

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



PERFORACION UTERINA EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE MAZATENANGO DURANTE
LOS AÑOS DE 1976 a 1977

JOSE LUIS QUIÑONEZ MALDONADO

1978

Guatemala, C. A.

SUMARIO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

HISTORIA

GENERALIDADES SOBRE PERFORACION UTERINA

ANALISIS ESTADISTICO

PRESENTACION DE GRAFICAS

ANALISIS GENERAL

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Hipócrates había descrito hace más de 2,000 años la técnica de aplicación de objetos en el útero, así como desde hace siglos los Arabes sobre el uso de piedras en los camellos. Así como la técnica del raspado uterino iniciado por Recamier en 1846. Desde el establecimiento de los mismos ha sido preocupación conocer sus complicaciones.

La razón por la cual me refiere a una de las complicaciones que no sólo por su relativa frecuencia sino también por su eventual gravedad merece interés; y me refiere a la perforación uterina. Ya sea provocada en el transcurso del acto quirúrgico (Legrado uterino) durante inserciones de Dispositivos Intrauterinos hospitalariamente, o bien aquellas producidas fuera del hospital utilizando para ello una serie de métodos, cuyas pacientes consultan posteriormente a el Hospital Nacional de Mazatenango, razón por la cual el personal médico como paramédico considera que estos casos se observan con cierta frecuencia.

En este trabajo mencionaremos las perforaciones uterinas producidas Hospitalariamente como Extrahospitalariamente consultantes.

OBJETIVOS

1. Determinar el número de casos de perforación uterina ocurridos Hospitalariamente así como los Extrahospitalarios consultantes.
2. Detectar las causas e entidades que produjeron dicho accidente.
3. Establecer el tipo de tratamiento efectuado para resolver dichos casos.
4. Dar a conocer la acción nociva a que fueron sometidas dichas pacientes.
5. Investigar la morbi-mortalidad ocasionada por perforación uterina durante los años de 1976 a 1977 en el Hospital Nacional de Mazatenango.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

El material conque se conto en el present estudio, fue con las fichas médicas de las pacientes que consultaron al Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Mazatenango, durante los años de 1976 a 1977 por presentar perforación uterina; se efectuó para obtener sus respectivos antecedentes.

METODOS:

Se efectuó un análisis retrospectivo de las características médicas que tienen relación con la entidad nosológica estudiada. Además de la recopilación de los datos en los registros médicos, se indagó en la literatura Nacional y extranjera.

HISTORIA

A través de los siglos el deseo de controlar la fecundidad humana ha sido motivo de prácticas curiosas y llenas de imaginación desde el uso de hierbas, pociones así como la técnica del cuerpo extraño intrauterino que había sido olvidada y que ha surgido como método útil y que en la actualidad se encuentra en pleno uso. Ya Hipócrates había descrito hace más de 2,000 años la técnica de objetos en el útero, así como desde hace años descripciones de los Arabes sobre el uso de piedras en los camellos.

El raspado uterino ideado por Recamier; pero pronto abandonado hasta que los progresos de la antisepsia lo hicieron que entrara nuevamente en la práctica de la cirugía ginecológica, utilizandose actualmente. Razón por la cual desde el establecimiento de los mismos es preocupación del médico estar atento a las complicaciones que los mismos pueden ocasionar, y el abuso de los mismos por personas que los desacreditan.

GENERALIDADES SOBRE PERFORACION UTERINA

DEFINICION DE RUTPURA UTERINA:

(Del Lat. Perforare, pasar a través)

Abertura u orificio accidental en un órgano (útero) o parte de el producida por una violencia externa o una lesión interna.

UTERO:

Organo femenino, hueco, impar y medio de paredes gruesas, blandas y contráctiles, destinado a recibir el óvulo fecundado, a conservar y nutrir el mismo y expulsarlo en tiempo oportuno. Está situado en la parte media de la excavación pélvica, por dentro de las trompas, por encima de la vagina, entre la vejiga y el recto. Mide 6 a 7 cms. de largo por 4 de ancho. Está sostenido en posición por tres pares de ligamentos: 1) anchos, 2) redondos, 3) uterosacros.

FRECUENCIA:

La perforación uterina ocasionada por complicación de legrados varía desde 1 por cada 98 hasta 1 por 333 en la literatura extranjera. Claro esta frecuencia varía según el tipo de pacientes legradas ya que se sabe que ésta complicación es más frecuente en cierto tipo de patología.

Aunque la perforación por DIU no es muy frecuente de 17 000 inserciones efectuadas en Singapur se encuentran 70

ETIOLOGIA:

Las causas generalmente son desencadenantes y entre estas se encuentran:

- a. Operación legrado con o sin indicación.
- b. Métodos anticonceptivos de cuerpo extraño intrauterino: DIU.
- c. Otros cuerpos extraños.

OPERACION LEGRADO:

(del Lat. Raspare, Raspar). Operación que consiste en raspar el útero por medio de cucharillas metálicas, para vaciarlo de productos patológicos y para proceder a la ablación de su mucosa. Es delicada y debe de practicarse con sumo cuidado.

