

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HEMORRAGIA DEL ALUMBRAMIENTO
POR ATONIA UTERINA

REVISION DE CINCO AÑOS
HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA
EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

P o r:

EDGAR ROBERTO PENEDO ROMAN

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

" CONTENIDO "

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
 - a) GENERALES
 - b) ESPECIFICOS
- III MATERIAL Y METODO
- IV ANTECEDENTES
- V PRESENTACION DE RESULTADOS
- VI ESQUEMATIZACION GRAFICA
- VII ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
- VIII CONCLUSIONES
- IX RECOMENDACIONES
- X BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

El presente trabajo es un estudio retrospectivo, que tiene como tema: Hemorragia del alumbramiento por "ATONIA UTERINA", comprende los años de 1968 a 1972 inclusive, casos dados en el departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt.

Tomando en cuenta que la triada de hemorragia, sepsis y trastornos hipertensivos del embarazo son la causa de mayor mortalidad materna, creó que la hemorragia post parto con una frecuencia aún no determinada en nuestro medio, no ha sido estudiada recientemente y con profundidad; sobre todo la atonía uterina (hipotonía) a la cual le corresponde un alto porcentaje de los casos de hemorragia post parto.

La finalidad de este trabajo es determinar la incidencia de atonía uterina y sobre todo, las causas que llevaron a la misma, para que en un futuro estos penosos cuadros adviertan al médico - principalmente al Obstetra de la posibilidad de una hemorragia peligrosa.

Para el desarrollo de esta investigación se contó con la supervisión del Dr. Benedicto Vásquez Jefe de Sección del Departamento de Maternidad. Y la Asesoría del Dr. Roberto Molina Barrera.

La bibliografía es producto de textos, artículos y clases magistrales recibidas durante mi carrera médica.

II. OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.- Aplicación del método científico en la realización de esta investigación.
- 2.- Comprender la importancia de estas investigaciones.
- 3.- Proporcionar una fuente de información sobre la hemorragia del alumbramiento por atonía uterina en nuestro medio, en especial la encontrada en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

ESPECIFICOS:

- 1.- Recordar algunos conceptos sobre lo que es la atonía uterina.
- 2.- Conocer la incidencia de la entidad en los diferentes grupos étnicos y étnicos.
- 3.- Determinar si el número de embarazos influye en que se presente esta patología.
- 4.- Conocer la edad gestacional en la que se da más frecuentemente.
- 5.- Determinar la asistencia a control prenatal.
- 6.- Conocer el tipo de parto.
- 7.- Conocer el tiempo de trabajo de parto.
- 8.- Determinar la cantidad de sangre perdida en

III. MATERIAL Y MÉTODO

el tercer período del parto.

- 9.- Conocer la causa más frecuente de hemorragia del alumbramiento.
- 10.- Conocer el tratamiento ofrecido en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt para las pacientes que presentaron atonía uterina.
- 11.- Conocer el tipo de anestesia utilizada.
- 12.- Determinar la patología acompañante de la Atonía Uterina.
- 13.- Conocer el peso del recién nacido y su influencia en el aparecimiento de esta patología.
- 14.- Determinar si se tuvo controles de hemoglobina y hematocrito pre y post parto.
- 15.- Conocer el estado nutricional de la paciente.
- 16.- Conocer el tiempo de hospitalización.
- 17.- Conocer influencia de embarazos múltiples.
- 18.- Conocer si hubo necesidad de histerectomía abdominal.

III. MATERIAL Y METODO

MATERIAL

RECURSOS HUMANOS:

- 1.- Personal que labora en el departamento de archivos clínicos del Hospital Roosevelt.
- 2.- Médicos supervisor y asesor.
- 3.- Personal que labora en la biblioteca médica del Hospital Roosevelt.
- 4.- Personal médico del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

RECURSOS FISICOS:

- 1.- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Hemorragia del Alumbramiento, tiempo comprendido de 1968 a 1972 registradas en el archivo del Hospital Roosevelt.
- 2.- Textos, artículos, copias y otras fuentes bibliográficas consultadas.
- 3.- Biblioteca médica del Hospital Roosevelt.
- 4.- Biblioteca central de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

METODO:

El presente estudio es de tipo retrospectivo para el cual se estipuló un tiempo de 5 años para investigar. Se tomaron variables de edad, raza, paridad, edad gestacional, control prenatal, tipo

de parto, tiempo de trabajo de parto, causa de hemorragia en el tercer período del parto, presión arterial al ingreso de la paciente y después del parto, el tratamiento ofrecido, tipo de anestesia utilizada, patología acompañante, peso del recién nacido, control de hemoglobina y hematocrito en el pre y post parto, estado nutricional, días de hospitalización y casos de embarazo múltiple. Se procedió luego, a su tabulación correspondiente, esquematización gráfica, análisis e interpretación de resultados; en base a lo anterior se elaboraron las conclusiones y recomendaciones que aparecen al final del trabajo.

IV. ANTECEDENTES

No se había realizado un estudio previo de esta naturaleza.

CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICION:

La atonía uterina, está comprendida dentro del grupo de las hemorragias del alumbramiento; diremos entonces que existe hemorragia del alumbramiento cuando la cantidad de sangre perdida después de la expulsión de la placenta sobrepasa de los 500 cc; las causas de hemorragia en su orden de frecuencia son:

- Atonía uterina
- Retención de placenta
- Rasgaduras perineales
- Rasgaduras cervicales
- Ruptura uterina
- Ruptura de várices vaginales
- Tumores sanguíneos
- Trastornos de la coagulación.

Entonces podemos definir como atonía uterina o INERCIA UTERINA; a la falta de contracción y retracción del útero después de la expulsión de la placenta, ya que lo normal es que la hemorragia se detiene en cuanto se expulsa la placenta y el útero se retrae. Los vasos arteriovenosos que quedan abiertos en la pared son fuertemente comprimidos y obliterados por la red muscular del cuerpo uterino en una contracción permanente que es la retracción. El útero desde ese momento toma una forma leñosa que no la abandonará más esto se conoce como "globo de seguridad de Pinard".

ETIOLOGIA: CONSIDERACIONES GENERALES

Son varias las causas que pueden llevar a un cuadro de atonía uterina. Podemos mencionar:

- Analgesia o anestesia prolongada
- Recién nacidos de más de 4,000 gramos
- Embarazo múltiple
- Sobredestensión del útero
- Multiparidad
- Polihidramnios
- Trabajo de parto prolongado
- Partos precipitados.

FISIOPATOLOGIA DE LA ATONIA UTERINA:

Como se mencionó anteriormente, son varias las causas que pueden llevar a un cuadro de atonía uterina, se describe a continuación las causas más importantes:

SOBREDISTENSION UTERINA: La sobredestensión uterina causa una sobredestensión de la fibra muscular uterina, esto tiene por resultado elongación del sarcoplasma con la consiguiente alteración a nivel de la síntesis de AMP cíclico, esto produce defecto en la síntesis adecuada de ácido araquídico y esto causa alteración en la producción de prostaglandinas, con lo cual no se produce una contracción uterina adecuada y prolongada.

