

Rotura uterina (1995-2006)

Drs. Pedro Faneite, Clara Rivera, Josmery Faneite

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo

RESUMEN

Objetivo: Estudiar las características maternas y los factores relacionados con la rotura uterina durante el embarazo.

Método: Estudio analítico epidemiológico y retrospectivo, de 34 roturas uterinas sucedidas entre 1996 y 2006 en 48 546 partos.

Ambiente: Hospital Dr. "Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Resultados: La frecuencia de roturas uterinas fue de 0,88 por mil (1 cada 1 237 partos). En características maternas destacó el grupo de edad 20-34 años con 38,24%, la paridad entre 2-7: 58,82%, la edad de gestación entre 22-36 semanas 47,06 %; no hubo control prenatal en 32,35 %. En antecedentes: había cicatriz de cesárea previa en 67,65 %, presentación podálica 23,53 %, factor determinante cesárea previa en trabajo de parto con o sin oxitocina 44,11 %, prevaleció tipo dehiscencia 44,12 %. La rotura sucedió en la mayoría en el hospital 85,29 %, segmentaria 44,12 %, tratada con rafia 44,12 % y diagnóstico intra-parto 55,88 %. El estado materno fetal a resaltar, peso neonatal de 3 mil gramos y menos 56,67 % (17/30), índice de Apgar de 6 y menos 36,37 %, con 22 muertes perinatales (64,70 %) y 5 muertes maternas (14,70 %).

Conclusión: La rotura uterina está relacionada con cicatriz uterina previa, uso de oxitócicos y multiparidad. Urge un mejor manejo de estas entidades para disminuir la severa repercusión perinatal que causa.

Palabras clave: Rotura uterina. Características maternas

SUMMARY

Objective: To study the maternal characteristics and the factors related to the uterine rupture during the pregnancy.

Method: Analytical, epidemiological and retrospective study, of 34 uterine ruptures that happened between 1996 and 2006 in 48 546 deliveries.

Setting: Hospital Dr. "Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Results: The frequency of uterine rupture was 0.88 per thousand (1 each 1 237 deliveries). In maternal characteristics, the group of age between 20-34 years of age was 38.24%, parity between 2-7: 58.82%, gestational age between 22-36 weeks: 47.06 %, no prenatal care in 32.35 %. In history: there was a previous cesarean section in 67.65 %, breech presentation 23.53 %, determining factor, previous cesarean section in labor with or without oxytocin 44.11 %, and prevalence type of dehiscence 44.12 %. The majority of ruptures happened in the hospital 85.29 %, segmentary 44.12 %, treated with raffia 44.12 % and intra delivery diagnosis 55.88 %. The maternal fetal state to stand out was, neonatal weight of 3000 g or less 36.37 %, with 22 perinatal (64.70 %) and 5 maternal deaths (14.70 %).

Conclusion: The uterine rupture was associated to previous uterine scar, use of oxytocin and multiparity. It is urgent a better handling of these entities to reduce the severe perinatal repercussion that it causes.

Key words: Uterine rupture. Maternal characteristics.

INTRODUCCIÓN

La rotura uterina es un potencial evento catastrófico durante el parto, el cual implica la discontinuidad del músculo uterino, ella pone a riesgo de muerte a la madre y su hijo. Es más, se ha considerado un indicador de calidad de asistencia obstétrica. Este evento es de rara frecuencia en los países desarrollados (1,2), y de suma frecuencia en

los de bajos recursos socioeconómicos y de salud (3,4).

Esta patología está relacionada actualmente con factores conocidos, como la alta incidencia de cesáreas, uso de ocitócicos y prostaglandinas, multiparidad, parto obstruido, fetos voluminosos, malformación uterina, traumatismos, maniobras

obstétricas riesgosas o no indicadas, cicatrices uterinas por miomectomías, legrados uterinos a repetición, acretismo placentario, etc. (5-7), se presenta muy raramente en un útero indemne (8).

En nuestro país hay excelentes revisiones de esta problemática que incluye diversos autores, en diversas épocas y regiones (7,9-11), la última publicación regional es del Zulia (12). Es de mencionar que en nuestro estado, Estado Carabobo, el primer trabajo sobre el tema lo publica Fachin de Boni en Valencia año 1961 (13). En el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello, hay dos series que discuten esta entidad, la primera de López Gómez y col., quienes revisan el período 1973-1982 (14), y Faneite y col., analizan el lapso 1984-1995 (15).

