

I. "ACTUALIZACIÓN DE LOS INDICES DE MORTALIDAD MATERNA DEL INSTITUTO DE MATERNIDAD ALBERTO PERALTA RAMOS"* (BUENOS AIRES - ARGENTINA)

II. LA ROTURA UTERINA ENTRE 1950 - 1966

por los doctores:

(1) DAVID E. NOLTING. (2) DOMINGO RAIMONDI. (3) ALDO PIOVANO. (4) ALBERTO OSES.
(5) ADALBERTO TORRES LOPEZ. (6) BRUNA BACHIAZ DE WILLIAMS.

Hemos considerado de interés analizar la evolución de la tasa de mortalidad materna del Instituto de Maternidad "A. Peralta Ramos" en el curso de sus 38 años de actividad.

Durante ese período se asistieron 230.432 pacientes y fallecieron 517, lo que da una tasa de mortalidad global de 2.25 por mil.

Para efectuar su análisis estudiaremos en primer lugar los factores etiológicos causantes de esas muertes, lo que nos da su imagen estática y en segundo lugar su evolución en el tiempo, con su imagen dinámica.

Desde el primer punto de vista clasificamos las pacientes fallecidas en tres grupos: las debidas a enfermedades propias, de la gestación, las consecutivas a enfermedades que la complican y las que son consecuencia de complicaciones que sobrevienen en el curso de la asistencia obstétrica y son imputables a la misma.

El primer grupo está representado por 44 enfermas fallecidas, es decir el $0.19^{00}/_{00}$, las que se desglosan en 34 casos consecutivos a eclampsias ($0.10^{00}/_{00}$),

-
1. Profesor Titular de Obstetricia. Universidad de Buenos Aires. Director del Instituto de Maternidad "A. Peralta Ramos".
 2. Profesor Adjunto de Obstetricia. Universidad de Buenos Aires. Sub-Jefe del Dpto. de Obstetricia.
 3. Docente Autorizado y Jefe de Clínica. III Cátedra de Obstetricia. Universidad de Buenos Aires.
 4. Adscripto a la III Cátedra de Obstetricia. Universidad de Buenos Aires.
 5. Médico Becario Peruano 1965/67, del Inst. de Maternidad A. Peralta Ramos. Tomás Ramsey 245. Magdalena del Mar. Lima (Perú).
 6. Ayudante 1.º. de la III Cátedra de Obstetricia U. de Bs. As.

(*). Presentado al Tercer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.

7 a gestosis diversas ($0.03^0/_{00}$), 2 a hipertensión gravídica ($0.008^0/_{00}$) y 1 a hiperemesis (0.004%).

En el segundo grupo se registraron 200 pacientes fallecidas, es decir, el $0.86^0/_{00}$, las que se desglosan en 76 casos consecutivos a enfermedades cardiovasculares ($0.30^0/_{00}$), 46 a enfermedades del metabolismo y de la nutrición ($0.10^0/_{00}$), 23 a enfermedades del aparato respiratorio (0.09%), 18 a enfermedades infecciosas (0.07%), 17 a enfermedades del sistema nervioso (0.07%), 9 a neoplasias (0.03%), 9 a enfermedades del aparato digestivo (0.03%), 7 a enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (0.03%), 4 a enfermedades del aparato urinario (0.01%) y 1 a intoxicaciones (0.004%).