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO: Este como consecuencia del exceso de trabajo muscular llega a producir una alteración a nivel de la membrana de la célula miometrial de esta manera altera la bomba de sodio y potasio con la consecuente alteración

en el metabolismo del calcio, dando por resultado un defecto en la formación del complejo actomiosina, haciendo que el útero sea menos sensible al estímulos de oxitócicos o mecánico como el masaje uterino.

Con respecto a la anestesia profunda y en especial al Fluotane, este produce a nivel periférico un bloqueo en la sinapsis neuronal produciendo relajación generalizada.

CUADRO CLINICO:

Para comenzar se puede decir que el diagnóstico es casi siempre sencillo; puesto que el útero después de desocuparse por completo, permanece de un tamaño mayor de lo normal de consistencia blanda y que al manipularlo disminuye de tamaño y se contrae y que al cesar el estímulo nuevamente se pone flácido.

No todas las pacientes toleran igual la pérdida de sangre; ya que algunas pueden soportar fácilmente la pérdida de 1,000 cc. de sangre, mientras que para otras dicha cantidad sería mortal, todo lo cual dependerá de factores tales como anemia previa, enfermedades crónicas, trabajo de parto prolongado, etc.

La sintomatología presentada por las pacientes con atonía uterina básicamente es la que se manifiesta en el shock hipovolémico.

Debe indicarse que en ocasiones la cavidad uterina puede estar distendida hasta por 1,000 cc de sangre y sin embargo, la paciente no muestra pérdida sanguínea por vía vaginal, sin embargo, hay signos francos de hipovolemia.

TRATAMIENTO:

- Masaje uterino a través de la pared abdominal el que deberá prolongarse hasta que el útero se mantenga retraído.
- Compresión bimanual del útero.
- Oxitópicos
- Taponamiento uterino; el cual se menciona únicamente para condenarlo.

Si han fracasado los intentos anteriores deberá recurrirse a medidas más agresivas tal como la ligadura de las arterias uterinas, ligaduras de las arterias hipogástricas y/o histerectomía abdominal.

Lo básico de la terapéutica lo constituye el mantener la volemia de la paciente, en esencial restituir la sangre perdida.

Con respecto a los oxitópicos se puede decir:

SYNTOCINON: Oxitocina sintética, es un polipéptido (octapeptido) sintetizado en 1953. Disponible en ampollas de 1 ml. con actividad oxiocítica equivalente a 5 unidades USP.

ERGONOVINA Y METILERGONOVINA: Son derivados del cornezuelo de centeno, ambos pertenecen al grupo de la ergobasina, difieren entre sí en que un grupo etilo va a sustituir al grupo metilo de la fracción hidroxisopropilamina de la ergonovina. Estos dos tipos de oxitópicos actúan a nivel del sarcoplasma, introduciendo calcio para formar el complejo actomiosina para así producir la contrac-

ción uterina.

PRONÓSTICO:

En general el pronóstico es bueno para estas pacientes si su problema es detectado en un principio y el tratamiento instituido se efectúa con responsabilidad y rapidez.

V. PRESENTACION DE RESULTADOS

Número de partos atendidos en los 5 años:
61,493

Casos de hemorragia del alumbramiento:
45 de los cuales 30 fueron por atonía uterina.

No. TOTAL DE PARTOS 5 AÑOS	ATONIA UTERINA		%
	No. CASOS		
61,493	30	0.040	

EDAD:

Se pudo observar que la mayor incidencia de atonía uterina se encontró en la tercera década de la vida (19 casos = 63.33%), siguiendo en importancia la segunda década (6 casos 20.00%), el menor porcentaje en la cuarta y quinta décadas de la vida. No se presentó ningún caso arriba de los 50 años, quizás por los pocos embarazos que se presentan a esta edad. (Ver gráfica No. 1).

EDAD	NO. CASOS	%
10 - 19 años	6	20.00
20 - 29 años	19	63.33
30 - 39 años	4	13.33
40 - 49 años	1	3.33
50 más años	0	-

RAZA:

Según la raza hubo 25 casos registrados en la raza Ladina (83.33%) y solo 5 casos (16.66%) en la raza indígena, seguramente porque el estudio

se realizó en hospital capitalino. (Hospital Roos velt). (Ver gráfica No. 2).

RELIGION:

Todas las pacientes se consignaron como de religión católica.

NO. DE EMBARAZOS:

De el número total de casos, la mayor incidencia se detectó en primigestas (10 casos = 33.33%); siguiendo en importancia las pacientes que refirieron menos de 5 embarazos. El menor número de casos se registró en grades multiparas (arriba de 6 embarazos 13.33%). (Ver gráfica No. 3).

NO. DE EMBARAZOS	NO. CASOS	%
PRIMIGESTA	10	33.33
SECUNDIGESTA	8	26.66
PEQUEÑA MULTIPARA	8	26.66
GRAN MULTIPARA	4	13.33

EDAD GESTACIONAL:

La edad gestacional es dada únicamente por la edad estimada, o sea por lo que mide la altura uterina. No se tomó la edad de embarazo por la fecha de la última regla, ya que la mayoría de las pacientes no la refirieron o no la recordaban exactamente.

La mayor incidencia se encontró en las pacientes que presentaron una altura uterina entre 30 y 34 centímetros, que corresponde a embarazos de 38

y 42 semanas respectivamente (25 casos = 83.33%), siguiéndole en orden de frecuencia las pacientes que presentaron una altura uterina entre 25 y 29 centímetros, que corresponde a un embarazo entre 33 y 37 semanas respectivamente (4 casos = 13.33%). (Ver gráfica No. 4).

EDAD DE EMBARAZO SEMANAS	NO. CASOS	%
32 - 37	4	13.33
38 - 42	25	83.33
43 -	1	3.33

CONTROL PRENATAL:

La mayoría de las pacientes como es usual en poblaciones de bajo nivel socioeconómico no llevaron control prenatal (26 casos = 86.66%). (Ver gráfica No. 5).

TIPO DE PARTO:

La mayor parte de partos fueron eutócicos simples (25 casos = 83.33%), únicamente 5 casos fueron distócicos simples (16.66%). De éstos: 3 cesáreas segmentarias transperitoneales por sufrimiento fetal, y 2 cesáreas segmentarias transperitoneales por situación transversa.

TIPO DE PARTO	NO. DE CASOS	%
EUTÓCICO SIMPLE	25	83.33
DISTÓCICO SIMPLE	5	16.66

PARTOS DISTÓCICOS

CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL: 5

2 por situación transversa
3 por sufrimiento fetal intenso.

TIEMPO TOTAL DE TRABAJO DE PARTO:

La mayor parte de las pacientes que presentaron atonía uterina (12 casos 40.00%) presentaron tiempo de trabajo de parto entre 13 y 24 horas. Se registró tiempo de trabajo de parto de 7 a 12 horas en 9 casos (30.00%), de 0 a 6 horas en 7 casos (23.33%) y en 2 casos no se registró.

