

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. GENERALIDADES
 - a. Situación
 - b. Situación Transversa
 - c. Situación Transversa Abandonada
 - d. Evolución
 - e. Tratamiento
4. MATERIAL Y METODOS
5. SITUACION TRANSVERSA ABANDONADA,
PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS
6. CONCLUSIONES
7. RECOMENDACIONES
8. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Este trabajo retrospectivo fue elaborado con el objeto de actualizar el estudio de Situación Transversa Abandonada, haciendo un análisis comparativo con dos estudios anteriores realizados en la Maternidad del Hospital Roosevelt.

No considero que vaya a resolverse este problema obstétrico con el presente trabajo, pero sí contribuirá al mejor conocimiento de la incidencia y conducta actual de la Situación Transversa Abandonada.

OBJETIVOS

- 1.- Mediante un estudio retrospectivo de seis años en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, conocer la conducta que se toma actualmente en una Situación Transversa Abandonada.
- 2.- Que este estudio sirva como dato estadístico e informativo, sobre la incidencia de Situación Transversa Abandonada respecto al total de partos, y la morbi-mortalidad materna encontrada.
- 3.- Hacer un análisis comparativo de la conducta actual, la incidencia y la morbi-mortalidad materna, de la Situación Transversa Abandonada, con dos estudios anteriores.

GENERALIDADES

a. Situación:

En obstetricia se entiende por situación a la relación que guarda el eje mayor del feto con el eje mayor del feto con el eje mayor de la madre, distinguiéndose dos situaciones que son longitudinal y transversa.

La longitudinal es cuando los dos ejes coinciden lo cual ocurre en un noventa y nueve por ciento, y transversa cuando el eje longitudinal del feto forma un ángulo recto o agudo con el eje longitudinal del conducto del parto. (1, 4, 9, 11).

b. Situación transversa:

Es una situación distócica por excelencia y ocurre cuando el eje longitudinal del feto cruza perpendicularmente el eje longitudinal materno o del útero, formando un ángulo recto o agudo. Esta situación es llamada presentación de hombro, por ocupar éste el estrecho superior, mientras que la cabeza ocupa una fosa ilíaca y las nalgas otra, hablándose en ella de presentación acromial (3, 11).

La variedad de posición en la situación transversa se deriva de la posibilidad que la cabeza esté a la derecha o a la izquierda, y que sean dorso anterior o dorso posterior, según sea el dorso hacia arriba o hacia abajo, siendo más frecuente el dorso anterior porque el plano ventral del feto se adapta mejor a la columna vertebral de la madre (3).

La frecuencia de situación transversa se observa según diferentes autores así:

Greenhill	0.25%
Morales 1960	0.68%
Williams	0.50%
Dexeus	1.00%
Ordoñez	1.10%

Como se observa se encuentra una pequeña diferencia en los resultados, sin embargo hay que tomar en cuenta que son estudios en diferentes países y hospitales.

c. Definición Situación Transversa Abandonada

Es una situación rara y se trata más bien de una presentación de hombro descuidada, se caracteriza por los siguientes requisitos:

- 1 Situación transversa
- 2 Feto muerto
- 3 Membranas rotas
- 4 Hombro encajado
- 5 Infección
- 6 Prolapso de miembro superior
- 7 Utero retraído

Etiología:

I. Maternas: Relajación de partes blandas, debido a múltiples embarazos (la frecuencia después del cuarto hijo es aproximadamente ocho veces mayor que después del primero, 9, 11,), útero de conformidad anormal, pelvis estrecha, tumores previos.

II. Fetales: Fetos pequeños, malformaciones fetales como hidrocefalia, espina bífida, fetos macerados.

III. Ovulares: Placenta de inserción baja, placenta de inserción en ángulo tubárico, placenta previa, polihidramnios.

d. Evolución:

La situación transversa significa ya de por sí una presentación estéril, es decir que el parto espontáneo es imposible sin el auxilio médico.

En la situación transversa abandonada, comienza el problema obstétrico con la precocidad de la ruptura de membranas, la cual trae como consecuencia la prociencia del cordón en muchas ocasiones y la infección ovular. El útero por su parte trata de expulsar en forma espontánea el feto, logrando únicamente que el hombro anterior quede firmemente enclavado en la pelvis, presentando la mayoría de las veces el prolapso de brazo (50 a 70 por ciento) (9). Cuando el brazo pende por la vagina se hace enorme y violáceo, la piel a veces se descama y puede evocar aunque el niño esté vivo el aspecto de maceración. Todo lo anterior contribuye a que el cuello deje de progresar haciendo que se edematice y engruese; el segmento por su parte continúa mal constituido, grueso y sin contacto con la presentación.

