

c. 2.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**PRESENTACION DE HOMBRO EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT**

**ESTUDIO DE SEIS AÑOS DE TRABAJO EN EL
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL ROOSEVELT.**

JULIO ENRIQUE MORRIS CINTORA

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION*
- II. GENERALIDADES*
- III. MATERIAL Y METODOS*
- IV. RESULTADOS*
- V. CONCLUSIONES*
- VI. RECOMENDACIONES*
- VII. BIBLIOGRAFIA*

GENERALIDADES

Definición:

Se define situación transversa o presentación de hombro, como un defecto de polaridad, en el cual el eje longitudinal del feto queda en dirección transversal respecto al eje longitudinal materno. (3)

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 oblicua, y con el polo cefálico cerca de la excavación. (11)

Incidencia:

Los diferentes autores reportan diferentes porcentajes de incidencia así tenemos:

Greenhill	0.25 o/o — 0.33 o/o
Merger	0.3 o/o
Morales (1960)	0.6 o/o
Ordóñez (1963)	1.1 o/o
Schwarcz	0.5 o/o

Como se puede apreciar, las estadísticas son de valores similares, siempre tomando en cuenta que son tomadas en diferentes países, diferentes hospitales; y lo que es más importante la idiosincrasia de los individuos que varía tanto de un pueblo a otro.

Etiología:

Las causas de estas presentaciones anómalas las podremos dividir en tres grupos: (11)

- a) *MATERNAS: Multiparidad, pelvis no apropiadas para el tránsito fetal; Malformaciones uterinas; Obstáculos al paso del cilindro fetal, tales como: tumores previos; Anomalías de posición del útero; Ciertas profesiones femeninas (lavanderas, costureras); por las posiciones que adoptan.*

- b) **FETALES:** *Tamaño: fetos pequeños, (prematurados), fetos grandes; embarazos gemelares; fetos muertos y macerados; monstruos (hidrocefalia y tumores sacrococcígeos).*
- c) **OVULARES:** *Placenta previa; Brevedad de cordón (dificulta la acomodación); Hidramnios (exceso de movilidad).*

Presentación:

El dorso del feto está situado hacia adelante o hacia atrás; siendo las dorsoanteriores las más frecuentes. Tomándose como punto de referencia al Acromión, el porqué de las distintas denominaciones:

En orden de frecuencia

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

Diagnóstico:

En el transcurso del embarazo se puede hacer el diagnóstico clínico de la situación anómala por los siguientes métodos a nuestro alcance:

*Inspección
Palpación
Examen Vaginal*

Inspección: *El útero se desarrolla más en el sentido transversal o en el oblicuo que en el longitudinal.*

Palpación: *Por las maniobras de Leopold, se podrá percibir el fondo del útero y la excavación vacíos. Los polos se perciben lateralmente. En las primigrávidas se encontrarán ambos polos al mismo nivel; no así en las multíparas, ésto por la flacidez de los tejidos.*

Examen Vaginal: *Durante el embarazo: La excavación se encuentra vacía.*

Durante el Parto: *Con membranas enteras, se encuentran éstas prominentes, a la vez que falta precisión en la búsqueda de referencias fetales.*

Con membranas rotas se encuentran las diferentes configuraciones anatómicas que harán el diagnóstico de presentación, posición y variedad de posición.

Evolución:

Tomando en cuenta la marcada desproporción pelvico fetal, no se puede esperar una resolución espontánea del problema, pues son escasas las circunstancias en que esto ocurre. (11) (5)

Las tres posibilidades de resolución espontánea serán:

1. *Versión espontánea; la cual se produce en aquellas situaciones transversas que ocurren durante el embarazo, ya al final de éste van modificando su forma de acomodación en el útero dando lugar a una situación longitudinal, ya sea ésta cefálica o podálica.*
2. *Evolución espontánea, se produce a continuación del encajamiento de hombro, la fuerza de las contracciones del útero provocarán un profundo enclavamiento del hombro debajo del púbis, la columna se dobla, las nalgas se ven empujadas hacia el estrecho superior llegando a constituir una presentación podálica.*
3. *Conduplicato Corpore: El feto dobla la columna, y así es expulsado por vía vaginal; para ello se necesitan varias condiciones, que se trate de una pelvis amplia, que las contracciones del útero sean lo suficientemente potentes, y que el feto sea pequeño y maleable, necesariamente tendrá que estar muerto.*