Esta condición grave del embarazo, condiciona frecuentemente sufrimiento fetal agudo y/o muerte del producto de la concepción, además pone en peligro la salud de la paciente y puede hasta ocasionar su muerte, no podemos descuidarla, y es por todo lo anterior que nos hemos propuesto nuevamente estudiar las características maternas y los factores relacionados con la rotura uterina durante el embarazo, en los últimos once años de atención obstétrica en esta localidad.

MÉTODOS

Es un estudio analítico epidemiológico, de tipo serie cronológica, de 34 roturas uterinas sucedidas en 48 546 partos durante los años 1996 y 2006.

Se revisaron las historias respectivas en el Departamento de Archivo del centro asistencial. Se

consideró rotura uterina a una solución de continuidad del cuerpo o segmento inferior uterino durante el embarazo y el trabajo de parto, en el momento que el feto ha alcanzado la viabilidad. No están incluidas perforaciones uterinas producto del curetaje.

Los datos o variables recabados fueron agrupadas en características maternas (edad, control prenatal, paridad y edad de gestación); antecedentes (condición uterina, presentación fetal, factores determinantes y mecanismos de producción); rotura (lugar, localización, tratamiento y momento diagnóstico); finalmente, estado materno-fetal (peso neonatal, índice de Apgar, mortalidad materno-fetal). Todo se resumió en cuadros estadísticos de distribución de frecuencia para el análisis requerido.

RESULTADOS

Las roturas uterinas ocurrieron con una frecuencia de 0,88 por mil (1 cada 1 237 partos).

En el Cuadro 1 resumimos las características maternas. Destacó el grupo de edad 20-34 años con 38,24 % (13/34), la paridad, entre 2-7: 58,82 % (20/34), la edad de gestación 22-36 semanas: 47,06 % (16/34), y control prenatal no hubo en 32,35 % (11/34).

Los antecedentes de interés se muestran en el Cuadro 2. Había cicatriz de cesárea previa 67,65 % (23/34), la presentación podálica 23,53 % (8/34), el factor determinante cesárea previa en trabajo de parto con o sin ocitocina 44,11 % (15/34), y prevaleció el tipo dehiscencia 44,12 % (15/34).

Cuadro 1
Características maternas

	Edad materna		Control prenatal		Paridad		Edad gestación		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
≤ 19	3	8,83					22-27	2	5,88
20-24	13	38,23	17	60,71	20	58,82	28-36	14	41,18
25-29	9	26,47					37-41	16	47,06
30-34	6	17,65					≥ 42	2	5,88
35-37	1	2,94	11	29,29	14	41,18			
> 37	2	5,88							
	34	100	28	100	34	100		34	100

ROTURA UTERINA

Cuadro 2
Antecedentes

Condición uterina		Presentación		Factor determinante		Mecanismo producción	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I Cesárea		Cefálica		Cesárea anterior y T de P		Dehiscencia	
18	52,94	20	58,82	12	35,29	20	58,83
II Cesárea		Podálica		Cesárea y ocitocico		Espontáneo	
5	14,71	8	23,53	2	5,88	11	32,35
Indemne		No precisa		Cesárea anterior		Traumática	
11	32,35	6	17,65	T de P y DPP			
				1	2,94	3	8,82
				T de P y ocitocico			
				7	20,59		
				Ocitocico y múltipara			
				5	14,71		
				Multiparidad			
				7	20,59		
34	100	34	100	34	100	34	100

T de P: trabajo de parto. DPP: desprendimiento prematuro de placenta.

El Cuadro 3 presenta las características de la rotura uterina. La rotura sucedió en la mayoría en el hospital 85,29 % (29/34), fue segmentaria 44,12 % (15/34), tratada con rafia 44,12 % (15/29) y el diagnóstico fue intraparto 55,88 % (19/34).

El Cuadro 4 expresa los resultados maternos fetales. A resaltar tenemos, peso neonatal de 3 mil gramos y menos 56,67 % (17/30), índice de Apgar de 6 y menos 36,37 % (8/22), con 22 muertes perinatales (64,70 %) y 5 muertes maternas (14,70 %).

