

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSIDERACIONES SOBRE "SITUACION TRANSVERSA"

Revisión de 116 casos tratados en la
Maternidad del Hospital Roosevelt.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

ANGEL ALFREDO MARTINEZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.

CONSIDERACIONES SOBRE SITUACION TRANSVERSA

Definición
Incidencia
Etiología
Diagnóstico
Pronóstico
Tratamiento

REVISION ESTADISTICA DE 116 CASOS

Introducción
Frecuencia
Incidencia
Edad
Paridad
Etiología
Diagnóstico
Complicaciones
Mortalidad Infantil
Mortalidad Materna
Conductas seguidas
Conclusiones
Recomendaciones
Bibliografía

SITUACION TRANSVERSA

DEFINICION:

Es cuando el eje longitudinal del feto cruza el de la madre casi en un ángulo recto. (1, 8, 9)

Cuando se forma un ángulo agudo, resulta una situación OBLICUA, que es transitoria, ya que al sobre vivir el parto, se convierte en transversal o longi tudinal (cefálica o podálica). (9)

Casi siempre ocupa el hombro el estrecho supe-- rior, la cabeza se sitúa en una fosa ilíaca y las -- nalgas en otra.

La cabeza puede ocupar el flanco izquierdo (2/3 de los casos) o el derecho (1/3 de los casos). (8)

El acromion determina la posición, como acro-- mial derecha o acromial izquierda. Se dice que el -- acromion está del mismo lado de la cabeza y es el -- punto de reparo.

El hombro del feto se dirige hacia el hombro izquierdo de la madre con mayor frecuencia que hacia -- el derecho, y el dorso es más a menudo anterior que posterior (Greenhill).

NOMENCLATURA: (1, 8, 9)

El punto de referencia de la posición es el án-- gulo de la axila, cuyo cierre señala la posición -- (A.I.I. y A.I.D.)

Además, el DORSO, que es el punto de referencia de la variedad de posición se orienta más frecuentemente

atrás (1/3 de los casos), habiendo así dos variedades de posición: dorso anterior y dorso posterior.

INCIDENCIA

La incidencia es de 1 en cada 322 partos en la Mayo Clinic, de acuerdo con Johnson (9)

0.5% de los partos según Yates

1 en 200 partos, según Schwarz

1 en 500 partos, según Greenhill

1 en 200 partos, según Williams

1 en 200 partos, según Bech

1 en 100 partos, según Dexeus Trias de Bes

1 en 100 partos, según Martius

1 en 100 partos, según Merger

1 en 285 partos, según el Centro de Maternidad de Chicago

1 en 222 partos, en Chicago Lying-in Hospital

1 en 666 partos, en Charity Hospital of New Orleans

1 en 125 partos, Maternidad Hospital Roosevelt

0.65 en 100 partos, en Guatemala, Maternidad -- del Hospital Roosevelt durante sus primeros 10 años de funcionamiento, según Montenegro. (3)

ETIOLOGIA

En general todo lo que directa o indirectamente modifique la forma de ovoide longitudinal de la cavidad uterina en ovoide transversal, o que impida el descenso de uno de los polos en la pelvis. (8,9)

Así hay causas maternas, ovoides y fetales (8,9)

MATERNAS:

Multiparidad

Vicios pélvicos (estrechez pélvica)

Utero bicorne

Tumores del fondo del útero, del segmento o previos

La oblicuidad del útero.

Desarrollo insuficiente del segmento inferior

Ciertas histeropexias que impiden al útero elevarse hacia lo alto

Profesión (costureras, lavanderas)

FETALES:

Fetos pequeños

Prematuros

Gemelos

Fetos muertos y macerados

Exceso de volumen fetal (gigantismo) (hidrocefalia) (tumores sacrocoxigeos)

OVULARES:

Placenta previa

Brevidad de cordón (que impiden la acomodación)

Hidramnios (el feto posee exceso de movilidad)

DIAGNOSTICO

Se hace por simple inspección.

El abdomen no suele ser amplio, mientras que el fondo uterino se extiende poco por encima del ombligo. La altura uterina es menor, no corresponde a la fecha por última regla. (1, 3, 4, 6, 7, 8, 9)

PALPACION:

Primera maniobra de Leopoldo, no revela el polo fetal en el fondo.

Segunda maniobra de Leopoldo, la cabeza está en

una fosa ilíaca y las nalgas en la otra.

Tercera y cuarta maniobras son negativas.

A menos que el trabajo de parto esté muy avanzado y se encuentre encajado el hombro.

IDENTIFICACION DEL DORSO FETAL: (8, 9)

Si es anterior se palpa una superficie dura y resistente que se extiende por toda la parte anterior del abdomen materno.

Si es posterior: se palpan en la misma localización masas nodulares de forma irregular que representan las pequeñas partes del feto.

