

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

RUPTURA UTERINA,
REVISION RETROSPECTIVA DE 10 AÑOS
(ENERO 69 DICIEMBRE 78)
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

TESIS

Presentada a la Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Medicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

JORGE LUIS PALACIOS SHUTUC

En el acto de investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES
3. OBJETIVOS
4. MATERIAL Y METODOS
5. GENERALIDADES
 - 5.1. Definición
 - 5.2. Incidencia
 - 5.3. Clasificación
 - 5.4. Anatomía Patológica
 - 5.5. Etiología
 - 5.6. Signos y Síntomas
 - 5.7. Diagnóstico
 - 5.8. Diagnóstico Diferencial
 - 5.9. Pronóstico
 - 5.10 Tratamiento
6. ANALISIS DE RESULTADOS
7. CONCLUSIONES
8. RECOMENDACIONES
9. BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

A pesar de los adelantos que actualmente ha alcanzado la Obstetricia, en nuestro medio aún siguen existiendo muchas complicaciones con resultados funestos tanto para la madre como para el feto, esto - debido a varias razones, por ejemplo: la atención - de la embarazada, que en su mayoría, es realizada por comadronas empíricas, quienes en su afán de lucro y ayuda, muchas veces hacen del embarazo y del parto - una solución difícil. Las regiones tan retiradas de donde provienen la mayor parte de casos problemas; la creencia, casi total y negativa que se tiene de un - hospital, donde según parientes y paciente, solo se llega a morir, todo lo cual hace que la embarazada - no acuda en el momento apropiado, sino solo cuando ve la gravedad de la situación y ya es demasiado tarde.

La situación del hospital, entonces, es verdaderamente crítica. No todos los casos son resueltos satisfactoriamente, razón por la cual la mortalidad materna en tales instituciones se vea aumentada, tal el caso del Hospital Nacional de Huehuetenango, donde se realizó el presente estudio, institución donde la misma alcanza el 0.35%, según revisión hecha de 1973 a 1977, siendo la Ruptura Uterina el 21% de tal Mortalidad.

También es cierto, según los autores, que este accidente casi no existe en países desarrollados, por lo que se hace énfasis en que, las condiciones socio-económicas favorables, anulan muchas causas de problemas de salud y entre ellas la ruptura uterina.

En base a lo anterior y por las observaciones hechas sobre el tema durante las prácticas de Medicina Integral e Internado en este hospital, fue que se decidió realizar la presente investigación, conside-

un accidente obstétrico frecuente que constituía una emergencia. Se justifica además su realización para que sirva de fuente bibliográfica de otros estudios.

Durante la presente investigación se tropezó con varios problemas, entre ellos, la búsqueda de los antecedentes que, si bien existen varios trabajos sobre el tema, éstos son inaccesibles, ya porque no se encuentran en las bibliotecas o porque se encuentran en idiomas no conocidos.

Otro problema encontrado se relaciona al mal llenado de los registros médicos, especialmente el diagnóstico de egreso y la historia clínica, lo cual dificultó mucho la tabulación de los datos, sin embargo hoy se finaliza con satisfacción, creyendo que trabajos de esta naturaleza, realizados frecuentemente, ayudan a valorar la atención obstétrica en una institución y los cambios culturales que van ocurriendo en una comunidad.

II ANTECEDENTES

Se presentan a continuación los resúmenes de otros trabajos realizados sobre Ruptura Uterina o relacionados con ella.

Nacionales:

En Junio de 1940, el Dr. Carlos E. Azpurú presenta su tesis titulada: Consideraciones sobre las Rupturas del Utero en Obstetricia, en el Hospital General, en el cual presenta 23 casos de ruptura en 16,543 partos, lo que constituía el 1.4% o sea 1:1515 partos. El 65% ocurrió en pacientes en la tercera década de la vida, el 74% en multíparas y grandes multíparas. En 9 casos, la causa más frecuente fue la posición viciosa. De los 23 casos, 16 fueron completas y 7 incompletas, 22 en el segmento y una corpórea. La mortalidad materna fue del 40%. El tratamiento más efectuado fue la histerectomía subtotal.

En julio de 1957 el Dr. Enio A. Lima Estrada presenta su tesis titulada: Rupturas del Utero en el Trabajo de Parto. Revisión de 16 casos en el Hospital Roosevelt de enero de 1956 a junio de 1957, en 9,680 partos o sea una en 605 partos. Las causas en orden de frecuencia fueron: Maniobras realizadas por empírico, situación transversa con procidencia de miembro superior, versión por maniobras internas, gran extracción, uso inadecuado de exitócicos. La multiparidad estuvo presente en el 72%. El tratamiento más empleado fue la histerectomía subtotal. La mortalidad fetal fue del 75% y la materna del 18.7%.

En 1973 el Dr. Juan de Dios Maldonado P. hace un estudio de tesis, desde el primero de enero de 1967 a diciembre de 1972, sobre la Situación Transversa abandonada. Revisa 80 casos de 74,297 par--

tos, encontrando dentro de las mismas 17 casos de ruptura uterina, lo que constituye una ruptura por transversa abandonada por cada 4,370 partos, de las cuales el 70% fue resuelto por histerectomía.

En julio de 1974 el Dr. Luis F. García Ruano presenta su tesis: Cesárea Histerectomía en un solo tiempo, revisión retrospectiva de 5 años en el Hospital General San Juan de Dios, encontrando 10 casos y de ellas cinco fueron indicadas por ruptura uterina.

En el año de 1978, abril, el Dr. William Méndez C. hizo una revisión de Indicación de Cesárea en tres hospitales departamentales (Quezaltenango, Coatepeque, Jalapa), revisando 100 casos en cada hospital, encontrando en el total revisado, cuatro rupturas uterinas, lo que da el 1.33%. Es necesario decir que los casos encontrados correspondían al hospital de Coatepeque.

En noviembre de 1978 el Dr. Homero de León Montenegro presenta en el XVIII Congreso Nacional de Medicina con subsede en Quezaltenango, el trabajo: Ruptura Uterina, revisión de 20 casos (Enero de 1975 - septiembre 1978), resumiendo lo siguiente: El 60% se presentó en pacientes entre los 25 a 34 años. La multiparidad en el 80%. -- Los signos de ruptura uterina fueron: paro de trabajo de parto, 100%; ausencia de feto fetal -- 95%; hemorragia uterina vaginal, 35%. La situación transversa en el 55% y la longitudinal es el 40%. El 100% ocurrió en el segmento y el 95% fue de variedad incompleta. El 85% fue un accidente extrahospitalario. La mortalidad fue así: Fetal 95% y materna 25%.

Internacionales.

