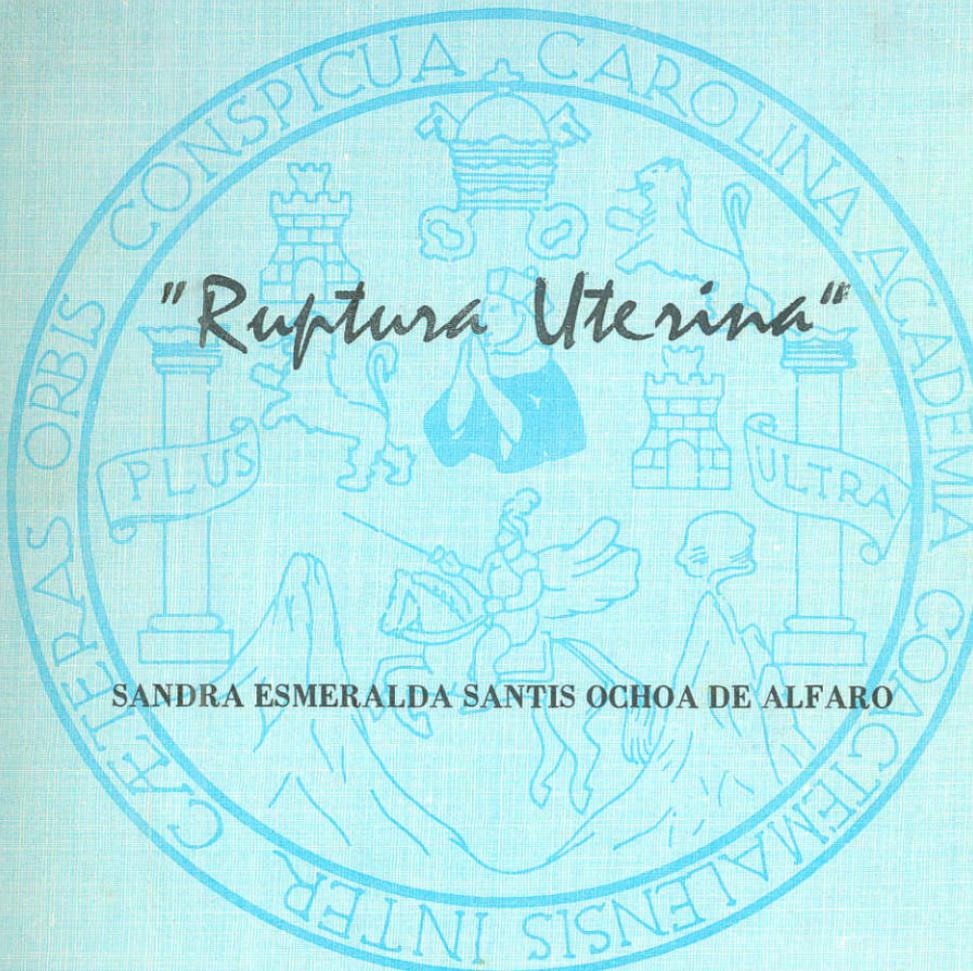


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a woman in a blue dress, possibly representing a saint or a personification of a virtue. Surrounding her are various symbols: a crown at the top, a lion on the right, a castle on the left, and two columns with banners that read "PLUS" and "ULTRA". The outer ring of the seal contains the Latin text "UNIVERSITAS SAN CAROLINIENSIS INTER ETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA GUATEMALENSIS".

*"Ruptura Uterina"*

SANDRA ESMERALDA SANTIS OCHOA DE ALFARO

GUATEMALA, ABRIL DE 1981

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**RUPTURA UTERINA**

**TESIS**

*Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas  
de la Universidad de San Carlos de Guatemala*