El examen vaginal en las primeras fases del parto, la cara lateral del tórax se reconoce por la sensación de "parrilla", proporcionada por las costillas a nivel del estrecho superior de la pelvis.

Los tres elementos fundamentales del diagnóstico completo lo constituyen:

- a) La posición de la cabeza (derecha o izquierda)
- b) El hombro que se presenta (derecho o izquierdo)
- c) La variedad de posición del dorso (anterior o posterior).

El reconocimiento de dos de ellos permite reconocer el tercero.

Existe un caso en que un sólo elemento permite el diagnóstico de los tres: (8, 9)

- Deflexión de un miembro superior.

Si la palma de la mano está hacia el abdomen -

materno todo será posterior, y si el pulgar señala el muslo materno, de ese lado que señale: izquierdo o derecho, es la posición.

Si la palma de la mano está hacia el dorso materno, el pulgar dará la posición y el dorso de la mano dará la variedad de posición.

RADIOLOGICAMENTE: para resolver cualquier diagnóstico presuntivo. (8, 9)

EVOLUCION DEL PARTO: (1, 8, 9)

1) Versión espontánea:

Se produce con cierta frecuencia al final del embarazo o con el inicio del trabajo de parto.

Siendo el polo cefálico el que ocupa el estrecho superior por lo regular.

Las contracciones modifican la forma alargada en ovoide longitudinal.

2) Evolución espontánea:

Ocurre cuando no se presenta la versión espontánea y sólo en casos de feto pequeño o muerto.

a) Por el método de Douglas:
La cara lateral del tórax sigue al hombro prolapsado, y las nalgas aparecen después del alumbramiento del tórax y abdomen.

b) Por el método de Denman:
Las nalgas aparecen de inmediato después del hombro prolapsado.
En los dos métodos hay extrema flexión lateral de la columna.

Esta evolución es excepcional en fetos grandes, ya que sólo es posible en fetos prematuros y en los macerados.

HERGOTT describe un caso de un niño de 3,300 grs.

EASTMAN, del John Hopkins Hospital, señala una incidencia de evolución espontánea, de 5 en 147 casos consecutivos, es decir 3.4%.

3) Conduplicato corpore:

En este caso el feto es comprometido hasta quedar con su cabeza forzada contra su propio abdomen. Entonces, una parte de la pared torácica por debajo del hombro, se convierte en la parte más baja y aparece en la vulva. (8, 9)

La cabeza y tórax pasan a través de la cavidad pélvica al mismo tiempo, y el feto, que está doblado sobre sí mismo es expulsado.

Este mecanismo sólo es posible en:

- a) Niños muy pequeños.
- b) Segundo gemelo que nace en forma prematura.
- c) Fetos macerados. (1, 3, 8, 9)

CONDICIONES PARA QUE SE CUMPLAN LOS DOS ULTIMOS MECANISMOS:

- 1) Pelvis muy amplia
- 2) Contracciones uterinas sumamente potentes
- 3) Feto pequeño y/o muerto, y sumamente maleable (macerado)

FENOMENOS PLASTICOS EN EL FETO AL ENCAJAR EL HOMBRO:

- 1) Tumor serosanguíneo en el hombro, extendiéndose al cuello y al tórax.

- 2) Al haber deflexión de un miembro: hay tumefacción, cianosis y con flictenas en su superficie.

PRONOSTICO

La mortalidad materna está aumentada por 3 razones:

- 1) La frecuente asociación de la situación transversa con la placenta previa.
- 2) Su mayor incidencia en mujeres de mayor edad en quienes otras complicaciones, como la hipertensión y los miomas tienden a empeorar el diagnóstico.
- 3) Mayor necesidad de una intervención quirúrgica.

MORTALIDAD FETAL:

Parto por vía vaginal 30%.

Causas principales:

- 1) Prolapso del cordón umbilical.
- 2) Traumatismos asociados con la versión y extracción.
- 3) Hipoxia secundaria a la tetanización del útero.

Además, la extremada flexión del niño durante el parto interfiere de tal modo el retorno venoso fetal que sobreviene un taponamiento cardíaco intrauterino. El peligro aumenta con relación al tiempo ocurrido entre la ruptura de las bolsas de las aguas y el parto. (9)

MORTALIDAD FETAL MENOR DEL 10%:

Si las membranas permanecen intactas y dilatación completa, y si el parto por versión y extracción puede llevarse a cabo sin tardanza. (8, 9)

Y en caso de membranas rotas prematura o precozmente la mortalidad fetal, en el parto por vía vaginal, es de 60%.

Las membranas se rompen prematuramente en la situación transversa debido a que es el hombro el que encaja de manera imperfecta en el estrecho superior de la pelvis. (8, 9)

TRATAMIENTO

Pelvimetría, para descartar estrechez pélvica.

Además, cualquier primigesta o primigesta añosa con pelvis normal cuyo feto al comienzo del parto se coloque en situación transversal, necesita llegar al parto mediante CESAREA.