El Dr. Herrera Lasso y Col. analizaron 100

casos de ruptura uterina ocurridos de abril de 1963 a octubre de 1965 en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del IMSS (México), encontrando lo siguiente: 1:615 partos o sea el 0.153%. El 58% presentaba cicatriz previa. El 98% de las rupturas fue completa. El 76% fueron presentaciones de vértice. En 36 casos la causa fue el trauma obstétrico (extracción, fórceps, oxitócicos, kristeller, etc). El tratamiento más empleado fue la histerorrafia en el 63%, luego la histerectomía total en el 31%. La mortalidad fue: 57% para el feto y el 5% para la madre.

El Dr. Alberto Duarte C. realiza el análisis de 34 casos de ruptura uterina en el Hospital San Juan de Dios de Cúcuta, Colombia, de los años de 1960 a 1971, encontrando una frecuencia de 1:767 partos, el promedio de edad encontrado fue de 29 años. El 73.5% o sea 25 pacientes habían sido atendidas por comadronas. La cesárea previa se encontró en el 32%. El 100% fueron rupturas completas. En el 74% se efectuó histerorrafia. La mortalidad materna fue del 17.6%. El 61.7% presentaba de 2 a 6 partos y el 32.7% más de 7 partos.

El Dr. Arturo Molina Sosa analiza en la Sección de Gineco-Obstetricia del Hospital Civil Aurelio -- Valdivieso, Oaxaca, México, del 5 de mayo de 1965 al 30 de diciembre de 1973, la ruptura uterina, encontrando una frecuencia de 1:241 partos. En el 91.86% ocurrió en úteros intactos. El promedio de paridad fue de 3.81. Las rupturas espontáneas se encontraron en el 35.14% y las traumáticas en el 64.86% (oxitócicos, versión, fórceps y otras maiobras. Los casos respectivos fueron: 14, 5, 2, 3) Las rupturas fueron: completas en el 86.48%, en el segmento en el 83.7% Los síntomas predominantes fueron: Shock, sangrado vaginal, suspensión -- del trabajo de parto, dolor persistente y palpación fácil del feto. La mortalidad materna fue 10.81% y

la fetal 86.48%. El tratamiento más efectuado fue la histerectomía: total 10 casos y subtotal 25.

En Venezuela el Dr. Rafael Méndez Parra y Col. en la Maternidad del Hospital Central de Valencia, estudia la ruptura uterina ocurrida en el período 1964-1974, registrando 58 roturas en 116,626 partos lo que da una incidencia de 1:2010 partos. Las rupturas segmentarias ocurrieron en el 70.68% y las -- segmento corpóreas en el 29.36%, predominando las incompletas con el 72.4%. Las rupturas espontáneas representan el 77.5% y las ocasionadas por trauma - el 22.4%. En este estudio la mortalidad materna fue del 13.7% y la mortalidad fetal del 68.96%.

III OBJETIVOS

Generales.

Hacer una revisión bibliográfica sobre lo que es la ruptura uterina y conocer su etiología, su patogenia, su frecuencia e incidencia, el tratamiento y el pronóstico tanto materno como fetal y en que forma éstos se presentan en nuestro medio y más concretamente en el Hospital Nacional de Huehuetenango, institución donde se realiza este estudio.

Específicos.

Conocer la procedencia de los casos de ruptura uterina que ingresan al Hospital Nacional de Huehuetenango.

Conocer el grupo de edad en la mujer embarazada que se encuentra más afectado.

Conocer las causas que determinan o predisponen este accidente en nuestro medio.

Conocer el tratamiento brindado con más frecuencia en nuestro medio y descubrir los índices de mortalidad tanto materna como fetal.

Conocer las condiciones físicas con que ingresaron a este centro todos los casos de ruptura uterina.

Conocer los resultados de hemoglobina y hematocrito al ingreso de las pacientes que sufrieron este accidente.

Demostrar con este trabajo que la ruptura uterina es un accidente que se presenta con mucha fre-

cuencia en nuestro medio y constituye una emergencia obstétrica que pone en peligro la vida de madre y feto.

IV MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se contó con la colaboración de un asesor, un revisor y la ayuda material de las instituciones siguientes: Hospital Nacional de Huehuetenango, bibliotecas de la Facultad de Medicina, del Hospital Roosevelt y General San Juan de Dios.

Como puede leerse en la introducción de este estudio, fueron varias las razones que motivaron la realización del mismo, por lo que se decidió hacer una revisión de 10 años, comprendidos del 1.º de enero de 1969 al 31 de diciembre de 1978, en la Sección de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Huehuetenango, previa revisión bibliográfica del tema y de estudios parecidos a éste, hechos en el ámbito nacional como internacional.

Los casos detectados fueron encontrados en los libros de estadística de los Archivos de Registros Médicos del Hospital de Huehuetenango, así como en la revisión del libro de sala de Operaciones y los libros de ingreso y egreso de la maternidad del mismo centro. Fueron revisados todos los registros médicos que tenían el diagnóstico de Ruptura Uterina, así como los que tenían el de Transversa Abandonada o de Inminencia de Ruptura Uterina, tratando con ello, descartar que un mal llenado de los diagnósticos de egreso, pudiésemos dejar pasar algún caso de ruptura. Se descartó, además, casos de este accidente que no fueron ocasionados por trabajo de parto. Al final, se encontraron 36 casos de ruptura uterina en 7,675 partos, lo que nos dió una ruptura por cada 213 partos.

Para la tabulación de los datos se procedió a realizar un cuadro en el cual se registraban las siguientes variables: procedencia, edad de la pacien

te, antecedentes obstétricos, edad gestacional, causas del accidente, exámen físico: signos vitales, foco fetal, situación y presentación, signos de ruptura uterina; hemoglobina, hematocrito; tratamiento (quirúrgico, medicamentoso y transfusión). Clasificación de la ruptura, complicaciones, días hospitalización y condición de salida, peso del feto.

Se presentan finalmente los resultados en cuadros con su respectivo análisis.

V GENERALIDADES

5.1. Definición.

Es una solución de continuidad, generalmente extensa, espontánea o provocada en el músculo uterino. El término de ruptura uterina también se emplea para significar la rotura del útero después de alcanzado el período de viabilidad del feto. Esta definición elimina, por lo tanto, **roturas** provocadas por un embarazo intersticial o perforación traumática en el curso de un aborto.

5.2. Incidencia.

Los autores consultados están de acuerdo en que es difícil establecer una frecuencia - de rupturas uterinas para mujeres embarazadas y en trabajo de parto, ya que la misma depende de muchos factores, entre ellos: el tipo de institución y de paciente que se atiende, de ahí que los trabajos publicados varíen de un país a otro.

Eso si, se considera, que aunque es un accidente, uno de los más graves de la Obstetricia, la mayor cultura en ella ha permitido una mejor profilaxis del accidente y por lo mismo disminuir su frecuencia.

Williams expone una cifra combinada de muchos países, comunicada por Krisnma Menon, dando una incidencia de 1:760 partos; también refiere datos de Garnet, quien estima una incidencia de 1:1000 a 1:1500 en los Estados Unidos, cifras, éstas últimas con las que están de acuerdo Schwarcz y O'Kaser y aún mas,

aducen que la frecuencia de ruptura se ha reducido de las mismas.