TIEMPO TOTAL DE TRABAJO DE PARTO

H O R A S	NO. CASOS	%
0 - 6	7	23.33
7 - 12	9	30.00
13 - 24	12	40.00
24 -	0	-
NO REGISTRADOS	2	6.66

CANTIDAD DE SANGRE PERDIDA:

Se hace la salvedad que en la mayoría de los casos la pérdida de sangre en el tercer período del parto o del alumbramiento fue únicamente estimativa, o sea que no se cuantificó exactamente, así también en los casos resueltos quirúrgicamente.

La mayoría de las pacientes perdieron más de 500 cc. de sangre (9 casos: 30.00%). Los casos que fueron resueltos quirúrgicamente perdieron arriba de 800 cc. de sangre.

En un solo caso se registró la cantidad de sangre perdida arriba de los 1000 cc. (Ver gráfica No. 6).

ESTIMACION DE PERDIDA SANGUINEA POST ALUMBRAMIENTO.

C.C.	NO. CASOS	%
500	9	30.00
600	7	23.33
700	5	16.66
800	4	13.33
900	1	3.33
1000	3	10.00
MAS	1	3.33

CAUSA DE HEMORRAGIA DEL ALUMBRAMIENTO:

La causa más frecuente de hemorragia del alumbramiento se le atribuyó a la atonía uterina, —— después de los 45 casos en 30 esta fué la causa (66.66%). Entre las otras causas se presentan en orden de frecuencia decreciente: rasgaduras perineales (grado I y II, 7 casos 15.55%), retención de restos placentarios (5 casos 11.11%), hemorragias del segmento, 1 caso (2.2%), varices vulvares (1 caso 2.22%), hematoma vaginal (1 caso 2.22%). (Ver gráfica No. 7).

CAUSA DE HEMORRAGIA DEL ALUMBRAMIENTO	NO.	CASOS	%
ATONIA UTERINA	30	66.66	
RASGADURA PERINEAL	7	15.55	
RETENSION RESTOS PLACENTARIOS	5	11.11	
VARICES VULVARES	1	2.22	
HEMATOMA VAGINAL	1	2.22	
HEMORRAGIA DEL SEGMENTO UTERINO	1	2.22	

PRESION ARTERIAL AL INGRESO Y DESPUES DEL PARTO:

Hipotensión arterial se presentó en todos —— los casos, en 2 casos se presentó presión arterial cero sobre cero. La mayor parte de pacientes respondieron al tratamiento con soluciones (lactato - Ringer), sangre y expansores del plasma (Haemacel).

TRATAMIENTO:

El número mayor de casos se trataron con soluciones más sangre (22 casos: 73.33%), 7 pacientes fueron tratadas únicamente con soluciones (23.33%). En 1 caso no se registró el tratamiento instituido (3.33%).

TRATAMIENTO DE ATONIA UTERINA	NO. CASOS	%
SOLUCIONES Y SANGRE	22	73.33
SOLUCIONES	7	23.33
NO REGISTRADOS	1	3.33

TRATAMIENTO DE LAS OTRAS ENTIDADES	NO. CASOS
RETENSION DE RESTOS PLACENTARIOS	5
RASGADURA PERINEAL	7
VARICES VULVARES	1
HEMATOMA VAGINAL	1
HEMORRAGIA DEL SEGMENTO	1

ANESTESIA UTILIZADA:

En 5 de los casos resueltos quirúrgicamente - se usó como anestesia el Pentotal.

PATOLOGIA ACOMPAÑANTE:

En 7 casos se encontró como patología acompañante preeclampsia, 1 caso de ruptura prematura de membranas amnióticas, 1 caso de obitio fetal y 1 caso de anemia ferropriva. (Ver gráfica No. 8).

PESO DEL RECIEN NACIDO:

En 20 de los casos el peso del recién nacido fué mayor de 7 libras. En 7 de los casos el peso del recién nacido fué menor de 7 libras y en 3 casos no se registró el peso del recién nacido.

CONTROL DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO PRE Y POST-PARTO:

En 9 casos se tomaron muestras de sangre para hemoglobina y hematocrito en pre y post-parto (30.00%). En 8 casos únicamente se tomaron muestras de hemoglobina hematocrito en el pre-parto (26.66%). En 2 casos únicamente apareció hemoglobina y hematocrito en el post-parto (6.66%). No se tomaron muestras de sangre en 11 casos (36.66%). (Ver gráfica No. 9).

CONTROL HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO		
HB - HT	NO. CASOS	%
PRE Y POST-PARTO	9	30.00
PRE PARTO	8	26.66
POST PARTO	2	6.66
NO REGISTRADOS	11	36.66

ESTADO NUTRICIONAL:

En 25 casos se consideró el estado nutricional de la paciente como regular (83.33%), en 2 casos como bueno (6.66%) y en 3 casos como malo (10.00%).

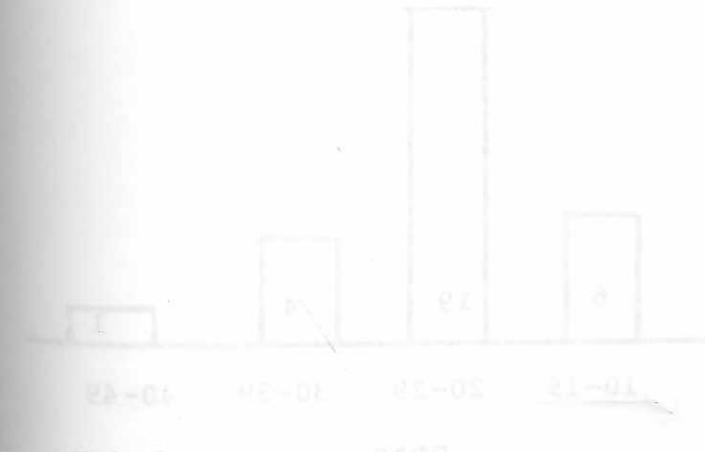
DIAS DE HOSPITALIZACION:

De los 30 casos 27 estuvieron hospitalizadas 2 días (90.00%), de 3 a 5 días 2 pacientes (6.66%) y arriba de 6 días 1 paciente (3.33%). (Ver gráfica No. 10).

En ningún caso se realizó histerectomía.

