

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

República de Guatemala, Centro América

CONSIDERACIONES SOBRE SITUACION
TRANSVERSA
REVISION DE 200 CASOS TRATADOS EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por:

JULIO AUGUSTO MORALES SANDOVAL

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Junio de 1,960.

CONSIDERACIONES SOBRE SITUACION TRANSVERSA

Definición
Incidencia
Etiología
Diagnóstico
Pronóstico
Tratamiento.

REVISION DE 200 CASOS

Introducción
Frecuencia
Incidencia
Edad
Paridad
Etiología
Tipo de Posición y variedad de posición
Complicaciones
Mortalidad infantil
Mortalidad materna
Conductas seguidas
Conclusiones
Recomendaciones
Bibliografía.

CONSIDERACIONES SOBRE SITUACION TRANSVERSA

Antes de iniciar el estudio de los 200 casos revisados, he creído necesario efectuar un breve recordatorio sobre Situación Transversa, para hacer un balance entre los estudios clásicos y la experiencia obstétrica de 3 años de trabajo continuo en las salas de maternidad del Hospital Roosevelt. Es así como la primera parte de este trabajo es un resumen de estudios hechos por conocidos autores tales, como: Joseph B. de Lee, Greenhill J. W. Williams. H. R. Mac Lennan, F. A. Chandler y otros.

DEFINICION:

Se define la Situación Transversa como un defecto de polaridad, en el cual el eje longitudinal del feto queda en dirección transversal respecto del eje longitudinal de la madre.

Es raro que este cruzamiento se efectúe en ángulo recto. lo frecuente es que el cilindro fetal está en dirección oblicua con relación a la columna vertebral de la madre y de ordinario la cabeza en el polo inferior.

INCIDENCIA:

Los autores modernos varían en sus datos estadísticos con relación a la incidencia dando un promedio de un caso por cada 200 partos correspondiendo a un porcentaje de 0.2%.

ETIOLOGIA:

La Situación Transversa se presenta más frecuente en las múltiparas que en las primíparas y se observan más a menudo en los partos prematuros que en los de término, en general, cual-

quier circunstancia que impida el encajamiento en la pelvis o de excesiva movilidad al feto es también causa de la situación transversa.

Las causas más importantes son: 1a.) Pelvis estrechas: la Situación Transversa es dos veces más frecuente en las mujeres de pelvis estrecha que en las de pelvis normal, ocurre así con tanta frecuencia que cuando se tiene que tratar una situación transversa lo primero en que se piensa es que exista desproporción céfalo-pélvica; 2a.) Cualquier circunstancia en la pelvis que impida el encajamiento como tumores ováricos, fibromas uterinos inserción defectuosa de la placenta; 3a.) Embarazo gemelar en el cual un feto impide el encajamiento del otro; 4a.) Multiparidad, polihidramnios, parto prematuro. En estos casos es muy movable el feto y faltan las circunstancias que determinan la situación longitudinal; 5a.) Utero bicornue, arqueado o tabicado y 6a.) Anormalidades del feto como monstruos dobles.

Es importante considerar otras causas que se podrían tomar como secundarias y las cuales pueden provocarse durante la atención del parto, las más importantes son las siguientes: puede ocurrir que el feto esté en una posición desfavorable cuando se rompe la bolsa de las aguas después de lo cual es impulsado el hombro hacia la pelvis; otra causa posible es la situación transversa del segundo gemelo y para la cual algunos autores indican la versión por maniobras internas como conducta rutinaria en estos casos.

DIAGNOSTICO:

En el curso del embarazo se obtienen los necesarios informes acerca de la situación transversa por medio de la palpación abdominal, ya que al efectuar la exploración se encuentra vacía la pelvis. El dorso fetal está en situación transversal, con su convexidad hacia arriba o hacia abajo. Durante el trabajo de parto es más fácil el diagnóstico, a no ser que esté el útero en estado de contracción tetánica.

