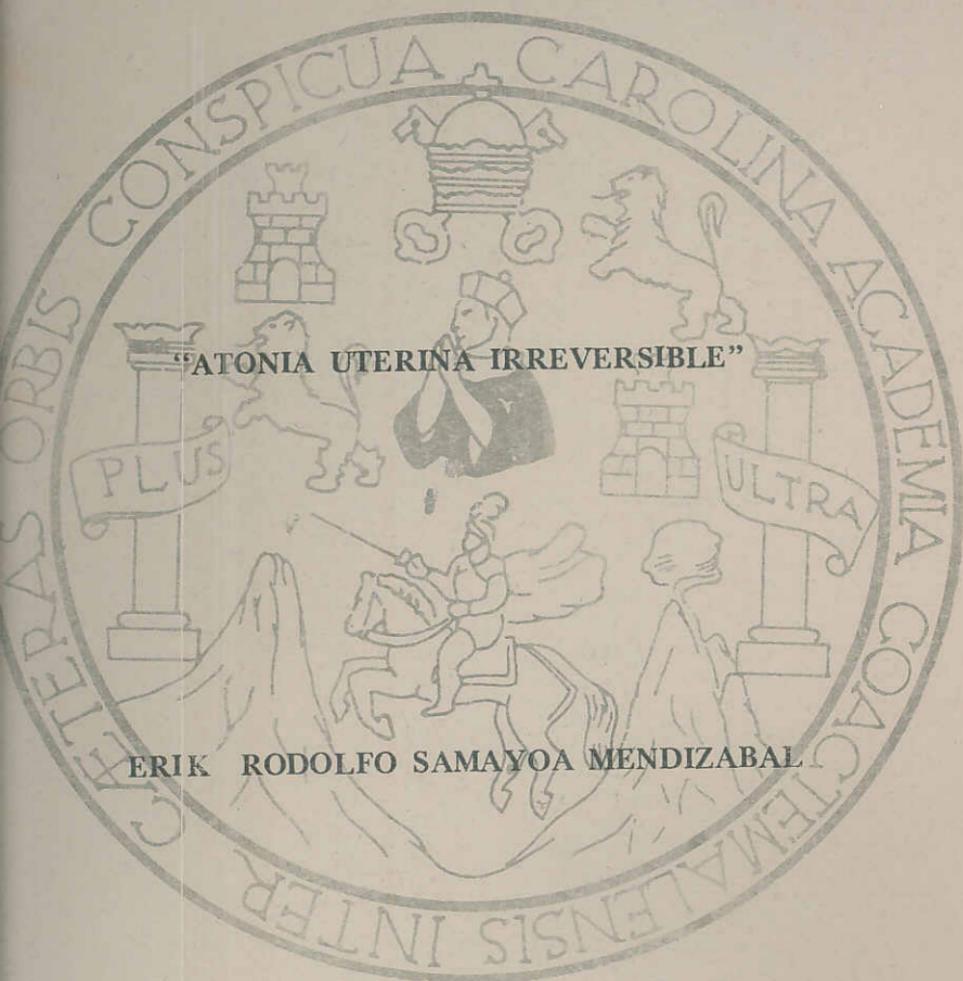


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



ERIK RODOLFO SAMAYOA MENDIZABAL

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1980

I N D I C E

| | Pág. |
|----------------------------|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| JUSTIFICACION | 3 |
| OBJETIVOS | 5 |
| a. Generales | 5 |
| b. Específicos | 5 |
| HIPOTESIS | 7 |
| RECURSOS | 9 |
| a. Humanos | 9 |
| b. Materiales | 9 |
| METODOS | 11 |
| PRESENTACION DE RESULTADOS | 13 |
| DISCUSION | 19 |
| CONCLUSIONES | 21 |
| RECOMENDACIONES | 23 |
| BIBLIOGRAFIA | 25 |

INTRODUCCION

La atonía uterina irreversible, es una entidad clínica que se caracteriza porque el útero no se retrae ni contrae adecuadamente después del alumbramiento, alterándose así la hemostasia, se cree que el responsable de este proceso fisiopatológico es una inercia, la cual no ha sido demostrada (4).

Aunque su frecuencia es relativamente baja, no se debe menospreciar por su alta morbi-mortalidad materna.

Motivados por la falta de estudios específicos, se revisaron 36 casos de atonía uterina irreversible manejados en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala entre 1974 y 1979; se analizó la frecuencia, factores que contribuyen a su desencadenamiento, medios y/o medicamentos utilizados para contrarrestar el cuadro; además se investigaron 100 de los partos atendidos en el mismo hospital, durante cada año, para establecer características clínicas comparables en ambos grupos.