El útero se continúa contrayendo y por medio de contracciones más intensas, se intenta impulsarlo a través de la pelvis al feto en situación transversa. Después que el miometrio se ha contraído total y rígidamente alrededor del feto, se inicia la retracción del útero durante la cual no existe relajación como en las contracciones normales; con el útero retraído y vacío de líquido se comprime cada vez más al feto - siendo un fenómeno irreversible; como consecuencia de esta retracción se produce la muerte fetal por dificultad de la circulación placentaria. El segmento inferior se estira y se distiende cada vez más, la fibra muscular se retrae como un rodete en dirección al fondo, acentuándose progresivamente la delimitación entre parte uterina activa y pasiva, de forma que el anillo de contracción normalmente existente adquiere un grosor patológico y se ve y se palpa bien, a tra

vés de las paredes abdominales como surco de banda; dicho surco o anillo asciende paulatinamente hasta la región umbilical. Ambos ligamentos redondos es tan tensos y engrosados. El segmento uterino inferior delgado como un papel abomba considerablemente bajo el empuje de la cabeza, y es muy sensible a la presión dando lugar al síndrome de inminencia de ruptura uterina, si las contracciones se suceden sin interrupción, como último intento natural de expulsar al feto. La tensión del segmento uterino inferior crece en todas direcciones, llegando al límite de la capacidad de distensión, pudiendo producirse el desgarramiento del útero en el curso de cualquier contracción o con cualquier manipulación del médico.

Pronóstico:

Es sumamente grave, debido a la infección y el traumatismo ocasionados por manipulaciones que se hacen antes y después de la ruptura uterina.

El feto muere la mayoría de las veces debido a compresión del tórax, desprendimiento prematuro de placenta, o bien en el traumatismo de la extracción operatoria.

e. Tratamiento

El tratamiento es de urgencia, debe de trasladarse a la paciente a un servicio séptico, sedación profunda con opiáceos para abolir la contracción uterina, hidratación endovenosa y antibióticos de amplio espectro.

Hay tres conductas a seguir, de las cuales algunas casi ya no se utilizan debido al alto porcentaje de morbilidad.

Versión por maniobras internas y gran extracción pelviana:

La cual se debe efectuar con la paciente sedada, dilatación completa o completable, operador hábil y anestesia general. Actualmente no se utiliza debido al alto porcentaje de ruptura uterina (11).

Embriotomía:

Que se practica con las mismas condiciones anteriores y se pueden hacer: decolación cervical, embriotomía en banda y asociar otros procedimientos. Los instrumentos a usar son las tijeras de Dubois o de Smellie, y los ganchos de Braun, así como el embriótomo de sierra de Ribemont.

Este procedimiento tiene también porcentajes de ruptura uterina, pero es mucho menor que el anterior.

Operación cesárea:

La cual se efectúa cuando hay sospecha de la ruptura uterina o alguna dificultad para efectuar la embriotomía, algunas veces también se efectúa la histerectomía cuando hay indicios de infección severa.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo, se siguió el procedimiento descrito a continuación:

- a. Trabajo de investigación de casos clínicos. Se buscó en los libros de operaciones del servicio de séptico de la Maternidad del Hospital Roosevelt, el número de pacientes que presentaron situación transversa abandonada, en el período del primero de Enero de 1,973 al 31 de Diciembre de 1,978. Con referencia del nombre y número de registros clínicos, se obtuvieron las papeletas correspondientes en el departamento de registros médicos sobre la cual se hizo la investigación, analizándose los datos que se presentan más adelante.

Se realizó además una revisión de los libros de partos de los servicios de séptico y labor y partos, para conocer la incidencia de situación transversa y el total de partos.

- b. Revisión bibliográfica: Para esta parte -- del trabajo se utilizaron libros de texto de obstetricia, y trabajos anteriores para una comparación posterior.

ANALISIS DE DATOS

Para conocer la incidencia de situación transversa abandonada, se efectuó una revisión de partos atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt, del período comprendido del primero de Enero de 1,973 al 31 de Diciembre de 1,978, obteniendo los siguientes datos:

Año	Partos
1,973	14,154
1,974	14,280
1,975	14,436
1,976	15,328
1,977	16,302
1,978	14,808

Lo que hace un total de 89,308 partos atendidos en seis años, haciéndose notar que hay un aumento progresivo cada año del número de pacientes atendidos, que se hace más evidente en el año de 1,977.

El número de situaciones transversas encontradas fue de 551, lo que nos da un porcentaje de 0.61 por ciento; 1 caso por cada 162 partos atendidos.

El número de situaciones transversas abandonadas fue de 47; que representa el 0.05 por ciento del total de partos o sea, que ocurre una situación transversa abandonada por cada 1,900 partos comparado con los estudios anteriores, de 1,973 de 1/927 partos y de 1/770 en 1,967, en esta misma maternidad, lo que indica que la incidencia de situaciones transversas abandonadas ha disminuído en forma notable

EDAD

Se hizo la siguiente clasificación:

Años	Nº de casos	%
15 - 20	9	19.1
21 - 25	10	21.21
26 - 30	15	31.9
31 - 35	4	8.5
36 - 40	8	17.0
41 - 45	1	2.12
t o t a l	47	100.00

La paciente de menor edad fue de 15 años y la de mayor edad de 48 años; siendo la edad más frecuente de 26 a 30 años. Al igual que los resultados de los estudios anteriores la tercera década es la de más fertilidad.

