

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

C. 22



**DECOLACIONES HECHAS EN
EL HOSPITAL ROOSEVELT**

Revisión de todos los casos

VICTOR SOTO SOLIS

1972

1972

PLAN DE TESIS

- I Introducción
- II Objetivos
- III Concepto y Etimología
- IV Clasificación de las Embriotomías
- V Embriótomo clases y descripción
- VI Técnica de Embriotomía
- VII Cuidados previos y ulteriores a la Decolación
- VIII Estudio estadístico
 - a. Edad
 - b. Edad de Embarazo
 - c. Paridad
 - d. Procedencia
 - e. Grupo étnico
 - f. Presentación y Posición
 - g. Manipulación
 - h. Estado de las membranas
 - i. Estado fetal
 - j. Pre-natal
 - k. Complicaciones
 - l. Mortalidad materna
 - m. Resolución de la complicación
 - n. Anestesia
 - ñ. Edad del feto por peso
 - o. Tipo de embriotomía
 - p. Complicación previa a la Decolación
 - q. Tiempo de hospitalización
- IX Conclusiones
- X Bibliografía

INTRODUCCION:

El presente trabajo se basó únicamente en hacer una revisión completa de LAS DECOLACIONES, que se han efectuado en el Hospital Roosevelt, durante el período de los años siguientes, 1955-1970; en el Departamento de Maternidad.

Aunque la Decolación es una embriotomía, es la más frecuente dentro de las mismas; en ese período de tiempo hubo, 157638 partos; 95 embriotomías de las cuales 20 fueron decolaciones. Corresponde por lo tanto, a una Embriotomía por cada 1553 partos, y una decolación por cada 7,381 partos.

Se escogió Las Decolaciones, pues como dije antes dentro de las Embriotomías en general, es la que con mas frecuencia se efectúa, que permite al médico, resolver un caso obstétrico complicado; con mucha efectividad, aunque es bastante el riesgo para la madre, por posible ruptura uterina.

Reduce el tiempo de hospitalización de la paciente. En todos los casos en que se efectuó la Decolación, el feto ya se encontraba muerto, y en situación transversa acompañandose de prolapso de miembro superior, con infección agregada potencialmente.

Con buena experiencia, buena anestesia las complicaciones, con el procedimiento, son mínimas como veremos al hacer el estudio.

En este estudio queremos hacer énfasis en el procedimiento, el médico resuelve satisfactoriamente el caso; sin recurrir a la vía alta, que en las condiciones en que se presentan estas pacientes aumenta la morbilidad.

OBJETIVOS:

Presentar una revisión completa de todos los casos que han habido en el Hospital Roosevelt desde su fundación a la fecha.

Al hacer esta revisión se pretende discutir en una forma somera, y concisa; los beneficios o inconveniencias de la Decolación, revisar sus indicaciones, complicaciones, técnicas, instrumentos que se usan, tipo de anestesia que a nuestro juicio es la más conveniente, en que forma se resolvieron las complicaciones que hubo a causa del procedimiento hacer énfasis, en cuidado pre-natal que se debe prestar a toda madre embarazada, y mayor atención cuando hay una presentación anómala, como en el caso de la situación transversa.

Desgraciadamente la mayoría de las pacientes proceden del área rural; como costumbre en ellas es que sea la Comadrona, quien las atienda; lógico es pensar que la comadrona sea quien ve primero a estas pacientes, y trata de resolver ella misma la complicación, sin lograrlo por supuesto, antes que se decida a enviarla al médico, ya las han manipulado, aumentando con ello, la incidencia de infección, (amnioititis); y la muerte fetal intra-parto.

EMBRIOTOMIA CONCEPTO:

La embriotomía es una operación obstétrica, que efectuada con instrumental especial, reduce el volumen del feto, mutilandolo, y suele terminar casi siempre con su extracción para satisfacer exigencias maternas.

Etimología:

La palabra se deriva de dos voces griegas a saber: Embryon, ou, tó = (a su vez derivado de em: en y bryó germinar). Tomé, es, é = corte.