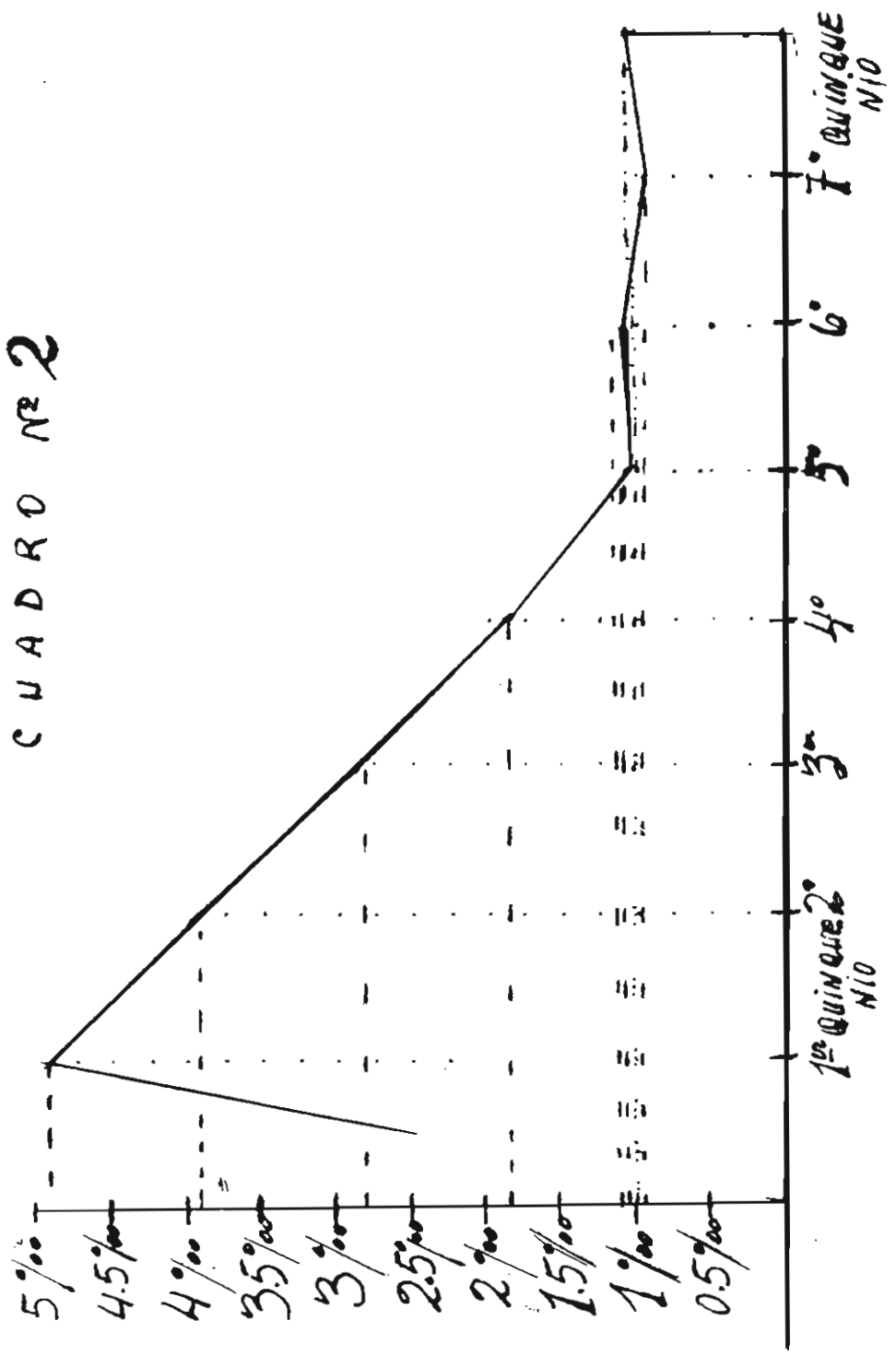
En el tercer grupo se registraron 265 pacientes fallecidas, es decir el $1.15^0/_{00}$, las que se desglosan en 101 consecutivas a complicaciones sépticas (era preantibiótica) (0.40%), 78 a shocks hemorrágicos (0.30%), 31 a trombosis (0.10%), 29 a shocks obstétricos (0.10%), 14 a síncope anestésicos (0.06%) y 12 a roturas uterinas ($0.5^0/_{00}$).

Desde un punto de vista dinámico agrupamos a las pacientes fallecidas en 8 grupos según el quinquenio en que han muerto, comparándolos entre sí para tener la imagen de su fluctuación. En este sentido comprobamos que la mortalidad global acusa un franco y llamativo descenso, ya que del $4.90^0/_{00}$ del primer quinquenio, se reduce al $3.99^0/_{00}$ en el segundo, $2.77^0/_{00}$ en el tercero, $1.85^0/_{00}$ en el cuarto, $1.07^0/_{00}$ en el quinto, $1.10^0/_{00}$ en el sexto, 0.97% en el séptimo, y 1.01% en el octavo.