Después de cesárea anterior la incidencia de ruptura uterina es de 1 a 2%, siendo mayor para la cesárea corporea, que tiene un porcentaje por arriba del 3% y el 0.2% para la segmentarea.

5.3. Clasificación.

Existen varias clasificaciones de ruptura uterina, considerándose la mas completa la que expone O'Kaser y se presenta a continuación:

- A. Según el momento de su aparición.
 - A.1. Durante el embarazo
 - A.2. Durante el parto
- B. Según el lugar de la rotura
 - B.1. Cuerpo uterino
 - B.2. Segmento uterino inferior
- C. Según la etiología
 - C.1. Espontánea
 - C.2. Lesiones cicatrizales
 - C.3. Traumatismos
 - C.4. Oxitócicos
- D. Según el comportamiento del peritoneo
 - D.1. Completa
 - D.2. Incompleta

5.4. Anatomía patológica.

Durante el parto lo que habitualmente se desgarran es el segmento inferior. Las del cuerpo ocurren con más frecuencia en el embarazo.

A. Del segmento:

Estas se han clasificado en completas si abarcan todas las capas del útero e incompletas si el peritoneo queda intacto. Las completas suceden en la parte anterior y el desgarramiento puede ser longitudinal y terminarse a nivel del anillo de Bandl o prolongarse hasta el cuerpo o bien ser transversales. Puede verse un vaso incluido en el desgarramiento, el cual puede presentar salida de sangre o no presentar la por estar ocluido por un coágulo. Las roturas incompletas se propagan con frecuencia al ligamento ancho y la hemorragia sobreviene en ellas con menor rapidez que en las completas, siendo la razón, la acumulación de sangre entre las dos capas del peritoneo, formándose así, un hematoma retroperitoneal de gran tamaño, que separa las vísceras del peritoneo.

En la variedad incompleta, el feto en algunos casos permanece dentro del útero o asume una posición por debajo de la serosa o entre las hojas del ligamento ancho; por otro lado, según la extensión de la brecha, puede pasar completamente a la cavidad abdominal, pero la placenta queda generalmente adherida en su sitio.

Existe también el desgarramiento complicado, cuando el mismo se prolonga más allá del segmento, interesando así: cuerpo del útero, cúpula vaginal, vejiga, recto o

vasos más importantes de la región. También puede haber complicación con la salida hacia la vagina a través de la brecha, de masa intestinal o eplilón.

B. Del cuerpo:

Estas por lo general son completas, excepcionalmente incompletas. - El contenido uterino escapa con mayor frecuencia a la cavidad abdominal, sin embargo cuando la presentación está bien encajada, es posible que salga solo una parte del feto, permaneciendo el resto dentro del útero.

5.5. Etiología.

Schwarcz divide la etiología de las rupturas uterinas en causas determinantes y -- causas predisponentes, las cuales se describen a continuación.

A. Parto Obstruído:

Este se produce cuando - existe una desproporción entre el feto y el canal del parto, siendo la causa principal, la estrechez pélvica. Su fisiopatología es la siguiente: si en la expulsión del feto hay un obstáculo invencible el cuerpo uterino se va contrayendo cada vez mas sobre el feto, distendiendo al mismo tiempo el segmento, el cuello y la vagina. La reacción de una primípara y una múltipara es diferente. La primera reaccionará, ya sea con una inercia uterina o una detención del parto y la segunda puede hacerlo con una hiperactividad uterina, la que al hacerse más creciente y distender el canal del parto -- con mas intensidad, lleva a producirse

la rotura en el punto más débil. Una rotura se produce dependiendo de: la resistencia a la expulsión, la fuerza de contracción del útero y de los factores que favorecen la misma.

En la estrechez pélvica pueden ocurrir dos situaciones: en las de leve dimensión, en las que la posibilidad de una ruptura -- puede pasar inadvertida, en contraposición a las expresamente estrechas, donde es mas notorio observarlas. Pueden actuar de la misma manera los tumores previos y similarmente la atresia o estenosis cicatrizal de la vagina.

Este cuadro de obstrucción tambien -- puede ser producido por el feto, por ejemplo, el gigantismo fetal, especialmente la hidrocefalia y por último las posiciones - viciosas, entendiéndose por ello, la situación transversa, las presentaciones de cara o de frente en su variedad posterior.

B. Traumatismos:

Constituyen causa importante de ruptura uterina, mencionado entre ellos: versión interna con útero retraído, ocurriendo el desgarró cuando aquella se intenta despues de la amniorrexis estando el hombro impactado, aunque puede producirse cuando la maniobra se haga con el mayor cuidado y suavidad. El fórceps alto, especialmente cuando se aplica en una desproporción cefalopélvica. El alumbramiento artificial de la placenta, las embriotomías y la maniobra de Kristeller muy forzada. Tambien existen los traumatismos naturales, como la caída de la mujer sentada y la contusión directa sobre el abdomen, pero son situaciones ----

muy excepcionales.

Se clasifica dentro de causa determinante el uso indiscriminado de oxitócicos, durante el primero o segundo período del parto, especialmente en multíparas.

C. Abdomen péndulo.

Esta situación también -- constituye causa de rotura uterina, ya que la hiperdistensión en la pared posterior hace que se asiente en ella la misma.

Causas predisponentes.

Es evidente que una misma causa no actúa en la misma forma en todos los partos, ya que existen en el útero condiciones que favorecen en mayor o menor grado el apareamiento del accidente, así tenemos que la multiparidad es una condición que favorece sumamente el accidente, de ahí que el uso de oxitócicos en tales pacientes, debe hacerse solo cuando sea necesario y bajo una estrecha vigilancia. Se clasifican dentro de este inciso, también, la hipoplasia, las malformaciones del útero y -- las cicatrices de intervenciones anteriores (cesáreas anteriores, miomectomías, etc) y -- los procesos inflamatorios agudos o subagudos a nivel del útero. Actúan del mismo modo los antecedentes de legrados anteriores, extracciones manuales de placenta, mola vesiculosa, escisión cuneiforme de una trompa.

O'Kaser considera la cesárea anterior como la primera causa de ruptura uterina, siendo sus razones que en la actualidad, las mismas se practican con mayor frecuencia, observándose correspondientemente más embarazos -- después de una cesárea. Menciona además, que

según Lauros, la rotura después de Cesárea alcanza del 3 al 4%.

De lo anterior cabe preguntarse la conducta a seguir después de una cesárea, existiendo entre autores y clínicas obstétricas diferentes posiciones. Algunos consideran que es indicación de cesárea, el antecedente de la anterior. Williams a ese respecto opina que, si no se repiten los motivos de la -- primera intervención y la paciente ha dado a luz, -- anteriormente un niño normal por vía vaginal, deberá permitirse el parto de esta manera, bajo observación cuidadosa, sin embargo, él mismo opina que ningún factor garantiza plenamente la integridad de -- una cicatriz, bajo la tensión del parto.