Cuadro 3
Rotura

Lugar		Localización		Tratamiento		Momento	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hospitalaria		Segmentaria		Sutura		Intraparto	
29	85,29	15	44,12	15	51,72	19	55,88
Extrahospital		Corporal		Sutura y ligadura		Acto operatorio	
5	14,71	13	38,23	4	13,79	5	14,71
		Segmento corporal		Histerectomía total		Posparto	
		6	17,65	4	13,79	9	26,47
				Histerectomía subtotal		Post-mortem	
				6	20,70	1	2,94
34	100	34	100	34	100	34	100

Cuadro 4
Estado materno-fetal

N°	Peso g %	Recién nacido		Mortinato		Madre		Morbilidad	
		N°	I. Apgar %	N°	%	N°	%	N°	%
	< 2 500		< 7		Si		Si		Anemia
9	30	8	36,37	22	64,71	5	14,71	12	41,38
	2 501 - 3 000		≥ 7		No		No		Absceso pared
8	26,67	14	63,63	12	35,29	29	85,29	1	3,45
	3 001 - 3 500								Ninguna
4	13,13							16	55,17
	3 501 - 4 000								
7	23,33								
	> 4000								
2	6,67								
30	100	22	100	34	100	34	100	29	100

I. Apgar: índice de Apgar.

DISCUSIÓN

La razón de mortalidad materna (RMM) en Venezuela en los últimos años (1995-2003), ha permanecido en una meseta con valores considerados altos, se sitúa entre 66,27 y 68 por cien mil nacidos vivos (16), en ella contribuyen de manera determinante los factores hemorrágicos, incluyendo la rotura uterina. En el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", la RMM en el lapso 1992-2000 fue de 49,3 (17) y para el último período estudiado 2000-2004, se encontró una cifra parecida de 51,03 (18); debemos mencionar que la rotura uterina relacionada a la muerte materna ha estado también presente en esta región. En este trabajo se encontraron cinco casos, dos muertes maternas por rotura uterina en el año 1995, y una en los años 1996, 1999 y 2005.

Hemos considerado prudente no comparar los hallazgos de nuestra serie con los obtenidos por otros autores, por el hecho de que corresponden a períodos distintos y circunstancias asistenciales diversas, lo haremos con los trabajos locales que lo han precedido.

En los once años que incluye el presente análisis, donde se atendieron casi 49 mil partos, se sucedieron 34 roturas uterinas, lo que revela una frecuencia de 0,88 por mil partos, es decir, 1 cada 1 237 partos. Estas cifras casi duplican a los hallazgos del estudio

anterior del período 1984-1995 (15), donde luego de 48 546 partos se encontraron 18 roturas uterinas, con frecuencia de 0,4 por mil, o sea una rotura cada 2 697 partos; lo encontrado actualmente se aproxima a lo reportado por López Gómez y col. (14), en el período 1973-1982, con cifras de 0,64 por mil partos o sea uno por 1 557 partos. Se puede inferir, que hemos vuelto a las cifras elevadas del primer estudio de hace 20 años; entre los factores etiológicos que pueden explicar esta situación debe estar implícita la alta tasa de cesáreas, situación de seria preocupación, pues cada día tenemos más úteros inferiorizados y proclives a una rotura uterina; la alta incidencia de cesáreas es una problemática de la obstetricia actual, en nuestro país ha sido comentado ampliamente por diversos autores (19-23).

En características maternas destacó el grupo de edad 20-34 años, es decir, momentos donde la reproducción humana tiene mayor posibilidad de darse, sin embargo, no se controló su embarazo una de cada tres embarazadas (32,35 %), evento que se ha hecho casi una costumbre entre nuestras pacientes, lo atribuimos a la falta de campañas de educación sanitaria y motivación a las embarazadas, esto también puede estar incidiendo en la escasa pesquisa de pacientes portadoras de factores de riesgo para la rotura uterina; la paridad predominante fue en la

múltiparas de 2-7; en todos estos aspectos los resultados son coincidentes con las dos series estudiadas anteriormente en este hospital y que engloban 20 años de asistencia obstétrica (14-15). Un hecho que nos llama la atención es que la edad de gestación donde se dio la rotura uterina en los estudios previos fue en embarazo a término, pero en esta oportunidad las frecuencias se equipararon a 46,06 % al grupo pre-término, en otras palabras, se están sucediendo las roturas a edades de embarazos más precoces, es de suponer que factores de actuación temprana pudieran estar haciendo su participación, una vez más mencionamos como entidad facilitadora a las cesáreas previas.

