

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**RUPTURA UTERINA. ANALISIS RETROSPECTIVO
EFECTUADO EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA.
LAPSO DE ESTUDIO CINCO AÑOS.**

ELMER EMILIO QUIROZ BARRENO

PLAN DE TESIS

1. Introducción
2. Objetivos
3. Material y Métodos
4. Ruptura Uterina
 - a. Definición
 - b. Anatomía macroscópica
 - c. Incidencia
 - e. Características anatomopatológicas
 - f. Clasificación Obstétrica de Ruptura Uterina
 - g. Sintomatología y Evolución Clínica
 - h. Diagnóstico diferencial
 - i. Pronóstico Materno-Fetal
 - j. Tratamiento
5. Presentación y Análisis de Resultados
6. Gráficas
7. Conclusiones
8. Recomendaciones

INTRODUCCION

El presente estudio es un análisis retrospectivo basado en las historias clínicas de pacientes egresadas con el diagnóstico "Rotura Uterina", o que durante su permanencia tuviera alguna relación con esta patología. Dicho trabajo se efectuó en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General del Departamento de Escuintla; efectuado en un período de cinco años, que comprende del año 1976-80.

Dentro de las complicaciones que en el curso del trabajo de parto pueden presentarse, tiene un marcado interés la rotura del útero, debido a que es una grave y dramática situación en la que sino se actúa seriamente y rápidamente la mortalidad materno-fetal es elevada.

Analizando los casos presentados en cuanto a su diagnóstico, tratamiento, evolución y condición de egreso; trataré de enfocar la conducta que se debe seguir, en el momento que se encuentre ante ella, ya sea en un medio hospitalario o en un ambiente rural basándome desde luego en conceptos de obstetricia moderna.

Espero que este estudio de Rotura Uterina ayude en parte al médico guatemalteco en aquellas situaciones de urgencia tocológicas y además ruego al estimado lector acepte mis sinceras disculpas por todos aquellos errores que se puedan encontrar en el presente trabajo.

OBJETIVOS

1. Exponer la entidad "Rotura Uterina" en el Hospital General del Departamento de Escuintla, y su estudio (antecedentes, su diagnóstico, su evolución y su tratamiento, así como sus complicaciones).
2. Aportar al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital del Departamento de Escuintla, un estudio que sirva de guía en el seguimiento de este problema, y que algunos de los datos obtenidos sirvan de base para ulteriores conductas, en esta grave urgencia tocológica.
3. Que el médico guatemalteco obtenga conocimientos básicos, sobre el diagnóstico y conducta a seguir en presencia de pacientes con "Ruptura Uterina".
4. Efectuar una relación entre mortalidad materno-fetal y el momento en que fue diagnosticada dicha patología.
5. Analizar y comparar los porcentajes encontrados de Ruptura Uterina con centros obstétricos de otros países.

MATERIAL Y METODOS

Material:

Para la ejecución del presente trabajo se analizará todas las pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Escuintla del año 1976-80.

Se revisará el libro de partos de dicho departamento, se anotará el número de éstos y se seguirá aquellas complicaciones en las cuales se encuentre Ruptura Uterina.

Se consultará luego el departamento de archivo y estadística, así como la colaboración del personal médico y paramédico del servicio de ginecología y obstetricia.

Métodos:

Método Retrospectivo:

Revisión y Análisis de las papeletas de los pacientes a estudiar. Revisión del libro de operaciones y análisis de los pacientes que sean de interés a nuestro estudio.

Método Inductivo-Deductivo:

Tabulación y análisis de los resultados obtenidos.
Conclusiones y Recomendaciones.

Método de Entrevista:

Consulta personal a médicos que laboran en el hospital General de Escuintla en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, así como de otros Centros Obstétricos.

Método Bibliográfico:

Se utilizaron libros de obstetricia y artículos provenientes de revistas especializadas, obtenidas gracias a la colaboración de la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.

RUPTURA UTERINA

Definición:

En obstetricia, el término rotura uterina se ha empleado, cuando ocurre luego que el feto ha alcanzado su viabilidad, o sea arriba de la 28 semana de gestación; así no se deben tomar como rotura uterina los procesos por embarazos intersticiales o perforaciones traumáticas en el curso de un legrado.

Luego de haber demarcado la definición de Ruptura Uterina recordaremos brevemente la anatomía macroscópica uterina, para comprender mejor el problema de esta entidad.

El útero es un órgano muscular cubierto en parte por el peritonéo, casi toda su pared posterior está cubierta por el peritonéo, a excepción de la región inferior, que está limitada por el fondo de Saco de Douglas. En su pared anterior solamente la superior está cubierta por peritonéo, ya que la inferior se úne a la pared posterior de la vejiga.

El útero consta de dos partes desiguales:

1. Una porción superior triangular llamada Cuerpo.
2. Una porción inferior cilíndrica llamada Cuello.

Existe una estructura entre el cuerpo y el cuello dada a conocer por Aschoff (1905), llamada Istmo, que tiene un carácter peculiar aunque se parece al tejido del endometrio no reacciona a las hormonas del ovario.