Si se le deja evolucionar sin ninguna vigilancia, invariablemente se transformará en un Transversa Abandonada, o en una presentación de hombro Descuidada. Efecto para el cual se necesitarán entre otras condiciones: (7)

Situación Transversa

Feto muerto	Membranas rotas	Hombro encajado
Infección (Amnioítis)	Prolapso de miembro	Utero retraído

Este cuadro a su vez podrá enfilarse hacia un desenlace más grave, como sería Ruptura uterina, diseminación de la infección y muerte materna.

Pronóstico:

Será favorable siempre que la terapéutica se inicie con la precocidad requerida. De lo contrario las estadísticas arrojan cantidades alarmantes tanto de muertes fetales como maternas. (3)

Tratamiento:

Haremos la diferenciación de los caminos a seguir durante el embarazo y durante el parto. (1) (5) (10) (11)

Embarazo: Se tendrá una vigilancia estrecha como primera medida. En caso de tratarse de una multípara se podrá intentar una Versión por Maniobras Externas, tratando de transformar la presentación en cefálica o en su defecto en podálica. Si por el contrario la paciente es primigesta irremediablemente se deberá recurrir a cesárea al final del embarazo.

Parto: Durante el trabajo de parto tendremos varias subdivisiones:

- Dilatación incompleta y membranas enteras: expectante respetando la integridad de las membranas.*
- Dilatación incompleta y membranas rotas: Si la ruptura de membranas es reciente se podrá tratar de hacer una dilatación artificial haciendo luego una Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana. Por el contrario si la ruptura de membranas tiene cierto tiempo de evolución, se procederá a resolver por vía abdominal, siempre y cuando el feto esté vivo.*

- Dilatación completa y membranas enteras: se hará amniorrexia y a continuación VxMlyGEP, siempre y cuando no haya contraindicaciones del tipo de estrechez pélvica o tumores previos.*
- Dilatación completa y membranas rotas: al igual que en el caso anterior; con ruptura reciente se intentará versionar. De mucho tiempo de evolución y feto vivo se resolverá por cesárea; y si el feto está muerto se hará Fetotomía.*

MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se revisaron un total de 74,294 partos atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt durante el período comprendido de el 1o. de Enero de 1967 al 31 de Diciembre de 1972. A continuación se revisaron 416 papeletas de Situaciones Transversas acaecidas en este período de tiempo.

De estas papeletas se obtuvieron los siguientes datos:

Edad; Paridad; Edad de Embarazo; Control prenatal; Procedencia; Motivo de consulta; Complicaciones al momento del parto; Conducta; Complicaciones post-operatorias; peso de los niños y estado de los mismos.

Asimismo se buscó literatura al respecto, revisando para tal efecto los índices que para ello existen; así como también se trató de revisar los libros de Obstetricia en sus capítulos correspondientes.

RESULTADOS

Incidencia:

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. Encontramos 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; como se puede ver hay un incremento en el número de pacientes atendidas en los últimos dos años; lo que repercute en el bienestar de la misma población.

El número de Presentaciones de Hombro fue de 416, que nos da un porcentaje de 0.5; un caso por cada 178 partos atendidos.

Este dato estadístico comparado con sus similares de otros países, tiene similitud.

Control Prenatal:

Como en todos los trabajos que se efectúan sobre Obstetricia, nos encontramos con que la asistencia a la Consulta Prenatal es muy escasa. En este trabajo se observó una asistencia de 120 pacientes (28.7 o/o). Mientras no asistieron un total de 296 pacientes (71.3 o/o). Esto fue lo que determinó como veremos más adelante la cantidad de desenlaces fatales al resolverse los diferentes casos. Como causa primordial de este ausentismo citaremos el bajo nivel cultural y la ignorancia que posee nuestro pueblo.