PERFORACION UTERINA COMO COMPLICACION DEL RASPADO UTERINO:

Cuando se emplean intrauterinamente instrumentos quirúrgicos siempre es posible originar una perforación, y esto puede ocurrirle al operador más experto como inexperto, pero con mucha más frecuencia a los principiantes. La mayoría de las perforaciones se producen por el empleo de instrumentos inapropiados y por falta de técnica. La perforación puede originarse cuando no se ha determinado previamente el tamaño forma del útero, posición y no se saben las dimensiones del espacio donde a de moverse una cucharilla o pinza, ni la dirección en que deben dirigirse.

Con los dilatadores metálicos de HEGAR se puede perforar el fondo del útero, cuando el dilatador penetra profunda y violentamente dentro de la cavidad, al ceder la resistencia del orificio interno uterino, el manejo defectuoso de la cucharilla, impulsándola bruscamente hacia arriba, o forzando un cuello uterino no suficientemente dilatado, puede provocar una perforación, lo mismo que el pellizcamiento de la pared uterina por una pinza mal manejada. La mayor parte de las veces se observa la

perforación en úteros que conservan una friabilidad puerperal o que son friables por otros motivos. La perforación uterina es un accidente grave sobre todo cuando pasa desapercibido: pero por suerte no es muy frecuente, mayormente cuando se opera con prudencia y sin ejercer presión durante el ascenso de la cucharilla. Cuando se produce el operador siente bruscamente que el instrumento está libre, huye sin resistencia en la cavidad peritoneal pudiendo sentirse la extremidad de la cucharilla bajo la pared abdominal, sin embargo esta impresión no se obtiene cuando la cucharilla se introduce en un cuerno uterino anormalmente largo o en una trompa, la perforación se produce más frecuentemente en el fondo del útero.

Se debe de hacer notar que si la perforación en sí es grave lo es mucho más cuando pasa desapercibida porque entonces siguen practicándose maniobras intrauterinas.

CUIDADOS A SEGUIR AL EFECTUAR UN LEGRADO EVITANDO UNA PERFORACION:

1. Siempre debe de hacerse exploración bimanual pervia al legrado.
2. Determinar previamente el tamaño, forma y posición del útero, dimensiones del espacio en que ha de moverse una cucharilla.
3. No utilizar instrumentos inapropiados.
4. El histerómetro debe de introducirse de modo que se adapte a la flexión del útero.
5. El introducir pinzas de anillos en úteros atónicos puede producir lesiones por arrancamiento que son las más extensas.

LA PERFORACION UTERINA ES MAS FRECUENTEMENTE EN DETERMINADOS ESTADOS PATOLOGICOS EN ORDEN DECRECIENTE:

1. Carcinoma endometrial
2. Mioma degenerado
3. Mola hidatidiforme
4. Úteros seniles

5. Abortos incompletos infectados
6. Retención de restos placentarios

SINTOMATOLOGIA DE LA PERFORACION UTERINA POST LEGRADO:

La sintomatología que se encuentra en estos casos frecuentemente es pobre y se puede dividir: 1. Inmediata. 2. Tardía.

SINTOMATOLOGIA INMEDIATA:

Lo más aparatoso es la salida brusca de sangre a través del cérvix, que nos está indicando perforación de un vaso y que sugiere posible perforación para alguno de los parametrios. Esto sin embargo se presenta pocas veces ya que afortunadamente y de acuerdo a la experiencia de los autores consultados la mayoría de las perforaciones ocurren en el fondo uterino donde la hemorragia rara vez es copiosa como para originar hemorragia masiva externa o bien interna.

Merece recordarse la posibilidad de laceración de los vasos hipogástricos especialmente en uteros cancerosos en antroverción con la aparición rápida de shock hipovolemico. Ha sido relatado además shock hipovolémico progresivo sin sangrado externo en casos de herida de los vasos uterinos con hematoma creciente en el ligamento ancho.

SINTOMATOLOGIA TARDIA:

Será fundamentalmente de tipo infeccioso, con aparición rápida, en casos de perforación de vísceras del tracto digestivo o bien infección secundaria de la perforación con diferentes grados de celulitis pélvica. Es aceptado que los bascesos pelvianos tardíos que aparecen 2 o 3 semanas después del legrado son debidos a perforaciones uterinas insospechadas o incorrectamente valoradas o manejadas.

CONDUCTA A SEGUIR:

En estos casos bin sea con sospecha o confirmación de perforación exige una serie de medidas según lo expresan diferentes autores y que constituyen una pauta siempre a seguir.

- a. Al sospechar perforación se detendrá inmediatamente la intervención y se observará estrechamente a la enferma.
- b. Deberá siempre evaluarse el daño causado, de acuerdo con el instrumento perforante y la posible localización de la perforación.
- c. Si se sospecha perforación no es recomendable la introducción de ningún instrumento para determinar la magnitud del daño causado, ya que raramente podrá brindar información valedera y sin complicar la herida.
- d. Se procederá a sondeo vesical en toda perforación, sobre todo si se sospecha perforación de la pared uterina anterior se observará el aspecto macroscópico de la orina y se enviará a examen con el objeto de determinar si hubo lesión de la vejiga.
- e. Por último, se valorará el tipo de utero que ha sido perforado
 - 1.e Perforación ocurrida en el transcurso de un legrado aséptico.
 - 2.3 Perforación ocurrida al completar un aborto incompleto séptico o no.
 - 3.e Perforación producida anteriormente al legrado por una persona o por la misma paciente. Resulta obvio señalar que el pronóstico se ensombrece en cuanto a las posibles complicaciones según el tipo de utero que ha sido lesionado.