De los bordes laterales del útero surgen dos estructuras en forma de alas llamados Ligamentos anchos, que llegan hasta la pared de la pelvis. La trompa de falopio son dos estructuras que surgen de la región superior del útero, y que conjunto con el ligamento ancho en su parte superior forman el mesosalpinx.

El ligamento redondo, uno a cada lado, sale inmediatamente por debajo de la inserción de las trompas de Falopio, está unido al ligamento ancho, y se inserta en su parte terminal, en la región superior del labio mayor.

Los ligamentos uterosacros en la porción posterior y superior del cuello uterino, circundan al recto y se insertan en la fascia que recubre a la segunda y tercera vértebra sacra, formando los ligamentos laterales del fondo de saco de Douglas y ayudan a mantener en posición al útero.

La irrigación vascular del útero procede principalmente de arteria uterina y ovárica. La arteria uterina, rama principal de la hipogástrica, penetra en la base del ligamento ancho, cruza el uréter por encima y continúa el borde lateral del útero, al llegar a la región supravaginal se divide en dos ramas: A) Arteria Cérvicovaginal, que es menor e irriga la parte superior de la vagina e inferior del cuello; B) La rama superior, que continúa al borde del útero y al llegar a la trompa se divide en tres ramas: 1) rama ovárica que se anastomosa con arteria ovárica; 2) rama tubárica que irriga la trompa; 3) rama fúndica, que irriga el fondo del útero.

Incidencia:

Esta patología obstétrica es considerada como una de las más graves, se han efectuado diversos estudios en diferentes países para establecer la frecuencia de esta entidad patológica los cuales son: los estudios efectuados por Adcock en Ghana quien encontró una rotura por 63 partos, así como los de Swani en la India, encontrando una rotura por 161 partos normales.

Se encuentra otro estudio efectuado en una clínica universitaria de Sevilla donde apuntan una rotura uterina por cada 728 partos normales, además en el Condado Filadelfia se efectuó un estudio en 31 hospitales encontrando una ruptura por cada 3,029 partos normales.

Así en los Estados Unidos Norteamericanos han encontrado un promedio de 1/1000- 1/1500 partos normales.

En cuanto a datos guatemaltecos están los efectuados en 1940 por el Dr. Carlos Azpuru en el Hospital General San Juan de Dios de esta capital, encontrando una ruptura uterina por cada 900 partos normales.

En el hospital Roosevelt se encuentra un estudio efectuado por el Dr. Enio Lima en el año 1957 encontrando una rotura por cada 605 partos normales.

En la explicación de esta variación, entran factores como estado socio-económico bajo, así como cultural ya que las personas de esta índole no lleva un control médico durante su embarazo, otro factor que influye es pelvis estrecha en determinadas comunidades.

ETIOPATOGENIA

La fisiología de la gestación es muy compleja y ello implica las lagunas que sobre muchos extremos existe, en nuestro estudio es pues fácil comprender las dificultades que acompañan a un exacto conocimiento de esta patología obstétrica.

Hay antecedentes obstétricos importantes que pueden influir una ruptura uterina como: operaciones gineco-obstétricas, entre éstas legrados uterinos, cesárea anterior, histerotomías, extirpación de tumores, se ha encontrado infección previa, mola hidatidiforme, deformaciones uterinas, placenta acreta, degeneraciones grasas o hialinas de la pared del miometrio, polihipodramnios o embarazos gemelares, desproporción cefalopelvia, blandura del útero en mujeres multíparas.

Además de lo ya indicado se encuentran las rupturas uterinas por causas traumáticas, que durante el parto obedecen a realización de maniobras mal indicadas, como por ejemplo: versión interna, forceps mal realizado, error diagnóstico.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS DE RUPTURA UTERINA

Las rupturas uterinas se dividen en completas e incompletas.

Completa: Involucra toda la pared del útero.

Incompleta: Que está más en relación de ligamento ancho, cubierto por peritoneo, donde se puede formar un hematoma retroperitoneal.

El feto que permanece en el útero y un hematoma subperitoneal hará el diagnóstico de Ruptura Subperitoneal.

El aspecto puede variar, así se encuentran lineares, que se pueden observar como el corte de un instrumento; por la forma pueden ser: en forma de T (de Horning) o en forma de L (de Robinson).

La forma transversal se observa al existir estrechez pélvica y presentación fetal longitudinal debido a que la presión uterina se efectúa en forma longitudinal y la rotura uterina se observa en forma transversal generalmente por abajo del anillo de Bandl.

La forma longitudinal se observa en presentaciones transversales debido a que la presión es en forma circular.

Además la mayoría de rupturas uterinas durante el embarazo se han encontrado en el cuerpo del útero, y en el trabajo de parto en el segmento.

Para que se tenga una mejor comprensión del complejo anatomopatológico, efectuaré una división más somera y concisa, que a continuación describiré:

Ruptura Uterina basada en su localización y extensión:

- A) Cervicales - supravaginales
- B) Segmentarias
- C) Corporales
- D) Cérvico-segmentaria
- E) Segmento-Corporales
- F) Cérvico-segmento-corporales

Ruptura Uterina por su dirección:

- A) Longitudinales
- B) Transversales
- C) Oblícuas
- D) Mixtas

Ruptura Uterina por su aspecto:

- A) Bordes lisos
- B) Bordes irregulares, desgarrados

Ruptura Uterina por su profundidad:

- A) Completas
- B) Incompletas

Ruptura Uterina y su relación a órganos vecinos:

- A) Rotura no complicada (exclusivamente al útero)
- B) Rotura complicada: extendida a vagina, vejiga, recto.