PROCEDENCIA

Las pacientes estudiadas procedían de las siguientes áreas:

Procedencia	Nº de casos	%
Area urbana	5	10.63
Area Rural	42	89.37
T o t a l	47	100.00

Según sus localidades:

Procedencia	Nº de casos	%
Santa Rosa	12	25.53
Otros municipios del Depto. Guatemala	8	17.00
San Juan Sacatep.	7	14.89
Ciudad Capital	5	10.63

Procedencia	Nº de casos	%
San Pedro Sac.	3	6.38
El Progreso	2	4.25
Chimaltenango	2	4.25
Otros (rural)	8	17.02
T o t a l	47	100.00

Es importante observar que la mayoría de pacientes procedían de lugares rurales (89.37%) en los cuales se cuenta con alguna asistencia médica. Coincide con los estudios anteriores, el hecho que un alto número de pacientes procedían del Departamento de Santa Rosa y de San Juan Sacatepéquez.

GRUPO ETNICO

El análisis de esta información, se hace en base a la anotación que efectuaron los oficiales de información:

Grupo étnico	Nº de casos	%
Ladinos	30	63.82
Indígenas	17	36.17
T o t a l	47	100.00

El predominio de raza ladina es explicable, pues la población indígena en los departamentos y municipios de donde procedían las pacientes es escasa, dato que no varía respecto a los estudios anteriores.

CONTROL PRENATAL

	Nº de casos	%
No asistieron	43	91.40
Sí asistieron	4	8.60
T o t a l	47	100.00

Al igual que los estudios anteriores, la asistencia al control prenatal es bajísima 5% en 1,973, y 1.70% en 1,967.

En este trabajo se observó la asistencia de un 8.60% que representa cuatro pacientes de las cuales solo una de ellas tuvo control prenatal en este hospital, asistiendo solamente a una consulta. Otra de las pacientes tuvo control prenatal en el Centro de Salud de su localidad; las dos pacientes restantes fueron controladas por comadronas. Es de hacer constar que las tres últimas pacientes procedían del área rural. Como es obvio observarse, este es uno de los factores que más influyen en la evolución fatal de las situaciones transversas; radicando todo en la apatía e ignorancia de nuestro pueblo, y de la cual es el sistema económico-social, el aspecto cultural y la falta de proyección del médico hacia la comunidad, los verdaderos responsables.

REFERIDO POR

Del total de las pacientes se hizo la siguiente clasificación:

Referido por	Nº de casos	%
Médico	7	14.89
Comadrona	7	14.89
No fueron referidos	33	70.21
<u>T o t a l</u>	<u>47</u>	<u>100.00</u>

Como puede observarse el 70% de las pacientes por iniciativa propia recurrieron al hospital, al ver la mala evolución del trabajo de parto. Es curioso observar que un porcentaje similar de pacientes fue referido por médicos y por comadronas.

EDAD DE EMBARAZO

Para la determinación de la edad de embarazo, se dividió en embarazo a término y parto prematuro en base a la estimación de altura uterina, pues el dato de última regla era desconocido para muchas pacientes:

Edad de embarazo	Nº de casos	%
Embarazo a término semana 38 - 42	24	51.06
Parto prematuro semana 29 - 37	18	38.29
Indeterminados	5	10.63
<u>T o t a l</u>	<u>47</u>	<u>100.00</u>

Los resultados anteriores demuestran la alta incidencia de partos prematuros, hecho que coincide con el estudio de 1,973. El embarazo más joven fue de 33 semanas y el más prolongado de 41 semanas.

PARIDAD

Para el siguiente parámetro se clasificó en base al número de partos, como en el estudio de 1,973, es decir nulípara, secundípara, multípara (hasta seis partos) y granmultípara de seis partos en adelante, con el objeto de realizar una comparación similar.

Paridad	Nº de Pacientes	%
Primípara	8	17.02
Secundípara	4	8.51
Multípara	24	51.06
Gran multípara	11	23.40
<u>t o t a l</u>	<u>47</u>	<u>100.00</u>

Los porcentajes elevados en pacientes múltiples y gran multíparas de los estudios de 1,973, coinciden con los datos obtenidos en el presente estudio. Estos porcentajes encontrados confirman a la multiparidad, como parte de la etiología de las situaciones transversas.

DURACION DE TRABAJO DE PARTO

Respecto a este parámetro es difícil conocer cual fue el verdadero tiempo de trabajo de parto que tuvo cada paciente, pues la información dada por las mismas es bastante subjetiva, lo cual podría hacer caer en error al médico; por otro lado en varias fichas médicas no se encontraba este dato, especialmente las que fueron resueltas por vía abdominal.

Con los datos obtenidos se clasificó así:

Tiempo de trabajo de parto	Nº de casos	%
0 a 12 horas	20	42.55
13 a 24 horas	8	17.02
Más de 24 horas	11	23.39
No referido	8	17.02
T o t a l	47	100.00

Los datos anteriores demuestran un porcentaje alto dentro de las primeras doce horas de trabajo de parto, resultado que coincide aunque en menor porcentaje al estudio de 1,973. Se hace notar la incidencia entre las 25 a 48 horas, que es explicable por varias razones, como lo es la procedencia del área rural.