5.6. Signos y Síntomas

A. De amenaza de Ruptura o Ruptura Inminente.

Los signos y síntomas que dominan en este proceso son los siguientes: Intensificación de las contracciones a causa de la mayor actividad para vencer el obstáculo de la obstrucción. El anillo de Bandl -- asciende gradualmente, siendo fácilmente palpable; se le ve elevarse por encima de su límite en el parto normal (mitad de -- distancia entre el pubis y el ombligo), siendo inminente cuando se encuentra a su nivel. Su asociación con los signos de -- Frommel y de Pinard constituyen el síndrome de Bandl-Frommel-Pinard.

El signo de Frommel consiste en la tensión de los ligamentos redondos por su ascenso de incursión en el útero que permite palparlos como dos cordones estirados, del grosor de un dedo, que partiendo

del mismo útero se dirigen hacia las fosas ilíacas. El signo de Pinard consiste en el edema suprapúbico y vulvar y la pérdida de cierta cantidad de sangre ne-gruzca y espesa.

La palpación del feto a través del segmento distendido es difícil y con frecuencia se percibe sufrimiento fetal agudo o el feto se encuentra muerto. El cuello uterino se encuentra cianótico y edematizado, aumentando su friabilidad por la distensión persistente determinada por la presentación. Por último la paciente se encuentra inquieta, agitada, angustiada y la frecuencia del pulso y la temperatura pueden elevarse.

B. De la Ruptura Consumada.

Los síntomas fueron descritos ya por Michaelis en 1851 y por Bandl en 1857, - sin embargo, varían mucho según la etiología. Cuando el accidente se presenta durante el parto, la paciente después de un período premonitorio de signos, en el Climax de una contracción uterina intensa, se queja de dolor agudo y constante en el abdomen inferior y a menudo grita diciendo que algo ha cedido dentro de ella, así los signos y síntomas se describen de la siguiente manera:

B.1. Locales: La cesación repentina de las contracciones uterinas, en contraste con la situación anterior o la dinámica uterina cede gradualmente, si se trata de una rotura incompleta cuyo desgarro es pequeño, experimentando la paciente un gran

alivio después de la intensa agonia que estaba sufriendo. La palpación del feto, si éste ha pasado al abdomen, es fácil y superficial, presentando gran movilidad. El útero puede palparse como un tumor duro a un costado, con mayor facilidad que lo normal. Puede haber un dolor en todo el abdomen y el hombro; defensa muscular, sensibilidad local a la presión (signos de irritación peritoneal) y brusca interrupción de los tonos cardíacos y movimientos fetales.

Se reconoce un pronunciado tenesmo urinario. La obtención de una muestra de orina es de valor, sea porque la vejiga se halle complicada en la misma o por simples desgarreros de la mucosa, razón por la cual contiene sangre. Puede percibirse, además, a través del abdomen, en los casos de ruptura incompleta, el hematoma subperitoneal de carácter creciente. A veces se presenta cierto enfisema a través de la piel del abdomen (signo de Clark) y en otras cierta sensación de líquido libre en la cavidad abdominal.

B.2. Vaginales: El tacto vaginal indica que la presentación se ha deslizado fuera del estrecho pélvico y ha adquirido más movilidad y si el contenido uterino ha pasado a la cavidad abdominal la presentación no podrá ser palpada. Con el examen vaginal puede evidenciarse la

existencia de un desgarró de la pared uterina y si no se palpa la brecha, ello no demuestra su ausencia.

- 8.3. Generales. Se establece un estado de anemia aguda y shock. El pulso aumenta con rapidez y pierde fuerza. La cara se torna pálida, hundida y cubierta de sudor. La hemorragia puede ser interna, externa o mixta y tiene por lo general un carácter progresivo y agudo. El útero puede sangrar por la herida o por el lecho placentario, cuando la placenta no se ha desprendido completamente. En el desgarró puede estar incluida la arteria uterina. La ausencia de hemorragia externa no expresa que no exista el accidente.

Algunas veces las rupturas pasan inadvertidas, por ejemplo, las ocurridas en una paciente con antecedentes de cesárea o la que ha tenido una maniobra obstétrica durante el parto. En ellas el primer signo a encontrar es la distensión abdominal durante el parto o el puerperio consecuente a la irritación causada por la sangre intraabdominal.

5.7. Diagnóstico.

El diagnóstico de las rupturas uterinas es relativamente fácil en la mayor parte de casos, especialmente si ésta ha sido espontánea, siendo más difícil en la cicatriz previa o en la ruptura traumática. Debe ser sospechoso todo estado de choque poco claro después o durante el parto. Debe hacerse revisión u-

terina después de un acto operatorio vaginal - grave o después de un parto posterior a una cesárea.

5.8. Diagnóstico Diferencial

La hemorragia externa conduce a una confusión con la placenta previa o el desprendimiento de la placenta normalmente insertada. La primera se caracteriza por ser una hemorragia indolora y la sangre roja, además, existe el antecedente de hemorragias anteriores, pudiéndose al tacto vaginal, tectar los cotiledones. En el segundo caso, el útero es grande, de consistencia leñosa y la sangre de color negruzco.

La hemorragia interna y shock puede hacer pensar en rotura de cualquier víscera hueca -- (hígado, bazo, arteria esplénica), de un embarazo extrauterino avanzado, rotura de un aneurisma.

5.9. Pronóstico.

El pronóstico para la madre como para el feto han sido considerados graves, con más repercusiones en el feto, aunque se menciona que los adelantos en la obstetricia han disminuído tal situación.

Los índices de mortalidad varía según los autores, algunos los consideran entre el 50 al 75% para el feto y entre el 20 al 40% para la madre, existiendo para ésta última series, entre el 5 al 25%.

Si el feto está vivo en el momento del accidente, la realización de una laparotomía - inmediata, daría una posibilidad de superviven

cia y un mejor pronóstico. Las madres fallecen por la hemorragia o por la infección cuando permanecen mucho tiempo sin tratamiento. El diagnóstico más precoz, la operación de inmediato, las disponibilidades de sangre y la quimioterapia han mejorado de manera considerable el pronóstico materno.

5.10. Tratamiento.

El tratamiento puede ser:

A. Profiláctico:

Durante el parto un cuidado obstétrico adecuado elimina en gran medida este accidente, ya que durante el mismo se observará si existe un posible obstáculo que pueda conducir a un estado de ruptura uterina inminente. Durante el mismo, se observará y pondrá especial cuidado en detectar situaciones transversas y/o hidrocefalia. En las presentaciones de vértice, la imposibilidad o el retardo en el encajamiento, orientará a un mejor estudio de la presentación o de la estimación del tamaño de la pelvis.