CLASIFICACION OBSTETRICA DE RUPTURA UTERINA

Esta clasificación está basada en el momento en que sucede la ruptura uterina, para mejor comprensión y por fines prácticos utilizaré la clasificación que a continuación expongo:

- A) Rotura Uterina con cesárea previa
- B) Rotura Uterina de útero intacto forma espontánea
- C) Rotura Traumática de útero intacto

ROTURA UTERINA CON CESAREA PREVIA

Se ha dicho que el abuso, en el empleo de la cesárea, constituye una causa muy importante de la ruptura uterina, como consecuencia del estallido de la cicatriz, sobre todo en la cesárea clásica, que ocurre en un 50% en el embarazo.

Según obstétricos norteamericanos han encontrado una incidencia de 1% durante el embarazo y de 0.5% durante el trabajo de parto, esto en una operación de cesárea clásica infraumbilical, en un estudio de 10 años el porcentaje la incidencia baja a un 0.5%.

Los obstetras europeos como Breirton dan un porcentaje de 1.9% en cesárea clásica, 0.5% en cesárea practicada en segmento inferior.

Así una cicatriz clásica es 3-4 veces más probable de rotura uterina, y ésta suele producirse al final del embarazo y durante el trabajo de parto.

La cicatriz del segmento inferior en región infraumbilical, no se observa en el embarazo y raras veces durante el trabajo de parto, la mortalidad materna es establecido en un 5% y la fetal 90%, la rotura de la cicatriz del segmento inferior, puede lesionar la vida.

En cuanto a las causas que motivan tan alta preferencia entre cesárea clásica y cesárea practicada en el segmento inferior, se ha dicho que las contraindicaciones así como las pausas entre éstas, no forman una

además la rica vascularización existente en el cuerpo uterino dificulta una completa hemostasia, originándose espacios muertos en la herida, que pueden conducir a procesos infectivos en la cicatriz que disminuirán posteriormente la resistencia que normalmente debe tener la pared, puede ocurrir también que el material de sutura no sea bien reabsorbido, con lo que la hemostasia y aproximación de los bordes no será lo conveniente.

Se debe diferenciar rotura y dehiscencia de la cicatriz de una operación cesárea, siendo más frecuente la dehiscencia, en operación practicada en el segmento inferior, en ésta se observan los bordes netos, la bolsa amniótica completa y cubierta por el peritoneo, y ésta su sintomatología es vaga, por lo que considero que no debemos de olvidar la frase de Cruigin "Una vez se ha practicado una cesárea, deberá practicarse siempre una cesárea".

Algunos obstetras son del parecer que cuando no persiste la indicación de la primera cesárea, trabajo de parto prematuro, feto pequeño se dé solución por vía vaginal, también se ha dicho que cuando se han efectuado dos cesáreas, el próximo embarazo se solucionará por vía abdominal.

Más sin embargo siempre se debe tomar en cuenta, que la operación la haya efectuado un excelente cirujano, feto peso normal, con estudios radiológicos antes del embarazo, hay un 30-40% de posibilidad que se nos presente una emergencia obstétrica.

ROTURA UTERINA DE ÚTERO ÍNTEGRO FORMA ESPONTÁNEA

Esta forma de Ruptura Uterina, constituye la más grave, por esta aquí más elevada la mortalidad materna y fetal, debido a que el médico se encuentra con una situación inesperada, o que ésta suceda fuera de un ambiente hospitalario. En cuanto al porcentaje en relación a la ruptura uterina en útero con cesárea previa en el segmento, se ha estimado que la forma espontánea es tres veces mayor.

Ruptura espontánea se ha observado más en multiparas, cuya fibra uterina degenerada y friable está pre-dispuesta a la ruptura, otro factor importante en la ruptura espontánea es desproporción cefalo-pélvica no diagnosticada.

Rotura uterina de útero íntegro en su forma espontánea, es raro observarle en el período del embarazo, se pueden apuntar causas predisponentes como legrado previos, sepsis post-aborto o bien post-parto. La ruptura uterina espontánea durante el embarazo ocurre en el fondo del útero y en el trabajo de parto en el segmento inferior.

La ruptura espontánea en un útero íntegro, podemos dividir las causas en maternas y fetales que ha continuación describiré:

Causas Maternas: todas aquellas que presentan un obstáculo para el parto.

- a) Pelvis estrecha y límite, pelvis asimétrica
- b) Malformaciones uterinas, útero infantil
- c) Infecciones ginecológicas previas
- d) Legrados uterinos
- e) Desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, acreta
- f) Multiparidad, degeneración hialino o grasa del miometrio

Causas Fetales:

- a) Embarazo gemelar, feto gigante
- b) Polihidramnios
- c) Presentación pelviana, procidencia de miembros
- d) Presentaciones muy dobles (frente y cara)
- e) Situación transversa
- f) Malformaciones fetales, hidrocefalos, sacrocóccigeos, etc.