Seguir a BAR Y BRINDEAU en la consideración de las distintas circunstancias que se pueden presentar:

En una primigrávida el hombro es incapaz de dilatar el útero. Se pueden romper más fácilmente las membranas, con sus peligros para el feto.

En multíparas:

Con membranas enteras:

Versión externa efectuada tardíamente durante el embarazo o precozmente en el parto a veces tiene éxito. Durante el comienzo del parto se logra la versión externa de transversal a cefálica, hay que

mantener esta posición durante las 6 primeras contracciones. Si fracasa, el pronóstico depende del estado de las membranas. (8)

Membranas rotas precozmente: parto por cesárea.

Harris y Epperson, han comprobado que la mortalidad fetal se ha reducido por medio de la cesárea de un 33.3% a un 2%.

En las multíparas con feto pequeño y pelvis normal, membranas intactas, cervix completamente dilatado, y operador hábil, está justificado hacer una versión interna y gran extracción pelviana. (8)

Aunque hay que tener en cuenta que las versiones internas y gran extracción pelviana sigue siendo la segunda causa más común de ruptura uterina. En nuestro medio hubo una incidencia de 3.5% en un estudio de 200 casos estudiados. (2)

Garcis y Ritzenthaler informan de 3 rupturas uterinas en 81 versiones y gran extracción pelviana.

Las pérdidas perinatales, con versión por manobras internas y gran extracción pelviana, son según Harris y Epperson del 39%.

Según Wood y Forster dan un índice corregido de 40%.

Yates da un 50%.

La morbilidad en el recién nacido básicamente depende de la hemorragia intracraneana o la hipoxia, ya sea por bronco aspiración del líquido amniótico o por interferencia de la circulación fetoplacentaria, con las consecuencias posteriores a largo plazo como son: epilepsia, parálisis espástica, parálisis de extremidades superiores, problemas psíquicos y otras lesiones del sistema nervioso central.

La cesárea está indicada en situación trans--
versa por las menores pérdidas perinatales descri--
tas.

Wilson y Col. citan un índice de 87% de cesá--
reas en situación transversa con un índice de morta--
lidad fetal de 5.6% en niños mayores de 1,500 gramos.

Hall y Col. citan una incidencia de cesáreas
de un 78%, con una pérdida de niños a término del
4.5%.

TIPOS DE CESAREA:

1) Se puede usar la segmentaria con técnica -
de KRONIG-OPITZ (incisión longitudinal a nivel del
segmento).

2) Cesárea Corpórea:

Puesto que ni la cabeza ni los pies ocupan
el segmento uterino inferior, la incisión transver--
sal baja provoca a veces dificultades para la ex--
tracción fetal.

TIPOS DE ANESTESIA RECOMENDABLES:

1.- Paciente con situación transversa en con--
diciones maternas satisfactorias, y feto con sufri--
miento fetal.

a) Anestesia general con oxígeno, óxido ni--
troso y relajante muscular, tipo succinil
colina.

2.- Paciente con riesgo quirúrgico tipo 2 a 4
(clasificación internacional de anestesiología)

a) Anestesia general con oxígeno, óxido ni--
troso y relajante muscular tipo succinil
colina.

3.- Paciente en condiciones maternas y fetales
satisfactorias.

a) Bloqueo regional

b) Anestesia general.

ANALISIS Y RESULTADOS

Se hizo un estudio de las pacientes con situación transversa atendidas en la Maternidad del Hospital Roosevelt, desde el 1º de Enero hasta el 31 de Diciembre de 1,978

Total de partos simples:	14,808
a) Eutócicos:	12,996 (87.77%)
b) Distócicos:	1,812 (12.23%)
Total de partos gemelares:	152
a) Eutócico:	144 (94.74%)
b) Distócico	8 (5.26%)
Total de partos:	<u>14,960</u>

Total de nacimientos:	15,112
a) Nacidos muertos:	323 (2.13%)
b) Nacidos vivos:	14,789 (97.87%)

Total de partos: 14,960 (100%)

El número de partos con productos en situación transversa: 116 (0.77%)

Lo que nos da una incidencia del 0.77% o sea un caso por cada 150 partos. Lo cual está de acuerdo con estudios nacionales y dentro de lo mencionado por autores extranjeros.

CONTROL PRENATAL

	Pacientes	%
Con Control prenatal:	33	28.46
Sin control prenatal:	80	68.96
No reportadas:	<u>3</u>	<u>2.58</u>
Totales:	<u>116</u>	<u>100.00</u>

Lo cual nos pone de manifiesto que un gran porcentaje de embarazadas no acuden al control prenatal. Pero sin embargo con relación a estadísticas previas el porcentaje que sí acuden a control ha aumentado significativamente. Hay que hacer notar que todas las que sí acudieron sólo lo hicieron una vez, y la que acudió dos veces fue ingresada al hospital en su segunda visita.

