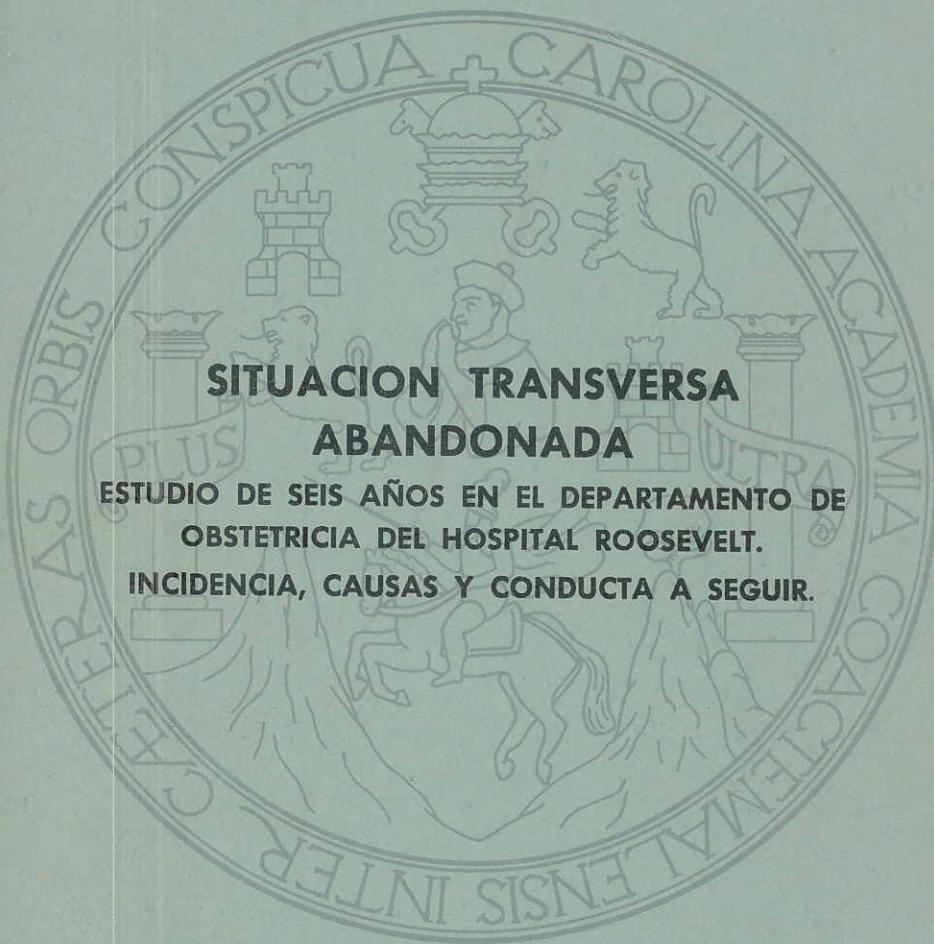


93
C. 1.
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**SITUACION TRANSVERSA
ABANDONADA**
ESTUDIO DE SEIS AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.
INCIDENCIA, CAUSAS Y CONDUCTA A SEGUIR.

— FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS —
— BIBLIOTECA —
— GUATEMALA, C. A. —

JUAN DE DIOS MALDONADO PALACIOS

1973

PLAN DE TESIS

- 1 INTRODUCCION
- 2 OBJETIVOS
- 3 GENERALIDADES
 - a. Situación Transversa
 - b. Situación Transversa Abandonada
 - c. Condiciones
 - d. Evolución
 - e. Tratamiento
 - f. Materiales y Métodos
- 4 SITUACION TRANSVERSA ABANDONADA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
 - a. Datos Generales
 - b. Edad
 - c. Raza
 - d. Procedencia
 - e. Motivo de Consulta
 - f. Diagnóstico de Entrada
 - g. Edad de Embarazo
 - h. Tiempo de Trabajo de Parto
 - i. Tiempo de Ruptura de Membranas
 - j. Resolución del caso
 - k. Complicaciones
 - l. Características del Feto
 - m. Tiempo de Hospitalización
 - n. Antibiótico Usado
 - ñ. Estado de la Madre a su Egreso
- 6 CONCLUSIONES
- 7 RECOMENDACIONES
- 8 BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION, OBJETIVOS Y GENERALIDADES

Este trabajo fue efectuado con el fin de hacer una nueva revisión sobre la Situación Transversa Abandonada, a fin de completar el estudio preliminar anterior que fue de diez años desde que inició su trabajo la Maternidad del Hospital Roosevelt hasta la actualidad, con el único propósito de discernir sobre sus causas, diagnóstico y conducta a seguir.

Definición

Se define como Situación Transversa aquella situación en que el eje mayor del feto no coincide con el eje materno; distinguiéndose de la situación oblíqua en la cual el ángulo que forman estos dos ejes es agudo y transitorio, pues al final evolucionará la situación transversa o longitudinal. (3-12).

Es raro que este entrecruzamiento de los ejes se efectúe en ángulo recto; lo más frecuente es que el cilindro fetal se encuentre en situación oblíqua y con el polo cefálico cerca de la excavación. (12)

Se dividen según su posición en derechas e izquierdas y según su variedad de posición en dorso anterior y dorso posterior, aunque ocasionalmente el dorso puede ser superior o inferior.