**POR:**

**SANDRA E. SANTIS OCHOA DE ALFARO**

*En el acto de su investidura de*

**MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, ABRIL DE 1981

## INDICE

Pág. N

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 1.  | <i>Introducción</i> .....                        |  |
| 2.  | <i>Material y Métodos</i> .....                  |  |
| 3.  | <i>Objetivos</i> .....                           |  |
| 4.  | <i>Generalidades</i> .....                       |  |
| 5.  | <i>Definición Ruptura Uterina</i> .....          |  |
| 6.  | <i>Incidencia</i> .....                          |  |
| 7.  | <i>Estudio Anatómico</i> .....                   |  |
| 8.  | <i>Etiología</i> .....                           |  |
| 9.  | <i>Ruptura Uterina durante el embarazo</i> ..... |  |
| 10. | <i>Ruptura Uterina durante el parto</i> .....    |  |
| 11. | <i>Sintomatología</i> .....                      |  |
| 12. | <i>Diagnóstico</i> .....                         |  |
| 13. | <i>Pronóstico</i> .....                          |  |
| 14. | <i>Tratamiento</i> .....                         |  |
| 15. | <i>Presentación de Resultados</i> .....          |  |
| 16. | <i>Conclusiones</i> .....                        |  |
| 17. | <i>Recomendaciones</i> .....                     |  |
| 18. | <i>Bibliografía</i> .....                        |  |

## INTRODUCCION

La obstetricia es una rama de las Ciencias Médicas cuyo campo muy amplio, el cual año tras año se va expandiendo. Es así como los que actualmente se incluye medicina fetal y la ecología humana no partes integrantes de dicha disciplina; pero a pesar de sus progresos en el campo médico, las complicaciones siguen existiendo.

Sabiendo lo anterior y encontrando la obstetricia muy interesante, se decidió efectuar un estudio retrospectivo sobre Ruptura Uterina. Revisando literatura, se puede constatar que este accidente es uno de los más graves que se registran en obstetricia, y a pesar de eso, nuestro medio no sabemos con que frecuencia se presenta, que grupo de edad es el más afectado, cual es su tratamiento, complicaciones, etc.

Actualmente existen sólo cuatro trabajos nacionales sobre dicha enfermedad, dos de ellos efectuados en el área capitalina hace aproximadamente 40 años y dos en los departamentos hace aproximadamente 2 años. Es por eso que se cree de suma importancia efectuar dicha investigación para saber hasta que punto representa un grave problema para la mujer guatemalteca, y asimismo hacer comparaciones con los trabajos anteriores y con los que nos reporta la literatura.

En síntesis este trabajo tiene como finalidad hacer un estudio retrospectivo que nos permita determinar cuales han sido los diferentes factores, que influyen en la Ruptura Uterina.

## MATERIAL Y METODO

### MATERIAL:

Tendremos como objeto de estudio a todas aquellas pacientes embarazadas que ingresaron al servicio de Labor y Partos del Hospital General San Juan de Dios durante el período de Enero de 1971 a Diciembre de 1980, es decir 10 años.

### Recursos Humanos:

- Médico Asesor
- Médico Revisor
- Pacientes
- Personal Médico y paramédico
- Personal intrahospitalario

### Recursos no Humanos:

- Libro de Registro de partos y nacimientos
- Libro de Sala de Operaciones
- Archivo del Hospital
- Sección de Estadística
- Fichas Clínicas

### METODO:

El presente trabajo se llevará a cabo en el departamento de Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios"; se efectuará revisión de los libros de sala de operaciones, nacimientos y partos para poder encontrar a todas aquellas pacientes con diagnóstico de Ruptura Uterina durante el período de enero de 1971 a diciembre de 1980;

efectuado lo anterior se pasará al archivo para localizar las papeletas de nuestro interés y revisarlas y así dar inicio al presente trabajo.

## OBJETIVOS

1. *Evaluar los índices de morbi-mortalidad, tanto materna como fetal*
2. *Conocer las causas que determinen o predisponen a este accidente obstétrico en nuestro medio*
3. *Establecer que grupo etáreo es el más afectado*
4. *Conocer la paridad de pacientes con esta entidad*
5. *Conocer el manejo y tratamiento de pacientes con Ruptura Uterina*
6. *Demostrar la importancia y consecuencias de las Rupturas Uterinas en nuestro medio*
7. *Que el presente trabajo sirva como fuente de información.*

## GENERALIDADES

### DEFINICION

### RUPTURA UTERINA

*Son soluciones de continuidad extensas, espontáneas o provocadas del músculo uterino, después de que se alcanzó la viabilidad del producto de la concepción.*

### INCIDENCIA

*Resulta difícil establecer porcentajes de rúpturas uterinas, porque ellas dependen de muchos factores. Es así como se reportan el 1 o/o o sea 1:760 partos; con respecto a nuestro medio y según los estudios realizados, podemos mencionar que corresponden a 1:777 partos. Datos que coinciden con los reportados en otras latitudes.*

### ESTUDIO ANATOMICO

*Desde este punto de vista y en atención a su asiento, las rúpturas pueden ser:*

- 1. Corporales: éstas ocurren más frecuentemente durante el embarazo.*
- 2. Segmentarias: Ocurren generalmente durante el parto.*

*Teniendo en cuenta la dirección de la herida uterina:*

- 1. Longitudinales*

2. Transversales

3. Oblícuas

Según la profundidad alcanzada por la ruptura:

1. Incompletas: cuando no interesa toda la pared uterina (mucosa, miometrio, peritoneo).

2. Completas: cuando interesa toda la pared uterina aquí el feto y la placenta pueden pasar con mayor frecuencia al abdomen.

3. Complicadas: cuando se lesionan órganos vecinos.

## ETIOLOGIA

Encontramos que pueden haber causas determinantes y causas predisponentes.

### 1. Causas Determinantes

En primer lugar: el "cuadro de parto obstruido", el cual se produce cuando se crea una desproporción entre el móvil fetal y el canal de parto. Este cuadro, tiene su principal expresión en la estrechez pelviana; tumores previos, atresias o estenosis cicatrizal de la vagina, exceso de volumen del feto, y los vicios de actitud o situación. En segundo lugar: los traumatismos sobre el útero, así tenemos los naturales, como la caída o la contusión directa sobre el abdomen o el contragolpe en la caída de la mujer sentada. Entre los provocados podemos mencionar, intervenciones incorrectamente realizadas tales como la versión interna con útero retraído, el alumbramiento artificial en la placenta acreta, etc. En tercer lugar tenemos el abdomen péndulo muy acentuado, en el que la hiperdistensión de la pared

posterior del segmento inferior hace que asiente en ésta la ruptura.

### 2. Causas Predisponentes:

Es evidente que la misma causa no actúe por igual en todos los partos, reconociéndose a nivel del útero condiciones que favorecen en mayor o menor grado la producción del accidente. Mencionaremos así la multiparidad, la hipoplasia, malformaciones del útero, las cicatrices de intervenciones anteriores, y los procesos inflamatorios agudos o subagudos a nivel del útero.

## RUPTURA UTERINA DURANTE EL EMBARAZO:

Se observa especialmente en multíparas, cuya fibra uterina degenerada y friable está predispuesta a la ruptura, pacientes con antecedentes de raspados uterinos reiterados, alumbramiento artificial seguido por raspado, mola hidatiforme, cicatriz previa.

Las rupturas uterinas durante el embarazo suelen ser por su evolución; insidiosas, por su localización: corporales o fundicas y generalmente completas.

## RUPTURA UTERINA DURANTE EL PARTO:

Son más frecuentes que durante el embarazo, y pueden ser espontáneas y provocadas; las primeras se observan en una proporción mayor que las segundas, razón por la cual suscitan especial interés.

## Rupturas Expontáneas:

*Pueden obedecer a causas maternas, fetales u ovulares.*

### 1. Causas Maternas:

*Entre las causas maternas deben mencionarse aquellas que provoquen un obstáculo para el encaje o dilatación del cuello, pelvis estrecha, pelvis justa, pelvis asimétricas, tumores. Las estrechases pelvianas que afectan el estrecho medio y el estrecho inferior, exponen menos a la ruptura completa, porque permite el encaje de la presentación.*

### 2. Causas Fetales:

*Entre las causas fetales corresponden citar, el embarazo doble con hidramios, feto gigante en presentación pelviana, feto parcialmente voluminoso con hidrocefalia, fetos con tumores de abdomen y sacrococcigeos, presentaciones muy deflexionadas (frente y cara), y sobre todo la transversal.*

### 3. Causas Ovulares:

*Las causas ovulares son muy raras; así encontramos la inserción placentaria sobre una cicatriz y la placenta previa.*

*Cuando están en juego las causas maternas o fetales suele ser el segmento inferior quien soporta el máximo de esfuerzo desarrollado por el cuerpo uterino, dejándose distender total o parcialmente, dibujándose un surco más o menos grande con anillo de contracción subyacente, otras veces el segmento inferior es comprimido por una parte fetal contra el contorno del estrecho superior (generalmente contra el promontorio) con isquemia y adelgazamiento que provoca el desgarro.*

*Cuando la ruptura expuesta obedece a causas ovulares, el*

*mecanismo de su producción está ligado a la delgadez del segmento inferior y a la acción citolítica de las vellosidades coriales.*

## RUPTURAS PROVOCADAS:

*Pueden deberse a ignorancia de quien atiende el parto y administración de medicamentos útero estimulantes a un útero que está luchando contra un obstaculo; en este caso la ruptura suele asentarse en el segmento inferior, siendo unas veces transversal y otras vertical, corriéndose hacia el cuello o hacia el cuerpo y fondo uterino, bajo la forma de un desgarro más o menos rectilíneo o en ele (L); también pueden ser causadas por intervenciones destinadas a terminar el parto. Unas veces por introducir una mano intrauterina para buscar un pie o reducir una procedencia de un miembro estando el segmento inferior sobredistendido, al colocar un forceps con dilatación incompleta, versión por maniobras internas, pero que cuando se ejecutan con útero irritable pegado al feto, casi fundamentalmente determinan la ruptura uterina. Hay rupturas que ocurren durante partos aparentemente normales, sin que haya habido ninguna intervención, son rupturas insospechadas propias de úteros operados o con raspados numerosos.*

## SINTOMAS

*Los agruparemos en Locales, Vaginales y Generales.*

### 1. Síntomas Locales:

*Primeramente cesación repentina de las contracciones, dolor agudo que puede señalar el instante de la ruptura; el feto si<sup>a</sup> pasado al abdomen se palpa muy fácilmente y superficialmente; el útero se palpa como un tumor duro; un pronunciado tenesmo urinario, con orinas que pueden ser hematóricas; puede*

percibirse a través de la pared abdominal, en los casos de ruptura incompleta, el tumor subperitoneal del hematoma de carácter decreciente; cierto efisema de la piel (signo de Clark) y en otras ocasiones la sensación de líquido libre en la cavidad peritoneal.

## 2. Síntomas Vaginales:

La presentación si no <sup>se</sup> a pasado a la cavidad abdominal, se percibe alta y móvil, se puede tocar la ruptura con el dedo que explora, ruptura que si es completa, permite llegar la mano hasta la cavidad abdominal.

## 3. Síntomas Generales

Se establece un estado de anemia aguda y de shock. La hemorragia puede ser interna, externa o mixta y tiene por lo general carácter agudo y progresivo.

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico es fácil de realizar en la mayoría de los casos sobre todo si llevo una evolución o si el cuadro es neto. Pero resulta difícil si el cuadro no es completo o la ruptura se produjo insidiosamente.

Le hemorragia externa hace pensar en placenta previa o desprendimiento de placenta normalmente inserta. La hemorragia interna y el shock hacen pensar en la ruptura de cualquier víscera en el abdomen.

## PRONOSTICO

Las posibilidades para el feto son casi siempre malas en todos

los casos, variando los índices de mortalidad en los diversos informes entre 50 y 75 o/o. Sin embargo si el feto está vivo en el momento del accidente su posibilidad de sobrevivencia consiste en la realización de una laparatomía inmediata.

Los índices de mortalidad materna después de una cicatriz anterior son alrededor del 5 o/o; y de la ruptura de un útero intacto varían del 20 al 40 o/o.

El diagnóstico precoz, la operación de inmediato, la disponibilidad de cantidades adecuadas de sangre y la antibioticoterapia, han mejorado de manera considerable el pronóstico.