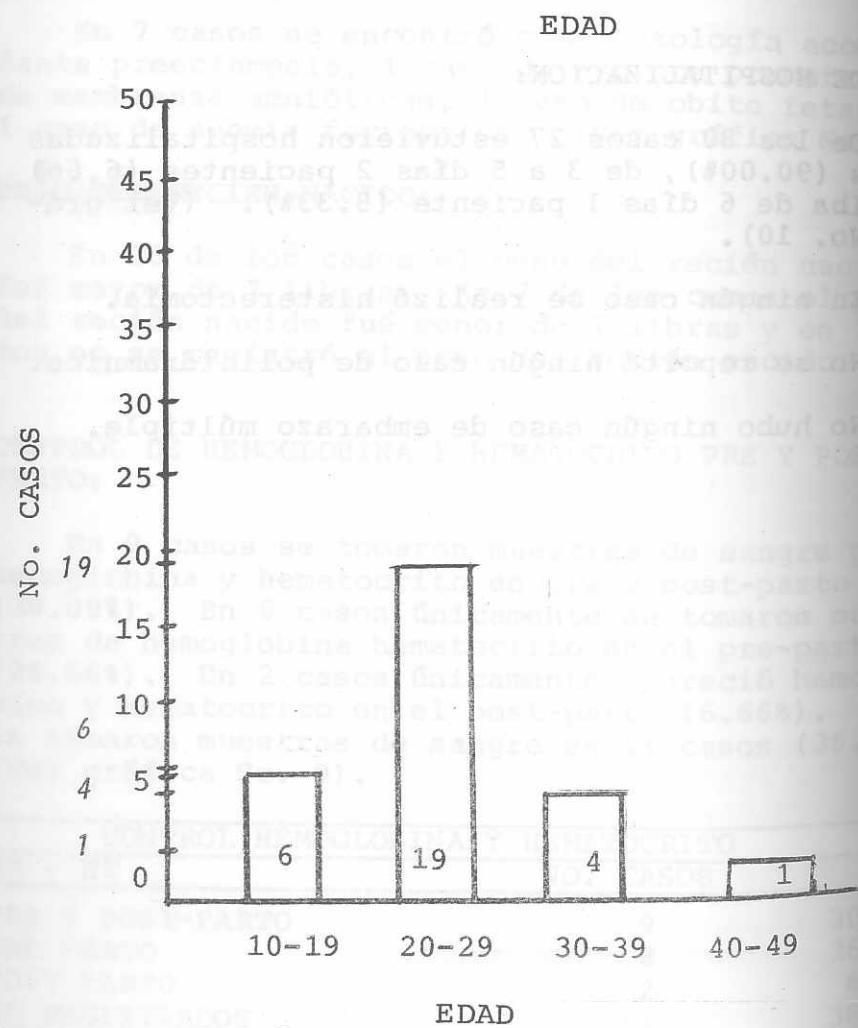
No se reportó ningún caso de polihidramnios.

No hubo ningún caso de embarazo múltiple.