Comentar lo relativo a antecedentes nos lleva a referir que si bien prevaleció la rotura uterina en presentación cefálica, no es menos cierto que casi una de cada cuatro fue en podálica, eso difiere de los estudios previos (14,15), donde sí hubo coincidencia es que el tipo de rotura más frecuente fue la dehiscencia.

Capítulo que merece análisis detallado fue el hecho de encontrar cicatriz de cesárea previa en casi 70 % de las pacientes, este hecho está relacionado y se explica en gran parte con los hallazgos de un trabajo reciente no publicado, pero aceptado para publicación 2007 en la Revista Gac Méd Caracas: Faneite P. "Asistencia obstétrica: nacimientos. 36 años. 1969-2004", realizado en este centro, en él se evidenció que la cesárea ha tenido una franca tendencia al incremento con variación porcentual de 505,25 % en todo ese período, con rangos máximos de 4,59 % a 34 % de los casos atendidos y línea de tendencia logarítmica global al ascenso. Por otra parte, casi la mitad de las pacientes tuvieron como factor determinante la cesárea previa con dinámica uterina espontánea o inducida (44,11 %). Estos hallazgos son similares a los del período previo pero con cifras más elevadas (15); los otros factores que complementan el cien por ciento y merecen comentario, es el uso de ocitócicos y la multiparidad, y que a veces se suman a la cesárea previa, esto ya se evidenció en la serie estudiada previamente (15). Todo esto nos lleva a una profunda reflexión que se ha convertido en una voz al unísono y recomendación en todos los ambientes de atención obstétrica moderna: es necesario el uso juicioso de la cesárea, no debe convertirse en una forma de parto, sino un recurso obstétrico para resolver problemas (19-26); en cuanto a la ocitocina, conviene a ser usada ante verdaderas indicaciones, y su uso amerita vigilancia estricta del trabajo de parto; la multiparidad debilita

al músculo uterino, lo que la hace lábil a una rotura, por ello debemos atenderla durante el parto con particular cautela.

Otros aspectos de interés encontrados se refieren a que la rotura uterina sucedió en más del 80 % en el hospital, eran pacientes que estaban recibiendo atención obstétrica; en casi el 50 % de los casos se localizó en el segmento uterino inferior, su diagnóstico fue intraparto y tratada con rafia, estas cifras se semejan a las revisiones previas (14,15), excepto con el hecho de que se elevaron los casos intra-hospitalarios.

El estado fetal y neonatal reportado en este estudio revela que cerca del 60 % de los recién nacidos pesó 3 mil gramos y menos (56,67 %), más aún, uno de cada tres pesó 2 500 gramos y menos (30 %), esto último tiene que ver con la frecuencia alta de roturas uterinas en embarazos pre-términos (46,06 %), cuestión ya comentada. No es de extrañar que cerca del 40 % de los neonatos presentaron depresión detectada con el índice de Apgar; las dos variables analizadas muestran cifras superiores a los trabajos locales sobre el tema (14,15). La mortalidad perinatal fue alta 64 %, se elevó un 10 %, en relación al lapso previo estudiado 55,56 % (15).

En relación con las muertes maternas, durante el período de estudio 1996-2006 se reportaron cinco casos, lo que significa un 14,70 %, cifra similar a la del período previo 1984-1995 con 16,67 % (15), si bien toda muerte materna es un evento injustificable, podemos comentar que a pesar de haberse sucedido más roturas uterinas en estos últimos años estudiados, no se ha elevado la incidencia de muerte materna. La morbilidad materna encontrada fue la anemia con 41,38 %, cifra similar al período previo analizado (15).

En suma, este nuevo trabajo que abarca los últimos once años de asistencia obstétrica en un hospital de carácter regional revela que la incidencia de la rotura uterina se duplicó en relación a los diez años previos, en los factores relacionados se evidencia prevalencia de los úteros inferiorizados por las cesáreas previas, uso de ocitócicos y la multiparidad, nos alarma las roturas en embarazos pre-términos, neonatos deprimidos con alta mortalidad materna y perinatal. Si consideramos que la rotura uterina es un índice de la calidad de asistencia obstétrica, no podemos estar conformes con estos resultados.