Así tenemos que en su orden de frecuencia y tomando como punto de referencia fetal, el Acromion:

AID-DA
AII-DA
AID-DP
AII-DP

Frecuencia

La frecuencia dada por los diferentes autores difiere en pequeños porcentajes. Así tenemos:

Greenhill	0.25 o/o
Merger	0.3 o/o
Morales 1960	0.6 o/o
Ordóñez 1963	1.1 o/o
Schwarz	0.5 o/o

Se puede apreciar una diferencia que aunque no es notable si defiere en cuanto a porcentajes, pero son autores de diferentes países y en diferentes Hospitales. El promedio de estos estudios nos da un caso por cada 240 partos. (3,5,8,10,12)

Etiología

Las causas de estas presentaciones anómalas se pueden dividir en tres grupos:

- a. MATERNA: Multiparidad, malformaciones uterinas, pelvis no ginecoides, tumores previos, malformaciones óseas, etc.
- b. FETALES: Fetos pequeños, fetos grandes, gemelos, monstruos, fetos macerados.
- c. OVULARES: Placenta previa o de inserción baja, anomalías del cordón, polihidramnios.

SITUACION TRANSVERSA ABANDONADA

Definición

Situación Transversa o presentación de hombro descuidada que llena ciertos requisitos.

a. SITUACION TRANSVERSA

- b. Feto muerto
- c. Membranas rostas
- d. Hombro encajado
- e. Infección (amnioítis)
- f. Prolapsode Miembro superior
- g. Utero retraído

EVOLUCION

Fenómenos Ovulares:

Precocidad dyla ruptura de Membranas, favorecida por las propias características de la bolsa de las aguas, voluminosa, distendida y protuberante en el orificio cervical, resultando como consecuencia la procidencia del cordón y/o el prolapsode del Miembro superior y además la apertura a la infección ovular.

Fenómenos Mecánicos:

Son la tentativa que realiza el útero, para la expulsión espontánea del feto; trae como consecuencia el encajamiento del hombro y el prolapsode Miembro superior.

Fenómenos Plásticos:

La bolsa serosanguínea se localiza sobre el hombro y en ocasiones en regiones vecinas del dorso y el cuello. Cuando el miembro superior pende de la vagina se hace violáceo y enorme, la piel se descama y puede evocar aunque el niño viva, el aspecto de maceración.

Fenómenos Biológicos:

a. Dilatación del cuello: está obstaculizada por las anomalías dinámicas y la infección ovular, en un momento dado deja de progresar, el cuello se edematisa y se engrosa, el segmento continúa mal constituido, gureso y sin contacto íntimo con la presentación.

b. Contracción uterina: Está alterada' ha podido ser normal hasta la ruptura de membranas, pero a partir de esa detención del progreso del feto, aparecen anomalías que pueden ser, primero la irregularidad de contracción y luego la inercia e hipertonia, poco tiempo después aparece la retracción uterina, que está exenta de relajación o de tono uterino, siendo este fenómeno irreversible, produce la muerte del feto por dificultad de la circulación placentaria, y poniendo el útero en peligro de ruptura. Esto sucede ya que mientras el fondo uterino se retrae el segmento se distiende

más y el anillo de retracción patológica se eleva progresivamente. Esta longación prosigue hasta la ruptura del segmento que marca el final de los fenómenos mecánicos. (5).

Pronóstico

La infección y el traumatismo ocasionado por manipulaciones inoportunas y sin mayor conocimiento hacen que el pronóstico se agrave. Las maniobras a que se ve sometida la paciente antes y después de la ruptura uterina aumenta la morbilidad y mortalidad materna. El feto ha sucumbido a la compresión torácica, anoxia y desprendimiento de placenta.

TRATAMIENTO

El tratamiento es de urgencia, y consiste en una sedación profunda, con opiaceos para abolir la contracción uterina, hidratación endovenosa e iniciar antibiótico de amplio espectro a dosis masivas.

Con la paciente en estas condiciones se decidirá la conducta a seguir.

En general, hay tres caminos a seguir, los cuales dependerán del estado y las condiciones en que se encuentre la paciente:

a. *Versión por maniobras internas y gran extracción pelviana:* que se debe efectuar, con la paciente sumamente sedada, dilatación completa o completable, operador hábil y anestesia general. Tiene el inconveniente de su porcentaje alto de ruptura uterina.

b. *Embriotomía:* Que se practicará con las mismas condiciones anteriores y se pueden hacer, decolación cervical, embriotomía en banda y asociar otros procedimientos. Se traccionará el feto por el miembro prolapsado extrayendo luego la cabeza. Los instrumentos a usar son las Tijeras de Dubois o de Smellie, y los ganchos de Braun así como el embriotomo de Sierra de Ribemont. El porcentaje de ruptura uterina con este procedimiento aunque alto es menor que el de el anterior.

c. *Operación Cesárea:* o histerectomía abdominal en bloque, efectuando la primera cuando haya dificultad técnica para efectuar embriotomía o sospecha de ruptura uterina. La segunda en caso de infección severa que llevaría en breve a la muerte de la madre.