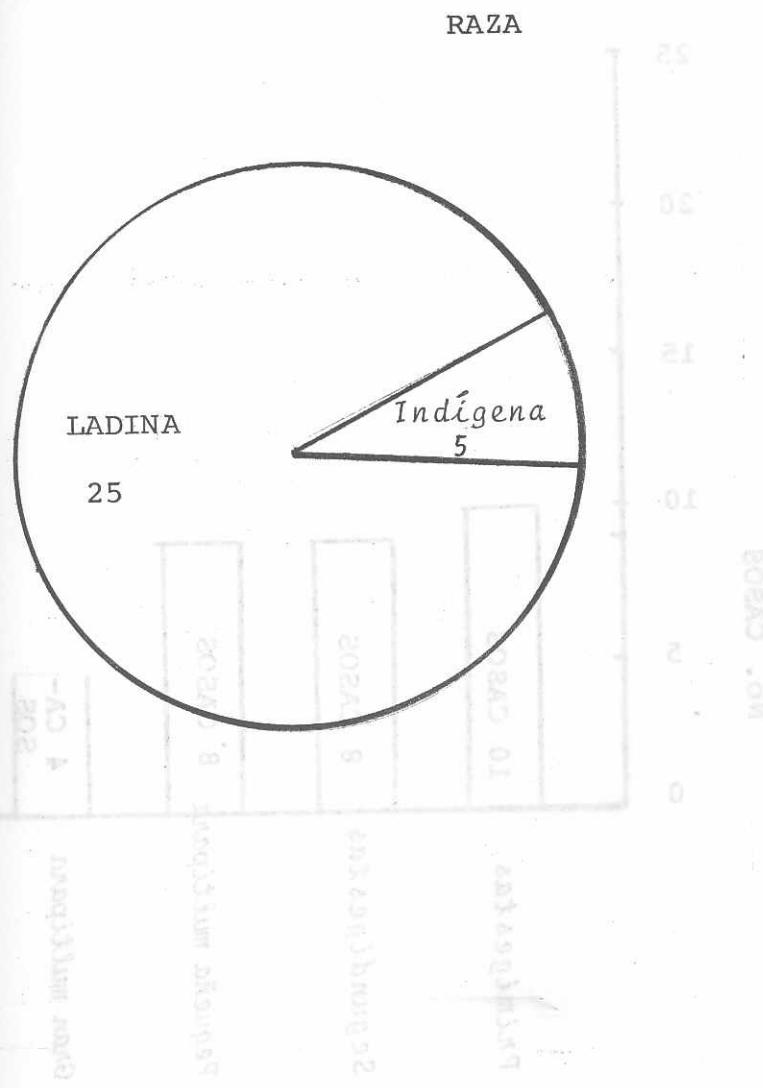


VI. ESQUEMATIZACION GRAFICA

GRAFICA No. 1

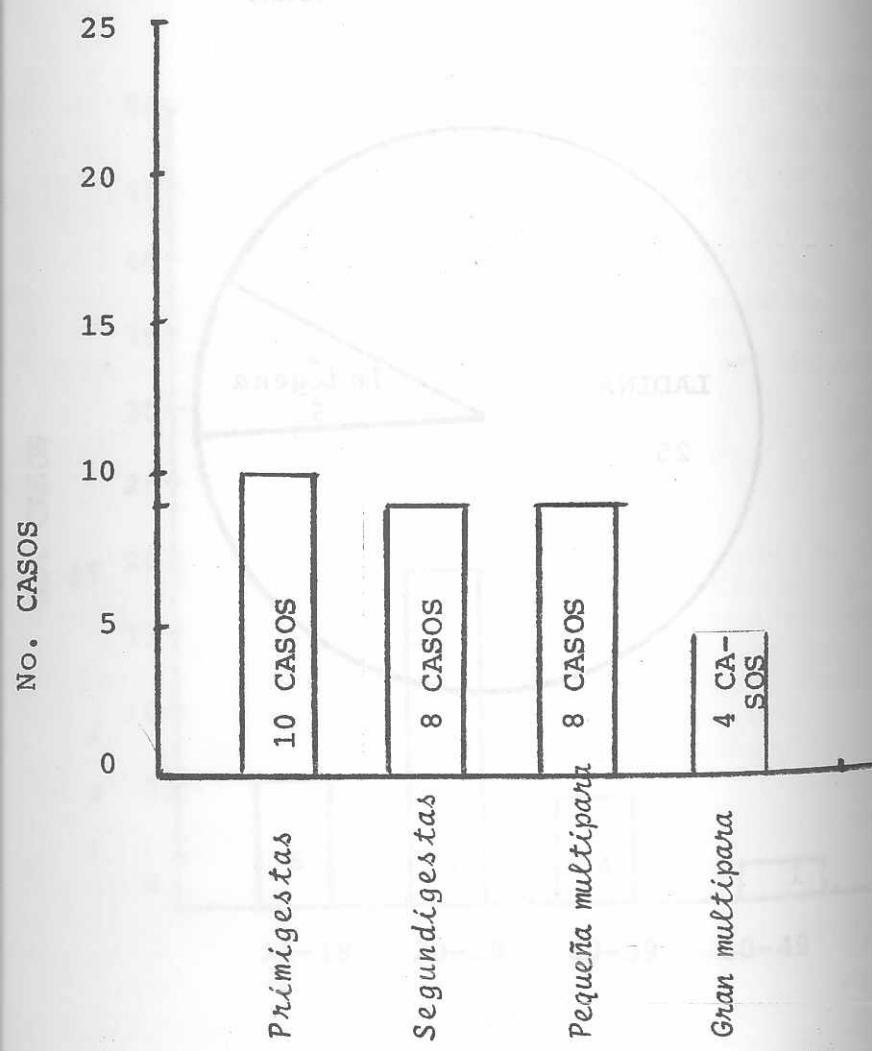


GRAFICA No. 2



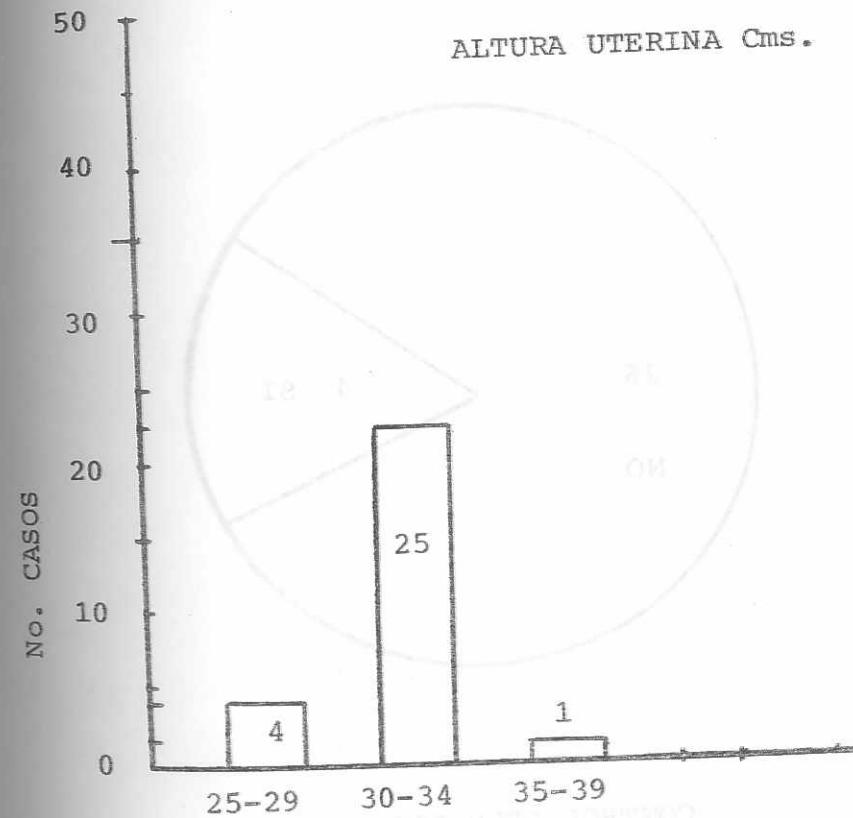
GRAFICA No. 3

NO. DE EMBARAZOS

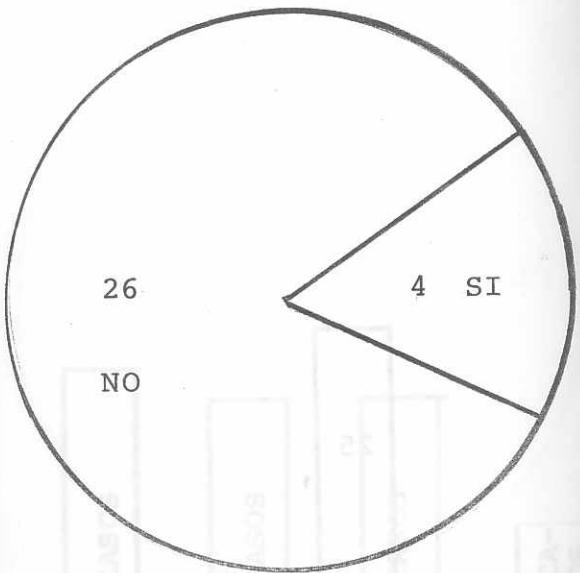


GRAFICA No. 4

ALTURA UTERINA Cms.

