

11217  
120  
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital General de Acapulco Guerrero

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 13 CASOS DE RUPTURA  
UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL DE  
ACAPULCO GUERRERO

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de  
GINECOOBSTETRICIA  
p r e s e n t a

Maria Juana del Pilar Pimentel Cortes



Acapulco, Gro.

1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INDICE

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| Introducción                                          | 1  |
| Definición                                            | 4  |
| Clasificación                                         | 3  |
| Incidencia                                            | 3  |
| Etiopatogenia                                         | 4  |
| Anatomía Patológica                                   | 5  |
| Cuadro Clínico                                        | 6  |
| Diagnóstico                                           | 8  |
| Tratamiento                                           | 8  |
| Pronóstico                                            | 10 |
| Ruptura Uterina en el Hospital General de<br>Acapulco | 11 |
| Materiales y Conclusiones                             | 11 |
| Resultados                                            | 12 |
| Comentarios y Conclusiones                            | 23 |
| Resumen                                               | 25 |
| Bibliografía                                          | 29 |

## INTRODUCCION

La ruptura uterina constituye una catástrofe evitable en cerca del 5% de los casos.

Como todo accidente obstétrico grave, arrastra cifras de morbilidad fetal y materna que no pueden pasar desapercibidas en la conciencia de superación y progreso de la especialidad. (1,4,6,9,14).

La obstetricia moderna se ha ocupado de una notable distinción en el problema de la ruptura uterina sobre todo en lo de origen traumático.

En primer lugar, el crecido número de lesiones con cicatrices uterinas por operaciones cesáreas o por otras operaciones, consecuencia parcial de un acento de la obstetricia moderna, ha originado un tipo de ruptura frecuente en los siguientes embarazos, que compensa desafortunadamente lo ganado por el descenso de la frecuencia de la ruptura traumática. (1,4,10,12,13).

A pesar, aunque la distinción en el número de rupturas de origen traumático es innegable, no ha llegado ni con certeza a la cifra ideal, que sería de cero.

No puede ignorarse el hecho de que a pesar de adoptar generalmente los normas establecidas en la obstetricia moderna, ocasionalmente se toman decisiones equivocadas que conducen a la ruptura uterina.

Desgraciadamente estos accidentes, resultado de un juicio precipitado o francamente desorientado, suceden todavía en zonas alejadas de los hospitales más modernos, lugares elevados de problemas obstétricos.

Por lo tanto este tema es objeto de múltiples investigaciones en los centros hospitalarios de ginecobstetricia para disminuir al mínimo este accidente.

Aunque los resultados de estas estudios deben de ser aplicables en forma general, teniendo en cuenta que cada país y hospitales contiene una población diferente que modifica los conceptos obstétricos y que frecuentemente un problema como el de la ruptura uterina, es necesario analizarlo periódicamente. (1,3,4,9,10,11,12).

## DEFINICION:

La ruptura uterina es el desgarro de este órgano, después de la viabilidad del feto.

Por lo tanto, no se considera como tales la perforación uterina y la ruptura por embarazo intersticial.

Tampoco lo es la prolongación de la incisión vertical en la operación cesárea, ya que esto constituye solo un accidente quirúrgico. (10,11,12).

#### CLASIFICACION

La ruptura uterina se clasifica en dos grandes grupos: (13,4,5,6,7,8,9,10,11,12,14).

##### a) RUPURA ESPONTANEA.

La ruptura del útero es la causa del mayor porcentaje de muertes, se encuentra generalmente asociada en mujeres de elevada paridad, que se ha manejado con distocia para hacer pruebas de trabajo de parto, laceraciones cervicales antiguas, anemias del útero, distocia de hombros, presencia periceta, o cuando existe distorsión del feto. (13).

La prevención de estas rupturas consiste principalmente en estar alerta, tener una estrecha vigilancia del trabajo de parto, y dar una analgesia apropiada.

En algunos del parto hay evidencia de que el útero puede estar denado, es obligatorio el examen del tracto genital e instituir el tratamiento apropiado dependiendo de los hallazgos. (10).

##### b) RUPURA TRAUMATICA.

Generalmente son iatrogenicas. Aunque el útero es resistente a traumatismos, todo sujeto gestante que presenta traumatismo en cualquier parte del cuerpo debe ser sometido a estrecha vigilancia. (10,14).

Anteriormente las rupturas traumáticas se presentaban en los siguientes procedimientos:

1.- Contracción podalica coordinada o no coordinada, se realiza en estricción transversa, prolapsos del cordón.

2.- Aplicación incorrecta de forceps.

3.- Retención manual de placenta, cuando se extrae con mucha fuerza o en presencia de placenta adherida.

4.- Escarificaciones y otros procedimientos desinfectivos en el producto a término.

5.- Dilatación manual del cuello. Este procedimiento era muy común en el pasado, en la obstetricia moderna ya no se aplica.

6.- Traumatismo por causas externas.

7.- Cesáreas. Cuando se usan dosis elevadas sin vigilancia adecuada del trabajo de parto.