MOTIVO DE CONSULTA

Se obtuvieron los siguientes datos:

Motivo de consulta	Nº de casos	%
Trabajo de parto y prolapso de M. superior	30	63.82
Trabajo de parto procidencia de cordón y prolapso Ms.	6	12.76
Trabajo de parto	6	12.76
Trabajo de parto, ruptura de membranas y prolapso MS	3	6.38
Retención 2º gemelo	1	2.12
Referida del hospital de Cuilapa	1	2.12
T o t a l	47	100.00

La clasificación anterior se hizo en base a lo referido por la paciente a su ingreso a la emergencia. En general la mayor parte de pacientes consultó por trabajo de parto y prolapso de miembro superior, mismo motivo que predominó en el estudio anterior.

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Se ingresó a las pacientes con los siguientes diagnósticos:

Diagnóstico de ingreso	Nº de casos	%
Transversa Abandonada	21	44.68
T. de P., Embarazo a término, feto muerto, prolapso de MS.	9	19.14
Transversa Abandonada, amnionitis	3	6.38
Transversa Abandonada, ruptura uterina	3	6.38
Transversa Abandonada, IRU	3	6.38
Situación Transversa, feto muerto	5	10.63
Transversa Abandonada, Shock Séptico	1	2.12
Transversa Abandonada, 2º gemelo	2	4.25
T o t a l	47	100.00

Como puede observarse el diagnóstico definitivo se dió en un elevado porcentaje al ingreso del paciente, a similitud de los resultados de los estudios anteriores. La diversidad de algunos diagnósticos dados en la emergencia puede ser debido a un olvido o desconocimiento del diagnóstico de situación transversa abandonada.

MANIPULACION PREVIA

Se obtuvo los siguientes datos:

Efectuado por	Nº de casos	%
Comadrona	35	74.46
Médico	1	2.12
Negativo	10	21.27
No referido	1	2.12
T o t a l	47	100.00

Del total de pacientes un alto porcentaje 76.59 fue manipulado antes de consultar al hospital. De las pacientes manipuladas, el 92% corresponde a comadronas hecho explicable posiblemente por las condiciones o patrones culturales, ya que la mayoría de pacientes manipuladas por comadrona procedían del área rural; lo que explica también el por qué las pacientes intentan resolver el parto en manos inexpertas.

POSICION Y VARIEDAD DE POSICION

Posición y variedad de posición	Nº de casos	%
AID (derecha)	31	72.09
AII (izquierda)	12	27.90
AIDA (dorso anterior)	27	62.79
AIDP (dorso posterior)	16	37.20
Sin datos	4	
T o t a l	47	100.00

La posición más frecuente fue la derecha (72.09%) acompañándose de la variedad de posición dorso anterior (62.79%) que se confirma en los textos de obstetricia, por un mejor acomodamiento fetal.

ESTADO DE MEMBRANAS

Se encontró un cien por ciento de membranas rotas, clasificándose según el tiempo de evolución así:

Tiempo de ruptura	Nº de casos	%
0 a 12 horas	21	44.68
13 a 24 horas	8	17.02
Más de 24 horas	7	14.89
No se consigna	11	23.40
T o t a l	47	100.00

Aunque en un 23 por ciento de papeletas no se informó el tiempo de ruptura de membranas, en el resto de las pacientes la mayoría refiere la ruptura dentro de las primeras doce horas, encontrando una paciente con ocho días de ruptura, la cual tuvo una evolución satisfactoria.

INFECCION

Se hizo la siguiente clasificación:

Amnionitis	Nº de casos	%
Evidente	15	31.92
Latente	32	68.08
T o t a l	47	100.00

Lo que nos indica que el cien por ciento de las pacientes aún en forma latente presentaban infección.

PROLAPSO DE MIEMBRO SUPERIOR

Prolapso de miembro superior	Nº de casos	%
Positivo	42	89.36
Negativo	5	10.06
T o t a l	47	100.00

El análisis anterior indica un elevado porcentaje de prolapso de miembro superior, que es una de las características de Situación Transversa Abandonada.

HOMBRO ENCAJADO

El 76.59 por ciento de las pacientes presentaba el hombro encajado, siendo el 23.49 por ciento negativo.

UTERO RETRAIDO

Respecto a este análisis, al revisarse las fichas médicas solo una refería útero retraído (2.12%) y el 97.88% fue negativo.

INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA

I. R. U.	Nº de casos	%
Positiva	13	27.65
Negativa	34	72.34
T o t a l	47	100.00

De las cuarenta y siete pacientes, a su ingreso presentaban signos de inminencia de ruptura uterina un 27.65%, que representa a trece pacientes, de las cuales a doce les fue realizado operación cesárea, a una paciente se le hizo embriotomía encontrando a la revisión de cavidades rasgadura completa del segmento, haciéndosele como consecuencia una la paratomía-histerestomía subtotal.

RUPTURA UTERINA

Hubo un total de nueve rupturas (19.14%), las cuales se clasificaron en base a lo encontrado en los registros clínicos así:

Ruptura Uterina	Nº de casos	%
Según la extensión:		
Completa	8	88.88
Incompleta	1	11.11
Según el momento en que se produjo:		
Pre-Operatorio	6	66.66
Post-Operatorio	3	33.33
Según su localización:		
Segmento	7	77.77
Cuerpo y segmento	2	22.22
<u>T o t a l</u>	<u>19</u>	<u>100.00</u>

En la mayoría de las nueve pacientes (88.88%), se encontró ruptura completa, siendo únicamente una

paciente con ruptura incompleta.

