

ROTURA UTERINA EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL EMPLEADO LIMA - PERU

DR. SEGUNDO W. GUERRERO SAAVEDRA.

En el estudio que he realizado, he tomado 44,756 partos ocurridos en los años que van desde noviembre de 1958 a noviembre de 1964, periodo en el que he detectado 52 casos de rotura uterina, lo que constituye un porcentaje de 1 rotura uterina por cada 800 nacimientos.

El accidente de rotura uterina ocurrió en multíparas en número de 32 casos, siendo importante señalar que varias de ellas habían tenido 7, 11, 5 y 6 gestaciones anteriores. Las 20 restantes ocurrieron en pacientes primíparas y secundíparas.

La edad de las pacientes en que se produjo el accidente está comprendido entre los 20 y 38 años; siendo digno de anotar que la mayoría, (29 casos) se encuentra por encima de los 30 años, constituyendo el 55.76%.

La rotura espontánea con cicatriz previa de cesárea anterior, fue de 38 casos que representan el 73.08%. La rotura uterina espontánea en útero intacto fue de 7 casos, que viene a ser el 13.46%. El total de roturas uterinas espontáneas es de 45 casos que representa el 86.54%.

La rotura traumática durante el parto fue de 7 casos que constituye el 13.46%: 4 casos fueron por versión interna y gran extracción podálica; 1 por extracción podálica, 1 por uso de ocitócicos (empleo de ocitocina); 1 por aplicación de forceps. El diagnóstico se realizó oportunamente en todos los casos, procediendo a la intervención quirúrgica en la que siempre tratamos de realizar la cirugía conservadora, habiéndose logrado de mantener el útero en 35 pacientes dando un porcentaje de 67.30%. En 17 casos se practicó histerectomía, que viene a ser el 32.70%.

Tuvimos una muerte materna producida por rotura uterina traumática (versión interna y gran extracción podálica), en la que se produjo hemorragia de gran volumen

y shock irreversible en el transcurso del acto operatorio, esto arroja el 2.6% de mortalidad materna. La rotura espontánea con cicatriz previa produjo también una muerte materna que representa el 1.24% de los 38 casos encontrados. Sumando los porcentajes tenemos como total de muertes maternas el 3.84%.

La mortalidad fetal fue de 28.84%.

Shock hipovolémico se produjo en 17 pacientes que es el 32.5%.

Estamos de acuerdo con muchos autores de que la rotura uterina no es una distocia; es una complicación, complicación obstétrica sumamente grave a la que hay que darle inmediata solución (combatir el shock, laparotomía: histerorrafia, histerectomía sub-total o total según el caso).

Edad de la paciente.

Entre 20 — 29 = 19

“ 30 — 38 = 33

Paridad.

Primíparas = 2

Segundíparas = 18

Multíparas = 32

Edad del Embarazo.

9 meses = 41

8 meses = 7

7 meses = 4

Presentación.

Cefálicas = 47

Podálicas = 5

Etiología.

R. Espontánea - cesárea previa = 38

R. Espontánea - útero intacto = 7

R. Traumática = 7

Tipo.

Totales	=	41
Parciales	=	8
Complicadas	=	3

Tratamiento.

Histerectomía sub-total	=	13
Histerectomía total	=	4
Histerorrafia	=	35

Shock hemorrágico = 17**Mortalidad materna = 2 (3.84%)**

Durante la operación	=	1 Shock hemorrágico.
Post-operatorio	=	1 Shock hemorrágico.

Mortalidad Fetal = 28.84%.**Anestesia =** Fluothane, anhídrido carbónico, oxígeno y Epontol para inducir.

En 53,009 partos producidos entre los años de 1964-1968 hemos encontrado 205 casos de placenta previa.

La sintomatología más frecuente encontrada ha sido la hemorragia indolora, habiéndose hecho presente desde la 24 semana de gestación, repitiéndose conforme la gestación avanzaba a su término. La placenta central es la entidad en donde la hemorragia ha ocurrido en un porcentaje mayor. En relación al volumen de la hemorragia, debemos decir que ha variado con el tipo de localización placentaria; siendo las de mayor volumen las ocasionadas por la placenta central.