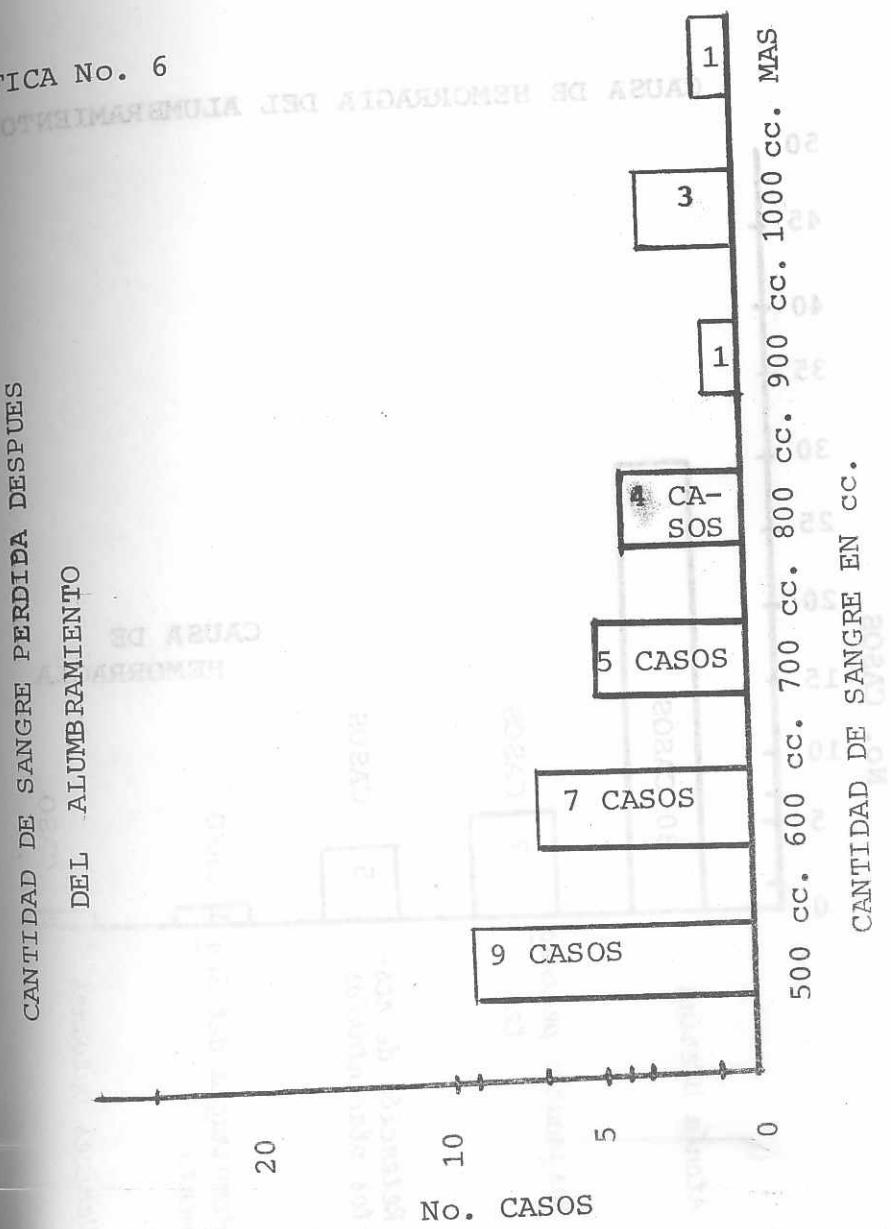


GRAFICA No. 5

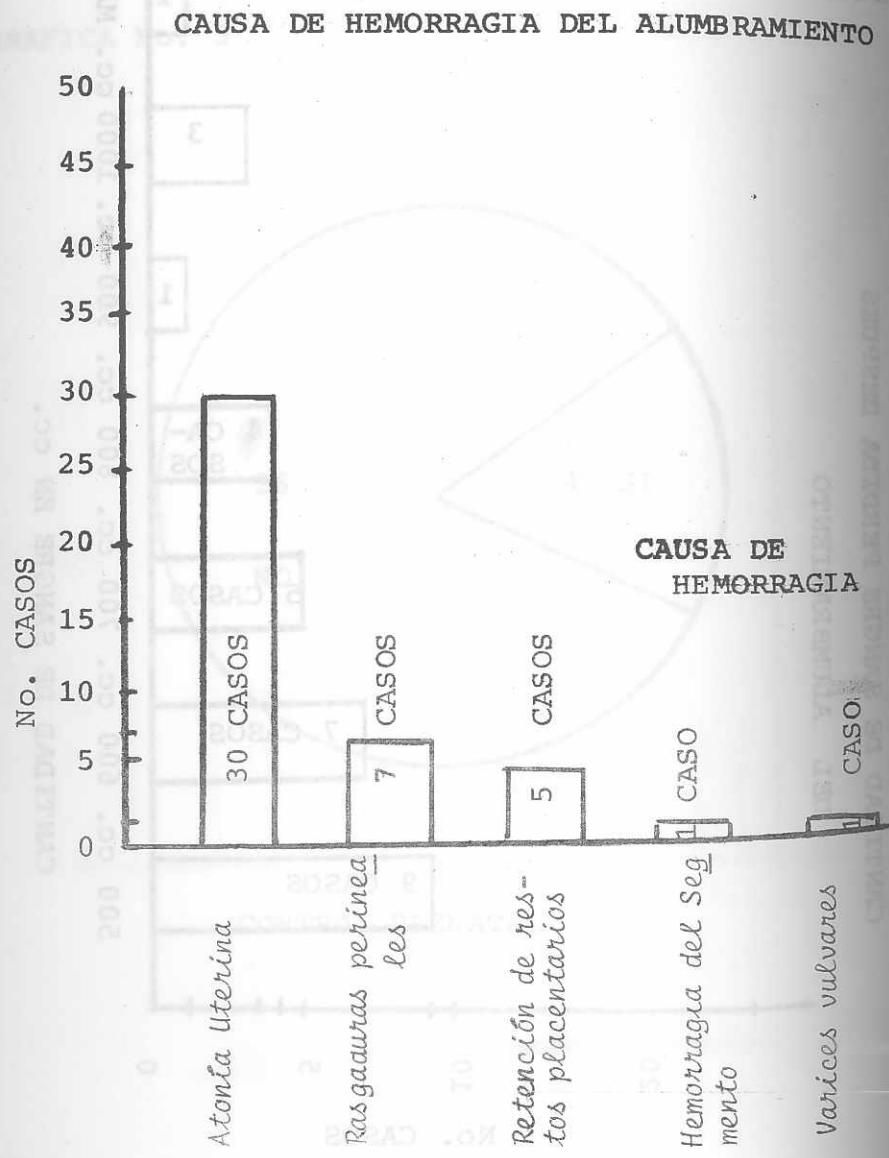


CONTROL PRENATAL

GRAFICA No. 6

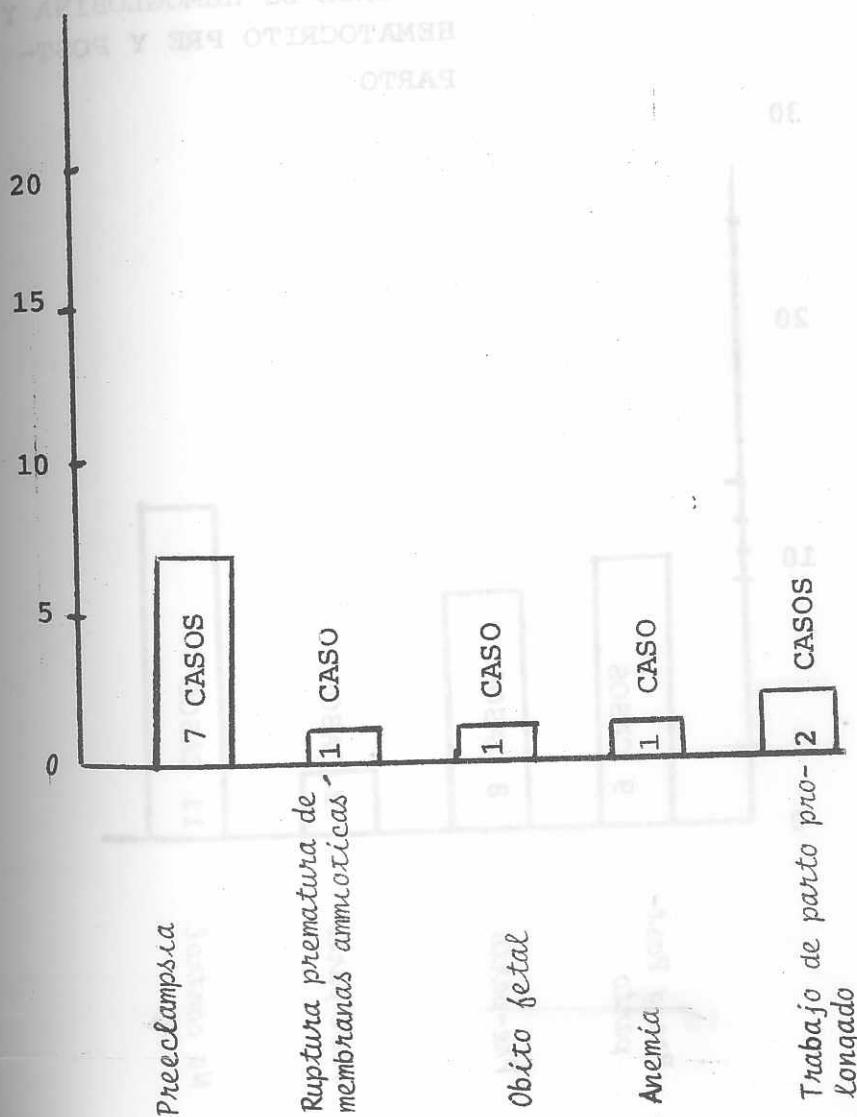


GRAFICA No. 7



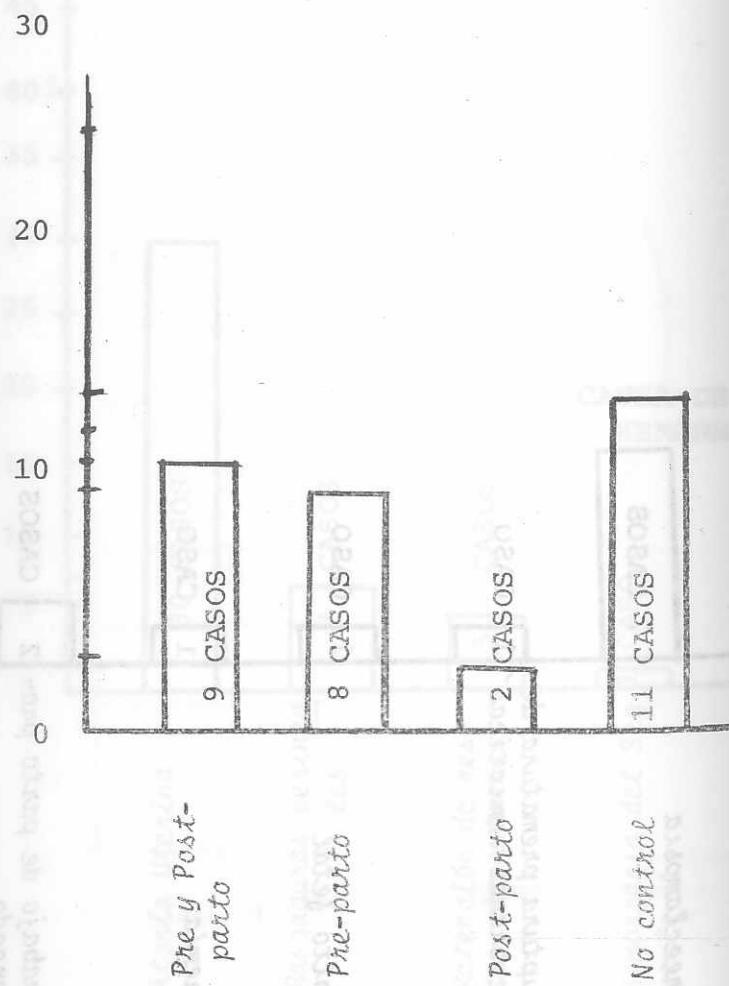
GRAFICA No. 8

PATOLOGIA ACOMPAÑANTE



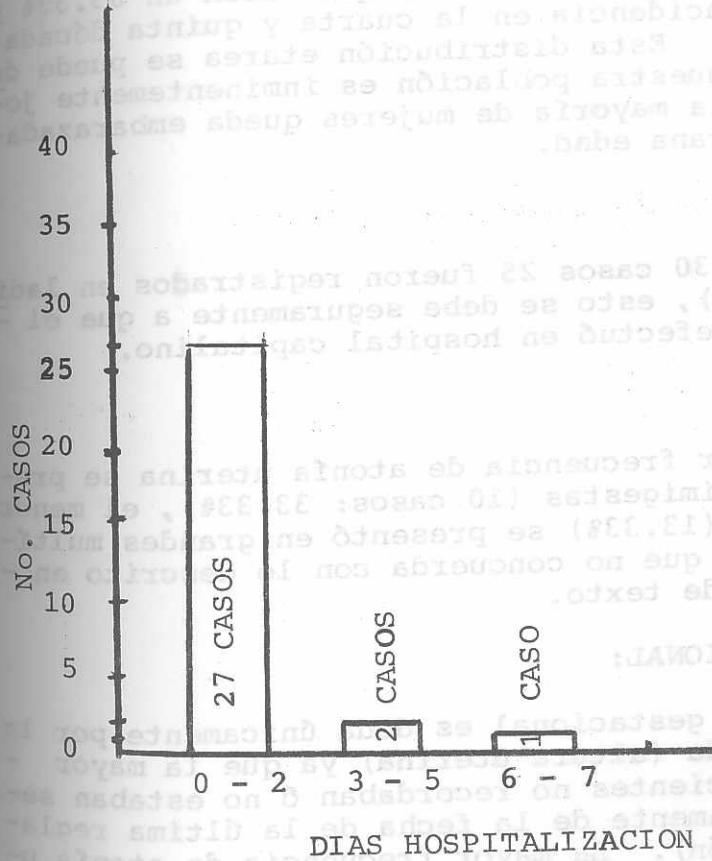
GRAFICA No. 9

**CONTROL DE HEMOGLOBINA Y
HEMATOCRITO PRE Y POST-
PARTO**



GRAFICA No. 10

DIAS HOSPITALIZACION



VII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

EDAD:

La mayor incidencia se presentó en la tercera década de la vida, 19 casos que hacen un 63.33% y la menor incidencia en la cuarta y quinta década de la vida. Esta distribución etaria se puede deber a que nuestra población es imminentemente joven, pues la mayoría de mujeres queda embarazada a muy temprana edad.

RAZA:

De los 30 casos 25 fueron registrados en ladinos (83.33%), esto se debe seguramente a que el estudio se efectuó en hospital capitalino.

PARIDAD:

La mayor frecuencia de atonía uterina se presentó en primigestas (10 casos: 33.33%), el menor porcentaje (13.33%) se presentó en grandes multiparas, dato que no concuerda con lo descrito en los libros de texto.

EDAD GESTACIONAL:

La edad gestacional es dada únicamente por la edad estimada (altura uterina) ya que la mayor parte de pacientes no recordaban ó no estaban seguras exactamente de la fecha de la última regla (menstruación). La mayor frecuencia de atonía uterina se presentó en pacientes que presentaron embarazo entre 38 y 42 semanas 25 casos (83.33%). La menor frecuencia se presentó en pacientes que tuvieron embarazos entre 33 y 37 semanas (4 casos