La mejor profilaxis es evitar tales procedimientos, la

Inspección de rutina del tracto genital, es necesaria para que no pasen desapercibidas muchas de las rupturas traumáticas.

Otra forma de clasificación es la siguiente (4,6,8,11,12,13):

- A) Por su profundidad.
  - 1.- Completa.- Cuando la rotura de continuidad abarca toda la pared uterina.
  - 2.- Incompleta.- Cuando permanece íntegra una estructura serosa o muscosa.
- B) Por su localización.
  - 1.- Corporales.
  - 2.- Segmentarias.
  - 3.- Cervicales.
- C) Tiempo de la aparición.
  - 1.- Durante la gestación.
  - 2.- Durante el trabajo de parto.

#### INCIDENCIA

En las distintas publicaciones revisadas se observa que la frecuencia no es comparable totalmente pues depende de múltiples factores, tales como la época de análisis, características físicas del hospital:

Si se trata de un hospital en la ciudad o rural.

Si se general o solo de la especialidad del entrenamiento, capacidad y medios, recursos del hospital. (2,4,6,7,9,10,12).

Aunque la frecuencia de la rotura uterina no ha disminuido en forma notable en pasadas décadas, la etiología ha cambiado de manera notable y el pronóstico ha mejorado considerablemente. (11,12,13).

Prueba de caso es el hospital de enseñanza de Nigeria donde la alta incidencia (19,71%), de roturas uterinas se presentaron de los maternos, los cuales no tenían control prenatal y cuyos partos a los cuales no asistieron, llegan en muy malas condiciones generales.

Las pronósticas bajas de ruptura uterina en esta población es por parto controlado (10%), en segundo lugar la cesárea previa (15,0%), (12).

Claro menciona una incidencia de 1 a 2 por ciento en todos los grupos estudiados estadísticamente y se descarta solo en el momento de la cirugía o después del parto vaginal (caso hallazgo en

la revisión de la cavidad uterina. Pero además en un momento el clauso aumenta de un 70% (12).

También pueden producirse antes del término de parto y haberse observado: estaban reportas de embarazo de 12 semanas.

|                |      |                  |
|----------------|------|------------------|
| Erving         | 1957 | 1 en 95 partos   |
| Herrera Lasso  | 1960 | 1 en 753 partos  |
| Millias        | 1976 | 1 en 100 partos  |
| Molina Sosa    | 1981 | 1 en 323 partos  |
| Trois Rec.     | 1987 | 1 en 2757 partos |
| Hospital Hosp. | 1989 | 1 en 590 partos  |

(8,10,14).

### ETIOLOGÍA.

La causa más frecuente de ruptura uterina es la cesarea previa, en segundo lugar probablemente, la estimulación del parto mediante oxitocina.

En general un parto sin instrumentación previa es el que se comienza en parto espontáneo mantiene las contracciones energías sin llegar a destruirse.

A continuación se exponen los principales etiologías. (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13).

#### 1.- LESIONES UTERINAS PREVIAS AL EMPEZARO ACTUAL.

##### A) Cesareas relacionadas con el nacimiento.

- Cesarea y miomatomas.
- Partura uterina por cesarea repetida.

a.- Incisión de escisión en el endometrio o a través de este.

b.- Ruptura profunda en caso de intentar un dividuo.

- Retroplicatura.

##### B) Traumatismos ocurridos en el útero.

- Traumatismos contiguos o rotos.

b.- Rupturas ciliocelosa durante un embarazo previo.

#### 2.- LESIONES UTERINAS DURANTE EL EMPARZO ACTUAL.

##### A) Antes del parto.

- Contracciones persistentes, intensas y espontáneas.

b.- Administración de Oxitocina y prostaglandinas.

- Soluciones hipertónicas inyectadas dentro de



la cavidad abdominal:

- d.- Perforación con un objeto extraño.
- e.- Traumatismos externos, puntagudos o roces.
- f.- Sores distensión uterina importante.

B) Traumatismo.

- a.- Versión podalica interna.
- b.- Parto por fórceps difíceis.
- c.- Extracción de nalgas.
- d.- Anomalías fetales productoras de una excesiva distensión.
- e.- Fricción fundica vigorosa intentando la expulsión.

3.- DEFECTOS UTERINOS NO NECESARIAMENTE RELACIONADOS CON TRAUMATISMOS.

A) Congenitos.

a.- EMBARAZOS EN UN ÚTERO NO COMPLETAMENTE DESARROLLADO.

B) Adquiridos.

- a.- Fijación perimetra.
- b.- Hiala invasora o concarpinada.
- c.- Adenosis.
- d.- Secularización de un útero fijo en retracción.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

El destacado papel que desempeña en la ruptura uterina la distensión del segmento inferior del órgano, con el ensanchamiento del anillo de Bland, que es una forma exagerada del anillo normal de retracción (12,14).

La ruptura del útero intacto en el momento del parto está limitada casi por completo al segmento inferior; la hendidura por lo general se extiende en dirección oblicua, aunque cuando se sitúa en la inmediata vecindad del cuello, a menudo se prolonga en sentido transversal.