B. Curativo:

Practicar de inmediato una laparotomía, ya sea que el feto esté vivo o muerto, ya si permanece aún en el útero o se encuentra en la cavidad abdominal. No deberá intentarse extraerlo por la vagina.

Extraído el feto, se decidirá por el procedimiento operatorio necesario, pensando siempre si la conservación del útero es realmente posible o de otra manera

si tiene sentido conservarlo. Pensar además, en el estado de la paciente y si existe el deseo de tener más hijos.

En general, es necesaria la histerectomía total. Debiéndose preferir cuando el desgarró llega hasta el cuello y aunque dura más tiempo, la posibilidad cada vez mayor de la lucha contra el shock, tal situación pierde importancia.

Cuando existe un hematoma del ligamento ancho, la identificación de la arteria uterina es muy difícil y con frecuencia es mucho más efectivo, fácil y simple la ligadura de la arteria hipogástrica del lado afectado.

En el tratamiento de la rotura uterina, la transfusión sanguínea constituye una medida capaz de salvar la vida de la paciente, asociándose a la misma el uso inmediato de antibióticos adecuados.

VI PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA SEGUN EL LUGAR DE PROCEDENCIA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Procedencia (Municipios)	No. casos	%
Huehuetenango	3	8.4
Cuilco	2	5.5
Ixtahuacán	1	2.7
Aguacatán	5	13.9
Santa Eulalia	4	11.1
San Pedro Necta	3	8.4
Colotenango	3	8.4
San Sebastián	2	5.5
San Antonio Hista	1	2.7
Malacatancito	1	2.7
San Gaspar Ixil	1	2.7
San Miguel Acatán	1	2.7
Barillas	1	2.7
La Democracia	1	2.7
San Rafael la Independencia	1	2.7
Santa Bárbara	1	2.7
San Andrés Hista	1	2.7
Solomá	1	2.7
Chiantla	1	2.7
Chajul (Quiché)	1	2.7
Nebaj (Quiché)	1	2.7
T O T A L	36	100.

En el cuadro No. 1 podemos observar el lugar de procedencia de los casos de ruptura uterina, así vemos que el municipio de Aguacatán fue el que más casos presentó, con una frecuencia de 13.9%. Le siguen luego Santa Eulalia con el 11.1%; Huehuetenango, colotenango y San Pedro Necta con el 8.4% cada uno; -- Cuilco, San Sebastián con el 5.5% cada uno y, con el 2.7% para cada municipio siguiente: Ixtahuacán, San Antonio Hista, Malacatancito, San Gaspar Ixil, San Miguel Acatán, Barillas, La Democracia, San Rafael la Independencia, Santa Bárbara, San Andrés Hista, Solomá, Chiantla, Chajul y Nebaj. Estos dos últimos pertenecientes al departamento de El Quiché, pero por encontrarse más cercanos a Huehuetenango acuden al mismo.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA SEGUN SI PROCEDEN DE CABECERA DEPARTAMENTAL, CABECERA MUNICIPAL O ALDEA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Procedencia	No. casos	%
Cabecera Departamental	2	5.5
Cabecera Municipal	10	27.8
Aldea	24	66.7
T O T A L	36	100.0

En el cuadro No. 2 podemos apreciar que el mayor porcentaje procedió de aldeas, siendo el 66.7% regiones de donde se tuvo que caminar para tener un mejor medio de transporte. El 27.8% procedió de cabeceras municipales, ambas consideradas como áreas rurales por carecer de muchos beneficios y que juntas constituyen el 94%. De la Cabecera departamental procedió solo el 5.5%.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO DE LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Grupo Etáreo	No. casos	%
15 - 19 años	1	2.8
20 - 24 "	7	19.4
25 - 29 "	11	30.6
30 - 34 "	8	22.2
35 - 39 "	8	22.2
40 - 44 "	1	2.8
T O T A L	36	100.0

La frecuencia de casos según el grupo etáreo está representado en el cuadro No. 3, interpretando que el grupo más afectado fue el comprendido entre las edades de 25 a 29 años, con 11 casos, lo que da un 30.6%. Se observa un caso en una pacien

te de 19 años y otro en una embarazada de 40 años. El promedio de edad encontrado en este estudio fue de 28.9 años, similar a otros estudios realizados.

Es notorio que en los grupos etáreos 20-24, -30-34 y 35-39, la frecuencia de casos de ruptura fue casi la misma, así, corresponde respectivamente a cada grupo, 7, 8, y 8 casos.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA SEGUN LA PARIDAD DE LAS PACIENTES. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Paridad	No. casos	%
Primípara	1	2.8
Plurípara	9	25.0
Múltipara	11	30.6
Gran múltipara	10	27.8
Se ignora	5	13.8
T O T A L	36	100.0

Se define como primípara la paciente que ha tenido un parto; plurípara la que ha presentado de dos a tres partos; múltipara la que ha tenido de cuatro a cinco partos y gran múltipara la que tiene más de seis partos. Así, en el cuadro No. 4 vemos que la multiparidad, actúa como causa predisponente en el

58.7%. Las pluríparas representan el 25% y las primíparas el 2.8%. Este dato se ignoró en el 13.5% o sea en cinco pacientes.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA SEGUN EL ANTECEDENTE DE ABORTO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Antecedentes de Aborto	No. de casos	%
Con antecedente	5	13.9
Sin antecedente	26	72.2
Se ignora	5	13.9
T O T A L	36	100.0

En el cuadro No. 5 se aprecia que la mayoría de pacientes o sea el 72.2% no presentaron abortos. El 13.9% o sea cinco pacientes si lo presentó, tres con un aborto, una con dos y la restante con 5 abortos, lo que indica que solo en ellas tal antecedente pudo haber actuado como causa predisponente.

En el 13.9% restante o sea en cinco pacientes se ignoraba tal antecedente.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA SEGUN LA EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Edad Gestacional	No. casos	%
A término	27	75
Pretérmino		
36 semanas: 3		
32 semanas: 1	4	11.1
Se ignora	5	13.9
T O T A L	36	100.0

Según el cuadro No. 6 el 75% de las pacientes - presentaron embarazos a término, el 11.1% embarazos pretérmino y en el 13.9% se ignoró el dato.

La edad gestacional, en la mayoría de los casos, fué diagnosticada, por quien realizó la historia clínica, por altura uterina o por simple apreciación, - ya que la última regla fue un dato ignorado en el 77.7%, ya por la paciente o porque no aparecía en la papeleta. Lo anterior hace pensar si los casos pretérmino realmente existieron, a ello se agrega que la situación transversa pudo haber alterado la altura uterina o la simple apreciación.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA SEGUN EL TIEMPO QUE TRANSCURRIO DESDE EL INICIO DE TRABAJO DE PARTO HASTA SU INGRESO AL HOSPITAL. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Horas	No. casos	%
- 12 Horas	4	11.1
13 - 24 "	13	36.2
25 - 36 "	2	5.5
37 - 48 "	4	11.1
+ 49 "	6	16.7
Se ignora	7	19.4
T O T A L	36	100.0

Como se explica en el encabezado del cuadro No. 7, el tiempo se sacó, según la referencia de la paciente, desde que inició sus "dolores de parto", hasta su ingreso al hospital. Así, el 36.2% tenía entre 13 a 24 horas, el 33.3% llevaba más de 24 horas y el 11.1% menos de 12 horas. En el 19.4% no pudo establecerse. El mayor tiempo empleado fue de 72 horas y el menor de 8, siendo un promedio de 32.9 horas.