13.33%). Nuevamente encontramos que hubo casos de sobredistensión uterina que favorecieron se presen~~tara~~ la atonía uterina.

CONTROL PRENATAL:

La mayoría de las pacientes en quienes se presentó atonía uterina (26 casos) no tuvo control prenatal. Dato que indica falta de un buen plan educacional y además por el bajo nivel socioeconómico y cultural que se da en nuestra población.

TIPO DE PARTO:

La mayor parte de partos fueron eutópicos simples (25 casos: 83.33%) como lo es frecuentemente, dato que nos indica que para que se presente esta patología no es necesario que el parto sea distóxico.

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO:

De los 30 casos de atonía uterina que se presentaron, 12 tuvieron tiempo de trabajo de parto entre 13 y 24 horas (40.00%). Este dato indica que se necesita de un moderado agotamiento materno ó sea el músculo uterino para que se presente esta patología.

CANTIDAD DE SANGRE PERDIDA:

En la mayor parte de los casos, aunque no se cuantificó exactamente, pues lo único que se hizo fué una simple estimación, la cantidad de sangre perdida fué mayor de 500 cc. (9 casos: 30.00%).

En los casos resueltos quirúrgicamente, la pérdida de sangre fué arriba de los 800 cc. cantidad no cuantificada exactamente.

CAUSA DE HEMORRAGIA DEL ALUMBRAMIENTO:

La causa más frecuente fué la atonía uterina (30 casos: 66.66%) dato que concuerda con los libros de texto. Su incidencia es de 1 caso por cada 2,040 partos.