De la observación cuidadosa de los puntos anteriormente enumerados se desprenderá casi siempre la conducta terapéutica a seguir.

Es acuerdo unánime que toda perforación ocurrida fuera del hospital es tributaria de la celiotomía exploradora por ser el único medio adecuado para determinar la extensión de los daños y proceder a su correcta terapéutica. La espera a señalado que en estos casos se acompaña frecuentemente de complicaciones severas independientemente de la terapéutica conservadora empleada.

Se admite que las perforaciones simples con histerómetro requieren tratamiento antibacteriano intensivo. Situación distinta se presenta en los casos sépticos perforados, la conducta aceptada es efectuar: Colpotomía, canalización, terapéutica antibiótica intensa.

Las perforaciones con la curetaje ó la pinza de anillos son siempre más amplias y requieren una valoración más cuidadosa del daño producido para decidir si se sigue conducta expectante o se interviene de inmediato. No es posible generalizar sobre la conducta quirúrgica a seguir sobre el útero perforado ya que esta conducta debe de estar siempre supeditada a varios factores que se evaluarán juiciosamente antes de tomar una determinación:

1. La magnitud y, o número de perforaciones.
2. En úteros infectados el grado de severidad y difusión del proceso séptico.
3. La edad y paridad de la paciente.

Cuando la operación legrado la ha realizado un médico cuyas manifestaciones son dignas de crédito y la operación se haya realizado con todas las reglas de asepsia, se puede adoptar una conducta expectante siempre que el contenido uterino no estuviese infectado ni fuese sospechoso de infección y la perforación con un dilatador de Hegar o al introducir por primera vez la cucharilla. En estos casos, el agujero producido generalmente es pequeño, la hemorragia escasa y acaso puede formarse un pequeño hematocele retrouterino en el fondo de Saco de Douglas, que se reabsorbera durante la convalecencia.

A la enferma se le tendrá en constante vigilancia y se le operará inmediatamente, cuando presente signos de shock, anemia aguda, tratándola mientras con antibioticos con el objeto de

prevenir una posible infección. Los casos que evolucionan favorablemente se deben a que la musculatura uterina se contrae frecuentemente determinando la hemostasia y la oclusión de la abertura, cicatrizando por primera intención.

La operación esta indicada cuando el contenido uterino es séptico o sospechoso de septicidad, como en los casos de aborto febril, incompleto con retención prolongada de restos, o si la perforación se ha reconocido tarde y se ha manipulado dentro de la cavidad abdominal con las cucharillas o pinzas, cuando la hemorragia es intensa.

COMPLICACIONES QUE PRODUCE UNA PERFORACION UTERINA:

1. Hemorragias en la cavidad abdominal.
2. Peritonitis.
3. Heridas de los órganos abdominales especialmente intestino.
4. Septicemia.

TECNICAS OPERATORIAS PARA EL TX DE LA PERFORACION UTERINA:

1. Laparotomía exploradora: (Del Gr. Laparon, flanco, torne, incisión). (Del Lat. Explorare, examen de órganos internos) Incisión quirúrgica que se realiza con el objeto de formar una vía de acceso del abdomen, como tiempo previo de abordaje de muchas operaciones sobre los órganos abdominales.
2. Celiotomía exploradora: (Del Gr. Koila, vientre, torne, incisión). Incisión quirúrgica sobre la pared abdominal, para examinar los órganos internos especialmente (Laparotomía).
3. Histerectomía abdominal: (Del Gr. Histeria, útero, ektone, escisión). Extirpación total o parcial del útero. Se realiza por vía abdominal.
4. Colpotomía (Del Gr. Kolpos, vagina, torne, incisión).

Operación quirúrgica que consiste en abrir los fondos de saco de la vagina para dar salida a una colección purulenta de la pélvis menor.

5. Histerorrafia: (Del Gr. Histeria, útero, rhape, sutura). Sutura de una incisión o desgarro del útero.

PERFORACION UTERINA OCASIONADA POR DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS:

Desde el establecimiento de los métodos anticonceptivos ha sido preocupación estar atentos sobre las complicaciones que pueden ocasionar y una de estas es la perforación uterina razón por la cual se mencionan en el presente estudio.

DIU: Artefacto intrauterino utilizado como método anticonceptivo para evitar la fecundidad humana, se encuentran de diversas formas y los materiales utilizados actualmente son: Nylon, polivinilo, polietileno.

MECANISMO DE ACCION:

No se conoce exactamente; se piensa que impiden la implantación por reacción a cuerpo extraño pero esto no se ha comprobado.