Anteriormente, en el cuadro de paridad, se estableció que solo hubo una primípara y si tomamos

en cuenta el promedio que da Williams para el primero y segundo período del parto (13 horas primípara y 7 Hrs. 20' múltipara), se considera que la mayoría tenía un tiempo de evolución prolongado.

CUADRO No. 8

SIGNOS VITALES DE INGRESO DE LAS PACIENTES CON RUPTURA UTERINA SEGUN SU EXPRESION MAXIMA, MINIMA Y PROMEDIO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Expresión	Temperatura	Pulso	Presión Arterial
Máxima	40°C	160 X'	150/90 mm
Mínima	36°C	0 X'	0/0 mm
Promedio	37.3°C	68.8 X'	90/60 mm

El cuadro No. 8 demuestra la variación de los signos vitales de las pacientes con ruptura uterina tomados al ingreso al hospital. Así vemos que la mayor temperatura fue de 40°C y la mínima de 36°C, con un promedio de 37.3°C. El pulso vario desde 160 a 0 pulsaciones por minuto, encontrando un promedio de 68.8 X' y, por último, la presión arterial desde una máxima de 150/90 mm a cero de presión arterial, siendo el promedio de 90/60 mm.

En los casos que no se encontró algún signo vital, el pronóstico fue malo, así, tres casos ingresaron sin presión arterial y una de ellas, además,

sin pulso. Dos fallecieron, una durante el acto operatorio y la otra cuando sería intervenida, diagnosticándose la ruptura por necropsia.

Algunos registros médicos no aportaron estos datos, así, la temperatura se ignoró en tres, el pulso en cinco y la presión arterial en dos.

CUADRO No. 9

SIGNOS Y SINTOMAS DE RUPTURA UTERINA MAS FRECUENTEMENTE PRESENTADOS POR LAS PACIENTES A SU INGRESO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Signos y Síntomas	No. casos	%
Paro de trabajo de parto	30	83.3
Ausencia de foco fetal	28	77.7
Dolor abdominal	11	30.6
Hemorragia uterina vaginal	9	25.0
Palpación fácil del feto	3	8.4
Utero Lateral	3	8.4
Presentación alta	2	5.5

En el cuadro No. 8 pueden apreciarse los signos y síntomas más frecuentemente presentados por las pacientes con ruptura uterina, vemos entonces que -

el paro de trabajo de parto se presentó en el 83.3%, siguiéndoles la ausencia de foco fetal en el 77.7%, luego el dolor abdominal con el 30.6% y la hemorragia uterina vaginal en el 25%. También existió la palpación fácil del feto, el útero lateral y la presentación alta con porcentajes mucho menores. Es conveniente aclarar que en seis registros médicos no se describió ningún signo ni síntoma, constituyendo el 16.7%. También que en algún caso se presentó asociación de los mismos.

CUADRO No. 10

SITUACION Y PRESENTACION DEL FETO EN LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Situación	Presentación	No. casos	%
Longitudinal	cefálica	9	25.0
Longitudinal	podálica	1	2.8
Transversa	Acromio	25	69.4
Se ignora		1	2.8
T O T A L		36	100.0

Puede leerse en el cuadro No. 10 que la situación más frecuente fue la transversa, con 25 casos, constituyendo el 69.4%. Luego la longitudinal con el 27.8% (25% en cefálica y 2.8% en podálica). En un caso se ignoró el dato.

Todas las transversa, a excepción de un segundo gemelo, pueden considerarse transversas abandonadas, que aunque no aparezca tal diagnóstico, revisando las papeletas, según alguna nota ya del cuerpo médico o paramédico, aparecía en la mayoría que las pacientes habían sido manipuladas por comadronas.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE RUPTURA SEGUN LA CAUSA (DETERMINANTE Y/O PREDISPONENTE). HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 - DICIEMBRE DE 1978.

Causa Determinante	Causa predisponente	No. Caso	%
Situación transversa		25	69.4
Hidrocefalia		2	5.4
Versión		6	16.8
Fórceps		3	8.4
Oxitócicos		2	5.4
	Multiparidad	21	58.4
	Cesárea previa	2	5.4

Analizando el cuadro No. 11 podemos observar que la situación transversa fue la causa determinante más frecuente, encontrándose en 25 casos o sea el 69.4%, asociándose a la misma, dos casos de hidrocefalia; se consideran éstas, rupturas espontáneas. También actuaron como causa determinante o

como ruptura traumática la versión, (16.8%), el fórceps (8.4) y el uso de oxitócicos (5.4%). La administración de estos últimos uno fue extrahospitalariamente y otro dentro del Hospital.

La causa predisponente más importante fue la multiparidad, encontrada en el 58.4% (21 casos) y la cesárea previa en el 5.4% (2 casos). En base a este dato último podemos mencionar que la ruptura ocurrió en 34 uteros intactos, o sea en el 94.6%.

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN EL TRATAMIENTO BRINDADO A LAS PACIENTES CON RUPTURA UTERINA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Tratamiento	No. casos	%
Histerectomía total	19	52.8
Histerectomía subtotal	7	16.7
Histerorrafia	9	25.0
Ninguno	2	5.5
T O T A L	36	100.0

En el cuadro No. 12 se aprecia que el tratamiento más frecuente fue la histerectomía: 19 totales que dan el 52.8% y 7 subtotales que dan el 16.7%. La histerorrafia fue realizada en 9 pacientes, que cons-

tituyen el 25%. En dos pacientes (5.5%) no se realizó ningún tratamiento por fallecer las pacientes previo o durante el acto operatorio.

CUADRO No. 13

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN LA TRANSFUSION SANGUINEA ADMINISTRADA A LAS PACIENTES CON RUPTURA UTERINA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Cantidad Administrada	No. casos	%
500 cc de sangre	11	30.5
1000 cc de sangre	11	30.5
No se administró	14	39.0
T O T A L	36	100.0

En el cuadro No. 13 se observa que 11 pacientes recibieron 500 cc de sangre, otras 11, 1000 cc, correspondiéndole a cada grupo el 30.5%. A 14 pacientes no se les administró ninguna cantidad o sea el 39%. El promedio de sangre administrada fue de 750 cc de sangre para las personas que la recibieron.

