

Rotura uterina en parto vaginal tras cesárea. A propósito de un caso

Valiente Borjas. M.E; Troncoso Saleh. A.C; Quesada Fernández. M.N; Pastrana Sánchez. J; Covo Pinto, L; Cerrillos Morales. J.C; Quesada Villar J.

Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Virgen del Castillo, Yecla Murcia.
España

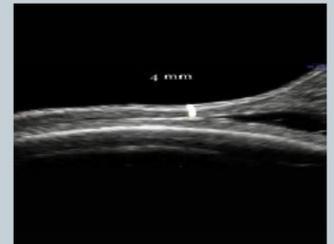


Introducción.

Durante una guardia en nuestro centro asistencial nos dirigimos al paritorio donde se encontraba una paciente en trabajo de parto (sin epidural), la cual en un momento expresa un dolor agudo en hemiabdomen inferior y en ese momento ocurrió la salida de un coagulo por vagina e inmediatamente se procede a una exploración vaginal, se constató presentación cefálica, 1º plano, 7 cm de dilatación y a los pocos segundos bradicardia fetal, estando en todo momento con monitor fetal reactivo, además de dinámica uterina positiva con bomba de perfusión de oxitocina ,en todo momento dentro de sala dilatación en paritorio. Se produjo rotura uterina en paciente con cesárea anterior

Objetivo:

- Como prevenir la rotura uterina en parto vaginal tras cesárea.
- Informar al paciente de los riesgos del parto vaginal tras cesárea.
- Analizar signos y síntomas para confirmar la sospecha de una rotura uterina.



Material y métodos.

Paciente de 36 años, que cursa gestación de 39 semanas, cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal, antecedentes: un parto vaginal y una cesárea.

Se realizó cesárea urgente por perdida de bienestar fetal (sospecha de rotura uterina), se administró anestesia general por la emergencia de la situación, el recién nacido nace mujer con Apgar 2/ 4/ 5, además requirió de maniobras de presión positiva/CPAP; FC casi de 100 latidos por minuto. Nació con latido cardiaco y sin tono, respiración espontanea con PH 6,06 de sangre de cordón, en el minuto 11 es intubado por el anestesista, a la llegada del recién nacido a neonato se pasa a CPAP presentando una mejoría gasométrica progresiva para ser trasladado a hospital de alta complejidad.

En la realización de la cesárea se visualizan partes fetales fuera de la cavidad uterina con apertura total de cavidad uterina a nivel de segmento, se inicia la reparación uterina mediante suturas. A través de la sonda vesical se instila azul de metileno y se constata indemnidad de la vejiga con control de hemostasia y cierre de pared abdominal por planos. La paciente se recupera en forma favorable obteniendo el alta hospitalaria al cuarto día del posoperatorio, además el recién nacido evoluciona favorablemente y recibe el alta a la semana de haber nacido.

Conclusiones.

Creemos que una forma de prevenir una rotura uterina podría ser medir el segmento uterino en la consulta prenatal en una paciente con cesárea anterior. En una búsqueda bibliográfica se recomienda: "si el segmento es mayor a 4 mm se ha comprobado que es menor la probabilidad de rotura y si el segmento es menor a 4 mm aumenta el riesgo de rotura uterina", (ver imagen)

Se debe informar a la paciente de los riesgos y beneficios de un parto vaginal tras cesárea, en nuestro centro hospitalario la paciente firma un consentimiento informado sobre parto vaginal tras cesárea.

Analizamos que en esta paciente los signos y síntomas de sospecha de rotura uterina nos ayudaron a tomar una conducta rápida y eficaz resolviendo el cuadro clínico.

XXX Reunión Ginecológica Murciana