Los síntomas y signos de ruptura uterina durante el embarazo y el trabajo de parto son iguales, al presentarse la ruptura uterina el feto pasa a la cavidad abdominal y la placenta queda en el útero; en casos muy raros se continúa un embarazo útero-abdominal, casi siempre la muerte es inmediata ya que la contracción del útero reduce la circulación de la placenta.

ROTURA TRAUMATICA DE UN UTERO INTACTO

Durante el embarazo la rotura traumática es bastante rara, pero puede ocurrir secundaria a golpe o caída sobre el abdomen, o en un accidente automovilístico. La ruptura se puede observar por golpe directo o por contragolpe; cualquier mujer en estado de embarazo que ha sufrido un traumatismo en abdomen, aunque parezca leve debe ser observada para descartar ruptura uterina.

Las rupturas traumáticas provocadas se pueden deber a ignorancia de quien atiende un parto, administración de medicamentos occitócicos a un útero que está luchando contra un obstáculo, se pueden observar en actos intervencionistas destinados a terminar el parto que pueden acaecer aún en obstétricas experimentados, podría ser en actos como al reducir una procidencia, versión interna en útero irritable pegado al feto o el segmento inferior sobre distendido; al colocar una rama del forceps con dilatación incompleta, al efectuar una dilatación manual en la aplicación de fuerza sobre el fondo uterino; además pueden existir factores predisponentes (cesáreas anteriores, miomectomías, raspados, etc). a veces no conocidas por el obstetra actuante. Efectuaré una división de las causas de rupturas uterinas traumáticas durante el parto para una mejor comprensión:

Mala Indicación:

- a) Versión interna con útero retraído o no relajado
- b) Extracción fetal por las vías naturales sin dilatación completa.
- c) Partos de nalgas al haber desproporción cefalopélvica

- d) Forceps con presentación no encajada, o continuar con prueba de forceps fallida.
- e) Dilatación manual, instrumental o quirúrgica del cuello.
- f) Malformaciones fetales no diagnosticadas
- g) Mal uso de occitócicos

Inhabilidad del actuante:

- a) Al efectuar embriotomía
- b) Kristeller o Krede violentos
- c) Alumbramiento manual con placenta acreta

SINTOMATOLOGIA Y EVOLUCION CLINICA EN RUPTURA UTERINA

El diagnóstico es difícil, aún puede pasar desapercibido cuando se trata de una ruptura incompleta y solo darnos cuenta al entrar paciente en estado grave lo que nos da un valor diagnóstico, es la presencia de hematuria al colocar cateter vesical, pero al ser negativa no demuestra que no exista ruptura del útero.

Al apuntar un diagnóstico difícil, estaba haciendo relación, al punto que es más importante para el médico que es en el momento antes que se efectúe la ruptura uterina, por lo que haré una descripción de ésta.

Signos precursores de Ruptura Uterina

Observación: El útero se encuentra luchando contra un obstáculo, que lo obliga a redoblar sus esfuerzos, así encontraremos polisistolia, tétanos; si se trata de presentación cefálica, ésta se observará por encima de la pelvis.

Inspección: El segmento inferior muy distendido y adensado, el cuerpo uterino duro y globoso, contraído; a la izquierda hay un surco transversal cercano al ombligo, que corresponde al anillo de Schroeder, es el útero en reloj de arena o anillo de bandl.

Tacto: Cuello mal dilatado, edematoso.

Palpación: Se pueden palpar los ligamentos redondos, tensos, de un dedo de grosor (más fácil de palpar el izquierdo) que desde el útero se extiende a la parte media del arco crural, se le llama Signo de Frommel.

Así tenemos el Síndrome de Rotura Inminente. En el útero en reloj de arena el surco transversal que va apareciendo, los ligamentos redondos palpables; también llamado Síndrome Bandl-Frommel.

Signos de Ruptura Uterina

La paciente luego de clímax de contracciones, observa una falsa tranquilidad, la paciente siente la satisfacción de desgarre interno, en región inferior se queja de un dolor punzante, se observa el Signo de Pinar. Edema suprapúbico y vulvar, además pérdida de cierta cantidad de sangre negrusca y espesa por vagina.

Por medio de Rayos X se puede observar feto en cavidad abdominal, con pérdida de su actitud fetal.

Palpación:

La presentación se ha deslizado fuera del estrado medio, se palpa el feto más fácilmente al lado de él.

cuerpo duro y redondo que es el útero contraído, a nivel de vejiga se puede palpar una tumoración que suele ser un hematoma, además se puede observar el Signo de Clark. Crepitación supra púlica, por enfisema de vía vaginal y uterina a cavidad peritoneal.

La paciente presenta síntomas de choque que puede llegar a la inconciencia.

Tacto:

Se puede palpar la presentación lejana, el desgarramiento de la pared, región abdominal se pueden palpar aún vísceras.