De las nueve pacientes, seis fueron rupturas pre-operatorias las cuales se les había diagnosticado como inminencia de ruptura uterina o ruptura uterina. Los tres casos de ruptura post-operatoria, se encontró al revisar la cavidad uterina posterior a embriotomías.

La localización de las rupturas uterinas fue en un 77.77% en el segmento, encontrando a la vez en dos casos ruptura de cuerpo y segmento que hacen el resto del porcentaje.

La resolución de las mismas se indica más adelante.

RESOLUCION DE CASOS

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

VIA ABDOMINAL

Se resolvieron por esta vía un total de 24 casos, que representa un 51.06 por ciento del total.

OPERACION CESAREA

Tipo de cesárea	Nº de casos	%
Cesárea segmentarea		
Transperitoneal	12	80.00
Cesárea Corporea	2	13.33
Cesárea segmento corpórea	1	6.66
<u>T o t a l</u>	<u>15</u>	<u>100.00</u>

La indicación de esta vía fue absoluta en todos los casos, pues fue empleada por inminencia de ruptura uterina, ruptura uterina o por imposibilidad de realizar embriotomía.

Del total de cesáreas el ochenta por ciento fue cesárea segmentarea transperitoneal, hubo dos cesáreas corporeas, una de las cuales se hizo por encontrarse el segmento muy infundibuliforme y la extracción muy difícil, la otra por encontrarse el segmento en muy malas condiciones. No se encontró indicación de la cesárea segmento corpórea.

Procedimiento asociado	Nº de casos	%
Pomeroy	5	33.33
Braquiectomía	3	20.00
Ninguno	7	46.66
T o t a l	15	100.00

A las pacientes a quienes se les efectuó pomeroy todas eran multíparas, teniendo como mínimo seis hijos. Las braquiectomías fueron hechas para evitar mayor contaminación de la cavidad abdominal.

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CESARIZADAS

	Nº de casos	%
<u>Raza:</u>		
Indígena	8	53.33
Ladina	7	46.66
<u>Paridad:</u>		
Primigesta	3	20.00
Multípara	12	80.00
<u>Post-operatorio:</u>		
Normal	11	73.33
Complicado	4	26.66
<u>Tipo de complicaciones:</u>		
Endometritis	1	25.00
Infección herida operatoria	1	25.00
Paro respiratorio	1	25.00
Dehiscencia herida operatoria	1	25.00
<u>Condición de egreso:</u>		
Mejoradas	13	86.66
Fallecidas	2	13.33
<u>Edad de embarazo:</u>		
A término	11	73.33
Prematuro	4	26.66

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CESARIZADAS(Cont.)

	Nº de casos	%
<u>Anomalías fetales:</u>		
Sí	0	0.0
No	15	100.0

De las pacientes primigestas que se les efectuó operación cesárea, la indicación en dos de ellas fue por inminencia de ruptura uterina y la otra paciente debido a que la decolación fue fallida.

De las cuatro pacientes que presentaron complicaciones post-operatorias, dos evolucionaron satisfactoriamente, habiendo presentado una paciente endometritis, y la otra infección y dehiscencia de herida operatoria, las dos pacientes fueron tratadas con antibióticos y la dehiscencia con cierre por tercera intención. De las pacientes que fallecieron una paciente era procedente de Santa Rosa, de cuarenta años de edad, la cual durante el acto operatorio presentó paro respiratorio habiéndole ocasionado una anoxia cerebral, cuadro que no se resolvió, falleciendo nueve días después. La otra paciente era procedente de Santa Rosa, de veintidos años, referida del hospital de Cuilapa, quien llegó a la emergencia en muy malas condiciones, al examen había crepitación en hipogastrio y al intervenir se encontró gas en el útero y fetidez severa; la paciente hizo paro cardíaco irreversible durante el acto operatorio. Causa primordial de la muerte Shock séptico.

OPERACION HISTERECTOMIA

De las nueve histerectomías realizadas, que hacen un 19.14 por ciento del total de procedimientos, se clasificó así:

Tipo de histerectomía	Nº de casos	%
Total	6	66.66
Sub-Total	3	33.33
T o t a l	9	100.00

La indicación de esta conducta fue absoluta en todos los casos; pues se indicaba por ruptura uterina, o por otras indicaciones como hematomas en ligamento ancho, o de otras estructuras irreparables.

De las nueve histerectomías realizadas, tres fueron como procedimiento asociado a embriotomías. Las tres pacientes procedían del área rural. La primera paciente, indígena, se le efectuó una decolación cervical y al revisar cavidades se encontró una ruptura del segmento inferior, hematoma retrovesical y de ambos ligamentos anchos, efectuándosele una histerectomía subtotal. La segunda paciente, indígena, se le efectuó una embriotomía raquídea y al revisar cavidades se encontró una ruptura uterina de cervix a cuerpo, haciéndosele una histerectomía total. La tercera paciente, ladina, se le efectuó una embriotomía cervical y al revisar cavidades se encontró ruptura uterina a nivel de ángulo derecho, cuello y segmento; haciéndosele una histerectomía total.