MECANISMO DE PERFORACION UTERINA POR DIU:

En cuanto al hecho en sí de la perforación, no está bien claro su modo de efectuarse, sin embargo debido a la forma de ciertos intrauterinos se sostiene que se debe a varios factores: operador, posición uterina, el papel del médico es de primer orden, es a él a quien corresponde precisar el tamaño, forma, posición, consistencia uterina y descartar cualquier contraindicación del uso del intrauterino, en especial procesos infecciosos.

Entre los síntomas que motivan a la paciente a consultar se puede dividir en Mediatos e Inmediatos.

Síntomas inmediatos: Son los que se presentan a partir de la inserción hasta el primer mes: Dolor abdominal, dispareunia y metrorragia.

Síntomas mediatos: Son los que se presentan a partir de los dos meses post-inserción: Metrorragia, dolor, calofrío, hipertermia.

TIEMPO ENTRE INSERCIÓN Y DIAGNOSTICO:

Este período de tiempo es muy variable, se sospecha que la perforación se hace en el mismo momento de la inserción, sea esta total o parcial y que son indoloras, posteriormente se hacen visibles por el cuadro clínico o un examen de rutina que nos lleva a sospechar de ello.

MEDIOS DE DIAGNOSTICO:

1. Tacto ginecológico: Es la primera exploración que se debe practicar; son muchos los casos en que a través de los fondos de saco nos permite tactar el espiral fuera del interior del útero.
2. Espéculo: Vaginal nos permite apreciar el cuello uterino y en todos los casos la presencia o ausencia del dermalón.
3. Exploración de la cavidad uterina: En la mayoría de los casos la presencia del intrauterino se nota como un resalto al instrumento, en los casos negativos se practicara:
4. Radiografía simple: Se toma una primera placa con la paciente en posición horizontal, al comprobar la presencia del intrauterino; la paciente en la misma posición se toma una segunda placa, habiendo previamente referido el cuello uterino con pinzas de pozzi y tironeando hacia abajo el útero con el

fin de desplazarlo; si el intrauterino está en cavidad uterina, la segunda placa nos demostrará un desplazamiento del intrauterino con respecto a la primera placa ya que hemos desplazado el útero, en caso contrario se trata de una perforación esta maniobra es válida para casi el 100o/o de los casos en especial las perforaciones completas, en las incompletas, cuando parte del intrauterino queda en cavidad uterina y parte fuera del útero, entre éste y el peritoneo visceral, esta maniobra nos da un falso positivo, en estos casos y los que ofrescan dudas de diagnóstico se practica:

5. Cuerpo radi-opaco en cavidad uterina: Utilizando un intrauterino y con el introductor se práctica radiografía simple lo que permite ver claramente la relación del intrauterino con el introductor guía, esta es una exploración sencilla, práctica y al alcance en cualquier medio.
6. Por último cuando los medios de diagnóstico mencionados anteriormente se efectuara en Histerosalpingograma.

NUNES: Sugiere el uso de ultrasonograma.

TIPOS DE PERFORACION:

1. INCOMPLETAS: Cuando el intrauterino queda entra la cavidad uterina y el peritoneo visceral, generalmente son asintomaticas.
2. COMPLETAS: Cuando el intrauterino atravieza totalmente la pared uterina, y queda en cavidad abdominal, produce sintomatología; dolor en el bajo vientre, presión vesical e indicios de obstrucción intestinal.

Se supone que la rigidez del insertor más que el propio intrauterino podría ser el factor causal más importante de la perforación, no se ha comprobado perforación en la pared uterina sin traumatismo previo, además se considera que la mayoría se hacen en el mismo momento de la inserción y que pasan

inadvertidas pues la perforación no es una maniobra dolorosa y muchas veces no sangra por lo cual puede descubrirse en un examen rutinario.

3. PERFORACION TARIDA: Muchos autores consideran que es rara puesto que el mecanismo de contracción del útero es de adentro hacia afuera vía vaginal y no en sentido retrogrado.

LEYDER: Las causas más importantes que contribuyen durante la inserción son:

1. La forma de introducción.
2. El tipo de dispositivo y su introductor.
3. La posición del útero y la consistencia de su pared.

CUIDADOS A TOMAR AL INSERTAR UN INTRAUTERINO:

1. La inserción del intrauterino se hace en el eje del introductor.
2. La fuerza de expulsión es controlada por la mano del operador.
3. Si el introductor no se sujeta firmemente, es rechazado hacia atrás tan pronto como el intrauterino se pone en contacto con la pared uterina.
4. Si se mantiene una presión firme con el introductor sobre la pared uterina el intrauterino puede ser empujado a través de la pared miometrial.
5. Otra posibilidad es, la perforación incial del útero, con el introductor antes de la expulsión del intrauterino.

CONDUCTA A SEGUIR:

Cuando el intrauterino perforante se localiza en el epiplón o en el fondo de saco involucrando o no al peritoneo el atrape ha

sido superficial.

Cuando queda en la cavidad abdominal sin consecuencias graves en el consenso general es que debe de extraerse de acuerdo a la sintomatología ya que estofundamentara el criterio de la extracción.