La elaboración de esta investigación podrá contribuir hacia una mayor detección de casos tempranamente, y un mejor tratamiento para ayudar a disminuir la tasa de morbi-mortalidad.

JUSTIFICACION:

Basándose en el hecho de que no existe ningún estudio sobre atonía irreversible en nuestro medio, se justifica la presente investigación, tomando en cuenta la importancia de esta entidad clínica, en lo que respecta al diagnóstico preciso y su manejo inmediato para evitar desenlaces fatales.

OBJETIVOS:

Generales:

1. Contribuir al estudio y conocimiento de la atonía uterina irreversible.
2. Efectuar una investigación que sea útil al cuerpo médico y estudiantes en general o personas interesadas, ya que a la fecha no existe ninguna investigación en nuestro medio.
3. Crear conocimientos acordes a nuestra realidad, como medio para evitar desenlaces fatales o de gran repercusión en nuestra población.

2. Específicos

- 2.1 Conocer a fondo la prevalencia de la atonía uterina irreversible en el Hospital Roosevelt.
- 2.2 Establecer el tratamiento utilizado en estos casos.
- 2.3 Conocer la morbi-mortalidad materna de dicho problema.
- 2.4 Determinar el manejo de las complicaciones posteriores.
- 2.5 Analizar los resultados del presente estudio, para compararlos con los descritos en la literatura mundial sobre la atonía uterina irreversible.

HIPOTESIS:

La frecuencia de atonía uterina irreversible en el Hospital Roosevelt es muy rara.

RECURSOS:

a) **Humanos:**

- 1) Pacientes que presentaron atonía uterina irreversible y que se les atendió su parto en el Departamento de maternidad del Hospital Roosevelt.

b) **Materiales:**

- 1) Departamento de Archivo y de Estadística del Hospital Roosevelt.
- 2) Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

MÉTODOS:

- a) Se utilizó el método científico
- b) Se revisó literatura Mundial con relación a la atonía uterina.
- c) En el Departamento de Estadística, se obtuvieron los registros de pacientes fallecidos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.
- d) En los libros de sala de operaciones, labor y partos y servicio de séptico, se obtuvieron los registros de pacientes que se les efectuó Histerectomía por Atonía Uterina Irreversible.
- e) Para saber la incidencia del accidente de acuerdo a los grupos etarios y la paridad de las pacientes, fue necesario averiguar dicha distribución en los pacientes atendidos en el Departamento de Maternidad; pero a la fecha, no existe ningún estudio poblacional en el Hospital Roosevelt.

Para obtener una muestra representativa, tenía que analizar un total aproximado de 30,000 papeletas, lo cual es imposible en nuestro medio, ya que durante el tiempo del estudio se atendieron 90,197 partos. Por lo tanto, se escogieron al azar 600 papeletas (100 por año) y se averiguó dicha distribución.

- f) En el Departamento de Archivo, se obtuvo las historias clínicas de los pacientes de la muestra, las que tenían diagnóstico de Atonía Uterina Irreversible y las pacientes fallecidas en el Departamento de Maternidad.

Se analizaron y se presentaron los resultados.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan son sobre 36 casos ocurridos en el período de 1974 a 1979 en el Hospital Roosevelt.

Además se toma muestra al azar de 100 casos anuales del total de partos para poder comparar la edad y la paridad.

CUADRO No. 1

Frecuencia de Atonía Uterina Irreversible.

| Año | No. de partos ^(*) | No. de Cesáreas | Total de Casos | o/o | No. de casos en cesáreas | o/o |
|-------|------------------------------|-----------------|----------------|-------|--------------------------|------|
| 1974 | 14,280 | 1,111 | 5 | 0.035 | 5 | 100 |
| 1975 | 14,435 | 1,239 | 1 | 0.007 | 1 | 100 |
| 1976 | 15,328 | 1,453 | 8 | 0.052 | 6 | 75 |
| 1977 | 16,302 | 1,376 | 8 | 0.049 | 6 | 75 |
| 1978 | 14,808 | 1,300 | 12 | 0.081 | 11 | 92 |
| 1979 | 15,043 | 1,219 | 2 | 0.013 | 0 | 0 |
| Total | 90,197 | 7,698 | 36 | 0.040 | 29 | 80.5 |

(*) Incluye eutócicos y distócicos.