De aquí para adelante se mencionarán 113 pacientes que fueron tabuladas sus papeletas, 3 no se encontraron mas que sus nombres y tipo de operación efectuada en el libro de operaciones de la Maternidad.

PROCEDENCIA		
	Pacientes	%
De esta Capital	70	61.94
Rural	<u>43</u>	<u>38.06</u>
Total:	<u>113</u>	<u>100.00</u>

Las pacientes rurales procedían de los municipios de la Capital, las cuales fueron referidas por médico particular o practicante en su ejercicio profesional supervisado (EPS)

GRUPO ETNICO

RAZA	PACIENTES	%
Ladinas:	103	88.80
Indígenas	13	11.20
Total:	116	100.00

Esto nos pone de manifiesto que es el grupo ladino el que más frecuentemente presentó este tipo de distocia, ya que la población atendida en la Capital es primordialmente de éste grupo étnico.

EDAD

Años	Pacientes	%
De 15 o menos	0	0
De 16	2	1.76
De 17	1	0.88
De 18 a 20	16	14.18
De 21 a 25	27	23.86
De 26 a 30	33	29.24
De 31 a 35	23	20.30
De 36 a 40	9	7.92
De 41 a 45	2	1.86
Total:	113	100.00

La edad más frecuente fue la comprendida en la década de los 20 a 30 años (60 casos) 53.09%, le sigue en frecuencia la edad comprendida de 31 a 35 años (23 casos) y en tercer lugar de los 18 a 20 años (16 casos)

PARIDAD

Clasificación	Pacientes	%
Primigesta	16	14.15
Secundigesta	29	25.66
Trigesta	22	19.46
Pequeña múltipara	26	23.00
Cuatro gestas: 12.		
Cinco gestas: 14.		
Gran múltipara	19	16.81
Sin paridad conocida	1	0.92
Total:	113	100.00

De cuatro gestas o más la incidencia fue de 39.80%, lo cual está de acuerdo con el enunciado que menciona como causa etiológica a la multiparidad en un buen porcentaje.

De lo anterior deducimos que la incidencia en relación nulípara a múltipara fue de 1 a 10, la cual es similar a la reportada por la mayoría de los autores.

EDAD GESTACIONAL

Clasificación	Pacientes	%
Menores de 30 semanas	4	3.62
De 31 a 36	19	16.88
De 37 a 42	83	73.24
Mayores de 42 semanas	1	0.88
Edad gestacional no especificada	6	5.38
Total	113	100.00

De lo anterior se deduce que el 73.45% son ni--

ños a término, el 16.81% niños prematuros.

MOTIVO DE CONSULTA

<u>Clasificación</u>	<u>Pacientes</u>	<u>%</u>
Prolapso de miembro superior, y edema con trabajo de parto irregular	1	0.88
Trabajo de parto mal manipulado por comadrona	1	0.88
Por control prenatal	1	0.88
Trabajo de parto con RPM	2	1.76
Trabajo de parto con prociencia de cordón	2	1.76
Transversa abandonada	3	2.64
Trabajo de parto prematuro	3	2.64
Trabajo de parto con hemorragia vaginal	4	3.52
Prociencia de cordón con prolapso de miembro	4	3.52
Prolapso de miembro superior	5	4.40
Ruptura prematura de membranas	6	5.28
Trabajo de parto	81	71.84
Total	113	100.00

INTEGRIDAD DE LAS MEMBRANAS

<u>Clasificación</u>	<u>Pacientes</u>	<u>%</u>
Enteras	34	30.08
Rotas	79	69.92
Total:	113	100.00

En esta forma se encontraban las membranas -

al momento de ingreso con dilatación incompleta. Se comprueba que la presentación de hombro es causa de ruptura precoz de membranas.

MOMENTO EN QUE SE HIZO DIAGNOSTICO DE SITUACION TRANSVERSA:

Control prenatal:	1 paciente
Durante trabajo de parto:	3 pacientes
En sala de operaciones:	38 pacientes
A su ingreso:	73 pacientes (64.60%)

Lo cual demuestra que el servicio que se presta en la Maternidad del Hospital Roosevelt, es bueno desde la emergencia, si consideramos que en ella por lo regular sólo hay médicos internos, habiendo diagnosticado únicamente 3 pacientes en sala de operaciones.

METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS:

<u>Clasificación</u>	<u>Pacientes</u>	<u>%</u>
Por Rayos X	9	7.96
Clínicamente	104	92.04
Total:	113	100.00

Esto nos demuestra que son escasos los casos en que se recurre a radiografías para hacer diagnóstico de presentación de hombro. (1, 6)

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

<u>Tiempo en horas</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Trabajo de parto precipitado:		
Menor de 3 horas	2	1.77
De 3 a 5	6	5.32
De 6 a 8	10	8.86
De 9 a 10	11	9.72
De 11 a 15	19	16.81
De 16 a 20	26	23.00
De 21 a 24	12	10.62
Trabajo de parto prolongado:		
Mayor de 24 horas	21	18.58
Trabajo de parto ignorado	6	5.32
Total:	113	100.00

De lo anterior podemos deducir que la situación transversa es causa frecuente de trabajos de parto prolongado, estando sometido el niño a mayor tiempo de compresión uterina y con ello a más tiempo de anoxia.