Del concepto y la etimología, sacamos en conclusión que la Embriotomía es o tiene como finalidad, terminar el parto por medio cruento, ya sea seccionando o cortando partes del feto, o haciendo vaciamentos del mismo; tomando en cuenta esta idea, vemos que o tenemos la necesidad de hacer una clasificación de las embriotomías así:

CEFALICAS

- 1.- *Menores*
 - a. Punción cefálica
 - b. Frontal
 - c. Parietal
 - d. Sub-occipital
 - e. Occipital
- 2.- *Mayores*
 - a. Craneotomía
 - b. Craneoclasia

CERVICO TORAXICAS

- 1.- *Menores*
 - a. Basiotripsia
 - b. Punción cervical
 - c. Punción torácica
- 2.- *Mayores*
 - a. Decolación o Cervicotomía
 - b. Toracotomía
 - c. Raquitomía o Detroncación
 - d. Evisceración Torácica

ABDOMINALES

- 1.- *Menores*
 - a. Punción abdominal
- 2.- *Mayores*
 - a. Evisceración abdominal

DE LOS MIEMBROS

- 1.- *Menores*
 - a. Cleidotomía

DE LOS MIEMBROS

- 1.- *Menores*
 - a. Cleidotomía
- 2.- *Mayores*
 - a. Branquitomía uni o bilateral
 - b. Desarticulación de la cadera
 - c. Femurotomía

MIXTAS

- 1.- *Menores*
 - a. Punciones simples
- 2.- *Mayores*
 - a. Mutilaciones múltiples
 - b. Embriotomía en banda

INDICACIONES:

- 1.- *Feto muerto y estreches pelviana*
- 2.- *Excesivo volumen fetal*
 - a. Gigantismo
 - b. Hidrocefalia
- 3.- *Presentaciones viciosas*
 - a. Presentación de tronco
 - b. Presentación de cara
 - c. Presentación de frente
 - d. Presentación de sincipucio
 - e. Presentación de nalga (cabeza última)
 - f. Presentación de transversa abandonada con prolapso de miembro superior.

FETO VIVO

- 1.- Malformaciones congénitas
 - a. Hidrocefalia
 - b. Gran meningocele
 - c. Enclavamiento de dos fetos

CONDICIONES:

- 1.- Dilatación completa o completable del cuello
- 2.- Diámetro promonto pubiano mayor de 5.5 centímetros

CONCEPTO DE DECOLACION:

Sección a nivel de la columna vertebral a nivel del cuello, (embriotomía cervical, decolación o decapitación).

EMBRIOTOMOS:

Los instrumentos que consiguen la separación total de la cabeza y el cuerpo fetal reciben el nombre de EMBRIOTOMOS DECOLADORES; pudiendose clasificar así:

- 1.- Decoladores que actúan como tijeras, ejemplo Tijeras de Dubois, modificada por Pinard, que se usa asociada al gancho de Brauman.
- 2.- Decoladores que actúan como cuchillos, corresponde a este grupo el decolador o guillotina de Tarnier.
- 3.- Decoladores que actúan como sierras, corresponde a este grupo el Embritomo de Ribemont Dessaignes, se incluye el hilo de la sierra que se coloca en el dedal de Blond.

DESCRIPCION Y TECNICA DE CADA EMBRIOTOMO**TIJERAS DE DUBOIS PINARD Y GANCHO DE BRAUN**

Las tijeras de Dubois Pinard, son en realidad tijeras, largas grandes, las hay rectas y curva. El gancho de Braun que termina por un extremo romo y presenta en el otro extremo una barra tractora que tiene por objeto rodear con su concavidad el cuello del feto, con ello se aproxima al operador, lo fija para que puedan actuar las tijeras.

TECNICA:

Estando la paciente bajo anestesia general profunda, en posición obstétrica, se desciende el miembro superior correspondiente al hombro que se presenta. Se coloca un lazo, en la muñeca, se hace tracción del mismo hacia abajo con el fin de hacer descender el cuello del feto hacia el operador. Se introduce el gancho de Braun. Para ello se usa una mano guía, y será la que quede contrario a la posición; ésta toma el cuello del feto entre el pulgar por un lado y el medio e índice por otro, sirviendo de guía al gancho que luego se introducirá, y de protección para los tejidos maternos. Se introduce con su dorso hacia atrás, de tal modo que el pulgar quede entre el cuello del feto y el púbis. Empúñese el gancho de Braun con la mano que ha quedado libre, colóquese de plano contra la mano guía, de tal manera que la punta del gancho mire hacia el tronco del feto, su ángulo, por lo tanto hacia la cabeza. Introdúzcase profundamente siempre del plano inclinándolo de modo que el ángulo se dirija hacia la cabeza.

Cuando se considera que el gancho está bien introducido, se hace rotar el mango para llevar el extremo del pico hacia adelante. Los dedos guías informaran si abraza o no el cuello del feto, descíndase entonces el gancho, fija el cuello fetal y se hará tracción del mismo.

Sin sacar la mano guía se toman las tijeras de Dubois Pinard que se deslizan de plano sobre aquella; hacen un ojal cutáneo; se introducen por él, y atraviezan partes blandas hasta chocar con la columna cervical, la cual se secciona entre dos cuerpos vertebrales. La sección de la columna es denunciada por un descenso brusco del hombro, del cual estaba traccionando el ayudante.

Entonces con pequeños golpes de tijera, se seccionan las partes blandas hasta terminar con la decolación. Seguidamente se retiran las tijeras luego el gancho por último la mano guía.

Debe de extraerse en primer término el tronco y el cuerpo fetal, traccionando el brazo descendido, luego la cabeza, enganchándola por la boca con un dedo o pinza de Musseux.

DECOLADOR O GUILLOTINA DE TARNIER:

Está constituido fundamentalmente por un gancho y un cuchillo, provisto de protector. El gancho presenta una ranura en toda su extensión que permite el deslizamiento del cuchillo. Este es de forma triangular con un borde cortante, que se adapta al ángulo del gancho, cuando el instrumento está armado. Tiene un mango ovoideo que permite hacer correr el cuchillo, por la ranura, una vez que gracias a una pieza de resorte ubicada en la parte inferior del gancho, se consigue solidarizar el mango del cuchillo con el mango del gancho.

El protector está representado por una lámina, accionada por un tallo mecánico fijable al mango. Actuando sobre dicho tallo, puede cubrirse, el borde, o dejarse libre, al borde cortante del cuchillo.

TECNICA:

Hágase accesible el cuello fetal, con los recursos ya conocidos, (descenso del miembro correspondiente, lazo etc.) Introdúzcase el gancho con la misma técnica aconsejada para el gancho de Braun, (mano guía, orientación, etc.)

Sin sacar la mano guía colóquese el cuchillo cubierto con su protector en la ranura que conocemos, y deslícese hasta que entre en contacto con el cuello del feto. La mano guía, permite asegurar que no hay partes blandas maternas entre el cuchillo y el gancho.

Retírese el protector que se fija mediante un dispositivo destinado a tal fin. Queda así, el borde cortante del cuchillo, frente al cuello fetal.

Con la pieza a resorte que conocemos, se solidariza el mango del gancho con el mango del cuchillo, mediante un movimiento impreso al mango ovoideo, el cuchillo va avanzando



lentamente y seccionando el cuello. Habrá terminado la decolación, cuando el borde cortante del cuchillo alcance la ranura abierta en el ángulo del gancho, si hubiera quedado partes blandas sin seccionar, retírese el cuchillo un poco, colóquese mejor el gancho ayudado por la mano guía, hágase avanzar de nuevo el cuchillo y termínese la sección.

Extráigase el decolador y luego la mano guía. La extracción del tronco y la cabeza última se cumple como ya indicamos.

EMBRIOTOMO DE RIBEMONT DESSAIGNES:

Consta de cuatro piezas distintas:

- 1.- Un gancho metálico hueco, destinado a conducir un hilo sierra, alrededor del cuello fetal, y proteger los órganos maternos contra dicha sierra.
- 2.- Un tubo que se articula con él y está destinado a completar el aparato protector de los órganos maternos.
- 3.- Una doble y estrecha lámina de acero, provista en uno de sus extremos a una piecesita agujereada donde se fija el hilo sierra, teniendo en el otro extremo un anillo metálico.
- 4.- Un hilo de sierra.

El gancho es un tubo de acero cerrado en sus dos tercios inferiores y abierto en su tercio superior. La parte cerrada es rectilínea, y termina por un mango provisto de una mortaja y un tornillo pequeño, cuyo tallo penetra en la luz del tubo. La porción abierta está incurvada en forma de gancho, su extremidad termina a bisel y la ranura se encuentra en la concavidad del gancho.

El tubo protector es análogo al del gancho. Tiene también un mango provisto de un tornillo mariposa, destinado a articularse, con la mortaja del gancho. El otro extremo, ligeramente incurvado, termina a bisel, que se adapta al bisel de la extremidad del gancho.

La doble lámina de acero, como su nombre lo indica, está formada por dos láminas delgadas y superpuestas, que, mientras por uno de sus extremos terminan en una piecesita perforada en el centro, por el otro, se articulan con una pieza que sirve de soporte a un anillo metálico.

Cuando el gancho está listo para ser introducido, este anillo se encuentra en su pico o extremo, y la doble lámina está alojada en el interior del tubo y fija, gracias a aquel tornillo que señalamos en el mango del gancho.

La doble lámina no tiene en todos sus puntos iguales dimensiones en el primer trecho, vecino al anillo, su anchura es la mitad de la que presenta en el resto de longitud. Esto tiene importancia como muy pronto veremos.

El hilo sierra es de tipo especial, pues está representado por un hilo de cáñamo, alrededor del cual ha sido arrollada una cinta metálica dentada. Constituye así, el llamado hilo sierra de Thomas.

TECNICA

Debe hacerse accesible el cuello fetal, de acuerdo con lo que ya sabemos, (descenso del miembro correspondiente, lazo, ayudante). El gancho debe introducirse armado, es decir que la doble lámina de acero debe estar alojada en el interior del tubo, el anillo pegado al pico del gancho, en el otro extremo de la doble lámina (perforada); se habrá atado el hilo sierra y el tornillo pequeño que se encuentra en el mango, habrá fijado la lámina, para que no se mueva.

La introducción del gancho exige una mano guía se elige de acuerdo con las reglas generales que conocemos para introducir el gancho de Braun, pero el gancho debe ser introducido por el lado del cuello donde apoye el dedo pulgar (con la técnica clásica, será por delante del cuello fetal, entre el cuello y el pubis materno); porque así, al rotar y abrazar con su concavidad el cuello del feto, le será fácil al dedo índice de la mano guía tomar el anillo, y tirar de la doble lámina de acero.

Con el gancho ofrece un ángulo muy redondeado, la

colocación resulta algo dificultosa que la del Braun, o la de Tarnier.

Una vez que el gancho está en su sitio, el dedo índice tira del anillo y de la doble lámina, previo desajuste del tornillo situado en el mango del gancho. El anillo es llevado hasta la vulva. Se acerca el bisel del tubo protector a la parte más estrecha de la doble lámina de acero, con lo cual se consigue introducirla en el interior de ese tubo, que deslizando sobre ella, se aproxima y entra en contacto con el pico del gancho.

Colocados paralelamente, el gancho y el tubo, se articulan gracias a la mortaja que posee el mango del gancho, y el tornillo que hemos descrito en el mango del tubo protector, la mano guía asegura que el gancho y el tubo estén bien adaptados. Recién entonces se continúa tirando de la doble lámina de acero, con lo que se consigue el paso del hilo sierra por el interior de ese tubo en U, que es el instrumento armado. Una vez que el hilo sierra ha traspuesto el extremo correspondiente al tubo protector, se corta su unión al extremo de la doble lámina de acero, por innecesaria. La parte media del hilo sierra estará en contacto con el cuello del feto, gracias a la abertura existente en el gancho. Mediante unos mangos especiales se toman los extremos del hilo sierra, y se empieza la sección del cuello del feto por movimientos de vaivén, cumpliéndose rápidamente.

Más sencillo que el embriótopo de Ribemont Dessaignes, resulta el hilo sierra, que se para alrededor del cuello, mediante el dedal de Blond. El dedal montado en el dedo pulgar de la mano que corresponde, para sobre el cuello de adelante hacia atrás. El dedo índice de la misma mano engancha el anillo metálico que va soldado al dedal, y tirando del anillo arrastra al hilo de la sierra que está fijo en el dedal. Queda así la sierra alrededor del cuello fetal y se inicia su sección con movimientos de vaivén.

CUIDADOS PREVIOS A UNA DECOLACION:

Toda paciente que se le va a efectuar una decolación, se deberán seguir los siguientes pasos ya, será sometida a una anestesia general así:

- A) Hacer un lavado gástrico, o si la paciente tiene el estómago vacío dejar colocada una sonda naso-gástrica.
- B) Sacar sangre para compatibilidad sanguínea.
- C) Hacer una venoclisis y gotear solución.
- D) Atropina o escopolamina medio miligramo intra-muscular media hora antes de efectuar el procedimiento.
- E) Si la tensión arterial es estable, se podrá usar Demerol, cien miligramos intramuscular como máximo media hora antes de la intervención.
- F) Paciente con emuntorios libres. El enema evacuador de limpieza debe ser hecho al iniciar el trabajo de parto.
- G) Colocar sonda vesical tipo Foley.
- H) Colocar a la paciente en el quirófano en posición ginecológica.
- I) Se administra anestesia general profunda de preferencia con Ether.
- J) Conocimiento exacto de la ubicación fetal.
- K) Ampliación de las partes blandas efectuar episiotomías amplias en los siguientes casos:
 - 1) Primigestas añosas.
 - 2) Primigestas con tejidos resistentes.
 - 3) Múltiparas con tejidos resistentes o con cicatrices tensas o retráctiles de partos anteriores.
 - 4) Siempre que se dude de la complacencia de las partes blandas.

CUIDADOS ULTERIORES A UNA DECOLACION

- A) Control de signos vitales cada treinta minutos por dos horas; luego cada hora por veinte y cuatro horas.

- B) Aspirar flemas cuando haya necesidad (PRN).
- C) Posición la más cómoda.
- D) Líquidos endovenosos para las siguientes veinte y cuatro horas.
- E) Si se dejó sonda vesical permanente, únicamente vigilar su permeabilidad, si no se deja, cateterizar a la paciente, si no ha orinado ocho oras después del procedimiento; este sondaje se podrá repetir a las seis u ocho horas siguientes.
- F) Alimentación, algunos aconsejan dejar líquidos claros al tolerar la paciente; otros por el contrario dejan a la paciente sin ningún alimento por boca durante las primeras veinte y cuatro horas; con la idea de que si se presentara una complicación posterior y hubiera necesidad de una nueva intervención quirúrgica, el riesgo anestésico es menor con el estómago vacío.
- G) Aliviar el dolor con demerol, a dosis de cien miligramos intra-muscular cada seis u ocho horas.
- H) Administrar un antibiótico por vía parenteral; de preferencia de amplio espectro.

ESTUDIO ESTADISTICO

EDAD:

Las edades de las pacientes son las siguientes:

Edad en años	No. Casos	o/o
13 - 20	6	30
21 - 30	8	40
31 - 40 o más	5	25

Encontramos que la mayor incidencia de casos estuvo entre los veintiuno a treinta años, encontrándose ocho casos, dando un porcentaje de cuarenta por ciento.

Edad de embarazo	No. Casos	o/o
32 semanas por altura uterina	2	10
36 semanas por altura uterina	1	5
37 semanas por altura uterina	1	5
38 semanas por altura uterina	4	20
38 semanas por última regla	1	5
39 semanas por altura uterina	2	10
40 semanas por última regla	6	30
41 semanas por última regla	1	5
No reportadas	2	10

En dieciocho casos fue posible determinar la edad del embarazo al ingreso de la paciente nos da un noventa por ciento; en dos casos no se reportó la edad del embarazo. De los casos restantes en un diez por ciento el cálculo se hizo por última regla; y en los ocho restantes el cálculo se hizo por altura uterina.

Paridad	No. Casos	o/o
Primigestas	0	0
Múltiparas	15	75
Gran Múltiparas	5	25

Se tomó como múltiparas a aquellas pacientes que tenían de dos a cinco partos, y como gran múltiparas a aquellas de seis o más partos.

No se encontró ningún caso de pacientes primigestas, la mayor incidencia fue en pacientes múltiparas.

PROCEDENCIA:

En este estudio se demuestra que sólo un veinte por ciento de las pacientes procedían de esta ciudad, el resto de las pacientes, provenían de los alrededores de esta capital. Se tomó

procedencia y no lugar de origen pues nos parece más lógico.

<i>Grupo Etnico</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
Ladinas	19	95
Indígenas	1	5

Por lo que demuestra el cuadro anterior, no creemos que esto tenga, relación con el abandono o con la falta de comunicación médico paciente.

<i>Presentación y Posición</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
AIDDA	10	50
AIIDP	5	25
AIIDA	3	15
AIDDP	1	5
MIIA	1	5

Observamos en el cuadro anterior que diez y nueve casos se trataban de presentaciones de transversas abandonadas es decir en un noventaicinco por ciento de casos, y sólo un caso el cinco por ciento se trató de una presentación de cara.

<i>Manipulación Previa</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
Manipuladas	18	90
No manipuladas	1	5
No reportada	1	5

El estudio nos demostró que un alto porcentaje noventa por ciento de las pacientes fueron manipuladas, por comadrona empírica, y sólo dos casos un diez por ciento no tuvieron relación con comadrona alguna.

ESTADO DE LAS MEMBRANAS

<i>Tiempo de rotas</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
4 - horas	2	10
5 - horas	1	5
7 - horas	1	5
9 - horas	2	10
10 - horas	1	5
12 - horas	1	5
14 - horas	1	5
24 - horas	2	10
48 - horas	1	5

En el estudio del tiempo de membranas rotas, se puede observar que el noventaicinco por ciento, del total de casos tenían membranas rotas con un tiempo menor de veinticuatro horas; un solo caso el cinco por ciento, tenía más de veinticuatro horas.

Sin embargo la incidencia de amnioititis, está reportada en sólo dos casos.

<i>Estado Fetal</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
Feto Vivo	0	0
Feto Muerto	20	100

El cuadro anterior nos demuestra que el cien por ciento de las decoluciones fue efectuado con feto muerto.

<i>Atención Pre-Natal</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
Pre-Natal	3	15
No Pre-Natal	17	85

En el estudio encontramos que tres pacientes únicamente, tenían pre-natal, pero que se presentaron en forma irregular al mismo. Al presentar trabajo de parto no le dieron la importancia

debida, sino hasta que ya había prolapso de miembro superior.

El resto de pacientes diecisiete casos, que hacen un ochenta y cinco por ciento; no asistieron a ningún control pre-natal; aún viviendo en esta ciudad capital.

COMPLICACIONES

<i>Complicación</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
Ruptura uterina	2	10
Atonía Uterina	1	5
Ruptura fondo saco posterior	1	5
Hemorragia	1	5
Shock séptico	1	5
Ileo paralítico	1	5

De las complicaciones encontradas nos da un total de un treinticinco por ciento, lo que consideramos un porcentaje bajo, dada a las circunstancias que éstas ingresan al hospital, es decir que en su mayoría ya ingresan infectadas.

<i>Mortalidad Materna</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
Pacientes vivas	19	95
Pacientes muertas	1	5

La causa de muerte, de la única paciente fue el de hemorragia y shock neurogénico.

En el estudio se encontró que diecinueve pacientes salieron vivas de sala de operaciones; tan solo un caso hubo de lamentarse que la paciente falleció en la sala de operaciones.

RESOLUCION DE LAS COMPLICACIONES POST-DECOLACION INMEDIATA

<i>Procedimiento</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
Histerectomía total	1	5
Histerectomía sub-total	1	5
Sutura de ruptura fondo saco posterior	1	5

El cuadro anterior demuestra que en un caso se practicó, histerectomía sub-total, dada la circunstancia grave de la paciente.

ANESTESIA:

En el cien por ciento de los casos se usó anestesia general profunda, como anestésico se usó el Ether, en algunos casos se asoció a Ciclopropano.

<i>Edad del Feto por Peso</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
Niños a término	17	85
Niños pre-maturos	3	15

En el estudio nos podemos dar cuenta que por peso sólo tres fueron prematuros, y el resto a término.

<i>Tipo de Embriotomo Usado</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
Tijeras más gancho de Braun	14	70
Embriótomo de Ribemont Dessignes	6	30

Nos demuestra que en catorce casos la decolación fue practicada con Tijeras de Dubois Pinard, y gancho de Braun, en seis se usó embriótomo de Ribemont Dessaignes.

COMPLICACION PREVIA A LA DECOLACION

<i>Complicación</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
Amnioitís	2	10
Septicemia y desequilibrio hidroelectrolítico	1	5
Desequilibrio hidroelectrolítico	1	5

El cuadro anterior nos demuestra que únicamente fueron reportados cuatro casos de pacientes que ya venían, con una complicación previa, que todo caso agrava o aumenta la

morbilidad materna. Dos casos de amnioititis, un caso de septicemia y desequilibrio hidroelectrolítico, un solo caso de desequilibrio hidroelectrolítico, esto hace un veinte por ciento, de complicación previa a la Decolación.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Días	No. Casos	o/o
2	4	20
3	4	20
4	2	10
5	1	5
6	1	5
8	1	5
9	1	5
12	1	5
15	1	5
24	1	5

Podemos apreciar que las pacientes que menos tiempo estuvieron hospitalizadas, fueron dos y tres días, respectivamente, sólo hubo un caso de veinticuatro días, pero con ella hubo ruptura uterina durante el procedimiento.

CONCLUSIONES

1. El estudio respecto a la procedencia nos demostró que; un ochenta por ciento, proceden de los alrededores de la capital.

En un veinte por ciento proceden de esta ciudad, lo que significa que hay falta de educación y control pre-natal de las pacientes.

2. En lo que respecta al grupo étnico, sólo un caso se trató de una paciente indígena, los diecinueve casos restantes son ladinas. Esto no significa que dentro del grupo de pacientes

indígenas no sucedan estos casos; sino que hay poca relación con el médico o la falta del mismo.

3. El noventaicinco por ciento de las pacientes del estudio se trataba de Transversa Abandonada, lo que significa que estos casos son controlados por comadrona empírica que no prevé los peligros de esta presentación anómala.
4. Del número de pacientes estudiadas nos llama la atención de que en los veinte casos, diecinueve tenían menos de veinticuatro horas de membranas rotas, y en un solo caso más de veinticuatro horas, en sólo dos casos se reportó amnioititis. Lo que creemos que siendo en su mayoría casos manipulados lo consideramos como un porcentaje bajo.
5. El control pre-natal de las pacientes estudiadas, encontramos que únicamente tres pacientes un quince por ciento tuvieron en forma irregular control pre-natal en el hospital y diecisiete un ochenticinco por ciento no asistieron al mismo. Esto nos demuestra que hay falta de educación y responsabilidad de los mismos, ya que desconocen las complicaciones de un embarazo en situación transversa.
6. Se tuvo un treinta y cinco por ciento de complicación considerándolo bastante bajo, por la condición de ingresos de la paciente.
7. El cinco por ciento de mortalidad materna, lo consideramos halagador, ya que en las circunstancias que estas pacientes ingresan son malas.
8. Consideramos que no es buena la asociación de dos anestésicos, pues sólo el éter es suficiente.
9. Encontramos de los veinte casos únicamente, dieciocho fue reportada la edad del embarazo; a su ingreso, es decir el noventa por ciento, dos de los casos o sea un diez por ciento no se reportó.