El 80.5o/o de los casos de Atonía irreversible registrados, se presentaron en pacientes cesarizadas. Se puede observar lo constante de la frecuencia de atonía uterina irreversible, llamando la atención lo bajo que fue en 1975 y 1979 y lo elevado que fue en 1978, a pesar que el número de cesáreas permaneció más o menos en igual incidencia.

Del total de partos atendidos, el 0.040 o/o corresponden a atonía Uterina irreversible, (1 caso por cada 2,505 partos).

CUADRO No. 2

Frecuencia de No. de casos de Atonía Uterina Irreversible, en relación al No. total de casos estudiados según edad.

| | Distribución Etaria de 600 pacientes al azar | No. de Casos de Atonía Uterina Irreversible | o/o |
|--------------------|--|---|-------|
| Menores 16 años | 16 | 0 | — |
| 16 años — 26 años | 416 | 13 | 3.12 |
| 27 años — 35 años | 141 | 16 | 11.35 |
| Mayores de 35 años | 63 | 7 | 11.11 |

Observamos en este cuadro que el mayor porcentaje de casos de atonía uterina irreversible, se encontró en las pacientes de 27 años en adelante, no encontrándose ningún caso en menores de 16 años.

CUADRO No. 3

Frecuencia del No. de casos de Atonía Irreversible, con relación al No. total de casos estudiados según paridad.

| | Distribución de Paridad de 600 casos al azar | No. de Casos de Atonía Uterina Irreversible | o/o |
|-------------------|--|---|-------|
| Nulípara | 310 | 5 | 1.61 |
| Pequeña Multípara | 217 | 16 | 7.37 |
| Gran Multípara | 73 | 13 | 17.81 |
| Se ignora | 0 | 2 | |

En este cuadro encontramos que la mayoría de casos de Atonía Uterina Irreversible está en el grupo de grandes Multíparas y el

menor en las nulíparas, siendo este accidente 5 veces mayor en la pequeña multípara y 11 veces mayor en la gran multípara, que en una paciente que no ha tenido partos.

CUADRO No. 4

Control de hemoglobina y hematocrito pre y post atonía uterina irreversible.

| | Hemoglobina Menor de 5 grs. | 5 a 11 G | Más de 11 g. | Desconocidos |
|------|-----------------------------|------------|--------------|--------------|
| | Hematocrito Menor del 15o/o | 15 a 33o/o | Más de 33o/o | |
| Pre | — | 14 | 6 | 16 (44o/o) |
| Post | — | 16 | 4 | 16 (44o/o) |

En el cuadro anterior podemos ver que aumentó el número de pacientes anémicas después del accidente. Es lamentable que un 44o/o de pacientes no tengan control de hemoglobina posterior.

CUADRO No. 5

Relación de la atonía uterina irreversible con la duración del trabajo de parto

| | Menos de 3 horas | 3 — 12 horas | 13 — 24 horas | Más de 24 horas | Desconocido |
|--------------|------------------|--------------|---------------|-----------------|--------------|
| No. de casos | 0 (0) | 11 (30.6o/o) | 8 (22.2o/o) | 5 (13.9o/o) | 12 (33.3o/o) |

En este cuadro observamos que el mayor No. de casos, 52.8o/o corresponde a pacientes que presentaron trabajo de parto de 3—24 horas de evolución. El 13.9o/o duró más de 24 horas y el 33.3o/o se ignora.

Entre los factores que condicionaron partos distócicos por cesáreas encontramos: 8 pacientes con cesárea anterior, 6 con desproporción céfalo-pélvica, 4 con placenta previa central total sangrante, 3 con feto en situación transversa, 3 con inminencia de ruptura uterina, 2 con sufrimiento fetal, 2 con desprendimiento prematuro de placenta normo-incerta y una paciente con ruptura prematura de membranas.

Entre las causas asociadas a la atonía uterina irreversible encontramos: 6 pacientes con uso de Oxitócicos por trabajo de parto irregular, 6 pacientes con toxemias de las cuales a 4 (11.1o/o) se les administró Sulfato de Magnesio. Así mismo encontramos 2 pacientes con polihidramios, 2 con embarazo múltiple, 3 pacientes a quienes se les efectuó revisión de cavidad y 3 pacientes con amnioititis.