ANTECEDENTES MEDICOS Y QUIRURGICOS

<u>Clasificación</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Toxemia	5	4.40
Placenta previa parcial sangrante	1	0.88
Placenta previa central total sangrante	1	0.88
T B pulmonar	1	0.88
R P M	15	13.32
Cesárea anterior	21	18.58
Sin antecedentes	69	61.06
Total	113	100.00

Llama la atención el ver que el 18.58% de todos los casos tengan como antecedente gestacional una operación cesárea previa.

PARTOS

<u>Clasificación</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Gemelares	8	6.89
Simplex	105	93.11
Total:	113	100.00

La situación transversa es más frecuente en los embarazos unidos que en los gemelares.

TIPO DE OBSTETRA QUE RESOLVIO EL CASO

<u>Obstetra</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Jefe de sección con Residente	4	3.53
Sólo Residente	109	96.47
Total:	113	100.00

En esto hay que hacer notar que el Residente -- siempre presenta el caso a JEFE DE SECCION, y es él quien decide el tipo de conducta a seguir, aunque él no participe activamente en la resolución del caso.

TRATAMIENTO O TIPO DE OPERACION PRACTICADA

<u>Clasificación</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Cesárea segmentaria transperitoneal	64	55.17
Versión por maniobras internas y gran extracción pelviana	24	20.68
Cesárea corporea	19	16.38
Cesárea segmento corporea	4	3.44
Braquiectomía y decolación	4	3.44
Histerectomía subtotal	2	1.76
Versión espontánea pelviana más craneocentésis	<u>1</u>	<u>0.88</u>
Total:	<u>113</u>	<u>100.00</u>

La tabla anterior pone de manifiesto que en un 55.17% se usó cesárea segmentaria transperitoneal en lugar de Corpórea o Kröning a nivel del segmento (incisión longitudinal) como se describe en los libros de texto (6, 7, 12) teniendo sólo 4 cesáreas segmento corpórea que podríamos considerarlas como complicación de la segmentaria (Münro Kër) que se trataba de efectuar.

La cesárea segmento corpórea es más dañina para el futuro obstétrico de la paciente que la corpórea en sí, ya que es más fácil una dehiscencia de cicatriz en una segmentocorpórea que en una corpórea.

No se efectuó ninguna incisión longitudinal (Kröning) a nivel del segmento.

Dentro de la resolución de esta distocia se vió versionar espontáneamente un caso y que por ser el feto hidrocéfalo hubo necesidad de hacerle cra-

neocentésis.

En la solución de la presentación de hombro en los 116 casos, 87 fueron por vía abdominal que corresponde a un 75%, el resto fue por vía vaginal.

COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO

1.	D P P N I	2
2.	Utero Arcuato	1
3.	Deflexión cefálica	1
4.	Segmento infundibuliforme	4
5.	Ruptura uterina segmentocorpórea:	
	Lado izquierdo	2
	Lado derecho	1
6.	Retención de hombros	7
7.	Retención de cabeza última	6
8.	Engatillamiento	1
9.	Corioamnioítis	5
10.	Hemorragia al tratar de hacer Pomeroy	1
11.	Placenta adherente	1
12.	Polihidramnios	1
13.	Placenta previa central total sangrante	2
14.	Atonía uterina	2
15.	Hematoma que diseña angulo izq.	1
16.	Rasgadura de Mesosalpin izquierdo y ligamento redondo	1
17.	Várices en segmento	1
18.	Miomas	1
19.	Procidencia de cordón	15
20.	Decolación fallida	1
21.	Transversa abandonada	4
22.	Ruptura prematura de membranas	15
23.	Prolapso de miembro superior izq.	7
24.	Prolapso de miembro superior der.	4
25.	Sufrimiento fetal	6
26.	Pelvis estrecha	2

27.	Inminencia de ruptura uterina	2
28.	Shock hipovolémico	4
29.	Preeclampsia	3
30.	Rasgadura de cervix	2
31.	Inercia secundaria	1
32.	Brevedad de cordón	1
33.	Rasgadura de angulo derecho del izquierdo (en segmento)	1
34.	Pelvis límite	4
35.	Hidrocefalia	2
36.	Ligamento redondo izquierdo de incersión baja y corto	1
37.	Rasgadura de vagina	1
38.	Circular al cuello	6
39.	Un nudo verdadero en cordón U	1

La tabla anterior nos da una idea de la gama de complicaciones que se pueden suceder en el momento de solucionar este tipo de distocia del emba_{ra}zo.