Exploración abdominal: 1) El ovoide fetal se palpa en situación transversal o ligeramente oblicua al eje longitudinal materno. 2) No se palpa polo fetal sobre el estrecho superior y es posible juntar las puntas de los dedos encima del pubis. 3) No se descubre el dorso en ninguno de los flancos y la mano ha de buscarla en alguna otra parte. En la posición escápulo anterior izquierda se halla la cabeza en el lado izquierdo, en la porción inferior del flanco, y se le conoce por su tamaño, dureza, redondez y a veces por el peloteo. Las nalgas quedan muy arriba hacia la derecha y atrás, las pequeñas partes en el fondo uterino, a la derecha de la línea media; los ruidos cardíacos son más perceptibles en tanto a la izquierda abajo del ombligo. En posición escápulo-posterior derecha queda la cabeza profundamente en el flanco derecho, las nalgas debajo del brazo, no es posible distinguir el contorno de la espalda, antes bien la región umbilical parece estar ocupada por varias partes, y el foco fetal se oye a la derecha del ombligo poco más o menos a la altura de éste.

Al efectuar el tacto rectal es poco lo que se puede palpar, a no ser que se empuje el hombro hacia abajo o se encuentre prolapso de un brazo. Por lo tanto en la duda, es preferible la exploración vaginal.

Exploración Vaginal: Cuando se encuentra vacía la bóveda vaginal, se piensa inmediatamente en alguna anormalidad. Algunas veces sobresale y cuelga la bolsa de las aguas, la cual llena la pelvis, y es posible que al intentar la palpación se rompan las membranas lo que sería un suceso harto desafortunado. El cuello uterino está también colgante y se aplasta en el intervalo de las contracciones. Después de progresar algún tiempo el parto se hace más accesible el hombro, en particular cuando se rompen las membranas se puede distinguir todos los puntos de referencia, a saber: el acromión, la escápula, la clavícula y la axila, cuyo vértice indica la dirección hacia donde se halla la cabeza fetal. Notando si el borde duro de la escápula mira hacia el pubis o hacia el sacro, se puede saber si la espalda está hacia adelante o hacia atrás.

En la posición E.A.I. el vértice de la axila está hacia la izquierda, el borde de la escápula está hacia adelante y las costillas atrás. El prolapso del brazo o del codo facilita el diagnóstico. Cuando queda hacia abajo la mano, la dirección del dedo pulgar y el dobléz del codo están hacia el abdomen del feto, y haciendo un movimiento como para darle la mano a éste, se determina si la que queda hacia abajo es la mano izquierda o la derecha. En la posición E.A.I. casi siempre cae el brazo derecho (el inferior) y por consiguiente, si se encuentra la mano en el lado izquierdo y hacia abajo del brazo derecho, es posible diagnosticar con certeza esta posición. Si bien la posición del brazo del feto vivo que conserva su tonicidad muscular, puede servir de guía, es más seguro seguir dicha extremidad hacia el tórax y procurar llegar hasta la axila, palpar las costillas, la clavícula, la escápula y aún la columna vertebral, con lo que obtendrán informes absolutamente fidedignos. En la posición E.P.D., la axila mira hacia la derecha, las costillas hacia adelante, la clavícula también hacia el pubis, está atrás el borde de la escápula y si hay prolapso del brazo, éste es el derecho, pero puesto que en raras ocasiones hay prolapso del brazo superior, hay que ser cauteloso al hacer el diagnóstico fundado en la dirección de la mano.

Después de progresar el parto mucho tiempo, se edematizan las partes, lo que hace difícil el diagnóstico, y si es impelida hacia la pelvis la espalda o el vientre del feto, se tropieza a veces con grandes dificultades; ha de tenerse entonces particular cuidado.

El diagnóstico diferencial influye la presentación de nalgas, cara y vértice con prolapso del brazo, y se evitarán errores si se buscan los puntos de referencia que intensifiquen cada una de dichas partes.

Es de mucha importancia reconocer el estado en que se encuentra el útero, tocante a la inminencia de ruptura o tétanos uterino, y para que sea completa la exploración, es preciso estudiar con detenimiento el tamaño del feto y de la cavidad pélvica. En las presentaciones descuidadas de hombros debe el mé-

dico cerciorarse de la posibilidad de que termine espontáneamente el parto, y en tal caso, determinar cual ha de ser el mecanismo.

PRONOSTICO:

Cuando se hace oportunamente un diagnóstico, es sumamente favorable el pronóstico, tanto para la parturienta como para el feto, pero en los casos sin control pre-natal previo y en aquellos en los cuales no se tiene el debido conocimiento del problema sometiendo a traumatismos, infección y aún ruptura uterina tienen en consecuencia un pronóstico desfavorable. En cuanto al feto el pronóstico es siempre malo y las estadísticas de mortalidad son sumamente elevadas aunque en los libros de consulta no se encuentran datos estadísticos concluyentes. Así Holland and Bourne en *British Obstetrical* dan una mortalidad fetal corregida de 14.3%; Th-v Jaschke reporta una mortalidad infantil de 20 a 30% dando para la mortalidad materna de 2 a 5%. Eastman aporta datos más concluyentes con porcentaje de 30% de mortalidad para fetos que ingresan vivos a la admisión hospitalaria y cuyo parto se resuelve por vía vaginal elevándose al 60% cuando se rompen las membranas antes de iniciar el trabajo de parto.

La compresión torácica, el desprendimiento prematuro de placenta, anoxia ocasionada por la interrupción de la circulación placentaria y aún la extracción fetal son los factores más importantes que determinan la alta mortalidad.

TRATAMIENTO:

Las escuelas clásicas de obstetricia y los autores modernos dan opiniones dispares sobre la conducta a seguir en cada uno de los casos, considerando; paridad, edad, viabilidad fetal, diámetro pélvico-fetal; edad de embarazo y medio obstétrico. Con relación a la paridad la mayoría de los autores opinan que si la situación transversa en primigesta es igual a operación cesárea.

La versión por maniobras internas es el tratamiento conveniente en multiparas con pelvis normal debiéndose evitar el accidente desfavorable de ruptura prematura de membranas con dilataciones incompletas dadas las complicaciones que ensombrecen el pronóstico.

Las presentaciones descuidadas de hombro, en particular aquellas en que está bastante adelantado algunos de los mecanismos de expulsión espontánea, ofrecen complicados problemas que ha de resolver el tocólogo. En ocasiones el útero en contracción tetánica frustra todo intento de versión, aún cuando se aplique la anestesia profunda y se persista en efectuar por la fuerza, se provoca inevitablemente la ruptura del órgano. Puede ocurrir que la vagina distendida y ocupada totalmente por la voluminosa parte que se presenta, impide la introducción de los dedos hasta la cavidad uterina, existe también la posibilidad de que el feto ocupe el segmento uterino inferior dilatado, el cual está tan adelgazado que la introducción de la mano ocasiona ruptura.

El problema a discusión en las situaciones transversas descuidadas surge cuando es imposible o es peligrosa la versión estando vivo el feto. Lee Greenhill opina: "que dadas las circunstancias está contra indicada la operación cesárea ya que ésta pone en peligro la vida de la parturienta y aún cuando se logre extraer viva la criatura casi siempre muere en breve tiempo de resultados de compresión. Conviene preguntar: ¿Se debe efectuar la embriotomía, que si bien destruye la poca vida del feto ofrece margen de seguridad para la madre, o bien se somete a esta al traumatismo quirúrgico de una cesárea que puede ser campo abierto a una infección generalizada?". Algunas autoridades aconsejan siempre en presentaciones transversas descuidadas con feto normal y madre en buenas condiciones generales efectuar la operación cesárea segmentaria transperitoneal. El problema permanece a discusión dadas las circunstancias y los facto-

res variables que contribuyen y determina el mal pronóstico materno y fetal.

REVISION DE 200 CASOS TRATADOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.

INTRODUCCION:

Para la realización del presente trabajo, se estudiaron los casos de Situación Transversa atendidos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt desde el día de su inauguración el 15 de Diciembre de 1955 hasta el día 31 de Diciembre de 1959, es decir, durante un período de 48 meses, asistiéndose 31.402 partos, los cuales fueron revisados para investigar los casos de Situación Transversa, habiéndose encontrado 200 que son los que ahora presento para su estudio.

He puesto especial interés en el conocimiento de las complicaciones más comunes, la conducta que se ha seguido para resolver dichos casos y sobre datos de suma importancia como son la mortalidad tanto materna como fetal.

FRECUENCIA:

La frecuencia de la S. T. es muy variable, algunos autores describen un caso en cada 500 a 200 partos, un porcentaje de 0.2% a 0.5% respectivamente; en este estudio se encontró un caso en cada 157 partos que equivalen al 0.6%. Hay disparidad con relación a estadísticas extranjeras atribuible a que dada la especialización obstétrica del hospital son enviados mayor número de complicaciones.

INCIDENCIA:

Para hacer notar la incidencia de S. T. durante los años del 56 al 59 inclusive, doy los siguientes datos:

Durante el año 1956 hubo 6,315 partos y se presentaron 43 casos, con porcentaje de 0.6%.

Durante el año 1957 hubo 7,396 partos y se presentaron 44 casos, con porcentaje de 0.6%.

En 1958 se atendieron 8,337 partos con 46 casos de S. T. para un porcentaje de 0.5%.

Y por último en el año de 1959 fueron asistidos 9,095 partos y se presentaron 67 casos de Situación Transversa para un porcentaje de 0.7%.

EDAD:

La edad de los pacientes estudiados varió entre los 14 a 42 años, siendo su mayor frecuencia entre las edades de 20 a 28 años.

PARIDAD:

Para este estudio las he clasificado en la siguiente forma:

Primigestas	26	13%
Secundigestas	24	12%
Múltiparas	148	74%
Múltiparas multigestas	2	11%

Como se observa por los datos anteriores, la Situación Transversa es más común en Múltiparas.

La frecuencia de abortos previos al parto en Situación Transversa es la siguiente:

- 165 pacientes sin abortos previos
- 22 pacientes con 1 aborto previo
- 9 pacientes con 2 abortos previos
- 3 pacientes con 3 abortos previos
- 1 paciente con 4 abortos previos.

Con respecto a los partos anteriores:

Paridad.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
No. de casos	30	26	40	31	27	18	10	2	1	3	2	0	1	1
Porcentaje.	15	13	20	15.5	13.5	9	5	1	0.5	1.5	1	0	0.5	0.5

7 Casos no reportaban la paridad de la paciente.

6 Pacientes tenían cesárea previa. 4 con una cesárea previa y 2 pacientes con 2 cesáreas previas.

Embarazo múltiple: encontré 16 pacientes con embarazo gemelar. Los 184 restantes fueron embarazos simples, es decir 8% de embarazo gemelar.

CONTROL PRENATAL:

La mayoría de las pacientes revisadas no tenían control prenatal. Solamente se encontraron 38 pacientes con exámenes prenatales efectuados en el Hospital Roosevelt, es decir, 19%.

ETIOLOGIA:

Como causas que podrian tomarse como predisponentes y que impiden el encajamiento en la pelvis encontré:

Estrechez pélvica comprobada	4 casos
Placenta Previa Marginal	4 casos
Placenta Previa Central Parcial	1 caso
Placenta Previa Central Total	4 casos
Fibromatosis Uterina	3 casos
Hidramnios	2 casos
Sin causa determinada	32 casos

TIPOS DE POSICION Y VARIEDAD DE POSICION:

Para esta clasificación tomé el acromión como punto de referencia fetal y la fosa iliaca derecha o izquierda como punto de referencia materna para determinar la posición; el dorso como punto de referencia fetal en relación con el plano anterior o posterior de la madre para determinar la variedad de posición.

En esta forma los clasifiqué en 4 tipos. de los cuales encontré la frecuencia siguiente:

AID-DA	93 casos	46.5%
AII-DA	39 casos	19.5%
AID-DP	44 casos	22%
AII-DP	24 casos	12%

Como puede observarse por el cuadro anterior, la S. T. dorso anterior es la más frecuente constituyendo el 66% de los casos. Las Dorso Posteriores constituyen el 34% restantes.

COMPLICACIONES:

En los 200 casos estudiados encontré un variado número de complicaciones que modifican el pronóstico de los partos atendidos con S. T., y que aumentan la morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal.

Estas complicaciones fueron las siguientes:

Prolapso del miembro superior	116 casos	58%
Obito Fetal	65 casos	32.5%
Transversas abandonadas	46 casos	23%
Sufrimiento fetal	45 casos	22.5%
Prolapso de cordón	41 casos	20.5%
Prolapso de Miembro Sup. y Cordón	3 casos	17%
Inminencia de ruptura uterina	23 casos	11.5%
Con una circular del cordón	12 casos	6%
Ruptura uterina	11 casos	5.5%
Infección Amniótica	6 casos	3%
Protopso de miembro inferior	6 casos	3%
Retención de cabeza última con RNM	5 casos	2.5%
Atonía uterina post-partum	4 casos	2%
Schock	6 casos	2%
Placenta previa marginal	4 casos	2%
Placenta previa central total	4 casos	2%
Estrechez Pélvica	4 casos	2%
Prol. de M. Superior y M. Inf. y cordón	3 casos	1.5%
Desprendimiento prematuro de la placenta	3 c.	1.5%
Fibroma uterino	3 casos	1.5%
Inserción velamentosa del cordón	3 casos	1.5%

Con dos circulares del cordón	3 casos	1.5%
Retención de cabeza última con niño vivo	5 c.	1%
Hidramnios	2 casos	1%
Utero Tetanizado	1 caso	0.5%
Pre-Eclampsia grave	1 caso	0.5%
Placenta Previa Parcial Central	1 caso	0.5%
Placenta Succenturiata	1 caso	0.5%
Con tres circulares del cordón	1 caso	0.5%

COMPLICACIONES DEL PARTO O DE LAS OPERACIONES

Rasgadura del fondo de saco posterior	2 casos	1%
Rasgaduras del cuello	3 casos	1.5%
Herida de la vejiga durante la cesárea	1 caso	0.5%
Incisión en T hacia el cuerpo durante la cesárea	1 caso	0.5%
Piper fallido (forceps)	1 caso	0.5%

ANOMALIAS CONGENITAS

Hidrocefalia	4 casos
Anencefalia	2 casos
Espina Bífida	2 casos
Labio Leporino	1 caso
Onfalocele	1 caso

COMPLICACIONES FETALES

Conduplicato corpore	12 casos	6%
Fractura del húmero	2 casos	1%
Muertes maternas	2 casos	1%
Luxación pie izquierdo	1 caso	0.5%
Parálisis del miembro superior izquierdo	1 c.	0.5%
Fractura del fémur	1 caso	0.5%

Para formarse una idea más completa de la relación que

existe entre algunas de las complicaciones anteriores citadas y la mortalidad fetal y materna, doy los siguientes datos:

1) De los 41 casos con prolapso del cordón fallecieron 30 recién nacidos lo que un porcentaje de 73.17% que es bastante elevado si comparamos con los datos dados por otros autores quienes consicdcran la mortalidad fetal en 57.2%

2) De los 122 casos con procedencia de miembros fallecieron 77 recién nacidos lo que da un porcentaje de 63.11% cifra que como se observa es también bastante elevada, lo cual se debe a que la mayoría corresponden a Transversas Abandonadas que ingresan al Hospital con Obito Fetal.

3) De los 45 casos de Sufrimiento Fetal, fallecieron 20 niños lo que da un porcentaje de 44.44%

4) De los 11 casos de Ruptura Uterina fallecieron todos los recién nacidos y además una madre. Lo cual da un porcentaje de 100% para la mortalidad fetal.

4) De los tres casos de Desprendimiento Prematuro de Placenta fallecieron los tres recién nacidos para un porcentaje de 100%.

6) De los seis casos de Infección Amniótica fallecieron los seis recién nacidos y una madre.

7) De los nueve casos de Placenta Previa fallecieron dos recién nacidos, lo que da un porcentaje de 22.22%

8) Por último, el único caso complicado de Pre-eclampsia Grave. Con un embarazo Gemelar a término, ocurrió la muerte para ambos recién nacidos. lo que da un 100%.

De los 200 casos estudiados se obtuvo además los siguientes datos interesantes:

Recién nacidos Femeninos	86	43%
Recién nacidos Masculinos	114	57%
Prematuros	82	41%
Recién nacidos vivos	102	51%
Recién nacidos muertos al nacer o que fallecieron poco tiempo después	98	49%

CONDUCTA SEGUIDA

Paridad	Operación	Casos	Porcentajes
Primigesta	Versión	10	5%
Primigesta	Cesárea	15	7.5%
Multipara	Versión	108	54%
Multipara	Cesárea	28	14%
Primigesta	Embriotomía	3	1.5%
Primigesta	Histerectomía	0	0%
Multipara	Embriotomía	33	16.5%
Multipara	Histerectomía	7	3.5%
	Por ruptura uterina		

En cuanto a pacientes que tenían cesáreas anteriores podemos consignar los siguientes datos:

1) 3 Casos de pacientes con 1 cesárea previa resueltos con otra cesárea, los 3 niños nacieron vivos, pesando 6.9, 6.6 y 5.11 libras respectivamente.

2) 1 Caso de una paciente con una cesárea previa resuelto con versión interna y Gran Extracción Pelviana, recién nacido muerto (Obito Fetal) pesó 2.5 libras.

3) 1 Caso de una paciente con dos cesáreas previas, resuelto con otra cesárea, el recién nacido nació vivo pesando 6.2 libras.

4) 1 Caso de una paciente con dos cesáreas previas, resuelto con Versión Interna y Gran Extracción Pelviana, el niño recién nacido nació vivo pesó 6.2 libras. Al revisar la cavidad uterina se encontró íntegra. NOTA: Caso mal evaluado al que equivocadamente se le hizo versión.

La forma de resolver los casos fue de la siguiente manera:

a) Se practicaron 47 cesáreas o sea un porcentaje de 23.5% de las cuales fueron 44 cesárea segmentarias transperitoneales o sea 22%.

b) Cesáreas Corporeas: 1 por Fibroma Uterino seguida de Miomectomía; 1 por Prolapso de Miembro Superior y la úl-

tima por Placenta Previa Central Total.

De los 47 casos de Situación Transversa resueltos con Operación Cesárea, nacieron vivos 37 niños; 10 niños fallecieron por las siguientes causas:

2 Niños fallecieron por sufrimiento fetal.

1 Con procidencia de miembros inferiores y miembro superior izquierdo.

1 Con Procúbito de Miembro Superior.

1 Por Ruptura Uterina complicado con Infección Amniótica, Obito Fetal y Procidencia de Miembro Superior.

1 Niño falleció varias horas después por Atelectasia Pulmonar y Bronconeumonía, además, la presentación estuvo complicada con Fibroma Uterino, Infección Amniótica, Inserción Velamentosa del Cordón y Placenta Succenturiata.

2 Fallecieron por Ruptura Uterina.

1 Por Pre-Eclampsia grave y Sufrimiento Fetal en embarazo gemelar a término.

1 Niño que habiendo nacido vivo falleció 24 horas después por Atelectasia Pulmonar.

Se hicieron en total 138 operaciones de Versión Interna y Gran Extracción Pelviana para un porcentaje de 69%.

De todos estos casos resueltos con Versión Interna y Gran Extracción Pelviana nacieron 65 niños vivos y fallecieron 73 de las siguientes causas:

30 Niños fueron Obitos Fetales.

14 Fallecieron por Prolapso de Cordón y Procidencia de Miembros.

7 Reportados como causa de muerte la premadurez y sus pesos al nacer fueron de 3.6, 3.11, 4.7, 2.12, 3.9, 3.1 libras y uno solo fue reportado prematuro sin especificar el peso.

6 Niños fallecieron por Ruptura Uterina.

5 Niños fallecieron por Sufrimiento Fetal.

3 Mortinatos por Prolapso de Cordón.

1 Niño con Prolapso de Miembro Superior Derecho, pesando 3.10 libras, habiendo fallecido a los 30 minutos después de nacido.

1 Niño falleció por Retención de Cabeza última.

1 Niño falleció por Desprendimiento Prematuro de Placenta.

1 Niño fue Hidrocéfalo; y,

Por último 1 niño presentó Anencefalia.

EMBRIOTOMIAS:

Se efectuaron en total 36 Embriotomías o sea un porcentaje de 18%, de ellas 33 fueron efectuadas en pacientes Múltiparas y 3 en pacientes Primigestas.

Las diferentes clases de Embriotomías fueron:

Decolación	14	7%
En Banda	5	2.5%
Craneotomía	4	2%
Basiotripsia	1	0.5%
Mínima	11	5.5%
Cleidotomía	1	0.5%
Braquiectomía	2	1%

Se practicaron además 7 Histerectomías Abdominales totales o sea una frecuencia de 3.5%, las cuales fueron hechas todas por Ruptura Uterina y se hicieron 4 suturas de Ruptura Uterina o sea una incidencia de 2%. También es digno de mencionarse un caso de Evolución Espontánea en Conduplicato Corpora, que hizo ruptura Uterina y fue resuelto posteriormente con una Histerectomía Abdominal total.

También se practicaron las siguientes maniobras durante las operaciones de Versión Interna y Gran Extracción Pelviana.

Deventer-Mueller	35 casos
Rojas	52 casos
Mauriceau	92 casos
Forceps de Piper	17 casos

(De los cuales uno fue fallido de tres tomas)

MORTALIDAD INFANTIL:

Por sufrimiento fetal	5 casos
Obito Fetal	65 casos

Por Anomalías Congénitas	8 casos
Por retención de cabeza última	15 casos
Por inmadurez	18 casos
Por Ruptura Uterina	11 casos

MORTALIDAD MATERNA

Hubo dos muertes maternas analizadas separadamente así:

- 1) Multípara con Presentación AID-DA
Procidencia del Miembro Superior y Cordón.
Inminencia de Ruptura Uterina.
Obito Fetal
Transversa Abandonada
Shock. Infección Amniótica
Diagnóstico de Anatomía Patológica: Muerte por Shock y Septicemia.
Operaciones efectuadas: Embriotomía Mínima y Versión Int. y Gran Estr. Pelv.
- 2) Multípara G 7 P: 4 Ab 2. Presentación AID-DA.
Obito Fetal. Transversa Abandonada.
Procidencia de Miembro Superior.
Hemorragia Severa. Shock
Ruptura Uterina.
Operación Efectuada: Versión Interna de Gran Extracción.
Pelviana, Sutura de Ruptura Uterina.

CONCLUSIONES

- 1ª Es importante hacer notar la frecuencia tan alta de S.T. en nuestro medio con un caso en cada 157 partos, existe franca diferencia con las estadísticas extranjeras de un caso en cada 500 partos.
- 2ª Muy escaso número de pacientes asisten a la Consulta Externa Prenatal. a lo cual puede atribuirse en parte la alta mortalidad fetal que presenta la situación transversa en nuestro medio.

- 3ª El alto número de Transversas Abandonadas (46 casos: 23%) es índice de la atención empírica del parto y sus complicaciones.
- 4ª La mayoría de pacientes con Situación Transversa fueron multíparas (148 casos), siendo las posiciones dorso anteriores las más frecuentes (132 casos), y la complicación más frecuente fue Prolapso de Miembro Superior (116 casos).
- 5ª La mayoría de casos fueron tratados con Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana y es de notar la alta mortalidad infantil de casos tratados con esta operación (58.89%).
- 6ª La operación Cesárea tiene una mortalidad bajo tanto materna como fetal, considerando los 200 casos estudiados en este trabajo la mortalidad materna fue de 0% y la Fetal de 21.29%; y,
- 7ª Como conclusión final insisto en hacer notar la alta mortalidad infantil que representa la Situación Transversa en nuestro medio considerando que 65 pacientes presentaron Obito Fetal a su ingreso y falleciendo además 33 niños en el curso del parto o posteriormente en este Hospital.

RECOMENDACIONES

- A) La necesidad de un mayor número de centros destinados a la maternidad se pone de manifiesto al revisar este trabajo y considerar que el índice mayor de mortalidad infantil se encuentra en pacientes atendidos sin control médico.

- B) En toda Primigesta o Múltipara con Situación Transversa y bolsa rota hay que pensar siempre en las complicaciones que puedan presentarse y estar alerta para prevenirlas o tratarlas; y,
- C) Pensar en todo momento que la Situación Transversa es un problema delicado en Obstetricia y tendiéndolo comp tal. recomendando la posibilidad de efectuar una intervención por vía alta que es más inocua que la Versión por maniobras internas y que tienen un bajo índice de mortalidad fetal y materna.

Julio A. Morales Sandoval.

BIBLIOGRAFIA

De Lee Grenhill: Principios Prácticos de Obstetricia.
De Costa E. J. Obstetricia y Ginecología.
Kreis J. Obstetricia y Ginecología.
Thomas H. The Obstetrics Pelvis.
J. Moragues Bernat: Clínica Obstétrica.
Archivos del Hospital Roosevelt.
British Obstetric: Th-v Jaske.
Eatsman. Obstetricia di Welhams.

Vo. Bo.

Dr. Enrique Castillo.

Imprimase:

Dr. Ernesto Alarcón