CUADRO No. 14

ANTIBIOTICOS MAS FRECUENTEMENTE USADOS EN LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA, HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Medicamento	No. de casos	%
Penicilina cristalina + Cloramfenicol	23	63.9
Penicilina Cristalina	4	11.1
Penicilina Cristalina + Estreptomina	2	5.5
Ampicilina + Kanamicina	2	5.5
Penicilina Cristalina + Kanamicina	1	2.8
Cloramfenicol	1	2.8
Ampicilina	1	2.8
Kanamicina	1	2.8
Ninguno	1	2.8
T O T A L	36	100.0

El cuadro No. 14 expresa que el antibiótico más usado fue la Penicilina Cristalina, antibiótico que apareció así: asociado con cloramfenicol en el 63.9%, sola en el 11.1%, con estreptomina en el 5.5%, con Kanamicina en el 2.8%. La asociación de

ampicilina y kanamicina se usó en el 5.5% y la utilización de cloramfenicol, ampicilina y kanamicina solas fue en el 2.8% cada uno. Es conveniente decir que estos antibióticos se usaron desde el principio, cuando se diagnosticó o descubrió la ruptura aunque más tarde hayan sido cambiados.

CUADRO No. 15

VARIACION Y PROMEDIO DE LA HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO REGISTRADOS AL INGRESO DE LAS PACIENTES CON RUPTURA UTERINA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Variación	Hemoglobina	Hematocrito
Mayor	14.9 gr.	55%
Menor	8.5 "	26%
Promedio	11.7 "	35.6%

El cuadro No. 15 manifiesta los exámenes de hemoglobina y hematocrito, encontrando que el valor mayor de hemoglobina fue de 14.5 gr. y el menor de 8.5 gr., siendo el promedio de 11.7 gr., el cual es considerado bajo. Con respecto al hematocrito, el valor mayor fue de 55%, el menor 26% y el promedio de 35.6%. Se considera, por lo tanto, que los valores altos pudieran haberse debido a hemoconcentración por diversas causas y que la realidad es que todas las pacientes tenían valores bajos en estos exámenes de laboratorio, como se encuentran expresados en los promedios obtenidos. En tres de las pacientes no se encontró este dato.

CUADRO No. 16

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA SEGUN LA VARIEDAD DE LA MISMA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Variedad de la ruptura	No. casos	%
Incompleta	29	80.5
Completa	4	11.1
Se ignora	3	8.4
T O T A L	36	100.0

El cuadro No. 16 brinda los datos según el comportamiento del peritoneo en una ruptura, así tenemos que la variedad incompleta se comprobó en el 80.5% y la completa en el 11.1%. En tres casos no se encontró ningún dato. Sin embargo, los datos no se apartan de los logrados en otros estudios.

CUADRO No. 17

DISTRIBUCION DE LAS RUPTURAS UTERINAS SEGUN EL LUGAR UTERO DONDE OCURRIO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Lugar de la ruptura	No. casos	%
En el segmento	33	91.6
En el cuerpo	0	0.0
Se ignora	3	8.4
T O T A L	36	100.0

En el cuadro No. 17 se puede comprobar que las rupturas del cuerpo son raras, ya que en este estudio el porcentaje fue de cero. Por otro lado, las ocurridas en el segmento poseen un alto porcentaje, como lo es el 91.6%. En tres de los registros médicos el dato no apareció.

CUADRO No. 18

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES ENCONTRADAS EN LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Complicación	Transoperatorio	Postoperatorio
Shock Hipovolémico	8	3
Ileo paralítico	-	4
Shock Séptico	-	3
Infección de herida operatoria	-	3
Insuficiencia renal aguda	-	2
Fístula vesico-vaginal	-	2
Peritonitis	-	1
Tétanos	-	1
Neumonía basal derecha	-	1
Infección urinaria	-	1
Endometritis	-	1
Hematoma de cúpula vaginal	-	1

El cuadro No. 18 nos expone las complicaciones más frecuentes observadas en los casos de ruptura u-

terina en el Hospital de Huehuetenango, así tenemos que en el transoperatorio, la más sufrida fue el shock hipovolémico con ocho casos, dos de los cuales fallecieron. Apareció esta complicación en el postoperatorio en tres casos, donde además se presentaron las siguientes: Ileo paralítico, cuatro casos; Shock séptico, tres casos; infección de herida operatoria, tres casos; insuficiencia renal aguda dos casos; fístula vesico-vaginal, dos casos; peritonitis, un caso; tétanos, un caso; neumonía un caso; infección urinaria un caso; endometritis, un caso; y hematoma de cúpula vaginal un caso. Se aclara que a veces una paciente padeció más de una complicación.

El caso de tétanos, según notas del registro médico, fue un caso que ingresó con tal patología. La paciente falleció a los 19 días de hospitalización.

Existieron 13 casos de ruptura uterina que no tuvieron ninguna complicación, expresándose así: 36.1% sin complicación y 63.9% con complicación, lo que demuestra un alto porcentaje.

CUADRO No. 19

DIAS HOSPITALIZACION, VARIACION Y PROMEDIO EN LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978

Variación	Días hospitalización
Máximo	89 días
mínimo	1 día
Promedio	11.3 días

La paciente que presentó más días de hospitalización (89 días) tuvo como complicación una fístula vesico-vaginal, la que trataron de corregir en varias ocasiones. En las pacientes que tuvieron un día, que fueron cuatro casos, van incluidas dos pacientes que permanecieron varias horas nada más. El promedio de días estancia fue de 11.3 días.

CUADRO No. 20

PESO DEL FETO: VARIACION Y PROMEDIO. RUPTURA UTERINA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Variación	Peso
Mayor	8.80 Lbs.
Menor	5.12 "
Promedio	6.90 "

En el cuadro No. 20 se puede apreciar que 8.80 libras fue el peso mayor registrado y 5.12 lbs. el menor para los fetos de las pacientes con ruptura uterina, siendo 6.9 Lbs. el promedio, lo cual indica que los pesos encontrados pueden considerarse en límites normales.

CUADRO No. 21

MORTALIDAD MATERNA Y FETAL EN LOS CASOS DE RUPTURA UTERINA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1978.

Condición	Madre		Feto	
	No	%	No	%
Vivo	26	72.2	2	5.5
Muerto	10	27.8	34	94.5
T O T A L	36	100.0	36	100.0

En el cuadro No. 21 se puede apreciar que la mortalidad materna fue del 27.8%, que aunque elevada, se encuentra similar a otros trabajos. Con respecto a la mortalidad fetal, si se observa su elevado porcentaje, ya que constituye el 94.5%, lo que nos da a entender el pronunciado mal pronóstico del feto.