Procedimiento asociado	Nº de casos	%
------------------------	-------------	---

Braquiectomía derecha	5	62.5
Salpingectomía derecha	1	
Anexectomía izquierda	1	
Ninguno	4	37.5
Total	11	100.0

Las braquiectomías fueron realizadas antes de la histerectomía. La salpingectomía derecha fue indicada cuando al revisar cavidades se encontró agenesia de ovario.

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

	Nº de casos	%
Raza:		
Indígenas	5	55.55
Ladinas	4	44.44
Paridad:		
Primigestas	1	11.11
Múltiparas	8	88.88
Post-operatorio:		
Normal	5	55.55
Complicado	4	44.44

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (Cont.)

	Nº de casos	%
Tipo de complicación:		
Fístula vésico vaginal		
Shock séptico	2	50.00
B N M	1	25.00
Ins. Renal aguda	1	25.00
Condición de egreso:		
Mejoradas	8	88.88
Fallecidas	1	11.11
Edad de embarazo:		
A término	8	88.88
Prematuro	1	11.11
Anomalías fetales:		
Sí	0	0.0
No	9	100.0

Es notable la indicación en pacientes indígenas sin embargo el hecho es explicable por habitar la mayoría de estas pacientes en áreas rurales, lo que hace que la evolución sea más larga y más grave, antes de consultar a la emergencia.

La indicación de histerectomía subtotal en la paciente primigesta, fue por ruptura total del segmento.

Hubo cuatro pacientes con post operatorio complicado, dos de ellas procedentes del área rural. -- quienes presentaron fístulas vésico vaginales; una de las cuales fue reparada en el departamento de ginecología y una en el departamento de urología, ambas pacientes presentaron shock séptico y una de ellas insuficiencia cardíaca, siendo tratadas ambas en el servicio de intensivo de medicina, egresando mejoradas y con un tiempo de hospitalización de 88 y 95 días. Otra de las complicaciones ocurridas -- fue una bronconeumonía, sin ninguna complicación. La cuarta paciente, ladina, falleció como consecuencia de una necrosis papilar, secundaria a hipotensión -- severa, lo que originó en la paciente una insuficiencia renal aguda.

Los fetos no presentaron ninguna anomalía congénita, siendo ocho a término y un prematuro.

VIA VAGINAL

Por esta vía se resolvieron 23 casos que corresponden al 48.93% de los casos estudiados.

EMBRIOTOMIAS

De los veintitres casos resueltos por vía vaginal el 95.65 por ciento, que corresponde a veintidos casos fueron resueltos por embriotomías, clasificándose así:

Tipo	Nº de casos	%
Decolación cervical	14	63.63
Fetotomía raquídea	4	18.18
Embriotomía cervical	2	9.09
Embriotomía en banda	1	4.54
Braquiectomía derecha	1	4.54
T o t a l	22	100.00

En comparación con estudios anteriores del total de los casos, un 46.80 por ciento fue resuelto por embriotomías, es notable el aumento que ha tenido este procedimiento sobre todo con el estudio de 1,967, en donde fue utilizado únicamente en un 22 por ciento, en cuanto al estudio de 1,973 es pequeña la diferencia.

Dos de estos procedimientos fueron realizados en transversas abandonadas de segundo gemelo.

Lo anterior indica que este es uno de los procedimientos más utilizados en una situación transversa abandonada.

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES TRATADAS CON EMBRIOTOMIAS

	Nº de casos	%
Raza:		
Indígena	4	18.19
Ladina	18	81.81

	Nº de casos	%
<u>Paridad:</u>		
Primigestas	2	9.09
Secundigestas	3	13.65
Múltiparas	17	77.27

Complicaciones:

Inmediatas:

Lesión de fondo de saco posterior	1	4.58
Rasgadura de cuello	1	4.58
Rasgadura vaginal	1	4.58

Mediatas:

Endometritis	3	13.63
Amnioítis	1	4.58
Ninguna	15	68.18

Condición de egreso:

Mejoradas	22	100.00
Fallecidas	0	0.00

Edad de embarazo:

A término	17	77.27
Prematuro	5	22.73

Anomalías fetales:

Sí	0	0.0
No	22	100.0

En contraposición al dato de operaciones cesáreas e histerectomías, la incidencia de pacientes indígenas es bajo.

Respecto a las complicaciones, la más frecuente fue la endometritis en tres pacientes quienes al igual que el resto evolucionaron satisfactoriamente, no habiendo fallecido ninguna. Ninguno de los fetos presentaba anomalías congénitas.

POR VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS Y GRAN EXTRACCION PELVIANA (VMI y GEP)

Con este procedimiento se resolvió solamente un caso (2.12%) de una paciente de esta ciudad, quien presentó retención de cabeza, la cual se resolvió con tracción. El feto sin ninguna anomalía congénita, - prematuro, sin ninguna complicación.

Al contrario que las embriotomías, este procedimiento ha bajado considerablemente (2.12%) respecto a los estudios anteriores 50 por ciento en 1,967 y 18.7 por ciento en 1,973.

Lo que indica claramente que dicho procedimiento se encuentra descartado en las situaciones transversas abandonadas:

VIA VAGINO-ABDOMINAL

Procedimiento	Nº de casos	Procedimiento asociado	Nº de casos
Operación cesárea	3	Braquiectomía derecha	3
Histerectomía	5	Braquiectomía derecha	5
Embriotomía	3	Histerectomía total	2
		Subtotal	1

En la combinación de estas vía de resolución, se realizaron tres broquiectomías antes de realizar las cesáreas, al igual en cinco histerectomías. Tres embriotomías, dieron lugar a que se realizaran histerectomías por lo que se les clasificó dentro de las histerectomías.