El procedimiento quirúrgico tradicional ha sido la laparatomía, sin embargo la Laparoscopia sub umbilical se ha mostrado como procedimiento inocuo, confiable. Los trabajos de ALLEN y LEVENTHAL refieren casos tratados exitosamente con Laparoscopia.

Recaban los autores el menor trauma quirúrgico, menor tiempo de hospitalización, menos efectos colaterales que la laparotomía, y la posibilidad de realizar la coagulación a través del tubo.

OTROS CUERPOS EXTRAÑOS QU EPRODUCEN PERFORACION UTERINA:

Generalmente, son utilizados como maniobras abortivas criminales, ya que dichos cuerpos extraños se encuentran al alcance de la paciente, como de una segunda persona ejecutante, se utilizan extrahospitalariamente.

TIPOS DE OBJETOS:

Sondas, plumas, lapiceros, barillas de paraguas y similares.

COMPLICACIONES:

Son graves en la mayoría de casos ya que su uso carece de asepsia, entre las complicaciones que se encuentran estan: Shock hipovolémico, anemia severa, abscesos pélvicos, peritonitis, septicemias y tétanos.

CONDUCTA A SEGUIR:

Es acuerdo unanime que toda perforación ocurrida fuera del hospital es tributaria a Laparotomía Exploradora, por ser el único medio adecuado para determinar la extensión de los daños, además se debe de efectuar tratamiento antibacteriano.

La mayoría de los autores consultantes opinan que el mayor daño que sufre una mujer con este accidente es la Histerectomía pues termina con su vida reproductiva, pero en algunos casos es lo único que puede llegar a salvar su vida.

ANALISIS ESTADISTICO

CUADRO No. 1

CASUISTICA: Se refiere al número de casos Hospitalarios y Extrahospitalarios consultantes durante los años de 1976 - 1977.

DISTRIBUCION DE CASOS:

	No. de Casos	o/o
Casos Hospitalarios	1	4.7
Casos Extrahospitalarios	20	95.2
Totales	21	99.9

CUADRO No. 2

CAUSA: Se refiere a los casos de perforación uterina que se produjeron Hospitalariamente.

Causa	No. de Casos	o/o
Legrado Uterino		
Instrumental	1	4.7
D.I.U.	0	0
Otros Cuerpos		
Extraños	0	0
Totales	1	4.7

CUADRO No. 2a.

Relación entre el No. de perforaciones uterinas ocasionadas por legrado Hospitalariamente y el No. de legrados uterinos instrumentales durante los años de 1976 - 1977 en el Hospital Nacional de Mazatenango.

No. L.U.I. Hospitalarios	No. P.U.	o/o
459	1	0.2
Totales	1	0.2

No. L.U.I. Hospitalarios Número de legrados uterinos instrumentales Hospitalarios.

No. P.U. Número de Perforaciones uterinas.

CUADRO No. 2b.

ENTIDAD: Se refiere a las circunstancias que dieron motivo a la perforación uterina casos Hospitalarios.

Entidad	No. de Casos	o/o
AB Incompleto	1	4.7
Otras Causas	0	0
Totales	1	4.7

CUADRO No. 3

CAUSA: Se refiere a los casos que se produjeron Extrahospitalariamente y que consultaron y fueron ingresados al Hospital Nacional de Mazatenango.

Causa	No. de Casos	o/o
L.U.I.	18	87.7
D.I.U.	2	9.5
Otros C. extraños	0	0
Totales	20	95.2

CUADRO No. 3a.

IDENTIDAD: Se refiere a los casos Extrahospitalarios que consultaron y se ingresaron al Hospital Nacional de Mazatenango por presentar perforación uterina.

Entidad	No. de Casos	o/o
Ab. provocado	16	76.1
Ab. incompleto P.	2	9.52
D.I.U. extravdo.	2	9.52
Totales	20	95.14

Ab. Incompleto P Aborto incompleto perforado.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION ANTIBIOTICOTERAPICA: En los 21 casos se efectuó tratamiento antibioticoterapico por lo cual se presentan en el siguiente cuadro.

Tipo de antibiótico	No. C. U.	o/o
Penicilina		
Cloranfenicol	17	80.9
Ampicilina	2	9.5
Cloranfenicol	1	4.7
Gabromicina	1	4.7
Totales	21	99.8

CUADRO No. 4a.

Se refiere a la evolución de las pacientes a los diferentes tipos de Antibióticos.

	No. de Casos	o/o
Evolución satisfactoria	19	90.4
Evolución insatisfactoria	2	9.5
Totales	21	99.9

CUADRO No. 5

Se refiere a la conducta quirúrgica, tipo de operación que se practico en los casos de perforación uterina que se produjeron Hospitalariamente.

Causa	Cdta. quigica	To. Casos	o/o	Operación	No. cso	o/o
A. Incompleto	L. Exploradora	1	4.7	Histercm.	1	4.7
	Totales	1	4.7		1	4.7

CUADRO No. 6

Se refiere a la conducta quirúrgica, tipo de operación que se práctico en los casos de perforación uterina, que se produjeron extrahospitalariamente, pero que consultaron y fueron tratados en el Hospital Nacional de Mazatenango.

