

**LA ROTURA UTERINA EN LAS PACIENTES
ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD NACIONAL
(F.C.M.) EN LOS AÑOS 1982 A 1986. (*)**

**UTERINE RUPTURE IN PATIENTS ASSISTED AT
THE NATIONAL MATERNITY HOSPITAL
(MEDICAL SCIENCE FACULTY)
FROM 1982 TO 1986"**

Dra. Sanie Yampey de Mendoza (**)

SUMMARY

We have studied 36 cases of uterine rupture occurred from 1.982 to 1.986 at the National Maternity Hospital Medical School Asunción.

The percentage of uterine rupture we have found is 1.9%; one rupture in 503 childbirths.

The uterine rupture occurred in the developed countries in a greater frequency in undamaged uterus. In this study the uterine ruptures have been doubled; they were considered spontaneous due to the inadequate attention to the mother-to-be, that in our country in only 25% according to WHO and our Public Health Ministry.

3 mothers died (8.33%). The maternal death rate during the 5 years —1982/1986— was 41.16% (72 cases). The death rate due to uterine rupture was 1.71% during the same period. Perinatal death rate is 88.88% (1982—1986) due to uterine rupture.

74.28% of the patients have lost the uterus due to total or sub-total hysterectomy. Suture was done in 25.72% of the cases, that result in a high risk cicatrice, where other uterine ruptures can occur.

(*) Monografía presentada a la Facultad de Ciencias Médicas. 1989.

(**) Profesor adjunto de la Cátedra de Clínica Obstétrica.

It is important to educate the patients that have suffered caesarea due to the risk for them and their children; and recommend them to go to competent Health Centers at the 34 weeks of gestation especially to those with a corporal segment cicatrice, and at the 38 week those who have segmentary arciform cicatrice.

We have to bind ourselves in order that the mother-to-be receive the best possible prenatal attention as well as at the childbirth or has an operation in an adequate place.

RESUMEN:

Hemos realizado estudios retrospectivos de los 36 casos de R.U que se han presentado en los años 1982 en la Maternidad Nacional (F.C.M. - U.N.A.) de Asunción.

El porcentaje de la R.U. que hemos hallado es de 1,9%; una rotura en 503 partos.

La R.U. en los países en desarrollo ocurren con mayor frecuencia sobre úteros indemnes. En nuestro material de estudio se duplican las R.U. consideradas espontáneas debido a la insuficiente cobertura de la atención de la mujer que va a ser madre, que en nuestro país es sólo del 25% según la O.M.S. y el M.S.P. (14).

Fallecen 3 madres (8,33%) de los 36 casos.

La mortalidad materna en los 5 años 1982-1986 fue de 72 casos (41.16% m.m.)

La mortalidad materna en la R.U. es de 1.71% (1982-1986), y la mortalidad perinatal 88.8% (1982-1986) en la R.U.

El 74.28% de las pacientes han perdido el útero por la histerectomía total o subtotal. Se practicó sutura (histerorrafia) en el 25.72%, que da lugar a una cicatriz de alto riesgo, donde pueden asentar nuevas R.U.

Es importante educar a las pacientes que han sido sometidas a la cesárea, por el riesgo que ellas corren y sus hijos, recomendarles su internación en medios idóneos a las 34 semanas a las portadoras de cicatriz en el segmento corporal, y a las 38 semanas en las que presenten cicatriz segmentaria arciforme.

Luchar para que la mujer gestante reciba atención prenatal suficiente, parto o intervención en medio adecuado.

INTRODUCCION

Las estadísticas dadas por la O.M.S. con los datos del Ministerio de Salud de nuestro país, la muerte materna es de 47 por cada 10.000 nacidos vivos, 5 por mil o 1 por cada 200 partos. Como la rotura uterina aún es elevada en nuestro medio, propio de países en desarrollo porque la cobertura idónea de atención de

la embarazada aún es insuficiente, siendo solo del 25% (14). Es de interés investigar en cuánto participa la R.U. como complicación en la mujer gestante y en el feto.

Ciertas intervenciones se han considerado como iatrogénicas: la versión por maniobras internas, la gran extracción pelviana y el fórceps alto; han sido abandonadas y reemplazadas por la cesárea. La cesárea corporal a su vez ha sido reemplazada por la cesárea segmentaria, reservándose solo para casos excepcionales. En la cesárea corporal se presenta la rotura generalmente durante el embarazo y sus complicaciones son mucho más graves, en cambio en la cesárea segmentaria la rotura puede instalarse durante el parto, ofreciendo la cicatriz a ese nivel mejores garantías, pero no se halla exenta de riesgos.

MATERIAL Y METODO:

Este trabajo se ha realizado en el Servicio y Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas de Asunción dirigida por el Prof. Dr. Antonio Miguel Ruoti.

Hemos estudiado todas las historias clínicas de las pacientes que han presentado como complicación de su parto o embarazo la rotura uterina: 36 casos fueron atendidas en total en los años de 1982 a 1986 (cinco años). El número total de partos espontáneos como operatorios fue 18.111 casos.

El objeto de este trabajo es actualizar los datos con respecto a esta complicación, la rotura uterina, porque de acuerdo a los estudios más recientes la etiología de la R.U. en los países desarrollados se ha modificado por el incremento de la cesárea que ha reemplazado a las maniobras consideradas iatrogénicas.

En los países en desarrollo la R.U. que asienta sobre útero sin cicatriz denominada rotura uterina espontánea es aún la que predomina; se atribuye esta contingencia a que la atención materna en medios idóneos se es insuficiente, siendo la causa de muy alta mortalidad perinatal y la mortalidad materna por este motivo aunque ha disminuido, aún persiste.

La Maternidad Nacional por brindar atención terciaria, a ella concurren pacientes de alto riesgo de los distintos Centros de Salud de la capital y de los hospitales del interior.

RESULTADOS

Incidencia de la rotura uterina:

Entre los años 1982 a 1986 (5 años) fueron atendidos 18.111 partos espontáneos y operatorios. Se han atendido 36 casos de R.U. El riesgo de R.U. es de 1,98‰ (Tabla N° 1)

Años	Nº de partos	R.U.	%
1982	3.606	9	2,49
1983	3.500	6	1,71
1984	3,800	7	1,84
1985	4,075	8	1,96
1986	3,130	6	1,91
	18.111	36	
TOTAL: 36 casos de R.U.			1,98

Observamos que desde el año 1983 presenta pocas oscilaciones la incidencia de la R.U.

Etiología y clasificación de la rotura uterina:

La clasificación en base al antecedente etiológico de las pacientes de nuestro estudio:

—23 casos de R.U. en pacientes sin cicatriz uterina 63,89%

—13 casos de R.U. en pacientes con cicatriz uterina 36,11%

El número de R.U. en úteros sin cicatriz denominado espontáneo casi duplica al número de R.U. ocurridos en úteros con cicatriz.

Las pacientes que presentaron R.U. tanto del 1er. grupo como del 2º grupo algunas ingresaron en trabajo de parto y las roturas ocurrieron en el curso de la atención en el servicio y otras ingresaron con R.U. consumada. (Tabla Nº 2)

Casos	Total En trabajo de partos		R.U. Consumada		
	Nº	%	Nº	%	Total
Pacientes s/cicat.	36	13	36,11	23	63,89
Pacientes c/cicat.	13	9	39,13	14	60,87
		4	30,77	9	69,23

1) Pacientes atendidas en trabajo de parto 39,13% y con R.U. CONSUMADA 60,87% (en útero sin cicatriz).

2) Pacientes atendidas en trabajo de parto 30,77% y R.U. consumada 69,23% (en útero con cicatriz).

Observamos: que en pacientes sin cicatriz la R.U. en pacientes que han sido atendidas durante el trabajo de parto en nuestro Servicio, el porcentaje de R.U.

es mayor. En cambio la R.U. consumada es mayor el porcentaje en pacientes concicatriz (2).

I. R.U. EN UTERO SIN CICATRIZ

A) Trabajo de parto:

Pacientes que ingresaron en trabajo de parto sin antecedente de cicatriz uterina fueron en número de 9 casos de los cuales en 6 casos se estimuló con oxitocina y a una se le aplicó fórceps en el tercer plano. (Tabla N° 3)

	Casos	%
R.U. en el curso del Trab. de parto	2	22,22
R.U. que recib. oxi.	6	66,67
Se aplicó fórceps en el parto	1	11,11
Total	9	100

En las pacientes que fueron atendidas en el Servicio, el uso de la oxitocina y el fórceps pueden ser considerados como factores condicionantes para la R.U. Es importante recordar que el uso de oxitocina debe acompañarse del monitoreo riguroso de las contracciones uterinas y de los latidos fetales. Debe evitarse su uso indiscriminado.

El fórceps es otro factor traumático condicionante de la R.U.; aunque se aplicó por período expulsivo prolongado y la presentación se hallaba en el 3er. plano; es importante el control posterior del cuello uterino y la revisión uterina. La R.U. se extendió de cuello a segmento y cuerpo (R.U. cervico segmento corporal).

B) Rotura uterina consumada: en útero sin cicatriz: 14 casos

II. ROTURA UTERINA EN UTERO CON CICATRIZ: 13 casos

a) En trabajo de Parto: 4 casos y R.U. consumada: 9 casos.

Pacientes que fueron atendidas durante el trabajo de parto con antecedentes de cicatriz: 4 casos = 30,77%

1er. caso: Antecedentes de cesárea segmento corporal, recibió goteo de oxitocina.

2º caso: Parto, alumbramiento, revisión uterina

3er. caso: Sufrimiento fetal agudo.

4º caso: Fórceps, shock.

Observación: En el primer caso el uso de oxitocina en paciente con cicatriz segmento corporal, seguramente se administró por desconocimiento del tipo de incisión en el que está totalmente contraindicado el uso de ocitócicos.

Dos partos fueron atendidos, uno con ayuda del fórceps.

Una paciente intervenida por sufrimiento fetal agudo, que es uno de los signos de inminencia de R.U.

B) Rotura uterina consumada: en pacientes con cicatriz 9 casos 69,23%.

Cuatro pacientes con cicatriz de cesárea segmento corporal.

Cinco pacientes con cicatriz de cesárea segmentaria.

TABLA Nº 4

Edad de las pacientes que se han complicado con la R.U. en úteros con cicatriz o sin ella

Edad	Nº Total	Pac. Nº	S/cicat. %	Pac. Nº	C/cicat. %
18-24	3	2	8,70	1	7,69
25-30	12	5	21,74	7	53,84
31-35	6	5	212,74	1	7,69
36-40	10	8	34,78	2	15,39
+ 40	3	3	12,04	2	15,39
No consig.	2			2	
Total	36	23	100	13	100

Observamos en las pacientes sin cicatriz, la R.U. es mayor el porcentaje en las pacientes de 36 a 40 años; en cambio en las pacientes con cicatriz encontramos mayor porcentaje en pacientes más jóvenes 25 a 30 años.

Paridad:

Relacionemos la paridad de las pacientes que se han complicado con la R.U. en la Maternidad Nacional (F.C.M.), con la paridad del total de pacientes atendidas en los años 1982 a 1986. (Tabla Nº 5)

PACIENTES	R.U.	TOTAL DE PAC.	%
Nulípara	4		
Primípara	3	5.809	0,69
Secundípara	3	3.606	0,83
Multípara	3	2.507	1,20
Gran mult.	18	3.656	4,92
Sin datos	6	1.380	4,35
TOTAL	2	1.153	1,73
	36	18.111	

De la relación de la paridad de las pacientes con R.U. con la paridad total de las pacientes atendidas 1982 — 1986 (5 años), observamos que las múltiparas y grandes múltiparas son las que presentan mayor porcentaje de R.U., que coincide con la descripción clásica.

TABLA Nº 6

Paridad	Sin cicatriz		Con cicatriz		
	Nº	%	Nº	%	
Nulípara	4	1	4,35	3	23,07
Primípara	3	1	4,35	2	15,38
Secundíp.	3	2	8,70	1	7,69
Múltip.	18	13	56,52	5	38,48
Gran mult.	6	4	17,38	2	15,38
Sin datos	2	2	8,70	—	—
Total	36	23	100	13	100

Llama la atención el porcentaje en la nulípara, la R.U. espontánea es poco frecuente, no así en las pacientes con cicatriz.

- Nulípara sin cicatriz 4,35%
- Nulípara con cicatriz 23,07%

La diferencia en porcentaje de las nulíparas de ambos grupos se debe a que las nulíparas con cicatriz ya contaban con factores predisponentes, la cicatriz, y que además 2 de ellas tuvieron la incisión segmento corporal y la 3ra. tuvo la incisión segmentaria a repetición.

DIAGNOSTICO DE LA ROTURA UTERINA

1. Pacientes sin cicatriz: (R.U. espontánea)

a) **Las pacientes en trabajo de parto sin cicatriz 9 casos:** Algunas de las pacientes presentaron sangrado importante en el post-alumbramiento y por medio de la revisión uterina se confirma el diagnóstico; en otros casos el sangrado no es importante pero la paciente se vuelve pálida, fría, el pulso se acelera pudiendo colapsarse; todo esto impone el diagnóstico de R.U. El sufrimiento fetal es uno de los signos que presenta en la inminencia de R.U. y el hallazgo fue la R.U.

b) **Las roturas uterinas consumadas (sin cicatriz 14 casos):** En 4 casos se palpan partes fetales; 3 pacientes ingresan con dolores muy intensos en bajo vientre.

— Dos pacientes ingresan con pérdida importante de sangre por vagina y en shock.

— Una paciente ingresa, pálida, disneica y en mal estado general.

— Dos pacientes ingresan con el feto en situación transversa, hombro abandonado.

— Ingresó un caso con útero hipertónico. ¿D.N.P.?

— Un caso ingresó con dolores muy intensos en bajo vientre, con el antecedente de un aborto (que había tenido antes de este embarazo) refiere que una empírica le practicó en esta gestación masaje para realizar la versión (feto de 600 grs.).

2. Pacientes con cicatriz uterina. Signos. Sintomas

a) Pacientes en trabajo de parto: 4 casos presentaron:

— Una paciente con sufrimiento fetal agudo;

— La segunda paciente, luego del fórceps, presentó escaso sangrado, se vuelve pálida, sudorosa, fría, shock.

— En la 3ra. paciente al observar el abdomen, llama la atención el segmento hiperdistendido (es raro que se presente en pacientes con cicatriz) porque generalmente la R.U. en ellas es silenciosa y es en la atención en el post alumbramiento que se la diagnostica buscando por medio de la revisión uterina.

— Cuarto paciente: parto, alumbramiento: palidez de piel y mucosas. Colapso.

b) Rotura uterina consumada: 9 casos

— En pacientes con cicatriz segmento corporal: 4 casos.

La primera paciente se queja de dolor intenso en bajo vientre que se irradia al miembro inferior derecho (que suele ser signo de complicaciones por hematoma en el ligamento ancho).

La segunda paciente, luego de haber estado aparentemente bien, despierta con intenso dolor en bajo vientre, presenta vómitos presión arterial 60/20, palidez, las extremidades frías y cianóticas. Diagnóstico de ingreso ¿Pancreatitis?

La tercera y cuarta paciente, palidez de piel y mucosas, shock.

— En pacientes con cicatriz a nivel del segmento (segmentaria arciforme): 5 casos.

Una paciente con sangrado profuso. Diagnóstico de placenta previa. (A más de la placenta previa también presentó R.U.).

Dos pacientes: palidez de piel, y mucosas, mal estado general.

Una paciente con dolor intenso a nivel del epigastrio (diagnóstico de D.N.P.)
La quinta paciente puerpera, sudorosa, pulso filiforme.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

1) **Desprendimiento normoplacentario (D.N.P.):** En dos casos: a) en caso de R.U. consumada sin cicatriz, b) en paciente con cicatriz en el segmento.

2) **Placenta previa:** Se operó con el diagnóstico de placenta previa; a más de confirmarse el diagnóstico de placenta previa también se halló la R.U. de 1/3 de la cicatriz anterior a nivel del segmento.

3) **Pancreatitis aguda:** En la R.U. que se presenta sobre cicatriz de segmento corporal. Como puede presentarse en el curso del embarazo es importante tenerla en cuenta para el diagnóstico diferencial.

El feto y la placenta se hallaron en la cavidad abdominal en todos los casos.

Anatomía patológica. Rotura uterina en úteros sin cicatriz

— Dos casos de R.U. incompleta, un caso con útero de Couvellaire D.N.P., rotura de unos 3 cms. a nivel del segmento.

— El segundo caso interesa segmento y se halla cubierto por un gran hematoma, la rotura se extiende al borde derecho.

— Dos casos de R.U. cervico segmento corporal, una de ellas se extiende al borde derecho.

— Una con R.U. segmento corporal, el feto se halla en la cavidad abdominal (este caso fue sometido al trabajo de parto seguramente por desconocimiento del tipo de incisión anterior.

— Las otras R.U. interesaron segmento y algunos alcanzaron el borde derecho, con hematoma en el ligamento ancho que interesó la arteria uterina derecha.

Rotura uterina consumada en útero sin cicatriz: 14 casos

— En seis casos se hallaron el feto y la placenta en cavidad abdominal.

Las roturas uterinas algunas interesan segmento con prolongaciones hacia el ligamento lateral izquierdo y del borde inferior de la brecha se extiende al cuello uterino.

— Otras roturas son complicadas y comprenden: vagina, cuello, segmento y cuerpo con infiltración del parametrio izquierdo; otras roturas se extienden a la cúpula vaginal; lesión de desgarro a nivel del segmento que interesa vejiga, infiltración masiva de ambos parametrios.

OBSERVACION:

Los casos de R.U. espontánea consumada son verdaderas catástrofes, que suceden en los casos de desproporción entre la pelvis y la cabeza fetal, en presentaciones anómalas y en grandes múltiparas con úteros esclerosados, frágiles y además son sometidos a compresiones abdominales con muchas horas de trabajo de parto y las complicaciones en algunas son bastantes serias, interesando arteria uterina, ligamento ancho, vagina y cuello uterino.

Rotura uterina en úteros con cicatriz

En trabajo de parto: 4 casos. 1, la R.U. incompleta en sentido transversal que se prolonga hacia la derecha; se halla cubierta por un gran hematoma.

- En dos casos se halló el feto, y la placenta en cavidad abdominal.
- En 1 caso se observó estallido del segmento e interesó vejiga.

Rotura uterina consumada en útero con cicatriz: 9 casos

A) La R.U. en la cicatriz segmento corporal: aquí se observó R.U. que interesó desde el cuello uterino anterior y prolongándose hacia abajo.

La R. U. que interesó desde el cuello uterino al cuerpo llegando al fondo uterino, el feto se hallaba con bolsa íntegra junto a la placenta en cavidad abdominal y se observó infiltración hemática de todo el segmento.

El estallido de la cicatriz segmento corporal interesa vejiga; en todo los casos el feto y la placenta se hallaron en la cavidad abdominal.

En el caso de una rotura de la cicatriz uterina se hallaba adherida parte de la placenta a la cicatriz es importante tener en cuenta que la placenta implantada sobre la cicatriz, favorece la R.U.

B) La R.U. en la cicatriz segmentaria:

— En dos casos los fetos y placenta se hallaron en la cavidad abdominal. En la tercera paciente la rotura de la cicatriz segmentaria que se prolongó hacia abajo e interesó la vejiga y se observó abundante cantidad de sangre en la cavidad abdominal.

— En el cuarto caso se observó una solución de continuidad de la cicatriz que se extendió al borde derecho interesando la rama de la uterina derecha.

— En una puerpera que ingresó al servicio, se diagnosticó rotura cervicó segmento corporal. La cicatriz arciforme se hallaba intacta.

MORTALIDAD PERINATAL:

A) Mortalidad Perinatal en la R.U. en úteros (sin cicatriz uterina) que ingresaron:

1) En trabajo de parto: 9 casos

— Fetos vivos 7 casos

Peso: 1.300; 1.900; 3.800; 3.470; 3.080; 2.850; 3.650.-

— Fetos muertos 2 casos

Peso: 2.000 grs (bajo peso); 4.200 grs (feto grande)

— Fetos que fallecieron:

Peso: 1.300 grs. (bajo peso); 1.900 grs. (bajo peso); 3.080 grs. y 3.650 grs. (Síndrome de Distrees Respiratorio).

Mortalidad perinatal = 6 casos = 66,67% Feto muerto 2

3 fetos de bajo peso; 1 nace muerto y 2 fallecen

Los fetos vivos = 3 casos = 33,33%

3.800 grs. APGAR 8/9

3.470 “ “ 4/8

2.850 “ “ 7/8

2) Mortalidad Perinatal de los fetos de pacientes que ingresaron con R.U. consumada en úteros sin cicatriz:

— 14 casos = todos muertos = 100%

— Solo un feto pesó 600 grs. por lo tanto la mortalidad Perinatal se consideran 13 casos.

B) Mortalidad Perinatal de los fetos de pacientes con cicatriz

1) De pacientes que fueron atendidas durante el trabajo de parto

= 4 casos; 3 muertos; 1 vivo que luego fallece

Mortalidad Perinatal = 100%

2) De pacientes que ingresaron con R.U. consumada

— En los casos de cicatriz segmento corporal = 4 casos todos muertos = 100%

— Cicatriz segmentaria = 5 casos

4 fetos muertos; 1 feto vivo; intervenida por placenta previa, y a la vez se halla la R.U. que interesa 1/3 de la cicatriz.

9 casos en total: — fetos muertos 8 (mortal. perin. 88,89%)

— feto vivo 1

Del grupo total de R.U. de nuestro estudio el 74,28% han pedido el útero por histerectomía total o subtotal, y en el 25,72% se les practicó sutura; siendo esta cicatriz una zona de riesgo donde pueden asentar nuevas R.U.-

Tratamiento profiláctico: Buen control prenatal, atención del parto en medios idóneos y la educación; además que los servicios hospitalarios estén en condiciones de tratarlas, con la urgencia requerida.

Estos son los pilares en el tratamiento de la R.U. : Antibióticos, disponer de sangre para reponerla y estar en condiciones de soportar la intervención quirúrgica, pero deben ser simultáneo, pues de nada vale esperar, porque los vasos podrían seguir sangrando; rápidamente practicar la Laparotomía, pinzar los vasos que sangran, proceder a la sutura, sobre todo si la paciente es joven y aún desea tener hijos, solo si esto es posible por las características de la R.U. Tener en cuenta, el riesgo de la infección. Se le administrará antibióticos de amplio espectro porque las heridas abfractuosas se infecta fácilmente.

La variedad en la cirugía: sutura, histerectomía subtotal, histerectomía total.

La técnica a realizarse depende de las características anatómicas de la lesión. A veces aunque uno quisiera conservar el útero, resulta imposible por las características de la rotura. Y por las horas que han pasado que arriesga la infección.

MORTALIDAD MATERNA:

En el grupo del material de nuestro estudio ocurrieron 36 casos de R.U. en los años 1982 a 1986 de la Maternidad Nacional = 11,98% / .. Una R.U. por c/ 503 partos, de estos en tres casos fallecieron las madres o sea 8,33% de los 36 casos de R.U.

Primer caso: H. N° 38.194 La paciente procede de Caacupé, de 39 años de edad, gran multípara, 8 partos. (R. espontánea)

Segundo caso: H. N° 29.054. La paciente procede de Emboscada. 40 años de edad 7 partos, 1 cesárea, por placenta previa oclusiva (cesárea segmentaria) Hallazgo en el acto quirúrgico: R.U. de toda la cicatriz anterior que se extiende hacia abajo interesando la vejiga. Fallece durante la operación.

Tercer caso: H. N° 27.723. Paciente de 27 años de edad. Antecedente 1 parto; 1 cesárea, luego 3 partos espontáneos. Parto, alumbramiento en el servicio, se practica revisión uterina, hallazgo R.U. incompleta que se prolonga hacia el ligamento ancho. Laparotomía: la paciente fallece en el acto operatorio.

Las pacientes Primera y Segunda, presentaron factores de riesgo: edad avanzada, gran multíparidad y R.U. consumada; la primera fue rotura espontánea y la segunda asentó sobre cicatriz de cesárea por placenta previa. Ambas ingresaron con R. U. Consumada que no fueron atendidas con la urgencia que

corresponde, porque procedieron del interior, una de Caacupé y la otra de Emboscada. La mortalidad materna aumenta de 0 % a 46%, cuando ese tiempo aumenta de 15 minutos a 2 horas (1).

Además en el segundo caso la operación cesárea se había practicado por placenta previa oclusiva; es bueno recordar que en la placenta previa la cicatrización suele ser insuficiente y predispone a la R.U. (11).

En el tercer caso, el haber tenido 3 partos espontáneos después una cesárea segmentaria arciforme, el riesgo de R.U. sobre la cicatriz persiste; como ocurrió en este caso: tuvo su parto espontáneo, alumbramiento y en la revisión uterina se diagnostica R.U. incompleta que al practicar la laparotomía se encontró un gran hematoma a ese nivel. Al intentar vaciar el hematoma se presenta shock irreversible.

Por lo que observamos ninguna cicatriz es de confiar.

$$MM = \frac{\text{Número de defunciones} \times 10.000}{\text{Nº de nacidos vivos}}$$

En el grupo total de nuestro estudio en el Servicio de la Maternidad Nacional se han presentado 72 casos de muerte materna. (41,16%)

De los 72 casos de m.m. que ocurrieron en total en los años 1982 - 1986 (5años) 3 casos se debieron a la R.U. 4,1%.

CONCLUSIONES:

Las llamadas R.U. espontánea se duplican en relación a las R.U. en úteros con cicatriz, que es propio de los países en desarrollo debido a la insuficiente cobertura de la atención de la mujer que va a ser madre, que en nuestro país es sólo del 25% según OMS y OMP (14).

De un tiempo a esta parte las R.U. sobre útero con cicatriz ha ido incrementándose, por el aumento de las cesáreas.

En los países desarrollados la etiología se ha modificado a expensas de las R.U. sobre cicatriz.

El porcentaje en nuestro servicio se mantiene alto, una R.U. por 503 partos 1,9%; por ser de atención terciaria nuestro servicio.

La mortalidad materna es de 1,71% y la mortalidad perinatal 88,88%.

El 74,28% de las pacientes han perdido el útero por la histerectomía total o subtotal. En el 25,72% se les practicó sutura (histerorrafia), que da lugar a la formación de una cicatriz de alto riesgo, donde puede asentar nueva R.U.

Es necesario educar a la mujer en la oportunidad de practicársele la cesárea; se le debe informar de los riesgos que ellas y sus hijos corren con la cicatriz.