ANESTESIA USADA

<u>Tipo</u>	<u>Pacientes</u>	<u>%</u>
General	97	85.85
Epidural	15	13.27
Sedación	1	0.88
Total	113	100.00

TIPO DE ANESTESIA USADA

<u>Tipo</u>	<u>Pacientes</u>	<u>%</u>
Xilocaína	15	13.27
Fluotane	15	13.27
Ketalar	8	6.94
Talamonal más pentotal más Succinil Colina	18	16.00
Pentotal más N 20 más Succinil Colina	56	49.64
Valium	1	0.88
Total	113	100.00

LONGITUD DEL CORDON UMBILICAL EN LOS CASOS

<u>Tipo</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Longitud normal	103	91.15
Brevedad del cordón	1	0.88
Cordón redundante	9	7.97
Total:	113	100.00

Aceptándose como longitud normal de 30 a 60 centímetros.

DAÑO AL FETO YATROGENICO

Parálisis de Düchen Erbs 1 caso

La parálisis se causó en el momento de extraer el feto.

ANOMALIAS CONGENITAS EN 113 CASOS

- 1 con hidrocefalia
- 1 con hidropesía y agenesia del ojo y oreja derecha
- 1 con labio leporino y paladar hendido (vivió)

Los tres con anomalías congénitas que murieron -

hacen un 2.65% sobre los 113 casos.

El primer caso fue resuelto por versión por maniobras internas y cesárea, cabe pensar si este niño no haría un taponamiento cardíaco por el manipuleo que sufrió intra útero, ya que está descrito este tipo de lesión en niños en situación transversa. (1).

NIÑOS VIVOS

A término:	80
Prematuros:	<u>19</u>
	<u>99</u>

Aquí hay más de 113 nacimientos por los 8 partos gemelares, si incluimos los 14 niños muertos.

NIÑOS MUERTOS

14 muertos 11.57%

Lo cual hace un porcentaje alto sobre el total de nacimientos, además a aquel porcentaje hay que restarle el 2.65% que corresponden a las tres muertes por anomalías congénitas incompatibles con la vida, lo cual da un 8.92% ya corregido.

PESO DE LOS RECIEN NACIDOS

<u>Peso en Grs.</u>	<u>Total</u>
Menores de 1,000	1
De 1,001 a 1,500	3
De 1,501 a 2,000	9
De 2,001 a 2,500	18
De 2,501 a 3,000	38
De 3,001 a 3,500	32
De 3,501 a 4,000	10
De 4,001 a 4,500	<u>2</u>
Total	<u>113</u>

Como puede notarse, el peso que más se tabuló estuvo comprendido arriba de 1,501 y por debajo de 4,000 grs.

ANOMALIAS ENCONTRADAS EN LA PLACENTA

Placenta P C T sangrante	1 (*)
Placenta Central parcial sangrante	1
Placenta doble	2

(*) Esta anomalía fue causa de una histerectomía subtotal por tratarse de una placenta acreta.

MORTALIDAD MATERNA

A su egreso el 100% egresaron en buen estado general. Cero por ciento de mortalidad.

COMPLICACIONES DEL PUERPERIO EN 113 PACIENTES

<u>Tipo</u>	<u>Pacientes</u>	<u>%</u>
Endometritis	16	50.00
Corioamnioitis	7	21.80
Infección de herida postoperatoria	4	12.50
Dehiscencia parcial de herida operatoria	1	3.12
B N M	1	3.12
Ilio paralítico	1	3.12
Piometritis	1	3.12
Anemia	1	3.12
Total:	<u>32</u>	<u>100.00</u>

El tipo de medicamento que más se utilizó fue en orden descendente:

1 Aspirina y Ergotrate	8	Gentamicina
2 Methergin y Syntocinon	9	Clindamicina
3 Dolosal	10	Fluothane
4 Penicilinas	11	Xilocaína
5 Cloranfenicol	12	Penthotal
6 Eritromicina	13	Succinil Colina
7 Sulfato de Magnesio	--	---

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

1 Día: 7 pacientes	5 Días: 22 pacientes
2 Días: 6 "	Más de 5 Ds. 29 pac.
3 Días: 3 "	Mínimo: 1 día
4 Días: 38 "	Máximo: 39 días

La paciente que estuvo hospitalizada por 39 días fue por dehiscencia parcial de herida operatoria.

Es de hacer notar que hubo en este estudio -- tres transversas abandonadas las cuales se solucionaron así:

Por decolación:	2 casos
Por C S T:	1 caso

Un caso de gemelar por engatillamiento. Los otros dos fueron simples.

CLASIFICACION CLINICA DE INFANTES DEPRIMIDOS

(A P G A R)

(1, 10)

La evaluación del recién nacido se realizó un minuto después del nacimiento, y se repitió a los 5 minutos.