CARACTERISTICAS FETALES

De los cuarenta y siete fetos analizados, el cien por ciento llegó muerto a la emergencia, presentando las siguientes características:

Fetos	Nº de casos	%
A término	36	76.59
Prematuros	11	23.40
Sin anomalías congénitas	47	100.00
Con anomalías congénitas	0	0.0

Es de considerar el alto porcentaje de niños a término 76.59 por ciento, tomando como niño a término el que tenía un peso mayor de 5.4 libras. El niño de mayor peso fue de 8.6 libras y el de menor peso fue de 2.13 libras.

El cien por ciento de los niños no presentó anomalías congénitas.

ANTIBIOTICOS

En orden de frecuencia se clasificó a los antibióticos usados de la siguiente forma:

Antibióticos	Nº de casos	%
Penicilina cristalina más cloranfenicol	26	55.31
Penicilina cristalina	6	12.76
Ampicilina	5	10.63
Penicilina mas kanamicina	4	8.51
Penicilina mas cloranfenicol mas ampicilina	2	4.25
Penicilina mas cloranfenicol mas clindamicina	2	4.25
Penicilina mas cloranfenicol mas kanamicina	1	2.12
Penicilina mas estreptomycinina	1	2.12
T o t a l	47	100.00

En este estudio el cien por ciento de las pacientes a su momento de ingreso se les inició antibiótica.

Al igual que el análisis de 1,973 la penicilina cristalina, continúa siendo un antibiótico de primera línea. Sin embargo actualmente es elevado el porcentaje de su uso asociado a antibióticos de amplio espectro como el cloranfenicol, kanamicina.

Podrá observarse la asociación de tres antibióticos, sin embargo generalmente primero se utilizaba

la combinación de penicilina y cloranfenicol, y luego de omitirse se iniciaba el otro antibiótico como ampicilina, kanamicina o clindamicina.

El menor tiempo de tratamiento con antibióticos en el hospital fue de tres días, y el más prolongado de 46 días en donde se utilizó la combinación de penicilina y cloranfenicol, en el caso de una paciente a quien se le efectuó una histerectomía subtotal y posteriormente presentara shock séptico, egresando en buenas condiciones.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Se clasificó de la siguiente manera:

Tiempo	Nº de casos	%
1 a 3 días	6	12.76
4 a 6 días	27	57.44
7 a 9 días	6	12.76
10 a 13 días	2	4.25
Más de 13 días	2	4.25
Más de 1 mes	4	8.51
T o t a l	47	100.00

Es notable el tiempo de hospitalización entre los cuatro y los seis días, correspondiendo a procedimientos como embriotomías sin complicaciones. Hubo dos pacientes que estuvieron hospitalizadas 95 y 88 días por fístulas vésico vaginales, las cuales ya fueron analizadas.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de situación transversa abandonada ha disminuido en un gran porcentaje durante los últimos seis años, encontrando un caso por cada 1,900 partos, en comparación con la incidencia que había en 1,973 de un caso por cada 927 partos. Lo anterior refleja una mayor educación en salud de parte de las madres, quienes aparentemente están siendo asistidas en menor grado por personal empírico.
2. El mayor porcentaje de pacientes al igual que el estudio de 1,973 procedían del área rural, 89.32 por ciento, incluyendo en este porcentaje las pacientes que procedían de los municipios del Departamento de Guatemala. Es curioso observar, que tanto en el estudio realizado en 1,973 como en el presente, hay una alta incidencia de pacientes que procedían del Departamento de Santa Rosa y del Municipio de San Juan Sacatepéquez. Esto nos indica que en el área rural deberá darse una mejor orientación e incrementar la atención prenatal.
3. El grupo étnico predominante fue el ladino con 63.82 por ciento, siendo la incidencia indígena de 36.17 por ciento.
4. Del total de las pacientes estudiadas, el 90 por ciento no tuvo control prenatal, siendo causa fundamental para la mala evolución de la situación transversa abandonada; lo que de nuevo nos recuerda que el prenatal es la profilaxis de estos problemas.

5. El embarazo en la mayoría de las pacientes fue a término, sin embargo es considerable el porcentaje de partos prematuros 38.29 por ciento, dato que coincide con los resultados del estudio de 1,973.
6. La situación transversa abandonada es más frecuente en pacientes multíparas y gran multíparas, 74.56 por ciento, lo que confirma a la multiparidad como factor predisponente de la situación transversa abandonada.
7. No se puede determinar el tiempo de trabajo de parto más frecuente debido a lo subjetivo de la información, sin embargo el 42 por ciento de las pacientes lo refiere dentro de las primeras doce horas.
8. El motivo principal de consulta a la emergencia, fue el trabajo de parto y prolapso de miembro por vagina, haciéndose el diagnóstico de situación transversa abandonada al ingreso en un 48.93 por ciento.
9. El 76.58 por ciento de las pacientes fue manipulada antes de consultar al hospital, siendo la manipulación hecha en su mayoría por comadronas. Respecto a este parámetro es mayor la incidencia actual a la encontrada en 1,973. Esto nos indica que deberemos hacer énfasis en este personal, para que refieran a la paciente en el momento oportuno.
10. El estado de las membranas se encontró en un cien por ciento rotas, ocurriendo la mayoría de las rupturas durante las primeras doce horas de trabajo de parto.
11. El 90 por ciento de las pacientes al consultar a la emergencia presentaban prolapso de

miembro superior, y un 76.59 por ciento presentaba encajamiento de hombro.