Cuando la rotura durante el parto pasa desapercibida, se observa en puerperio distensión abdominal, causada por hemorragia retroperitoneal, se debe tener CUIDADO en paciente Anestesiado que nos puede confundir, y el paciente se encuentre en realidad en estado COMATOSO.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN RUPTURA UTERINA

Al encontrarnos frente a un paciente con hemorragia vaginal fuera de lo normal antes del parto, debemos de pensar luego de Ruptura Uterina en Placenta Previa o en Desprendimiento de Placenta Normalmente Incerta; son las dos entidades obstétricas que nos pueden confundir en el diagnóstico, porque el tratamiento en las tres es quirúrgico.

El choque que presenta la paciente lo debemos diferenciar, en aquellos que den hemorragia interna con rotura del saco de un embarazo ectópico, ruptura de zo, hígado.

Por el dolor debemos tomar en cuenta torción pedículo de un quiste del ovario, obstrucción intestinal apendicitis aguda.

PRONOSTICO MATERNO-FETAL EN RUPTURA UTERINA

Las probabilidades de vida en el feto están en manos del buen médico obstetra, en detectar una inminencia de ruptura uterina o por lo menos en una ruptura incompleta subperitoneal. De lo contrario las probabilidades de mortalidad fetal son muy altas (de 85%), así que si el feto se encuentra vivo su única esperanza es que se efectúe una laparatomía inmediata de lo contrario morirá por asfixia.

La madre sin tratamiento morirá por hemorragia o por infección, la mortalidad materna por ruptura uterina en útero cesareado es de 1% y en ruptura espontánea de 20-40%, se le pueden presentar a la madre complicaciones como fístula vesico-vaginal, embolismo pulmonar, infección de herida operatoria, septicemia. El empleo de cantidades considerables de sangre y el uso de antibióticos de amplio espectro han mejorado el pronóstico materno.

TRATAMIENTO

El médico tocólogo debe tener siempre presente que pueden jugarse en esta desviación de la normalidad, la vida de dos personas; una a la que indudablemente podemos interrogar y explorar, pero la otra vida, la del hijo que se está formando, pertenece a un enfermo que no se queja, que no exploramos, y por consiguiente un juicio equivocado de diagnóstico o tratamiento, podría trascender luego en su vida social o aún peor le podría ocasionar la muerte, a continuación describiré el tratamiento profiláctico que desde luego es el mejor.

Tratamiento Preventivo:

El tratante deberá permanecer alerta en el trabajo de parto, sobre todo, cuando hay un posible obstáculo en canal de parto, para determinar la presencia de Rotura Inminente. Se debe tomar un cuidado más especial en fetos hidrocefalos, situación transversa, podálica, retardo en proceso de encajamiento, por lo que es de gran importancia determinar tamaño y forma de pelvis, así como de diámetros cefálicos.

Tratamiento Curativo:

Procedimientos aplicables por vía vaginal:

Desde luego siempre que ocurran fuera de un centro hospitalario, mientras que el paciente llega al quirófano, o para el médico que se encuentra en un ambiente rural, donde se puede saber cuál es la conducta correcta, pero el ambiente conspira contra la eficiencia.

de la intervención.

Taponamiento: Mediante mechas hemostáticas que atraviesan la brecha y taponan el útero y la vagina, es un método de excepción ya que domina poco la hemorragia y aumenta los riesgos de infección.

Sutura Uterina: Es posible en desgarros cervicosegmentarios, al visualizar el extremo de la herida.

Histerectomía por Vía Vaginal: Es también una operación de excepción que se debe de hacer en un centro quirúrgico, cuyas indicaciones están limitadas, rotura uterina en embarazo pequeño, paciente muy choqueada.

Técnica de Compresión de la Aorta Abdominal:

- a) Técnica de Schmid: se coloca el puño de la mano izquierda por encima del fondo uterino, de tal modo que las falanges medias de los dedos ubicados en eje aórtico comprimen éste y la mano derecha sobre la izquierda.
- b) Técnica de J.B. González: el borde cubital izquierdo, comprime transversalmente el abdomen, y la otra mano sobre el borde radial, hasta que desaparece el pulso femoral. Esta tensión se puede mantener por medio del tubo de Monbury, o el compresor de Rissman.

Procedimientos Quirúrgicos por vía Abdominal: Por lo general la rotura uterina debe tratarse con criterio quirúrgico amplio, se dice que no importa que el feto esté vivo o muerto, la solución es laparatomía de urgencia,

que no solo permite explorar la lesión sino que extrae el contenido abdominal (sangre, líquido amniótico, membrano).

Al encontrar hematoma del ligamento ancho la ligadura de arteria hipogástrica del lado afectado es un procedimiento más simple, que el buscar la arteria uterina, pone en peligro el uréter subyacente y el peligro de un shock irreversible es más posible.

A continuación entramos a los procedimientos por vía abdominal quirúrgicos:

- a) Sutura de la Brecha Uterina: es un procedimiento rápido y fácil, conservador, que se puede efectuar siempre que los bordes sean más o menos regulares, que el útero no se encuentre demasiado friable, o cuando paciente en estado grave no permite una intervención de tiempo prolongado.
- b) Histerectomía: es una operación que necesita tiempo para ejecutarse por lo que se debe realizar al estar resuelto el choque y la hemorragia, la operación practicarse deberá ser histerectomía total, se debe dejar un tubo de drenaje peritoneal.