Sin embargo, cuando ocurre en una porción del útero cercana a los ligamentos anchos, suele ser longitudinal. Aunque se produzca sobre todo el segmento inferior, no es raro que la ruptura se extienda hacia arriba hasta el cuerpo o hacia abajo y a través del cuello hasta la vagina.

A veces también puede desgarrarse la vagina.

Tras la ruptura total, el contenido del útero tiende a salir a cavidad abdominal, a ser que la presentación está firmemente anclada en cuyo caso solo una porción del producto podrá ser expulsada del útero. (2).

Las rupturas incompletas se prolongan con frecuencia al ligamento ancho.

En tales circunstancias la membrana fetal y el cordón fetal que él se venían descolga, y la sangre se acumula entre las hojas del saco ligamentoso, descolgándose por la formación subsecuente de un hematoma retroperitoneal de gran tamaño, que en ocasiones es suficiente para provocar la muerte, o bien tener un efecto estimulador sobre el útero mismo, pero si este estímulo llega a responder causando la muerte de la paciente.

Con la ruptura anatómica, sin embargo, los productos de la concepción quedan retenidos dentro del útero o sitúanse por detrás de la cervix del útero o entre las hojas del ligamento ancho. (4).

A veces se produce una ruptura espontánea espontánea del útero debido a las manipulaciones que pueden haber provocado una lesión inadvertida en el útero.

#### CUADRO CLINICO.

No siempre se tiene presente la posibilidad de que esto ocurra, ya que en numerosas veces no aparece el cuadro clínico típico (dolor súbito e intenso, suspensión del trabajo de parto, hemorragia, shock, etc.).

El accidente puede presentarse en circunstancias donde se oculta gran parte de las manifestaciones clínicas por la analgesia; Por tal motivo la paciente y el producto sufren graves daños por el retraso en el diagnóstico y el tratamiento. (1) .

Se debe sospechar en las siguientes circunstancias: (2,3).

A) Desamniotico espontánea o construcción de las contracciones uterinas previamente energicas o normales, por lo que además hay una falta o retraso en la progresión y descenso de la presentación fetal. (2,3).

B) Dolor en micción dolor bajo, persistente, acompañado o no de alteraciones importantes o desaparición de las latidos fetales. (3,4,6,7,10,11).

C) Anillo de retracción patológico. (10).

D) Sangrado vaginal intra parto no explicabile por otras causas. (3,4,6,7,10,11).

E) Aumento del pulso o descenso de la tensión arterial no explicable por otras causas. (3,4,6,7,11).

F) Aparición de sangre en la orina. (8).

G) Palpación de partes fetales muy superficialmente en el abdomen. (8,11).

En el caso de pacientes con ecografía en vitro es indispensable la vigilancia cuidadosa de la frecuencia cardiaca fetal y de sus contracciones uterinas, un aumento súbito del tono basal o la ausencia súbita de presión uterina, solas o juntas a signos de sufrimiento fetal agudo, deberá hacerse pensar en lo estrecham inmediato del producto por vía abdominal. (17).

## DIAGNOSTICO

Este se basa en los signos y síntomas, aunque en ciertas ocasiones la magnitud de la ruptura no concuerda con la fisiopatología, pues existen rupturas de gran longitud, con uteros bien contractos, no sangrantes que ofrecen síntomas y signos poco acentuados (17).

Conviene recordar<sup>2</sup> estadísticamente se ha dicho que las rupturas uterinas de cicatrices vaginales son silenciosas por lo que pueden pasar desapercibidas (18).

De ahí la importancia de la revisión de cavidad uterina posterior a periodos distócicos, aplicación de fórceps o antecedentes de cesáreas previas (19,20).

Trejo Muñoz y cols. reportan haber realizado en el hospital de la Mujer de México seis laparoscopias, dos preparto y cuatro postparto, cuando había duda en el diagnóstico o por los hallazgos de la revisión de la cavidad uterina (11).

En otros casos, como en el indicable hacer un análisis del caso por personal especializado.

A veces estar indicadas, paracentesis abdominales en el feto así como una cesárea (17).

Después del parto puede efectuarse la colopostomía a través del feto. Existen también el feto posterior y parturando con una sonda larga calibre (5 en el caso del feto posterior) (13).

## TRATAMIENTO

En el transcurso del tiempo el manejo de la ruptura uterina ha variado, y no solamente desde el punto de vista profiláctico, sino también en la manera de resolución del problema cuando se presenta (2,4,6,8,9,10,11,12,13).

## TRATAMIENTO EMERGENTE

La vida de la madre depende frecuentemente de la velocidad y de la eficacia con que la hemorragia puede ser controlada y la hemorragia controlada.

1.- Canalización de Vena central o peritoneal en estado grave.

2.- Soluciones parenterales (Sales, Azúcar, Lactato e electrolíticas).

3.- Transfusión de sangre total compatible.

4.- Uso de pinzas en forma adecuada para provocar una contracción energética que impida la hemorragia.