Procedencia:

A las pacientes analizadas en el presente trabajo se les encontró la siguiente distribución geográfica de origen:

	No. de Casos	Porcentaje
Ciudad Capital	311	72.3
Depto. de Guatemala	44	10.5
Mixco	10	2.4
San José Pinula	8	1.9
San Raymundo	8	1.9
Palencia	6	1.4
Sta. Catarina P.	6	1.4
Villa Nueva	3	0.72
Villa Canales	2	0.48

Departamentos de la República:

Santa Rosa	31	7.4
El Progreso	11	2.6
Sacatepéquez	9	2.1
Chimaltenango	6	1.4
Baja Verapaz	1	0.23
Izabal	1	0.23
Jutiapa	1	0.23
Sololá	1	0.23
TOTAL	61	14.6

Llama poderosamente la atención, la poca cantidad de pacientes provenientes de áreas donde no existen centros hospitalarios; lo que hace pensar "la cantidad de desenlaces fatales que habrá, por falta de asistencia adecuada".

Grupo Etnico:

Esta es una clasificación muy subjetiva que irá de acuerdo con el criterio de los oficiales de información, encargados de documentar a todos los pacientes que acuden al Hospital.

Esta observación nos da los datos siguientes:

	No. de Casos	Porcentaje
Ladinos	351	84.35
Indígenas	66	15

Añadido a lo subjetivo de la observación, la procedencia de la mayoría de pacientes de departamentos de la zona Nor-oriental del país; explica la baja afluencia de Indígenas.

Edad:

Se hizo la siguiente clasificación:

Años	No. Casos	Porcentaje
De 14 a 20	75	18
De 21 a 25	103	25
De 26 a 30	104	25.2
De 31 a 35	61	14.66
De 36 a 40	56	11.
De 41 a 45	14	3.3
De 46 a 48	3	0.7

La paciente de menor edad fue de 14 años y las de mayor edad fueron dos pacientes de 48 años. Las edades más frecuentes fueron 23 y 26 habiéndose encontrado 35 y 30 casos respectivamente.

La edad promedio fue de 26 años. Tomando como edad obstétrica entre los 15 y los 30 años; nos encontramos el 86.77 o/o (351 pacientes) se encontraba comprendido entre estas edades.

Paridad

Se hizo una clasificación en base al número de partos, tomándose: Nulíparas, Secundíparas, Multíparas (3-8 partos); Grandes Multíparas (9 partos en adelante).

	No. Pacientes	Porcentaje
Primíparas	60	14.4
Secundíparas	68	16.5
Multíparas	245	58.8
Grandes Multíparas	43	10.9

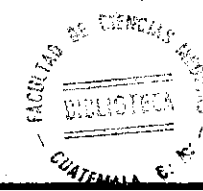
Como se podrá apreciar, es mucho más frecuente en Multíparas y Grandes multíparas; haciendo un porcentaje de 69.7; más de las dos terceras partes del total.

Edad de Embarazo:

Esta determinación de la edad de embarazo, se llevó a cabo en la mayoría de los casos por edad estimada; ante la imposibilidad de hacerlo por edad calculada por ignorar fechas de UR.

	Semanas	No. de Casos	Porcentaje
Embarazos a Término	38 - 42	211	50.6
Partos Prematuros	34 - 37	136	32.6
Partos Prematuros	30 - 33	60	14.4
Partos Prematuros	menos de 30	8	1.92
Edad no Determinada		1	0.23

El embarazo más prolongado fue de 50 semanas por UR. Mientras que el más joven fue de 25 semanas, por lo que debió ser considerado como un aborto, aún por el bajo peso (805 gms); pero nació Vivo; falleciendo a las cuatro horas.



De los datos apuntados anteriormente podemos concluir en que de 416 casos, se presentaron 204 (49.28 o/o) de partos prematuros por edad de embarazo; y siendo la premadurez uno de los factores etiológicos de las presentaciones de hombro, llama la atención no sea mayor su incidencia; más adelante veremos también cómo aumenta al analizar los pesos de los recién nacidos.

Duración del Trabajo de Parto:

Es muy poco lo que a este respecto se puede mencionar; ya que la mayor parte de papeletas carecen de los datos requeridos, especialmente las que fueron resueltas por la vía alta. Únicamente llama la atención una paciente que según aparece reportado tuvo 50 horas de trabajo de parto, con un embarazo gemelar, fetos grandes, se esperó todo este tiempo para resolver el caso, lo que finalmente se hizo por vía abdominal.

Ruptura de Membranas:

Al momento de ingreso se encontró a 233 pacientes con las membranas enteras lo que hace un porcentaje de 56 o/o. Mientras que ingresaron 183 pacientes con ruptura de membranas o sea 46 o/o. Este fue un factor que incidió sobre la conducta que se tomó posteriormente.

Complicaciones:

De los 416 casos estudiados, se encontraron algunos entidades que he calificado como Complicaciones, pues modificaron desfavorablemente el pronóstico de cada caso en particular, así como la conducta que se tomó posteriormente.

	No. de Casos	Porcentaje
Ruptura Prematura de membranas	206	50.2
Prolapso de miembro superior	62	14.9
Prolapso de Cordón	14	3.3
Prolapso de MS y cordón	15	3.6
Obito fetal	44	10.6
Placenta Previa Ctrial. Total	20	4.8
Placenta Previa Ctrial. Parcial	8	1.9
Placenta Previa Marginal	9	2.1
Incisiones bajas de Placenta	4	0.96
D.P.P.N.I.	5	1.2
Cesáreas anteriores	49	11.7
Partos gemelares	37	8.8
Partos Triples	1	0.23
Circulares al cuello	24	5.7
Sufrimientos fetales	13	3.1
Ruptura Uterina al ingreso	15	3.6
Inminencia de ruptura uterina	7	1.6
Polihidramnios	8	1.9
Amnioititis	10	3.4
Toxemias	3	0.72
Manipulación por empírica	2	0.48
Primigesta asimilada	1	0.23
Primigesta añosa	1	0.23

Como se puede observar la complicación más frecuente fue la Ruptura Prematura de Membranas, vale la pena mencionar que aquí se tomaron en cuenta a las 183 pacientes que ingresaron con membranas rotas, y además las que espontáneamente rompieron membranas dentro del Hospital.

Las pacientes manipuladas por comadrona empírica fueron tomadas como una complicación; pues es uno de los problemas más grandes que existe, y esto especialmente en las áreas rurales en donde pululan estas personas, que no hacen sino aumentar los índices de mortalidad de los hospitales, enviando todos sus "Casos Problema". Se ve especialmente en estos casos de Situaciones transversas. En el presente caso estas dos pacientes espontáneamente refirieron la manipulación de comadrona; es de suponerse que hubo muchos casos más.

Presentaciones:

Para hacer la siguiente clasificación se tomó el Acromion como punto de referencia fetal; y el Ilíaco materno como punto de referencia también. Siendo el lado derecho o izquierdo los que indicarán la posición; mientras que la variedad de posición estará dada por el Dorso del feto, pudiendo ser anterior o posterior. Procediendo así, se obtuvieron los datos siguientes:

	No. de Casos	Porcentaje
AIDDA	232	56.2
AIIDA	102	24.7
AIDDP	54	12.7
AIIDP	29	6.1

Como se puede observar estos datos son similares a los reportados en diferentes libros.

Etiología:

Como causas posiblemente responsables de las presentaciones de hombro, en los casos presentes, se encontraron:

	No. de Casos	Porcentaje
Estrechez pélvica (radiológica)	11	2.6
Estrechez pélvica (clínica)	23	5.5
Placenta Previa Ctrial. Total	20	4.8
Placenta Previa Ctrial. Parcial	8	1.9
Placenta Previa Marginal	9	2.1
Polihidramnios	8	1.9
Embarazos gemelares	37	8.8
Embarazo triple	1	0.23
Partos Prematuros	204	49.
Recién Nacidos de bajo peso	171	41
Anomalías congénitas	10	2.4
Sin causa aparente	47	11.2
Úteros con anomalías	6	1.4

La causa más frecuente según estos datos es la premadurez de los fetos al momento del parto; en un 49 o/o, dato que coincide con el obtenido en 1963 en un trabajo de investigación.

Se encontraron los casos de 12 pacientes en dos oportunidades consultaron con fetos en Situación Transversa, encontrándose como factores etiológicos:

	No. Casos
Estrechez pélvica	7
Placenta Previa Ctrial. Total	1
Placenta Previa Marginal	1
Sin causa aparente	7

Conducta:

Haremos a continuación un análisis de las diferentes conductas que se tomaron en la resolución de los casos:

	No o. Casos	Porcentaje
Cesárea Segmentaria Transperitoneal	211	50.7
Cesárea Segmento Corpórea	10	2.3
Cesárea Corpórea	15	3.8
Versión Int. y Gran Extr. Pelviana	139	33.4
Embriotomías	34	8.1
Conduplicado	6	1.4
Histerectomía en bloque	1	0.23

Como se puede apreciar el 50.7 o/o de los casos fueron resueltos por la vía abdominal. De estas intervenciones 208 fueron practicadas de emergencia; y las tres restantes fueron electivas. En todas ellas se utilizó un anestésico gaseoso.

Tanto las cesáreas corpóreas como las segmento-corpóreas, su indicación fue dificultades técnicas; tales como: mal estado del segmento por cesáreas anteriores; segmento infundibuliforme; segmento no formado y dificultades a la extracción del feto.

Se practicó una histerectomía total en bloque en una paciente de 48 años con embarazo de 38 semanas, membranas rotas, feto muerto e infección.

De las 34 embriotomías que fueron practicadas a continuación se describen:

	No. Casos	Porcentaje
Decolación	23	67
Embriotomía en banda	6	17
Braquiectomía	3	8.8
Embriotomía mínima	2	5.8

Finalmente 6 de los casos se resolvieron espontáneamente en Conduplicato Corpore, en cinco de los cuales no hubo complicaciones; en

el caso restante, la paciente presentó Eclampsia post-partum.

Complicaciones Pre-operatorias y Postoperatorias:

Durante el parto o acto operatorio se observaron las siguientes complicaciones:

	No. de Casos
Rupturas uterinas	12
Rasgaduras de fondo de saco posterior	4
Shock hipovolémico	5
Piper fallido	1
Versión Interna y Gran Extr. Fallida	1
Paro Cardio-Respiratorio	2

De las rupturas uterinas 10 fueron resueltas por histerectomías abdominales, de las cuales hubo 8 subtotales y 2 totales. La restante es la Histerectomía en bloque mencionada anteriormente.

En cinco oportunidades se presentó estado de choque hipovolémico pre-operatorio; en cuatro oportunidades las pacientes respondieron a la perfusión de soluciones y sangre. En el caso restante la paciente falleció (como veremos más tarde).

Durante el acto quirúrgico se presentó paro cardio respiratorio en dos oportunidades, en una de las cuales fue irreversible.

En el puerperio o Post-operatorio se observaron las siguientes clases de complicaciones:

	No. Casos	Porcentajes
Endometritis	26	6.25
Infección y Dehiscencia de herida op.	12	2.8
Dehiscencia de episiorr.	2	0.48
Piometría	1	0.23
Tromboflebitis	1	0.23
Absceso pélvico	1	0.23
Fístula vesicovaginal	1	0.23
Mastitis	1	0.23
Psicosis por Aralén	1	0.23
Peritonitis	1	0.23

Las complicaciones más frecuentes como podemos apreciar fueron del tipo infeccioso; contaminación de heridas. Todas estas pacientes fueron dadas de alta en buen estado de salud después de una estancia en el hospital que varió hasta un mes incluso.

Estudio del Recién Nacido:

Hubo un total de 216 nacimientos, que distribuidos por sexos dan los siguientes datos:

	No. Casos	Porcentaje
Sexo Masculino	221	53
Sexo femenino	194	46
Sexo indeterminado	1	0.2

Para determinar la edad gestacional por el peso se dividió a los RN en tres grupos:

- más de 8 lbs.
- 4.8 lbs — 7.15 lbs.
- menos de 4.8 lbs.

	No. Casos	Porcentaje
Más de 8 libras	241	57.9
De 4.8 — 7.15 lbs.	80	19.5
Menos de 4.8 lbs.	95	22.8

Analizando estos datos veremos que hubo 401 Recién Nacidos a término y 15 prematuros por peso. Esto en porcentaje equivale a: 96.3 o/o de Recién Nacidos a término; y 3.6 o/o de Recién Nacidos prematuros.

La mortalidad fetal fue como a continuación se detalla:

	No. Casos	Porcentaje
Nacidos vivos	287	68.9
Nacidos muertos	77	18.5
Fallecidos posteriormente	52	12.5

Esto nos da un total de 129 niños fallecidos, lo que en porcentaje viene a ser 31 o/o.

Ahora bien, la incidencia de muertes varió de acuerdo al procedimiento que se siguió para resolver el caso como veremos a continuación:

Recién nacidos obtenidos por Cesárea de un total de 236 fallecieron 38 lo que en porcentaje nos da 16 o/o.

Recién nacidos obtenidos por Versión Interna y Gran Extracción Pelviana de un total de 139 fallecieron 50, que nos da un porcentaje de 36.9 o/o.

Como es fácil de apreciar, a pesar del número mayor de cesáreas, la mortalidad en estos casos es menor que la de los fetos versionados.

En los 416 casos se pudo observar en 10 de los RN anomalías congénitas como sigue:

	No. Casos
Mielomeningocele	2
Anencefalia	2
Labio leporino y paladar hendido	2
Espina Bífida	1
Feto acárdico asexual	1
Onfalocoele gigante	1
Hidrocefalia	1

Es de hacer notar la baja incidencia de anomalías congénitas en el presente trabajo, ya que en porcentaje estos 10 casos representan un 2.4 o/o del total.

Se pudieron observar las siguientes complicaciones fetales en el momento del parto:

	No. Casos
Retención de cabeza última	4
Muerte fetal intraparto	4
Fractura de Húmero	1
Parálisis de Erb	1

Muertes Maternas

Hubo tres fallecimientos de 416 casos presentados, se enumeran a continuación:

A) Paciente de 22 años; G2 P1 Ab O; caso resuelto por cesárea, obteniéndose un niño muerto; durante el acto operatorio presentó shock hipovolémico, el cual fue irreversible, evolucionando hacia el fallecimiento de la paciente. Diagnóstico final: 1. Shock severo; 2. Infarto pulmonar.

B) Paciente de 26 años; G3 PO AbO; caso resuelto por cesárea, por IRU,

PPCT y 2 cesáreas anteriores; hizo paro cardiorespiratorio durante el acto operatorio, el cual fue irreversible. El diagnóstico final fue 1. Atonía uterina; 2. Hipofibrinogenemia.

C) Paciente de 42 años; G7 P4 Ab2; caso resuelto por cesárea (feto muerto intra parto) Ruptura uterina; habiéndose practicado sutura del útero y ligadura de trompas bilateral; durante el posoperatorio la paciente presentó Eventración, peritonitis, habiendo fallecido. El diagnóstico final fue 1. Peritonitis 2. Ileo Paralítico.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio encontramos que la incidencia de Situación Transversa es de 0.5 o/o es decir un caso por cada 178 partos.
2. Los porcentajes de la asistencia a Consulta Prenatal fue de 28.7 o/o; es decir que de las 416 pacientes, únicamente asistieron a sus controles 120; esto nos indica que aún no están nuestras pacientes educadas para un buen control, sabiendo que de esto depende el diagnóstico precoz de muchas complicaciones.
3. Del total de nuestros pacientes el 82.5 o/o eran originarias del Depto. de Guatemala, el 14.6 o/o de los Deptos. De esto podemos concluir en que un buen número de problemas son resueltos en dichos centros; y que únicamente lo que es problema es enviado a este hospital.
4. Según este trabajo la Situación Transversa fue más frecuente entre los 15 y los 30 años de edad, encontrándose el 86.7 o/o por lo que creemos que esto se debe a que es la mejor edad gestacional.
5. Pudimos encontrar que la Situación Transversa es más frecuente en pacientes múltiples y Grandes Múltiples, que en primigestas, encontrando un 69.7 o/o; esto lo creemos lógico ya que forma parte de su etiología.
6. De todos los partos encontramos que el 51 o/o fueron a término y el 49 o/o fueron prematuros. La alta incidencia de premadurez, la creemos aceptable por la razón expuesta anteriormente, es decir forma parte de su etiología.