El tratamiento que se debe efectuar en pacientes con diagnóstico de ruptura uterina debe ser cuidadoso e inteligente, no dejarse atrapar por el grave problema obstétrico; se debe pensar en reponer la pérdida de líquidos, sin esperar que aparezca el choque, además la transfusión sanguínea masiva y el empleo de antibióticos de amplio espectro.

Una vez que he expuesto el mecanismo por el que se producen las roturas, las causas que pueden originarlas, así como su sintomatología, el pronóstico y el tratamiento, no me queda sino desear que les sea útil este trabajo, si en el curso de nuestra dura profesión, se ven enfrentados con algún caso de esta grave complicación.

- 25 -

PRESENTACION DE ANALISIS DE RESULTADOS DE RUPTURA UTE- RINA

Someto a vuestra consideración el estudio y seguimiento de historias clínicas de pacientes que fueron tratados en los servicios internos de los departamentos de Ginecología y Obstetricia, del hospital general del Departamento de Escuintla, desde el mes de enero de 1976, al mes de diciembre de 1980 a los cuales les diagnosticó Ruptura Uterina.

En el estudio se encontraron 16 casos con diagnóstico de Ruptura Uterina. Uno de ellos no se pudo establecer su evolución debido a que la papeleta está extraviada.

En la revisión efectuada en cinco años se encontraron 10,202 partos normales y 16 rupturas de útero, dando una incidencia de una rotura uterina por cada 640 partos normales.

DISTRIBUCION ETARIA

Edad/ años	No. de Pacientes	Porcentaje
15	-	---
16-25	8	53.3
26-35	7	46.7
36-45	-	---
	15	100.0

Se observó en el estudio que un mayor número de pacientes se encontró en una edad de 16 a 25 años, es decir, personas jóvenes.

LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR	No. de Pacientes	Porcentaje
Area Rural	11	73.3
Area Urbana	4	26.7
	15	100.0

Se puede observar en este cuadro, que el mayor de los porcentajes se encontró que las pacientes residían más en una área rural, con lo que este tipo de pacientes, es difícil de mantener un lazo de salubridad debido, a factores inherentes a ellos.

NUMERO DE EMBARAZOS A TERMINO Y SU RELACION CON ROTURA UTERINA

Embarazos	No. de Pacientes	Porcentaje
1	-	---
2	4	26.6
3	3	20.1
4 - +	8	53.3
	15	100.0

En los pacientes de estudio se encontró que la mayoría de éstos habían tenido más de 4 embarazos, por lo cual debemos tener especial cuidado en pacientes múltiples.

EDAD GESTACIONAL EN EL MOMENTO DE ROTURA UTERINA -

Semanas de Gestación	No. de Pacientes	Porcentaje
27 - 37	1	6.6
38 - 42	14	93.4
42 - -	-	----
	15	100.0

En este cuadro representativo, se observa que porcentaje mayor de las roturas uterinas fue al final del embarazo, todas con trabajo de parto, por lo que se debe tener especial cuidado en las últimas semanas de gestación sobre todo en útero cesareado y con trabajo de parto activo.

ROTURA UTERINA ACAECIDA EN AMBIENTE HOSPITALARIO O FUERA DE EL

	No. de Pacientes	Porcentaje
Intra Hospitalaria	9	60
Extra Hospitalaria	6	40
	15	100.0

Se encontró un 60% de roturas Intra Hospitalarias.

PRESENTACION Y POSICION FETAL EN RELACION A ROTURA UTERINA

	No. de Pacientes	Porcentaje
Cefálica	8	53.4
Transversa	6	40.0
Podálica	1	6.6
	15	100.0

CAUSAS DE ROTURA UTERINA

	No. de pacientes	Porcentaje
Cesárea anterior y Trabajo de Parto	7	46.8
Situación Transversa	6	40.0
Desproporción Cefalo-Pélvica	1	6.6
Operatoria	1	6.6
	15	100.0

Se encontró que la causa principal de rotura uterina fue en 46.8% por cesárea anterior y trabajo de parto, por lo que debemos tener especial cuidado en este tipo de pacientes.

LOCALIZACION DE ROTURA UTERINA

	No. de Pacientes	Porcentaje
Segmentaria	14	93.4
Corporales	1	6.6
	15	100.0

En este cuadro se observa que un 93.4% la ra fue en el segmento todas las pacientes en estudio fueron en período de trabajo de parto.

TIPO DE ROTURA UTERINA

	No. de pacientes	Porcentaje
Completa	15	100
Incompleta	-	--
Total	15	100

En un 100% la rotura fue completa.

ROTURA UTERINA Y UTERO CESAREADO

	No. de pacientes	Porcentaje
Utero Intacto	8	53.4
Utero Cesareado	7	46.6
	15	100.0

Se encontró un alto porcentaje en útero intacto 53.4%, que gran parte de éste corresponde a una situación transversa.