PLACENTA PREVIA Y HEMORRAGIA

Tiempo de gestación	Lateral		Marginal		Parcial		Central		No determ.		Total
	U	R	U	R	U	R	U	R	U	R	
6	1	—	—	1	1	—	1	1	2	—	7
6.5	1	1	—	—	1	2	3	1	—	—	9
7	—	2	5	3	2	1	4	2	—	1	20
8	—	2	9	12	1	4	11	2	1	2	44
8.5	—	8	5	11	4	7	7	12	2	2	58
9	—	5	13	3	5	3	22	10	1	5	67
Total	2	18	32	30	14	17	48	28	6	10	205

U = Hemorragia única : 104 casos

R = Hemorragia repetida: 101 casos

En el examen clínico de las pacientes, al mismo tiempo que la hemorragia hemos hallado con frecuencia: presentaciones altas, situaciones trasversas, presentaciones podálicas.— Mediante el tacto vaginal la

presencia de la placenta a nivel del canal del parto (segmento inferior o cuello uterino) ha constituido en la mayoría de los casos la confirmación del diagnóstico.

PLACENTA PREVIA

PROCEDIMIENTOS AUXILIARES PARA LA LOCALIZACION DEL SITIO DE INSERCIÓN PLACENTARIA

- 1) Placentografía radiológica por técnica de tejidos blandos
- 2) Arteriografía femoral retrógrada percutánea
- 3) Amniografía
- 4) Placentografía por medios de contraste.

PLACENTA PREVIA. TIPOS

Tipo	Casos	%
Central	76	37.07
Marginal	62	30.24
Parcial	31	15.12
Lateral	20	9.75
No determ.	16	7.80

PLACENTA PREVIA. TIPO DE PARTO

Tipo de parto	No casos	%	Variedad de Placenta				
			central	marginal	parcial	lateral	Nº determinada
Cesárea Segm.	129	62.90	48	36	24	6	15
Cesárea Corp.	47	22.92	28	11	6	2	—
Parto normal	25	12.19	—	14	1	9	1
Vaccum Extrac.	4	1.19	—	1	—	3	—

Parto por cesárea 176 casos = 85.82%

Histerectomía 2 casos = 1 Placenta Accreta

1 Hemorragia incontrolable.

En los 205 casos de placenta previa hemos encontrado los distintos tipos que de ella se conocen distribuidos según se lee en el cuadro anterior, habiendo sido más frecuente la modalidad central con 76 casos que representa el 37.07%.

En los 205 casos de placenta previa, hemos realizado 176 cesáreas, o sea el 85.82%.

Durante la gestación, el motivo que determinó la intervención cesárea ha sido la hemorragia única de gran volumen o la hemorragia repetida que comprometía la

salud de la madre; esta conducta se ha tomado muchas veces independientemente de la maduración fetal. La intervención fue siempre el recurso al que hemos recurrido después de haber agotado el tratamiento médico (hospitalización, reposo, inhibidores de la contracción uterina, transfusiones de sangre según los requerimientos en cada caso, etc.).

El parto normal se realizó en casos de placenta marginal y en placenta lateral (baja), mediante el procedimiento del parto dirigido.

El extractor de vacío se ha empleado en los casos de sufrimiento fetal para terminar el periodo expulsivo.

La histerectomía la hemos realizado en 2 casos: 1 en caso de placenta previa central y accreta; el otro caso fue en una hemorragia incoercible.

La mortalidad fetal global ha sido de 14.42%.— Esta ha estado condicionada

por la prematuridad del feto, hipoxia fetal intra-útero, y por la repercusión de la hemorragia y el mal estado de la madre sobre él.

No hemos tenido que lamentar ninguna muerte materna por placenta previa; esto ha sido posible gracias al equipo y material suficiente de trabajo, así como al bien equipado Banco de Sangre de nuestro hospital.