12. Del total de las pacientes investigadas, un 22 por ciento presentaba signos de inminencia de ruptura uterina. En cuanto a rupturas uterinas el porcentaje encontrado fue menor, 19 por ciento.
13. La solución de este problema obstétrico se encuentra regularizado en una mejor forma, pues ha cambiado su conducta en comparación con los estudios de 1,967 y 1,973, en donde se utilizaba bastante la versión.
En el presente estudio se encontró que los partos fueron resueltos de la siguiente forma:

A. Vía Abdominal	Operación	
	Cesárea	15 casos
	Histerectomía	9 casos 24 casos
B. Vía Vaginal	Embriotomía	22 casos
	VMI Y GEP	1 caso 23 casos

Los datos anteriores confirman que la embriotomía, es la vía que se utiliza actualmente para resolver este problema obstétrico cuando no haya contraindicación, ni problemas técnicos. El alto número de casos resueltos por vía abdominal, fue por indicaciones absolutas, en donde hubiera estado contraindicada la embriotomía.

14. En todos los casos los fetos llegaron muertos a la emergencia, encontrando un 23 por ciento de prematuros y ninguno de ellos con anomalías congénitas.

15. Todas las pacientes a su ingreso se les inició antibioterapia, concordando con el estudio de 1,973, que el antibiótico más utilizado fue la penicilina cristalina, asociado en esta oportunidad al cloranfenicol.

16. El cincuenta por ciento de las pacientes se internó de cuatro a seis días, tiempo que corresponde a procedimientos como embriotomías sin complicaciones.

17. Los resultados obtenidos de los casos estudiados nos parecen satisfactorios, aunque hayan ocurrido tres muertes maternas, pues debe tomarse en cuenta las malas condiciones en que llegan las pacientes a la emergencia.

RECOMENDACIONES

1. Insistir en la orientación y cursillos de adies tramiento a comadronas, tanto del área rural como urbana, a conocer una situación transversa e indicar la importancia de no manipular a adichas pacientes.
2. Recomendar a los médicos rurales y comadronas, el traslado inmediato a un centro médico competente, cuando se haga el diagnóstico de situación transversa abandonada o se sospeche del mismo.
3. Motivar y educar a las pacientes sobre la asistencia al control prenatal, especialmente a las pacientes multiparas, haciéndoles ver la importancia de su asistencia como medio de precaución a una situación transversa abandonada.
4. Antes de decidir la conducta de embriotomía en este tipo de pacientes, debe realizarse una buena evaluación obstétrica, con el objeto de descartar signos de inminencia de ruptura uterina o ruptura uterina, para evitar mayores complicaciones.
5. Toda paciente con situación transversa abandonada, debe tomarse cultivo de cuello o cavidad uterina, antes de iniciarse tratamiento con antibióticos.

BIBLIOGRAFIA

1. Beck, Alfred, *Práctica Obstétrica*, 4a. Ed. México, La prensa Médica Mexicana, 1963 pp 396-400.
2. Benson, Ralph, *manual de Ginecología y Obstetricia* 2a. Ed. México, El manual Moderno. 1969 P. 124.
3. Dexeus Trias de Bes, José María, *Ginecología y Obstetricia*, Editorial Juventud, España, Barcelona, 1965 pp 346-347.
4. Greenhil L. P. *Obstetrics* 13a. Ed. Philadelphia W. B. Saunders, 1965. pp 871-879.
5. Merget, Robert *Obstetricia* 2a. Ed. Barcelona - Editorial Toray 1968 pp 208-216.
6. Montenegro Perez Julian, *Situación Transversa Abandonada, incidencias, causas y conducta a seguir, estudio preliminar de diez años en el Depto. de Maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Junio 1967, 27 P.*
7. Morales Sandoval, Julio A. *Consideraciones sobre situación Transversa, revisión de 200 casos tratados en el Hospital Roosevelt, Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1960 P 36.*
8. Ordoñez, Jorge Cruz, *Nulípara en situación transversa. Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Agosto 1963, 40 P.*
9. O. Kaser, Et. Al. *Ginecología y Obstetricia. Tomo II Embarazo y Parto* 1971 España Barcelona, pp 725-726-729 730.
10. Schwarz, Ricardo Et. Al. Ed. Buenos Aires, El Ateneo 1973. pp 284-285 288.
11. Williams, *Obstetricia* 14 Ed. México, Salvat. 1973 pp 755-760.

Francisco R.
Br. Julio Francisco Hernández Regala

Escobar
Asesor
Dr. José Orlando Escobar R.

Benito V.
Revisor
Dr. José Benito V.

León M.
Director de Fase III
Julio de León M.

Castillo R.
Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.

Decano
Decano