En la mayoría de los casos en diez se reportó por altura uterina y ocho por última regla.

Sin embargo haciendo la comparación entre los embarazos ingresados como prematuros fueron cuatro, al hacer el estudio comparativo con los pesos fueron tres únicamente los prematuros.

Por lo que creemos que siempre la edad de embarazo debe ser reportada por última regla, especialmente los casos de situación transversa, ya que por altura uterina da un alto margen de error.

10. Creemos que no se debe sistematizar el uso de determinado embriótomo, ya que cada caso es diferente, y su resolución deberá efectuarse de acuerdo a la experiencia que se tenga con cada embriótomo.

11. En forma categórica, la Decolación acorta el tiempo de hospitalización, comparado con procedimientos efectuados por la vía alta, comparativamente podemos observar que las pacientes, que fueron intervenidas, tuvieron mayor tiempo hospitalario.

En nuestro estudio vemos que en un cincuenta por ciento de las pacientes el tiempo hospitalario varió entre dos a cuatro días.

La decolación reduce además el costo, de mantenimiento de la paciente, y es menos riesgozo, para la misma.

BIBLIOGRAFIA

1. Beck, Alfred C. Prácticas de obstetricia 4a. Ed. México La Prensa Médica Mexicana, 1965 pp. 770-772.
2. Cardenal, L. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas, 5a. Ed. Barcelona Salvat. Eds. 1954. pp. 348, 410.
3. Churchill, Davidson H. C. Anestesiología. 2a. Ed. Barcelona Salvat. Eds. 1969, pp. 197-204.
4. Eastman, Nicholson J. Ed. Obstetricia Williams. 3a. Ed. México UTEHA, 1960 pp. 1124-1130.
5. Guatemala. Hospital Roosevelt. Archivos Médicos del Hospital; 1955-1970.
6. Martius, Heinrich. Operaciones obstétricas. 3a. Ed. Barcelona, Ed. Labor, 1963, pp. 166-197. (*)
7. Molina Gálvez, Luis F. Conducta en situación transversa 3a. Jornada Departamental de Ginecología y Obstetricia Guatemala (Mazatenango) 1964, p. 10 (sin publicar)
8. Montenegro Pérez, Julián. Situación transversa; incidencia causas y conducta a seguir. Estudio preliminar 10 años Departamento de Obstetricia Hospital Roosevelt. Tesis Universidad San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas Junio 1967. pp. 17-25.
9. Moragues Bernat, Jaime. Clínica obstétrica. 8a. Ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1960, pp. 216-232.

10. Morales Sandoval, Julio Augusto. Consideración sobre situación transversa revisión 200 casos tratados Hospital Roosevelt, Tesis. Guatemala, Universidad San Carlos, Facultad Ciencias Médicas, Junio 1960, p. 36, (*)
11. Rosenvasser, Eliseo B. Tratado de obstetricia. 2a. Ed. Buenos Aires. Ed. Médico Panamericana, 1964, pp. 172-184.
12. Staackman Ramos, Eduardo Federico. Embriotomías en le Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala, Universidad San Carlos, Facultad Ciencias Médicas, Agosto 1962, pp. 2-3.

Nota: Las obras que tienen el signo (*) únicamente fueron consultadas por el autor y no se encuentra dentro de la tesis.

Vo.Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Vo. Bo.

Br. Víctor Soto Solís

Dr. Benedicto Vásquez
Asesor

Dr. Humberto Montenegro
Revisor

Dr. José Quiñónez A.
Director de la Fase

Dr. Carlos A. Bernhard
Secretario

Dr. César Augusto Vargas M.
Decano.