CUADRO No. 6:

Intervenciones quirúrgicas y mortalidad de las pacientes con Atonía Uterina Irreversible con o/o.

| | No. | o/o |
|--|-----|------|
| Casos de Atonía Uterina Irreversible | 36 | 100 |
| Histerectomías sub-total | 31 | 81.6 |
| Fallecidas con intervención obstétrica | 0 | 0 |
| Fallecidas sin intervención obstétrica | 5 | 13.9 |

El 13.9 o/o de pacientes falleció sin intervención quirúrgica y al resto se le efectuó histerectomía sub-total. No falleció paciente alguna entre las que se histerectomizaron.

CUADRO No. 7:

Medicamentos y dosis utilizados para tratar de contrarrestar la Atonía Uterina.

| No. Casos | Medicamento | En solución | IV | IM | En útero |
|-----------|-------------------------|-------------------------|----|-------------|------------|
| 1 | Syntocinon Methergin | 15 U. | | 0.4 mg. | 0.4 mg. |
| 1 | Syntocinon Methergin | 40 U | | 0.8 mg. | 0.4 mg. |
| 8 | Syntocinon Methergin | 15-20 U. | | 0.2-0.4 mg. | 0.2-0.4mg. |
| 2 | Syntocinon Methergin | 20 U. | | 0.6 mg. | |
| 2 | Syntocinon | 10-30 U. | | | |
| 1 | Methergin | | | 0.6 mg. | 0.2 mg. |
| 1 | Methergin | | | 0.4 mg. | 0.2 mg. |
| 20 | Se ignora | Tratamiento instituido. | | | |

En este cuadro observamos la uniformidad de los medicamentos y la diversidad en el manejo de las dosis. El más empleado fue Syntocinon de 15 a 20 U. en solución y Methergin de 0.2- a 0.4 mg. IV y de 0.2 a 0.4 mg en útero. En 16 casos (44o/o) se efectuó también masaje uterino y medios físicos con compresas calientes, ignorándose el tiempo.

En los 20 casos restantes (56o/o) no se encuentra registrado tratamiento instituido.

Características clínicas de las pacientes fallecidas sin intervención quirúrgica.

| Caso No. | Edad | Clase de Parto | Gestás | Paras | Abortos | Césareas | Peso | Duración trabajo de parto | Factores Asociados | Lugar de atención del parto |
|----------|------|----------------|--------|-------|---------|----------|-------------------------------|---------------------------|---|-----------------------------|
| 1 | 21 | P.E.S.* | 1 | 1 | 0 | 0 | 7 Lbs. 3 Oz. | 14 hrs. | Ictericia Obstru- tiva, D.C.A., Ane- mia, Toxemia | Hospital |
| 2 | 27 | P.E.G.** | 3 | 1 | 1 | 1 | 5 Lbs. 2 Oz. 4 Lbs. 15 Oz. | 12 hrs. | Toxemia (2 do- sis SO ₄ Mg.) | Hospital |
| 3 | 36 | P.E.S. | ? | ? | ? | ? | ? | ? | Shok hipovolé- mico. | Residencia |
| 4 | 18 | P.E.S. | 1 | 1 | 0 | 0 | ? | ? | Extracción manual de placenta. | Residencia |
| 5 | 31 | P.E.S. | 5 | 4 | 1 | 0 | 5 Lbs. 14 Oz. | 10 hrs. | Transversa abando- nada (Conducipato Hospital Corpore). | Hospital |

* P.E.S. = Parto eutócico simple

** P.E.G. = Parto eutócico gemelar

DISCUSION

Por lo encontrado en diferentes fuentes bibliográficas el 90o/o de las hemorragias post-parto corresponden a atonía uterina, de las cuales un mínimo porcentaje forma parte de las irreversibles (2, 3). Por el riesgo que ésta implica en las pacientes afectadas (2, 3, 4, 6), es importante conocer con que frecuencia se diagnostica y se trata en los partos atendidos en el Hospital Roosevelt. En la presente investigación, encontramos que únicamente el **0.040o/o** de los casos estudiados presentó atonía uterina irreversible, la que concuerda con ínfimas prevalencias encontradas anteriormente (2, 3).

Al analizar las causas que pueden predisponer a la atonía uterina irreversible (1, 2, 3, 4, 5), encontramos que en nuestro estudio la más frecuente fue el parto operatorio y la anestesia profunda, constituyendo un 80.5o/o de los casos.

El grupo etáreo más afectado en nuestra investigación fue el de 27 años en adelante, existiendo muy poca diferencia entre el grupo de pacientes de 27 a 35 años y en el de mayores de 35 años.

La frecuencia de atonía uterina irreversible fue mayor en las pacientes múltiparas, es de notar que aumentó 7 veces su frecuencia en pequeñas múltiparas en comparación con pacientes nulíparas (1.61o/o / 7.37o/o); y 11 veces más en las grandes múltiparas, en relación a las nulíparas (1.61o/o / 17.81o/o), información que también coincide con los datos obtenidos por otros autores (2, 3).