#### 5.- Antibiotioterapia.

El tratamiento quirúrgico ha variado en la actualidad. Anteriormente eran comunes a Histerectomía total abdominal, afección seccia conservadamente siempre en cuanto tipo de ruptura, localización, paridad e edad y condiciones generales de la paciente (1).

Se mencionan dos grandes categorías de el tratamiento de la ruptura uterina :

#### A) PROFILÁCTICO

Por las medidas que debe de tomar el ginecobstetra para prevenir o evitar el riesgo una ruptura uterina.

Practicar Cesárea temprana, uso de adecuado de oxitocina, no versiones externas, practicar cesárea en pacientes con cicatrices defectuosas, estenóticas por medio de la histerosalpingofixia o se practica antes del embarazo, datos de infección, hipoproteínea o dieta inadecuada.

En este tipo de pacientes se forma una cicatriz deficiente cicatriz cuando a que el número de fibras musculares van aumentado conforme pasa el tiempo de cicatrización, por lo que se recomienda la primera gestación dos años después de haberse realizado la cesárea (1).

En ocasiones que se ha efectuado cesárea clásica no debe de dejarse desencadenar trabajo de parto por tener mayor facilidad de ruptura uterina debido a que las cicatrices a este nivel tienen poca elasticidad y se encuentran situadas en la parte contractil del cuerpo (1).

#### B) CURATIVO

Se realizan las medidas inmediatas (corregir la anemia y estado de shock).

La extracción del producto y placenta se efectúan a través de la pared abdominal cuando está en la cavidad abdominal total o parcialmente .

Cuando se obtiene por vía vaginal y es un hallazgo de la revisión de cavidad uterina, la hemorragia no se puede controlar por vía vaginal, seccia sutura o tapamiento, por lo tanto se aborda por vía abdominal practicándose histerectomía o histerografía A.C.G.T.C.

La conducta a seguir depende de los factores ya mencionados por lo que algunas otras acciones con los uteros sin cicatriz es esa frecuente la ruptura longitudinal siendo el tratamiento de elección la histerectomía total abdominal y los desgarros transversales del segmento inferior pueden tratarse con una sutura adecuada (4,9,11,12,17).

En caso que se desarrolle un gran hematoma a la altura del ligamento ancho la identificación y ligadura de los vasos uterinos resultan a menudo extraordinariamente complicada por lo que se requiere la cauterización adecuada de los vasos (13).

Ver del Panela realizado en estudio en Nigeria, Africa con 77 pacientes, las cuales fueron atendidas por médicos residentes y médicos de base. Teniendo los siguientes resultados con respecto a la sobrevivencia.

| Tto. QUIRURGICO | S.PREHABIDO | HTA  | HTA SUB |
|-----------------|-------------|------|---------|
| Residentes      | 28 %        | 33 % | 66 %    |
| Med. base       | 66 %        | 79 % | 75 %    |

Por lo anterior se concluye que la habilidad y experiencia del cirujano es importante para la supervivencia de las pacientes con ruptura uterina (4).

### PROGNOSTICO

El pronóstico para el feto es casi siempre malo, variando los índices de mortalidad entre el 50 % y el 75 %.

Sin embargo, si el feto está vivo en el momento del accidente, la única posibilidad de supervivencia consiste en la realización de una laparotomía inmediata de la cesárea, la hipoxia como consecuencia de la separación de la placenta y de la hipovolemiantoxemia producen la muerte del producto.

Si el tratamiento se retrasa la mortalidad materna aumenta, siendo la causa principal la hemorragia y en segundo lugar la infección.

Por lo que se debe de contar con grandes cantidades de sangre y la antibioticoterapia para mejorar el pronóstico en la madre con ruptura uterina (4,6).

En contra oposicion con la ruptura de un útero no cicatrizado, la separación de una incisión previa de cesárea suele no ser grave y tiene muy poca probabilidad de relacionarse con mortalidad de relacionarse con mortalidad o mortalidad materna o perinatal materna (11).

Las aberturas de la cicatriz suelen ser espontáneas y pudieran ser prevenidas solo durante la cesarea por interrupción del trabajo de parto (II).

En otros casos, la abertura puede ser precipitada por sufrimiento fetal, que suele manifestarse por desaceleraciones variables repetitivas y de creciente intensidad que indica compresión del cordón umbilical secundaria a su extrusión por el defecto de la cicatriz.

En la paciente bien vigilada, tales signos casi invariablemente preceden al daño fetal y con una pronta intervención la morbilidad y mortalidad perinatal son bajas.

Desde el punto de vista externo, la abertura de la cicatriz uterina suele ser espontánea en contra posición a la ruptura de un útero no cicatrizado, es la que es más frecuente la recurrencia interna.

La abertura de una incisión de cesarea previa, con toda posibilidad concausa de pérdida sanguínea y el entrapamiento para la morbilidad materna notoria por dicha separación (III).

## RUPURA UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL SSA

ACAFULCO GUATEPEJO .

### DEFINICIÓN

Se considera como ruptura uterina a la solución de continuidad al útero gravido que puede que puede ocurrir durante el embarazo, el trabajo de parto, en forma espontánea o provocada, limitándose esta solución de continuidad a la porción supravaginal del cuello, segmento inferior y cuerpo uterino.

El presente trabajo tiene por objeto evaluar los casos de ruptura uterina en el servicio de ginecoobstetricia en el Hospital General de la SSA en los últimos tres años.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de ruptura uterina en el Hospital de la SSA en el período comprendido del 1 de enero de 1987 a el 31 de diciembre de 1989.

Se establecieron como elementos de estudio los datos de los expedientes clínicos que continuación se señalan.

Edad, antecedentes ginecoobstétricos, número de gestaciones, antecedentes de cesáreas previas, semanas de gestación, control prenatal, presentación del producto durante el trabajo de parto, tipo de ruptura, vía del parto, sexo del producto, sintomatología, tratamiento, anestesia, laboratorio, transfusiones, complicaciones uterina y fetal.

En el lapso comprendido de tres años, se atendieron 7277 partos, se presentaron 13 rupturas (0.18%) de estas a rupturas uterinas (0.072%) y de las cuales una frecuencia de (0.007%) y que ocupó una frecuencia de (0.07%) como indicación de cesárea.

Como criterio de selección se tomaron en cuenta a todos los pacientes que acudieron a este centro hospitalario con sintomatología sugestiva de ruptura uterina y aquellas pacientes que por hallazgos de la revisión de cavidad uterina se detectó solución de continuidad.

## RESULTADOS

### EDAD DE LAS PACIENTES

El mayor porcentaje de ruptura uterina se encuentra en el grupo de edad de 25 a 30 años, la menor edad correspondió a una paciente de 17 años y la de mayor edad fue de 41 años. Se analizaron por grupos de edad.

### EDAD DE LAS PACIENTES

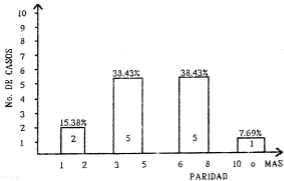
| EDAD  | NO. de CASOS | PORCENTAJES |
|-------|--------------|-------------|
| 15-20 | 1            | 7.69        |
| 21-25 | 1            | 7.69        |
| 26-30 | 5            | 38.46       |
| 31-35 | 2            | 15.38       |
| 36-40 | 4            | 30.76       |
| TOTAL | 13           | 100.00      |

### PARIDAD DE LAS PACIENTES

De las 13 pacientes, el mayor porcentaje fue entre 3 y 9 gestas, las grandes multiparas fue el mayor porcentaje.



### RELACION ENTRE PARIDAD Y NUMERO DE CASOS



### DESTACIONES

| DESTAC  | NO. de CASOS | PORCENTAJE |
|---------|--------------|------------|
| 1 - 2   | 2            | 15.38      |
| 3 - 5   | 5            | 38.46      |
| 6 - 8   | 5            | 38.46      |
| 9 - mas | 1            | 7.69       |
| TOTAL   | 13           | 100.00     |

### ANTECEDENTES DE CIJUSIA PREVIA

En relacion al periodo intergenesico el menor fue de 18 meses al mayor de 20 años (8casi).

### CESAREA ANTERIOR

| NO. de CESAREAS | NO. de CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------|--------------|------------|
| 1               | 4            | 34.78      |

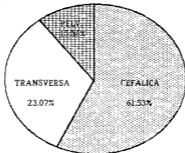
### ANTECEDENTES DE PARTOS Y CESAREA ANTERIOR

Solo una paciente tuvo antecedente de un aborto de 20 semanas de gestacion dos años antes, de la gestacion actual. (Paciente con cesarea anterior 20 años).

### SEMANAS DE GESTACION

La menor edad gestacional correspondio a un embarazo de 34 semanas, y la de mayor edad gestacional fueron embarazos de 40 semanas, la mayor frecuencia correspondio a embarazos de termino 50.46% con un total de 5 casos.

## PRESENTACION FETAL



#### SIGNOS DE GESTACION

| NO. de CASOS | NO. de CASOS | PORCENTAJE |
|--------------|--------------|------------|
| 28 - 30      | 0            | 0.00       |
| 31 - 33      | 0            | 0.00       |
| 34 - 36      | 1            | 7.69       |
| 37 - 39      | 4            | 30.76      |
| 40 - 44      | 8            | 61.55      |
| TOTAL        | 13           | 100.00     |

#### CONTROL PRENATAL

Ninguna paciente recibió control prenatal, fue manejada por empírica, ( 44.15% ) e pacientes.

#### PRESENTACIONES DEL PRODUCTO

La presentación mas frecuente fue la cefálica en un 61.55%. La menos frecuente la pélvica, con un porcentaje de 15.38%.

#### PRESENTACIONES DEL PRODUCTO

| PRESENTACION | NO. de CASOS | PORCENTAJE |
|--------------|--------------|------------|
| Cefálica     | 8            | 61.55      |
| Transverso   | 3            | 23.07      |
| Pélvica      | 2            | 15.38      |

#### DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

La menor duracion de trabajo de parto correspondio a 3 horas en una multiparata y la máxima de 17 horas en otra multiparata.

#### CASOS DE RUPTURA UTERINA

La mayor frecuencia se presentó en las versiones externa 44.15%. La menor correspondio a una aplicación de forceps 7.69% en una paciente ecléptica con dilatación completa.

#### CASOS DE RUPTURA UTERINA

| RUPTURA    | Nº. de CASOS | PORCENTAJE |
|------------|--------------|------------|
| Verticales | 4            | 46.15      |
| L. Frontal | 4            | 30.76      |
| Oblicuos   | 2            | 15.38      |
| Feroces    | 1            | 7.69       |

#### VIA DE ATENCION DEL PARTO

Por vía vaginal fueron obtenidos 6 productos dando una frecuencia de 66.66 cefálicos, pélvicos 16.66% y con aplicación de fórceps 16.66%.

Por vía abdominal, la mayor frecuencia correspondió a la situación transversa 50%, cefálica 33.33% y la pélvica 16.66%.

Un producto no se obtuvo por fallecer la paciente en trabajo de parto.

#### PARTO

| VIA DE PARTO | Nº. de CASOS | PORCENTAJE |
|--------------|--------------|------------|
| Vaginal      | 6            | 46.15      |
| Abdominal    | 6            | 46.15      |
| Ninguna      | 1            | 7.69       |

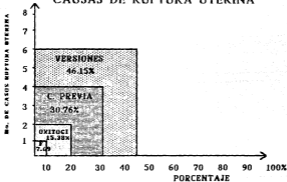
#### PESO DE LOS PRODUCTOS

De los 13 productos solo fueron registrados 9 la mayor frecuencia fue entre los 2.500 gr. y 3.000 gr. 4 33.45%.

#### PESO

| PESO          | Nº. de CASOS | PORCENTAJE |
|---------------|--------------|------------|
| 2.450 - 3.000 | 5            | 38.46      |
| 3.100 - 3.400 | 2            | 15.38      |
| 3.500 - 4.000 | 1            | 7.69       |
| Se ignora     | 4            | 30.76      |

## CAUSAS DE RUPTURA UTERINA



### SINTOMATOLOGIA

El signo predecinante fue el shock en un 64.61%.

| SINTOMATOLOGIA        |              |            |
|-----------------------|--------------|------------|
| SINDROMAS             | Nº. de CASOS | PORCENTAJE |
| Edior                 | 6            | 46.15      |
| No. FeP               | 7            | 49.33      |
| SFA                   | 2            | 15.20      |
| Hipertonia            | 3            | 23.07      |
| Shock                 | 11           | 64.61      |
| Sangrado              | 5            | 38.46      |
| Partes Fetales Sep.   | 1            | 7.69       |
| Interrupcion de TP    | 1            | 7.69       |
| Huida la Presentacion | 1            | 7.69       |

### TRATAMIENTO

El tratamiento todo fue de urgencia el mayor porcentaje fue de histerectomia total abdominal.

### TRATAMIENTO

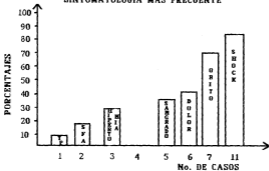
| CIRUJIA     | Nº. de CASOS | PORCENTAJE |
|-------------|--------------|------------|
| HTA         | 7            | 49.33      |
| C. Primario | 2            | 15.38      |
| HTA Sub     | 1            | 7.69       |

### REVISION DE CAVIDAD UTERINA

Se realizaron revisiones de cavidad en 6 pacientes (46.15%), la indicacion fue por cesarea previa o por sangrado postparto.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

### SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE





#### TIPO DE RUPTURA

En 10 pacientes la ruptura fue total ( 75.95% ), parciales con formación de hematores ( 20.07% ), por su localización la más frecuente que se presentó fue a nivel de segmento ( 57.64% ).

#### ANESTESIA

La anestesia que predominó es la general inhalatoria en 7 casos ( 57.64% ). La menor frecuencia fue la combinada.

#### ANESTESIA

| TIPO       | NO. de CASOS | PORCENTAJE |
|------------|--------------|------------|
| General    | 7            | 57.64      |
| Bloqueo    | 4            | 39.76      |
| Balanceada | 1            | 7.62       |

#### HEMOGLOBINA DE LOS PACIENTES

La hemoglobina más baja se reportó de 4.7 gra. y la más alta de 11 gra.

#### HEMOGLOBINA

| HEMOGLOBINA | NO. de CASOS | PORCENTAJE |
|-------------|--------------|------------|
| 3 - 5       | 1            | 7.67       |
| 5.1 - 7     | 3            | 23.07      |
| 7.1 - 9     | 1            | 7.69       |
| 9.1 - 11    | 3            | 23.07      |
| Se ignora   | 3            | 28.46      |

#### TRANSFUSIONES

Siete pacientes se transfundieron ( 57.64% ) y 3 no recibieron transfusión ( 28.15% ).

#### MORTALIDAD TOTAL

Un paciente fue operado ( 7.6% ) y 4 con datos de nutricional fetal Agudo con relación a la calificación de Apgar, y tiempo neonatal ( 20.7% ).

#### MORTALIDAD FETAL

Dentro de la mortalidad se registraron 7 de los a los ingresos al hospital proporcionando una frecuencia de 20.84%.

También se presentó una muerte neonatal ( 7.6% ).

#### MORTALIDAD MATERNA

La anemia se presentó como la complicación más frecuente 7 casos dando una frecuencia 20.84%.

Una paciente presentó infección de vías urinarias 7.6%.

#### MORTALIDAD MATERNA

| COMPLICACION               | NO. de CASOS | PORCENTAJE |
|----------------------------|--------------|------------|
| Anemia                     | 7            | 20.84      |
| Shock Hipovolémico         | 4            | 10.76      |
| Infección Vías Urinarias 1 | 1            | 7.6%       |

#### MORTALIDAD MATERNA

Hubo dos muertes maternas un por shock hipovolémico, y no contar con sangre disponible. La segunda muerte por falta de sala de quirófano disponible en el momento de presentarse la emergencia.

## MORTALIDAD MATERNA Y FETAL EN LA RUPTURA UTERINA



MORTALIDAD FETAL



MORTALIDAD MATERNA

## COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La frecuencia de la ruptura uterina en este estudio fue de una ruptura uterina en 290 partos.

Esta frecuencia es alta en relación con otros autores. Esto se debe al tipo de pacientes que acuden a nuestro hospital, las cuales son más manipuladas por episiotomía, y son recibidas en malas condiciones generales (10,15).

La edad en la que se presentó el mayor número de casos fue de 26 a 30 años con una edad de 27 años o sea en la época reproductiva de la mujer (4).

Con respecto a la paridad los grandes multipáras ocuparon la mayor frecuencia de ruptura uterina en un porcentaje de 35.4% %. Esto se puede explicar, por los períodos intergenésicos cortos y la alta placentación de nuestra población además de el aumento de la duración del parto. (5,4,6,8,10,11,13).

Con respecto a los antecedentes de cirugía previa en útero, 4 pacientes tenían cesárea previa = 70.7 % .

La más reciente tenía un período intergenésico de 16 meses. Claramente refiere que antecedente al período intergenésico corto se da infección crónica de cérvix.

La de mayor período intergenésico correspondió a una multipára con cesárea previa de 10 años corporal ( 5,4,6, y 12 ).

Las cesáreas de gestación 12 producidos fueron de término 58.46%, se reportan rupturas uterinas hasta en cesáreas de 12 semanas de gestación. Se reporta la mayor frecuencia en embarazos de término (8,5,9 y 12 ).

En toda la población estudiada ninguna paciente recibió control prenatal, aun en aquellas pacientes con antecedentes de cesárea previa.

Por lo general la nuestra población fue atendida por parteras en un 46.85 % antes del ingreso al hospital (4,6,7,8,10,11 y 12).

La proporción de fétiles fue la más frecuente, en un 61.85 % como se reporta en la literatura (10,15).

Dentro de las causas de ruptura uterina, las versiones externas ocuparon el mayor porcentaje 46.15 % esto se explica por las condiciones socioculturales y económicas de la población, en comparación a los países desarrollados en donde es más frecuente por cirugía previa.

En nuestro estudio representó un 27.7% ocupando la segunda causa de ruptura uterina (1,3,4,6,7,8,10,11,12,13).

Seis productos se obtuvieron por vía vaginal 46.10 % de estos el 65.62 % en presentación cefálica.

Seis por vía podocava: 46.10% y el 50 % de estos productos tuvieron situación transversa.

El diagnóstico de ruptura uterina fue por la revisión de cavidad o por la sintomatología (3,4,6 y 10).

En nuestro hospital 11 pacientes presentaron como sintomatología principal al estado de shock en un 81.81 %, en segundo lugar la ausencia de FCF en tercer lugar el dolor, al cual algunas autoras lo mencionan como la principal sintomatología (6,8,9,10,11).

El tratamiento fue de 100 % quirúrgico, dependiendo de la severidad de la ruptura se decidió la técnica quirúrgica.

Se realizó histerectomía total abdominal en un 69.05 %. Dos pacientes se realizó escavo uterino por haber sido paritosa, una fue histerectomía subtotal por tener malas condiciones generales la paciente.

La anestesia que se administró con más frecuencia fue la general inhalatoria 55.56 %. Por ser pacientes que se presentaron en malas condiciones generales, los gases de los gases se realizaron bloqueos por haber tenido anestesia sistémica.

En cinco de las pacientes de nuestro estudio, tres presentaron más de 9.1 gr de hemoglobina que correspondió al 25.00 % y una paciente con menos de 5 gr de hemoglobina 7.69 %.

Esperamos que nuestra población tiene en su mayoría pacientes de bajos recursos económicos y poca conciencia con respecto a anemia. Además que no contamos con los recursos de laboratorio las 24 hrs. del día, y el banco de sangre no cubre los requerimientos basados por este tipo de emergencias. Por lo que pocos pacientes se pudieron transfundir con prescrito anemia severa. Administración tratamiento médico.