Un resultado de 10 indica en un recién nacido - las mejores condiciones posibles, pero rara vez ocurre, pues la mayoría de los recién nacidos manifiestan una cianosis periférica leve.

Evaluación al minuto:

Deprimido intensamente: 0-3 puntos

Deprimido moderadamente: 4-6 puntos (latidos cardíacos buenos, palidez o cianosis leves; respiración dificultosa o superficial).

Normal o deprimido levemente: Apgar 7-9 puntos

Indice perfecto: Apgar 10 puntos (raro aún en el infante maduro, nacido de parto espontáneo)

Ocho o nueve de 10 infantes normales obtienen - un índice de 7 o superior, en el momento del nacimiento.

Los recién nacidos que tienen un índice de 6 ó más, generalmente no requieren tratamiento inmediato.

A P G A R DE LOS NIÑOS NACIDOS

1. Deprimido intensamente:	0-3 puntos: 14 niños
2. Deprimido moderadamente:	4-6 puntos: 37 niños
3. Normal o deprimido levemente:	7-9 puntos: 48 niños
4. Indice perfecto:	10 puntos: 00 niños

Un porcentaje de niños nacieron con un índice -

de Apgar normal, es decir, el 48.48% de los nacidos vivos. Un 37.37% requirieron tratamiento inmediato y un 14.15% de niños nacieron en malas condiciones que requirió un tratamiento intensivo. En total un 51.52% de los niños nacidos vivos tuvo necesidad atención pediátrica por sus malas condiciones en que nacieron. Pudiéndose notar que ni un niño nacido de situación transversa pudo obtener un índice perfecto.

Estudio comparativo de los ocho partos gemelares que presentaron situación transversa y los no gemelares que fueron resueltos por Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana.

En total se efectuaron 24 versiones.

PARIDAD DE LAS PACIENTES

1. Secundigesta:	6	Pacientes
2. Tres gestas:	5	Pacientes
3. Cuatro gestas:	1	Paciente
4. Cinco gestas:	4	Pacientes
5. Gran múltipara:	8	Pacientes

En este estudio se puede notar que no se versionó a ninguna paciente primigesta.

PESO DE LOS 24 NIÑOS QUE SE EFECTUARON VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS Y GRAN EXTRACCION PELVIANA

1,501 grs. a 2,000	4	niños
2,001 grs. a 2,500	4	niños
2,501 grs. a 3,000	10	niños
3,001 grs. a 3,500	4	niños
3,501 grs. a 4,000	1	niño
4,001 grs. a 4,500	1	niño

La versión se efectuó en un 66.66% en niños mayores de 2,500 grs.

APGAR DE NIÑOS NACIDOS POR VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS Y GRAN EXTRACCION PELVIANA

1.- Deprimido intensamente	0-3 puntos:	2 niñ.
2.- Deprimido moderadamente	4-6 puntos:	10 niñ.
3.- Normal o deprimido levemente	7-9 puntos:	11 niñ.

Hubo un niño muerto.

En este estudio se comprobó que un 54.16% de los niños nacidos por este tipo de maniobras nacieron en muy malas condiciones generales, desmejorando el futuro inmediato del niño.

PARTOS GEMELARES QUE SE SOLUCIONARON CON VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS Y GRAN EXTRACCION PELVIANA

Total de gemelos:	8	
Versionados:	6	75%
C S T	1	12.50% por engatillamiento
Decolación:	1	12.50% por T. abandonada

El 25% de las versiones que se efectuaron fueron en embarazos gemelares, el resto fue en embarazos simples.

COMPLICACIONES POR VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS Y GRAN EXTRACCION PELVIANA

<u>Inmediatamente:</u>		
1	Rasgadura de cervix	2 casos
2	DPPNI	2 casos
3	Ruptura uterina izq.	2 casos
<u>Tardíamente:</u>		
1	Endometritis	1 caso

Según el cuadro anterior podemos notar que en un 25% de las versiones, la madre y el recién nacido estuvieron sometidos a un grave peligro de muerte, amén de la endometritis que se presentó tardíamente

CONCLUSIONES

1. Se concluye que en la Maternidad del Hospital Roosevelt durante el año de 1,978 la frecuencia de Situación Transversa fue de 0.77% o sea de un caso por cada 150 partos, lo cual está de acuerdo con estudios nacionales y dentro de lo mencionado por autores extranjeros.
2. El control prenatal es muy bajo, pero si se compara con estadísticas previas, se ve un aumento significativo.
3. Se confirma que la multiparidad es un factor muy influyente en la situación transversa.
4. Que el tipo de operación que más se practicó en la situación transversa fue la Cesárea Segmentaria Transperitoneal 55.17%, le siguió la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana con 20.68%. Le siguió la Cesárea Corporea con un 16.38%.
5. Un 18.58% de las situaciones transversas tenían como antecedentes obstétricos una cesárea previa.
6. Se concluye que el tipo de complicaciones más frecuentes encontrados fue: ruptura prematura de membranas, prociencia de cordón, retención de hombros y cabeza última, prolapso de miembro superior, corioamnioítis, shock hipovolémico, circular al cuello, ruptura uterina, rasgaduras de segmento al tratar de hacer CST y extraer el feto, CSC, siguiendo ese orden de importancia.
7. Se utilizó con mayor frecuencia la anestesia -

general: 68.14% con el relajante muscular Suc
cinil Colina.