TRATAMIENTO:

La mayor parte de casos fueron tratados con soluciones y reposición sanguínea. Este tipo de tratamiento es el más adecuado ya que lo esencial es reponer la sangre perdida.

ANESTESIA:

Anestesia se utilizó únicamente en 5 casos, - 5 quirúrgicos (Cesárea). El tipo de anestésico fué el Pentotal, del que hay referencias que no predispone a la atonía uterina, sí en cambio del fluotane.

PATOLOGIA ACOMPAÑANTE:

Es importante señalar que en 7 casos de los 30 de Atonía Uterina, la patología acompañante fue la preeclampsia (23.33%) probablemente se debe a que después del parto en estas pacientes ocurre una vasodilatación general.

PESO DEL RECIEN NACIDO:

De los 30 casos de Atonía, en 20 el peso del recién nacido fue mayor de 7 libras. Otro dato que contribuye a mayor distensión de la fibra miometrial responsable de la atonía uterina.

CONTROL DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO:

En 9 de los 30 casos generales se tomó muestra de sangre para hemoglobina hematocrito en el pre y post-parto. Dato que indica el mal control y manejo que presentaron hemorragia del alumbramiento.

ESTADO NUTRICIONAL:

En 25 casos se catalogó a las pacientes en estado nutricional regular, dato que representa otra causa contribuyente a esta patología.

DIAS DE HOSPITALIZACION:

La mayor parte de las pacientes (27 casos) estuvieron hospitalizadas como cualquier otra paciente, ó sea 48 horas primigesta y 24 horas multíparas. Esto es consecuencia de la saturación de pacientes que tiene el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

No se registró ningún caso de embarazo múltiple ni de polihidramnios como predisponente de la atonía uterina.

VIII. CONCLUSIONES

- 1.- La mayor incidencia de atonía uterina (63.33%) se registró en la tercera década de la vida, es decir, entre los 20-30 años.
- 2.- Hubo 25 casos registrados en la raza ladina, es esto no es concluyente ya que el estudio se llevo a cabo en un hospital de la capital.
- 3.- La causa más frecuente de hemorragia del alumbramiento se le atribuyo a la atonía uterina. (66.66%) Incidencia 1 caso por cada 2040 partos.
- 4.- La mayor parte de pacientes que presentaron atonía uterina fueron primigestas (33.33%).
- 5.- La mayoría de pacientes en quienes se presentó la atonía uterina, se encontró una altura uterina entre 30 y 34 cms, es decir, qué corresponde a un embarazo entre 38 y 42 semanas.
- 6.- La mayor parte de pacientes refirieron no haber tenido control prenatal.
- 7.- La mayoría de las pacientes (40.00%) presentaron entre 13 y 24 horas de trabajo de parto.
- 8.- La cantidad de sangre perdida en el tercer período del parto no se cuantificó exactamente, sin embargo todos los casos registrados se perdió estimativamente más de 500 cc., de sangre.
- 9.- Todas las pacientes presentaron hipotensión después del alumbramiento.
- 10.- El tratamiento instituido en la mayoría de los casos fué con sangre completa y soluciones,

especial lactato de ringer.

- 11.- En la mayor parte de los casos resueltos quirúrgicamente se usó como anestésico el Pentotal.
- 12.- En siete de los casos se encontró como patología acompañante la preeclampsia.
- 13.- En 20 de los casos el peso de los recién nacidos fué mayor de 7 libras.
- 14.- En 11 de los casos no se tomaron muestras de sangre para control de hemoglobina y hematocrito en el pre y post-parto.
- 15.- En la mayor parte de las pacientes el estado-nutricional se consideró regular.
- 16.- En ningún caso se realizó histerectomía.
- 17.- No se registró ningún caso de polihidramnios, ni embarazo múltiple.

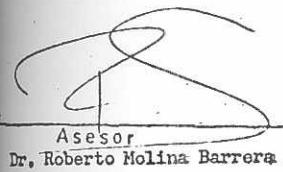
IX. RECOMENDACIONES

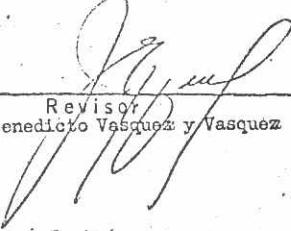
- 1.- Que se asegure o divulgue la importancia que tiene el control prenatal, con el objeto de tener un mejor seguimiento de las pacientes.
- 2.- Que el encargado de atender el parto ya sea eutóxico ó distóxico determine la causa de hemorragia del alumbramiento, con el objeto de tener mejores estadísticas.
- 3.- A toda paciente que va a tener su parto se le tomen muestras de sangre para control de hemoglobina, hematocrito y compatibilidad - así en los casos que sean de urgencia, no se pierda mucho tiempo que es de valiosa importancia para salvar la vida de la paciente.
- 4.- Sacarle sangre a la paciente en el post-parto, para hemoglobina y hematocrito principalmente a las que han sangrado, para tener un mejor seguimiento.
- 5.- Vigilar más adecuadamente a las pacientes primigestas, preeclampticas con edad de embarazo arriba de 38 semanas, ya que en pacientes con estas características se presentó más frecuentemente la atonía uterina.
- 6.- Que a toda paciente se le canalice vena durante la labor de parto con el fin de mantenerlas hidratadas y sobre todo para evitar serias complicaciones de hemorragia del tercer período del parto.

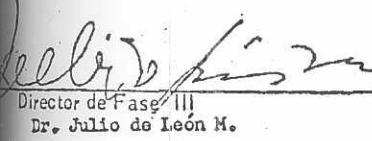
X. BIBLIOGRAFIA

- DRILL. Farmacología Médica. La Prensa Médica Mexicana 1973.
- GOLDSMAN, T. Diagnóstico de las malformaciones uterinas, Cordoba Argentina.
- NOVAK. Tratado de Ginecología. Editorial Interamericana 1973.
- ROBBINS. Patología. Editorial Interamericana 1973.
- SCHAWARZ. Obstetricia. Editorial El Ateneo- 1970.
- WILLIAMS. Obstetricia. Editorial Interameri- cana 1973.
- UTERINE INERTA. Akush Ginerol (MOSK) 1976.
- DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING CLEARY RE, Et. Al. AM, FAM. PHYSICIAN MAR. 77.
- HYPOTONIA UTERINE. VOPR OKR, Materin Det. (Eng. Abstr.) 1977.
- HEMORRHAGE POST PARTUM, Anticoagulant release durine shock. Maki M, et. al. Thromb res 8 (2 Serppl.); 1976.
- PATHOGENESIS OF ATONIC LABOR, Mikhailenka ET- AKISH GINECOLOL. 1975.


Br. Edgar Roberto Penedo Román

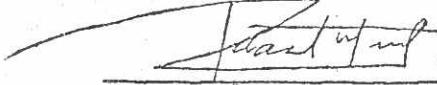

Asesor
Dr. Roberto Molina Barrera


Revisor
Dr. Benedicto Vásquez y Vásquez


Director de Fase III
Dr. Julio de León M.


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo