

UOP.T. 57/79.

REPUBLICA DE COLOMBIA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA JAVERIANA
FACULTAD DE MEDICINA

*Al Profesor Doctor José A. Jaimes V.
muy respetuosamente
y agradecidamente
Bojote, D. E. Mayo 1957*

**RUPTURAS UTERINAS
EN
"SAN JUAN DE DIOS"
DE
BUCARAMANGA**

Tesis de Grado para optar al título de
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA,
presentada por el señor:

Jorge Naranjo Pimiento

BOGOTÁ, D. E. 1957

REPUBLICA DE COLOMBIA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA JAVERIANA
FACULTAD DE MEDICINA

Rector Magnífico:
R. P. CARLOS ORTIZ RESTREPO, S. J.

Decano de Estudios:
Profesor Dr. JOSE DEL CARMEN ACOSTA

Decano de Disciplina y Secretario:
Profesor Dr. ALBERTO DUQUE, S. J.

Presidente de Tesis:
Profesor Dr. HERNANDO CAICEDO DIAZ

Presidente Honorario:
Profesor Dr. ALBERTO DUQUE, S. J.

Examinadores Profesores:
Profesor Dr. JOSE A. JACOME VALDERRAMA
Profesor Dr. GERMAN PALOMARES DE FRANCISCO

Secretario de la Facultad:
Dr. RUBEN MEJIA G.

*Artículo 13 del Reglamento de la Pontificia
Universidad Católica Javeriana.*

Parágrafo: Ni la Universidad ni los miembros del Jurado de Tesis se hacen responsables por los conceptos emitidos por el alumno en su trabajo de Tesis. Sólo se velará porque no se publique nada contra el dogma ni la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques personales y únicamente se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad científica.

DEDICATORIA

A mis padres y hermanas

A mi tío

Al Dr. Mario Acevedo Díaz y señora.

REPÚBLICA COLOMBIANA
EN
SAN JUAN DE DIOS
DE
BUCARANGA

Títulos

- I — Médico interno del Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga. Diciembre de 1954 - Abril de 1956.
- II — Médico del Instituto de Seguro Social de Rionegro (Santander) Abril de 1956 - Agosto de 1956.
- III — Médico Director del Centro de Salud de Rionegro (Santander) Abril de 1956.
- IV — Médico Director del Hospital San Antonio de Rionegro (Santander) Abril de 1956.

RUPTURAS UTERINAS
EN
«SAN JUAN DE DIOS»
DE
BUCARAMANGA

Tesis de Grado

Capítulo I — Embriología general, Organos genitales internos, Mal formaciones, Consideraciones generales, Constitución anatómica, Irrigación e Inervación del Utero.

Capítulo II — Fisiopatología.

Capítulo III — Ruptura del Utero, Clasificación.

Capítulo IV — Sintomatología, Diagnóstico, Pronóstico y Profilaxis, Tratamiento.

Capítulo V — Observaciones clínicas.

Clasificación de las observaciones clínicas.

Estudio Estadístico.

Comentario.

Conclusiones.

Bibliografía.

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA GENERAL, ORGANOS GENITALES INTERNOS

Durante el segundo mes del Embrión, el aparato Genito Urinario, se dispone así: de cada lado de la Columna Vertebral, están los dos cuerpos de Wolff, costeados, sobre su borde externo, por los dos Canales del mismo nombre que se dirigen hacia abajo, para desembocar en el Seno Urogenital, que desemboca en la Cloaca, (en el Intestino). El Canal de Wolff, va acompañado por el Canal de Müller, que también va al Seno Urogenital, viniendo de más arriba y por la parte de afuera. A cierta distancia de este Seno, los Canales de Müller, pasan por detrás y hacia adentro de los Canales de Wolff: a este nivel los Canales reunidos por una vaina conjutiva, forman el cordón de Thiersch. En el feto femenino, no tardan en atrofiarse los Canales de Wolff, en tanto que los Canales de Müller, adquieren un gran desarrollo, para formar las Trompas, el Utero, y una parte de la Vagina. Un poco por encima del cordón de Thiersch, se hace la inserción del Ligamento de Hunter que viene a hacer el futuro Ligamento Redondo, (la inserción del Ligamento de Hunter, se hace sobre el Canal de Müller). Esta inserción es importante, porque todo lo que esté por encima formará la cavidad Uterina y la Cavidad Vaginal.

Nota: Para darse cuenta de lo que es, el Seno Urogenital, hay que hacer un corte Antero-Posterior del Embrión: se vé entonces, que en la parte posterior, la Alantoides, futura Vejiga, desemboca en la porción terminal del Tubo Digestivo; en su unión, el borde inferior de su tabique común, parece un espolón que desciende en la Cloaca. A medida que progresa el desarrollo del Embrión, este espolón desciende más y más, hasta que en un momento dado, la Cloaca se halla dividida en dos Canales; uno, que viene a hacer el Recto y el otro, hacia adelante, que es el Seno Urogenital y entre los dos, el espolón que los separa y que irá a formar el Periné. El Seno Urogenital no tarda en subdividirse por un proceso análogo al anterior; y en un corte de Embrión, de desarrollo más avanzado, se verá que entre la Vejiga y el Seno Urogenital, está la desembocadura de los Canales de Müller. Sobre el Conducto Urinario, nuevo espolón se forma, desciende y tabica el Seno Urogenital, para formar la parte inferior de la Uretra adelante y parte inferior de la Vagina atrás. El Cordón de Thiersch, también sufre cambios importantes: los Canales de Müller se aproximan y se pegan y luego se fusionan desapareciendo el tabique que los separa y formando un órgano impar y mediano de cavidad simple; así, podemos concluir, que el Canal de Mü-

ller, en su parte superior, hasta el Ligamento de Hunter, da nacimiento a la Trompa, en su parte media dá origen al cuerpo Uterino y en su parte inferior, impar y mediana, se transformará en el resto del Utero y Vagina. La Uretra y la parte Inferior de la Vagina, provienen del tabicamiento del Seno Urogenital. El resto de los Genitales Externos, es de origen Ectodérmico y se desarrolla a expensas de la Eminencia Cloacal y de los bordes laterales del orificio Urogenital Primitivo. La Eminencia Cloacal, dá nacimiento al Clítoris y al Tubérculo Genital, del cual nacen más tarde el monte de venus y los labios de la Vulva.

MAL FORMACIONES UTERINAS

I). *Utero Didelfo*: (Dos Matrices), cada Matriz, con un solo cuerno: debido a que no se unieron los Canales de Müller y no desapareció el Tabique.

II). *Utero Bicornio*: Se le llama así, por tener dos Cuernos con un Tabique Mediano, que puede llegar hasta la Vulva: aquí, los Canales de Müller se unieron un poco más; puede también subdividirse en, Bicervical o con Vagina Tabicada y el Bicornio Unicervical, con cuello Unico.

III). *Utero Unicornio*: En que tan solo se desarrolló un solo Canal de Müller.

IV). *Utero Tabicado*: Permanece el Tabique hasta el Cuello, por no haberse verificado la fusión en la parte inferior de los Canales de Müller, así se produce la aplasia Vaginal.

CONSIDERACIONES GENERALES

El Utero, es un órgano hueco, de paredes gruesas y contráctiles, destinado a servir de receptáculo al óvulo después de la fecundación y migración. Recibe el huevo al salir de la Trompa, lo retiene en su cavidad, durante toda su evolución y cuando ha llegado a su madurez, contribuye, con sus contracciones a expulsarlo al exterior. El Utero, se convierte así, en el órgano de la gestación y del parto.

Situación: Ocupa la parte media de la excavación pelviana o mejor dicho, el espacio comprendido entre el Resorvorio Urinario y el segmento terminal del Tubo Digestivo. Se halla por dentro de las Trompas de Falopio, de las que es continuación; por encima de la Vagina, con la que se continúa; por debajo del paquete intestinal, que resbala no sólo por su fondo sino también por la mayor parte de su superficie exterior.

FORMA GENERAL Y CONFIGURACION EXTERIOR

La forma del Utero, es la de un cono, aplanado de adelante atrás, cuya base mira hacia arriba y cuyo vértice truncado, se encaja más o menos en el orificio superior de la Vagina. Se le ha comparado a una calabacita, a una pera aplanada de adelante atrás, un reloj de arena. Una estrechez circular, situada algo por debajo de su parte media, ha

hecho que se divide el órgano en dos partes: una superior, voluminosa, el cuerpo; la otra inferior, más corta, menos ancha y casi cilíndrica, el cuello. La porción estrecha recibe el nombre de Itsmo.

ASPECTO DEL UTERO, EN LA MUJER NULIPARA

El cuerpo, generalmente triangular, ofrece dos caras: anterior y posterior, y tres bordes: uno superior y dos laterales.

I). *Cuerpo Uterino*: Su cara Anterior, ligeramente convexa, regular, cubierta en sus dos tercios superiores por el peritoneo, que le dá aspecto liso y unido, y en el tercio inferior por la vejiga. Su cara Posterior más abombada que la anterior, cubierta también por el Peritoneo en toda su extensión, ofrece en la línea media, una cresta roma. Es más marcada en jóvenes (Meckel) perceptible al tacto, es sin duda el vestigio de la fusión de los Conductos de Müller que dan origen al Utero. Su borde Superior o Fondo del Utero, está tendido entre los dos ángulos laterales. En la mujer nulípara es rectilíneo, en el sentido transversal o ligeramente arqueado. Es ligeramente cóncavo en el feto y en la niña. Los bordes laterales, gruesos, son ligeramente cóncavos de arriba a abajo, convexos de adelante atrás.

II). *Cuello Uterino*: Tiene la forma de un cilindro ligeramente hinchado en su parte media. La Vagina se inserta en el contorno del cuello, y, lo divide en varios segmentos. Esta inserción, se efectúa siguiendo una superficie de 6 a 8 milímetros de altura. La inserción de la Vagina permite dividir el cuello en tres segmentos: un Segmento Superior o extra vaginal, mide 15 a 20 milímetros de altura. Un Segmento Medio o Vaginal y un Segmento Intravaginal, constituye lo que se denomina el Hocico de Tenca. Tiene la forma de un cono de vértice truncado y redondeado; su anchura y espesor sensiblemente iguales miden 2 a 2,5 Cmts. Está circunscrito a su base por un fondo de saco circular, más profundo por detrás que por delante, cuyas diferentes porciones constituyen, los Fondos de Saco Anterior, Posterior y Laterales de la Vagina. Su vértice tiene un agujero redondeado generalmente de 4 a 7 milímetros de diámetro, que es el orificio inferior del cuello, conduce a la Cavidad Uterina; se divide en dos mitades o labios: uno anterior, que es más grueso y prominente que el posterior, en cambio es mucho más corto pues la Vagina se eleva menos por delante que por detrás.

Itsmo: En general está marcado por un surco visible por delante y a los lados, borrado por detrás. Sin embargo existe un Itsmo anatómico estructural, que no corresponde exactamente al surco que acabamos de indicar. Este límite histológico asienta más abajo; la mucosa es más adherente a la musculatura y también aparecen modificaciones glandulares.

ASPECTO DEL UTERO EN LA MUJER MULTIPARA

Las caras están abombadas; el fondo describe un arco cuya flecha mide 10 milímetros por encima del plano transversal que une el orificio interno de ambas trompas. Esta curva parece acentuarse en cada emba-

razo. Los Bordes Laterales son convexos. Todos los diámetros están aumentados. Pierde su forma de pera plana, para ser más globulosa. El Hocico de Tenca, toma una forma de maza. Pierde la consistencia firme, que le caracteriza en la mujer virgen, su superficie es menos regular y su prominencia en la Vagina menos considerable. El cuello se aplana de adelante, atrás. El orificio que ocupa el vértice, aumenta considerablemente, deja de ser circular y toma forma de hendidura transversal de 10 a 15 milímetros de anchura y las partes que lo circunscriben se llaman labios. Este orificio tiene en sus dos extremos surcos cicatrizados, restos de desgarros, durante el parto. Todos estos caracteres se exageran a medida que los embarazos se multiplican.

ASPECTO DEL UTERO DESPUES DE LA MENOPAUSIA

Después de la cesación de las reglas, el Hocico de Tenca se atrofia y se retrae. Su orificio es puntiforme y a veces incluso se oblitera.

Número: En la especie humana, único, medio, simétrico. A veces atacado de atrofia se reduce a proporciones minúsculas, e incluso no existe. No obstante esto es muy raro. Por el contrario se comprueba la existencia de varios casos de Utero doble.

DIMENSIONES EXTERIORES

Nulíparas: término medio, 6 a 7 Cmts. de longitud por 4 Cmts. de anchura. Múltiparas: 7 u 8 centímetros de longitud por 5 Cmts. de anchura. El espesor del Utero, en estado de vacuidad el órgano mide de 25 a 30 mlts.

Peso: El Utero, nulíparo pesa, por término medio 40 a 50 Gmos. En la mujer que ha tenido hijos es más pesado: su peso medio es de 60 a 70 Gmos. El peso específico del tejido Uterino es de 1.052.

Consistencia: Después de la muerte, el Utero adquiere una consistencia rígida, por el estado de rigidez cadavérica. En el estado de vida, sus paredes son bastantes blandas.

DIRECCION DEL UTERO, CONSIDERADO COMO ORGANO AISLADO

El Utero normal, se halla flexionado hacia adelante: está en antecurvatura. Dicha antecurvatura existe en el Embrión: los Conductos de Wolff y de Müller describen en esta época, un arco de concavidad anterior (Boullard y Nagel). La exageración de la curvatura constituye la anteflexión. Según que el ángulo formado por el cuerpo y el cuello se abra hacia atrás o hacia afuera, se habla de retroflexión o lateroflexión.

SITUACION Y DIRECCION DEL UTERO EN RELACION CON LA PELVIS

Según Rieffel, esta posición se define: "mujer viva, virgen o nulípara, de pie, vejiga y recto en estado de vacuidad". En estas condiciones el Utero está en anteversión, de modo que el fondo Uterino mira hacia arriba y adelante y se hecha sobre el fondo de la Vejiga en la

dirección de la Sífnisis Púbrica. El Utero, en la mujer de pie, está, pues, en antecurvatura y en Anteflexión. Su dirección es mucho más próxima a la horizontal que a la vertical. Es la que se denomina también posición primaria del Utero.

MEDIOS DE FIJACION DEL UTERO

Se pueden clasificar en tres grupos:

I) Los ligamentos del Utero, que son, en número de seis, dispuestos simétricamente: dos laterales, los ligamentos anchos; dos anteriores, los Ligamentos Redondos, dos posteriores, Utero-Sacros; además las conexiones del Utero con el Peritoneo.

II) El sistema de fijación del Cuello y de la Cúpula Vaginal a las paredes pélvicas (condensación del tejido celular pelvisubperitoneal); un sistema transversal, situado en la base del Ligamento Ancho, que es el Parametrio de Virchow, el Ligamento Transverso de Mackenroth. Un Sistema Longitudinal antero-posterior, que constituye las aponeurosis Sacrorectogenitales de P. Delbet, continuadas por las láminas Pubovesicouterinas, que vienen a formar los Ligamentos Vesico-Uterinos y los Ligamentos Pubovesicales. La Vaina Hipogástrica.

III) El Sistema de Sostén, formado por el Elevador y los músculos del Perineo; Transverso Superficial, Isquio Cavernoso, Bulbo Cavernoso, el Exfinter Externo del Ano. Inmediatamente por debajo de la Aponeurosis Superficial, se encuentra el Tejido Celular Subcutáneo y luego la Piel.

CONSTITUCION ANATOMICA

Se compone de tres túnicas superpuestas, que de fuera a adentro son: Túnica Serosa, Túnica Muscular y una Túnica Mucosa.

TUNICA SEROSA

La túnica serosa es una dependencia del Peritoneo Pélvico. Después de haber cubierto la cara posterior de la vejiga, el peritoneo se dirige al útero, al que encuentra ordinariamente por su istmo, algunas veces 2 o 3 milímetros más arriba o más abajo. Se extiende entonces de abajo arriba por la cara anterior del útero y la cubre en toda su extensión. Al pasar de la vejiga al útero la serosa forma un primer fondo de saco, el fondo de saco anterior o véscouterino.

Llegado al fondo del Utero, el peritoneo lo rodea de delante atrás y descende por su cara posterior hasta la inserción de la vagina. Incluso se prolonga sobre este conducto en una extensión de 15 a 20 milímetros y, finalmente, se refleja sobre el recto, constituyendo un segundo fondo de saco mucho más profundo que el precedente, el fondo de saco posterior o rectovaginal; se le designa también con el nombre de saco de Douglas. Algo por debajo de la parte más declive de este fondo de saco,

el peritoneo encuentra los dos fascículos de fibras lisas que constituyen los ligamentos úterosacos; cubre sucesivamente su cara superior, su borde interno y su cara inferior, y forma así a la derecha y a la izquierda, entre el cuello uterino y las partes laterales del recto, los dos pequeños repliegues falciformes, llamados repliegues de Douglas.

En los bordes laterales del útero, la hoja peritoneal que cubre la cara anterior de este órgano y la que tapiza su cara posterior, se adosan una a otra, y las dos así fusionadas se dirigen transversalmente hacia fuera, constituyendo los dos vastos repliegues que son los ligamentos anchos. Algunas partes del órgano no están cubiertas de esta membrana serosa, como son las porciones laterales del cuerpo, y las caras anterior y laterales del cuello (Crossen y Crossen).

TUNICA MUSCULAR

Está representada por fibras musculares lisas. Fibrocélulas Contráctiles, rodeadas por una armazón conjuntiva y elástica. Se distinguen tres capas de fibras musculares superpuestas: a) Externa: b) Media: c) Interna.

a) *Capa externa.* Está formada esencialmente de dos planos musculares, primero, uno superficial, Subseroso, de fibras longitudinales; segundo, uno profundo, de fibras transversas. Las fibras longitudinales se reúnen en bandas, en haces, que naciendo hacia atrás, en la unión del Cuerpo, ascienden por la cara posterior del Cuerpo del Utero, franquean el fondo del mismo y descienden por la cara anterior y parte Supra-Vaginal del Cuello. Estas fibras llegan a la Vagina a nivel de su inserción en el cuello Uterino y se continúan con los elementos musculares de la Vagina. En la línea media las fibras longitudinales forman un haz largo y grueso (Haz Falciforme de Calza), recurvado en Asa en el fondo del Utero, y descendiendo por las caras Anterior y Posterior del cuerpo del mismo. Este fascículo se reforza por fibras transversales, de los que un cierto número, afecta la posición en Z., alcanzando el Haz Ansiforme en un punto y abandonándole tras un trayecto dado, para ir al lado contrario. Las fibras transversales forman un revestimiento completo al Utero, hasta su inserción Vaginal en el Cuello, en que se detiene. Estas fibras se prolongan en los Ligamentos Uterinos: (Ligamentos Anchos, Ligamentos Redondos, Ligamentos Ováricos, Ligamentos Utero-Sacos, Vesico-Uterinos), y en las Trompas. Dan la vuelta completa al órgano, y en los bordes de éste, se separan para dejar entrada a los vasos. En el fondo Uterino forman grandes arcos que unen las dos astas del Utero.

b) *Capa Media:* Aquí las fibras musculares se reúnen en haces, en bandas, que se entrecruzan en todas direcciones. Unos de estos haces se dirigen horizontalmente, otros verticalmente o de un modo oblicuo, y cortándose en ángulos diversos, limitan espacios anulares o medios anulares. Una serie de estos anillos forman un conducto. Los grandes vasos del Utero pasan por estos anillos y conductos musculares. Las arterias conservan una relativa independencia; están separadas de las

fibras musculares por una vaina celulosa. Por el contrario, las venas, (Senos Venosos), reducidos a su túnica interna, están adheridas al anillo muscular, el cual completa de este modo la pared venosa, a la que suministra un poderoso elemento contráctil. Al corte la capa media presenta aspecto aereolar, plexiforme. La abundancia y el volúmen de los vasos que la atraviesan y el papel que desempeñan durante el alumbramiento, produciendo la Hemostasia por el cierre de los anillos musculares sobre los vasos que la atraviesan (Ligaduras vivientes de Pinard), hacen que se les dé el nombre de capa vascular.

c) *Capa Interna*: Esencialmente compuesta de fibras transversales, ó, más bien circulares, reforzadas por longitudinales. Las fibras transversales o circulares constituyen la mayor parte de la capa muscular interna. Se trata de anillos musculares que rodean todo el útero en distintos pisos, por toda su altura y llegan por abajo hasta el cuello. A nivel de los orificios uterinos estos anillos engruesan y se hacen verdaderos esfínteres, o sea en el contorno del orificio interno del cuello y en las entradas de las trompas.

En éstas últimas, las fibras musculares forman grandes anillos concéntricos (Músculos Orbiculares de las Trompas). Las fibras longitudinales, colocadas directamente bajo la mucosa uterina, refuerzan a aquellas fibras circulares. Se trata: primero, de unas fibras arciformes que doblan la bóveda del útero extendiéndose por las caras anterior y posterior. Segundo, un fascículo triangular, que ocupa la línea media en la cara anterior del útero; cuya punta está dirigida hacia el cuerno y la base hacia el fondo. Los ángulos superiores de este triángulo se prolongan hacia los orificios tubáricos. En la cara posterior existe un fascículo análogo. A estos dos fascículos unidos se les dá el nombre de Músculo Cuadrigéminos de Sue.

MUCOSA UTERINA

a) Estructura: Esta mucosa es lisa y presenta orificios puntiformes que pertenecen a las glándulas. Es delgada 1 milímetro, y friable; tiene un color gris sonrosado. Está constituida por:

I) Un epitelio de revestimiento, consistente en una sola capa de células cilíndricas, con pestañas vibrátiles de 25 a 30 micras de altura.

II) Un Córion, formado casi únicamente por elementos celulares: Células Redondeadas (Leucocitos), Células Fijas del Tejido Conjuntivo, Capa compacta o estrellada y Fusiforme en la profundidad (Capa Esponjosa). Las fibras conjuntivas escasean.

III) Glándulas en forma de tubos perpendiculares a la superficie del Endometrio, de una longitud de 2 a 3 Mts, que se bifurca rara vez y descansan por su fondo sobre la Túnica Muscular del Utero. Están tapizadas por un Epitelio Cilíndrico con pestañas vibrátiles.

Durante la gestación poco se modifica la mucosa del cuello: se engrosa y vasculariza. No se hace caduca la mucosa del cuello, no se desprende por tanto, en el momento del parto. Las Células Caliciformes de esa mucosa segregan un mucus en exceso, que acumulándose en la cavidad cervical, forman el tapón gelatinoso del embarazo.

Vasos y Nervios: Las arterias forman en la mucosa, dos redes capilares: una profunda, submucosa; otra, superficial sub-epitelial, muy desarrollada y de mallas muy estrechas. Los vasos de estas dos redes desembocan su corriente en venas voluminosas perpendiculares a la superficie del Endometrio.

IRRIGACION SANGUINEA DEL UTERO

Tiene que ser muy copiosa para hacer posibles las inmensas transformaciones que se efectúan en el órgano durante el embarazo. Los vasos sanguíneos en dicho período experimentan hipertrofia y probablemente hiperplasia. Las arterias del órgano provienen principalmente de la Arteria Uterina, rama de la Hipogástrica (Arteria Ilíaca Interna, de la antigua terminología), de la Arteria Ovárica (o Espermiática), que es una rama de la Aorta Abdominal, y de la Arteria Funicular, que es una rama muy pequeña de la Vesical Superior, que asciende al Ligamento Redondo y se une con la Arteria Ovárica, en el fondo Uterino. La Arteria Uterina que penetra en el Utero por su porción lateral, a la altura del cuello, dá varias ramas grandes que descienden por la Vagina (Arterias Cérvico-Vaginales); su tronco principal asciende en el Ligamento ancho inmediatamente junto al lado del útero. A la altura del orificio interno empieza a ramificarse, y sus ramas atraviesan por entre el tejido uterino y hacen anastomosis con las del otro lado; su tronco que se designa a veces, con el nombre de Arteria Puerperal, continúa ascendiendo y ramificándose en todo su curso, hasta unirse con la Arteria Ovárica. Estos vasos son sumamente tortuosos aún en sus ramas más pequeñas y forman abundantes anastomosis.

Las venas están mucho más desarrolladas que las arterias, y, en general siguen el curso de éstas. Penetran en todas las capas del útero, especialmente en la capa media, forman numerosas anastomosis y desembocan en los Plexos venosos situados a los lados del útero, en los ligamentos ováricos y anchos. Los vasos del Plexo del Ligamento Ovárico desembocan en la vena renal o la vena cava, y el Plexo de los Ligamentos Anchos desagua en la Vena Hipogástrica y de ahí en la Vena Ilíaca Interna. Las Venas Uterinas no tienen Válvulas.

Nota: Tanto las Arterias, como las Venas, en particular estas últimas, experimentan interesantes transformaciones microscópicas en la pared uterina, pierden su túnica externa y se van a colocar sobre los haces musculares, teniendo tan solo Túnica Intima, o si acaso muy poca Túnica Media, en la cual, de verdad forman grandes espacios o Senos Sanguíneos. De esta suerte el Utero, es al parecer parte del sistema vascular y, en efecto obedece los impulsos vasomotores, como por Ejemplo: la acción de la Ergotina y la Pituitrina, así como el efecto de los choques nerviosos.

VASOS LINFATICOS DEL UTERO

Se agrandan y multiplican en el curso de la gravidez de manera que el órgano, al final de ésta, posee abundantísima red linfática. Empezan dichos vasos como grandes espacios situados debajo del Endometrio y de la Túnica Serosa y siguen el curso de los manojos musculares y vasos sanguíneos; forman numerosísimas anastomosis debajo de la capa serosa; se comunican por Estomas con la Cavidad Peritoneal, y desaguan en los vasos Linfáticos del Ligamento Ancho. Los del Cuerpo Uterino desembocan en los Ganglios Linfáticos Lumbares; los del Cuello, en los Pélvicos; los que acompañan a los Ligamentos Redondos descargan su linfa en el grupo superior de Ganglios Inguinales Profundos; los de la porción inferior de la Vagina y la Vulva, van a desembocar a los Ganglios Linfáticos Inguinales Superficiales y Profundos, y por mediación de ellos, en las Linfo Glándulas, situadas al rededor de las Arterias Iliacas Externas. Son dignos de notar el gran tamaño y la multitud de vasos linfáticos que hay en el útero y al rededor del mismo, así, como en el curso que siguen, ya que todo ello es de mucha importancia al estudiar la fiebre puerperal.

INERVACION DEL UTERO

Proviene de los Sistemas Nerviosos Simpático y Cerebro Espinal. Las fibras motrices se derivan del primero y tienen su origen en el Plexo Aórtico; están reforzadas por fibras provenientes de los Plexos Celíaco (Solar), Renal, y de los Ganglios Genitales, todos ellos forman un gran Plexo arriba del promontorio del Sacro, cerca de la bifurcación de la Aorta, que recibe el nombre de Gran Plexo Uterino. Desde ahí, prosiguen las fibras nerviosas en ambos lados del Recto, por entre los Plexos Hipogástricos (los Nervios Pre-Sacos), hasta las porciones laterales del Utero, pero principalmente hasta el Gran Ganglio Cervical, desde donde penetran en la Matriz. Las fibras del Sistema Nervioso Central, provenientes de los Nervios Vagos; (Neumogástricos), Frénicos y Espláncnicos, siguen el mismo curso. La íntima relación nerviosa que hay entre el Utero, el Estómago y el Corazón bien puede explicar las manifestaciones reflejas que se observan en dichos órganos; el que las emociones súbitas acrecienten o paralícen las contracciones uterinas, pone de manifiesto la vinculación que hay entre el Utero y el Cerebro. Sin embargo, tal efecto bien puede ser hormonal.

El Utero, también recibe fibras nerviosas del Sistema Autóno Lumbosacro, por medio del nervio Pélvico (Segundo, Tercero y Cuarto Sacros), que vá a los Ganglios Utero-Cervicales.

Las fibras sensorias, provienen de la Médula Espinal, por medio de los Nervios Sacros, y se distribuyen también por Conducto del Gran Ganglio Cervical. Esto, se comprueba por los partos indolores de las mujeres parapléjicas, así como por la circunstancia de que la inyección intrarraquídea de Novocaína hace indoloro el parto con la cual se anestesia la región inervada por la Cola de Caballo. El Gran Ganglio Cervical (Frankenhauser), es un conglomerado triangular de células

ganglionares y de fibras nerviosas, situadas detrás y a un lado del cuello y de la porción superior de la Vagina, poco más o menos de 1,25 Cmts. de ancho por 2 Cmts. de largo. En el curso de la gravidez llega a alcanzar 5 Cmts. de longitud por 3,75 Cmts. de altura. Son menos conocidos los Centros Nerviosos Superiores. Hay Centros Nerviosos Independientes en el Utero, ya que este órgano y pequeños cortes del mismo actúan aún cuando sean extirpados; quizá haya fascículos nerviosos y musculares semejantes a los del Corazón; se tienen noticias de algunos partos normales, y aún precipitados en mujeres parapléjicas. (Elkin). El Plexo Hipogástrico Superior (Nervio-Pre-Sacro), se supone, este centro nervioso local o sea el Gran Ganglio Cervical, pero hay células ganglionares en el músculo uterino y en los Tejidos Sub-Serosos, que de cuando en cuando forman pequeños plexos al rededor de los vasos sanguíneos (Bar Davis).

CAPITULO II

FISIOPATOLOGIA

ETIOLOGIA DE LA CONTRACCION UTERINA

La contracción Uterina es el resultado de un proceso de fosforilización y desfosforilización regido por el sistema adenílico y en el que se obtiene un elevado valor energético que Lipmann representa por unidades μ ph, equivalentes a 10.000 calorías por molécula desintegrada. De las tres moléculas fosfóricas del ácido adenosínfosfórico, las dos primeras, al desdoblarse, tienen este poder. No así, la tercera que es anergética.

FISIOLOGIA DE LA CONTRACCION UTERINA EN EL EMBARAZO

Recordemos que las principales propiedades de las fibras muscular Uterina son:

a) Excitabilidad, o capacidad de la fibra muscular Uterina, de poder ser excitada.

b) Sensibilidad, o capacidad de sentir la acción de un estímulo.

c) Irritabilidad, o capacidad de percibir la acción de un excitante.

d) Contractilidad, o capacidad de reacción de la fibra muscular uterina ante un estímulo.

e) Elasticidad, o capacidad de recobrar su forma al cesar la causa que la obliga a vaciarla.

f) Extensibilidad o distensibilidad, o capacidad de poder separar sus polos, o sea su longitud, hasta ciertos límites, sin variar de calidad celular.

g) Deformabilidad, o capacidad de variar su forma sin perder sus características celulares.

Nota: μ ph, representa una unión fosfatada de alto valor energético según la terminología de Lipmann equivalentes a 10.000 calorías por molécula desintegrada.

La contractilidad, que en los primeros meses del embarazo, se creía casi nula, aparece mucho más importante después de los estudios de Hermógenes Alvarez y Roberto Caldeyro Barcia quienes con una técnica de su invención que denominan histeromiografía interna, intraovular, transparietoabdominal, demuestran la existencia, a partir del segundo mes, de contracciones rítmicas, indoloras, poco intensas y de unos cinco segundos de duración no perceptibles ni clínicamente ni por la enferma. La finalidad de estas contracciones sería la de actuar como corazón periférico reenviando al torrente circulatorio, por el sistema Cava Inferior, la sangre de la placenta materna y de toda la pared Uterina.

Intercaladas entre éstas, existen otras contracciones de mayor potencia y de mucho mayor duración, esporádicas, arritmicas, perceptibles e indoloras, o sea las contracciones de Braxton-Hicks.

Reynolds, admite tres clases de contracciones: a) Contracciones Rítmicas de preponderancia Fúndica. Se inician en la inserción anexial, y son más fuertes y más prolongadas en el fondo Uterino; menos intensas y más breves en el cuerpo del Utero, y sin influencia alguna sobre el segmento inferior y sobre el cuello. b) Contracciones Rítmicas sin dominio Fúndico. Afectan al Utero entero, incluyendo el segmento inferior, pero sin acción sobre el cérvix. c) Contracciones Arritmicas, son débiles e ineficaces y se originan en distintos puntos de la musculatura uterina.

ESTADO DE TONO DEL MUSCULO UTERINO

Lo podemos definir como el estado óptimo del músculo Uterino sano en que con mínimo gasto energético posee máxima capacidad de reacción frente a estímulos normales. Es de advertir, que el estado de tono está determinado por la tensión intracelular de cada una de las fibras uterinas.

Influyen sobre el tono a) La temperatura: el frío, aumenta el tono y el calor lo disminuye. b) el ph: la acidez produce relajación muscular y la alcalinidad aumento de tono. c) El equilibrio iónico: el aumento de la concentración salina produce disminución de tono y la disminución de salinidad aumento; El calcio lo disminuye y el Potasio lo aumenta. d) La acción Hormonal: la estrona aumenta el tono y disminuye la amplitud de contracción, y la progesterona lo disminuye y aumenta la amplitud. e) Las variaciones de volúmen de su contenido; el útero grávido se adapta, hasta cierto límite, a dichas variaciones, pasadas las cuales se comportan como una bolsa elástica. Hacemos notar, que la fibra muscular uterina, en estado biológico activo, no está nunca, completamente relajada. La fibra tiene dos estados normales; el de contracción y el de tono o reposo.

La relajación, es la forma de defensa que tiene el músculo cansado para conservar su fisiología ante los nuevos estímulos que podrían llevarlo al estado de contractura o muerte biológica de la fibra muscular. Según sea el estado en que se encuentre la fibra uterina en el momento

de percibir el estímulo, será diferente su capacidad reaccional, que también variará según sea la cantidad y la calidad del estímulo.

Los estímulos capaces de actuar sobre la fibra uterina han sido clasificados por Velázquez en:

A) Acciones irritativas sobre la mucosa; mecánicas, tóxicas, químicas e inflamatorias.

B) Factores que actúan sobre la misma fibra lisa: Temperatura, Oxitócicos, Histamina, etc.

C) Estímulos Colinérgicos desencadenados por sustancias parasimpáticomiméticas a través de los centros diencefálicos y periféricos.

D) Parálisis del sistema adrenérgico por predominio colinérgico.

E) Disregulación o trastorno del metabolismo muscular de la fibra uterina.

Anotamos que estos estímulos pueden ser contrarrestados por sustancias antagonistas que actúen: a) por neutralización; b) por competición protectora; c) por competición destructora.

ANORMALIDADES DE LA ACCION UTERINA

Las contracciones uterinas pueden ser demasiado fuertes o demasiado débiles, excesivamente frecuentes, o demasiado distanciadas e irregulares en tiempo y carácter, en extremo dolorosas, o, raras veces, indoloras. Aún dentro de los límites normales se notan muchas variaciones en lo tocante a tiempo, ritmo e intensidad, de las contracciones uterinas en las diversas mujeres.

P. Nubiola, resume las anomalías de contracción en:

Inercia Uterina Primitiva.

Inercia Uterina Secundaria.

Parto Enojoso (Tedious labour).

Inercia Uterina Relativa.

Debemos entender que la inercia primaria, es siempre secundaria a una fatiga que por las circunstancias del órgano o de la paciente se ha establecido desde que se inició el esfuerzo contráctil. La verdadera inercia primaria sería aquella en que, llegada la época del parto, éste no comenzare.

La Inercia Secundaria o fatiga muscular, después de un parto laborioso, en que el útero se ha cansado para conseguir el encajamiento de la presentación. Se diagnostica por la ausencia de contracciones.

PARTO PROLONGADO

Es aquel en que la evolución del parto es por completo fisiológica, pero extremadamente lenta. Todos los fenómenos del parto se producen ordenadamente, pero en un espacio de tiempo superior al corriente.

La Atonía Primitiva, en el primer período del parto, hace que éste se prolongue indebidamente, que los dolores tengan poca intensidad, duren solo unos cuantos segundos y se presenten con intervalos largos y regulares. Algunas veces cesan del todo varias horas o días, lo cual induce a pensar en un falso trabajo.

En el segundo período del parto, los dolores uterinos débiles, son a causa de que la acción abdominal sea débil, debido a que la parte que se presenta no es empujada sobre el peritoneo con bastante fuerza para provocar la contracción de los músculos abdominales. De resultas de ello se vuelve lenta o se detiene la expulsión no sin peligro de que la parturienta padezca necrosis por presión en las vísceras pélvicas, que con el decurso del tiempo pueden dar lugar a que se formen fistulas; además del riesgo, que corre el feto a asfixiarse en el útero.

En el tercer período, son de graves consecuencias la lentitud, poca intensidad o escasa duración de las contracciones uterinas, ya que acarrearán la incompleta separación de la placenta, la retención de las membranas y hemorragia a causa de la insuficiente oclusión de los vasos sanguíneos en el sitio placentario.

CONTRACCIONES SUBINTRANTES O DE EFECTO INUTIL

La repetición de estímulos sobre una fibra muscular que no puede hacer trabajo útil por desproporción pelvifetal relativa u otra causa cualquiera, hace que en plena contracción uterina empiece otra nueva contracción hasta conseguir borrar el tiempo de pausa. Al cesar la causa que impide el progreso del parto, cede el cuadro; en caso contrario, se produce el tétanos incompleto o el tétanos completo, que fisiológicamente aboca a la inercia secundaria y patológicamente a la contractura y a la ruptura uterina, previa la formación de anillos espasmódicos o de contracción.

FALSO TRABAJO

Son las contracciones del útero que se presentan al final del embarazo, coincidiendo con la época del período menstrual. Son contracciones irregulares en intensidad y frecuencia y no producen progresión de la presentación, ni modificación de las partes blandas. Tampoco se modifican con los Ocitócicos y ceden a la acción de los antiespasmódicos.

CAUSAS QUE PERTURBAN LA CONTRACCION UTERINA

Las contracciones uterinas débiles, pueden ser motivadas por menoscabo de la salud general de la embarazada y por enfermedades crónicas agotantes, pero, de ordinario, no padecen mengua las contracciones uterinas, en las enfermedades agudas. Puede estar perturbado el mecanismo nervioso y haber defectuosa inervación del músculo uterino, o puede haber trastornos del sistema endocrino: puede ser que un choque nervioso inhiba las contracciones, o que el temor a alguna operación quirúrgica las acelere. En las mujeres Hiperestésicas el sufrimiento obra a veces como inhibidor de la acción Uterina, y contrariamente a lo que sería de esperar la morfina intensifica los dolores cuando son poco dolorosos.

Son causas locales: Infantilismo de la Matriz, Fibromas y otros Neoplasmas del Utero o sus cercanías; adherencias peritoneales que perturban la acción muscular; repleción del recto y de la vejiga, que produce el mismo efecto que las anteriores; posiciones anormales de la matriz, anteversión (Abdómen Péndulo); alguna afección de la pared Uterina; cicatrices de previas operaciones; metritis crónica con aumento de tejido fibroso y disminución del muscular; partos excesivamente frecuentes, con sobredistensión; anormalidades del cuello uterino; primiparidad en mujeres entradas en años; estados morbosos del huevo que distiende excesivamente el útero, como Polihidramnios, con embarazo gemelar; fisómetra; posiciones anormales del feto; presentación de nalgas, de hombros, de cara, occipitoposterior, que impide que la parte que se presenta haga presión sobre el Gran Ganglio Cervical; estrechez general de la pelvis; adherencias de las membranas al rededor del Orificio Uterino Interno, que dá origen a que la bolsa de las aguas sea disforme.

Es de anotar que el peligro depende a gran manera de la causa de la Atonía; los casos peores son aquellos en que hay Atonía Secundaria y hay a su vez desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis, pues los tejidos situados debajo de la zona de compresión se vuelven edematosos y a veces infiltrados de sangre a consecuencia de la ruptura de los vasos de irrigación.

CAPITULO III

RUPTURA DEL UTERO

Generalidades: La ruptura uterina es un accidente que puede sobrevenir durante el embarazo y en el curso del parto, de máxima gravedad, ya que la experiencia demuestra que en la ruptura uterina, refiriéndonos desde luego a la típica o completa, es practicamente inevitable la muerte de la madre y la del nuevo ser, de no mediar una intervención inteligente, que por fuerza deberá ser pronta y oportuna.

La gravedad de la ruptura uterina, se debe a dos hechos: a), el gran desarrollo vascular que posee el Utero de término; y, b), la receptividad extraordinaria y la poca capacidad defensiva del peritoneo ante cualquier agresión bacteriana.

Por esto (Nubiola y Zárate), consideran que las dos causas de muerte materna en la Ruptura del Utero son: la Hemorragia y la Infección. La muerte del feto, casi siempre segura, depende de la retracción uterina y consiguiente desprendimiento placentario, e incluso expulsión de la torta placentaria junto con el feto a la cavidad abdominal.

CLASIFICACION

RUPTURA UTERINA EN EL CURSO DEL EMBARAZO

Es un accidente bastante raro. Las podemos clasificar, como en el parto, en Espontáneas y Traumáticas, y conviene subdividir, el segundo grupo en dos subgrupos: las que resultan del traumatismo directo del Utero y las que sobrevienen del traumatismo indirecto, que son: caídas o esfuerzos de cualquier índole.

I).—La Ruptura Espontánea Simple, puede ocurrir al ceder la cicatriz, de alguna operación cesárea previa (esto es, muy frecuente hoy día), o, de ruptura de una lesión, o con motivo de alguna operación Ginecológica efectuada con anterioridad (Extirpación de Fibromas, Legrado Uterino, etc.). Sucede también de resultas del adelgazamiento de la pared uterina como consecuencia de la separación manual de la placenta, particularmente cuando se ha hecho en caso de placenta acreta.

Hay observaciones modernas de ruptura en el Segundo (Voigt); Quinto (Lankowits); y Séptimo (Schenone) mes del embarazo. En cada uno de estos casos, se hace constar que años atrás, entre tres y cinco, se había practicado un raspado, y, además en el primero en el curso del

raspado, se había perforado el Utero, y la zona de inserción placentaria del embarazo actual comprendía la cicatriz de la antigua perforación que ocasionó, tan precoz ruptura uterina (II mes), y en la que todavía estaba el epiplón fuertemente adherido.

También puede haber ruptura espontánea, en la Hipoplasia del Utero, en las deformidades congénitas de la matriz, como, por Ejemplo; en el caso de Utero Unicorno o Bicornio; de estados morbosos de la pared uterina; entre otros, el Carcinoma en Uteros distendidos por Mole Hidatiforme, la Degeneración Adiposa y Hialina, la Infección Previa en casos de trofoblasto penetrante o invasivo, en el desprendimiento prematuro de la placenta (al romperse la matriz en el sitio del Hematoma Placentario; en la desviación y la Adherencia del Utero; en resumen: de resultas de los mismos factores que predisponen a la ruptura en el parto. Con todo, se hace notar una gran diferencia: en el parto, por lo común, se desgarran el Segmento Uterino Inferior y, en cambio, en el embarazo suele desgarrarse el Cuerpo Uterino.

Son ejemplos, de traumatismos directos que dan origen a la Ruptura: la perforación de la Matriz con sondas, con la cucharilla o con otros instrumentos empleados en operaciones o con propósitos de producir el aborto, así como también la perforación ocasionada por proyectil de arma de fuego, por el asta de un toro, etc. Un traumatismo indirecto puede ser la causa, pero con frecuencia hay algún estado morboso pre-existente, dado que el órgano normal puede sobrellevar considerable violencia sin padecer lesión alguna.

CURSO CLINICO

Baisch, halló 31 casos de ruptura en los cinco primeros meses del embarazo, y en todos ellos, había algún estado patológico de la pared uterina; en las rupturas más tardías, por lo común, se halló tejido cicatricial. Los síntomas son semejantes a los de la Ruptura de la Gestación Extra-Uterina; de ordinario hay dolor en el abdomen y puede haber comienzo de dolores de parto, cuando es incompleta la desgarradura; estas contracciones uterinas completan el desgarro y expulsan del útero al feto después de lo cual se mitigan. Cuando comienza la peritonitis, empieza de nuevo el dolor, pero la paciente suele quejarse de sensación dolorosa desde el principio; por lo común hay vómitos, hipo, y otros signos de irritación peritoneal, así como signos de hemorragia interna.

En los casos de Davis, Leopold y Henrotin, continuó la gestación con el feto entre los intestinos y el cordón umbilical salido por la desgarradura uterina, pero estos casos son excepcionales; de ordinario, muere el feto, sobreviene la infección y fallece de peritonitis la paciente. Es posible que se forme un litopedion. La hemorragia puede ser interna o externa o ambas a la vez. Algunas veces el feto sirve de tapón a la desgarradura y no hay hemorragia. Se hace diagnóstico por Laparatomía. Son raros los Hematomas, dado que las desgarraduras se efectúan casi siempre en el cuerpo uterino; la ruptura puede ocurrir en la pared anterior o posterior, y también, pero rara vez en la porción inferior del

Utero. Es posible que mientras las contracciones uterinas están expulsando el feto por la desgarradura de la matriz, se forma en el orificio interno la bolsa de las aguas, o que sea expulsada la criatura por las vías naturales antes de que se complete la desgarradura del Cuerpo Uterino.

RUPTURA DEL UTERO EN EL PARTO

Etiología: Las Rupturas Uterinas se dividen en dos clases: Espontáneas y Traumáticas o Violentas. Las primeras son las que resultan de fuerzas naturales o de alteraciones morbosas del miometrio, las cuales hacen posible que los procesos normales del parto o de la gestación ocasionen su ruptura. Las Rupturas Traumáticas o por medio de la violencia son causadas por lesiones que producen las manipulaciones manuales o instrumentales o agentes externos. A menudo, en el curso del parto se adelgaza tanto el Miometrio, que se desgarrar por efecto de un traumatismo ligero. A su vez podemos dividir las causas de la ruptura, en: Predisponentes y Determinantes.

I). *Predisponentes:* Son aquellas que debilitan la pared uterina, como la necrosis por presión, de resultados del parto prolongado; las cicatrices de operaciones previas (Cesáreas, legrados uterinos); cicatrices de rupturas previas, de estados infecciosos puerperales; Utero adherente, distensión excesiva de alguna porción de la matriz; falta congénita desarrollo de uterino; gestación en uno de los Cuernos; embarazo intersticial; penetración de la placenta en la musculatura Uterina, particularmente si dicho órgano acierta a estar situado sobre alguna porción adelgazada o enferma del Utero; placenta previa, edema del segmento Uterino Inferior de resultados del parto prolongado; polihidramnios.

El segundo grupo de causas predisponentes, por distensión comprende todos los factores mecánicos que impiden el avance del feto en el conducto del parto, tales como estrecheces pélvicas de cualquier clase; el excesivo crecimiento del feto; las deformidades fetales que aumentan su tamaño, en especial la hidrocefalia, las presentaciones defectuosas, (de hombro, de Cara, y Ceja, los asinclitismos;) la falta de rotación de la presentación, la obstrucción causada por tejidos blandos, como tumores que obstruyen la pelvis, la atresia cervical o vaginal, la rigidez del cuello y perine, el encarcelamiento del cuello entre la presentación y la pelvis. El abdomen péndulo, en virtud del estiramiento de la pared Utero Vaginal Posterior, es circunstancia propicia para la ruptura por mala orientación de la fuerza que en tal caso se conoce con el nombre de Colporrexis. Cuando las fuerzas naturales del parto no logran con esfuerzo moderado vencer la obstrucción, sobreviene la ruptura en el sitio de menor resistencia, que suele ser la porción más distendida de la pared Uterina.

RUPTURA UTERINA POR HIPERDISTENSION

Las causas más frecuentes de ruptura por hiperdistensión son: la Estrechez Pélvica y la ruptura por Presentación Transversa. Según

Bandl "las contracciones Uterinas promueven la expulsión del feto hacia el exterior y cuando no hay paso franco, lo expulsan al interior de la cavidad abdominal, previa ruptura del Utero. Esta, no se fragua en cualquier zona del Utero sino sistemáticamente en el Segmento inferior. Recordemos que se trata tan solo de una formación dinámica, estudiada por el mismo Bandl, originada como establecieron ulteriores observaciones, por elementos histológicos que no son del cuerpo ni del cuello Uterinos, sino de la región del Itsmo.

El utero grávido está dividido en tres partes, de muy distinta fisiología: la superior, espesa y contráctil, es el cuerpo propiamente dicho; una zona intermedia delgada y cuyas fibras distienden y algunas se contraen también, es el llamado Segmento Inferior; y finalmente el Cuello. El segmento inferior va formándose, ya desde el 6º. mes, el cuello, en cambio, por su misión protectora del huevo, no empieza a borrarse y a dilatarse hasta el mismo momento del parto.

Esta dilatación, se hace por la tracción excéntrica que sobre el cuello realiza la zona contráctil por intermedio del segmento inferior.

(Nubiola-Zárate) comparan este mecanismo al que se utilizaría para ponernos un pantalón de tejido elástico (Utero), con un manguito inferior estrecho como para adaptarse al tobillo (Cuello); los puños acidos la pantalón representan la parte motora del Utero, la zona contráctil, que progresando cada vez más hacia abajo, lograría la dilatación del manguito para pasar el pie gracias a una gran distensión y adelgazamiento del Segmento Inferior. Esto ocurre con el Utero que, al contraerse en su Zona Musculosa, tira del Segmento Inferior y asimila sus elementos desmoideos; el cuerpo uterino se vá engrosando, hasta adquirir a veces un espesor de más de 4 Cmts., mientras el Segmento inferior, reducido a pocos mlts-, va adelgazándose cada vez más para lograr así la dilatación del cuello. El límite entre la zona contráctil y el segmento inferior es brusco, y consiste en un rodete carnososo, el Anillo de Bandl.

En todo parto fisiológico puede observarse cómo el Anillo de Bandl asciende a cada contracción uno o dos traveces de dedo por encima del púbis para volver a su anterior situación, que es el plano del Estrecho Superior y, por lo tanto al borde del púbis, una vez pasada aquella. Por el contrario, en la inminencia de ruptura, el cuerpo o motor del útero vá replegándose encima del polo superior del feto, para empujarle con más energía, tratando de alojarlo en la cavidad del segmento que vá adelgazándose: el Anillo de contracción asciende hasta por encima del ombligo y aún se hace oblicuo.

Ahora bién, la Ruptura típica de BANDL, la más frecuente, a diferencia de otras que veremos se hace en el segmento inferior, y en ella interviene otro factor: el pinzamiento del cuello entre la cabeza fetal y el cinturón óseo de la pélvis, especialmente si es estrecha se edematiza en todo su contorno, o lo que es más frecuente, solo en una parte y esto junto con la Látero-Versión fisiológica del Utero grávido, hacia la derecha, produce la oblicuidad del Anillo de Bandl y fijo el cuello y sometido a tracción constante el segmento se produce la ruptura.

Como se comprende, las estrecheces pélvicas, que dan más contingente de ruptura uterina son las medianas, entre 7 y 9 de Conjugado Verdadero. El mecanismo que acabamos de analizar puede aplicarse al de Ruptura Uterina por "Rigidez del Cuello", consecutiva a cauterizaciones y con más frecuencia a la consecutiva a la amputación del cuello. El método de Stumdorf de amputación no está tampoco exento del todo de este inconveniente (Eastman).

El pinzamiento del caso anterior, que representa el punto fijo del cuello uterino que ha de poner a prueba la elasticidad del segmento inferior, está aquí representado por el cuello que no se deja dilatar. En algunos casos puede incluso desprenderse todo el rodete del cuello. Estos casos son cada día más raros.

En la presentación transversal descuidada, en que el hombro y una parte del tronco fetal ocupan el área de la excavación pelviana, las cosas ocurren en principio, de otra manera. No existe aquí pinzamiento del cuello porque las partes fetales encajadas, predominantemente blandas tienen poco poder para ello. Por consiguiente tanto el Segmento Inferior, como el Cuello cumplen su cometido resbalando encima de la presentación y dilatándose; pero si el feto no progresa, que es lo habitual en presentación transversa y feto de término, el ascenso del anillo de Bandl, se hace a expensas no tanto del Segmento Inferior y Cuello, como de la bóveda vaginal que se dilata hasta un límite, pasado el cual se rompe propagándose el desgarró a Cuello y Segmento Inferior, para alcanzar no raras veces la Vejiga Urinaria.

Es, pues, aquí la Vagina, lo primero que se desgarrá y a veces lo único, porque el cuello puede desinsertarse completamente de la Vagina, variedad de Ruptura que Hugén Berger (1878) denominó Colpaporrexis.

Caicedo Díaz ha observado varias rupturas por presentación o situación transversa y nunca ha visto romperse la vagina; siempre el segmento y cuello.

Opinamos con Mangiagalli, que no está excluída la ruptura pura del segmento inferior en las presentaciones transversales; depende de que la ruptura de membranas ocurra prematuramente, sin dilatación completa, y que el brazo se haga procidente; entonces, el Segmento Inferior puede quedar fijado por el cono fetal y producirse el mecanismo de ruptura por Pinzamiento. Tampoco hay pinzamiento del cuello en la ruptura por vientre péndulo. En tal caso, la excavación pelviana está vacía, y la máxima distensión del conducto genital recae sobre la bóveda vaginal posterior, que es donde ocurre la ruptura.

La Ruptura de la Vagina es menos hemorrágica, pero predispone más, en cambio, a la salida de las Asas Intestinales.

En el Hidramnios, el mecanismo de Ruptura, está dentro del grupo que consideramos. La hiperdistensión en este caso, puede ser tan exa-

gerada que baste el esfuerzo del vómito o el intento de romper las membranas con el dedo para que la ruptura se produzca.

A los elementos básicos de hiperdistensión, y en algunos casos pinzamiento, añadió Freund un tercero, representado por los ligamentos del Utero. Según aceptación moderna, tanto los ligamentos redondos como los anchos y los Útero-Sacros tienen su principal y, tal vez única función en el trabajo del parto, y en cuanto a los dos últimos cooperan con sus elementos anatómicos a la distensión y robustecimiento del Segmento Inferior y de la Vagina. La misión capital de los mismos es fijar el útero en el momento de la contracción; que el Utero no se eleve al contraerse por encima del Ovoide Fetal; sino que lo empuje hacia abajo. Esto particularmente por lo que hace referencia a los Ligamentos Redondos. Si estos y los demás no actúan convenientemente por hipoplasia o atonía, es lógico que la elevación del Utero contribuya a distender el Segmento Inferior, sumándose de este modo a la retracción. Hoy día sin embargo ocupa el primer lugar la Ruptura por Pituitrina (Botella Montoya) (García San Martín, Richter, Ravina y Junghans). El mecanismo principal de la Ruptura debe ser aquí la rapidez que se impone al periodo expulsivo; el Segmento Inferior pone en juego la elasticidad si la cronología del parto es favorable; pero si las contracciones se hacen sub-intrantes, o sea que se repiten sin haber terminado la anterior, la distensión continúa sobre un Segmento, además no preparado, llega pronto a su límite, y, desde luego por motivo de las contracciones sub-intrantes el feto ha muerto con frecuencia antes de la ruptura.

Fernández Chacón decía: "La Pituitrina es un borracho que lo mismo le dá por hacer bien que por hacer mal". Frase que aún siendo intrascendente, está llena de realismo. Es de advertir que, todas las inducciones al parto se hacen con gota a gota por vía endovenosa.

RUPTURA POR LESIONES DE LAS PAREDES UTERINAS

La representante de este grupo es la cicatriz de cesárea clásica. Es cierto que la resistencia de esta cicatriz depende mucho de la sutura que se ha practicado. Si se reúne el plano muscular con sutura entre cortada, no perforante de los planos mucoso y seroso y se hace encima una buena sutura continua de la serosa, y aún otra segunda, hay garantía de resistencia en este aspecto.

Otro factor, que se estima importante por cuanto disminuye la resistencia de la cicatriz de la cesárea, es la infección, o sea, que la cicatrización no se haya hecho por primera intención, contingencia difícil a veces de averiguar, por que es compatible con un puerperio tranquilo. Finalmente, tiene indudable importancia el que la placenta se incerte o nó en el territorio de la cicatriz. En muchas historias de Ruptura Uterina por cicatriz de cesárea se hace constar que la inserción de la placenta comprendía la cicatriz de cesárea (Orrú, Pérez y Talleferro, Mota y y otros), aunque esta, no es condición esencial, como demuestran otros casos (Beni). Se comprende que la acción lítica de las bellocidades coriales disminuye la resistencia de la cicatriz separando sus labios hasta

permitir la implantación en la pared vesical vecina, como en el caso de Pérez y Tallaferro. Acción lítica que por ser lenta y progresiva explica que la mayoría de Rupturas Uterinas, de curso sordo e insidioso sean por la cicatriz de cesárea, con implantación placentaria en este sitio, cicatriz, que quizá hubiera resistido de haber estado sometida a las pruebas puramente mecánicas del parto. Más que de Ruptura, puede hablarse aquí de dehiscencia.

Es, pues, evidente que la implantación placentaria en la cicatriz de cesárea entra con mucho en la patogenia de la ruptura, y el hecho contribuye a dar realce a la Cesárea Segmentaria, cuya cicatriz no es que sea más resistente, ni mucho menos, que la propia de la Cesárea Corporal o de la Fúndica, pero aquella recae en un terreno que normalmente se sustrae a la implantación placentaria. "En efecto estadísticas comparativa sarrojan una frecuencia de 1: 16 de Rupturas por Cesárea Segmentaria y Clásica, respectivamente. (Gepfest)".

Con Steigelman, opinamos que de las tres clases de Cesárea, de Segmento Inferior, Corporal y Fúndica Transversal entre las dos trompas, esta última debe desterrarse; el Utero hay que abrirlo en la línea media y lo más bajo posible.

A la cicatriz de miomectomía, como causa de ruptura uterina, puede aplicarse cuanto se ha escrito sobre la Cesárea. Algún caso esporádico de la literatura moderna (Tesauro), pero sobre todo una estadística reciente de Seley, en la que de 6 rupturas, en 3 había habido Cesárea; en 2, miomectomía, y en la amputación de cuerno uterino atrófico, hacen comprender, teniendo en cuenta la relativa rareza de la miomectomía y la amputación de cuerno uterino comparados con la práctica de la Cesárea, que uno y otro encierran el máximo peligro de ruptura en el parto.

Otra causa que mengua resistencia de la pared uterina es el raspado. Lo hemos invocado al tratar de la ruptura precoz, y también, con más motivo se ha observado (Devraignes y Lepage), en pleno trabajo; la ruptura del útero a nivel de una zona de mortificación, es atribuible macro y microscópicamente a un raspado anterior.

Cuando la pared uterina tiene una zona débil, con déficit de elementos musculares nobles y con degeneración hialina, hallazgos habituales, no hacen falta grandes ocurrencias, como las que invocábamos para la Ruptura por Distensión, para que ésta se produzca; basta la presión interna del huevo. Más que de ruptura, repetimos, puede hablarse aquí de dehiscencia, término Botánico, que puede aplicarse al caso, dehiscencia es también la ruptura del folículo de De, Graaf.

Otras causas de Rupturas pueden ser: la Placenta Increta, la Placenta Previa, la Adenomiosis y el Cáncer, afecciones todas infiltrantes de las paredes uterinas y que por ello mengua la resistencia ante las exigencias mecánicas del parto,

En la Ruptura de una gran múltipara asistida por Sa, no se pudo invocar otra causa que la placenta previa; lo mismo sucedió en el caso de Mota.

Finalmente, un grupo de causas, fronterizo con las que invocan en la Ruptura por Hiperdistensión de las paredes uterinas, son las Histeropexias y el Utero Infantil. Aquellas porque obligan a una distensión desigual de las paredes; ésta, por hipotonía y atrofia, que puede ser de todo el Utero o interesar solamente una zona de la pared que aparece congénitamente delgada, como en el caso de Kammermeier (Tesis Doctoral). Las Histeropexias, en particular, son grandes enemigas de la generación, y es raro el caso de L Recasens, de parto espontáneo después de una promontofijación.

La Metreúrisis tiene también en su pasivo varios casos de Ruptura Uterina (Vajna).

RUPTURAS UTERINAS TRAUMATICAS

Pertenece a una taxonomía primitiva pero justificada, la división de las rupturas del Utero en Espontáneas y Traumáticas, comprendiendo en estas últimas las que se fraguan en el curso de una intervención quirúrgica y, por extensión, las que ocurren por accidente violento. La intervención que dá más contingencia de rupturas es la Versión, no es por la introducción de la mano sino por la distensión que se produce con el ovoide fetal que habiendo sido alojado en el segmento lo distiende y al versionarlo, estalla.

Más raras veces lo produce directamente la rama del Forceps, como en el caso de Natale, o la del Cranioclasto.

La perforación del Utero por Ganchos, perforadores, etc.

Así, como las directamente traumáticas por caída (Snidow), y otras no merecen mención especial.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las Rupturas del Utero pueden ser Completas o Incompletas.

a) *Rupturas Completas*: Son aquellas que alcanzan las tres capas del Utero: Mucosa, Muscular y Serosa; la hemorragia que se produce se vierte en la cavidad abdominal y puede y suele ingresar en la misma el contenido Uterino.

1) *Ruptura Incompleta*: En la ruptura incompleta, el Peritoneo queda íntegro formando un toldo a la masa hemorrágica y a las partes del huevo. Esto es posible y nada raro en las Rupturas del Segmento Inferior, o sea, aquellas cuya patogenia es la distensión, porque en el final del embarazo todo el tejido celular que rodea el Utero está infiltrado de serosidad y muy reblandecido y el peritoneo pelviano que lo recubre, y

que también recubre el Segmento Inferior, tiene relaciones muy laxas con los tejidos subyacentes.

También reúnen condiciones abonadas para las Rupturas Incompletas, las que se fraguan en los bordes del Utero, que es precisamente el sitio de elección.

En conjunto, sin embargo, la Ruptura Incompleta es más rara que la Completa como una tercera o cuarta parte. (Nubiola-Zárate), según estadísticas recientes.

La barrera del Peritoneo no tiene gran eficacia en cuanto a limitar la hemorragia; la importancia de ésta depende del calibre de los vasos desgarrados. El Hematoma subperitoneal puede llegar hasta el tejido celular peritoneal lejano formando una gran tumoración remitente y, a veces, por la entrada de aire a través de la brecha o por fenómenos fermentativos secundarios, la Tumoración es Crepitante, síntomas ambos de Ruptura Incompleta.

Con frecuencia la hemorragia interna de la Ruptura Incompleta, no es menos mortal que la de la Completa. En cuanto a la hemorragia por la Vulva, aún siendo discreta es continua, con el carácter, atinadamente observado por Freund, de que aumenta considerablemente al movilizar la presentación. Las Rupturas Incompletas que afectan solo a la Capa Muscular del Utero con formación de un hematoma limitado por Peritoneo y Mucosa, o que afectan sólo a la Serosa (Erosión Superficial) o solo a la mucosa, son hallazgos fortuitos de la Laparotomía o de la Necropsia que constituyen indudables predisposiciones a la ruptura Uterina Completa en partos ulteriores.

II) *Ruptura Completa*: Lo característico, aunque no lo constante, en la Ruptura Completa, es el ingreso de sangre, del útero y aún de la placenta en la cavidad abdominal libre.

El orificio de la ruptura, de dimensiones muy diferentes en cada caso, suele presentar los bordes anfractuosos y sembrados de hematomas; raras veces lisos y como en el caso de Snidow. Este dato tiene importancia para el tratamiento, pues puede ser conservador bajo condiciones favorables de extensión de la herida y de limpieza de sus bordes.

Nota: Según de Lee, la ruptura no se realiza de una vez en las tres capas del Utero, sino que primero se rompe la Muscular, consecutivamente cede la Mucosa y finalmente el Peritoneo.

En general, la herida de ruptura uterina, es longitudinal, de acuerdo con la dirección de los haces musculares más importantes. Aunque la violencia de la Ruptura y la blandura del Utero pueden explicar figuras muy variables de desgarro, enlazándose líneas longitudinales, con otras oblicuas y transversales y hasta espiroideas, el hecho es raro, y todavía más la Ruptura Transversal del Utero.

En las rupturas uterinas que se comunican con la bóveda vaginal puede desgarrarse también la Vejiga Urinaria, y el cuadro clínico se complicará con hematuria. En cambio, puede descartarse toda herida del recto complicando la Ruptura Uterina.

Contra la creencia clásica, observaciones modernas confirman que el Utero sigue contrayéndose después de la ruptura.

Schumacher, en Laparotomía por ruptura del Utero, observó contracciones rítmicas de éste, siendo así, que el Utero estaba invertido en el abdómen.

Un justificado afán de explicar rupturas uterinas inesperadas ha producido un gran número de exámenes histológicos de indiscutible valor práctico, por lo difícil que resulta juzgar el estado de la pared antes de la ruptura. La degeneración fibrosa de la zona de la ruptura, la hialinización, la delgadez congénita de la pared, la presencia de glándulas de la basal cerca del peritoneo o de elementos coriales, las perivascularitis sospechosas de gomas luéticas, la infiltración microcelular, pueden tener valor tan solo en casos particulares.

Estimamos, como decíamos antes, que la ruptura de la capa muscular en partos anteriores y la rapidez de la dilatación pueden explicar muchas de las rupturas que merecen llamarse inesperadas.

CAPITULO IV

SINTOMATOLOGIA

a) *Ruptura Inminente*: La primera impresión que produce la parturienta en inminencia de ruptura, es de una agitación extraordinaria; agobiada por la "contractura dolorosamente tensiva y persistente del útero"; ninguna posición es cómoda, y solo se muestra firme en suplicar que la libren de la tortura que sufre y en mantener sus manos crispadas sobre el bajo vientre, como presintiendo que algo vá a estallar.

Signos Positivos: A la palpación abdominal encontramos: el hipogastrio tenso y sumamente doloroso, aún a la más leve palpación. El Anillo de Bandl, ha ascendido hacia el ombligo y su dirección es oblicua hacia el flanco izquierdo, surco inconfundible que normalmente encontramos rosando el pubis en plano horizontal.

El Utero está fuertemente laterodesviado exagerando la lateroversión fisiológica y los ligamentos redondos aparecen como gruesos y tenso cordones. La cabeza hace gran relieve por encima del púbis, y, a la exploración interna, encontramos la excavación pélvica vacía y un segmento de cuello grueso y edematoso. Este es el cuadro clásico en las presentaciones del polo cefálico.

Conducta que debe seguirse: En esta situación un solo propósito debemos tener: terminar el parto con el menor riesgo posible para madre e hijo. Ahora bien, actualmente la intervención que se elija creemos que debe estar supeditada al hecho de que el feto viva o nó, y para el primer caso rechazamos terminantemente toda solución embriotómica. Digamos, sin embargo, que en la inminencia de ruptura uterina, no suele haber problema; el feto casi siempre ha muerto hace horas, por efecto, principalmente, de la isquemia placentaria que crea la tetania uterina. Siendo así la basiotripsia y la embriotomía raquídea son las operaciones habituales en las presentaciones cefálicas y transversales, respectivamente.

Con feto vivo, el Tocólogo, quizá lo más oportuno que debe hacer es administrar 1 Cntgmo. de morfina para calmar el cuadro y dar un pequeño margen que permita la exploración. Si se trata de presentación cefálica, puede intentarse una cuidadosa aplicacación de Forceps incluso con dilatación Bonaire o Cesárea Vaginal.

En esta maniobra, la fijación enérgica del Fondo Uterino con la otra mano es requisito imprescindible.

Puede ser que se presente una distócia ósea y este sea el motivo de la inminencia de ruptura. Aquí el Forceps y la Versión son peligrosísimas. La Cesárea cumple una indicación cumbre salvadora del feto y de la madre.

SINTOMAS DE LA RUPTURA UTERINA CONSUMADA

El primer síntoma es, en general, un dolor brusco, con shock, vómitos, sudor frío, taquicardia y taquipnea. La enferma dá la sensación de un ser herido de muerte (Dneprow). La intensidad del Shock está en razón directa de la magnitud de la ruptura y de la hemorragia interna y la facies es de Anemia Aguda.

Este cuadro aparece en un acmé de dolor, en un esfuerzo de tos o de vómito o simplemente con ocasión de un cambio brusco de posición de la parturienta. Simultáneamente hay cesación de los dolores del parto. Por breves momentos, hay violentos y dolorosos movimientos fetales, y, consecutivamente, cesación del latido fetal. Desaparición de la presentación, síntoma sobre el que justificadamente insiste Recasens (Jr.). Discreta hemorragia por la Vulva.

Cuando el feto ha pasado a la cavidad abdominal, llama la atención la facilidad con que se perciben las partes fetales al través de las paredes abdominales, y, al propio tiempo, el hallazgo de una tumoración yuxtafetal, que no es otra que el Útero replegado. En la ruptura Incompleta, el Hematoma Subperitoneal, forma una tumoración renitente de diversa altura, según la importancia de la hemorragia. Mangiagagli, dice haber observado que la Ruptura puede acompañarse de un chasquido perceptible a distancia.

RUPTURA SORDA O INSIDIOSA

Menudean en la literatura, las observaciones de Ruptura Uterina, con tal pequeñez de cuadro clínico, que solamente nos podemos enterar del accidente al practicar el alumbramiento artificial y encontrarnos con la mano en la cavidad del abdómen. Con más frecuencia, estas Rupturas Sordas, constituyen sorpresas de Autopsia.

En todos los casos que tenemos noticias se trata, de ruptura por alteraciones previas de la pared uterina y, dentro de este grupo, casi siempre de dehiscencia progresiva de la cicatriz cesárea.

Decimos progresiva por la sospecha muy fundada de que estas rupturas empiezan a fraguarse desde varios días antes del parto y vayan aumentando en diferentes momentos (Devraigne y Cohen-Deloro) confirmación que nos dá el caso de Palacios Costa y Falsía, en el que en la zona de ruptura, descubierta por Laparotomía, se observan adherencias epiploicas fijas, que con otros datos permiten referir el comienzo de ruptura a cuatro días atrás.

DIAGNOSTICOS

Con los Síntomas y Signos ya anotados, podemos decir que la Ruptura Uterina, en la gran mayoría de veces, es de fácil diagnóstico. Incluso en la forma Insidiosa o Lenta. Las afecciones que con ella se prestan a confusión (Apendicitis Aguda, Ileus, Torción del Pedículo y Hematoma Retroplacentario), son descartadas por la magnitud de los síntomas de hemorragia interna que tarde o temprano se instaure.

Una sola afección puede crear dificultades diagnósticas serias: el Hematoma Retroplacentario, Placentóilsis, (Nubiola), o desprendimiento parcial y precoz de la placenta, incertada normalmente, que son términos sinónimos. Sin embargo, en éstas, el dolor es generalmente alto, en un punto fijo donde a veces puede quizás distinguirse la eminencia que forma el hematoma.

Después del parto, toda sospecha de Ruptura obliga al reconocimiento Intra-Uterino. Es fácil con éste, observar la brecha que nos conduce, sea a la cavidad abdominal libre, sea a la fosa del hematocele subperitoneal.

PRONOSTICO Y PROFILAXIS

La cifra de mortalidad materna en la ruptura uterina se estima actualmente en 50%, lo cual calificará de muy grave la afección. Antes del tratamiento activo, la mortalidad en la Ruptura Completa era prácticamente fatal; solo se rebaja después a un 75% a 80% con la práctica del Taponamiento.

Además, la curación en general, significa con la pérdida del Utero, la de toda esperanza de ulterior generación.

El pronóstico, se agrava considerablemente con la participación de la Vejiga Urinaria en la Ruptura; la estadística de Klien, citada en la mayoría de obras, asigna a ésta, por fortuna rara complicación el 87% de mortalidad.

TRATAMIENTO DE LA RUPTURA UTERINA

Lo primero que debemos hacer, es averiguar si hay alguna parte fetal en la pelvis y, de ser así, proceder a la extracción del feto; si este ha muerto, se simplifica el problema obstétrico; toda operación Embriotómica, está justificada; en esquema; Basiotripsia, Decolación, Exenteración.

En el momento de intervenir se practica la Transfusión Sanguínea Urgente y con cantidad de 500 cc a 1.000 cc.

El tratamiento del Shock, y para ello nada mejor que la Transfusión. Además para éste, los Analépticos, los Extractos de Corteza Suprarrenal, Calmantes del Sistema Nervioso etc. si no hubiera sangre

disponible para efectuar la Transfusión, emplear Plasma y Sueros. Aún, después de pasadas 4 a 6 horas de haberse producido la Ruptura (caso de Salerich), la Laparotomía puede ser salvadora, si se ha vencido el Shock). Extraído el feto, haremos el vaciamiento del Utero; aplicar Ergotina I. V. y procederemos al reconocimiento de la Ruptura. Si es incompleta, podemos confiar la curación al simple Taponamiento con Gasa Yodofórmica, renovándola durante 6 a 8 días; si es Completa, hay que proceder a la Laparotomía. Hoy en rupturas incompletas sin hemorragias, se aplican antibióticos, se estimulan las contracciones, se observa sin taponamientos. Si hay hemorragia se hace Laparotomía.

Nota: Pérez y Sosa, preconiza el procedimiento, de fijar el desgarro con pinzas de Museux y practicar el taponamiento mientras se recobre la enferma gracias a la transfusión y se prepare la laparotomía.

Si el feto ha pasado a la cavidad abdominal, consideramos un error pretender extraerlo por vías naturales pues ello no remedia nada y agranda el traumatismo; se ha de recurrir a la Laparotomía. Una vez abierto el abdomen y extraído el feto y Anexos, se limpia la cavidad de coágulos y se considera el tipo de la ruptura. El método que ha de seguirse desde este momento depende de las circunstancias que afectan a la ruptura en sí, pero también dependen del cirujano.

Es intención muy laudable la de conservar, dentro de lo posible, el órgano uterino, y, es clásico aceptar que las condiciones favorables se dan en desgarros longitudinales que no excedan de la tercera parte de la longitud del Utero. Estas condiciones ideales, que parecen propias de la dehiscencia de una cicatriz cesárea, son raras. Generalmente, la zona del desgarro es una piltrafa con una brecha de bordes anfractuosos y equimóticos.

La Sutura, cuando es factible se practicará en dos Planos.

Zalakar, en una serie de 32 casos, la ha empleado en la tercera parte con magníficos resultados; además de la operación conservadora, por haber recaído en los casos mejores, por que es operación más corta y menos traumatizante.

En los demás casos; desgarros extensos, mal estado de los bordes, ruptura de la Arteria Uterina, dirección transversal o espiroidea del desgarro, el mejor tratamiento es la Histerectomía Sub-total o Total, según nos aconseje la situación del desgarro y decidan las exigencias técnicas del momento.

La Histerectomía en la Ruptura Uterina, es más aconsejable practicarla por la vía abdominal ya que de esta manera se facilita más la hemostasia y, por tanto, se puede operar en campo más limpio que por la vía baja. Además tiene la Laparotomía, la ventaja, de permitirnos en los casos favorables un tratamiento conservador con más facilidad que por la Vía Baja.

Es de anotar que algunos autores, recomiendan esta vía.

Tanto, si practicamos la Histerectomía como la simple Sutura Uterina debemos de considerar que, en la mayoría de rupturas uterinas, hay infección declarada o latente; drenaje, por Abdomen o por Vagina, o por ambas partes a la vez, así como también el uso de los Antibióticos, son muy estimables coadyuvantes para la curación.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
Bucaramanga - Colombia
MEDICO DIRECTOR

*El suscrito Médico Director del Hospital de San Juan de Dios
de Bucaramanga*

CERTIFICA:

Que el Doctor JORGE NARANJO P. ha realizado para su tesis de grado un trabajo de análisis, estudio y clasificación de historias clínicas de este Hospital, sobre Rupturas Uterinas y que la elaboración de este trabajo se debe exclusivamente a su esfuerzo personal.

Bucaramanga, marzo 21 de 1956.

MARIO ACEVEDO DIAZ
Médico Director del Hospital.

HISTORIAS CLINICAS

OBSERVACION Nº. 1

Historia Clínica Nº 53.359

Fecha: Abril 20/52

Nombre: T. V.

Diagnóstico Obstétrico: Secundigestante a término. En presentación cefálica, modalidad de vértice.

Edad: 25 años.

Sexo: Femenino.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: La Cabrera.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado civil: Soltera.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: No se conocen datos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Traumáticos: No.

Antecedentes Obstétricos: Un parto a término en presentación cefálica, modalidad vértice. Aplicación de Forceps de desprendimiento por distocia de periné.

Antecedentes Tóxicos: No.

Antecedentes Infecciosos: No.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 14 años. Ciclo: 28 x 3 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: Ruidos Cardíacos Velados, T. A.: 9 x 6. Pulso: 100 x minuto, débil.

Aparato Respiratorio: Disnea de Reposo.

Aparato Digestivo: Normal.

Sistema Nervioso: Excitabilidad.

Sistema Oseo: Normal.

Organos de los Sentidos: Normal.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: No.

Partos Prematuros: No.

Partos a término: Uno, en Presentación Cefálica, se le aplicó Forceps de desprendimiento por distocia de Periné.

Embarazo Actual No.: II

Ultima Regla: El 8 de Julio del /51

Edad al Ingresar: 9 meses.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 22- Bisiliaco: 25- Bitrocanterino: 31- Conjugado Externo: 19

DESCRIPCION

Relata la paciente que el 20 de abril inició trabajo, en la casa a la 1 A. M. Las contracciones se presentaron muy intensas y frecuentes. Allí, en su casa, se le aplicaron unas inyecciones de Pitocin (se desconoce la dosis administrada).

Ingresa al Servicio a las 10 y 30 a. m. del 20 de Abril del 52.

Al Examen obstétrico se halla un abdomen globuloso grávido con altura de $30\frac{1}{2}$ cmts. A la palpación abdominal superficial no se aprecian contracciones uterinas. La paciente acusa un dolor intenso y sordo en fosa ilíaca izquierda. Periné y órganos genitales externos: normales. Al T. V.: Se halla Presentación Cefálica, en el Estrecho Inferior (O. P.)

Se encuentra en estado de intensa anemia.

Se hace diagnóstico de posible Ruptura Uterina y se procede a extraer el feto con Forceps. Peso del feto 3.900 gramos. Una vez vaciada la Matriz se procede a revisarla y se confirma la ruptura. En estas con-

diciones se pasa a la Sala de Cirugía, con T. A.: 9 x 6 — Pulso: 100 x minuto, débil. Temperatura 37° C.

Se verifica la Laparotomía y se halla una ruptura de bordes regulares, de dos y medios centímetros de longitud, situada en el borde izquierdo de la matriz.

Se procedió a suturar en dos planos. Se cierra en planos.

Se dejaron Drenes.

Se aplicó Penicilina i. m. — Estreptomicina Intraperitoneal.

Tratamiento durante el Acto Pre-Operatorio: Gra-Plasmoid. 500 cc i. v. gota a gota- Solución Glucosada al 5% 1.500 cc i. v. gota a gota. Una ampollita de Metrazol i. m. — Una ampollita de Percorten de 10 Mlgmos. i. m.

ANESTESIA: General.

Post-Operatorio: No se presentó ninguna complicación.

Drogas Generales Administradas:

Dextrosa al 5%

Penicilina

Estreptomicina

Vitamina C

Hormostigmina

Analgina

Sale del Servicio, el día 31 de Abril en Magníficas condiciones.

OBSERVACION N°. 2

Historia Clínica N°. 53.428

Fecha: Abril 23/52

Nombre: I. D.

Diagnóstico Obstétrico: Secundigestante a término, en trabajo. Presentación Cefálica, Modalidad Vértice.

Edad: 16 años.

Sexo: Femenino.

Profesión: Ofs Domésticos.

Natural de Floridablanca (S.)

Residencia Actual: Floridablanca (S.)

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Vivo, Sano

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Traumáticos: No.

Antecedentes Obstétricos: Una cesárea por Eclampsia.

Antecedentes Tóxicos: No.

Antecedentes Infecciosos: No.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 12 años; Ciclo 30 x 5. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: Normal.

Aparato Respiratorio: Normal.

Aparato Digestivo: Normal.

Aparato Genito Urinario: Normal.

Sistema Nervioso: Normal.

Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravidicas: Eclampsia, en el Primer Embarazo.

Abortos: No.

Partos Prematuros: Primer parto, intervención cesárea a los 8 meses por Eclampsia.

Embarazo actual: No. II.

Ultima Regla: Julio 15 de 1951.

Edad al ingresar: 9 meses.

Altura Uterina: 30 Cmts.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdómen Globuloso Grávido.

Feto No.: I

Situación: Longitudinal.

Presentación: Cefálica.

Modalidad: Vértice.

Posición: Derecha.

Variedad de Posición: Posterior.

T. V.: Vulva y Vagina normales, Cuello blando, con dilatación de 7 Cmts. Presentación en el Estrecho Superior.

Auscultación Fetal: Positiva.

Pelvimetría. Biespinoso Anterior: 22 Cmts. Bisilíaco 25 Cmts. Bitrocanterino: 31- Conjugado Externo: 20.

DESCRIPCION

Relata la paciente, que el 22 de Abril de 1.952, inició trabajo del parto, con contracciones de poca intensidad. Ingresa al servicio, el mismo día, en las horas de la noche, teniendo contracciones muy distanciadas y poco intensas. Se deja en observación el trabajo, que se va presentando normal.

El día 23 de Abril, de las 8 a. m. mejora el trabajo del parto. Al T. V.: Se halla el cuello blando, con dilatación aún de 7 Cmts. Presentación Cefálica, Modalidad de Vértice, Variedad de Posición Derecha Posterior, Bosa Integra.

Auscultación fetal: Positiva. El trabajo continúa en forma satisfactoria.

A las cinco y media del día 24, T. V.: Se halla dilatación completa. Cabeza en el Estrecho Inferior, Bolsa Rota, Ruidos Fetales Normales. A las 6 a. m. súbitamente la paciente acusa dolor intensísimo en Fosa Iliaca Derecha con irradiación al Epigastrio, sobreviene vómito alimenticio, se suspende el trabajo del parto y cae la paciente en estado de Shock. Se practica palpación abdominal y se hallan partes fetales en la Cavidad Abdominal, Ruidos Cardíacos Negativos, se aplica de urgencia Forceps de Desprendimiento. Peso del feto 2.600 gramos. Se hace revisión de la Matriz, y se comprueba la Ruptura Uterina. Se pasa a la Sala de Cirugía. Habiéndose aplicado: Una Analepsina i. m. Un Suprahormón de 10 Mlgms. i. m.

Se practica incisión Mediana Infra-Umbilical, al abrir el Peritoneo, se halla gran cantidad de sangre. Se procede a revisar la Matriz y se encuentra una Ruptura Transversal del Segmento, que abarca la pared Anterior, los bordes y la porción derecha de la pared posterior. Ambas Arterias Uterinas se hallaban seccionadas. Al mismo tiempo se observó una Ruptura del Fondo de la Vejiga Urinaria, en longitud de 5 Cmts.

Se decidió practicar Histerectomía Sub-Total, con conservación de anexos. Se procedió a suturar la Vejiga en dos planos. Se peritonizó, se dejaron drenes y sonda vesical a permanencia.

Durante el acto operatorio se aplicó: 400 cc de sangre total i. v. gota a gota- 1.500 cc de Solución Glucosada al 5% i. v. gota a gota- Plasma Humano 1 Fsc. -Percorten de 10 Mlgmos. 2 ampollas i. m.- Una ampolla de Coramina i. m.

ANESTESIA: General.

Post- Operatorio: No se presentó ninguna complicación.

Tratamiento General:

Dextrosa al 5%

Penicilina

Estreptomina

Cucharadas Ferruginosas.

Sale del Servicio el 6 de Mayo, con estado general satisfactorio.

OBSERVACION N^o. 3

Historia Clínica N^o. : 57.251

Fecha de Ingreso: Octubre 30/52

Nombre: B. C.

Diagnóstico Obstétrico: Secundigestante a término con retención de cabeza última.

Sexo: Femenino.

Edad: 24 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Bucaramanga.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado civil: Casada

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión.

Edad Adulta: Sin importancia.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Un Forceps, en el estrecho medio, en el primer parto por falta de progresión de la presentación, cefálica, de vértice, derecha anterior.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infeciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclo 30 x 4 Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: T. A.: 9 x 6 — Pulso: 100 x minuto, irregular.

Aparato Digestivo: Vómito marcado.

Aparato Respiratorio: Cl. Normal,

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Normal.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: No.

Partos Prematuros: Ninguno.

Embarazo Actual No: Dos.

Ultima Regla: 19 de Enero.

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 23 Cmts. Bisiliaco 28 Cmts. Bitrocanterino 31 Cmts. Conjugado Externo 18½ Cmts.

DESCRIPCION

La Paciente ingresa al Servicio a la 1 a. m. con retención de cabeza última y feto muerto. Relata la Paciente que había sido atendida en la casa por una comadrona, quien desde los primeros dolores de parto, practicó varias maniobras obstétricas. Tan pronto empezó la expulsión del feto, después de una maniobra brusca de la partera, sintió un agudo dolor del Hipogastrio. El estado general se puso crítico y ante la imposibilidad de extraer el feto es traída al Hospital. Se extrae el feto que pesa 3.500 gramos y una vez pasado el alumbramiento, se revisa la matriz y se halla una brecha del segmento.

Bajo anestesia general se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical. Al revisar la matriz se encuentra en la cara anterior del segmento una ruptura de 2½ Cmts. Se sutura en dos Planos. Se peritoniza y se procede a cerrar en planos.

Tratamiento durante el Acto Operatorio: Sol Glucosada al 5% 1.000 c. c. i. v. gota a gota. Gra-Plasmoid 500 cc i. v. gota a gota.

Post-Operatorio: Sin complicaciones.

Drogas Generales:

Penicilina

Estreptomicina

Vitamina C

Calmantas

Salió en Noviembre 23, en magníficas condiciones.

OBSERVACION Nº. 4

Historia Clínica Nº. 58.271

Fecha de Ingreso: Diciembre 23/52

Nombre: M. Q.

Diagnóstico Obstétrico: Secundigestante a término.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Edad: 25 años.

Sexo: Femenino.

Natural de: Girón.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Soltera.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Desconocidos.

Esposo: Se desconocen antecedentes.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión, Varicela.

Edad Adulta: Sin importancia.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Una cesárea segmentaria en el primer embarazo por desproporción céfalo-pélvica.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 14 años, ciclo 30 x 7 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: T. A.: 9 x 6- Pulso: Filiforme, 120 x minuto, irregular, Ruidos Cardiacos Normales clínicamente.

Aparato Respiratorio: Cl. Normal.

Aparato Digestivo: Cl. Normal.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Normal.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: Ninguna.

Abortos: Ninguno.

Partos Prematuros: Ninguno.

Embarazo Actual No: 2

Ultima Reqla: Marzo 12/51

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdómen globuloso grávido, a la palpación abdominal se aprecian partes fetales superficiales. Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 23 Cmts. Bisiliaco: 28 Cmts. Bitrocanterino: 31 Cmts. Conjugado Externo 19 Cmts.

DESCRIPCION

Relata la Paciente que sintió los primeros dolores de parto el 22 en las horas de la noche. Los dolores eran poco intensos y bastante espaciados; a eso de las dos de la mañana los dolores se hicieron cada vez más frecuentes y aumentaron en intensidad. A eso de las siete de la mañana sintió repentinamente un dolor muy agudo en el Hipogastrio y relata, que se acompañó de salida de sangre por la vagina. El dolor continuó muy intenso y seguido y sintió vértigos. No volvió a sentir los movimientos Fetales. En estas condiciones es trasladada al hospital. Llega al Servicio a las 8 y 30 de la mañana, al examen se halla una paciente muy pálida y sudorosa. Experimenta ligera ansiedad. A la palpación abdominal se aprecian partes fetales superficiales. Se hace diagnóstico de Ruptura Uterina y se pasa a la Sala de Cirugía. Bajo

anestesia general, se practica Laparotomía Mediana infra-Umbilical, al abrir el peritoneo se halla abundante cantidad de sangre en la cavidad abdominal mezclada con líquido amniótico. Feto muerto fuera de la cavidad uterina, pesó 3.800 gramos. Se aprecia una brecha del segmento anterior por la cicatriz de la antigua cesárea de 12 Cmts. de longitud. Las arterias uterinas no estaban comprometidas. Se extrajeron los anejos y ovulares. Se procedió a suturar en planos. Se dejan drenes abdominales y se cierra la pared en planos.

Tratamiento durante el acto operatorio: Sol Glucosada al 5% 1.000 cc i. v. gota a gota- Gra-Plasmoid 500 cc i. v. gota a gota- Coramina i. m. 1 Ampolla- Percorten de 10 Mlgmos. 1 Ampolla i. m.

Sale en buenas condiciones de la Sala de Cirugía.

Post-Operatorio: Sin complicaciones.

Drogas Generales:

Penicilina

Estreptomicina

Sueros al 5% destrosados. Calmantes.

Sale del servicio en magnificas condiciones el día 2 de Enero de 1953.

OBSERVACION N^o. 5

Historia Clínica N^o. 59.744

Fecha de Ingreso: 5 de Marzo de 1.953

Nombre: B. R.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 11. A término, Presentación Cefálica, encajada.

Sexo: Femenino.

Edad: 31 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Matanza.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Soltera.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Se desconocen datos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Viruela.

Enfermedades de la Edad Adulta: Reumatismo Articular Agudo, Paludismo, Grippes Frecuentes.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: No.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: A los 14 años. Ciclo: 30 x 4 a 5 días, abundantes.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: Pulso 80 x minuto, débil. T. A.: 11½ x 7

Aparato Respiratorio: Normal.

Aparato Digestivo: Normal.

Aparato Urinario: Normal.

Sistema Nervioso: Normal.

Sistema Oseo: Normal.

Organos de los Sentidos: Normal,

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: Uno, el primer parto de 6 meses, causa desconocida,

Partos Prematuros: No.

Partos a Término: 10

Embarazo Actual: N^o. 11

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 24- Bisilíaco: 27- Bitrocanterino: 32-
Conjugado Externo: 20.

DESCRIPCION

Relata la Paciente, que el 2 de Marzo, tuvo tres contracciones no muy fuertes, seguidamente continuó calmada. El 4 de Marzo, a la 1 a. m. empezaron a aparecer nuevamente las contracciones uterinas cada media hora, bastante intensas. El mismo día a las 4 p. m., le aplicaron I, M. una inyección de Pituitrina; dice la paciente que dos horas después, sintió un agudo y sostenido dolor, en el Hipogastrio, que ella compara a una puñalada y se presentó, inmediatamente vómito casi continuo, durante toda la noche. Al día siguiente, 5 de Marzo, el dolor continuaba constante y muy agudo; al tiempo de salir para el Hospital, se presentó una hemorragia vaginal intensa, acompañada de coágulos negruzcos. Las contracciones uterinas se habían suspendido, y, así mismo la paciente relata que dejó de sentir los movimientos fetales. Ingresó al servicio el 5 de Marzo, a las 9 p. m. Al examen se halla: A la palpación abdominal, una matriz, de consistencia dura y sin contracciones, no se palpaban partes fetales. Al T. V.: Periné, Vulva, Vagina, normales. Un cuello Largo, Blando, muy Posterior, difícil de encontrar, con dilatación de 2 Cmts. Estado General: Bueno. Pulso: 80 por minuto. T. A.: $11\frac{1}{2}$ x 7 Temperatura 36,5° C. Ruidos fetales negativos. Presentación Cefálica, encajada.

Se pensó en desprendimiento prematuro de la Placenta. Se deja en observación: el día 6 de Marzo, continúa el dolor abdominal, agudo y permanente, se presenta pujo. Al examen a las 3 p. m. se halla a la palpación: un abdomen duro y doloroso. Al T. V.: Cuello más fácilmente aequible, con dilatación de 5 Cmts. A las 6 p. m. ante el dolor tan agudo abdominal, estado de ansiedad y disnea de reposo de la Paciente se practica nuevo examen, y se halla: Pulso 100 x minuto, débil, irregular. T. A.: $11\frac{1}{2}$ x 6 Temperatura 37°. Vómito continuo alimenticio. Abdomen a la palpación superficial, intensamente doloroso, no se delimitaba la Matriz, gran Meteorismo y se apreciaba una parte fetal superficial, que parecía un miembro. Al T. V.: Cuello blando, Largo, con dilatación de 5 Cmts. escasa hemorragia Vaginal. Se pasa a la Sala de Cirugía con diagnóstico de Ruptura Uterina.

Se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, se halla en la cavidad abdominal gran cantidad de sangre y numerosos coágulos. Se revisa la Matriz y se le encuentra una ruptura en T del Segmento. Feto muerto. Pesó 3.700 gramos. Placenta desprendida.

Se procede a suturar el desgarro. Se dejan drenes Abdominales y se cierra en planos.

Pre-Operatorio: Se aplicó: Morfina i. m. - Seconal, Sonda Vesical.

Tratamiento durante el Acto Operatorio: Gra-Plasmoid: 500 cc i. v. gota a gota: Sangre total 500 cc i. v. gota a gota- Suprahormón de 10 Mlgmos. i. m. Sol Glucosada 1000 cc i. v. gota a gota.

ANESTESIA: General.

Post-Operatorio: Sin ninguna complicación.

Drogas Generales empleadas:

Penicilina

Estreptomicina

Vitamina C

Coramina

Sueros

Calmantes

Salió del Servicio el 15 de Marzo, en magníficas Condiciones.

OBSERVACION Nº. 6

Historia Clínica Nº. 60.375

Fecha de Ingreso: Abril 18 de 1.953

Nombre: M. R.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante 5, a término, presentación de cara. (M. I. I.) En trabajo.

Edad: 25 años.

Profesión: Ofs. Domésticos

Natural de: Puerto Wilches.

Residencia Actual: Puerto Wilches.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Padece con frecuencia de Gripas.

Hijos: Cuatro, Vivos, Sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Viruela, Parotiditis.

Edad Adulta: Sin Importancia.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Cesárea segmentaria, en el tercer parto, por Distocia Fetal. Forceps en el cuarto parto. Se desconoce la causa.

Antecedentes Tóxicos: No.

Antecedentes Infecciosos: Serología Positiva. Tratada ampliamente.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclo 30 x 8 Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: Cl. Normal

Aparato Respiratorio: Cl. Normal.

Aparato Digestivo: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Cl. Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Organo de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: No.

Partos Prematuros: No.

Embarazo Actual: Nº. 5

Ultima Regla: No recuerda.

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido:

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 23- Bisiliaco: 27- Bitrocanterino: 31- Conjugado Externo: 19.

DESCRIPCION

El 18 de Abril ingresa al Servicio. Al examen se halla: Altura Uterina de 31 Cmts.

Feto N^o. 1—Situación: Longitudinal- Presentación: Cara-(M. I. I.)

Posición: Izquierda—Auscultación fetal: Positiva- Movimientos fetales: Positivos.

T. V.: Periné, Organos Genitales Externos: Normales. Cuello Blando, con dilatación de 3 Cmts. Presentación de cara, móvil.

Las contracciones se presentan cada cinco minutos muy intensas. Se deja en observación para practicar posible cesárea. Súbitamente la paciente experimenta un agudo dolor en el Hipogastrio, especialmente marcado y muy intenso en Fosa Iliaca Izquierda, se pone pálida sudorosa y empieza a salir por la vagina bastante sangre negruzca. Con posible diagnóstico de Ruptura Uterina, se pasa a la Sala de Girugía: Laparatomía Mediana Infra-Umbilical, al abrir el Peritoneo se halló abundantísima sangre en la Cavidad Abdominal; se revisa la Matriz y se encuentra una Ruptura del Borde Lateral Izquierdo, desde el Ostium tubárico hasta el Cuello. Feto muerto. Pesó 3.900 gramos.

Se resuelve suturar en dos planos, se dejan drenes abdominales y se cierra en planos.

Durante el Acto Operatorio se aplicó: Sangre Total: 1.000 cc i. v. gota a gota- Gra-Plasmoid: 500 cc i. v. gota a gota- Suprahormón de 10 Mlgmos. i. m.

ANESTESIA: General.

Pos-Operatorio: Sin ninguna complicación.

Drogas aplicadas:

Penicilina

Estreptomicina

Vitamina C

Sueros al 5% Dextrosados.

Sale el día 30 de Mayo, en magníficas condiciones.

OBSERVACION N^o. 7

Historia Clínica N^o 60.857

Fecha de Ingreso: Abril 23/53
Nombre: V. C.
Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 6, a término.
Edad: 26 Años.
Sexo: Femenino.
Profesión: Ofs. Domésticos.
Natural de: Umpalá.
Residencia Actual: Los Santos.
Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Sanos.
Tiene 4 Hermanos Sanos.
Esposo: Vivo.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión, Viruela.
Enfermedades de la Edad Adulta: Gripes Frecuentes.
Antecedentes Traumáticos: Ninguno.
Antecedentes Obstétricos: Ninguno.
Antecedentes Tóxicos: Ninguno.
Antecedentes Infecciosos: Ninguno.
Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 14 años. Ciclo 30 x 4.
Dismenorreica.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:
Aparato Circulatorio: Ruidos Cardiacos Velados, T. A.: 11½ x 9.
Pulso: 130 por minuto, débil.
Aparato Respiratorio: Disnea de Esfuerzo y de Reposo.
Aparato Digestivo: Normal.
Sistema Nervioso: Gran Excitabilidad.
Sistema Oseo: Normal.
Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Grávidicas: No.

Abortos: No.

Partos Prematuros: No.

Partos a Término: 5 atendidos en la casa por comadronas. El último parto fue hace dos años.

Ultima Regla: Julio 16 de 1.952

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 24- Bisiliaco: 26- Bitrocanterino: 31- Conjugado Externo: 19.

DESCRIPCION

Relata la paciente que sintió los primeros dolores de parto el día 17 de Abril, en las horas de la mañana, dichos dolores eran débiles y con intervalo aproximado de media hora. Los días siguientes continuaron los dolores poco intensos y muy espaciados. El día 21 de Abril los dolores aumentaron en intensidad y con intervalos de 3 a 4 minutos. En las horas de la tarde aproximadamente a las 15 horas, tuvo un dolor abdominal muy intenso y un poco más tarde pudo apreciar que los movimientos fetales se habían suspendido, así como también los dolores del trabajo del parto y continuó con dolor continuo en el bajo vientre.

El día 22 de Abril, dicho dolor continuaba muy intenso y casi insoportable y decide trasladarse al Hospital, a donde ingresa a las 12½ de la noche, Se halla el siguiente cuadro al examen: Facies Peritoneal, sudor frío pegajoso, Ojos escavados, Pulso 130 x minuto, débil, irregular. T. A.: 11½ x 9. Con dolor abdominal tan intenso que hacía casi imposible la palpación, y el decúbito Dorsal.

A pesar de ello verificamos la Palpación Superficial y se pudieron apreciar partes fetales superficiales. Al T. V.: Se hallaba una brecha localizada sobre la cara posterior del Segmento y se tocaba fácilmente el Intestino, había escasa hemorragia vaginal. Ruidos cardiacos fetales: Negativos. Se ordena como tratamiento: Dextrosa al 5% 1.000 cc i. v. gota a gota- Penicilina i. m. Estreptomicina i. m. Vitamina C i. m.- Bolsa caliente a permanencia en el cuerpo: Se deja en observación.

El día 23 de Abril, a las 10 a. m. se practica Laparotomía Infra-Umbilical Mediana, al abrir el Peritoneo se halló en la Cavidad Abdominal, gran cantidad de sangre de mal olor, feto fuera de la matriz, e iniciando primer grado de maceración. Asas Intestinales con Placas de color blanco-amarillento y muy congestionadas. Matriz presentando una

Ruptura en el Segmento en su cara posterior y continuándose dicha ruptura con el Cuello por su Cara Anterior en una anchura de 5 Cmts.

Dada la situación se resolvió practicar una Histerectomía Sub-Total. Se aplica un Coctel de Penicilina-Estreptomicina en Cavidad Abdominal, se dejan drenes abdominales, se procede al Cierre en Planos.

Durante el acto operatorio se aplicaron: Sol Glucosada al 5% 1.000 cc i. v- gota a gota- Gra-Plasmoid 1,000 cc i. v. gota a gota- Sangre total 500 cc i. v. gota a gota- Morfina Atropina i. m. Coramina i. m.
ANESTESIA: General.

Pos-Operatorio: Satisfactorio. Sin ninguna complicación.

Drogas aplicadas

Penicilina

Estreptomicina

Aureomicina

Vitamina C

Sueros

Prostigmina

Sale en buenas condiciones el día 30 de Abril. Se cita para futuros controles.

OBSERVACION N^o. 8

Historia Clínica N^o. 62.310

Fecha de Ingreso: Julio 10/53

Nombre: M. M.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 6, a término, en Presentación cefálica. Modalidad de vértice.

Sexo: Femenino.

Edad: 30 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Floridablanca (S.)

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Sano.

Hijos: 5 vivo, sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Enfermedades de la Infancia:* Viruela, Parotiditis.
Edad Adulta: Sin importancia.
Antecedentes Traumáticos: Ninguno.
Antecedentes Obstétricos: No.
Antecedentes Tóxicos: No.
Antecedentes Infecciosos: Ninguno.
Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: A los 14 años. Ciclo: 30 x 5 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

- Examen Físico:*
Aparato Circulatorio: Cl. Normal.
Aparato Digestivo: Cl. Normal.
Aparato Urinario: Cl. Normal.
Sistema Oseo: Normal.
Sistema Nervioso: Cl. Normal.
Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

- Intoxicaciones Gravídicas:* No.
Abortos: No.
Partos Prematuros: No.
Embarazo Actual No.: Seis.
Edad al Ingresar: 9 meses.
Ultima Regla: No recuerda.

EXAMEN OBSTETRICO

- Abdomen Globuloso Grávido.*
Palvimetría: Biespinoso Anterior: 24- Cmts. Bisilíaco: 26- Bitrocantero: 31- Conjugado Externo: 10

DESCRIPCION

Al examen el día 10 se halla: Altura Uterina de 31 Cmts. Feto N^o. 1. Situación: Longitudinal- Presentación: Cefálica- Variedad de Presenta-

ción: Vértice- Posición: Izquierda-Auscultación Fetal: Negativa- Movimientos fetales: Negativos- T. V.: Organos Genitales Externos y Periné: Normales. Cuello duro, con dilatación de 2 Cmts. Membranas Rotas. Variedad de Posición: Anterior. Como se halla el feto muerto, se induce el Trabajo del Parto: Se le aplican dos inyecciones de Foliculina. Luego 5 Unidades de Pitocin disueltas en 500 cc de Sol Glucosada al 5%. Gota a Gota. No es posible desencadenar el trabajo. Los días comprendidos entre el 12 al 18 de Julio se le aplica cada media hora 2 Unidades de Pitocin. En las horas del medio día la paciente presenta Vómito Fecaloides, se halla una facies peritoneal marcada. T. A.: 8 x 5- Pulso 130 x minuto, irregular, débil, temperatura de 38,5 Gdos. En pésimo estado pasa a la Sala de Cirugía: Se le practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, se halla un cuadro franco de Peritonitis Generalizada. Se revisa la Matriz y se encuentra una brecha del Segmento, aproximadamente de 7 Cmts. Feto muerto, macerado. Se resuelve practicar Histerectomía Total. Localmente se aplica Penicilina- Estreptomicina. Se deja drenaje abdominal y se cierra en Planos. En la Sala de Cirugía, durante el acto operatorio, se aplicó: 1.500 cc de Sol Glucosada al 5% Gota a Gota- Coramina 1 ampolla I. M.

ANESTESIA: General.

Al terminar la Intervención falleció la Paciente.

OBSERVACION N^o. 9

Historia Clínica N^o. 63.270

Fecha. de Ingreso: Septiembre 2/53

Nombre: O. M.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante 4, a término, cefálica encajada, en O. P. Feto Muerto.

Sexo: Femenino.

Edad: 28 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Cáchira.

Residencia Actual: El Playón.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Vivo, Sano.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión.

Edad Adulta: Paludismo, Disentería.

Antecedentes Traumáticos Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Una Cesárea en el primer parto, por distocia del Cuello.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno

Antecedentes Infecciosos: No

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: 18 años. Ciclo 30 x 3 Normal.

EXAMEN ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: Pulso: Débil, 80 x minuto. T. A.: 11 x 9.

Aparato Respiratorio: Normal.

Aparato Digestivo: Normal.

Aparato Genito Urinario: Dolor en el bajo vientre.

Sistema Nervioso: Normal.

Sistema Oseo: Normal.

Organos de los Sentidos: Normal.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: Uno, en el tercer parto, de 3 meses, causa desconocida.

Partos Prematuros: No.

Partos a Término: Dos.

Embarazo Actual: No. 4

Edad al Ingresar: 9 meses.

Ultima Regla: Diciembre 8/51

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría. Biespinoso Anterior: 22- Bisiliaco 25- Bitrocanterino: 30- Conjugado Externo: 20.

DESCRIPCION

Relata la Paciente, que sintió los primeros dolores de parto el 2 de Septiembre, en las horas de la mañana, dichos dolores se presentaron muy fuertes y frecuentes. En las horas del medio día, subitamente sintió un intenso y agudo dolor abdominal. Seguidamente, pudo observar que las contracciones Uterinas cesaron y así mismo dejó de sentir los movimientos fetales. Ingresa al servicio: a las 11½ p. m. del 2 de Septiembre, el pulso es débil, 80 por minuto. T. A.: 11 x 9. A la palpación abdominal, se aprecian partes fetales superficiales. Al T. V.: Feto en

posición de desprendimiento (Polo Cefálico). Se aplica un Forceps de desprendimiento; peso del feto 3.800 gramos. Se procede a revisar la Matriz, una vez vaciada, y se halla una ruptura Uterina. Con este diagnóstico se pasa a la Sala de Cirugía. Se hace una Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, se halla en la cavidad abdominal, gran cantidad de sangre, se enjuga y se aspira, se revisa la matriz y se le halla una ruptura en la Cara Anterior del Segmento y Borde Derecho, en extensión de 5 a 6 Cmts., que ha interesado la Arteria Uterina Derecha; dada la gravedad y estado se resolvió practicar una Histerectomía Sub-Total.

Durante el acto operatorio se aplicó: Gra-Plasmoid 500 cc Gota a Gota- Sangre Total: 800 cc Gota a Gota- Sol Glucosada al 5% 500 cc. i. v, gota a gota.

ANESTESIA: General.

Post-Operatorio: No se presentó ninguna complicación.

Tratamiento General:

Penicilina

Estreptomicina

Vitamina C

Sueros

Calmantes

Sale en Magníficas Condiciones el día 20 de Septiembre,

OBSERVACION Nº. 10

Historia Clínica Nº. 63.857

Fecha de Ingreso: 30 de Septiembre /53

Nombre: J. B.

Diagnóstico Obstétrico: Tercigestante a término.

Sexo: Femenino.

Edad: 31 años.

Profesión: Ofs, Domésticos.

Natural de: Enciso.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Soltera.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Hermanos: Dos, Sanos.

Esposo: Se desconocen datos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión y Viruela.
Edad Adulta: Grippes Frecuentes.
Antecedentes Traumáticos: Ninguno.
Antecedentes Obstétricos: Ninguno.
Antecedentes Tóxicos: Ninguno.
Antecedentes Infecciosos: Ninguno.
Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: 12 años, Ciclo 30 x 6 días Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: Pulso 100 x minuto, débil. T. A.: 9 x 6. Ruidos Cardíacos Velados.
Aparato Respiratorio: Disnea de Esfuerzo.
Aparato Digestivo: Cl. Normal.
Aparato Urinario: Cl. Normal.
Sistema Nervioso: Cl. Normal.
Sistema Oseo: Normal.
Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.
Abortos: No.
Partos Prematuros: No.
Partos a Término: Dos.
Embarazo Actual N^o. tres.
Edad al ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.
Pelvimetría: Biespinoso ant: 25- Bisilfaco: 27- Bitrocanterino: 32- Conjugado Externo 20.

DESCRIPCION

Relata la Paciente que sintió los primeros dolores de parto el día 28 de Septiembre; dichos dolores eran muy intensos y poco frecuentes.

Fué atendida inmediatamente por Comadrona, quien aplicó una inyección de Pitocin: los dolores se hicieron, más intensos y con mayor frecuencia. El día 29 se le aplicó otra ampolleta de Pitocin, subitamente en las horas de la noche, sintió un agudo y sostenido dolor en el Hipogastrio, y sensación de mareo; los dolores de parto cesaron, dejó de sentir los movimientos del feto y se presentó vómito alimenticio. Ingresa al servicio el día 30 de Septiembre, al examen se encuentra un pulso de 100 x minuto, débil e irregular. T. A.: 8 x 6. Paciente sudorosa, fría, angustiada y con gran disnea y en intenso estado de anemia. A la palpación abdominal superficial, acusa gran dolor, no se dilimita matriz, y se palpan partes fetales superficiales. Al T. V.: Periné, Vulva y Vagina: Normales. Cuello con dilatación de 4 Cmts.; se aprecia desgarro del segmento. En estas condiciones se pasa a la Sala de Cirugía.

Se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, al abrir el Peritoneo se halla gran cantidad de sangre en la cavidad abdominal, feto fuera de la Matriz, muerto. Pesó 3.600 gramos. Se revisa la Matriz y se halla un desgarro en T. Se resuelve practicar la Histerectomía Total.

Se dejan drenes en la cavidad abdominal, peritonización cierre en planos.

Tratamiento durante el acto operatorio: Sangre: 500 cc i. v. gota a gota- Sol Glucosada al 5% 1.000 cc i. v. gota a gota- Gra-Plasmoid: 500 cc i. v. gota a gota- Suprahormón de 10 Mlgs. i. m.

ANESTESIA: General.

Post-Operatorio: Sin ninguna complicación.

Drogas Generales Administradas:

Sueros

Penicilina

Estreptomicina

Vitamina C

Sale en magníficas condiciones del Servicio el 9 de Octubre del 53.

OBSERVACION Nº. 11

Historia Clínica Nº. 64.408

Fecha de Ingreso: Octubre 20/53

Nombre: G. A.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 7 a término.

Sexo: Femenino.

Edad: 30 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Rionegro.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre: Vivo, Sano.

Madre: No se conocen datos.

Esposo: Vivo, Sano.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: No dá datos.

Edad Adulta: No dá datos.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: No.

Antecedentes Infecciosos: No.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 13 años. Ciclo 30 x 4 Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: Ruidos cardiacos velados y débiles. Pulso 120 x minuto. Anemia.

Aparato Respiratorio: Disnea de Esfuerzo.

Aparato Digestivo: Nauseas.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Nervioso: Excitabilidad.

Sistema Oseo: Normal.

Organo de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: No.

Partos Prematuros: No.

Partos a Término: 6

Embarazo Actual: Nº. 7

Edad al Ingresar: 9 meses.

Ultima Regla: Enero 4/53

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso: 24- Bisiliaco: 26- Bitrocanterino 32- Conjugado Externo: 20.

DESCRIPCION

Relata la Paciente que tuvo las primeras contracciones de Parto, en la mañana del 29 de Octubre; dichas contracciones se presentaron con gran intensidad y muy poco frecuentes. La paciente era atendida por comadrona, quien le aplicó una inyección de Pitocin (se desconoce la dosis empleada). Súbitamente experimentó un dolor abdominal muy agudo, cesaron las contracciones del trabajo del parto y dejó de sentir los movimientos fetales (ésto aconteció en las horas de la tarde del 29). Como el dolor abdominal se hacía cada vez más intenso y permanente, casi inaguantable, ingresa al Hospital, en las horas de la mañana del 30 de Octubre. Al examen, se halla una paciente intensamente anémica, con pulso de 120 por minuto, débil e irregular, sudorosa y muy fría. T. A.: 7 x 6. A la palpación abdominal se aprecian partes fetales superficiales.

Se hace diagnóstico de ruptura uterina y se pasa a la Sala de Cirugía en pésimas condiciones.

Se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical; se halla gran cantidad de sangre en la cavidad abdominal. Se revisa la Matriz, y se encuentra una Ruptura del Segmento habiendo sido interesadas ambas Arterias Uterinas. Feto en la cavidad abdominal, muerto, pesó 3.200 gramos. Se resolvió practicar Histerectomía Total. Drenes abdominales. Cierre en Planos. La Paciente falleció.

Tratamiento durante el acto operatorio: Gra-Plasmoid: 500 cc i. v. gota a gota. Sangre total: 1.000 cc i. v. gota a gota. Coramina i. m. Suprahormón i. m. Sol Glucosada: 500 cc i. v. gota a gota. ANESTESIA: General.

OBSERVACION Nº 12

Historia Clínica Nº 64.326

Fecha de ingreso: Noviembre 2/53

Nombre: R. F.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 5 a término en Presentación Cefálica, Modalidad de Vértice. En trabajo.

Sexo: Femenino.

Edad: 26 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Tona.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Sano.

Hijos: Tres, Vivos, Sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Viruela, Sarampión.

Edad Adulta: Grippes Frecuentes.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Cuarto embarazo, Cesárea por Distocia Fetal.

Antecedentes Tóxicos: No.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Ciclo 30 x 3 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: Normal.

Aparato Respiratorio: Cl. Normal,

Aparato Digestivo: Cl. Normal.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Cl. Normal.

Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: Uno, causa desconocida.

Partos Prematuros: No.

Embarazo Actual: Nº 5

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso Ant.: 25- Bisiliaco: 28- Bitrocanterino: 30-
Conjugado Externo: 18½.

DESCRIPCION

Relata la paciente que sintió los primeros dolores de Parto, el día 26 de Octubre, los dolores eran intensos y poco frecuentes. Luego desaparecieron, hasta el día primero de Noviembre, en que empezó a sentir nuevamente contracciones dolorosas en las horas de la mañana, dichas contracciones eran intensas y frecuentes; en las horas de la tarde dejó de sentir los movimientos fetales, las contracciones continuaban muy intensas y cada vez más frecuentes. Resuelve ingresar al Hospital.

Llega al Servicio, el día dos de Noviembre. Al examen se halla: Feto Nº 1. Situación: Longitudinal. Presentación: Cefálica- Modalidad de Presentación de Vértice- Posición: Derecha. Al T. V.: Periné y Organos Genitales Externos: Normales- Cuello Blando, con dilatación de 7 Cmts. Variedad de Posición: Derecha Anterior- Bolsa Rota- Auscultación Fetal: Negativa.

Se deja en observación, pues el trabajo del Parto se lleva a cabo de una manera satisfactoria. Momentos antes de la expulsión del feto, relata la paciente que sintió un dolor muy agudo en el Hipogástrico. Después de haber sido expulsado el feto que pesó 3.450 gramos, dicho dolor continuó muy agudo. Poco después, se presentó escalofrío, y la temperatura ascendió a 40º Ctgdos. El pulso, se hizo débil, irregular y con frecuencia de 150 x minuto. T. A.: 8 x 6. La Paciente suda copiosamente y la Matriz no se contrae, se revisa la Matriz y se halla Ruptura del Segmento; se pasa a la Sala de Cirugía: Pre-Medicación: Morfina 1 ampolla i. m. 1 Seconal.

Se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, al abrir Peritoneo se halla gran cantidad de sangre en la cavidad abdominal. Se observa cuadro franco de Inflamación Peritoneal. Se revisa la Matriz y se halla una Ruptura de 15 Cmts. de Longitud del Segmento, se resuelve suturar en planos. Se aplica localmente Penicilina- Estreptomicina- Se deja drenaje abdominal y se procede al cierre en planos.

Post-Operatorio: Los tres primeros días, la temperatura es de 40º. Pulso: 100 x minuto. Se le aplica Gra-Plasmoid i. v. gota a gota y Sueros Glucosados i. v. gota a gota. Iloticina i. v. 100 Mlgmos. y cápsulas de Terramicina de 250 Mlgmos. cada 6 horas. El cuarto día se presenta una retención intestinal, se le aplica un Enema Jabonoso y Prostigmina. Se continúa administrando Terramicina. Sale el 12 de Noviembre en buen estado general. Supurados dos puntos se cita a curaciones dos veces por semana.

OBSERVACION Nº 13

Historia Clínica Nº 66.874

Fecha de Ingreso: Febrero 23/54

Nombre: L. Q.

Diagnóstico Obstétrico: Primigestante a término. En Presentación efálica. Modalidad de Vértice.

Sexo: Femenino.

Edad: 30 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Rionegro.

Residencia Actual: Rionegro.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Ha sufrido de ataques reumáticos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Viruela.

Edad Adulta: Sin importancia.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 14 años. Ciclo: 28 días por 5. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: T. A.: No se puede oír.- Pulso: Filiforme, 160 x minuto- Ruidos Cardíacos Velados.

Aparato Respiratorio: Cl. Normal.

Aparato Digestivo: Vómito.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: No.

Partos Prematuros: No.

Embarazo Actual No.: 1

Ultima Regla: Mayo 20/53

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Palvimetría: Biespinoso Anterior: 24 Cmts. Bisilíaco: 26½ Cmts. Bitrocanterino: 30 Cmts. Conjugado Externo: 18½ Cmts.

DESCRIPCION

Según relatan los familiares de la Paciente, hace 3 días inició los dolores de parto, muy intensos y frecuentes. Fué atendida en la casa por una enfermera. Hoy, día 23 experimentó un dolor muy agudo en el Hipogastrio e inmediatamente se presentó una copiosa hemorragia por la vía vaginal; los dolores de parto se calmaron y la enferma relató que no sentía los movimientos fetales. Esto sucedió a las 5 a. m. La Paciente ingresa al Servicio a las 10½ a. m. en estado de Shock. Al examen se halla una Matriz contracturada y se alcanzan a percibir partes fetales superficiales. T. V.: Periné y Organos Genitales Externos: Normales. La Presentación: Cefálica, modalidad de Vértice en el estrecho inferior, variedad de posición anterior. Ruidos Fetales: Negativos. Se resuelve aplicar Forceps de Desprendimiento. El feto pesó 3.400 gramos. Se revisa la Matriz y se halla un desgarro del Segmento. Se pasa a la Sala de Cirugía: se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical. Al abrir el Peritoneo se halla escasa cantidad de sangre, mezclada con líquido amniótico en la cavidad abdominal. Se revisa la Matriz y se encuentra un desgarro en L del segmento comprometiendo la arteria uterina izquierda. Se resuelve practicar Histerectomía Total dadas las circunstancias en que se halla la Matriz. También se practicó Colpotomía posterior. Se dejan drenes en la cavidad abdominal y se procede a cerrar en planos. Feto, se extrajo muerto.

Durante el acto operatorio se aplicó: Sangre total 1.000 cc i. v. gota a gota- Sol Glucosada al 5% 500 cc i. v. gota a gota- Gra-Plasmoid: 1.000 cc i. v. gota a gota- Coramina 1 Ampolla i. m.

ANESTESIA: General.

Post-Operatorio: Sin complicaciones.

Drogas Generales aplicadas:

Penicilina

Estreptomicina

Sueros Dextrosados al 5%

Gra-Plasmoid

Calmantes
Analépticos

Sale del Servicio el día 22 de Marzo/54 en magníficas condiciones.

OBSERVACION Nº 14

Historia Clínica Nº 67.116

Fecha de Ingreso: Marzo 4/54

Nombre: S. P.

Diagnóstico Obstétrico: Secundigestante de 7 meses.

Sexo: Femenino.

Edad: 33 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Lebrija.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Sufre de gripes frecuentes.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión, Viruela.

Edad Adulta: Sin importancia.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: En el primer parto, Cesárea Segmentaria, por desproporción Céfalopélvica.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: A los 14 años. Ciclo 28 x 4 a 5 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: T. A.: 6 x 4- Pulso 160 x minuto, irregular.

Aparato Respiratorio: Cl. Normal.

Aparato Digestivo: Diarrea negruzca, Vómito marcado.

Sistema Oseo: Normal.

Aparato Urinario: Cl. Normal.
Sistema Nervioso: Cl. Normal.
Organos de los Sentidos: Normales.

EXAMEN OBSTETRICO

Intoxicaciones Gravídicas: No.
Abortos: No.
Partos Prematuros: No.
Embarazo Actual: Nº 2
Ultima Regla: Julio 25/53
Edad al Ingresar: 7 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 23 Cmts. Bisiliaco: 27 Cmts. Bitrocanterino: 31 Cmts. Conjugado Externo: 20 Cmts.

DESCRIPCION

Relata la Paciente, que el 4 de Marzo, en las horas de la mañana sintió dolores como de parto, y, que momentos después se presentó una hemorragia vaginal intensa acompañada de coágulos. En este estado continuó todo el día. Además se presentó diarrea de coloración negruzca y vómito alimenticio sostenido. El día cuatro, en las horas de la mañana, una enfermera le aplicó una inyección de Pituitrina (se desconoce la dosis), seguidamente el estado general empeoró y es trasladada al Hospital.

Ingresa al Servicio a las 11 de la noche, al examen se aprecia una paciente intensamente anémica acusando dolor continuo abdominal, poco marcado; T. A.: 6 x 4- Pulso: 160 x minuto, regular débil. Ruidos Cardiacos: Velados. Al T. V.: Periné y Organos Genitales Externos: Normales. Se aprecia un Cuello duro entreabierto, con el orificio interno cerrado, no se aprecian huellas de hemorragia vaginal. Se le aplica Gra-Plasmoid 500 cc i. v. gota a gota. Sol Glucosada al 5% 1.000 cc i. v. gota a gota. Suprahormón de 10 Mlmos i. m. Bolsa con agua caliente Analepsina i. m. La T. A.: subió a 10 x 6. Continúa en observación. A las 7 a. m. del día 5 de Marzo, no se oye la tensión arterial, el pulso es filiforme e incontable, la paciente entra en Shock. Se ordena colocarla en posición de Trendelemburg, se le aplica Gra-Plasmoid, Analepsina. La Paciente fallece a las 8 y 30 minutos de la mañana.

Al practicarle la autopsia, se halló una ruptura de 12½ Cmts. de longitud en el Segmento.

Feto muerto.
Signos de Peritonitis Generalizada.

OBSERVACION N^o. 15

Historia Clínica N^o 68.806

Fecha de Ingreso: Mayo 29/54

Nombre: H. O.

Diagnóstico Obstétrico: Primigestante, de 2 meses 11 días con aborto incompleto.

Sexo: Femenino.

Edad: 30 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Aratoca.

Residencia Actual: Aratoca.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Sano.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Viruela.

Edad Adulta: Gripes Frecuentes.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 15 años. Ciclo: 30 x 8 a 14 días. Muy abundante.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: Cl. Normal.

Aparato Respiratorio: Cl. Normal.

Aparato Digestivo: Cl. Normal.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: El actual embarazo con 2 meses de duración.

Partos Prematuros: No.

Embarazo Actual: N^o. 1

Ultima Regla: Marzo 8/53

Edad al Ingresar: 2 meses, 11 días.

EXAMEN OBSTETRICO

Senos Congestivos.

Máscara de Embarazo.

DESCRIPCION

Ingresa al Servicio, presentando hemorragia vaginal, con coágulos negruzcos. Al examen: se halla el cuello con dilatación de 6 Cmts, blando y se palpan restos uterinos. Se practica Legrado Uterino y taponamiento. Se deja en observación. Se le aplica Penicilina, Estreptomina, Analgina. La hemorragia continúa abundante. El día 8 de Junio, se resuelve, practicar una revisión instrumental: al introducir el Histerómetro, accidentalmente se atraviesa la pared uterina; se toma la tensión arterial que se halla 11 x 7; pulso: 100 x minuto. Con posible diagnóstico de ruptura uterina se pasa a la Sala de Cirugía. Se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical. Al revisar la Matriz, se halla una ruptura de 1 Cmt. de longitud en la cara posterior, hacia la parte superior en el ángulo derecho. Se sutura en dos planos con Catgut Cromado N^o 2. Se peritoniza, se procede a cerrar en planos.

Post-Operatorio: Sin ninguna complicación.

Drogas Generales aplicadas:

Penicilina

Estreptomina

Soluciones Glucosadas

Vitamina C

Calmantes

Sale el 18 de Junio en magníficas condiciones.

OBSERVACION N^o. 16

Historia Clínica N^o. 73.119

Fecha de Ingreso: Junio 21/54

Nombre: D. M. C.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 5, a término, en trabajo.
Sexo: Femenino.
Edad: 25 años.
Profesión: Ofs. Domésticos.
Natural de: Silos.
Residencia Actual: Cuesta Boba.
Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.
Hijos: 4 Sanos.
Esposo: Sano.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión, Tos Ferina, Viruela.
Edad Adulta: Sin Importancia.
Antecedentes Traumáticos: Ninguno.
Antecedentes Obstétricos: Ninguno.
Antecedentes Tóxicos: Ninguno
Antecedentes Infecciosos: Ninguno.
Antecedentes Ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclo 30 x 4 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:
Aparato Circulatorio: T. A.: 10 x 5. Pulso: 120 x minuto, irregular.
Ruidos Cardiacos: Velados.
Aparato Respiratorio: Cl. Normal.
Aparato Digestivo: Vómitos Frecuentes.
Aparato Urinario: Cl. Normal.
Sistema Oseo: Normal.
Sistema Nervioso: Cl. Normal.
Organo de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.
Abortos: No.
Partos Prematuros: No.
Embarazo Actual: Nº. 5

Ultima Regla: Agosto 28/53

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 24 Cmts. Bisiliaco: 27 Cmts. Biotrocanterino: 31 Cmts. Conjugado Externo: 19½ Cmts.

DESCRIPCION

Relata la Paciente, que el día 20, se iniciaron los dolores de parto muy intensos y cada vez más frecuentes; el día 21 a las 3 p. m. notaron la procidencia de una mano y las contracciones se hacían cada vez más intensas; a las 4 p. m. sufrió un vértigo y luego hubo pérdida total del conocimiento por 15 minutos, seguidamente los dolores de parto se suspendieron y la paciente no volvió a sentir los movimientos fetales. A las 5 p. m. ingresa al servicio. Al examen se hallan, a la palpación partes fetales superficiales, al Tacto Vaginal: Periné y Organos Genitales Externos: Normales. Procidencia de la mano derecha y cordón con nudo verdadero. Se le aplica 1 morfina i. m. se le dá a tomar 1 Seconal. Se pasa a la Sala de Cirugía: se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, al abrir el Peritoneo se halla abundante sangre en la cavidad abdominal, se revisa la matriz y se halla un desgarro al nivel del Segmento, quedando solo parte de la pared posterior uniendo el cuello con el cuerpo; el Parametrio izquierdo infiltrado por un gran hematoma. Dadas las circunstancias se resolvió practicar una Histerectomía sub-Total, con conservación del Ovario Derecho. Se dejaron drenes abdominales. Peritonización. Cierre en planos.

El feto se halló muerto en la cavidad abdominal. El feto pesó 3.150 gramos.

Durante el Acto Operatorio se aplicó: Sangre Total 500 cc i. v. gota a gota. Gra-Plasmoid: 1.000 cc i. v. gota a gota. Sol Glucosada al 5% 1.500 cc i. v. gota a gota. Analepsina. 1 Ampolla im.

ANESTESIA: General.

Post-Operatorio: Sin ninguna complicación.

Drogas Generales Aplicadas

Terramicina

Sueros al 5% Dextrosados.

Vitamina C

Calmantes

Prostigmina

Salte del Servicio el 5 de julio en magnificas condiciones.

OBSERVACION N^o. 17

Historia Clínica N^o. 74.215

Fecha de Ingreso: Julio 3/54

Nombre: S. C.

Diagnóstico Obstétrico: Tercigestante a término, presentación de hombro con prociencia de un brazo.

Sexo: Femenino.

Edad: 30 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Suratá.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Soltera.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Se desconocen datos.

Hijos: Dos, Vivos, Sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Viruela, Tos Ferina, Sarampión.

Edad Adulta: Grippes Frecuentes.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquía a los 15 años. Ciclo 30 x 3 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: T. A.: 12 x 9. Pulso: 100 por minuto.

Aparato Respiratorio: Cl. Normal.

Aparato Digestivo: Cl. Normal.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Cl. Normal.

Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: No.

Partos Prematuros: No.

Embarazo Actual: N^o Tres.

Ultima Regla: 2 de Octubre/53

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 24½ Cmts. Bisiliaco: 26 Cmts. Bitrocanterino: 31½ Cmts. Conjugado Externo: 20 Centímetros.

DESCRIPCION

Relata la paciente, que le empezaron los dolores de Parto, el día 3 en las horas de la mañana. Dichos dolores eran poco frecuentes y de poca intensidad. Era atendida por una enfermera. En este estado continuó durante todo el día; en las primeras horas de la noche se le aplicaron dos inyecciones de Pituitrina. Pocos momentos después presentó un dolor muy agudo en el Hipogastrio y salió una cantidad escasa de sangre por la vagina. El dolor continuó muy agudo en el Hipogastrio. A las 12 de la noche ingresa al Servicio, al examen se halla la matriz contracturada, se encuentra una presentación de hombro con procidencia de un brazo, dilatación del cuello de 8 Cmts., ruidos fetales negativos. La paciente acusa dolor agudo y permanente del Hipogastrio. Estado general satisfactorio. Se le aplica morfina y se le dá un Seconal. Se deja en observación. El día cuatro (4) a las 9 a. m. se halla con T. A.: 9 x 6. Pulso 120 x minuto, débil, matriz muy contracturada, facies congestiva, sudorosa y muy fría. Se decide operar con diagnóstico de posible ruptura uterina. Se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical. Al abrir el Peritoneo se encuentra abundante cantidad de sangre en la cavidad abdominal. Se revisa la Matriz y se encuentra una Ruptura de la Cara Anterior del Segmento aproximadamente de 2½ Cmts. de longitud. Se resuelve ampliarla y se extrae por ella, el feto muerto, que pesó 3.200 gramos. Se sutura en dos planos la matriz, peritonización y cierre de la pared por planos.

Durante el acto operatorio se aplicó: Gra-Plasmoid 1.000 cc i. v. gota a gota. Sangre total 600 cc. i. v. gota a gota. Supra-Hormón una ampolla de 10 Mlgmos. i. m.

ANESTESIA: General.

Post-Operatorio: Sin ninguna complicación.

Drogas Generales Administradas:

Soluciones Glucosadas al 5%

Penicilina
Estreptomicina
Prostigmina
Vitamina C
Calmantes

Salió del Servicio el 21 de Julio, en magníficas condiciones.

OBSERVACION N^o. 18

Historia Clínica N^o. 76.052
Fecha de Ingreso: Septiembre 14 de 1.954
Nombre: E. M.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 6 en amenaza de aborto de 2 meses.

Sexo: Femenino.
Edad: 22 años.
Profesión: Ofs. Domésticos
Natural de: Barichara.
Residencia Actual: Bucaramanga.
Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.
Esposo: Vivo, Sano.
Hijos: Dos, vivos, sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Viruela, Sarampión.
Edad Adulta: Gripes Frecuentes.
Antecedentes Traumáticos: Ninguno.
Antecedentes Obstétricos: Ninguno.
Antecedentes Tóxicos: Ninguno.
Antecedentes Infecciosos: Ninguno.
Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 17 años, Ciclo 30 x 3 días, acompañada de dolores.

ESTADO ACTUAL

Aparato Circulatorio: T. A.: 15 x 10. Corazón Normal. Pulso: 78 x minuto, regular.

Aparato Respiratorio: Cl. Normal
Aparato Digestivo: Acedías, vómito frecuente.
Aparato Urinario: Cl. Normal.
Sistema Oseo: Normal.
Sistema Nervioso: Cl. Normal.
Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.
Abortos: Tres, se desconoce la causa.
Partos Prematuros: No.
Embarazo Actual Nº. 6
Ultima Regla: Junio 26/54
Edad al ingresar: 2 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Senos Congestivos.
Cloasma Facial. Abdomen ligeramente globuloso.
Pigmentación marcada de la mucosa vaginal.

DESCRIPCION

Relata la Paciente, que desde los primeros días de amenorrea, el malestar general fué muy marcado; se presentaron náuseas y vómitos frecuentes. Gran irritabilidad nerviosa. Al examen se halla: Periné y órganos genitales externos normales. Al tacto vaginal, encontramos un cuello largo, con 4 Cmts. de dilatación. Se aprecia gran hemorragia vaginal y eliminación de partes ovulares. Se pasa a la Sala, se practica el raspado y al introducir la cureta, se aprecia la sensación de vacío. Con deagnóstico de ruptura uterina se hace Laparotomía Mediana Infra-Umbilical. Al abrir el Peritoneo se halla escasa cantidad de sangre en la cavidad abdominal; se revisa la Matriz y se encuentra una ruptura de 3 Cmts. de longitud en su cara posterior. Se extrae de la matriz, un globo con una serie de bellocidades, que semejava un pequeño racimo de uvas. Se procede a suturar la matriz en dos planos, se dejan drenes abdominales, y se cierra en planos.

Durante el Acto Operatorio, se aplicó: Sangre 500 cc i. v. gota a gota. Gra-Plasmoid 1.000 cc i. v. gota a gota. Solución Glucosada 1.500 cc gota a gota i. v.

ANESTESIA: General.

Post-operatorios Opio: Sin complicaciones.

Drogas Generales aplicadas:

Penicilina

Estreptomicina

Sueros al 5% Dextrosados.

Calmantes.

Sale el 24 de Septiembre en magníficas condiciones. Se cita a controles semanales, pues el examen de las bellocidades comprobó la existencia de una Mola Hidatiforme.

OBSERVACION N^o. 19

Historia Clínica N^o. 63.247

Fecha de Ingreso: Noviembre 22/54

Nombre: A. D. V.

Diagnóstico Obstétrico: Tercigestante a término.

Sexo: Femenino.

Edad: 27 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Piedecuesta.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Vivo, Sano.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Viruela.

Edad Adulta: Colitis, anginas.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 12 años. Ciclo 30 x 3 a 5 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: T. A.: 4 x 2. Pulso 160 x minuto, débil. Corazón: ruidos velados.

Aparato Respiratorio: Disnea de reposo.

Aparato Digestivo: Cl. Normal.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Organo de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: No.

Partos Prematuros: No.

Embarazo Actual: Nº. 3

Ultima Regla: 9 de Febrero/54

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 23 Cmts. Bisiliáco: 25 Cmts. Biotrocanterino: 32 Cmts. Conjugado Externo: 18½ Cmts.

DESCRIPCION

Relata la Paciente, que inició dolores de parto, el 22 de Noviembre a las 2 a. m. Las contracciones eran intensas y frecuentes. Así permanece durante todo el día en la casa, con trabajo de parto intenso, atendida por una comadrona, quien le aplica 3 ampolletas de Pitocín. Pocos minutos después de habérsele aplicado dichas inyecciones experimentó un dolor muy intenso en el Hipogastrio; a las 4½ a. m. la paciente entra en Shock y es traída al Servicio en donde al examen se encuentra una paciente sudorosa, fría, intensamente pálida con disnea de reposo y de esfuerzo, en gran excitabilidad nerviosa, pulso de 160 x minuto, débil, ruidos cardiacos velados. A la palpación abdominal se hallan partes fetales superficiales. Se hace diagnóstico de ruptura uterina. Se pasa a la Sala de Cirugía y se practica Laparotomía Mediana, Infra-Umbilical, al abrir el Peritoneo se halla gran cantidad de sangre en la cavidad abdominal, feto en esta cavidad muerto. Pesó 3.300 gramos, se revisa la matriz y se encuentra una ruptura del Segmento casi total que interesó el borde izquierdo lesionando la arteria uterina izquierda. En estas condiciones se resuelve practicar Histerectomía Sub- Total. Se deja drenaje abdominal, se peritoniza, se procede a cerrar en planos.

Durante el Acto Operatorio se aplicó: 400 cc de sangre total i. v. gota a gota. Gra-Plasmoid 1.000 cc i. v. gota a gota. Sol Glucosada al 5% 1.500 cc i. v. gota a gota.

ANESTESIA: General.

NOTA: En el primer parto, el feto murió por retención de cabeza última.

En el segundo parto el feto murió in útero, se desconoce la causa.

Post-Operatorio: No se presentó ninguna complicación.

Drogas Generales Aplicadas:

Terramicina

Penicilina

Estreptomicina

Sueros Glucosados al 5%

Vitamina C

Calmantes

Sale del Servicio el primero de Diciembre en magníficas condiciones.

OBSERVACION N^o. 20

Historia Clínica N^o. 78.545

Fecha de Ingreso: 26 de Noviembre /54

Nombre: L. G. B.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 8 a término, en trabajo.

Presentación Cefálica. Modalidad de Vértice.

Sexo: Femenino.

Edad: 26 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Bucaramanga.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Vivo, Sano.

Hijos: Seis, vivos, sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión, Viruela.

Edad Adulta: Cólicos Hepáticos Frecuentes.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 14 años; 30 x 4 días. Acompañada de dolores.

EXAMEN ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: Cl. Normal.

Aparato Respiratorio: Cl. Normal.

Aparato Digestivo: A la Palpación abdominal, el punto Vesicular muy doloroso. Acedías frecuentes.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: El primer parto, de 4½ meses, causa desconocida.

Partos Prematuros: No.

Embarazo Actual: No. 8

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría. Biespinoso Anterior: 23 Cmts. Bisilíaco 26. Cmts. Bitrocanterino 31 Cmts. Conjugado Externo: 19½ Cmts-

DESCRIPCION

Ingresa al Servicio con dolores de parto distanciados; se practica examen y se encuentra: Feto N° 1. Situación: Longitudinal. Presentación: Cefálica. Modalidad de Presentación: Vértice. Posición: Izquierda. se deja en observación. A las 7 a. m. se practica T. V.: Periné, órganos genitales externos: Normales. Se halla un Cuello duro, con dos centímetros de dilatación. Presentación alta, con, variedad de Posición Izquierda anterior. Se ordena aplicar i. m. una ampolla de Atrinal. Poco después cesa el trabajo del Parto; así continúa todo el día. En las primeras horas de la noche reaparece el trabajo del Parto, con contracciones poco intensas y muy distanciadas. A las 11 p. m. se aplica i. m. 1 Unidad de Pitocín. Poco después se practica un nuevo T. V.: se halla el

cuello con reborde duro, con 6 Cmts. de dilatación, presentación alta, Bolsa íntegra. El trabajo del Parto ha mejorado: las contracciones son más frecuentes y más intensas; se aplica i. m. 1 ampolla de Atrinal. A las 12 p. m. de la noche se ordena aplicar, 1 Unidad de Pitocin, por equivocación de la enfermera se aplican 6 unidades, seguramente la dilatación no era completa, las contracciones se hacen sub-intrantes. A las 12 y 10 minutos expulsa el feto, vivo. Pesó 3.300 gramos. Inmediatamente acusa la paciente agudo y sostenido dolor en Fosa Iliaca Izquierda y se presenta abundante hemorragia vaginal. El pulso se hace filiforme e irregular, la tensión Arterial no se oye, la paciente se pone sudorosa, fría y con disnea marcada de reposo. Pocos segundos después entra en estado de Shock.

Se ordena: Gra-Plasmoid 500 cc i. v. gota a gota. Oxígeno a permanencia. Analepsina 1 ampolla i. m. Al terminarse los 500 cc de Gra-Plasmoid. la T. A.: se halla en 6 x 0. El interno hace diagnóstico de Shock obstétrico. Durante toda la mañana se siguen aplicando Sueros Glucosados al 5% i. v. gota a gota. Gra-Plasmoid i. v. gota a gota. Analépticos y Extracto de Corteza-Suprarrenal. A las 2 p. m. sigue con dolor muy intenso en fosa Iliaca Izquierda, muy fría y sudorosa. T. A.: 5 x 1. Pulso 120 x minuto, filiforme e irregular, gran disnea de reposo, estado de ansiedad.

Se hace revisión uterina y se pasa a la Sala de Cirugía con el diagnóstico de ruptura uterina; se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, al abrir el Peritoneo se halló gran cantidad de sangre en cavidad abdominal, se revisa la Matriz y se aprecia una ruptura del borde izquierdo, en toda su extensión. Debido a que la Necrosis se había extendido demasiado, se resolvió practicar Histerectomía Sub-Total. Se dejan drenes adminales y se cierra en planos.

Tratamiento durante el acto operatorio: 1.500 cc i. v. de Sol Glucosada al 5% gota a gota. 1.000 cc i, v. de sangre total gota a gota.

ANESTESIA: General.

Salió de la Sala de Cirugía en buenas condiciones.

Post-Operatorio: Sin ninguna complicación.

Drogas Generales empleadas:

Terramicina

Sueros

Vitamina C

Calmantes

Salió del Servicio el 9 de Diciembre en buenas condiciones.

OBSERVACION Nº 21

Historia Clínica Nº 79.508

Fecha de Ingreso: Enero 8/55

Nombre: M. R. C.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 5, a término en Presentación de hombro.

Sexo: Femenino.

Edad: 35 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Silos.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre: Vivos, Sanos.

Hijos: 4 Vivos, Sanos.

Esposo: Sano.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión, Viruela.

Edad Adulta: Paludismo.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 14 años. Ciclo 30 x 4 a 5 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Aparato Circulatorio: Pulso: No se halla. Ruidos Cardiacos, Velados. T. A.: No se puede oír.

Aparato Respiratorio: Disnea de Reposo.

Aparato Digestivo: Vómito.

Aparato Urinario. Cl. Normal.

Sistema Oseo: Normal.

Sistema Nervioso: Excitabilidad.

Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OSBTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: Ninguna.

Abortos: No.

Partos Prematuros: No.

Embarazo Actual: N° 5

Ultima Regla: Abril 4/54

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen *Globuloso Grávido.*

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 24 Cmts. Bisiliaco 27 Cmts. Biotrocanterino: 30 Cmts. Conjugado Externo: 20 Cmts.

DESCRIPCION

Relata la Paciente que los dolores de Parto se iniciaron, a las 4 a. m. intensos y frecuentes. Fué atendida poco después por una enfermera. Relata que después de varias maniobras genitales a eso de las 12 del día le extrajo un feto muerto. Como la enfermera se diera cuenta que existía un embarazo gemelar y que el segundo feto no nacía, y que el trabajo del parto se había paralizado, ejecutó varias maniobras obstétricas (posiblemente alguna versión), para extraer el segundo feto. Ante la imposibilidad del nacimiento es trasladada al Hospital, Ingresa al Servicio a las 4½ p. m. Al examen se halla un abdomen globuloso, a la palpación se aprecia una dehiscencia de la Matriz y mucha sensibilidad.

Al T. V.: Organos Genitales Externos muy traumatizados. Se encuentra una presentación de hombro. Enferma muy anémica. Con diagnóstico de Ruptura Uterina se pasa a la Sala de Cirugía: se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, al abrir el Peritoneo se halla escasa sangre en la cavidad abdominal. Se revisa la Matriz y se halla una gran brecha del Segmento, se extrae el feto muerto. se sutura en dos planos. Se dejan drenes abdominales y se cierra en planos.

Durante el acto operatorio se aplicó: Gra-Plasmoid 1.500 cc i. v. gota a gota. Sol Glucosada al 5% 1.500 cc i. v. gota a gota. Percorten 2 ampollas de 10 Mlgmos. i. m.

Analepsina 1 ampolla i. m.

ANESTESIA: General.

Terminada la intervención se deja en la Sala de Cirugía, en posición de Trendelenburg y Oxígeno a permanencia pues el Shock es marcado. La paciente falleció 1 hora después de la Intervención.

OBSERVACION Nº 22

Historia Clínica Nº 57.025

Fecha de Ingreso: Enero 31/55

Nombre: E. O.

Diagnóstico Obstétrico: Tercigestante, de 8½ meses.

Sexo: Femenino.

Edad 18 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Cucutilla.
Residencia Actual: Rionegro.
Estado Civil: Casada

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.
Esposo: Sano.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sin importancia.
Edad Adulta: Sin importancia.
Antecedentes Traumáticos: No.
Antecedentes Obstétricos: Forceps en el primer parto.
Antecedentes Tóxicos: Ninguno.
Antecedentes Infecciosos: Ninguno.
Antecedentes Ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclo: 30_x 3 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Aparato Circulatorio: T. A.: No se oye. Pulso radial imperceptible
Ruidos cardiacos muy velados.
Aparato Respiratorio: Disnea de Reposo.
Aparato Digestivo: Vómito con frecuencia, alimenticio. Lengua
muy saburral. Mucosa oral pálida.
Aparato Urinario. Cl. Normal.
Sistema Oseo: Normal.
Sistema Nervioso: Cl. Normal.
Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.
Abortos: Uno, el segundo embarazo de dos meses. Se le practicó le-
grado, causa desconocida.
Partos Prematuros: No.
Embarazo Actual: Nº 3. En el primer parto se le aplicó un forceps
por desproporción del estrecho inferior. El feto
nació muerto por trabajo prolongado.
Ultima Regla: Abril 25/54
Edad al Ingresar: 8½ meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 21 Cmts. Bisílico: 25 Cmts. Bitrocanterino: 29 Cmts. Conjugado Externo: 17 Cmts.

DESCRIPCION

Relata la paciente que desde el día 29 inició los dolores de parto, en las horas de la mañana, dichos dolores eran muy frecuentes y bastante intensos. Ella se encontraba en un campo de las inmediaciones de Rio-negro. Fué atendida por una comadrona, el día lunes 31, ya muy fatigada del trabajo del parto, se viene para el Hospital de Bucaramanga, pero es retenida por un resguardo, que demoró el automóvil en que viajaba, varias horas. Ingresa al Hospital a las 16 horas del día 31. Al examen se encuentra una paciente en estado general malísimo. Gran anemia, facies angustiosa. T. A.: no se puede apreciar. Pulso radial, no se halla. Ruidos Cardiacos muy velados. 40 respiraciones por minuto. Piel sudorosa, fría. Utero grávido, con 30 Cmts. de altura. A la palpación de la superficie uterina se aprecia un miembro fetal, difícil de identificar y que dá la impresión de estar fuera de la cavidad uterina.

Se ordena de urgencia: 16,5 minutos: suprahormón de 10 Mmos. 1 ampolla i. m.

Gra-Plasmoid: 250 cc i. v. gota a gota (80 gotas por minuto).

16 y 10 minutos: Se pide transfusión de sangre.

16 y 15 minutos: Se presenta pérdida total del conocimiento. 16 y 17 minutos: Fallece la paciente.

Resultado de la Autopsia:

Al hacer la Laparotomía se halló sangre que salía de la cavidad abdominal libremente.

Seguidamente se halló una parte fetal que correspondía a la región escápulo-humeral izquierda. La Placenta se halló fuera de la cavidad uterina, reclinada contra el borde postero inferior del Hígado. Matriz con un desgarro del Segmento Anterior de 10 Cmts. feto muerto de aspecto normal.

La causa única de la muerte se debió a Anemia Aguda, por desgarro de la cavidad Uterina, en el Segmento Anterior.

OBSERVACION Nº. 23

Historia Clínica Nº 90.295

Fecha de Ingreso: Marzo 22/55

Nombre: M. P.

Diagnóstico Obstétrico: Primigestante a término. Presentación Cefálica. Modalidad de Vértice.

Sexo: Femenino.

Edad: 17 años.
Profesión: Ofs. Domésticos.
Natural de: Rionegro.
Residencia Actual: Bucaramanga.
Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.
Esposo: Sano.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión, Viruela.
Edad Adulta: Gripes Frecuentes.
Antecedentes Traumáticos: Ninguno.
Antecedentes Obstétricos: Ninguno.
Antecedentes Tóxicos: Fumadora asidua de cigarrillo
Antecedentes Infecciosos: Ninguno.
Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 13 años. Ciclo: 30 x 3 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:
Aparato Circulatorio: Cl. Normal.
Aparato Respiratorio: Cl. Normal.
Aparato Digestivo: Cl. Normal.
Aparato Urinario: Cl. Normal.
Sistema Nervioso: Cl. Normal.
Sistema Oseo: Normal.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.
Abortos: No.
Partos Prematuros: No.
Embarazo Actual: N^o. Uno
Ultima Regla: Se desconoce el día y el mes.
Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.
Feto: N^o 1
Situación: Longitudinal. Presentación: Cefálica. Modalidad: Vértice.
Posición: Izquierda.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 23 Cmts. Bisilíaco: 25 Cmts. Bitrocanterino: 30½ Cmts. Conjugado Externo: 18½ Cmts.

DESCRIPCION

Relata la paciente que inició trabajo de parto el día 21 en las horas de la mañana. Rompió la bolsa de las aguas en la casa y fué atendida allí por enfermera, quien le hizo varias maniobras obstétricas. Ingresa al Servicio el día 22 en las horas de la tarde. Al T. V.: órganos genitales externos traumatizados. La inmensa bosa, impedía precisar la variedad de posición. No había trabajo de parto. Ruidos Fetales negativos. Se deja en observación. El día 23, a las 9½ a. m. se practica una craneotomía (el feto se hallaba en maceración) previa episiotomía unilateral. Luego se hace la extracción manual de la placenta. Se revisa la matriz y se halla una ruptura del lado izquierdo del segmento que alcanzaba a llegar a los parametrios. Se procede a suturar por vía vaginal. Finalmente se suturó la episiotomía.

Post-Operatorio: El día 23 en las horas de la noche empieza a presentar un cuadro peritoneal franco. Se ordena aplicar Acromicina de 250 Mlgmos en Sol Glucosada al 5% 500 cc i. v. gota a gota. 1 Ampolla de Suprahormón de 10 Mlgmos. i. m. Sangre total i. v. gota. a gota. 500 cc - 750 cc de Gra-Plasmoid i. v. gota a gota. Terramicina i. m.

El día 24 de Marzo fallece la enferma a las 23½ horas, por Peritonitis.

OBSERVACION Nº 24

Historia Clínica Nº 92.047

Fecha de Ingreso: Junio 28/55

Nombre: B. A.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 6 a término en presentación cefálica. Modalidad de Vértice.

Sexo: Femenino.

Edad: 30 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: San Gil.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Sano.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Viruela, Sarampión.

Edad Adulta: Sin importancia.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.
Antecedentes Obstétricos: Ninguno.
Antecedentes Tóxicos: Ninguno.
Antecedentes Infecciosos: Ninguno.
Antecedentes Ginecológicos: Menarquía: a los 14 años. Ciclo: 30 x 4 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:
Aparato Circulatorio: Cl. Normal.
Aparato Respiratorio: Cl. Normal.
Aparato Digestivo: Cl. Normal.
Sistema Nervioso: Cl. Normal.
Sistema Oseo: Normal.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.
Abortos: No.
Partos Prematuros: No. Embarazo Actual: Nº 6. Demás partos, todos normales.
Ultima Regla: Septiembre 20/54
Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 25 Cmts. Bisiliaco: 27 Cmts. Bitrocanterino: 31 Cmts. $\frac{3}{4}$.Conjugado Externo: 20 Cmts.

DESCRIPCION

Ingresa la Paciente a las 22 horas; al examen se halla la matriz tetanizada. Los ruidos fetales son negativos. Al T. V. : periné y órganos genitales externos son normales. Se halla el cuello con dilatación completa, la presentación es cefálica, derecha anterior. Se resuelve aplicar un forceps en el estrecho medio, haciendo una aplicación por derecha anterior. Cuatro horas más tarde la paciente experimenta dolor abdominal intenso, se presenta colapso periférico y sudoración profusa y fría. Se practica una revisión de la matriz y se halla una ruptura del segmento.

De urgencia se pasa a la Sala de Cirugía, con diagnóstico de Ruptura Uterina. Bajo anestesia general se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, al abrir el Peritoneo se halló escasa cantidad de sangre

en la cavidad abdominal; se revisa la Matriz y se halla una ruptura en T del Segmento. Dadas las circunstancias en que se halla la Matriz se resuelve practicar una Histerectomía Sub-Total. Drenaje abdominal. Cierre en Planos.

El feto se había extraído muerto. Pesó 3.200 gramos.

Durante el acto operatorio se aplicó: Sangre total 500 cc gota a gota. Sol Glucosada al 5% 1.500 cc i. v. gota a gota. Gra-Plasmoid 500 cc i. v. gota a gota. Vit. C de 500 mlgmos. i. v.

Post-Operatorio: Sin ninguna complicación.

Drogas Generales Administradas: Penicilina, Estreptomina, Sueros Dextrosados al 5%. Vit. C. Sangre total 500 cc.

Sale del Servicio el día 27 de Noviembre en buenas condiciones.

OBSERVACION Nº 25

Historia Clínica Nº 94.214

Fecha de Ingreso: Septiembre 10/55

Nombre: N. de G.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 7, a término. Presentación Cefálica, Modalidad Vértice.

Sexo: Femenino.

Edad: 38 años.

Profesión: Ofs. Domésticos

Natural de: Bucaramanga.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Vivos, Sanos.

Esposo: Sano.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión, Viruela.

Edad Adulta: Gripes Frecuentes.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 12 años. Ciclo 30 x 5 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: T. A.: 12 x 8. Pulso: 80 x minuto, rítmico, regular. Ruidos Cardíacos: Ns.

Aparato Respiratorio: Cl. Normal.
Aparato Digestivo: Cl. Normal.
Aparato Urinario: Cl. Normal.
Sistema Nervioso: Cl. Normal.
Sistema Oseo: Normal.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravidicas: No.
Abortos: Uno, de dos meses. Posiblemente a consecuencia de un golpe sufrido.
Partos Prematuros: No.
Embarazo Actual N^o siete
Ultima Regla: 18 de Diciembre /54
Edad al ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.
Feto N^o 1
Situación: Longitudinal.
Presentación: Cefálica,
Modalidad de presentación: Vértice.
Posición: Izquierda.

T. V.: Periné y órganos genitales externos: Normales. El cuello del útero, se encontró largo, cerrado, y discreta hemorragia vaginal.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior 25 Cmts. Bisilfaco: 27 Cmts. Biotrocanterino: 30½ Cmts. Conjugado Externo: 19 Cmts. Ruidos Cardiacos Negativos.

DESCRIPCION

Relata la paciente que inició trabajo de parto el día 9 de Septiembre, a las 7 p. m. y es atendida por una enfermera; que a las 12 p. m. le aplicaron i. m. 1 Ampolla de Pitocín y una ampolla de Atrinal. Inmediatamente después, se presentaron dos contracciones muy intensas y frecuentes, después de éstas, no volvió a sentir dolores de parto ni los movimientos fetales. Momentos después se vino a sumar un dolor en el hipogastrio, conitnuo y poco marcado. La enferma ingresa al servicio el 10, a las 11 a. m. El estado general es bueno. Acusa un dolor agudo, permanente en el hipogastrio. Se deja en observación y se prescriben antiespasmódicos intramusculares. A las 2 p. m. del día 11, continúa en las mismas condiciones. T. A.: 11 x 7. Pulso 90 x minuto, regular. Continúa en observación. El día 12, presenta vómito, gran meteorismo y ligera defensa abdominal. T. A.: 9 x 6. Pulso 120 x minuto, regular. A las 11½ p. m. se le aplica i. v. gota a gota 500 cc de sangre total. Inmediatamente después se pasa a la Sala de Cirugía, con posible diagnóstico de Ruptura Uterina. Bajo anestesia general se practica Laparotomía

Mediana infra-Umbilical, al abrir el peritoneo se encontró abundante cantidad de sangre. Se procedió a revisar la Matriz y se halló una Ruptura en forma estelar de la cara anterior y que cobijaba el segmento. El feto y anexos se hallaron en la cavidad abdominal. Pesó el feto 3.500 gramos. En vista de que los bordes de la ruptura se hallaban muy necrosados, se resolvió practicar Histerectomía Total. Se dejaron drenes abdominales, se peritonizó y se cerró en planos.

Acto Operatorio: Sangre 500 cc i. v. got Gra a gota, a-Plasmoid: 1.000 cc i. v. gota a gota, Suero al 5% Dextrosado i. v. gota a gota.

Post-Operatorio: Sin complicaciones.

Drogas Generales aplicadas:

Sueros al 5% Dextrosados

Penicilina

Estreptomocina

Calmantes

Vitamina C

Prostigmina

Sale del Servicio el día 26 de Septiembre en muy buenas condiciones.

OBSERVACION Nº 26

Historia Clínica Nº 94.458

Nombre: Cl. O.

Fecha de Ingreso: Septiembre 21/55

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 11, de 8½ meses. Presentación Cefálica. Modalidad de Vértice.

Sexo: Femenino.

Edad: 28 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Charta.

Residencia Actual: Piritá.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión.

Edad Adulta: Afonía Crónica.

Antecedentes Traumáticos: No.

Antecedentes Obstétricos: No.

Antecedentes Tóxicos: No.

Antecedentes Infecciosos: No.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquía a los 14 años. Ciclo 22 a 30 x 5 días. Escaso.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: T. A.: 12 x 7. Pulso 80 x minuto, regular, depresible.

Aparato Respiratorio: Hace varios años sufre de afonía.

Aparato Digestivo: Cl. Normal.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Normal.

Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: Tres de seis meses, otro de tres meses y otro de cinco meses. Se desconoce la causa.

Partos Prematuros: Uno de ocho meses.

Embarazo Actual: N° 11

Ultima Regla: Enero 1° del /55

Edad al Ingresar: 8½ meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Feto N° 1

Situación: Longitudinal.

Presentación: Cefálica.

Modalidad: Vértice.

Posición: Izquierda.

Auscultación: Negativa.

Movimientos Fetales: Negativos.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 23 Cmts. Bisiliaco: 25 Cmts. Bitrocanterino: 30 Cmts. Conjugado Externo: 20 Cmts.

DESCRIPCION

Ingresa al Servicio a la 1 p. m. Relata la paciente que el día 12 de Septiembre, había tenido repentinamente una gran hemorragia vaginal, que se acompañó de dolores abdominales intermitentes, como dolores de parto. Dicha hemorragia duró copiosa por el término de una hora. Luego cesó. El día 16 de Septiembre volvió a aparecer la hemorragia

vaginal intensa, acompañándose de expulsión de coágulos negruzcos, sin presentarse dolor alguno. El día 19, empezó a sentir dolores de parto intensos y frecuentes (a la 1 p. m.), sin hemorragia. Así continuó toda la tarde y la noche; a eso de las 2 a. m. del día 20, sintió un dolor muy agudo en el hipogastrio y pujo. El dolor se localizó en Fosa Iliaca Derecha muy intenso y continuo. Los dolores de parto se suspendieron y la paciente no volvió a sentir los movimientos fetales. Se sumó posteriormente un malestar general. Llegó al Hospital el día 21 de Septiembre, en muy mal estado general. Al T, V.: Periné y órganos genitales externos: Normales. El cuello con dilatación de 2 Cmts. se puede palpar fácilmente una porción blanduzca que impide tocar la presentación y su variedad de posición. Feto muerto. Se hace diagnóstico de placenta previa. Se deja en observación. Quince días más tarde como no se desencadenara trabajo de parto se hace inducción del trabajo del parto por el método de Watson. No desencadenó trabajo.

Cuatro días más tarde se practicó inducción por el método de la sonda uterina. Se deja en observación. No desencadenó trabajo.

El día 24 de Octubre, empieza a producirse la salida de partes fetales, por hallarse el feto totalmente macerado. Se resuelve practicar la extracción manual por raspado, es en extremo difícil, por hallarse fragmentos óseos bastante cortantes. Al introducir las pinzas de falsos gérmenes, se extrae una porción que parece pertenecer a una Asa Intestinal, y es intensamente doloroso a la tracción. La enferma entra en Shock. Se ordena posición de Trendelenburg, Gra-Plasmoid i. v. gota a gota, 1 Ampolla de Coramina, 1 Ampolla de Suprahormón i. m. Se hace diagnóstico de Ruptura Uterina. Se pasa a la Sala de Cirugía a las 8 p. m. Bajo anestesia general, se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical. Se halla al abrir el Peritoneo, una pelvi-peritonitis franca. Se revisa la matriz y se encuentra un desgarró de su cara posterior y borde derecho. Además se encuentra una necrosis del colon Sigmoideo. Dadas las condiciones en que se hallaba la matriz se practica una Histerectomía Total. Se practica además resección de 12 Cmts. de longitud, del sigmoides, con anastomosis término terminal. Se peritonisa, se dejan drenes en la cavidad abdominal y se procede a cerrar en planos.

Tratamiento durante el acto operatorio: Sangre total: 1,000 cc i. v. gota a gota, Gra-Plasmoid 1.000 cc i. v. gota a gota, Sol Glucosada al 5% 1.500 cc i. v. gota a gota, Vit C de 500 mlgmos i. v. Terramicina de 250 miligramos i. v. Suprahormón de 10 Mlgmos. i: m. Coramina 1 ampolla i. m.

Post-Operatorio: Cuatro primeros días sin complicaciones. Al quinto día el estado general es satisfactorio; al quitar los puntos aparece una fístula estercorácea del sigmoide.

Tratamiento General:

Penicilina

Estreptomycin

Calmantes
Vitamina C
Complejo B

El día 4 de Enero de 1.956, es trasladada a médica segunda, para el tratamiento de la fístula intestinal. El estado general es muy bueno. Salió el día 24 de Enero, por curación.

OBSERVACION Nº 27

Historia Clínica Nº 94.931

Fecha de Ingreso: Octubre 7/55

Nombre: E. H.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 16 a término, en trabajo. Presentación cefálica. Modalidad Vértice.

Sexo: Femenino.

Edad: 44 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Rionegro.

Residencia Actual: El Playón.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Muertos. Madre murió por una insuficiencia cardiaca. Padre, murió de una afección hepática.

Hermanos: 14. Todos Sanos.

Hijos: 15 Vivos, Sanos.

Esposo: Sano

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Viruela, Sarampión.

Edad Adulta: Gripes con alguna frecuencia.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: A los 14 años. Ciclo 30 x 3 días. Normal.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: T. A.: 10 x 5. Pulso: 110 x minuto. Corazón: Normal

Aparato Respiratorio: Cl. Normal.

Aparato Digestivo: Cl. Normal.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Organos de los Sentidos: Normales.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: No.

Partos Prematuros: No.

Embarazo Actual: N^o 16

Ultima Regla: Diciembre 28/54

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 24 Cmts. Bisiliaco: 27 Cmts. Bitrocanterino: 30 Cmts. Conjugado Externo: 20 Cmts.

DESCRIPCION

Relata la paciente que el día 6, inició dolores de parto a las 2 p. m. regulares y muy intensos, pocos momentos después rompió bolsa. Continúa con los dolores todo el día. El día 7 de Octubre, a las 1 a. m. se hacen los dolores de parto cada vez más intensos y frecuentes así permanece todo el día atendida por comadrona; ingresa al Servicio a las 4 p. m. con contracciones sub-intrantes. Al examen se halla feto N^o 1. Situación longitudinal. Presentación Cefálica. Posición izquierda. Se practica T. V.: Periné y órganos genitales externos: Normales. El cuello se halla completamente dilatado, la presentación cefálica, modalidad vértice, en variedad de posición izquierda se halla inmóvil. Como la matriz se halla en inminencia de ruptura, se procede a calmar el trabajo del parto, y se resuelve anestesiarse a la paciente con éter. Como los ruidos fetales son negativos, se procede a aplicar Basiotribo: la colocación del aparato es muy difícil, se hace la trituración, y se extrae con relativa dificultad. Seguidamente se revisa la matriz y se halla una ruptura del Segmento. Se pasa a la Sala de Cirugía: se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, al abrir el Peritoneo se halla escasa sangre en la cavidad abdominal, se revisa la matriz y se encuentra una Ruptura del Segmento en L que se prolonga hasta el cuello por su borde derecho. Se observó además una Ruptura de la Vejiga. Se resolvió practicar Histerectomía Sub-Total, se sutura la Vejiga, se dejan drenes en la cavidad abdominal y se cierra en planos. Se deja cateterismo Vesical a Permanencia.

Durante el acto operatorio se aplicó: 500 cc de Sangre Total i. v. gota a gota. Sol Glucosada al 5% 1.000 cc i. v. gota a gota. Gra-Plas-moid: 500 cc i. v. gota a gota. Vitamina C i. v. de 500 Mlgmos.

ANESTESIA: General.

Post-Operatorio: El estado general es satisfactorio.

El día 14 se retira la sonda vesical y se halla una Fístula Vesico-Vaginal. Además presenta una Neuritis de la pierna derecha, posiblemente de origen traumático. Se instituye un tratamiento con Beiodina y Vitamina B1. La neuritis cede. Se le suministra Sueros al 5%, Vitamina C Calmantes, Aeromicina en caps. de 250 Mlgmos. Penicilina, Estreptomicina.

Sale el 17 de Noviembre /55 en buenas condiciones. Se cita para Enero próximo, para el tratamiento de la fístula-Vesico-Vaginal.

OBSERVACION Nº 28

Historia Clínica Nº 55.681

Fecha de Ingreso: Noviembre 28/55

Nombre: A. S. C.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 10 a 8 meses de embarazo.

Sexo: Femenino.

Edad: 40 años.

Natural de: Silos.

Residencia Actual: Silos.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Madre muerta a consecuencia de una insuficiencia cardiaca.

Padre y demás familiares: Sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Viruela, Sarampión, Tos Ferina.

Edad Adulta: F. Tifoidea.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Extirpación de Hemorroides. Una Cesárea segmentaria en el octavo parto por desproporción Céfalo-Pelvica.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: A los 14 años. Ciclo 30 x 5 días. Dismenorreica.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: T. A.: 6 x 4. Pulso 120 x minuto, débil e irregular. Ruidos Cardiacos, velados.

Aparato Respiratorio: Disnea de reposo.

Aparato Digestivo: Meteorismo abdominal. Vómito de color negruzco.

Aparato Urinario: Disuria.

Sistema Oseo: Normal.

Sistema Nervioso: Gran ansiedad.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: No.

Partos Prematuros: El actual de 8 meses.

Embarazo Actual: N^o 10

Ultima Regla: Marzo 14/55

Edad al Ingresar: 8 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior: 25 Cmts. Bisilíaco 27 Cmts. Bitrocanterino 30 Cmts. Conjugado Externo: 20 Cmts.

DESCRIPCION

Relata la paciente que el embarazo había evolucionado normal, hasta el sábado 26 de Noviembre, día en que inició trabajo de parto a las 18 horas, trabajo que evolucionó normalmente hasta el día 27 a las 13 horas en que se presentó súbitamente un dolor muy agudo en el Hipo-gastrio y una intensa hemorragia vaginal. El trabajo se suspendió y la paciente dejó de sentir los movimientos del feto. El dolor abdominal es permanente y agudo. El día 28, a las 9½ a. m. ingresa al servicio; al examen se halla: T. A.: 6 x 4. Pulso radial 120 x minuto, débil e irregular. Ruidos Cardiacos Velados; sudoración profusa, paciente muy fría, facies peritoneal. A la palpación se delimitan fácilmente partes fetales superficiales. Al tacto vaginal, se encuentra un edema marcado de los grandes labios, el cuello se halla desgarrado. A las 10½ a. m. se pasa a la sala de Cirugía de Urgencia: se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, bajo anestesia general. Al abrir el Peritoneo se halla gran cantidad de líquido sanguinolento y muy fétido, se revisa la matriz y se halla una ruptura que se extiende por la cicatriz de la antigua cesárea segmentaria y que desciende por el borde izquierdo hasta el cuello, que está necrosado, lo mismo que el segmento. El feto está en la cavidad

abdominal muerto. Pesó 2.600 gramos. Se resuelve practicar Histerectomía Total, se hace lavado de la cavidad abdominal y se deja en ella Penicilina, Estreptomocina, Drenaje abdominal, por 30 horas. Cierre en planos.

Durante el Acto Operatorio se aplicó: 1.000 cc cc de Sangre total i. v. gota a gota. Gra-Plasmoid 1.000 cc i. v. gota a gota. Analepsina 1 Ampolla i. m.

Post-Operatorio: El día 29 sigue presentando vómito negruzco y gran meteorismo, se resuelve intubar y practicar un lavado gástrico. Se aplicó 1 ampolla de Prostigmina cada 12 horas.

Los días siguientes el estado general mejoró y desapareció el vómito.

Drogas Generales Aplicadas:

Acromicina 500 Mlgnos. i. v. cada 12 horas. Sueros dextrosados al 5% i. v. gota a gota. Vitamina C de 500 Mlgnos. i. v. Calcio gluconato i. v. cada 24 horas.

Sale del Servicio en magnificas condiciones el día 12 de Diciembre.

OBSERVACION Nº 29

Historia Clínica Nº 96.067

Fecha de Ingreso: Diciembre 6/55

Nombre: A. M. S.

Diagnóstico Obstétrico: Multigestante de 4, a término en trabajo.
Presentación Cefálica, Modalidad Vértice.

Sexo: Femenino.

Edad: 38 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: El Cerrito.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Soltera.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres: Muertos, se desconoce la causa.

Esposo: Se desconocen antecedentes.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión.

Edad Adulta: F. Tifoidea.

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Ninguno.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: A los 12 años. Ciclo 30 x 8.
Sin dolores.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: Cl. Normal.

Aparato Respiratorio: Cl. Normal.

Aparato Digestivo: Cl. Normal.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Cl. Normal.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: No.

Abortos: No.

Partos Prematuros: No.

Embarazo Actual: Número cuatro.

Ultima Regla: Febrero 20/55

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Feto N^o 1

Situación: Longitudinal.

Presentación: Cefálica.

Modalidad: de Vértice.

Posición: Izquierda.

T. V.: Organos Genitales Externos, normales. El cuello se halla borrado, con dos Cmts, de dilatación. La presentación está móvil. Ruidos fetales: Positivos.

Pelvimetría. Biespinoso Anterior: 25 Cmts. Bisilíaco 27. Cmts. Bitrocanterino 30 Cmts. Conjugado Externo: 18½ Cmts.

DESCRIPCION

La paciente ingresa al servicio a las 9 p. m., en trabajo de parto, se ordena antiespasmódicos, más una unidad de Pitocín. Las contracciones se presentan cada cinco minutos con duración de 15 segundos. La enferma repentinamente empieza a acusar un dolor continuo en el abdomen, muy agudo. Al examen se halla a las 11 p. m. una solución de continuidad hacia el lado derecho de la matriz. Al tacto Vaginal no se

aprecia presentación y los ruidos fetales se han hecho negativos. La T. A.: 9 x 6. Pulso radial 90 x minuto, débil e irregular. Con posible diagnóstico de ruptura uterina se pasa a la sala de cirugía de urgencia. Bajo anestesia general, se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, al abrir el Peritoneo se halló gran cantidad de sangre en la cavidad abdominal mezclada con líquido amniótico. Se revisa la matriz y se encuentra una ruptura del borde derecho de 10 a 12 Cmts. de longitud. Feto se halló muerto en cavidad abdominal. Peso del feto 3.400 gramos. Se practicó Histerectomía Sub-Total, con liberación de Anexos. Peritonización. Cierre en Planos.

Durante el acto operatorio se aplicó: Gra-Plasmoid: 500 cc i. v. gota a gota. Sol Glucosada al 5% 1.500 cc. i. v. gota a gota. 1 Ampolla de Analepsina i. m.

Post-Operatorio: Sin complicación.

Drogas Generales aplicadas:

Penicilina

Estreptomina

Sueros al 5% Dextrosados.

Calmantes

Vitamina C

Sale del Servicio, el día 4 de Diciembre en magníficas condiciones.

OBSERVACION Nº 30

Historia Clínica Nº 96.764

Fecha de Ingreso: Diciembre 23/55

Nombre: O. Q.

Diagnóstico Obstétrico: Secundigestante, a término en trabajo. Presentación Cefálica. Modalidad Vértice.

Sexo: Femenino.

Edad: 22 años.

Profesión: Ofs. Domésticos.

Natural de: Silos.

Residencia Actual: Bucaramanga.

Estado Civil: Casada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades de la Infancia: Sarampión, Viruela.

Edad Adulta: Sana

Antecedentes Traumáticos: Ninguno.

Antecedentes Obstétricos: Una cesárea segmentaria, por placenta previa: embarazo de siete meses.

Antecedentes Tóxicos: Ninguno.

Antecedentes Infecciosos: Ninguno.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: a los 14 años. Ciclo: 30 x 4 días muy escasa.

ESTADO ACTUAL

Examen Físico:

Aparato Circulatorio: T. A.: 14 x 8. Pulso radial 120 x minuto, regular. Ruidos cardiacos velados.

Aparato Respiratorio: Normal.

Aparato Digestivo: Cl. Normal.

Aparato Urinario: Cl. Normal.

Sistema Nervioso: Cl. Normal.

Sistema Oseo: Normal.

HISTORIA OBSTETRICA

Intoxicaciones Gravídicas: Ninguna.

Abortos: No.

Partos Prematuros: El primero de 7 meses. Cesareada por placenta previa.

Embarazo Actual: N° 2

Ultima Regla: 15 de Marzo /55

Edad al Ingresar: 9 meses.

EXAMEN OBSTETRICO

Abdomen Globuloso Grávido.

Feto: N° 1

Situación: Longitudinal.

Presentación: Cefálica.

Modalidad de Presentación: Vértice.

Posición: Derecha.

Pelvimetría: Biespinoso Anterior 24 Cmts. Bisiliáco: 26 Cmts. Bitrocanterino: 27½ Cmfs. Conjugado Externo: 17 Cmts.

DESCRIPCION

Relata la paciente que inició trabajo hoy a la 1 a. m. Las contracciones se presentaron frecuentes y muy intensas. Así continuó durante el día. Ingresar al Servicio a las 3 p. m. Con contracciones muy fuertes, casi sub-intrantes. Estaba muy excitada. Al T. V.: Periné y Organos Genitales externos: normales. El cuello con dilatación de 3 Cmts. blando,

bolsa íntegra. Pocos segundos después de haberse efectuado el tacto vaginal rompió la bolsa de las aguas. A la auscultación fetal los ruidos cardiacos positivos muy débiles. Se ordena un antiespasmódico doble y 1 ampolleta de Analepsina i. m. Diez minutos más tarde, la paciente acusa un dolor de mediana intensidad en el Hipogastrio. Inmediatamente se suspendió el trabajo del parto y los ruidos fetales no se volvieron a oír. La T. A.: 10 x 6. Pulso: 120 x minuto, regular, depresible. La paciente se pone muy pálida, muy sudorosa y fría. Con posible diagnóstico de ruptura uterina se pasa a la Sala de Cirugía. Bajo anestesia general, se practica Laparotomía Mediana Infra-Umbilical, se encuentran numerosas adherencias al peritoneo y la vejiga urinaria, posiblemente consecutivas a la operación cesárea antigua. En la cavidad abdominal se halla escasa cantidad de sangre mezclada con líquido amniótico, feto muerto, en ella, lo mismo que los anexos.

Peso del feto 3.150 gramos. Se revisa la matriz y se encuentra una ruptura del segmento en L que lesionaba el borde derecho. Se revisan las arterias uterinas pero ninguna sufrió lesión ninguna. Por consiguiente se resolvió suturar en planos la matriz. Se deja avenamiento, y se cierra en planos.

Tratamiento durante el acto operatorio: Gra-Plasmoid: 500 cc i. v. gota a gota. Sol Glucosada al 5% 1.000 cc i. v. gota a gota.

Post-Operatorio: Sin complicaciones.

El día 25 se meteoriza y se le ordena aplicar i. m. 1 ampolleta de Prostigmina y cede el meteorismo.

Drogas Generales Aplicadas:

Sueros al 5% Dextrosados.

Calmantes.

Penicilina

Estreptomicina

Vitamina C

Sale del Servicio, el día 4 de Enero de 1.956, en magnificas condiciones.

Clasificación de las observaciones clínicas

Los casos presentados, datan de Enero 1o. de 1952 a Diciembre 31 de 1955 y los agrupamos así:

Ruptura del Utero por abuso de Ocitócicos	8 casos
Ruptura Espontánea en o durante el parto por Cesárea previa	6 casos
Ruptura Espontánea por trabajo prolongado	3 casos
Ruptura Espontánea durante el parto por presentación defectuosa	2 casos
Ruptura Espontánea en el parto, por presentación defectuosa y abuso de Ocitócicos	1 caso
Ruptura Traumática por Legrado Uterino	3 casos
Ruptura Traumática por aplicación de Basiotribo	2 casos
Ruptura Traumática por maniobras obstétricas violentas practicadas por comadrona	1 caso
Ruptura Traumática, durante extracción de cabeza última practicada por comadrona, en forma violenta	1 caso
Ruptura Traumática por aplicación de un Forceps en el estrecho medio en O. I. D. A.	1 caso
Ruptura Traumática, por presentación defectuosa y maniobras obstétricas violentas practicadas por comadrona	1 caso
Ruptura por inducción al trabajo y necrosis de la pared ocasionada por infección amniótica	1 caso
De estas rupturas fueron:	
Completas	27
Incompletas	3

Tratamiento de las Rupturas Completas:

Histerectomía Total en	7 casos
Histerectomía Sub-Total	9 casos
Sutura en	9 casos
En dos casos se halló ruptura de la vejiga urinaria, que fué suturada.	
Fallecieron antes de intervención	2 casos

Tratamiento de la Ruptura Incompleta:

Sutura	3 casos
--------	---------

Resultados Quirúrgicos.

Curaron por primera intención	21 casos
Desarrolló fístula vesico-vaginal	1 caso
Desarrolló fistula estercoral sigmoide	1 caso
Fallecieron	5 casos

Estudio Estadístico

Hospital San Juan de Dios, de Bucaramanga:

Sobre un total de 7.236 partos, atendidos en un lapso de tiempo que vá de: Enero 1o. de 1952 a Diciembre 31 de 1955, se presentaron 30 rupturas uterinas, lo que nos dá un porcentaje de 4,15 rupturas por cada 1.000 partos atendidos.

Hubo:

Primíparas	3 casos
Secundíparas	6 casos
Multíparas	21 casos
Promedio de edad	28,3-

Hospital San Juan de Dios, de Bogotá:

Sobre un total de 15.531 partos atendidos en un lapso de tiempo que vá de: Noviembre 1o. de 1953 a Diciembre 31 de 1955, se presentaron 40 rupturas uterinas, lo que nos dá un porcentaje de 2,58 rupturas por cada 1.000 partos atendidos. Estos casos los agrupamos así:

Ruptura por abuso de Ocitóxicos	10 casos
Ruptura Espontánea en el parto por Cesárea Previa	4 casos
Ruptura Espontánea por trabajo prolongado	1 caso
Ruptura Espontánea en el parto por presentación defectuosa abandonada	5 casos
Ruptura Traumática por Versión Interna	1 caso
Ruptura Traumática por Extracción manual de la placenta	1 caso
Ruptura Traumática por maniobras brutales practicadas por comadrona y abuso de ocitóxicos	1 caso
Ruptura Traumática por Legrado Uterino	6 casos
Ruptura Traumática por aborto criminal	5 casos
Ruptura Traumática por Embriotomía	2 casos
Ruptura por Fibromatosis Uterina	1 caso
Ruptura por Fibromatosis Uterina e Hidramnios	1 caso
Ruptura Espontánea en el parto, a nivel del segmento por inserción placentaria en él	1 caso
Ruptura por causa desconocida	1 caso

De estas rupturas fueron:

Completas	34 casos
Incompletas	6 casos

Tratamiento de las Rupturas Completas:

Histerectomía Total en	5 casos
Histerectomía Sub-Total en	7 casos
Sutura en	18 casos
Con tratamiento médico en	2 casos
Con avenamiento en espera de cierre espontáneo	1 caso
Falleció antes de intervención	1 caso

Tratamiento de las Rupturas Incompletas:

Sutura	4 casos
Histerectomía Sub-Total	1 caso
Con taponamiento	1 caso

Hubo:

Primíparas	3 casos
Secundíparas	2 casos
Múltiparas	34 casos
En un caso se desconoce el número de embarazos.	
Promedio de edad	29,5

Hospital de la Providencia, Bogotá.

Sobre un total de 5.705 partos atendidos en un lapso de tiempo que vá de: Enero 1o. de 1952 a Enero 30 de 1956 se presentaron dos rupturas uterinas, lo que nos dá un porcentaje de: 0,35 rupturas por cada 1.000 partos atendidos. Se anota que los dos casos de Ruptura Úterina citados, se produjeron en Enero de 1956, que hasta el momento de producirse éstos se llevaba un total de 118 partos atendidos y que al momento de consultarse la estadística, aun permanecía en el hospital una de las pacientes en condiciones muy regulares de salud. Estos casos los agrupamos así:

Ruptura Espontánea del Parto por Cesárea Previa	1 caso
Ruptura por trabajo prolongado y expresión violenta de la matriz	1 caso

De estas rupturas fueron:

Completas	2 casos
-----------	---------

Tratamiento de las Rupturas Completas:

Sutura	2 casos
--------	---------

Hubo:

Secundíparas	1 caso
Múltiparas	1 caso
Promedio de edad	39

Estadísticas Mundiales

Rotunda Hospital	una ruptura por cada	1.689 partos
Sheldon	una ruptura por cada	1.829 partos
Sachs	una ruptura por cada	577 partos
Lobestina	una ruptura por cada	1.100 partos

Comentario

Como podemos apreciar por los cuadros estadísticos anotados, la mayor incidencia de Rupturas Uterinas en el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga, se debió en primer lugar al abuso de Ocitócicos, empleados por personas inexpertas, fuera del servicio Hospitalario.

El segundo lugar vienen a ocuparlo las Rupturas Traumáticas, consecutivas a legrados uterinos, aplicación de basiotribo, aplicación de forceps del estrecho medio y a maniobras obstétricas violentas ejecutadas por comadronas.

Hacemos notar, que los resultados quirúrgicos fueron muy satisfactorios. De dos casos complicados con Ruptura Vesical, el distinguido con la observación número 2 curó por primera intención y el de la observación número 27 presentó una Fístula Vesico-Vaginal.

La observación número 26, presentó una Fístula Estercoral Sigmoidea, que después de tratamiento médico curó perfectamente.

Se presentaron seis defunciones, pero hacemos notar el estado tan precario de salud, que presentaban las pacientes cuando ingresaron al Servicio Hospitalario.

Conclusiones

Es necesario para disminuir las rupturas uterinas:

- 1a.) Hacer cumplir fielmente, las disposiciones legales, existentes sobre la venta y empleo de los Ocitócicos.
- 2a.) Aumentar el número de horas de consulta pre-natal, en los Hospitales de Caridad y Organismos de Salud, para así poder controlar y educar a la mujer embarazada de nuestras bajas clases sociales.
- 3a.) Instruir debidamente a la mujer que ha sido sometida a intervención cesárea, de los cuidados que debe tener en futuros embarazos y partos.
- 4a.) Control del embarazo y asistencia exclusiva del parto por médico tocólogo, de la mujer que ha sido sometida a alguna intervención cesárea, meomectomía o legrados uterinos.
- 5a.) Prohibición absoluta de ejercer la maternidad a enfermeras no graduadas.
- 6a.) Que las intervenciones ejecutadas con instrumentos sean solo practicadas por tocólogos experimentados y siempre que lleven la debida indicación.

Bibliografía

- 1) Estadística del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, Años: Noviembre 1o. de 1953 a Diciembre 31 de 1955. Servicio de los Profesores: Ferro L. M., Acosta J. del C., Mojica C. J.
- 2) Estadística del Hospital de la Providencia de Bogotá, Años: 1952-1953-1954-1955 a Enero 30 de 1956. Servicio de los Profesores: Acosta J. del C., Caicedo H.
- 3) Silva M., C. R.: "Anotaciones sobre mortalidad Materna en Clínica Obstétrica", Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Ed. Especial, Vol. V. Pag. 41, Mayo y Junio 1954.
- 4) Testut L. y Latarjet A. "Tratado de Anatomía Humana". 8a. Ed., Barcelona, Buenos Aires, Salvat Editores, S. A. 1944, Vol. IV, Pag. 1107.
- 5) Nubiola P. y Zárate E.: "Tratado de Obstetricia", Barcelona, Editorial Labor, S. A., 1951, Vol. II, Pag. 769, Vol. III, Pags. 158, 162, 163, 164, 165, 172, 173, 174.
- 6) De Lee J. B. y Greenhill J. P. "Principios y Práctica de Obstetricia", 7a. Ed., México, Edit. Uteha, 1947, Vol. II, Pgs. 740 a 756, 975 a 989.
- 7) Ramírez M., R. F. "Conductas Obstétricas Controvertibles". Revista de la Facultad de Medicina de Bogotá, Vol. XVI, Nos. 7 y 8, Enero, Febrero 1948.
- 8) Eastman N. J. "Obstetricia de Villimas" 2a. Ed., México Edit. Uteha, 1953, Pag. 938.
- 9) Davis C. H. and Carter "Gynecology and Obstetrics", Hagerstown, W. F. Prior Company, Inc. 1954 Vol. I, Pag. 4.
- 10) Devraigne L. "Manual de Obstetricia", 4a. Ed., Madrid, Espasa Calpe S. A., 1943, Pag. 715.

Instituto Nacional de Cancerología



INC002182