VII CONCLUSIONES

1. La procedencia de los casos de Ruptura Uterina que acudieron al Hospital Nacional de Huehuetenango, fue del área rural en un alto porcentaje (94%).
2. El grupo de edad más afectado fue el comprendido en las edades de 24 - 29 años, con el 30.6%, siendo el promedio de edad de 28.9 años.
3. La causa determinante más importante fue la situación transversa con el 69.4% y la predisponente la multiparidad con el 58.7%, siendo el promedio de paridad de 3.7%.
4. El antecedente de aborto solo se presentó en el 13.9%.
5. El tiempo de evolución desde el inicio de trabajo de parto hasta el ingreso al hospital tuvo un promedio de 32.9 horas.
6. La variedad en los resultados de los signos vitales de ingreso son importantes y ayudan mucho más cuando se encuentran asociados otros signos o síntomas de ruptura uterina.
7. Los signos y síntomas más frecuentes encontrados y que dan el diagnóstico, fueron en orden de frecuencia: Paro de trabajo de parto (30 casos), ausencia de foco fetal (28 casos), dolor abdominal (11) y hemorragia uterina vaginal (nueve casos).
8. El accidente obstétrico por traumatismos se presentó en 11 casos (30.6%), siendo en orden de frecuencia: versión (6 casos), fórceps (3 casos) y oxitócicos (2 casos).

9. El accidente ocurrió en el 5.4% en úteros con cicatriz previa, siendo el 94.6% en úteros intactos.
10. El tratamiento quirúrgico más empleado fue la histerectomía. La total se realizó en el 52.8% y la subtotal en el 16.7%.
11. La transfusión sanguínea se administró en el 61%, recibiendo cada paciente un promedio de 750 cc de sangre.
12. La penicilina Cristalina asociada al Cloramfenicol fueron los antibióticos de entrada más empelados, usándose así en el 63.9%.
13. El 75% de las pacientes presentaron embarazos a término, siendo dudosos los casos pretérmino por ser situaciones transversas y en los que la edad gestacional se calculó en base a la altura uterina.
14. Los promedios de hemoglobina y hematocrito fueron respectivamente: 11.7 gr. y 35.6%, los cuales son considerados bajos.
15. Las rupturas con variedad incompleta ocurrieron en el 80.5%, ocurriendo en el segmento en el 91.6%.
16. La complicación en el post y transoperatorio más frecuente fue el shock hipovolémico, ocurriendo en el 30.5%.
17. Los días de hospitalización variaron entre uno y 89 días, siendo 11.3 días el promedio.
18. El peso de los fetos varió entre 8.8 lbs. y 5.12 lbs, siendo el promedio de 6.9 lbs.

19. La mortalidad materna fue del 27.8% y la mortalidad fetal del 94.5%. Consideramos la mortalidad materna relativamente baja tomando en cuenta lo expuesto anteriormente.
20. Los registros médicos o fichas clínicas además de ser llenados incorrectamente en su mayoría, carecen de datos importantes.
21. Creemos que la alta mortalidad fetal es consecuencia del tiempo transcurrido entre la ruptura uterina y el momento de consulta al hospital, siendo la razón la mayor incidencia correspondiente al área rural.

VIII RECOMENDACIONES

1. Aún cuando el personal médico y paramédico del hospital Nacional de Huehuetenango haya aumentado, debe ponerse énfasis sobre un mejor llenado de las historias clínicas.
2. Conociendo que la Ruptura Uterina es un accidente obstétrico frecuente en nuestro medio, la revisión del tema debe hacerse periódicamente para asegurar un mejor pronóstico materno-fetal.
3. Que la Dirección General de Servicios de Salud conozca de la situación para que:
 - a) La cobertura de atención para la mujer embarazada sea amplia y efectiva.
 - b) La orientación para las personas que ejercen como comadronas empíricas sea periódica y frecuente.
 - c) Haya educación periódica y frecuente para toda embarazada que acuda a control prenatal.
 - d) El aprovechamiento, previa orientación, de los promotores de salud, quienes por ser de determinada región, pueden combatir ideas, creencias y tradiciones que son nocivas para la salud.
4. Mejorar las condiciones socioeconómicas de la población, situación que es la más primordial y la más difícil.
5. En resumen mejorar la profilaxis obstétrica en el ámbito rural y un mejor adiestramiento en la atención del parto domiciliario.

IX BIBLIOGRAFIA

1. Azpurú, Carlos Eduardo. Consideraciones sobre las Rupturas del Utero en Obstetricia. Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Junio de 1940.
2. Duarte Contreras, Alberto y Col. Ruptura Uterina. A Propósito de 34 Historias Clínicas del Hospital San Juan de Dios, Cúcuta, Colombia. Revista de Ginecología y Obstetricia de México.
3. García Ruano, Luis Felipe. Cesárea - Histerectomía en un Solo Tiempo. Revisión de cinco Años retrospectivos (1969-1974). Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.
4. Herrera Lasso, Fernando y Col. Ruptura Uterina. Análisis de 100 casos ocurridos de abril de 1963 a octubre de 1965 en el Hospital de Gineco-obstetricia No. 1 del IMSS. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 23-24. marzo -- 1968.
5. De León Montenegro, Homero I. La Ruptura Uterina. Revisión de 20 casos ocurridos de enero de 1975 a septiembre de 1978 en el Hospital Nacional de Huehuetenango. Trabajo presentado en el XVIII Congreso Nacional de Medicina en Quezaltenango. Noviembre de 1978.
6. Lima Estrada, Enio Ateno. Rupturas del Utero en el Trabajo de Parto. Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Julio de 1957.

7. Maldonado Palacios, Juna de Dios. Situación Transversa Abandonada. Estudio de Seis años en el Depto. de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt. Incidencia, causas y Conducta a Seguir. Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
8. Mejía Gonzáles, Erwin Aníbal. Mortalidad Materna en la Sección de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Huehuetenango. Revisión de 5 años (1973-1977)
9. Méndez Cardona, William Damían. Indicación de Operación Cesárea en un Hospital Departamental. Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. -- Abril de 1978.
10. Méndez Parra, Rafael y Col. La Ruptura Uterina. Evaluación de 11 años en la Maternidad del Hospital de Valencia, Plácido Morales Roa, Venezuela. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Vol. I Enero de 1978.
11. Molina Sosa, Arturo y Col. Ruptura Uterina. Análisis de 37 casos. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 37. Marzo 1975.
12. O'Kaser y Col. Ginecología y Obstetricia. Segundo Tomo: Embarazo y Parto. Salvat -- Editorial S.A. 1973.
13. Schwarcz, Ricardo y Col. Obstetricia. 3a. Edición. El Ateneo Editorial. Buenos Aires 1973.

14. Hellman, Louis M. y Jack A. Pritchard. Obstetricia de Williams. Versión española revisada por Alfonso Fernández-Cid y José M. Carrera Maciá. Salvat Editores S.A. Mallorca 43, Barcelona 1973.

Jorge Luis Palacios
Br: ~~Jorge Luis Palacios~~ Shutuc

César Palacios
Asesor
César Palacios Shutuc

[Signature]
Revisor
Dr. Homero I. de León Montenegro

[Signature]
Director de Fase III
Julio de León M

[Signature]
Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R

Vo.Bo.

[Signature]
Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo