

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

NULIPARA EN SITUACION TRANSVERSA

TESIS

Presentada

a la

Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Médicas

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala,

por

JORGE ORDOÑEZ CRUZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Agosto de 1963.

PLAN DE TESIS

- a) Introducción;
- b) Generalidades;
- c) Análisis Estadístico;
- d) Conclusiones;
- e) Bibliografía.

INTRODUCCION

El presente trabajo, expone la conducta seguida y su resultado, con las pacientes que ingresaron en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt con situación transversa siendo nulíparas.

Para el médico tratante la decisión que tomó se resume en dos frases: vía vaginal, vía abdominal. Y ella, representó siempre una condición de emergencia, en donde la mente educada y la experiencia adquirida se ponen a prueba indicando la forma para salvar dos vidas puestas al cuidado de su mano.

Se analizaron todos los casos del departamento desde su inicio en Diciembre de 1955 hasta el último día del año de 1962; para poder llegar a conclusiones prácticas que en el futuro puedan servir de guía u orientación a todas las esferas, sobre todo a la rural, en donde estos problemas se agudizan por acompañarse de la carencia de medios técnicos para su solución.

En fin, dejamos puerta abierta a la investigación, a la exposición y crítica para que ellas en el futuro sean las que con mayores adelantos beneficien a las madres guatemaltecas.

GENERALIDADES

Creemos conveniente hacer una breve exposición acerca de la entidad que en obstetricia se conoce con el denominador de Situación Transversa:

a) Definición:

Se llama situación transversa cuando la relación del diámetro longitudinal del feto, corta perpendicularmente al diámetro longitudinal materno, o más precisamente al útero. La situación transversa da origen a la presentación de hombro, la cual por demás está decirlo, es la más distócica de cuantas otras puedan existir en obstetricia. Quizás esta es la razón de tener un conocimiento claro del problema que en un momento dado puede ella representar.

b) Etiología:

Solamente se enumerarán las causas más importantes que en general se consideran como predisponentes de la situación transversa: 1) Prematurez; por razón de facilidad a la acomodación (ley de Pagot), se sabe que cuando sobreviene el parto antes del término, con frecuencia el feto aún no ha definido su situación, y que con frecuencia por el mayor espacio existente en el fondo uterino que en la excavación pélvica se encuentra en situación transversa. 2) La multiparidad; dado que en ella con frecuencia coincide la flacidez tanto de las paredes uterinas como del abdomen, así como la natural hiperextensión de la víscera permiten con facilidad una acomodación de ejes perpendiculares entre madre y feto. 3) El embarazo múltiple; cuando un feto ya ocupa la excavación, es lógico pensar que el segundo trate de ubicarse en el fondo adoptando con frecuencia una situación transversal; asimismo sucede a la inversa, dado a que el primer embrión ocupa el fondo, y por consiguiente al sobrevenir la superfetación, el segundo en edad trata de amoldarse al espacio de la excavación, buscando similitud con el antecesor. 4) Anomalías uterinas, sobre todo en los casos de úteros parcialmente tabicados en los cuales el diámetro longitudinal se encuentra artificialmente disminuido ocupando el transversal, el espacio mayor. 5) Tumores intra o extrauterinos, que a la postre funcionan al igual que la concausa anterior. 6) Anomalías fetales; sobre todo aquellas que por el aumento relativo de uno de los polos, tienden

a alejarlo de la excavación. 7) Brevedad relativa o absoluta del cordón umbilical. Se ha pensado que por un mecanismo de defensa vital del feto, éste tiende a garantizarse la supervivencia a expensas de su acomodación. 8) Placenta previa; la cual actúa como un tumor del cuello. Hemos considerado a las anteriores como las más importantes, pero asimismo se han sugerido otras como la desproporción céfalo pélvica, el agrandamiento lateral del útero, los úteros con cuernos hipertrofiados, etc., etc.

c) Cuadro Clínico y Diagnóstico:

El cuadro clínico reviste dos modalidades. durante el embarazo, o cuando ya principió el trabajo de parto; el diagnóstico se hace siempre de la misma forma. En el medio en que trabajamos resulta difícil el estudiar los casos antes del parto ya que la mayoría de las pacientes no acuden a sus controles prenatales; así con frecuencia nos toca examinarlas cuando llegan quejándose de expulsión de líquido por la vagina acompañada muchas veces de sensación de protrusión de una parte sólida, la cual puede ser un miembro superior o el cordón umbilical, ambas partes ovulares que sugieren de por sí, la presencia de una situación transversa; el estudio sistemático del caso siguiendo las normas clínicas generales nos hace descubrir más elementos de diagnóstico y unido a ellos, el examen clínico así como la exploración rectal o vaginal, nos permiten diferenciar los cuadros que por analogías podrían confundirnos. Creemos que con algunos elementos, tales como: el aumento del diámetro transversal del útero, la divergencia de edad calculada y estimada, la presencia del peloteo cefálico en uno de los flancos, la positividad en el examen rectal o vaginal, del hallazgo de la parrilla costal, de un segmento del tórax o un miembro superior en la excavación pélvica o vagina, etc., nos hacen concluir en que estamos ante una situación transversa.

d) Conducta:

Ya se estableció como postulado en la introducción: o vía vaginal, o vía abdominal. Varios factores intervienen en la decisión de la conducta, pero sólo enumeraremos los más importantes: a) Vitalidad fetal; cualquier alteración de la misma hace difícil pensar en una cesárea. b) Viabilidad fetal, constituye ésta un factor decisivo muchas veces en la conducta por vía baja, ya que no sólo por su mayor facilidad en el parto por vía vaginal, sino por su mayor supervivencia por la menor exposición al trauma operatorio y anestésico profundo. c) Presencia o no de anomalía fetal. d) Paridad de la paciente: para algunas escuelas la nuliparidad significa una indicación absoluta de cesárea. e) La integridad o ruptura de las membranas. f) El grado de di-

latación del cuello, indudablemente de valor trascendental, ya que ante una urgencia y sin dilatación completa se impone la vía abdominal. g) La contingencia de otro problema obstétrico tal como la placenta previa, la estrechez pélvica, etc., decisivos para la conducta, muchas veces sin importar la situación fetal. h) El estado del útero, tanto atendiendo a su anatomía como a su fisiología. . . En fin, como se ve, es sumamente compleja la decisión de la conducta, y por ello repetimos que el sano criterio, ajustado a la experiencia y conocimientos así como a la habilidad del tocólogo lo que a la postre señala el camino mejor para el feto y la madre.

No debemos olvidar, por último, que en raras ocasiones puede resolverse un caso espontáneamente, con la expulsión del feto por la vía natural en cualquiera de los mecanismos descritos por Roederer o Dennen.

Se ha hecho un breve repaso de las generalidades sobre situación transversa, a continuación principiaremos con el estudio de los casos de Nulíparas que se encontraron en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

NULIPARA CON SITUACION TRANSVERSA

En el presente estudio se analizaron 50 casos de nulíparas con situación transversa, los cuales ocurrieron en un periodo de siete años en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

Incidencia:

En un total de 62,484 nacimientos ocurrieron 480 situaciones transversas o sea una incidencia del 1.1%, dato que comparado con las estadísticas de otros centros es del todo similar. La relación entre nulíparas a multigestas es de 1 a 10, lo que significa que conforme a la tabla de causalidad, se observa con claridad la mayor coincidencia con la multiparidad.

ANALISIS ESTADISTICO

Control Prenatal:

En el presente, así como en todos los trabajos que se han efectuado con datos estadísticos del Departamento de Maternidad, se observa que la mayor parte de las pacientes no asisten con la regularidad deseada. Para el tema que aquí se trata, reviste una importancia trascendental el control durante el embarazo, ya que no sólo el diagnóstico precoz y el estudio del caso para su futura conducta sino que también el hecho de poder corregir en algunos casos la situación, durante las semanas últimas de la gestación, hacen que en realidad se abulten los rubros del fracaso con respecto a la vitalidad fetal. Conforme a los registros clínicos, encontramos que:

Asistieron a Prenatal:	18 pacientes	.....	36%
No tuvieron control:	32 pacientes	.....	64%

Se recomienda que se inicie una campaña efectiva en pro de la mayor concurrencia de las pacientes a su prenatal.

Edad de las Pacientes:

Se clasificaron partiendo de las de menos de 15 años, por quinquenios, terminando con las mayores de 35 años, a las cuales se les atribuye el calificativo obstétrico de añosas.

Así se obtuvo lo siguiente:

15 años o menos	.....	4	8%
16 años a 20	.....	24	48%
21 años a 25	.....	10	20%
26 años a 30	.....	7	14%
31 años a 35	.....	4	8%
más de 35 años	.....	1	2%

El caso de mayor edad fue de 37 años y la paciente más joven de 14; la edad más frecuente 17 años (7 casos). El promedio de edad 21.8 años. Por último diremos que entre la edad obstétrica ideal (entre los 15 y 30 años) estaban comprendidas el 82% de las pacientes (41 casos).

Con los datos arriba mencionados no puede llegarse a conclusiones definitivas pero si se puede establecer que en realidad, la mayor parte de las mujeres guatemaltecas alcanzan en la segunda decena de su vida su época de maternidad.

Paridad:

Al analizar los casos, se clasificaron como nulíparas a algunas pacientes que en realidad habían tenido uno o dos embarazos previos, pero que ellos concluyeron en aborto o se resolvieron por una cesárea y por consiguiente para los fines obstétricos se consideran nulíparas. En resumen hubo 3 casos con un aborto previo, uno con 3 abortos consecutivos antes de lograr el parto; las restantes su primera gestación, es también la que presentó la situación transversa.

EDAD DEL EMBARAZO:

Tomando como guía la edad calculada, para evitar el error que de por sí causa la estimada en la situación transversa, se clasificaron a las pacientes en la forma siguiente:

a término (38 a 42 semanas)	29 casos	=	58%
de 34 a 37 semanas	13 casos	=	26%
de 30 a 33 semanas	3 casos	=	6%
de menos de 30 semanas	3 casos	=	6%
no consignadas	2 casos	=	4%

Lo anterior se puede resumir diciendo que se presentó como coincidencia la prematuridad en 19 casos o sea el 38%; mien-

tras que los embarazos llegaron a término en el 58% de los casos. Desconocemos la edad por amenorrea en 2 casos (4%).

Primordialmente salta a la vista que como regla general, es de mucha importancia la edad de embarazo como concausa de la situación transversa, y en nuestro estudio más de la tercera parte de los embarazos no llegaron al término; queda pendiente el reanálisis de este punto cuando se estudie el peso de los fetos al nacer con lo cual se podrá llegar a conclusiones definitivas al respecto.

Con lo anterior concluimos el análisis de los datos previos al ingreso de las pacientes al hospital; debemos señalar que no se tomaron en cuenta algunos que por su índole no representaron ninguna importancia para los fines de esta investigación, tales como la raza, estado civil, religión, procedencia, etc.

Antes de iniciar la descripción de lo efectuado dentro del hospital se consignará el dato referente al estudio pelvimétrico de las pacientes, y si bien es cierto que a algunas se les practicó en la consulta externa, también fue necesario muchas veces hacerlo dentro del hospital en el momento de la resolución del caso.

En 3 casos no se registró ni se practicó dicho estudio. Definitivamente no se hizo en 22 pacientes o sea el 44% y se encontró un dato de estimación pélvica en el 50% de los casos (25 pacientes). Por otra parte, se complementó el estudio pélvico o se usó como método diagnóstico exclusivamente la radiología en 19 pacientes (38%), lo cual indudablemente constituye un índice muy bajo de exploración de los casos con un complemento tan valioso como es el radiológico, lo cual sólo podemos explicarlo pensando que en realidad muchas pacientes acuden como último recurso al hospital, y cuando llegan a él ya constituyen una emergencia su resolución, no permitiendo por ella misma la dilación en el tratamiento. Vamos a analizar lo efectuado durante la hospitalización, principiando por el motivo de ingreso:

Motivo de ingreso	No. de Pacientes	Porcentaje
Sólo trabajo de parto	36	72%
Trabajo de Parto y hemorragia vaginal	3	6%
Hemorragia vaginal	2	4%
Ruptura prematura de membranas	1	2%
Hemorragia y dolor abdominal	1	2%
Trabajo de parto y Ruptura de membranas	1	2%
Prolapso de miembro superior	6	12%
	<hr/> 50	<hr/> 100%

Podemos resumir lo anterior diciendo que:

Ingresaron con trabajo de parto	46	92%
No se encontró	4	8%
	<hr/> 50	<hr/> 100%
Por otra parte: ingresaron con bolsa entera:	42 pacientes	(84%)
Presentaron ruptura de membranas:	8 pacientes	(16%)
	<hr/> 50	<hr/> 100%

En el análisis de los cuadros anteriores debe tomarse muy en cuenta que no se habla de diagnóstico de ingreso sino que solamente, motivo del mismo. Creemos que es de importancia el concepto y por ello se analizarán algunos de sus aspectos por separado:

a) De las pacientes que presentaban trabajo de parto, la duración del mismo se estableció en la forma siguiente:

Con más de 48 horas	1	2%
Con más de 24 horas	6	12%
de 16 a 24 horas	6	12%
de 8 a 15 horas	11	22%
de menos de 8 horas	7	14%
se ignora el tiempo en sin trabajo de parto	15	30%
	4	8%
	<hr/> 50	<hr/> 100%

Puede resumirse diciendo que 7 pacientes tenían al ingresar trabajo prolongado, y que 24 acusaron una cantidad variable de horas, las cuales están representadas por cierta negligencia de las pacientes quienes muchas veces no conociendo la gravedad del caso, esperan hasta el advenimiento de una complicación para presentarse al hospital. Es lástima también señalar, que no podemos hacer conclusiones al respecto del promedio de duración del trabajo de parto ni a la razón del mismo, ya que casi la tercera parte (30%) no se pudo determinar la duración del mismo.

b) Si bien es cierto que el hecho de que 8 pacientes se presentaron por ruptura de membranas espontánea consideramos más importante, consignar el comportamiento de la fuente en la generalidad de los casos, y así encontramos que hubo ruptura ante-

partum en 14 pacientes (28%); en 33, (66%) la fuente se rompió intrapartum. Tres papeletas nos dejaron con la duda del momento de la amniorrexis.

c) De las pacientes que se ingresaron por hemorragia, en 1 se encontró un fibroma uterino grande como causa; 4 fueron placentas previas y la restante no fue posible identificar la causa de la hemorragia.

Una vez ingresados los casos, y en general hecho el análisis de los mismos por el personal a cargo de ellos, fueron resueltos en la forma siguiente:

Por cesárea	31	62%
Por versión interna	11	22%
Con embriotomía	3	6%
Parto espontáneo	2	4%
No está consignado	3	6%

Para efectuar los distintos procedimientos se usó indudablemente algún método anestésico, y salvo en los partos espontáneos y en otro caso en que nos fue imposible determinar cuál se usó, observamos que como norma rutinaria, la anestesia gaseosa general es la que se empleó ya que 46 casos (92%) tuvieron dicho procedimiento mientras que solamente se registró una raquídea. Quizá la mayor diferencia en cuanto a anestesia se refiere, lo constituye el agente medicamentoso; vemos pues que se usó:

Ciclo propano éter	33 casos	66%
Sólo ciclo propano	7 casos	14%
Oxido nitroso-éter	5 casos	10%
Sólo óxido nitroso	1 caso	2%

Pensamos que la anestesia gaseosa de tipo general debe en realidad constituir el método de elección para la situación transversa, ya que además de disminuir el factor tensión por la emotividad de la paciente, confiere una relativa mayor relajación uterina, sobre todo con la adición de éter, lo cual indudablemente da mayor margen de seguridad tanto para la integridad de las estructuras maternas cuanto a la facilidad de extraer a los fetos por cualquiera de las vías que se escoja.

Hecho este paréntesis, creemos de importancia analizar por separado cada uno de los procedimientos resolutivos, principiando por la cesárea:

Se practicaron 30 cesáreas segmentarias; de ellas 1 extra-peritoneal y las 29 restantes transperitoneales. Sólo se hizo una cesárea corpórea clásica.

Evidentemente, la coincidencia de una situación transversa en nulíparas es una clara indicación de cesárea, pero siguiendo quizá un criterio altamente conservador, encontramos que además existió otra indicación para la selección de la vía alta así:

Desproporción (pelvis pequeña)	7 casos	14%
Placenta previa central	1 caso	2%
Prolapso de mano	2 casos	4%
Ruptura prematura de membranas	2 casos	4%
Fibroma uterino	1 caso	2%
Sin otra indicación	18 casos	36%

Es interesante mencionar que de las pacientes cesarizadas, a 16 se les hizo estudio radiológico, comparando este dato al ya expuesto sobre el estudio pelvimétrico encontramos que en total se practicaron 19 radiografías diagnósticas y de ellas la mayor parte fueron cesarizadas, quizá valga decir, que el motivo del estudio complementario fue para confirmar la vía de solución del caso, atendiendo a la viabilidad pélvica y como consecuencia del estudio clínico previo, siguiendo tal vez una conducta bastante conservadora.

De las pacientes resueltas por vía alta todas se intervinieron con anestesia gaseosa.

Otros datos que juzgamos de importancia mencionar, es que el promedio de edad calculada de ellas fue de 38.5 semanas y que el promedio de peso de los niños que se obtuvieron es de 5 libras, 14 onzas. Dichos niños nacieron en las siguientes condiciones:

Muertos	4	8%
Malas condiciones	2	4%
Regulares condiciones	1	2%
Buenas condiciones	21	42%

No pudimos establecer conforme a los registros el estado pre, intra o postpartum de tres de los casos nacidos por cesárea.

Por último conviene referir que dos casos presentaron complicaciones durante el post-operatorio siendo ellas: una dehiscencia parcial de la pared abdominal y una endometritis postpartum. No se registró ninguna muerte materna.

De los fetos nacidos, uno presentó una parálisis de Erb y otro una fractura del húmero.

Una vez expuestos los principales puntos de vista acerca de las pacientes que fueron cesarizadas, procedemos siguiendo los mismos cánones a referir aquellas cuya solución fue por la vía baja.

En total se practicaron 11 versiones y grandes extracciones y se encontró en primer término como concausa de dicho procedimiento, los siguientes factores:

Placenta previa parcial	3 casos	6%
Prolapso de mano (dilatación completa)	2 casos	4%
Obito fetal	3 casos	6%
Sin otra indicación	3 casos	6%

Solamente a una paciente se le practicó estudio radiológico. Todos los casos se resolvieron con la ayuda de anestésicos y en 10 casos se usó la general de tipo gaseoso; se practicó una versión con una raquia-anestesia con pontocaína. La edad de embarazo promedio, fue de 34.2 semanas, y el peso de los fetos de 4 libras 2½ onzas. El niño de más peso fue de 7 libras 9 onzas, el cual nació vivo en buenas condiciones. El resto de los niños nacieron así:

Muertos ante-partum	6	12%
En malas condiciones	1	2%
En regulares condiciones	1	2%
En buenas condiciones	2	4%
Se ignora	1	2%

De estos niños presentaron anomalías congénitas dos casos, uno con Espina bifida y pie equino y el otro con una dolicocefalia. No se registraron complicaciones en las madres que se les practicó una versión y con respecto a las complicaciones fetales sólo agregaremos que el nacido en malas condiciones falleció a posteriori elevando el número de muertos a 7.

Para terminar con la exposición de la resolución de los casos, tenemos que consignar que dos partos se efectuaron con el mecanismo espontáneo y naturalmente se trataba de fetos muy pequeños y muertos, de ellos no se va a hablar por de pronto. Por último, se mencionará que se practicaron tres embriotomías en banda también en fetos muertos.

La solución de tres casos se desconoce y ello indudablemente constituye un dato que le resta valor estadístico al presente trabajo, pero desgraciadamente, no existía en las papeletas ningún dato que nos pudiera haber orientado al respecto.

Creemos que este capítulo amerita un corolario, y sobre todo aunque en algunos aspectos sea repetir cifras ya consignadas, pero vale la pena mostrar datos comparativos de una y otra vía, para ver claramente las razones de ellas así como su resultado; por ello volveremos sobre lo andado pero ahora en forma correlativa:

Se resolvieron por cesárea	el 62% de los casos
Por versión	el 22% de los casos
Por embriotomía	el 6% de los casos

Es decir, que indudablemente, el procedimiento de elección es la cesárea.

La edad de embarazo promedio de las cesarizadas:	38.5 semanas
La edad promedio de las resueltas por versión:	34.2 semanas
El peso promedio de los niños nacidos por cesárea:	5 libras 14 onzas
El peso promedio de los niños nacidos por versión:	4 libras 2½ onzas
Cesáreas practicadas con niño muerto:	4 en 31 casos
Versión practicada con niño muerto:	6 en 11 casos
Niños en buenas condiciones post-cesárea:	21
Niños en buenas condiciones post-versión:	2

De lo anterior se deduce claramente lo siguiente:

- a) La vía de elección es la cesárea, porque ofrece menos riesgos maternos y fetales sobre todo con mayor supervivencia.
- b) La versión está confinada, o mejor dicho condicionada, a varios factores pero sobre todo: 1) Prematurez manifiesta, tanto por la edad del embarazo cuanto por la evaluación del peso fetal. 2) Urgencia de solucionar el caso siempre que se llene el requisito de una buena dilatación de la pelvis, de la existencia de dilatación completa y



la premura del tiempo, ya que en ciertos casos preparar una cesárea puede ser feticida. 3) De la vitalidad fetal prepartum. 4) Ante la presencia de un óbito y de la dificultad de hacer, ya sea por razones técnicas o circunstanciales, una embriotomía. 5) De la sospecha de anomalías fetales serias.

- c) La embriotomía continúa siendo un procedimiento de buena aceptación para la solución de los casos en donde coexiste el óbito fetal.
- d) El parto espontáneo es la excepción y sólo se logra con fetos muy pequeños y muertos.

Hemos hecho un resumen comparativo, sólo nos resta hacer ver, antes de consignar los datos más sobresalientes al feto, que por otra parte, no falleció ninguna de las 50 madres que aquí se estudiaron y por consiguiente la mortalidad es de 0% y que hubo morbilidad en 2 casos (4%).

ESTUDIO DEL RECIEN NACIDO

Sexo: Hubo en total 32 masculinos 64%
y 18 femeninos 36%

Se tomaron algunas guías para calificar el peso de los niños así:

de más de 8 libras	1	2%	pesó 9 libras, 4 onzas
de 5 libras 8 onzas a 8 libras	24	48%	
de 3 libras a 5 libras 7 onzas	17	34%	
de 2 libras a 2 libras 15 onzas	6	12%	
de menos de 2 libras	2	4%	

En total pues, hubo 25 fetos a término por peso 50%
y 25 prematuros 50%

El feto de menor peso fue de 1 libra 7 onzas, que conforme a la clasificación internacional debió tomarse como aborto, pero coincidió con la circunstancia de que vivió durante más de 1 hora y por otra parte, coincidía con una placenta previa, que fue lo que motivó la evacuación uterina primordialmente.

Por último, refiriéndonos al peso, diremos que el promedio general del mismo es de 5 libras 4 onzas.