MATERIALES Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se revisaron un total de 74,297 partos atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt durante el período comprendido del primero de enero de 1967 al 31 de diciembre de 1972. De este número Total de partos se escogieron las papeletas que presentaban situaciones transversas, de las cuales al mismo tiempo se seleccionaron las que presentaban Situación Transversa Abandonada. (4)

La literatura encontrada fue escasa, y se revisaron los libros de Obstetricia en sus capítulos correspondientes.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se efectuó una revisión de partos atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt; en el período comprendido del 1o. de enero de 1967 al 31 de diciembre de 1972. Se obtuvieron los siguientes datos:

Año	Partos
1967	12801
1968	12158
1969	11316
1970	11426
1971	12863
1972	13730

Haciendo un total de 74294 partos atendidos en seis años. Es notable el incremento que hay en los dos últimos años de esta estadística.

El número Situaciones Transversas fue de 416. Lo que nos da un porcentaje de 0.5 por ciento: un caso por cada 178 partos atendidos.

El número de Situaciones Transversas Abandonados fue de 80, que representa 19.0 por ciento, o sea que vemos una transversa abandonada por cada 927 partos; comparada con 1/770 que fue el dato en el estudio preliminar, en esta misma maternidad.

CONTROL PRENATAL:

Conocido es ya en todas las revisiones y trabajos efectuados en Obstetricia, la baja asistencia a control prenatal por parte de las pacientes. En este trabajo se observó una asistencia de 4 pacientes o sea que solamente asistió el 5 o/o del total de pacientes estudiadas. No asistieron 76 pacientes, lo que da un 95 por ciento de insistencia. Esto fue lo que determinó como veremos más adelante en la cantidad de desenlaces fatales al resolverse los diferentes casos. La primordial causa de esta insistencia fue debido a la baja cultura e ignorancia que posee nuestro pueblo.

PROCEDENCIA

Se encontró la siguiente distribución geográfica de origen:

Procedencia	No. de casos
Ciudad de Guatemala	23
San Juan Sacatepéquez	14
Santa Rosa	14
San Raymundo	6
El Progreso	4
Jalapa	1
San Pedro Sacatepéquez	3
Otros (Rural)	25
Total	80

Esta comparación anterior es importante, pues pone de manifiesto que un porcentaje elevado procedía de lugares donde hay asistencia médica; así mismo la falta de interés de las pacientes en recurrir a los centros asistenciales.

GRUPO ETNICO

Esta clasificación es muy subjetiva pues irá de acuerdo al criterio de los oficiales de información.

Según este criterio la clasificación fue así:

	No. de casos	Porcentaje
Ladinos	57	71.3
Indígenas	23	28.7

Esto se explica por la menor población indígena existente en los departamentos y municipios mencionados.

EDAD

Se hizo la siguiente clasificación:

Años	No. de casos	Porcentaje
15 a 20	13	16.2
21 a 25	28	35.0
26 a 30	18	22.5
31 a 35	10	10.0
36 a 40	8	2.5
41 a 45	2	1.2
46 a 50	1	

La paciente de menor edad fue de 15 años y la mayor fue una paciente de 48 años. La edad más frecuente fue de 21 a 25 años. Se puede concluir que la década de fertilidad más frecuente es la tercera.

PARIDAD

Se hizo una clasificación en base al número de partos, tomándose como parámetro Nulípara, secudípara, Multípara (hasta 6 partos) y grandes multíparas de 6 partos en adelante.

	No. de Pacientes	Porcentaje
Primípara	10	12.5
Secundípara	15	18.7
Multípara	38	47.5
Gran Multípara	17	21.5

Se puede apreciar que el porcentaje es más elevado en multíparas y grandes multíparas que en primíparas y secundíparas, esto es común, pues forma parte de su etiología.

EDAD DE EMBARAZO

Esta determinación de la edad del embarazo, se llevó a cabo en la mayoría de los casos por edad estimada, ya que el porcentaje mayor desconocía la fecha de última regla.

	Semanas	No. de casos	Porcentaje
Embarazo a término	38-42	30	37.5
Parto prematuro	34-37	13	16.6
Parto prematuro	30-33	24	30.0
Parto prematuro	menor de 30	3	3.7
Indeterminado		10	12.5

No hubieron embarazos prolongados, mientras que el más joven que fue de 25 semanas debió ser considerado como aborto.

De estos 80 partos, 50 fueron prematuros, corroborando

con esto que la premadurez es una causa etiológica de las situaciones transversas.

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

En síntesis, es poco en lo que a este respecto se puede concluir pues este dato está supeditado al criterio, tanto de la madre como del médico que la recibe en Admisión, y por otro lado en muchas papeletas este dato no está anotado especialmente en las que fueron resueltas por la vía abdominal.

Atendiendo a los datos que pudimos recabar, podemos dividirlas así:

Tiempo T de P	No. de Casos	Porcentaje
0 a 12 Hr.	41	51.2
13 a 24 Hr.	14	17.5
25 a 48 Hr.	10	12.5
más de 48 Hr.	3	3.7
No referido	12	15.0

Estos datos descartan el trabajo de parto prolongado ya que el 51 por ciento concurrió en las primeras horas de trabajo de parto.

TIEMPO DE RUPTURA DE MEMBRANAS

Dato difícil de recabar también, pues en la mayoría de las papeletas, este dato no fue anotado, y algunas madres no lo referían por no saber la fecha exacta.

Con los datos obtenidos se clasificó así:



Tiempo Ruptura	No. de Casos	Porcentaje
De 0 a 6 Hrs.	13	16.2
de 7 a 24 Hrs.	13	16.2
más de 24 Hrs.	4	5.0
más de 48 Hrs.	1	1.2
No se consigna	49	61.2

Claro está que con estos datos no se puede sacar una conclusión clara ni precisa pues el 61.2 por ciento de las papeletas no consignan el tiempo de ruptura de membranas, pero dentro de las consignadas un porcentaje elevado concurrió dentro de las primeras seis y dentro de las primeras 24 horas, solamente cuatro con más de 24 horas y un solo caso con más de 48 horas de tiempo de membranas rotas.

LA INFECCION

Aunque no evidente en el cien por ciento de los casos estaba latente en el mismo porcentaje. De estas 80 estudiadas, fueron divididas así:

Infeción	No. de Casos	Porcentaje
Evidente	58	72.5
Latente	22	27.5

MANIPULACION

Agravante del pronóstico de la madre, lamentablemente no se tiene consignada tampoco en un porcentaje considerable.

	No. de Casos	Porcentaje
Paciente manipulada	36	45.0
Paciente no manipulada	27	33.7
No referido	17	21.2

De estos casos consignados como no manipuladas hay que poner en duda la veracidad del dato pues muchas pacientes negaron haber sido manipuladas aunque clínicamente presentaban signos de haberlo sido.

MOTIVO DE CONSULTA

Al analizar a nuestras pacientes se obtuvieron los siguientes resultados:

Motivo de Consulta	No. de Casos	Porcentaje
Trabajo de parto	20	25.0
T. de P. y Proc. miembro Sup.	34	387
T. de P. y Proc. miembro Sup. y cordón	15	18.7
T. de P. y Prolapso de cordón	4	5.0
Hemorragia vaginal	3	3.7
Retención del Segundo Gemelo	3	3.7
T. de P. Proc. asa Int. por vagina	1	1.2

En general, se puede decir que la mayoría de las pacientes consultaron por Trabajo de Parto y procedencia del miembro superior. Esta clasificación fue hecha de acuerdo al motivo por el cual las pacientes consultaron la admisión.

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Las pacientes fueron ingresadas del servicio de Admisión con los siguientes diagnósticos:

Diagnóstico de ingreso	No. de Casos	Porcentaje
Transversa Abandonada	52	65.0
T. de P. y Obito Fetal	13	16.2
Transv. Aband. Ruptura Uterina	4	5.0
Transv. Aband. 2o. gemelo	3	3.7
Transv. Placenta Previa	2	2.5
T. de P. Obito Fetal. Amnioítis	1	1.2
T. de P. Sit. Transversa. Feto Vivo	2	2.5
Transversa Aband. 1r. gemelo	1	1.2
Transversa Aband. Inminencia Ruptura Uterina	1	1.2

Como se puede apreciar, un porcentaje elevado tuvo el diagnóstico definitivo desde su ingreso, el resto evolucionó a esta entidad y se diagnosticó hasta en sala de partos. Tal es el caso de las dos pacientes que ingresaron con Situación Transversa y Feto Vivo, una de las cuales era una paciente de 33 años, indígena, primigesta, que consultó por trabajo de parto, y en la admisión se hicieron diagnóstico de embarazo de 30 semanas por AU, Ffeto vivo y situación transversa, por ser amenaza de parto prematuro se trató de parar el trabajo de parto, pero este continuó, rompió espontáneamente las membranas y tuvo procedencia de miembro superior. No se escuchó foco. El caso fue resuelto por embriotomía raquídea sin complicaciones. La paciente fue dada de egreso el cuarto día en buenas condiciones.

El otro caso fue una paciente ladina, de 22 años, secundigesta, con control prenatal, que consultó por trabajo de parto, a su ingreso se hizo diagnóstico de trabajo de parto y feto vivo y situación transversa, con membranas enteras y 4 centímetros de dilatación, caso que se dejó evolucionar, pero a las nueve horas de su ingreso no se escuchó foco, rompió las membranas espontáneamente e hizo procedencia de miembro superior. Caso fue resuelto por Versión por maniobras internas

y gran extracción del viana, sin complicaciones, egresó al segundo día en buenas condiciones.

Según el médico que la evaluó en prenatal 5 días antes de su ingreso tenía un embarazo en curso de 36 semanas por U.R. y 32 por A.U. presentación cefálica y altitud móvil.

RESOLUCION DEL CASO

Los casos se resolvieron por vía Vaginal, por vía abdominal y en algunos casos por las dos vías.

a. *Vía Abdominal:* Por esta vía se resolvieron en total 16 casos:

Procedimiento	No. Casos	Porcentaje
Cesarea Segmentarea		
Transperitoneal	8	10.0
Histerectomía Subtotal	4	5.0
Histerectomía Total	3	3.7
Cesárea Corporea	1	1.2

Procedimientos asociados: en CST	No. Casos	Porcentaje
Ligadura de Trompas	1	1.2
Decolación Cervical	1	1.2
Braquiectomía	1	1.2
Ninguno	5	6.2

En Histerectomía Subtotal	Ninguno	0 o/o
---------------------------	---------	-------

En Histerectomía Total	No. de Casos	Porcentaje
Briquetomía izquierda	1	1.2
Revisión de cavidad no íntegra	1	1.2
Ninguno	1	1.2
En Cesárea Corporea	Ninguno	0 o/o

La indicación de esta vía en estos casos fue absoluta, pues fue empleada por la imposibilidad de practicar embriotomía, por inminencia de ruptura y por ruptura uterina evidente. La indicación de la histerectomía fue por una ruptura uterina que prácticamente ya había hecho la histerectomía. En los otros casos la ruptura era irreparable.

Datos de las pacientes a las que se les practicó CST

Raza de las pacientes	Indígenas:	2
	Ladinas:	6
Paridad de las pacientes	Primigestas:	2
	Multíparas:	6
Post Operatorio	Normal:	6
	Complicado:	2
Tipo de complicación	Endometritis:	1
	Infección de herida operatoria:	1
Condición de egreso	Curadas:	8
Feto	A término:	6
	Prematuro:	2
	Con anomalías congénitas:	0
	Sin anomalías congénitas:	8
	Total:	8

Datos de las pacientes a las que se les practicó Histerectomía

Raza de las pacientes	Indígena:	0
	Ladina:	7
Paridad de las pacientes	Primigesta:	0
	Multíparas:	7
Post Operatorio	Normal:	1
	Complicado:	6
Tipo de complicación	Absceso de Cúpula e infección, herida operatoria	1
	Atonía Vesical, DHE, Bronconeumonía	1
	Puerperio Febril	1
	Insuficiencia Cardíaca, DHE:	1
	Ileo Adinámico e Insuficiencia Cardíaca:	1
	Paro Cardíaco (en acto operatorio):	1
Condición de egreso	Curadas:	7
Feto	A término:	6
	Prematuro:	1
	Con anomalías congénitas:	0
	Sin anomalías congénitas:	7
	Total:	7

b. *Vía Vaginal:* Por esta vía se resolvieron de los 80 casos, el número de 57 que corresponde al 73.7 por ciento de los casos estudiados.

La resolución fue de la siguiente manera:

Vía Vaginal	No. de Casos	Porcentaje
Por embriotomía	35	45.0
Por Versión y Gran extracc. Pelv.	15	18.7
Espontáneamente	6	7.7

Como se puede observar 35 casos dylos estudiados se resolvió por embriotomía, lo que corresponde al 45.0 por ciento de los casos resueltos por vía vaginal. En contraposición con el estudio preliminar de 10 años en esta maternidad, en la cual solamente el 25 por ciento de las transversas abandonadas se resolvió por embriotomía; lo que indica que ya se está limitando este procedimiento, el cual produce mayor morbilidad materna.

De los casos resueltos por embriotomía se utilizaron variantes en las mismas.

Tipo de Embriotomía	No. de Casos	Porcentaje
Decolación cervical	25	31.2
Embriotomía mínima y decol. cervical	2	2.5
Embriotomía en banda	8	10.0
Total	35	43.7

Por versión por maniobras internas y gran extracción pelviana (VMI y GEP).

Versión	No. de Casos	Porcentaje
VPMI y GEP	13	16.2
Desarticular M. Prolap, MI y GEP	1	1.2
Braquiectomía y VMI y GEP	1	1.2
Embriotomía en banda y VMI y GEP	1	1.2
Total	16	19.8

Espontáneamente	No. de Casos	Porcentaje
Conduplicato Corpore	6	7.5
Total	6	7.5

Procedimientos Asociados en los casos resueltos por vía vaginal		
En Decolación Cervical	Maniobras internas	1
	Revisión de cavidad íntegra	33
	Revisión de cavidad no íntegra	3
	Braquiectomía	3
	Satura de rasgadura vaginal	1
En Embriotomía en Banda	Revisión de cavidad íntegra	8
En Desarticulación de Miembro prolapsado y MI y GEP		ninguna
En versión por MI y GEP	Revisión de cavidad íntegra	11
	Histerectomía Abd. Subtotal	1
En Embriotomía en Banda y VMI y GEP	Revisión de cavidad íntegra	1
En Conduplicato Córpora	Revisión de cavidad íntegra	1

c. *Vía Vaginal-Abdominal:* A continuación se analizan las pacientes en las cuales la vía de elección fue la vaginal, pero la complicación se tuvo que recurrir a la vía abdominal.

Procedimiento	No. Casos	Procedimiento Abdominal Asociado	No. Casos
Decolación	3	a. Laparotomía exploradora Histerectomía Subtotal	1
		b. Laparotomía y reparación ruptura uterina	2
Embriot, en banda	1	a. Laparotomía y reparación ruptura uterina	1
Versión por MI y GEP	4	a. Laparotomía y reparación ruptura uterina	1
		b. Histerectomía subtotal	3
Braquiectomía	1	a. Cesárea Córpora	1
Total	9		19

Se puede comprobar con estos datos anteriores que la versión por MI y GEP es el procedimiento que produce más morbilidad, ya que es el procedimiento que tiene más rupturas uterinas de las cuales un gran porcentaje son iatrogénicas, o al menos eso pueden considerarse pues la ruptura uterina se encontró después de las maniobras, al revisar la cavidad uterina. A ninguna se le maniobró con sospecha de ruptura uterina previa.

Análisis de las pacientes que fueron histerectomizadas y reparadas

En total hubo 17 rupturas Uterinas, de las cuales 12 fueron resueltas con histerectomía y representan el 70.6 o/o, las restantes fueron resueltas por laparotomía y reparación de ruptura.

De las pacientes histerectomizadas todas eran multíparas, todas salieron curadas y en buenas condiciones, aunque el posoperatorio de 6 que hace el 50 por ciento fue complicado.

De las pacientes que se les efectuó reparación de ruptura uterina, todas eran multíparas, 3 eran ladinhas, 2 tuvieron complicación post-operatoria, una de las cuales fue atonía vesical y la otra DHE, GECA y fistula vésico-vaginal.

De estas 5 en total, 4 salieron curadas y una no mejorada, la cual, hasta la fecha tiene pendiente la corrección de la fistula. El estudio de los fetos da 3 a término y 2 prematuros, todos sin anomalías congénitas.

Análisis de las pacientes cuyo procedimiento fue Decolación

De los procedimientos por vía vaginal 25 correspondieron a decolación cervical, cuyo análisis da:

De estas pacientes, 16 eran ladinhas y 9 indígenas, 22 multíparas y 3 primigestas, 22 tuvieron un post operatorio normal y tres complicado.

Las complicaciones fueron: a. Endometritis 1
b. Rasgadura vaginal 1
c. Atonía vesical 1

De las pacientes (25) el cien por ciento salió curada y en buenas condiciones.

El estudio de los fetos da, que 23 fueron a término y 2 fueron prematuros, todos sin anomalías congénitas.

Análisis de las pacientes cuyo procedimiento fue Embriotomía en banda

De las pacientes, con procedimiento vaginal, 8 correspondieron a embriotomía en banda, que corresponde al 10.0 por ciento de los procedimientos efectuados.

De estas 8 pacientes, 6 eran ladinas y 2 indígenas, todas eran multíparas, 7 tuvieron procedimiento y post operatorio sin complicaciones, solamente una tuvo complicación, que fue ruptura uterina, DHE, GECA y fistula vésico-vaginal, que corresponde al caso analizado entre las reparaciones de ruptura uterina y cuya condición de egreso fue no mejorada, las 7 restantes salieron curadas.

El análisis de los fetos da como resultado 5 fetos a término y 3 prematuros.

Análisis de pacientes con Embriotomía mínima y Decolación Cervical

Solamente hubo 2 casos, de las cuales una era ladina y otra indígena, ambas multíparas, con procedimiento y post operatorio normal; condición de egreso, curadas.

Los fetos, ambos sin anomalías congénitas, uno de los cuales era prematuro.

Análisis de las pacientes con Versión por MI y GEP

Correspondieron a este procedimiento un total de 13 casos que da un 16.2 por ciento de los procedimientos totales.

De estas 13 pacientes, 10 eran ladinas y 3 indígenas, 12 eran multíparas y solamente una primigesta, 9 pacientes tuvieron un procedimiento y post operatorio normal, cuatro tuvieron complicaciones, que consistió en 3 rupturas uterinas y una infección de herida operatoria. Todas a su egreso iban curadas y en buenas condiciones.

El análisis de los fetos reporta 7 fetos prematuros y 6 a término, todos son anomalías congénitas.

Análisis de la paciente con Desarticulación del M. prolapsado y versión por MI y GEP

Esta era una paciente ladina, multípara con un procedimiento y post operatorio normal, cuya condición de

egreso fue curada y un feto prematuro, sin anomalías congénitas.

Análisis de la paciente con Embriotomía en Banda y Versión por MI y GEP

Esta era una paciente indígena, multípara, con un procedimiento y un post operatorio normal, condición de egreso: curada y un feto a término y sin anomalías congénitas.

Análisis de las pacientes con evolución espontánea, por Conduplicato Córpore

Del total de pacientes estudiadas, 6 evolucionaron espontáneamente, por el mecanismo de Conduplicato Córpore, haciendo un 7.5 por ciento del total de pacientes estudiadas.

De estas 6 pacientes, 4 eran ladinas y 2 indígenas; 3 multíparas y 3 primigestas, con un parto y post operatorio normal, sin ninguna complicación.

Una de las pacientes consultó por protrusión de asas intestinales por la vagina, haciéndosele diagnóstico de entrada de Situación Transversa Abandonada y Onfalocele del Feto.

Todos los niños de este grupo fueron prematuros y dos con anomalías congénitas, una ya descrita y la otra hidrocefalia.

A su egreso todas las pacientes salieron en buenas condiciones.

EMBARAZOS GEMELARES

Se tuvieron 4 casos de embarazo gemelas con transversa abandonado, 3 de ellas con el segundo gemelo y una con el primero.

De los 3 primeros casos, en que el segundo gemelo presentaba situación transversa, las pacientes, 2 eran indígenas y una ladina, todas eran multíparas, los casos fueron resueltos como sigue:

1. Cesárea Seg. Transperitoneal	1
2. Braquiectomía y Versión por MI y GEP	1
3. Versión por MI y GEP	1

El cuarto embarazo gemelar, paciente ladina, multípara, con el primer gemelo en situación transversa abandonada, que se resolvió por embriotomía en banda. El segundo nació por versión, en buenas condiciones.

CARACTERISTICAS DE LOS FETOS

De los 80 fetos analizados encontramos que tenían las siguientes características:

Fetos	No. de Casos	Porcentaje
A término	55	68.7
Prematuros	25	31.2
Sin anomalías congénitas	78	97.5
Con anomalías congénitas	2	2.5

Como es de notar un porcentaje elevado fue de niños a término, pero hay que hacer notar que en esta clasificación se tomó como niño a término a aquellos niños en que su peso era mayor de 4.8 libras, y la mayoría sobrepasó este peso en sus límites bajos.

Es de considerarse también que el 97.5 por ciento de los niños fueron sin anomalías congénitas aparentes y solamente

dos, uno con onfalocele y otro con hidrocefalia fueron los que presentaron anomalías.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Tiempo	No. de Casos	Porcentaje
de 1 a 3 días	43	53.7
de 4 a 6 días	12	15.5
de 7 a 9 días	13	16.2
de 10 a 13 días	7	8.7
más de 13 días	4	4.7
más de 1 mes	1	1.2

Es evidente que los procedimientos en un porcentaje considerablemente alto fueron hechos con precisión y experiencia ya que el tiempo de hospitalización es en un 53.7 por ciento de uno a tres días. El número de pacientes con más tiempo de hospitalización fue debido a procedimientos abdominales y llama la atención una paciente que un tiempo de hospitalización de dos meses y catorce días' esta era una paciente ladina, multípara, con un niño vivo, que consultó por trabajo de parto procedencia de miembro superior y cordón, a la cual se hizo diagnóstico de situación transversa abandonada, se le efectuó Embriotomía en Banda y en la revisión de cavidad se encontró ruptura uterina, se laparotomizó y se reparó ruptura, paciente evolucionó con DHE y GECA, así como con fistula vésico vaginal que aun no ha sido reparada, en un post operatorio sumamente complicado.

ANTIBIOTICOS USADOS

Se hizo una revisión de los antibióticos usados en todas las pacientes, en su orden de frecuencia:

Antibiótico	No. de Casos	Porcentaje
Penicilina Cristalina	38	47.5
Penicilina más Estreptomicina	16	20.0
Penicilina más Bristacin	9	11.2
Penicilina más Cloranfenicol	2	2.5
Penicilina más Kanamicina	2	2.5
Penicilina más Gantrisin	2	2.5
Penicilina más Binotal	1	1.2
Binotal	4	5.0
Binotal más Bactrin	1	1.2
Binotal más Estrepto	1	1.2
No se usó	3	3.7

Es indudable que la Penicilina Cristalina sigue siendo el antibiótico de primera elección, en los procesos infecciosos agudos, solo o en combinación con uno o más antibióticos, en esta revisión con el que más se usó fue con Estreptomicina. Llama la atención que no se haya usado ningún tipo de antibiótico en tres pacientes, conociendo de antemano que aunque la infección no sea evidente está latente y que si se desarrolla compromete la salud de la paciente. Sin embargo, estas tres pacientes estuvieron hospitalizadas por dos días, egresando afebriles y en buenas condiciones.

CONDICION DE EGRESO

Del grupo estudiado que fue de 80, 79 egresaron curadas lo que nos dá un 98.7 por ciento, y solamente una paciente salió no mejorada. Esta paciente presenta fistula vésico vaginal y ya fue analizada.

CONCLUSIONES

1. El número de Situaciones Transversas en nuestro estudio es de 0.5 por ciento, es decir un caso por cada 178 partos.
2. El número de Situaciones Transversas fue de 80 que representa un 19.0 por ciento, lo que nos da una Transversa Abandonada por cada 927 partos.
3. La etiología más frecuente en estudio fue la multiparidad, la premadurez y la placenta previa.
4. Del total de casos estudiados se encontró que el 28.7 por ciento procedían de esta ciudad capital y el resto que corresponde al 73.7 por ciento correspondían a área rural incluyendo municipios del Depto. de Guatemala. Indudablemente que esto se debe a que una gran mayoría que son las vecinas de la capital, concurren a los primeros síntomas de trabajo de parto; llegando aún con el niño vivo al centro asistencial donde se les preste atención adecuada. El resto, o sea las del área rural, concurren, ya sean referidas o bien después de haber sido manipuladas y sin poder resolver el caso, es entonces cuando deciden consultar centro especializado.
5. Según este estudio la transversa abandonada es más frecuente entre las 20 y 30 años de edad, encontrándose en esta década el 57.2 por ciento del total de casos estudiados.
6. Se encontró que la situación transversa abandonada es más frecuente entre las pacientes multiparas y grandes multiparas, correspondiendo a esta edad el 69.0 por ciento del total de casos estudiados, corroborando así que es una de sus etiologías.
7. De los fetos estudiados se encontró que 31.2 por ciento fueron prematuros y el 68.7 por ciento fueron a término. Como se aclaró antes esto fue hecho considerando 4.8

libras como el mínimo para considerarlo a término, la mayoría fueron a término, pero también un mayor porcentaje de estos a término tenían el peso mínimo o lo sobrepasaban en una cifra mínima.