TRATAMIENTO QUIRURGICO EMPLEADO

	No de Pacientes	Porcentaje
Histerorrafia	8	53.4
Histerectomía Sub-total	4	26.6
Histerectomía Total	3	20.0
	15	100.0

El tratamiento quirúrgico más empleado fue Histerorrafia en un 53.4%

USO DE ANTIBIOTICOS EN EL POST - OPERATORIO

	No. de Pacientes	Porcentaje
Penicilina y Cloranfenicol	10	60.2
Gentamicina y Lincomicina	2	13.3
Penicilina	2	13.3
Ninguno	1	6.6
	15	100.0

La combinación más utilizada fue de Penicilina y Cloranfenicol.

USO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Transfusión	No. de Pacientes	PORCENTAJE
SI	14	93.4
NO	1	6.6
	15	100.0

Se encontró que se utilizó transfusión sanguínea en un 93.4%, se dice que una vez diagnosticada Rotura Uterina se debe utilizar reposición de plasma sanguíneo antes de que aparezca choque.

COMPLICACION

Complicación	No. de Pacientes	PORCENTAJE
SI	8	53.3
NO	7	46.7
	15	100.0

Las pacientes que no presentaron ninguna complicación fue de un porcentaje 53.3%, se observó que en estas pacientes se había practicado como técnica quirúrgica Histerectomía.

TIPO DE COMPLICACION

Lesión Iatrogénica del Uréter	1	7.6%
Fístula Vesico-Vaginal	2	15.3%
Infección Post-Operatoria	7	54.2%
Dehiscencia Operatoria	2	15.3%
Ruptura Vesical	1	7.6%

DIAS DE HOSPITALIZACION

Días de Estancia	No. de Pacientes	PORCENTAJE
0 - 7	3	20.6
8 - 15	6	40.0
16 - 22	5	32.8
23 - -	1	6.6
	15	100.0

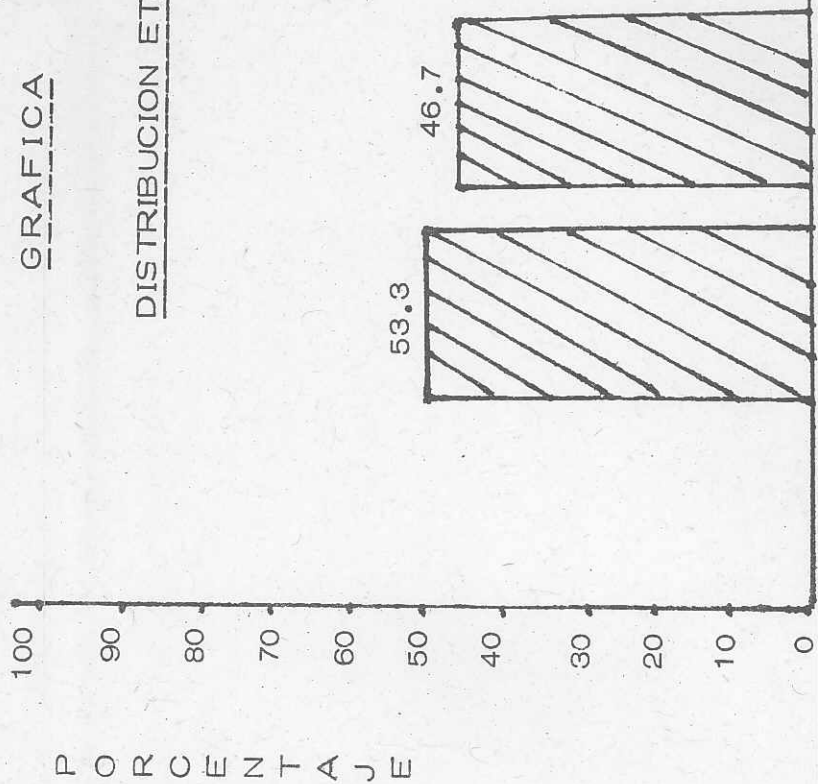
Tiempo promedio 15 días.