ESTADO AL NACER: Si bien es cierto que ya se habló parcialmente de ello, bien vale la pena hacer un resumen general:

Nacieron en buenas condiciones	25 niños	50%
Nacieron en regulares condiciones	2 niños	4%
Nacieron en malas condiciones	4 niños	8%
Nacieron muertos	15 niños	30%
Se desconoce el estado al nacer en	4 niños	8%

Debe agregarse el dato que de los niños nacidos vivos, 2 murieron antes de salir del hospital, de tal suerte que la mortalidad neonatal se eleva a 17 casos o sea el 34% (dato alarmante).

ANOMALIAS FETALES: Solamente vamos a mencionar que el 4% encontrado es mucho más alto que en el parto en general y que ello demuestra la realidad que la situación transversa puede coincidir con anomalías fetales.

Consideramos que se han expuesto los datos más importantes con respecto al tema.

Como final del trabajo, presentamos las concausas más importantes que encontramos como etiología de la situación transversa.

1) La prematurez fetal figuró en	25 casos	50%
2) La estrechez pélvica figuró en	8 casos	16%
3) La placenta previa figuró en	4 casos	8%
4) Las anomalías congénitas figuraron en	2 casos	4%
5) Fibroma uterino figuró en	1 caso	2%

Hubo algunos casos en los cuales no se pudo determinar alguna otra concausa. Se ha terminado el presente estudio preliminar; no se pretende sentar cátedra; pero sí se quiere hacer una guía del trabajo realizado en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt para proyección en otros centros urbanos y rurales que son los que más necesitan de bases sólidas para sus actuaciones futuras.

CONCLUSIONES

- 1) La incidencia de situación transversa en el Hospital Roosevelt es del 1.1% y la relación entre multiparidad y nuliparidad de diez múltiparas por cada nulípara.
- 2) Se estudiaron 50 casos de nulíparas con situación transversa.
- 3) Lamentablemente sólo concurren a sus controles prenatales 18 pacientes (36%). Consideramos que el prenatal es trascendental para el diagnóstico precoz y profilaxis en la presentación de hombro.
- 4) Recomendamos el uso rutinario de la radiología para estos casos, como ayuda valiosa para el tratamiento adecuado. En nuestro estudio solamente se exploraron 19 pacientes (38%) y de ellas se resolvieron por cesárea 18.
- 5) El 62% de los casos se resolvieron por vía quirúrgica alta, y de las 31 cesáreas practicadas, 30 fueron segmentarias.
- 6) La anestesia es indispensable en la solución de la situación transversa, en nuestro trabajo, se les administró a 48 pacientes un agente gaseoso de tipo general, un caso se resolvió con anestesia raquídea, es decir, que se empleó anestésico en el 96% de los casos.
- 7) En la decisión para la conducta intervienen como factores preponderantes: a) La viabilidad y vitalidad fetal, b) Las concausas etiológicas tales como la estrechez pélvica, las anomalías fetales o uterinas, la inserción placentaria, etcétera.
- 8) La prematuridad coincidió en un 50% de los casos estudiados, lo cual indica que es la causa etiológica más importante.
- 9) La mortalidad neonatal para la Situación Transversa en nulípara fue del 34% lo cual nos demuestra que dicha contingencia continúa siendo uno de los grandes dramas obstétricos.
- 10) En el presente estudio no se registró ninguna muerte materna.

JORGE ORDÓÑEZ CRUZ

Asesor.

Dr. Ernesto Alarcón E.

Revisor.

Dr. Eduardo Fuentes

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario.

Imprímase.

Dr. Carlos M. Monsón Malice
Decano.

BIBLIOGRAFIA

1. Registros Médicos del Hospital Roosevelt.
2. Tratado de Obstetricia.
Dexeus Font. 1957.
3. Principos y Práctica de Obstetricia
De Lee. Greenhill.
4. A Text book of Obstetrics
Reid. 1962.
5. Perinatal Loss in Modern Obstetrics
Nesbitt. 1957.
6. Year book of Obstetrics & Gynecology
Greenhill 1962-1963.
7. American Journal of Obstetrics and Gynecology.
January 15, 1962.
8. American Journal of Obstetrics and Gynecology.
November 1961.
9. Obstetrics.
Eastman. 1961.