## TRATAMIENTO

### 1. Profiláctico

La atención obstétrica durante el parto tiende a eliminar en gran parte este tipo de accidente. Ante la existencia de un posible obstáculo para el nacimiento del niño, el obstetra permanecerá alerta para determinar la amenaza de ruptura uterina inminente.

### 2. Curativo

Tanto si el feto está vivo como si está muerto, o si está dentro del útero roto o en la cavidad abdominal, no hay que realizar intento alguno para extraerlo por vía vaginal, sino que se practicará de inmediato una laparatomía exploradora. Después de la extracción del niño podrá realizarse los procedimientos operatorios necesarios. En general es necesario la histerectomía, pero se procederá de acuerdo a la situación de cada paciente; ya que algunas veces puede hacerse la reparación simple, es decir

debe de individualizarse el tipo de cirugía para cada paciente (correctiva, mutilante).

### 1.2. Síntomas Generales

Se establece un estado de ánimo agudo que se manifiesta por la pérdida de la conciencia y la pérdida de la memoria.

La atención está dirigida al punto de la lesión y a la pérdida de la conciencia. Este tipo de accidente es un posible obstáculo para el nacimiento del niño. El obstetra debe estar preparado para tratar la emergencia de ruptura uterina.

El diagnóstico se basa en la historia de la lesión y en la pérdida de la conciencia. El diagnóstico diferencial se debe hacer con la pérdida de la conciencia por otras causas.

Tanto el tipo de lesión como el tipo de cirugía que se realice dependerá de la gravedad de la lesión y de la situación de la paciente. En algunos casos se puede realizar una cirugía correctiva, en otros una cirugía mutilante. El obstetra debe estar preparado para tratar la emergencia de ruptura uterina.

## PRESENTACION DE RESULTADOS

**CONDUCTA QUIRURGICA EMPLEADA  
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
RUPTURA UTERINA DURANTE EL PERIODO  
DE ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
SAN JUAN DE DIOS**

| CONDUCTA QUIRURGICA | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|--------------|------------|
| Histerectomía       | 15           | 38.4       |
| Reparación          | 14           | 35.8       |
| Reparación-Pomeroy  | 10           | 25.6       |

Con respecto a la conducta quirúrgica, la más empleada fue la histerectomía total, tal como lo reporta la literatura, correspondiéndole un porcentaje del 38.4 o/o. La conducta a seguir estuvo de acuerdo con el tipo de ruptura y a la situación general de cada paciente.

**CLASIFICACION SEGUN PRESENTACION  
FETAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO  
DE RUPTURA UTERINA EN EL  
HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"  
DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980**

| PRESENTACION    | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------|--------------|------------|
| Cefálica        | 21           | 53.8       |
| Podálica        | 2            | 5.1        |
| Transversa      | 2            | 5.1        |
| Sin Diagnóstico | 14           | 35.9       |

Como podemos darnos cuenta la presentación con mayor porcentaje corresponde a la cefálica con 53.8 o/o así nos damos cuenta que la presentación no fue una causa determinante en la ruptura uterina.

**CLASIFICACION POR GRUPO ETAREO  
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
RUPTURA UTERINA DURANTE EL  
PERIODO DE  
ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"**

| GRUPO ETAREO (AÑOS) | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|--------------|------------|
| 16 - 20             | 6            | 15.3       |
| 21 - 25             | 8            | 20.5       |
| 26 - 30             | 6            | 15.3       |
| 31 - 35             | 4            | 10.2       |
| 36 - 40             | 1            | 2.5        |
| Sin dato            | 15           | 38.4       |

Como observamos en el cuadro de arriba el grupo más afectado corresponde al de 21 - 25 años con un porcentaje de 20.5 o/o, teniendo como edad promedio 23 años. De los datos que no se obtuvieron, 2 corresponden a pacientes ya fallecidas y los restantes a papeles extraviados.

TIPO DE RUPTURA SEGUN ANATOMIA  
Y PROFUNDIDAD DE PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO DE RUPTURA UTERINA  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"  
DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980

| TIPO DE RUPTURA | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------|--------------|------------|
| Incompleta      | 20           | 45.4       |
| Completas       | 4            | 9.9        |
| Segmentaria     | 20           | 45.4       |

Como podemos observar en el cuadro de arriba, los mayores porcentajes corresponden al tipo de ruptura incompleta y segmentaria con un 45.4 o/o cada una. Todas las rupturas ocurrieron durante el parto; y en las completas los fetos se encontraron en la cavidad abdominal.

TIPO Y ASOCIACION DE ANTIBIOTICOS  
USADOS EN PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO DE RUPTURA UTERINA  
DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
SAN JUAN DE DIOS

| ANTIBIOTICO               | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------------|--------------|------------|
| Penicilina-Cloranfenicol  | 4            | 23.5       |
| Penicilina Procaína/Cris. | 3            | 17.6       |
| Bactrin                   | 3            | 17.6       |
| Ampicilina                | 2            | 11.7       |
| Penicilina-Ampicilina     | 2            | 11.7       |
| Penicilina-Bactrin        | 2            | 11.7       |
| Lincomicina-Cloranfenicol | 1            | 5.8        |

Como podemos ver en el cuadro de arriba la asociación de antibióticos fue la más usada, correspondiéndole un 23.5 o/o a la asociación Penicilina-Cloranfenicol. Se usó antibioticoterapia en un total de 17 pacientes.

MORTALIDAD ENCONTRADA EN  
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
RUPTURA UTERINA DURANTE EL  
PERIODO DE  
ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"

| MORTALIDAD | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|------------|--------------|------------|
| Materna    | 2            | 8.3        |
| Fetal      | 6            | 25.0       |

Como podemos ver los índices de mortalidad son sumamente bajos en comparación con los reportados en la literatura, que nos da un 50 a 75 o/o para la mortalidad fetal y un 20 a 40 o/o para la materna.

CAUSAS DE RUPTURA UTERINA  
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO  
SIMILAR DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"

| CAUSA         | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------|--------------|------------|
| Espontanea    | 15           | 62.5       |
| Forceps       | 3            | 12.5       |
| Gran Extracc. | 2            | 8.3        |
| Oocitocicos   | 3            | 12.5       |
| Comadrona     | 1            | 4.1        |

Como podemos ver el mayor porcentaje 62.5 o/o corresponde a rupturas espontaneas. Llamaremos espontaneas a aquellos accidentes que ocurrieron sin causa alguna tales como dehiscencia de cicatriz.

**COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS  
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
RUPTURA UTERINA DURANTE EL PERIODO  
DE ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"**

| COMPLICACION               | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|----------------------------|--------------|------------|
| <i>Endometritis</i>        | 8            | 33.0       |
| <i>Infección Urinaria</i>  | 6            | 25.7       |
| <i>Herida Infeccionada</i> | 6            | 25.7       |
| <i>Tromboflebitis</i>      | 3            | 12.5       |
| <i>Reacc. Anafilac</i>     | 1            | 4.1        |

La complicación más frecuente correspondió a Endometritis con 33 o/o, seguido por Infección Urinaria y Herida infectada con 25.7 o/o respectivamente. En algunas pacientes se presentaron dos tipos de complicación, habiéndose encontrado un total de 18 casos.

**TIPO DE ANESTESIA MAS USADA  
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO  
DE RUPTURA UTERINA DURANTE EL  
PERIODO DE  
ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"**

| TIPO DE ANESTESIA | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------|--------------|------------|
| <i>General</i>    | 21           | 53.9       |
| <i>Epidural</i>   | 16           | 41.0       |
| <i>Mixta</i>      | 2            | 5.1        |

Con respecto a la anestesia la más usada fue la General correspondiéndole un 53.9 o/o. La anestesia mixta a la cual le corresponde un 5.1 o/o; primeramente se les dio anestesia epidural, la cual no les hizo efecto por lo que se procedió a dar anestesia general.

ESTADO DE MEMBRANAS OVULARES DE PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO DE RUPTURA UTERINA DURANTE EL PERIODO  
DE ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"

| MEMBRANAS | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------|--------------|------------|
| Enteras   | 12           | 30.7       |
| Rotas     | 12           | 30.7       |
| Sin dato  | 15           | 38.5       |

Como podemos ver en el cuadro de arriba, una tercera parte aproximadamente o sea 30.7 o/o correspondió a membranas enteras, al igual un 30.7 o/o para membranas rotas. El promedio de tiempo para las membranas rotas correspondió a 9 horas; encontrándose el tiempo máximo de 24 horas y el mínimo de 1 hora.

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE  
EL INICIO DE TRABAJO DE  
PARTO Y MOMENTO DE EFECTUADA  
LA CIRUGIA EN PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO DE RUPTURA UTERINA  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"  
DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980

| HORAS DE TRABAJO DE PARTO | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------------|--------------|------------|
| - 4                       | 2            | 8.3        |
| 5 - 9                     | 11           | 45.8       |
| 10 - 14                   | 8            | 33.3       |
| 15 - 19                   | 2            | 8.3        |
| 20 - 24                   | 1            | 4.1        |

Como podemos ver en el cuadro de arriba, el tiempo de trabajo de parto promedio correspondió a 7 horas o sea igual a un 45.8 o/o. El mayor período de trabajo de parto correspondió a 16 horas y el menor a 2 horas.

EDAD GESTACIONAL DE PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE RUPTURA  
UTERINA DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"

| EDAD GESTACIONAL | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|------------------|--------------|------------|
| Pretermino       | 2            | 5.1        |
| Término          | 24           | 61.6       |
| Post-término     | 1            | 2.5        |
| Sin dato         | 12           | 30.8       |

En el cuadro anterior observamos que un 61.6 o/o correspondió a pacientes con embarazos a término un 5.1 o/o a pacientes con edad gestacional de 32 y 34 semanas respectivamente. Con respecto a post-término correspondió a 42 semanas de edad gestacional.

PARIDAD DE PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO DE RUPTURA UTERINA  
DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"

| EDAD GESTACIONAL | No. DE CASOS | PORCENTAJES |
|------------------|--------------|-------------|
| Primigestas      | 5            | 12.8        |
| Secundigestas    | 5            | 12.8        |
| Trigestas        | 12           | 30.8        |
| Multipara        | 13           | 33.3        |
| Gran Multipara   | 4            | 10.3        |

Como observamos en el cuadro de arriba, el grupo más afectado corresponde al de las multiparas, con 33.3 o/o, tal como nos lo reporta la literatura. Mencionaremos como multiparas a aquellas pacientes con más de tres embarazos y a las gran multiparas con más de cinco embarazos.

**RELACION ENTRE CIRUGIA PREVIA  
Y NO CIRUGIA DE PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE  
RUPTURA UTERINA DURANTE EL  
PERIODO DE  
ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1980  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS"**

| CIRUGIA     | No. DE CASOS | PORCENTAJES |
|-------------|--------------|-------------|
| CSTP previa | 30           | 76.9        |
| No Cirugía  | 9            | 23.1        |

Como podemos ver en el cuadro de arriba el grupo más afectado correspondió a aquellas pacientes con cesarea previa, correspondiéndole un 76.9 o/o. Todas ellas con diagnóstico de dehiscencia de cicatriz anterior.

**CONCLUSIONES**

1. En el estudio efectuado se encontraron un total de 30.249 partos, para 39 casos de Ruptura Uterina, o sea 1:775.
2. Con respecto a la Mortalidad Materna correspondió 8.3 o/o, dato que no coincide con los reportados en la literatura y con los reportados en nuestro medio.
3. En relación a la Mortalidad Fetal le correspondió 25 o/o y si lo comparamos con los datos reportados en la literatura, tenemos que dicha cifra es inferior, debido al diagnóstico precoz.
4. El grupo etario más afectado correspondió al comprendido entre 21-25 años, teniendo como edad promedio los 23 años.
5. La conducta quirúrgica más empleada fue la Histerectomía total, correspondiéndole en 38.4 o/o; Reparación de la Ruptura 35.8 o/o; Pomeroy-Reparación 25.6 o/o.
6. Entre las causas de Ruptura Uterina podemos mencionar en orden de importancia; Cesarea anterior uso de Oocitósicos, aplicación de forceps, multiparidad.
7. Con respecto a las complicaciones post-operatorias encontramos primeramente: Endometritis con 33 o/o, Infección Urinaria 25.3 o/o, Herida Infeccionada 25.3 o/o.
8. El promedio de horas de trabajo de parto fue de 8 horas.
9. El tipo de anestesia más usada fue la General correspondiéndole un 53.9 o/o.
10. En relación al estado de las membranas ovulares corresponde 50 o/o a membranas enteras y 50 o/o a membranas rotas.

11. *La presentación Cefálica fue la más común correspondiéndole un 53.8 o/o.*
12. *El mayor índice de ruptura uterina se presentó en pacientes con cirugía previa correspondiéndole 76.9 o/o.*
13. *Con respecto a la edad gestacional, correspondió 61.6 o/o a pacientes con embarazos a término.*
14. *La asociación Penicilina Cloranfenicol fue la más usada en pacientes post operadas, correspondiéndole 23.5 o/o.*
15. *Con respecto a la paridad, el mayor índice de ruptura uterina correspondió a pacientes multíparas con un porcentaje de 33.3 o/o.*

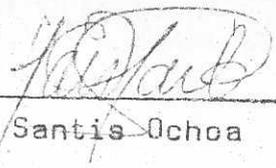
## RECOMENDACION

1. *Informarles y recalcarles a las pacientes con cesárea anterior, que en sus próximos embarazos deben asistir a control prenatal.*

## BIBLIOGRAFIA

1. Azpurú E. Carlos. "Consideraciones sobre las rupturas uterinas en el departamento de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios" Tesis Médico y Cirujano, Guatemala, Universidad de San Carlos, 1940.
2. Clifford Ball, B: "Obstetricia Clínica," Editorial Interamericana.
3. Dexeus Trias, José María. "Ginecología y Obstetricia" Primera edición, Editorial Juventud. Pag. 403 - 405.
4. Lima Estrada, Enio "Ruptura de utero en el trabajo de parto." Tesis Médico y Cirujano, Guatemala, Universidad de San Carlos, 1957.
5. Moragues Bernat, Jaime. "Clínica Obstétrica" 9 edición, Editorial El Ateneo. Pag. 518 - 524.
6. Palacios Shutec, J. "Ruptura Uterina" Tesis Médico y Cirujano. Guatemala, Universidad de San Carlos. 1979.
7. Schwarcz, Ricardo. "Obstetricia." Tercera Edición, Editorial El Ateneo. 646 - 650.
8. Williams Whitridge, J. "Obstetricia." Primera Edición. Editorial Salvat. Pag. 809- 820.

Br.

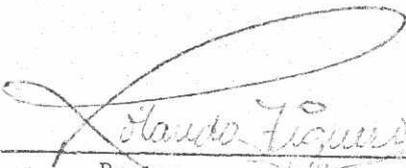
  
Sand a Santis Ochoa

Asesor.

  
Rodolfo Rosal

Dr.

Revisor.

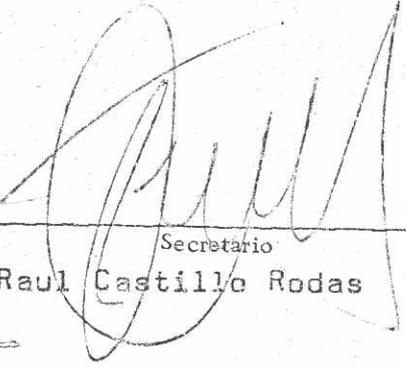
  
Rolando Figueroa

Director de Fase III

  
Carlos Waldheim

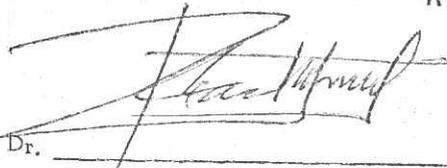
Dr.

Secretario

  
Raul Castillo Rodas

Dr.

Decano.

  
Rolando Castillo Montalvo