Causa	Cdta. Qrgica.	To. casos	o/o	Operación	No. casos	o/o
L.U.I.	Laparotomía	18	85.7	Histero- rrafia	11	52.3
	Exploradora			Histerec- tomía	7	33.3
D.I.U.	Laparotomía	2	9.5	Histerec- tomía	0	0
	Exploradora			Histero- rrafia	2	9.5
	Totales	20	95.2		20	95.1

CUADRO No. 7

Se refiere a las complicaciones tanto médicas como quirúrgicas que se presentaron en los 21 casos, Hospitalarios y Extrahospitalarios consultantes, que fueron tratados en el Hospital.

	No. Casos	Complicaciones	o/o
Casos Hospitalarios	1	Esterilidad Q.	4.76
	7	Esterilidad Q.	33.33
Casos Extrahospitalarios	1	Peritonitis	4.76
	1	Resección Int.	4.76
	2	Septicemias	9.52
	9	Sin complicaciones	42.85
Totales	21		99.95

CUADRO No. 8

EDAD: Se refiere a las edades en que se produjo perforación uterina con mayor frecuencia, tanto en los Casos Hospitalarios, como Extrahospitalarios consultantes que se trataron en el Hospital Nacional de Mazatenango.

Edad	No. de Casos	o/o
14-19 años	2	9.52
20-25	7	33.33
26-31	3	14.28
32-37	4	19.04
38-43	2	9.52
4-más	3	14.28
	21	99.97

CUADRO No. 9

EVOLUCION: Se refiere a los casos Hospitalarios y Extrahospitalarios que se ingresaron al Hospital Nacional de Mazatenango, que evolucionaron satisfactoriamente al tratamiento instituido.

	No. de Casos	o/o
Casos hospitalarios	1	4.7
Casos extrahospitalarios	18	85.7
Totales	19	89.4

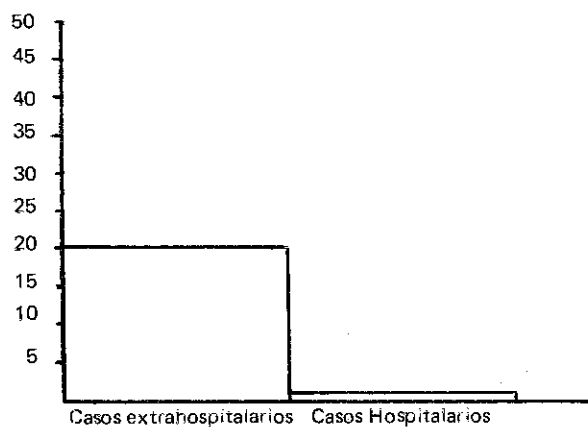
CUADRO No. 10

MORTALIDAD: Se refiere a los casos Hospitalarios y Extrahospitalarios consultantes que se ingresaron al Hospital Nacional de Mazatenango, que fallecieron aún siendo tratadas.

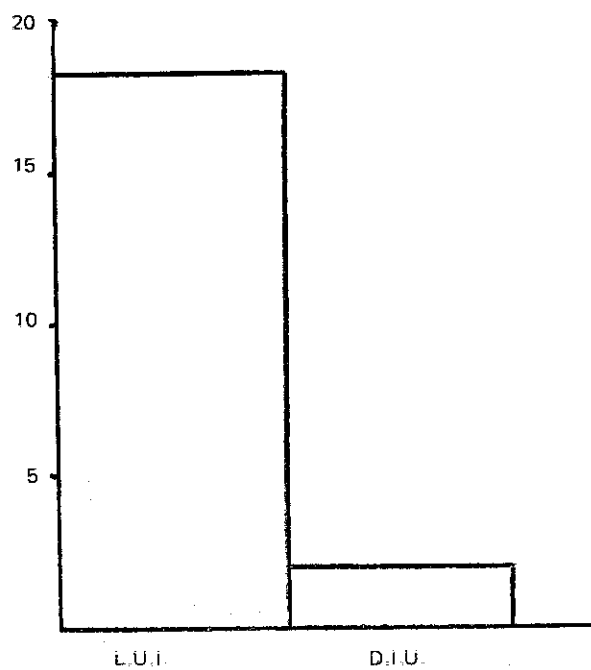
	No. de Casos	o/o
Casos hospitalarios	0	0
Casos extrahospitalarios	2	9.5
Totales	2	9.5