Sin embargo, las mejorías de dicha tasa no son exactamente iguales para los grupos considerados, por cuyo motivo aclararemos el papel de cada uno de ellos en este descenso. Así, las enfermedades propias de la gestación, que mantenían su índice hasta el quinto quinquenio, lo reducen en el sexto y séptimo, llegando al 0 en lo que va del octavo. Las enfermedades que la complican que tenían lenta pero progresiva reducción en los cinco primeros quinquenios, la acentuaron en los siguientes y las 17 enfermas fallecidas observadas en el quinto se redujeron a 5 en el 6º, 3 en el 7º y a 4 en lo que va del 8º. El grupo de las fallecidas por complicaciones consecutivas a la asistencia obstétrica es el que continúa presentando la reducción más notable, excepto un leve aumento en el 6º quinquenio (desde 58 en el 1er. quinquenio a 6 en el 8º).

Los límites impuestos a esta comunicación nos impiden entrar en más detalles sobre los distintos rubros de la mortalidad materna. Por tal motivo hemos confeccionado los cuadros adjuntos, en el primero de los cuales se resumen las cifras dadas y en el segundo se traduce gráficamente la evolución de los índices de mortalidad en los quinquenios sucesivos (cuadros Nos. 1 y 2).

CUADRO Nº 2



II. LA ROTURA UTERINA ENTRE 1950 - 1966

Hemos llevado a cabo un estudio sobre un material de 85,467 partos ocurridos en los últimos tres quinquenios (1950-1966) del que hemos desglosado 20 casos de rotura uterina, lo que arroja un porcentaje de una rotura uterina por cada 4,273 nacimientos.

Las roturas uterinas en esta serie ocurrieron todas en multigestas y en el 70% después de los 30 años; la gran mayoría con presentación cefálica y en embarazos próximos al término del mismo.

Sólo un 15% de dichas roturas fueron traumáticas y de las demás, espontáneas, un 76% lo fueron por desgarro de cicatriz uterina; entre éstas últimas un 38% se produjeron durante el embarazo.

En todas las observaciones se hizo el diagnóstico correcto y oportuno y, en la intervención operatoria se pudo conservar el útero (histerorrafia) en el 40% de los casos.

Hubimos de lamentar la pérdida de 3 pacientes (16%) por shock irreversible y hemorragia durante el acto quirúrgico (2) y en el post-operatorio (1). La mortalidad fetal ascendió al 75%.

La rotura uterina es, sin duda, una de las más graves complicaciones obstétricas que ha obligado a la histerectomía si la paciente sobrevive al shock inicial, mediante un diagnóstico precoz y una terapéutica correcta y oportuna para levantar el estado general. Si bien la conducta quirúrgica conservadora en nuestra serie es relativa, creemos que con mayor experiencia ella puede ser cumplida y que la histerorrafia puede ser factible en un mayor número de casos, regularizando y rectificando los bordes del desgarro para poder suturarlos en un solo plano de surjet con catgut cromado N° 1, conservando así la capacidad para gestar de las pacientes.

En materia de rotura uterina y en especial a las producidas por desgarros de cicatrices, nos resistimos a aceptar de plano el axioma "cesárea siempre cesárea". La experiencia nos ha demostrado que con una buena asistencia, una correcta y minuciosa vigilancia de la dinámica uterina, prudencia en el uso de los ocitócicos y la oportuna pesquisa del posible desgarro cicatricial, se puede conseguir en la mayor parte de los casos un parto por las vías naturales, evitando el período expulsivo mediante la aplicación de un fórceps profiláctico.

A continuación exponemos el detalle analítico de las 20 observaciones de nuestra experiencia.

1º Edad de la paciente:	2º Paridad:	Primíparas	0
menos de 30 años	6	secundíparas	8
más de 30 años	14	tercíparas	3
		múltiparas	9
3º Edad del embarazo:	4º Presentación:	cefálica	18
9 meses	15	pelviana	1
8	4	no determi-	
7	,,	nada	1
5º Dilatación cervical:	sin trabajo	5	
	menos de 5 cm.	8	
	más de 5 cm.	4	
	completa	3	
6º Etiología:	Espontánea	17	útero sano
			4
			útero cicatricial
			13 (65%)
	Provocado	3:	alumbramiento manual
			1
			acretismo placentario
			1
			dilatación forzada del cuello
			1
7º Tipo anatómico:	Total	14	
	Parcial	4	
	Complicado	2:	rotura de vejiga
			1
			estallido de parametrio
			1
8º Tratamiento:	histerectomía subtotal:	12	
	histerorráfía	8	
9º Complicación operatoria:	shock hemorrágico	1	
	sección de uréter	1	