8. La mortalidad fetal fue de 8.92% ya corregido, en contra de la materna que fue de 0%.
9. El peso que más se tabuló estuvo comprendido arriba de 1,501 y por debajo de 4,000 grs.
10. Que el Apgar de un 51.52% de los niños nacidos estuvo por debajo de 6 puntos.
11. El 54.16% de los niños que se versionaron por maniobras internas y gran extracción pelviana asociada a situación transversa nacen en muy malas condiciones con Apgar menor de 6 puntos, ensombreciéndose con ello el futuro inmediato del niño.
12. Que la morbilidad de la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, es de -- 25% y de la cesárea es de 28%.
13. El 92.04% de situación transversa puede diagnosticarse clínicamente.
14. El 69.92% de las presentaciones de hombro hacen ruptura prematura de membranas, ensombreciendo así el pronóstico fetal, que depende en gran parte de la integridad de las mismas.
15. La ruptura uterina y rasgaduras de cuello que ocurrieron al tratar de hacer versión y gran extracción pelviana ocurrieron con pesos de 3,000 gramos ó 1,500 gramos ó menos (prematuros), por lo que no se puede culpar al volumen fetal sino a la habilidad del obstetra al extraer al niño.
16. La situación transversa es causa de trabajos

de parto prolongados, estando sometido el niño a mayor tiempo de compresión uterina y con ello a más tiempo de anoxia.

RECOMENDACIONES

1. Fomentar e incrementar el control prenatal en la mujer gestante.
2. Que si se decide resolver la distocia por Ver sión por maniobras internas y Gran extracción pelviana, es decir, si cumple con los 11 requisitos necesarios para efectuar esta maniobra, la efectúe el Jefe de grupo o el Jefe de Sección.
3. Evaluar en el acto quirúrgico qué tipo de incisión uterina se efectuará de acuerdo a las condiciones que prevalezcan y la facilidad -- del obstetra para versionar al niño intrauterinamente.
4. No efectuar cesárea Segmento Corpórea.
5. Que la anestesia sea dada de preferencia por Anestesiólogo.
6. Considerar generalmente la Situación Transversa como un parto quirúrgico en alto porcentaje.
7. No efectuar versiones internas en primigestas.
8. Tomar siempre pelvimetría, si se piensa resolver el parto por vía vaginal.
9. Informar a la parturienta sobre el tipo de operación que se le efectuó, y de qué manera venía colocada la criatura para que ésta pueda en un nuevo embarazo orientar a su obstetra.

10. Poner siempre en el libro de operaciones el número de registro médico de la paciente, ya que ésto facilita la recopilación de registros en cualquier tipo de estudio que se haga.
11. Tomar en cuenta el futuro del sistema nervioso central del niño y no sólo la integridad física de la madre.
12. Considerar que la intervención por vía alta es más inocua que la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana.

BIBLIOGRAFIA

1. Benson, Ralph C. Ginecología y Obstetricia, Manual de. 3a. ed. 1973. El Manual Moderno, S. A.
2. Ibarra, R; José R. Consideraciones sobre presentación de hombro. Tesis de Médico y Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 1,957.
3. Montenegro Pérez, Julián. Situación Transversa Abandonada. Tesis de Médico y Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 1,967.
4. Morales S., Julio A. Consideraciones sobre Situación Transversa. Tesis de Médico y Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 1,960.
5. Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol. 38, No. 1, 1,978.
6. Olazábal Enríquez, Mario Enrique. Situación Transversa. Tesis de Médico y Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
7. Ordóñez Cruz, Jorge. Nulípara en Situación Transversa. Tesis de Médico y Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 1,963.
8. Schwarcz. Obstetricia. 3a. Edición (cuarta reimpresión). Editorial El Ateneo. 1,977.
9. Williams, Hellman, Pritchard. Obstetricia. 1a. Ed. (4a. reimpresión). Edit. Salvat, 1,977.
10. Nelson, Waldo E; Vaughan, Victor C.; Pediatría Tratado de, McKay. 6a. edición, Salvat Editores, S. A.

Hartung
Br. ANGEL ALFREDO MARTINEZ

Soto
Asesor

CARLOS SOTO VASQUEZ

Fuentes
Revisor

DR. EDUARDO FUENTES SPROSS

De Leon
Director de Fase III

JULIO DE LEON

Rodas
Secretario General

Dr. RAUL CASTILLO RODAS

Vo.Bo.

Decano
Decano