Siete pacientes fueron transfundidos 55.56 %, 5 pacientes no se registró la hemoglobina de control 36.36 % (7,8,9,9)

#### MORBIMORTALIDAD FETAL

La mortalidad total fue elevada se presentaron 7 abortos desde su ingreso este hospital dando un porcentaje de 55.56 %.

La morbilidad fue de 10 presentando 7.69 % y 6 con estos de sufrimiento fetal agudo 50.76 % (12).

## MORTALIDAD MATERNA

Como complicación encontramos en primer lugar la anemia en un 33.64 % a consecuencia del estado de shock y las malas condiciones generales de los pacientes. La infección de vía urinaria en un 7.6 % lo cual se afirma en la bibliografía ya que nuestra población es de países subdesarrollados.

Las muertes maternas correspondieron a un 15.38 %. Una de las pacientes falleció por shock hipovolémico, tenía como antecedente de importancia cesarea previa hace 20 años; se realizó revisión de cavidad teniendo como hallazgo cesarea tipo corporal, lo cual se reporta como mayor índice de mortalidad en la literatura. La segunda muerte correspondió a multigesta producto esto en trabajo de parto activo presentándose la ruptura en sala de labor no contando con sala de quirófano disponible (12).

## CONCLUSION

Podemos decir que la ruptura uterina sigue siendo un serio problema para los países subdesarrollados, tanto por la falta de cultura de la población que se maneja así como la falta de recursos para dar servicios médicos a las poblaciones más alejadas de la civilización.

Es importante destacar en nuestra población la importancia del control prenatal, además de los métodos de planificación familiar para disminuir el riesgo reproductivo entre nuestra población.

## RESUMEN

Se presentaron 17 casos de ruptura uterina (0.022%), en un periodo de 3 años del 1 de enero de 1987 al 31 de diciembre de 1989, se atendieron 7479 partos la indicación de cirugía por ruptura uterina fue de 0.02 %.

La edad más frecuente fue entre los 24 a 30 años con un porcentaje de 38.46 % cinco pacientes fueron multigestas con un porcentaje de 28.46 %.

Cuatro con antecedentes de cesarea previa correspondió a 20.76 %. Las semanas de gestación fue a término en un 41.53 %. El control prenatal no tuvieron los pacientes pero cuando fue expuesta en un 46.15 %. La presentación fetal se presentó en 41.53 % la transversa 25.07 % y la pélvica 15.38 %.

Los casos de ruptura uterina fue en 46.15 % por versiones externas, por cesarea previa 46.15 % y distócicas 15.38 %.

La vía de atención vaginal fue 46,15 % la abdominal 46,15 %.  
Fase del parto el mayor porcentaje correspondió a productos  
eutrofos 35,64 %. La sintomatología más frecuente por grupo en  
un 64,64 %. La ausencia de FDP 29,23 % y el dolor en un 46,05 %.  
El tratamiento fue inmediato se realizó HTA 27,23 %. Cierre  
primario 15,38 % y la MM/ruptal en 7,69 %. El tipo de anestesia  
general 51,84 % el bicudo 20,76 % y la balanceada 7,69 %.

El 57,42 % recibió transfusión. La mortalidad total fue de  
53,46% todos ellos debida a su ingreso. La mortalidad externa en  
un 15,38 %.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Asymptomatic rupture of a rudimentary uterine horn  
obstet gynecol 1987 mar of 1 Oct 2 1 486-7.
- 2.- Uterine rupture with the use of vaginal prostaglandin  
E2. Intrapartum fetal monitoring and uterine rupture.  
Am J. Obstet Gynecol 1985 Oct 1; 153(3): 342
- 3.- Rupture of the pregnant uterus: A 50 year review  
Obstet Gynecol 1986 Nov; 68 (5) 671-4
- 4.- Factors influencing maternal survival in ruptured  
uterus.  
Int J. Gynecol Obstet 1985 Dec; 22(6): 475 1981.
- 5.- Oxytocin induced second trimester uterine rupture. Aust  
NZJ Obstet Gynecol 1986 Nov; 26 (4): 251-2
- 6.- Rupture of the uterus: A changing picture.  
Arch Gynecol 1987; 240 (3): 168-71.
- 7.- Rupture of the gravid uterus.  
Eur. J. Gynecol reprod bil 22 (1987) 175-180
- 8.- Ruptura uterina. Analisis de 21 casos.  
Ginec. Obst. Mex. 1981; 49: 275.
- 9.- Ruptura de utero bicorne con embarazo de 36 semanas de  
gestación.  
Rev. Mex. Dist. Fed. Mex. Vol. 5 Oct-Dic. 1988.
- 10.- Ruptura uterina. Revision de cinco años (1981-1985).  
En el Hospital de la Mujer.  
Ginecología y obstetricia de Mex. Vol. 55 Nov. 1987.
- 11.- Procedimientos en Obstetricia.  
Hospital Luis Castelano Ayala. 1985 1986.
- 12.- Ginecología y Obstetricia temas actuales.  
Cesara vol 141 1988
- 13.- Obstetricia Williams, ed. Salvat 3 ed. 1986.