Estos hechos nos hacen mirar las recomendaciones que se hicieron en los trabajos previos y que en este momento cobran vigencia. Urge un

mejor manejo de estas entidades para disminuir la severa repercusión materno-perinatal que causa. Entre las acciones a emprender mencionamos: en el período antenatal, educación sanitaria, educación en salud sexual y reproductiva; período de gestación: motivación para un control prenatal precoz, aumentar la cobertura de servicios, elevar la cantidad y calidad de las consultas prenatales, pesquisar los factores de riesgo conocidos relacionados con la rotura uterina, canalizar estos casos con los volantes de advertencia respectivos a sala de partos. En el período intra-parto, evaluar estrictamente de las pacientes a ser sometidas a cesárea, vigilar adecuadamente las pacientes portadoras de factores de riesgo, facilitar una expectativa quirúrgica preventiva en estos casos, realizar revisiones del útero y canal del parto en casos que tengan indicación y atención intensiva de los neonatos. Si bien todo lo referido está orientado al ámbito asistencial, también debe ser canalizado a la educación de pre y posgrado, así como mantener una línea de investigación permanente sobre el tema.

REFERENCIAS

1. Kafkas S, Taner CE. Ruptured uterus. *Int J Gynecol Obstet.* 1991;34:41-44.
2. Fedorkow D, Nimrod C, Taylor P. Ruptured uterus in pregnancy. A canadian hospital's experience. *Obstet Gynecol Survey.* 1988;43:93-95.
3. Groen G. Uterine rupture in rural Nigeria: Review of 144 cases. *Obstet Gynecol.* 1974;44:682-687.
4. Adanu RMK, Obed SA. Ruptured uterus at the Korle-Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;73:253-255.
5. Wing D, Jones M, Rahall A, Goodwin T, Paul R. A comparison of misoprostol and prostaglandin E2 gel for preinduction cervical reponing and labor induction. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172:1804-1810.
6. Adair C, Sanchez-Ramos L, Kaunitz A. A trial of labor complicated by uterine rupture following amnioinfusion. *South Med J.* 1995;88:847-848.
7. Duarte P. Rotura uterina. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. *Clínica Obstétrica.* 2ª edición. Caracas: Editorial Disinlimed CA; 2005.p.443-452.
8. Walch C, O Sullivan R, Foley M. Unexplained prelabor uterine rupture in a primigravid. *Obstet Gynecol.* 2006;108:725-727.
9. Viso R, Agüero O. Ruptura uterina. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1956;14:177-187.
10. Calcaño R J, Feo C E. La rotura uterina. Resultados de 21 años de la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1961;21:331-345.
11. Teppa P. Rotura uterina. Revisión de 26 años de la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1966;26:271-281.
12. García J, Molina Vilchez R. Rotura uterina: frecuencia, factores de riesgo y conducta quirúrgica. *Gac Méd Caracas.* 2001; 109: 361-366.
13. Fachin de Boni JL. Discusión de la Ponencia: Ruptura uterina. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1961;21:347-370.
14. López Gómez JR, Fuentes X, Figueredo O, Bracho de López C, Urdaneta E. Roturas uterinas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1984;44:283-291.
15. Faneite P, Repilloza M, Alvarez N, Leonardi L. Rotura uterina (1984-1995). *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1996;56:135-140.
16. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. Tomo I. Lineamientos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. Caracas: Editorial La galaxia; 2004.
17. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad materna directa. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2001;61:89-94.
18. Faneite P, García F. Mortalidad materna. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 2001-2004. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2005;65(3):123-127.
19. Agüero O. Frecuencia de la cesárea. *Gac Méd Caracas.* 1981;89:427-432.
20. Agüero O. Frecuencia actual de la cesárea. *Centro Med.* 1985;24:167-169.
21. Agüero O. Más sobre la frecuencia de la cesárea. *Gac Méd Caracas.* 1986;94:333-336.
22. Suárez Ocando D. Cesárea, uso y abuso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993; 53:71-78.
23. Molina R, Mármol de Maneiro L, Sánchez J. Cesárea: tendencia en frecuencia e indicaciones. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995;55:65-70.
24. Agüero O. Útero cicatricial grávido. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1979;39:18-20.
25. Agüero O. Cesárea anterior y parto vaginal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1992;52:135-139.
26. Landon M, Spong C, Thom E, Halth J, Bloom S, Varmet M, et at. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2006;108:12-20.

Dirección: Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo.
Correo electrónico: faneitep@cantv.net.