyeron a conseguir un puerperio normal.

Es necesario poseer conocimientos específicos sobre esta afección, que aun siendo rara, puede producirse de manera insidiosa con potencial riesgo para madre y feto.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Assessment, delivery and peripartum care in the case of a uterine rupture during labor of a woman with a previous C-section

Abstract Uterine rupture is a rare but severe complication in obstetrics. A previous C-section is the most important risk factor. Its incidence during labor in women with a previous C-section is of approximately 0.3-0.47%, being potentially severe.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.parrilla90@gmail.com (A. Parrilla-Fernández).

We present the case of a pregnant women with a previous C-section who suffered uterine rupture during labor. The rapid assessment and action of the midwife and obstetric team was essential to obtain a successful obstetric outcome, avoiding maternal and fetal mortality; and nursing care given to the mother and the newborn after birth contributed to achieving a normal postpartum.

It is necessary to have specific knowledge about this condition that, despite rare, can present insidiously with a potential risk for the mother and the fetus.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La rotura uterina (RU) se define como la solución de continuidad de la pared uterina, siendo una de las complicaciones obstétricas más graves por su alta morbimortalidad materna y fetal. Se excluyen las perforaciones uterinas producidas en maniobras quirúrgicas¹.

Su incidencia durante el parto en mujeres con cesárea anterior en los países occidentales es aproximadamente de un 0,3-0,47%, y la RU sin cicatriz previa es extremadamente rara, estimándose que ocurre en 0,7 de cada 10.000 partos¹⁻³.

Por ello es importante informar a la gestante sobre los beneficios y riesgos de un parto vaginal si hay antecedentes de cesárea⁴⁻⁷ y seguir una serie de recomendaciones para prevenir la RU (control del parto adecuado en un centro que permita la realización de una cesárea urgente y monitorización fetal mediante registro cardiotocográfico [RCTG] continuo^{5,6} [grado de recomendación B], uso adecuado de la oxitocina, evitar partos, maniobras traumáticas, presiones fúndicas y el uso de misoprostol)^{1,8}.

Pueden diferenciarse 2 tipos:

- 1) Rotura incompleta: es una rotura segmentaria que conserva intacto el peritoneo visceral, sin expulsión del contenido intraútero. No suele asociarse con complicaciones materno-fetales y frecuentemente es un hallazgo durante el curso de una cesárea^{2,9}.
- 2) Rotura completa: es el desgarramiento hemorrágico de la pared uterina de bordes anfractuados y de dirección variable. Al comunicarse la cavidad uterina con la abdominal, el feto puede encontrarse en esta última. Se acompaña frecuentemente de hemorragia materna y graves complicaciones fetales. Su localización más común es el segmento inferior⁹.

En gestantes con cesárea anterior, la tasa de mortalidad materna es 4/100.000 en el parto vaginal vs. 13/100.000 en la cesárea programada, y la tasa de mortalidad perinatal es 0,13% en el parto vaginal vs. 0,05% en la cesárea programada⁵.

La tasa de éxito del parto vaginal después de una cesárea previa es del 72-76%^{5,10}.

Los factores de riesgo más importantes son: intervención uterina previa (principal riesgo), alta paridad,

edad materna avanzada, macrosomía, gestación múltiple, anormalidad uterina, parto prolongado, intervenciones obstétricas, presión fúndica, enfermedades maternas e inserción placentaria anómala^{7,11-13}.

Los signos y síntomas de la RU intraparto son dolor abdominal, bradicardia fetal o alteraciones del RCTG, taquicardia materna, cese de contracciones uterinas, hematuria, sangrado vaginal y ascenso de la presentación fetal^{1,3,14}.

Por el contrario, se aconsejará intentar un parto vaginal en casos de una cesárea anterior transversal baja. De igual manera, tampoco se desaconseja el parto vaginal en caso de diabetes mellitus, periodo intergenésico corto, gestación prolongada y gestación gemelar. Se pueden utilizar en estos partos oxitocina y dinoprostona⁶.

Presentación del caso

Se presenta un caso de RU intraparto en una mujer de 32 años, paridad (TPAV) 1011 (Cesárea anterior en 2012 y aborto en 2015), sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos y con antecedentes personales de migraña e hipotiroidismo, e intervención quirúrgica de reducción de mama, cesárea y legrado.

Fase de valoración

La gestante acude al Servicio de Urgencias Obstétricas a las 00:30h por dinámica uterina regular de 3h de evolución e hidrorrea desde media hora antes, no presentando metrorragia. Se le realizó la anamnesis. El control gestacional fue correcto y el curso del embarazo, normal. El tratamiento durante el embarazo fue ácido fólico 400 µg/día y levotiroxina 75 mg/día. Los datos más relevantes de la gestación actual fueron: grupo sanguíneo A negativo, serologías negativas, riesgo combinado bajo, cribado de diabetes gestacional negativo y cultivo vaginorrectal de *Streptococcus agalactiae* negativo. En la ecografía del tercer trimestre: placenta posterior normoinsera, Índice de líquido amniótico normal y percentil 79.

Fase de diagnóstico

Tras la anamnesis se realiza RCTG y posterior valoración obstétrica (cervix centrado, borrado y dilatado a 4 cm, con bolsa

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8569250>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8569250>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)