

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención, Diagnóstico y Manejo Oportuno de la **RUPTURA UTERINA** en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención



Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SSA-296-10

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

CIE-10:
067 Trabajo de parto complicado y parto complicado por hemorragia intraparto, no clasificados en otra parte.
071 Otro trauma
072 Hemorragia postparto

GPC
Diagnóstico y Tratamiento de la
Ruptura Uterina
en el Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SSA-296-10**

DEFINICIÓN

Es la presencia de cualquier desgarro del útero. No se consideran como tales la perforación translegrado, la ruptura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea. La ruptura uterina es la complicación más grave de una prueba de trabajo de parto o después de una cesárea. Se define como la completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina peritoneal y requiere de una cesárea de emergencia o de una laparotomía. Sin embargo, es una complicación rara después de un parto o después de una cesárea previa, pero es asociada al aumento de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. El síntoma más común asociado en la ruptura uterina son las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.

FACTORES DE RIESGO

Se considera una mujer embarazada con mayor riesgo para presentar una ruptura uterina cuando existe:

- Cirugía uterina previa.
- Miomectomía.
- Cesárea anterior.
- Plastía uterina.
- Periodo intergenésico de 18-24 meses de una cesárea anterior.
- Ruptura uterina previa.
- Cesárea corporal o segmento corporal.
- Uso de prostaglandina E2 (dinoprostona) con cesárea previa.
- Uso de prostaglandina E1 (misoprostol) con cesárea previa.
- Tener más de una cesárea.

DIAGNÓSTICO

No existe síntoma patognomónico que sea indicativo de ruptura uterina, pero la presencia durante el parto de algunos de los siguientes datos debe de poner alerta por la posibilidad de este evento:

- Registro cardiotocográfico anormal.
- Dolor abdominal severo, especialmente si persiste entre contracciones.
- Dolor en el pecho o en el hombro y repentina pérdida del aliento.
- Dolor repentino en la cicatriz.
- Sangrado transvaginal anormal o hematuria.
- Cese de la actividad uterina previamente eficiente.
- Taquicardia materna, hipotensión o choque.
- Pérdida de la estación de la presentación.

El diagnóstico se confirma con una cesárea de emergencia o laparotomía posparto

IMPORTANTE

Un registro cardiotocográfico anormal (RCTG) es el hallazgo más consistente en la ruptura uterina y está presente en 55–87% de estos acontecimientos.

TRATAMIENTO

El tratamiento, ante la sospecha de ruptura uterina, es la laparotomía exploradora oportuna, la cual se realizará después de estabilización y anestesia maternas.

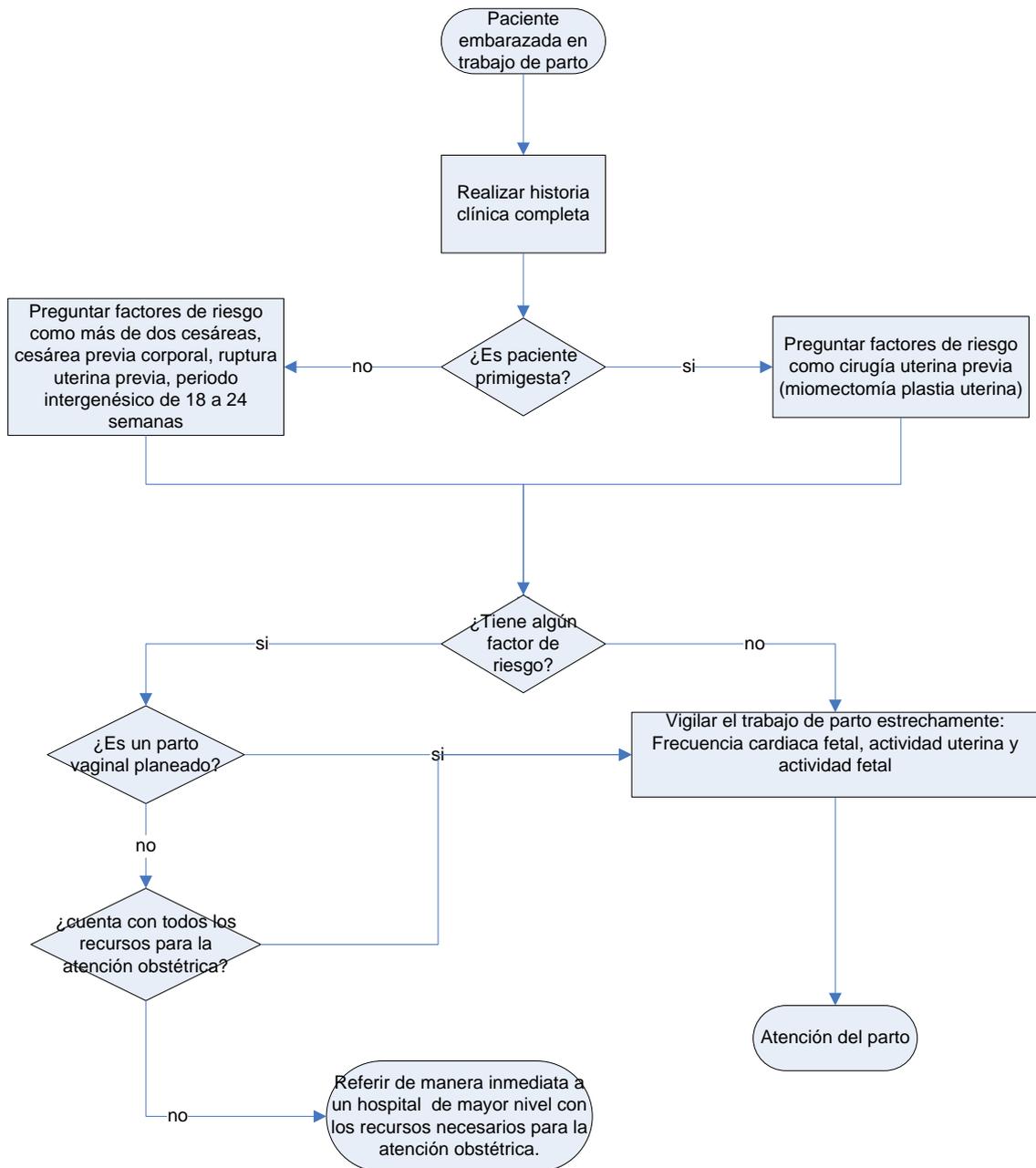
Una vez que el feto es entregado al pediatra, la hemorragia materna debe controlarse, y si el útero no puede conservarse, la histerectomía puede ser requerida.

SEGUIMIENTO

El enfoque a hemorragia postparto incoercible será individualizado dependiendo de la situación clínica y las habilidades quirúrgicas y la tecnología disponibles.

Continuar con la vigilancia, reposición de líquidos, reemplazo de componente de sangre. El uso de toda la pericia disponible es esencial.

ALGORITMO RUPTURA UTERINA IDENTIFICACIÓN FACTORES DE RIESGO Y REFERENCIA



ALGORITMO DE MANEJO DE LA RUPTURA UTERINA