Es de hacer notar, que un 56o/o de las pacientes que presentó el accidente, no tuvo ningún control de hemoglobina y hematocrito durante su estancia en el hospital; dato que no es justificable, ya que una paciente que sangra debe tener monitorizado los niveles sanguíneos, y se debe saber en qué estado

se encuentra la paciente después de las transfusiones efectuadas.

Analizando el tratamiento aplicado al grupo de pacientes que presentó atonía uterina irreversible, encontramos que en 20 de las 36 fichas clínicas que se revisaron, no se encontró registrado el tratamiento utilizado; en los casos restantes, el tratamiento médico más usado fue el Syntocinon 15-20 U.I. en Solución y Methergin 0.2-0.4 mgs. IV y 0.2-0.4 mgs. en útero (5, 7), asociado al masaje uterino y medios físicos con compresas calientes. Llama la atención la falta de estandarización del tratamiento.

Recientemente se ha utilizado la Prostaglandina F_{2a} a dosis de 1 mg. aplicada intramiometrialmente por vía transabdominal en casos en los que no responde a occitócicos ni a masaje uterino, antes de llegar a la histerectomía subtotal (8).

De los 36 casos estudiados con atonía uterina irreversible, obtuvimos 86.1o/o con tratamiento quirúrgico, histerectomía subtotal, y un 13.9o/o en el que no se intervino quirúrgicamente y que falleció. Es probable que el mal manejo de estas pacientes en su post-parto inmediato halla contribuido a tan lamentable resultado.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de la atonía uterina irreversible en los casos que estudiamos durante 6 años en el Hospital Roosevelt fue de 0.040o/o.
2. El 80.5o/o de las pacientes que presentó atonía uterina irreversible fue post-cesárea.
3. Al 86.1o/o de las pacientes con atonía uterina irreversible, se le efectuó histerectomía subtotal. El 13.9o/o restante falleció sin intervención.
4. La incidencia de atonía uterina irreversible aumenta directamente proporcional a la paridad de la paciente, siendo 7 veces más frecuente en pequeñas multíparas y 11 veces más en grandes multíparas.
5. No hay una norma de tratamiento, para los casos detectados de Atonía Uterina Irreversible en el Hospital Roosevelt.

RECOMENDACIONES

Educación para el personal médico y paramédico en factores que favorecen atonía uterina irreversible, para que se pueda identificar y tratar correctamente los casos que se presenten de la misma; o bien se tengan medidas preventivas.

Efectuar un estudio a fondo sobre los medicamentos empleados por el departamento de anestesia, en vista del alto porcentaje de casos de atonía uterina irreversible encontrado en pacientes post-cesáreas.

Normar el tratamiento de la paciente con atonía uterina irreversible.

Toda paciente multípara deberá mantenerse con una vena canalizada (de preferencia angiocath) durante el trabajo de parto, y vigilarse estrictamente en el post-parto inmediato.

BIBLIOGRAFIA

1. Weebb, David, et al. Myotonia dystrophica. Obstetric complications. American Journal of Obstetrics and Gynec. 132 (3) 265-70. 1978.
2. Hellman. Lois M.; Pritchard, Jack.; A. Williams. Obstetricia Primera Edición. Edit. Salvat. México. 1973.
3. Schwarcz, Ricardo, et al. Obstetricia. 3a. edición. Edit. El Ateneo. Buenos Aires, 1973.
4. Achard, Arturo; Carreras, Manuel. Emergencias en Tocoginecología, primera edición. Edit. Rocas. Barcelona. 1972.
5. Litter, Manuel. Farmacología. 5a. Edición. Edit. El Ateneo, Argentina. 1975.
6. Bishop, E.H. Obst. & Gynec. 11.290. 1958.
7. Sollmann, T.A. Manual of Pharmacology by 8th Ed. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1957.
8. Arias, Fernando and Mark M., Jacobs. Intramyometrial Prostaglandin F_{2a} in the treatment of severe postpartum hemorrhage. Gynec. & Obst. Vo. 55 No. 5 Mayo 1980.

Br.

Erik Rodolfo Samayoa Mendizabal

Asesor.

José Luis Chacón Montiel

Dr.

Revisor.

Eduardo Fuentes Spross

Director de Fase III

Héctor Nuila

Dr.

Secretario

Raúl Castillo

Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo