

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the Universidad de San Carlos de Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a knight on horseback, holding a lance. Above the knight is a crown with a cross on top. To the left and right of the crown are two castles. Below the knight are two banners, one on the left with the word 'PLUS' and one on the right with the word 'ULTRA'. The entire scene is set against a background of mountains. The text 'CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACATEMALIENSIS INTER' is inscribed around the perimeter of the seal.

PERFORACION UTERINA POR LEGRADO INSTRUMENTAL EN
LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE
LOS AÑOS DE 1970 A 1977.

GUILLERMO ANTONIO CHAVEZ MEZA

GUATEMALA, JUNIO DE 1978.

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. JUSTIFICACION
3. OBJETIVOS
4. GENERALIDADES SOBRE PERFORACION UTERINA
5. CONCEPTO Y CLASIFICACION DEL ABORTO
6. UNIVERSO
7. MATERIALES Y METODOS
- 8.. DESARROLLO
9. GRAFICA DE INCIDENCIA Y FRECUENCIA
10. CUADROS ESTADISTICOS:
 - c:1 Edad
 - c:2 Paridad
 - c:3 Procedencia
 - c:4 Grupo Etnico
 - c:5 Legrados uterinos anteriores
 - c:6 Prenatal
 - c:7 Motivo de consulta
 - c:8 Lesiones uterinas por legrado
 - c:9 Localización de la perforación en útero
 - c:10 Personal médico causante de la perforación uterina
 - c:11 Tiempo de evolución hasta el legrado
 - c:12 Tamaño de la perforación

- c:13 Cicatriz uterina previa
- c:14 Complicaciones en pacientes con perforación
- c:15 Mortalidad materna
- c:16 Tratamiento
- c:18 Tiempo de hospitalización
- c:19 Diagnóstico de egreso
- c:20 Condiciones al egreso

11. CONCLUSIONES

12. RECOMENDACIONES

13. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo de Tesis, fue realizado en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt y es una revisión de casos en forma retrospectiva, titulado: "PERFORACION UTERINA POR LEGRADO INSTRUMENTAL EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE LOS AÑOS DE 1970 a 1977".

Se estudiaron todos aquellos casos de perforación uterina ocurridos en este Departamento; con el se pretende proporcionar estadísticas propias, conscientes de la falta de estadísticas que se sufre en el Hospital y en general en todo el medio médico de Guatemala. Además, se pretende averiguar los factores que intervinieron y que hicieron al útero más susceptible a ser perforado; las complicaciones más frecuentes que se presentaron y las conductas empleadas para resolverlas.

Hemos decidido agregar al estudio, algunos antecedentes bibliográficos y una revisión literaria, de lo que es la perforación uterina; el concepto y la clasificación del aborto, como una medida recordatoria para el lector y un medio de revisión para el estudiante. Con todo esto se pretende que con el conocimiento del problema y de las causas predisponentes, se tomen en cuenta cada vez que vaya a realizarse el procedimiento y, así, la complicación sea cada vez menos frecuente y se reduzca la morbilidad materna.

Esperamos que el esfuerzo realizado en el presente trabajo cuente con su aprobación y llene los objetivos planteados.

EL AUTOR

JUSTIFICACION

Actualmente no se ha realizado un estudio que enfoque el problema que se tratará en el presente trabajo.

OBJETIVOS

1. Dar al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, estadísticas propias de las perforaciones uterinas ocurridas en este Departamento.
2. Determinar el número de legrados realizados durante los siete años de estudio y los promedios por año, mes, semana y día.
3. Determinar la frecuencia con que ocurre la perforación uterina por legrado instrumental.
4. Conocer el tipo de pacientes que es más susceptible a sufrir perforaciones uterinas.
5. Determinar si existe algún tipo de patología - asociada que haga más susceptible el útero a la perforación.
6. Conocer la complicación más frecuente en la perforación uterina.
7. Determinar las conductas que se emplean para resolver la complicación.
8. Cuantificar la morbilidad y mortalidad de la perforación uterina.
9. Conocer el tipo de personal médico que más frecuentemente comete la perforación uterina.

GENERALIDADESPERFORACION UTERINA

No es rara la perforación accidental en el útero durante la dilatación o durante el legrado. Se reconoce cuando el instrumento (histerómetro, legra, etc) pasa más allá de los límites del útero.

Si la perforación se considera pequeña, como la producida por el histerómetro, una sonda o un dilatador; la observación que incluye control estricto y frecuente de signos vitales; control seriado de hematología; vigilancia por hemorragia vaginal; puede bastar como única conducta, ya que tales lesiones pequeñas pueden curar pronto sin complicaciones.

En el caso de una perforación producida durante un aborto ilegal, el desgarro puede ser grande y afectar una porción vascular del útero e incluso el intestino o vejiga. Algunas veces este tipo de perforación es evidente al ingreso de la paciente por signos de irritación peritoneal, pero en ocasiones, el cuadro se encuentra enmascarado. Por lo tanto, en los casos conocidos de aborto provocado o en aquellos en que se sospeche éste, siempre se debe realizar un examen de Rayos X de tórax y abdomen con la paciente de pie; pues, al existir perforación, hay presencia de gas por debajo del diafragma.

En estas circunstancias, es imprescindible la laparatomía exploradora para evacuar el foco séptico mediante histerectomía o decidir en ese momento la conducta más adecuada y revisar si no existe compromiso o lesión a nivel de intestino o vejiga. (5,6,9,12)

CONCEPTO Y CLASIFICACION DEL ABORTOABORTO:

Es la terminación del embarazo, en una fecha cualquiera, antes de que el feto haya alcanzado un estado de viabilidad.

VIABILIDAD:

Periodo que oscila entre las 20 semanas de gestación - (los que llaman viable a un feto de 500 gramos) y las 28 semanas (en que lo aplican a fetos que pesan 1000 gramos). (6,11,12)

CLASIFICACION:

1. POR SU ETIOLOGIA:

1.1 CAUSAS ORGANICAS:

Enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción.

1.2 CAUSAS FUNCIONALES:

Enfermedades que producen trastornos metabólicos generales y endocrinopatías extragonadales y gonadales.

1.3 CAUSAS PSICODINAMICAS:

Pacientes clínicamente sanas, desde el punto de vista general, pero infértiles por profundos traumas emocionales.

1.4 CAUSAS OVULARES:

Huevos constituidos por elementos genéticamente anormales. (6,12)

2. SEGUN COMO SE PRODUCE:

2.1 ABORTO ESPONTANEO:

Es la terminación del embarazo antes de que el producto sea viable, por causas naturales, sin intervención mecánica o médica.

2.2 ABORTO PROVOCADO:

Es el que se induce premeditadamente y puede subdividirse así:

2.2.1 PROFILACTICO O TERAPEUTICO:

Es la terminación artificial del embarazo, motivada por alteraciones físicas o mentales, en las que la gestación es un peligro para la vida materna.

2.2.2 ABORTO CRIMINAL:

Es la terminación artificial del embarazo sin justificación médica. Es un capítulo de la medicina legal. (6,11,12).

3. POR SU EVOLUCION CLINICA:

3.1 AMENAZA DE ABORTO:

Es cuando una mujer embarazada presenta cólico, acompañado de hemorragia vaginal, sin que haya modificaciones del cuello uterino.

3.2 ABORTO INMINENTE:

Empeoramiento del cuadro de la amenaza, con dolor tipo calambre y hemorragia intensa.

3.3 ABORTO INEVITABLE:

Exageración del cuadro del aborto inminente, - más abertura de orificio con membranas rotas.

3.4 ABORTO EN CURSO:

Además del cuadro del aborto inevitable, el producto de la concepción se encuentra en el canal cervical.

3.5 ABORTO COMPLETO:

Se expulsa una parte del producto de la concepción; pero otra, por lo general placenta y membranas, quedan retenidas.

3.6 ABORTO DIFERIDO:

El producto de la concepción muere antes de las 28 semanas y queda retenido por más de cuatro - semanas.

3.7 ABORTO HABITUAL:

Es cuando el aborto se produce en una serie de tres embarazos sucesivos como mínimo.
(6,11,12)

4. SEGUN LA EDAD DE EMBARAZO EN QUE SE PRODUCE:

4.1 OVULAR:

Hasta la novena semana.

4.2 EMBRIONARIO:

De la décima a la décimo octava semana.

4.3 FETAL:

De la décimo novena a la vigesimoséptima semana.

5. SEGUN HAYA O NO INFECCION:

5.1 ABORTO SEPTICO:

Paciente con aborto y signos francos de infección.

5.2 ABORTO NO SEPTICO: (10)

UNIVERSO

Consiste en el estudio retrospectivo de 63 casos con PERFORACION UTERINA POR LEGRADO INSTRUMENTAL. Ocurridos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, desde 1970 a 1977.

MATERIALES Y METODOS

MATERIAL FISICO:

- a) Libro de legrados de los Servicios de Séptico post-parto y de Labor y Partos.
- b) Hoja especial para recopilación de datos.
- c) Papeletas de Registros Médicos.
- d) Papel bond, lápices, máquina de escribir.

MATERIAL HUMANO:

- a) Médico Asesor
- b) Médico Revisor
- c) Bachiller que recopiló los datos.
- d) Personal de Registros Médicos
- e) Personal de Biblioteca del Hospital Roosevelt y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

METODOS:

- a) Científico
- b) Estadístico
- c) Analítico
- d) Revisión de Bibliografía

DESARROLLO

Se efectuó revisión de bibliografía, formulándose un protocolo, que se presentó y fue autorizado por la Dirección del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, a través del médico encargado de asuntos científicos.

Bajo la asesoría del doctor José Benedicto Vasquez y el doctor José Luis Chacón como Revisor, se procedió a buscar en los libros de legrados del Departamento - (de los últimos siete años), las pacientes que sufrieron perforación uterina durante el legrado instrumental. Estos Registros Médicos fueron extraídos del archivo y analizados.

Se elaboraron los cuadros estadísticos con los datos y sus porcentajes correspondientes.

El total de legrados efectuados en el Departamento de Maternidad, durante los siete años de estudio, fueron: 15313; de los cuales 63 pacientes sufrieron algún tipo de lesión durante el legrado. (0.41%)

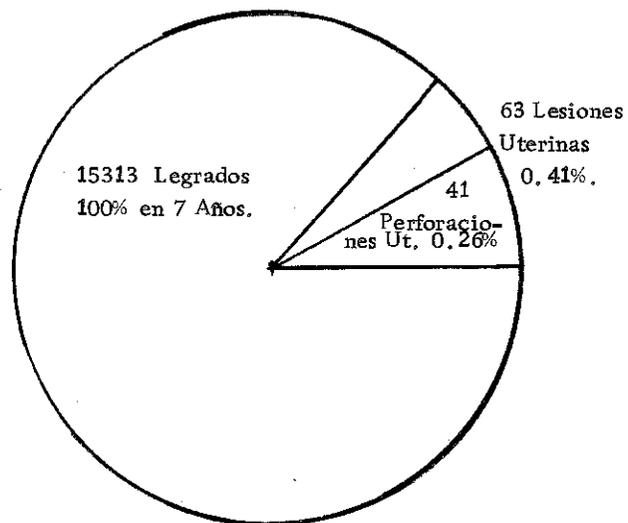
De estas 63 complicaciones, 41 fueron perforación uterina (65%); 20 rasgaduras del cuello por tenáculo (32%) y 2 perforaciones del fondo de saco de Douglas (3.17%).

Se encontró una incidencia de una perforación uterina por cada 373 legrados uterinos efectuados.

Diez casos no fue posible revisar, por no existir sus registros en el Hospital, o por haberse encontrado error en el número de Registro o en el nombre.

GRAFICA DE INCIDENCIA Y FRECUENCIA

DESARROLLO



EN LA PRESENTE GRAFICA:

15313 Legrados Uterinos = 100.00% (en 7 años)

63 Lesiones Uterinas = 0.41%

41 Perforaciones Uterinas = 0.26%

20 Rasgadura del cuello por tenáculo = 0.13%

2 Perforaciones del fondo de saco = 0.013%

CUADROS ESTADISTICOS

1. DISTRIBUCION ETARIA

EDAD (en años)	No. de CASOS	PORCENTAJE
Menor de 15	0	0.0
De 15 a 20	8	12.69
De 21 a 25	12	19.06
De 26 a 30	14	22.23
Mayor de 31	19	30.15
No reportados	10	15.87
TOTAL	63	100.00

En el presente cuadro, se puede ver que las perforaciones uterinas por legrado instrumental aumentan en forma directamente proporcional con la edad. Pues la mayor incidencia ocurrió en pacientes mayores de 31 años (30.15%). Esto puede ser causado por la paridad; ya que entre mayor sea la paciente, mayor número de hijos tiene generalmente y mayor predisposición para abortos espontáneos o provocados.

2. PARIDAD

PARIDAD	No. de CASOS	PORCENTAJE
Primigestas	7	11.11
Pequeñas multíparas+	18	28.58
Grandes multíparas++	28	44.44
No reportados	10	15.87
TOTAL	63	100.00

+ De dos a cuatro partos.

++ Cinco partos o más.

Existe una relación directamente proporcional entre paridad y perforación, posiblemente por la misma razón que se mencionó en el cuadro anterior.

3. PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Capital	36	57.14
Rural	13	20.64
No reportados	14	22.22
TOTAL	63	100.00

Como se puede observar el mayor porcentaje de pacientes pertenecen al área urbana (57.14%), mientras sólo el 20.64% vienen del área rural. Creemos que esto se debe a la situación del hospital que lo hace más accesible a los capitalinos.

4. GRUPO ETNICO

GRUPO ETNICO	No. de CASOS	PORCENTAJE
Ladino	46	73.01
Indígena	14	22.22
No reportados+	3	4.77
TOTAL	63	100.00

+ En este caso guiados por los apellidos de las pacientes, logramos tabular casi todos los casos.

Es importante ver que los parámetros que se usan para diferenciar los grupos étnicos son subjetivos y no basados en parámetros de valor.

La situación urbana del Hospital hace que el grupo predominante que consulta al mismo sea el ladino (73%); mientras que el grupo indígena vive generalmente en el área rural y difícilmente consulta a centros hospitalarios urbanos.

Supuestamente es mayor el número de abortos provocados en personas ladinas, porque tienen diferente concepción del número de hijos en el hogar. El indígena prefiere tener mayor número de hijos para tener mayor número de personas que en el futuro contribuyan con el ingreso al núcleo familiar.

5. LEGRADOS UTERINOS ANTERIORES

NUMERO DE LEGRADOS	No. de CASOS	PORCENTAJE
Ninguno	26	57.14
Un legrado	12	19.04
2 - 3 legrados	2	3.18
4 ó más	3	4.77
No reportados	10	15.87
TOTAL	63	100.00

Como puede observarse el número de legrados anteriores no predispone al útero a sufrir perforación o cualquier otro tipo de lesión estudiada. El mayor número de pacientes que tuvieron perforación no habían tenido legrado anterior.

6. PRENATAL

PRENATAL	No. de CASOS	PORCENTAJE
Si	6	9.53
No	47	74.60
No reportados	10	15.87
TOTAL	63	100.00

Aún cuando la mayoría de pacientes por falta de ilustración no acuden a control prenatal, creemos que en parte la alta incidencia de casos sin prenatal (74.60%) está basada en la edad temprana en que ocurre la interrupción del embarazo, ya que en el Hospital Roosevelt, prácticamente todas las pacientes que son atendidas en el servicio de prenatal, son clasificadas después de los 5 meses de gestación.

7. MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA	No. de CASOS	PORCENTAJE
Hemorragia vaginal	33	52.38
Aborto incompleto séptico	7	11.11
Aborto incompleto	7	11.11
Retención de restos placentarios	6	9.52
Amenaza de aborto	3	4.76
Legrado incompleto	1	1.58
Legrado incompleto por comadrona	1	1.58
TOTAL	68+	

+ El número total de casos no corresponde por haber pacientes con más de un motivo de consulta.

INTERPRETACION DEL CUADRO No. 7

En este cuadro se puede notar que la mayoría de pacientes consultaron por hemorragia vaginal (52.38%), siguiendo en frecuencia el aborto incompleto y el aborto incompleto séptico.

Hay una paciente que refirió un legrado realizado por una comadrona; se le encontraron tres perforaciones; se incluye en el estudio como caso interesante.

8. LESIONES UTERINAS POR LEGRADO

LESIONES UTERINAS	No. de CASOS	PORCENTAJE
Perforación uterina	41	65.07
Rasgadura del cuello por tenáculo	20	31.75
Perforación de fondo de saco	2	3.18
TOTAL	63	100.00

Puede observarse que de los 15313 legrados efectuados, 63 pacientes sufrieron algún tipo de lesión uterina iatrogénica, siendo la perforación uterina la más frecuente (65.07%).

Las perforaciones en fondo de saco posterior, fueron causadas por comadrona en pacientes manipuladas.

9. LOCALIZACION DE LA PERFORACION EN UTERO

LOCALIZACION	No. de CASOS	PORCENTAJE
Fondo uterino	30	73.18
Segmento	7	17.06
Cuerpo uterino	3	7.32
Cuerno	1	2.44
TOTAL	41	100.00

En este cuadro puede notarse que de los 41 casos de perforación uterina 30 (73.18%) tenían la lesión en el fondo del útero.

De las lesiones segmentarias, 2 fueron a nivel de la cicatriz de la cesárea anterior. Los tres casos de perforación en cuerpo uterino, 2 tenían 3 perforaciones, causadas por comadronas al querer provocar el aborto.

10. PERSONAL CAUSANTE DE LA LESION

TIPO DE LESION	INTERNO	RESIDENTE
Perforación uterina	26 (41.27%)	15 (23.80%)
Rasgadura de cuello	12 (19.06%)	8 (12.69%)
TOTAL	38 (60.33%)	23 (36.49%)

Puede observarse que el médico interno es quién comete el mayor número de lesiones uterinas, por ser ellos los que realizan el mayor número de legrados, y tienen menor experiencia.

Deben mencionarse dos pacientes perforadas por comadrona durante el aborto criminal, que no están incluidas en el cuadro, por ello el porcentaje total no equivale a cien por ciento.

11. TIEMPO DE EVOLUCION HASTA EL LEGRADO

TIEMPO DE EVOLUCION	No. de CASOS	PORCENTAJE
Un día	22	34.93
Dos días	7	11.11
Tres días	6	9.34
Cuatro días	4	6.34
De 5 a 10 días	5	7.94
De 11 a 15 días	4	6.34
De 16 a 30 días	8	12.69
No reportados	7	11.11
TOTAL	63	100.00

La mayoría de pacientes consultaron en las primeras 24 horas de evolución, probablemente por la intensidad de los síntomas, pues la mayoría consultó por hemorragia vaginal.

12. TAMAÑO DE LA PERFORACION

TAMAÑO	No. de CASOS	PORCENTAJE
Pequeña (0,5 a 1 cm.)	12	29.27
Mediana (2 a 5 cms.)	7	17.07
Grande (Mayor de 5 cms.)	2	4.87
TOTAL	41	100.00

El tamaño de la perforación sólo se verificó en los casos en los que las pacientes fueron exploradas quirúrgicamente y en los que el operador anotó el tamaño de que consideró la perforación.

La mayoría fue catalogada como pequeña; el número de éstas sería mayor si consideramos que las no exploradas al no tener síntomas considerables podrían ser consideradas como pequeñas.

13. CICATRIZ UTERINA PREVIA

Sólo 5 pacientes (12.19%) de las 41 perforaciones uterinas tenían cicatriz anterior en útero, las cuales eran de cesárea segmentaria transperitoneal, habiendo sufrido dos de ellas perforación a ese nivel.

(Ver Cuadro No. 9).

14. COMPLICACIONES EN PACIENTES CON PERFORACION

COMPLICACION	No. de CASOS	PORCENTAJE
Ninguna	37	58.74
Shock hipovolémico	7	11.11
Reacción transfusional	2	3.18
Embolia pulmonar	2	3.18
Ligadura de uréteres+	1	1.58
Septicemia	1	1.58
Placenta Acreta	1	1.58
No reportados	12	19.05
TOTAL	63	100.00

+ Complicación de una histerectomía

La mayoría de pacientes no sufrieron complicación alguna (58.74%). La complicación más frecuente secundaria a lesión del útero durante el legrado fue el shock hipovolémico (11.11%).

15. MORTALIDAD MATERNA

Es satisfactorio informar que:

NO SE PRESENTO MUERTE ALGUNA

16. TRATAMIENTO

CONDUCTA	No. de CASOS	PORCENTAJE
Expectante	23	36.50
Laparatomía + Histerorrafia	5	7.94
Laparatomía + Histerectomía		
Sub-total	3	4.77
Laparatomía + Histerctomía		
Total	2	3.17
Reparación cervical	20	31.75
No reportados	10	15.87
TOTAL	63	100.00

Como puede observarse la conducta expectante fue la más empleada porque la mayoría de casos tenían lesiones pequeñas que no ameritaron exploración por tener pocos síntomas.

Es interesante observar tan solo 7.94% de conducta quirúrgica radical (Histerectomía), si pensamos que un gran número de abortos son provocados y por ello sépticos.

17. ENFERMEDADES ASOCIADAS

ENFERMEDAD	No. de CASOS	PORCENTAJE
Ninguna	37	58.73
Endometritis	10	15.87
Cervicitis	1	1.58
C. A. de Endometrio	1	1.58
C. A. de Cérvix	1	1.58
Osteomielitis	1	1.58
Fibroma Uterino	1	1.58
Infección Urinaria	1	1.58
No reportados	10	15.87
TOTAL	63	100.00

El 15.87% (10 pacientes), padecían de endometritis, la cual puede predisponer al útero a la perforación durante el legrado.

18. TIEMPO DE HOSPITALIZACION

TIEMPO EN DIAS	No. de CASOS	PORCENTAJE
Menos de 5 días	29	46.03
De 5 a 10	16	25.39
De 11 a 15	3	4.77
De 16 a 30	2	3.17
Más de 30	3	4.77
No reportados	10	15.87
TOTAL	63	100.00

La mitad de las pacientes, aproximadamente, permanecieron hospitalizadas menos de 5 días; y de ellas, la mayor parte entre uno y dos días, siendo esto una conducta inadecuada, por las diferentes complicaciones que se pueden presentar (infección, hemorragia, etc.). El otro 50% permaneció entre 5 y 30 días, dando una idea desde el punto de vista económico de lo honeroso que resulta a las instituciones este tipo de pacientes, pues tienen complicaciones serias, que ameritan un tratamiento prolongado.

19. DIAGNOSTICO DE EGRESO

Ninguna papeleta tenía anotado como diagnóstico: "PERFORACION UTERINA", encontrándose sólo en algunas de ellas como complicación.

20. CONDICIONES DE EGRESO

De las 63 pacientes estudiadas el 81% egresaron MEJORADAS, y sólo el 3.17% (2 pacientes), fueron referidas para continuar su tratamiento en otro servicio, egresando mejoradas posteriormente.

CONCLUSIONES

1. En el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt se realizaron 15313 legrados uterinos instrumentales en 7 años, que equivale a decir un promedio de:
 - 1.1 2187 legrados uterinos instrumentales en año, o
 - 1.2 157 legrados uterinos instrumentales en un mes, o
 - 1.3 42 legrados uterinos instrumentales en 1 semana, o
 - 1.4 6 legrados uterinos instrumentales en 1 día.
2. De las 15313 pacientes que fueron legradas, 63 pacientes sufrieron algún tipo de lesión uterina durante el legrado (0.41%).
3. De las 63 pacientes que sufrieron lesión uterina durante el legrado: 41 sufrieron perforación uterina (65%).
 - 20 sufrieron rasgadura de cuello por tenáculo (32%).
 - 2 perforación del fondo de saco de Douglas (3.17%).
4. Las pacientes de más de 31 años y las grandes multiparas son más susceptibles a sufrir perforación uterina durante el legrado.
5. La cantidad de legrados uterinos anteriores a que se haya sometido la paciente no predispone a sufrir perforación uterina.

6. De las pacientes estudiadas, el 74.60% no tenía control prenatal.
7. La mayoría de pacientes consultaron por hemorragia vaginal (52.38%).
8. El fondo del útero es la parte que más frecuentemente se perfora.
9. La cicatriz anterior por cesárea es un riesgo potencial que predispone a la perforación del útero.
10. El Médico Interno ocasiona el mayor número de lesiones uterinas durante el legrado, posiblemente porque el realiza el mayor número de legrados y por tener menos experiencia en la realización de este procedimiento.
11. El mayor número de pacientes sufren perforaciones pequeñas.
12. Las perforaciones realizadas por comadrona, al tratar de provocar un aborto criminal son múltiples y grandes.
13. El shock hipovolémico fue la complicación más frecuente.
14. No hubo muerte materna.
15. En 23 de las 41 pacientes que sufrieron perforación uterina, la conducta expectante, fue suficiente como único tratamiento.

16. La endometritis se encontró con más frecuencia y, sin duda, predispone a la perforación durante el legrado.
17. La mayoría de pacientes permanecieron hospitalizadas menos de cinco días, considerándose inadecuado.
18. La perforación uterina en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt es una complicación relativamente frecuente, durante el legrado instrumental, sé se toma en cuenta que es un procedimiento cerrado y que además se realiza por personal no hábil.

RECOMENDACIONES

1. Que toda paciente a la que se le vaya a practicar un legrado uterino, deba ser reinterrogada y reexaminada debidamente, para tratar de investigar, los factores que pudieran predisponer a la perforación uterina (edad de la paciente, paridad, si existe o no infección, si existe cicatriz anterior y si ha sido manipulada por comadrona).
2. El legrado uterino deberá realizarse con mayor cuidado cuando las pacientes presenten alguno de los factores mencionados.
3. Al iniciar el legrado uterino deberá tenerse especial cuidado en la colocación del tenáculo; tratando de fijarlo en una buena porción del labio anterior del cérvix, para evitar rasgadura del mismo.
4. Que los estudiantes sean supervisados en su técnica de legrados.
5. Enseñar a las pacientes la gravedad de los abortos y sus consecuencias.
6. Que las hojas de sumario de egreso sean llenadas adecuadamente, con todos los diagnósticos y complicaciones.
7. Que se codifique la perforación uterina en los archivos del Hospital Roosevelt, como una complicación del legrado uterino.
8. Creación de un libro especial de complicaciones operatorias, en donde se pueda recoger todos los datos de importancia, para el mejor seguimiento de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Botem M. "Septic Abortion and Septic Shock". American Journal Obstet Gynecol. S. Arr Med. J. 47 marzo 1973. pp 432-35.
2. Carrillo Batres, Edgar René. "Morbimortalidad Materna en el Hospital General". Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. Editorial Universitaria 1973. 45 p.
3. Comparini A., Rolando. "Mortalidad Materna en el Hospital Roosevelt. Tesis de Graduación. Facultad de Ciencias Médicas. Editorial Universitaria 1959. 53 p.
4. Fuentes Spross, J. Eduardo. Benedicto Vasquez. "Consideraciones de la Ruptura Uterina en el Hospital Roosevelt". Reimpreso de la Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala; volumen 21. Marzo de 1970. No. 1. 31 p.
5. García Valencuela, R. et al. "Postabortion uterine Perforation Chilean Experience". Rev. Chil. Obstet-Gynecol; 38 (3): 138-45 1975.
6. Hellman Lovis M. y Jack A. Pritchard. Obstetricia de Williams. 14a. Ed., versión en español por Alfonso Fernández Cid y José M. Carreña M. México; Salvat Editores S. A. 1973. pp 429-59.
7. Hodgson J. E. "Complications of Abortion". American Journal Obstet-Gynecol 117 (Sept. 1973) pp 293-94.

- 8. Lira D. Humberto E. "Aborto Séptico en la Maternidad del Hospital Roosevelt, años de 1971 - 1972". Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. Editorial Universitaria. 1973. 49 p.
- 9. Nathanson Bernhard N. "Management of Uterine Perforations Suffered or Elective Abortion". American Journal Obstet-Gynecol 114 (Dec. 1972) pp 1107-8
- 10. Novack E. R., G. S. Jones y H. W. Jones Jr. Tratado de Ginecología. Octava Edición. Versión española por Alberto Folch y Pi. México; Nueva Editorial Interamericana. S. A. 1971. pp 839-845.
- 11. Schwarcz R., Silvestre Sala y Carlos Duverges. Obstetricia. Tercera Edición. Argentina; El Ateneo, Pedro García, S. A. 1977. pp 944-977.
- 12. Villatoro M. Hugo E. "Muerte Materna Postaborto en el Hospital Roosevelt". Revisión de 4 años, Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala; Editorial Universitaria, 1974. 40 p.

[Handwritten signature]
 Director de Fase III

ASESOR
 Dr. JOSE BERNARDINO VASQUEZ

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Revisor
 Dr. JOSE LUIS CHACON MONTIEL

[Handwritten signature]

Director de Fase III
 Dr. JULIO DE L. C. M.

[Handwritten signature]

Secretario General
 Dr. ... CASTILLO R.

Vo.Bo.

[Handwritten signature]

Decano
 Dr. POLIBO CASTILLO MONTALVO