8. El grupo étnico predominante fue el de los ladinos, al cual corresponde el 71.3 por ciento de los casos estudiados, al grupo indígena correspondió el 28.7 por ciento.
9. Se tuvieron 4 embarazos gemelares que presentaron situación transversa abandonada, tres de los cuales correspondieron al segundo gemelo y solamente uno en el primero. El otro gemelo nació en buenas condiciones.
10. En contraposición al estudio preliminar el cual encuentra un porcentaje elevado en trabajo de parto prolongado, en este estudio se encontró que las pacientes consultaron dentro de las primeras doce horas de iniciado el trabajo de parto en un 51.2 por ciento y en un 68.7 por ciento dentro de las primeras 24 horas. El resto corresponde a trabajos de parto de más de 24 horas.
11. La manipulación extrahospitalaria continúa siendo muy frecuente en nuestro medio. En este estudio se encontró que fueron manipuladas un 45.0 por ciento, no manipuladas un 33.7 y no fue referido en un 21.2 por ciento, pero en el cual se encontraron signos físicos y clínicos de haber sido, muchas de ellas manipuladas.
12. Se encontró en este estudio que la resolución de este problema obstétrico ya se regularizó, y se está usando cuando no hay contraindicación ni problema técnico, en un mayor porcentaje la embriotomía y se está limitando la versión.

En total se resolvieron los casos de la siguiente manera:

a. Por vía Abdominal	16 casos
b. Por vía vaginal	36 casos
1a. embriotomía	15 casos
2a. por versión	6 casos
3a. espontáneamente	6 casos
c. Por vía Abdominal-vaginal	

Se concluye con esto que es la embriotomía el procedimiento indicado y adecuado, ya que aparte de la facilidad técnica que representa, su morbilidad es mínima en comparación con el procedimiento por Versión y maniobras internas que produce un porcentaje elevado de rupturas uterinas, ya sea por procedimiento más violento y complicado, como por necesitar de una persona hábil y con mucha experiencia.

13. En este estudio es satisfactorio los resultados obtenidos, ya que de las 80 pacientes estudiadas, 79 egresaron curadas y en buenas condiciones, solamente una egresó con problema de fistula vésico-vaginal secundaria a reparación de ruptura uterina.
14. Creemos que el hecho de que no hubo mortalidad materna, debe considerarse halagador dada las condiciones de ingreso de la paciente con este tipo de patología obstétrica.
15. En cuanto a tiempo de hospitalización, las pacientes tuvieron en este centro de uno a tres días en un 53.7 por ciento, lo que indica la disminución de complicaciones en la actualidad.

RECOMENDACIONES

1. Insistir en la Asistencia de las pacientes al prenatal.
2. Evaluación por una persona de experiencia, cuando se sospeche una situación hombro en la consulta prenatal.

3. Insistir a las pacientes con sospecha de situación transversa que acudan al centro asistencial antes de iniciar el trabajo de parto.
4. Reinsistir en los médicos rurales sobre la gravedad que impone una situación transversa abandonada.
5. Impartir cursillos de adiestramiento a las comadronas tanto rurales como urbanas, para evitar manipuleo innecesario y peligroso y apurar la referencia a un centro asistencial especializado desde el embarazo; por considerarse esta situación como una predistocia.

BIBLIOGRAFIA

1. Beck, Taylor. *Obstetricia*. 8a. Ed. México, Editorial Interamericana, 1968. pp. 252-254.
2. Benson, Ralph. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. 2a. Ed. México, El Manual Moderno, 1969. p. 124.
3. Greenhill, J.P. *Obstetrics*. 13a. Ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1965. pp. 871-879.
4. Guatemala, Hospital Roosevelt, *Archivos Médicos*; 1967-1972.
5. Merger, Robert. *Obstetricia*, 2a. Ed. Barcelona, Editorial Toray, 1968. pp. 208-216.
6. Montenegro Pérez, Julián. Situación transversa abandonada, incidencia, causas, y conducta a seguir. Estudio preliminar de 10 años en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, junio, 1967. 37 p.
7. Moraguez, Bernat J. *Clínica obstétrica*. 8a. Ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1960. pp. 182-185, 210-216.
8. Morales Sandoval, Julio A. Consideraciones sobre situación transversa, revisión de 200 casos tratados en el Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, junio, 1960. 36 p.
9. Morris Cintora, Julio E. Presentación de hombro en el Hospital Roosevelt. Estudio de seis años de trabajo en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, junio, 1973. 24 p.
10. Ordóñez Cruz, Jorge. Nulípara en situación transversa. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, agosto 1963. 40 p.

11. Rosenvasser, Eliseo B. Tratado de Obstetricia. 2a. Ed. Buenos Aires. Ed. Médico-Panamericana, 1964. pp. 43-47, 172-214.
12. Schwarcz, Ricardo et al. Obstetricia. 3a. Ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1970. pp. 283-289.

Malvina

BR.

Vo.Bo.

Jimay

Asesor.

Grajuelo

Revisor.

Julián Kílar

Director de Fase III.

Malvina

Secretario.

Vo. Bo.

Decano.