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION DE CASOS

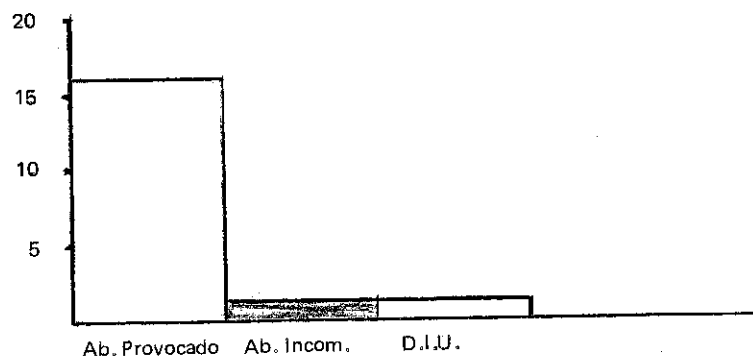


GRAFICA No. 2

CAUSAS QUE PRODUJERON LAS PERFORACIONES
UTERINAS EXTRAHOSPITALARIAS

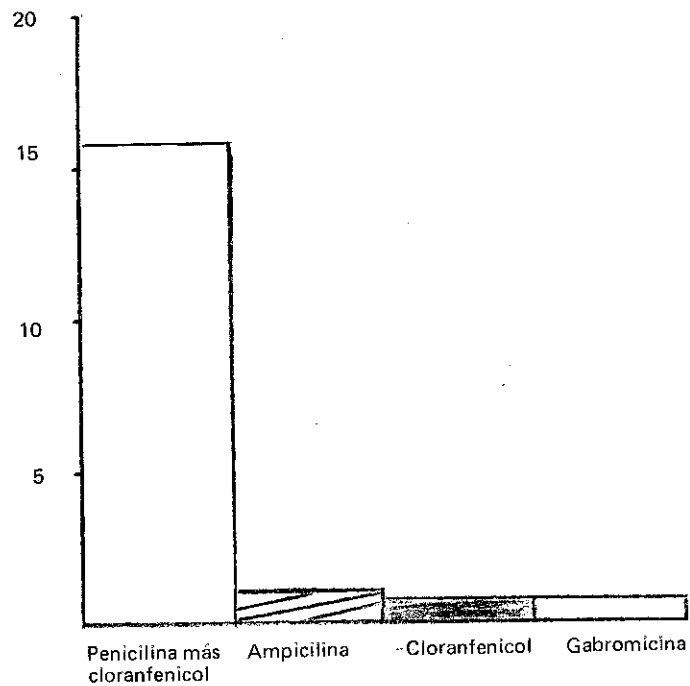
GRAFICA No. 3

SE REFIERE A LAS ENTIDADES
EXTRAHOSPITALARIAS



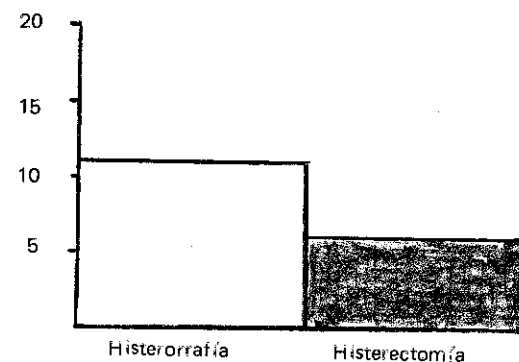
GRAFICA No. 4

SE REFIERE AL TRATAMIENTO
ANTIBACTERIANO UTILIZADO EN LOS 21 CASOS



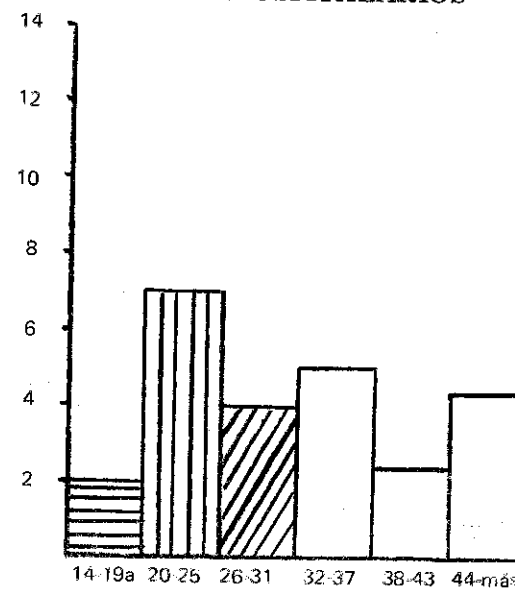
GRAFICA No. 5

SE REFIERE AL TIPO DE OPERACION
EFECTUADA EN LOS CASOS EXTRAHOSPITALARIOS



GRAFICA No. 6

SE REFIERE A LAS EDADES MAS AFECTADAS
POR LA PERFORACION UTERINA, CASOS HOSPITALARIOS
Y EXTRAHOSPITALARIOS



ANALISIS GENERAL

Según los resultados obtenidos en el presente estudio podemos darnos cuenta que la mayoría de las perforaciones uterinas observadas en el Hospital Nacional de Mazatenango, se produjeron Extrahospitalariamente 20 casos. Encontrándose que las mujeres más afectadas son las que se encuentran en edad reproductiva 15-44 años; que se sometieron a dicho accidente al tratar de evitar la concepción humana: 18 casos secundarios a maniobras abortivas. En dichos casos las pacientes se expusieron a la manipulación por personas que utilizan diferentes métodos que se encuentran al margen de la ley que ponen en riesgo la vida humana.