MORTALIDAD MATERNA Y FETAL

	FETO		MADRE	
Muerto	13	86.7	0	0
Vivo	2	13.3	15	100
	15	100.0	15	100 %

GRAFICA

DISTRIBUCION ETARIA



GRAFICA

NUMERO DE EMBARAZOS A TERMINO
Y SU RELACION CON ROTURA UTERINA

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

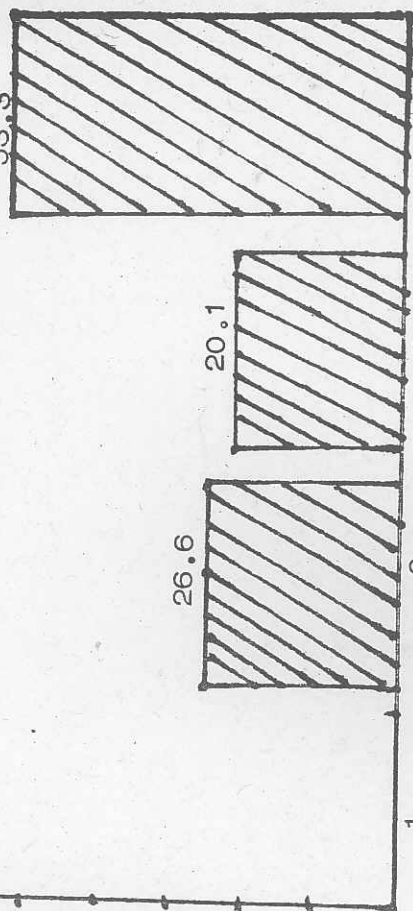
0

PORCENTAJE

53.3

20.1

26.6



CONCLUSIONES

1. En el estudio efectuado durante cinco años en el Hospital General del Departamento de Escuintla, se encontraron 16 Rupturas Uterinas siendo la incidencia una Ruptura por cada 64 partos normales.
2. Las pacientes en estudio procedían de un área rural en un 73.3%.
3. En un 53.3% se encontró que pacientes habían tenido más de 4 embarazos, se debe tener especial atención en pacientes multíparas.
4. Posición transversa se encontró en un 40.0% éstos en un útero intacto.
5. La causa principal de Rotura Uterina fue Cesárea anterior más trabajo de parto.
6. La historia de partos posteriores a cesárea favorece el pronóstico ni indica resistencia de la cicatriz, solamente en parto con niño con peso normal, permeabilidad de pelvis.
7. En pacientes con operación cesárea anterior, quienes se les indique trabajo de parto, es indispensable un estudio radiológico de pelvis, diámetros de cabeza fetal y un control más adecuado dentro de su evolución.
8. El tratamiento quirúrgico más empleado fue Histerorrafia más Pomeroy en un porcentaje de 53.4%.

9. El antibiótico más utilizado en el post-operatorio fue la combinación de Penicilina y Cloranfenicol en 60.2%.
10. Los pacientes que no presentaron ninguna complicación fue de un porcentaje de 53.3%, se observó que en estos pacientes se había practicado como técnica quirúrgica Histerectomía.
11. La complicación más frecuente fue infección de herida operatoria en 54.2%, seguido de Dehiscencia Operatoria con 15.3%.
12. El tiempo promedio de estancia fue de 15 días.
13. La mortalidad más elevada fue la fetal en un 86.7%, en cuanto a mortalidad materna en 0%.

RECOMENDACIONES

1. Que en el Hospital del Departamento de Escuintla, se tome una conducta más intervencionista en el tratamiento de pacientes con cesárea anterior.
2. Toda paciente ingresada al Hospital con cesárea anterior, debe ser vigilada y controlada estrechamente hasta que obtenga el producto de su gestación.
3. Se debe obtener de pacientes que han sido intervenidas por cesárea, el centro hospitalario donde fueron atendidas, la causa que indujo a operación y la clase de intervención practicada.
4. Se debe instaurar un programa de educación sanitaria en toda paciente cesareada, que es un factor que influirá benéficamente para disminuir la incidencia de este grave problema.
5. Cuando se considere una conducta no intervencionista, efectuar un estudio radiológico, además estar preparado para efectuar una cesárea de urgencia y poder disponer del banco de sangre.
6. En toda paciente que se ha efectuado cesárea, mejorar la motivación para que acuda a consulta post-natal, efectuar conferencias de orientación con el fin de darle a conocer los peligros inherentes a su estado, tanto durante su gestación como en el trabajo de parto.

7. En la obtención de datos de Historias Clínicas de pacientes con trabajo de parto, se deben efectuar cuidadosamente, aún aunque nos parezca que la resolución del embarazo sea por vía natural y normal, ya que en cualquier momento se pueden presentar una urgencia obstétrica o que los datos puedan servir para ulteriores investigaciones.
8. Que el Departamento de Archivo y Estadística, obtenga una mejor manera de sistematización de los datos y de diagnósticos principales para que no se pierdan los asuntos más importantes de una investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Urgencias Tocológicas. Dr. José de Población. Barcelona, 1970.
2. Progresos en Obstetricia y Ginecología. Steven L. Marcus. Rossellen 1970.
3. Obstetricia de Williams. J. Whitridge. 14 Ed.
4. Obstetrics and Gynecology. David N. Danforth. 3a. Ed., 1977.
5. Gynecology and Obstetrics Pathology. Peter Herbut. Philadelphia, 1953.
6. El Utero y sus Enfermedades. C. Frederic Fluhman. Barcelona, 1963.
7. Obstetrics and Gynecology. George L. Bowe. Philadelphia 4a. Ed., 1965.
8. Enfermedades de la Mujer. Robert James. Luis 1965.
9. Obstetrics. J.P. Greenhill. Philadelphia, 1965.
10. Clínica Obstétrica. Jaime Maragües Bernot. Buenos Aires, 1960.

11. Manual de Ginecología y Obstetrica. H. de Tourris. Saint German 1978.
12. Terapéutica Obstétrica, Rossenvasser, 1962.
13. Dehiscencia y Ruptura Uterina. Ruíz Velasco México, 1972.
14. Ruptura Uterina. Contreras Duarte. México 1973.

Br.

Br. Elmer Emilio Quiroz Barre

Asesor.

r. Gustavo Adolfo Fuentes

Dr.

Revisor,

Dr. Guillermo

Director de Fase III

Dr. Carlos Walheim

Dr.

Secretario

X Dr. Raúl Ca

Dr.

Decano,

Dr. Carlos Walheim
en Funciones