Recomendarles la necesidad de un pre-natal suficiente y además la internación oportuna en las maternidades; a las 34 semanas a las portadoras de cicatriz segmento corporal, y a las 38 semanas a las de cicatriz segmentaria arciforme, para programar de acuerdo a la evaluación del caso, y contar con sangre según necesidad.

Luchar para que la mujer que va a ser madre reciba atención pre-natal suficiente, parto o intervención en medios idóneos.

BIBLIGRAFIA

- 1.- BERNSTINE, R.A.: Rotura Uterina. Obstetricia y Perinatología y FF. y, Kaminitzky Ed. Panamericana 958, 1985.
- 2.- CANILLA, V.: Porvenir obstétrico de la embarazada con cicatriz de cesárea anterior. Manejo del embarazo de alto riesgo. Ed. F.C.M. (EFACIM), 1986.
- 3.- CANILLA, V.; DA SILVA MELO, R: Comentarios sobre técnica de cesárea. Tercer Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia. Tomo 2:212.1986.
- 4.- CARRERA MACIA, J. M. y col: Rotura Uterina, Protocolo de Obstetricia, 231, Salvat 1986.
- 5.- DA SILVA MELLO, R.; YALUK, R. de R. Mortalidad materna. Maternidad Nacional 1968-1975. Tercer Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia, Tomo II; 170,1976.
- 6.- EDEN, R.D.; PARKER, R. T. et al.: Rupture of the uterus: a 53 year review Obst et Gynecol. 68:671, 1986.
- 7.- LEJARCEGUI, J. A.: Traumatismo del canal del parto, Obstetricia: J. González Merlo: 581, 1982.
- 8.- MALMSTRON, H.; HEMMINGSSON, E.: Uterine rupture a complication of second trimestre abortion when using prostaglandine F2 a. Toghe then witch oxtocine agents. Acta Obstet. Ginecol. Scand 68: 271, 1984.
- 10.- MEGAFU, U.: Factors influencing maternal survival in rupture uterus. Int. Ginecol. Obstet. 23; 475 - 480, 1985.
- 11.- PRITCHARD, J.A.; MAC DONALD, P.C.: Mortalidad materna, Obstetricia, 2da. Ed. Salvat. 714-715, 1981.
- 12.- ROJAS DEL PUERTO, E.: El parto en la mujer con cicatriz uterina. Tesis EFACIM, 23-60, 1984.
- 13.- RUOTI, A. M. y col.: Cesárea en múltiparas. Tercer Congreso Paraguayo de Ginecol. y Obst., Tomo 2, 229, 1976.
- 14.- RUOTI, A. M.: Una atención altamente calificada: "Diario Ultima Hora". 2-XII - 14-15, 1988.

- 15.- STRUBING, H. E. y col.: Rotura Uterina en el Hospital Central de las FF.AA. Cuarto Congreso Paraguayo de Ginec. y Obst., Tomo 2, 402, 1980.
- 16.- SCHWARCZ, A. L. y col.: Rotura del útero. Obstetricia. El Ateneo, 458-462, 1987.
- 17.- SCHAEFER, G.; GRABER, E. A.: Rotura Uterina. Complicación Quirúrgica en Ginecología y Obstetricia. Salvar, 39-40, 1986.
- 18.- VOTTA, A.; PARADA, D.: Rotura del útero. Obstetricia. López, O. Editores, 582, 1988.
- 19.- YAMPEY, S de M.: Rotura del útero. Tercer Congreso Paraguayo de Ginecol. y Obstet. Tomo 2: 207-208, 1976.
- 20.- YAMPEY, S. de M.: Rotura uterina en la cesareada. Cuarto Congreso de Ginecol. y Obstet. Tomo 2: 399, 1980.
- 21.- YAMPEY, S. de M.: Placenta Previa y Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. 1986.
- 22.- ZUGAIB, M. y otros: Rotura uterina espontánea no segundo trimestre de gravidez. J. Brasil. Ginecol, 96(6): 327-8, 1982.