La forma en que evolucionaron al tratamiento Hospitalario las pacientes manipuladas extrahospitalariamente fue satisfactoria en 18 casos, pues generalmente estos casos son complicados debido al empirismo o bien falta de responsabilidad de los ejecutantes ya que en este tipo de pacientes fue donde unicamente se presento la mortalidad 9.50/o, por lo cual se debe de actuar energicamente sobre los ejecutantes según las leyes de nuestro país ya que se esta atentando contra la vida.

CONCLUSIONES

1. Durante el período comprendido del 1o. de Enero de 1976 al 31 de Diciembre de 1977, se observaron 21 casos de perforación uterina en el Hospital Nacional de Mazatenango: de los cuales se produjeron 20 casos Extrahospitalariamente o sea el 95.2o/o y un caso Hospitalariamente que corresponde al 4.7o/o del total de casos.
2. La causa Extrahospitalaria que mayor incidencia de perforación uterina presento fue el Legrado Uterino Instrumental 18 casos (85.7o/o), cuya principal entidad resulto ser la maniobra abortiva 18 casos 85.7o/o.
3. La mayor complicación quirúrgica a que fueron sometidas las pacientes con este accidente ejecutado extrahospitalariamente es la esterilización, 7 casos o sea el 33.3o/o.
4. Respecto a la edad se observa que la mayor incidencia se manifesto en las pacientes que se encuentran en edad reproductiva 21 casos (100o/o).
5. La perforación uterina como iatrogenia Hospitalaria se observa con una frecuencia de 1 por cada 459 legrados o sea el 0.2o/o.
6. La mortalidad por dicho accidente se presento únicamente en los casos manipulados extrahospitalariamente, 2 casos que representan el 9.5o/o.

RECOMENDACIONES

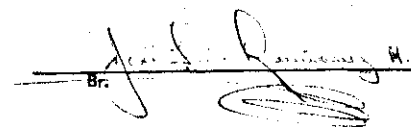
1. Insistir y evidenciar con certeza si la paciente ha sido manipulada.
2. Insistir en cada paciente que llega al Hospital con este accidente ocasionado con el fin de provocar aborto, en la gravedad del caso en sus complicaciones físicas, y Psíquicas, haciendo incapie a los múltiples riesgos a que se somete.
3. En caso de comprobarse que el accidente fue ocasionado con la finalidad de producir un aborto, deben de ser sancionados conforme la ley paciente y ejecutor.

BIBLIOGRAFIA

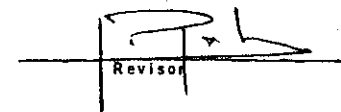
1. Obstetricia and Gynecology Journal of the American College of obstetricians and Gynecology:
 Junio de 1971 Págs. 826, 827, 831.
 Agosto de 1972 Págs. 225, 226, 227, 228.
 Julio de 1973 Págs. 80, 81, 82.
 Septiembre de 1975 Págs. 424, 425, 426, 427.
 Marzo de 1976 Págs. 369, 370, 371, 372.
2. Revista de Obstetricia y ginecología de Venezuela, Vol. XXX
 Septiembre de 1970, No. 3, Págs. 391 a 405.
3. Obstetricia de Ricardo Schwarcz. Editoria El Ateneo Tercera Edición, reimpresión 1973, Págs. 761, 762, 900.
4. Ginecología y Obstetricia de México año XXIII. Vol. XXIII, Enero a Junio de 1968. Pág. 543 a 548.
 Dr. Víctor Espinoza de Los Reyes
 Dr. Ruben Saldaña García
 Dr. Sergio Azcarate Sánchez
5. Ginecología y Obstetricia de México, Morbilidad del Legrado Uterino, 1966 Pág. 863.
6. Técnica Quirúrgica Moderna, por Max Thorek.
 Tomo IV Ginecología y Cirugía Genitourinaria.
7. Tratado de operatoria general y especial por: Jacinto Segovia Caballero.
 Tomo IV. Tipografía Editorial Hispano Americana 1951.
8. Diccionario Enciclopédico de Medicina
 Tomo No. 1. Págs. 60 - 61 - 217.
 Tomo No. 2. Págs. 262 - 265 - 344 - 521 - 650
 Edición Heracles Buenos Aires 1955
9. Eastman J.N.: Obstetricia de Williams Cap. XXI.

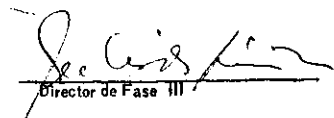
Aborto y Parto Prematuro Págs.: 494- 19.

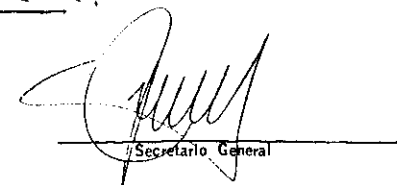
10. Uterine Perforation in connection with aspiration for legal abortion, Mberg PJ. Int. J. Gynecology and Obstetricia, 14 (1): 77-80, 1976.


Br.

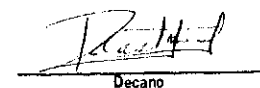

Asesor


Revisor


Director de Fase III


Secretario General

Vo.Bo.


Decano