7. La presentación de hombro más frecuente en nuestro estudio fue la AID-DA, siendo un porcentaje de 56.2 o/o. Esto está de acuerdo con la literatura al respecto.
8. En el análisis de las conductas tomadas para la resolución de los 416 casos encontramos que fueron las siguientes:

	No. Casos	Porcentaje
Cesárea Segmentaria Transperitoneal	211	50.7
Cesárea Segmento Corpórea	10	2.3
Cesárea Corpórea	15	3.8
Versión y Gran Ext. Pelviana	139	33.4
Fetotomías	34	8.1
Conduplicato Corpore	6	1.4
Histerectomía en bloque	1	0.23

9. En la resolución de los casos de nuestro estudio, el 57.12 o/o fue resuelto por vía abdominal y el resto de casos por vía vaginal.

En estudios comparativos pudimos observar que la resolución de la Situación Transversa es más frecuente por la vía abdominal recurriendo a la Versión en segundo término, esto por una serie de complicaciones materno-fetales. Pero creemos de la experiencia que se tenga al respecto.

10. De las 34 Fetotomías efectuadas en los casos de Situación Transversa con niño muerto, el procedimiento más frecuente fue la Decolación en 23 casos (5.5 o/o).
11. De las complicaciones preoperatorias más frecuentemente encontradas se observaron las siguientes:

	No. Casos
Rupturas uterinas	12
Rasgaduras de fondo de saco post.	4
Shock hipovolémico	5
Piper fallido	1
Versión fallida	1
Paro cardiorespiratorio	2

De las complicaciones postoperatorias encontradas fueron las más frecuentes: Endometritis, 26 casos; siguiéndole en frecuencia, Infección y dehiscencia de herida operatoria 12 casos.

12. Debemos considerar en el índice de la mortalidad materna un dato halagador, ya que únicamente 3 casos tuvieron un desenlace fatal, no obstante las condiciones que estas pacientes presentan a su ingreso.
13. Encontramos que la mortalidad fetal, fue de 12.5 o/o agregado a esto el 18.5 o/o de los niños mortinatos, nos da un porcentaje de 31 o/o; cifra que consideramos alta y que está de acuerdo a la fatalidad de la presentación.
14. De las complicaciones fetales en la resolución del parto por Versión y Gran Extracción Pelviana, encontramos que hay una Alta incidencia de retención de cabeza última con muerte fetal intraparto, 8 casos (1.92 o/o).
15. De los 416 casos, encontramos que 8 pacientes fueron ingresadas con diagnóstico de Polihidramnios; y ya en la resolución de los casos encontramos que hubo 10 anomalías congénitas. De esto concluimos que el Polihidramnios en un alto porcentaje coincide con Situación Transversa y Anomalías Congénitas.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario insistir en la asistencia de las pacientes a la consulta prenatal.
2. Una correcta evaluación de las pacientes que asisten a prenatal, especialmente en aquellas pacientes en que se sospecha la posibilidad de una presentación de hombro, las cuales deberán ser evaluadas por personas con experiencia.
3. Previo a decidirse por una conducta deberá hacerse una reevaluación del caso.
4. Una vez decidida la conducta sea cual fuere ésta, deberá ser llevada a

cabo por una persona con experiencia.

5. *Hacer conciencia en los médicos rurales sobre la gravedad que arrastra una presentación de Hombro desatendida.*

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*, años 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 Depto. de Maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, 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. Ordóñez Cruz, Jorge. *Nulípara en situación transversa. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Agosto 1963. 40 p.*
10. Rosenvasser, Eliseo. *Terapéutica obstetrica*, 3a. Ed, Buenos Aires, Talleres Gráficos Didot, SRL, 1962. pp 241-248.

11. Schwarcz, Ricardo et al. *Obstetricia*, 3a. Ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1970, pp. 284-289.

Vo. Bol

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Br. Julio E. Morris Cintora

Dr. Herbert W. Maez
Asesor

Dr. José B. Vásquez
Revisor

Dr. José A. Quiñónez Amado
Director de Fase III

Dr. Carlos A. Berhard R.
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César A. Vargas M.
Decano.

