



## CONTENIDO

### PRIMERA PARTE

- I.- Introducción
- II.- Objetivos
- III.- Definición
- IV.- Etiología
- V.- Frecuencia
- VI.- Diagnóstico
- VII.- Pronóstico
- VIII.- Tratamiento

### SEGUNDA PARTE

- 1.- Incidencia
- 2.- Grupo etáreo
- 3.- Paridad
- 4.- Etiología
- 5.- Diagnóstico
- 6.- Complicaciones
- 7.- Mortalidad infantil
- 8.- Mortalidad materna
- 9.- Conductas seguidas
- 10.- Conclusiones
- 11.- Recomendaciones
- 12.- Bibliografía

## I. INTRODUCCION

Con el propósito de llevar a cabo un trabajo de investigación cual deje beneficio tanto al médico general, al médico obstetra, como al departamento de Maternidad del Hospital Nacional Totonicapán, se inicia esta tesis haciendo un estudio retrospectivo revisar casos de Situación Transversa en un período de cinco años (Del 1o. de Enero de 1975 al 31 de Diciembre de 1979).

El presente estudio lleva como objetivos primordiales conocer la frecuencia con que se presenta esta distocia en el departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Totonicapán, así como morbi-mortalidad materno-fetal, tratamientos y conductas que siguieron dependiendo de la viabilidad y vitalidad del feto.

Además este trabajo de investigación tiene como finalidad llevar nuestra inquietud por que se sigan investigando en este Hospital diferentes patologías que al igual que la presente no se encuentren ningún antecedente que deje un beneficio para un mejor seguimiento de casos y/o como fuente de información.

EL AUTO

## II.- OBJETIVOS QUE SE PROPONE LA INVESTIGACION

- 1.- Hacer un estudio que sirva de fuente de información o consulta.
- 2.- Conocer la incidencia de Situación Transversa en el Hospital Nacional de Totonicapán.
- 3.- Establecer la morbi-mortalidad tanto materna como fetal.
- 4.- Conocer el tipo de tratamiento utilizado en este Hospital.
- 5.- Conocer el grupo etáreo en que más se presenta esta patología.
- 6.- Establecer patrones de seguimiento para la resolución de esta distocia.
- 7.- Conocer edad, paridad y edad gestacional de las pacientes como factores causales de la Situación Transversa.

## III.- DEFINICION

Es cuando el eje longitudinal del feto está perpendicular al eje longitudinal de la madre; lo que significa que el polo cefálico ocupará uno de los flancos (2/3 de los casos en el flanco izquierdo y 1/3 de los casos en el derecho) y el polo podálico en el flanco contralateral.

## IV.- ETIOLOGIA

La situación transversa puede ser:

- 1.- Primitiva
- 2.- Accidental

1.- **Primitiva:** La causa de la acomodación patológica del feto que origina una situación transversa, reside en una malformación del útero por la cual el diámetro mayor en lugar de ser longitudinal, es transverso.

2.- **Accidental:** Las causas que producen una situación transversa accidental pueden clasificarse así:

- A.- Maternas
- B.- Fetales
- C.- Ovulares

### A. Causas Maternas:

- a. Multiparidad
- b. Estrechez pélvica
- c. Utero bicórne
- d. Tumores uterinos
- e. Oblicuidad uterina

- f. Desarrollo insuficiente del segmento inferior
- g. Ciertas histeropexias que impiden al útero elevarse hacia arriba
- h. Profesión

#### B. Causas Fetales:

- a. Fetos pequeños
- b. Prematuros
- c. Gemelaridad
- d. Fetos muertos
- e. Anomalías congénitas:
  - Anencefalia
  - Hidrocefalia
  - Tumores sacrococcigeos
- f. Desproporción céfalo-pélvica.

#### C. Causas Ovulares:

- a. Hidramnios
- b. Placenta previa
- c. Brevedad de cordón.

#### V.- FRECUENCIA

La frecuencia varía según los diversos autores, así tenemos:

Schwarz:	1 en 200 partos
Williams:	1 en 200 partos
Greenhill:	1 en 500 partos
Beck:	1 en 300 partos

En la Clinic Mayo, de acuerdo con Johnson: 1 en 322 partos.

En la Maternidad del Hospital Roosevelt: 1 en 125 partos.

En el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala: 1 en 200 partos, en un estudio de diez años.

Maternidad del Hospital Roosevelt 1978: 1 en 150 partos.

En la Maternidad del Hospital Roosevelt 1978: 1 en 150 partos. En el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala: 1 en 200 partos, en un estudio de diez años.

En la Maternidad del Hospital Roosevelt 1978: 1 en 150 partos. En el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala: 1 en 200 partos, en un estudio de diez años.

En la Maternidad del Hospital Roosevelt 1978: 1 en 150 partos. En el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala: 1 en 200 partos, en un estudio de diez años.

En la Maternidad del Hospital Roosevelt 1978: 1 en 150 partos. En el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala: 1 en 200 partos, en un estudio de diez años.

En la Maternidad del Hospital Roosevelt 1978: 1 en 150 partos. En el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala: 1 en 200 partos, en un estudio de diez años.

En la Maternidad del Hospital Roosevelt 1978: 1 en 150 partos. En el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala: 1 en 200 partos, en un estudio de diez años.

## VI. - DIAGNOSTICO

**Inspección:** El diagnóstico se hace por simple inspección. El abdomen durante el embarazo permite comprobar un alargamiento transversal de éste; el fondo uterino se extiende poco por encima del ombligo y la altura uterina no corresponde a la fecha de última regla.

**Palpación:** Durante el embarazo y el comienzo del trabajo del parto la palpación permite efectuar el diagnóstico.

Primera maniobra de Leopold: No revela polo fetal en el fondo uterino; Segunda maniobra de Leopold: Nos pone de manifiesto el polo cefálico en uno de los flancos y el polo podálico en el flanco contralateral; Tercera y Cuarta maniobras de Leopold: Son negativas, es decir, no se palpan elementos fetales.

**Identificación del dorso fetal:** la palpación debe considerar además la ubicación del extremo cefálico y la orientación del dorso para precisar la posición fetal, la variedad de posición, para el establecimiento de la nomenclatura.

Cuando el dorso fetal es anterior se palpa una superficie lisa y resistente que se extiende por toda la parte anterior del abdomen.

Cuando el dorso fetal es posterior se palpan en la misma localización masas nodulares de forma irregular que representan las pequeñas partes del feto.

**Auscultación:** El feto fetal se encuentra en la región subumbilical pero no constituye un elemento de diagnóstico crítico en las variedades dorso posteriores. La auscultación es difícil y no ofrece ningún signo específico.

**Exploración vaginal:** En la situación transversa, el tacto vaginal efectuado durante el embarazo es inútil dada la altura inalcanzable del feto.

Al comienzo del trabajo de parto tampoco es posible reconocer partes fetales, al estar las membranas íntegras y el cuello incompletamente dilatado. Solo después de iniciada la dilatación rota la bolsa pueden obtenerse elementos diagnósticos de importancia.

En estos casos se tacta el hombro.

El reconocimiento del miembro superior debe ser completo y investigará si se trata del derecho o del izquierdo. A tal efecto realizará el "apretón de manos" puesto que el feto busca con mano, la mano del operador. La mano reconocida hará el diagnóstico del hombro que se presenta.

Al continuar el tacto profundo se encontrarán dos cilindros situados transversalmente en el área cervical: uno grande perteneciente al tronco, en el que se delimita fácilmente el acromio (que es el punto de reparo), la parrilla costal y las apófisis espinosas de la columna y otro menor constituido por uno de los brazos; entre ambos cilindros se tacta un surco abierto hacia un extremo y cerrado hacia el otro. Ese surco o ángulo es el punto de referencia de posición. La variedad de posición la marca el dorso.

Los tres elementos fundamentales del diagnóstico constituyen:

1. La posición de la cabeza (derecha o izquierda);
2. El hombro que se presenta (derecho o izquierdo);
3. La variedad de posición del dorso (anterior o posterior).

El diagnóstico de dos de ellos permite siempre reconocer

tercero.

Existe un caso en que un solo elemento permite el diagnóstico de los tres:

— Deflexión de un miembro superior colocando la mano en supinación, el pulgar, señalando el muslo derecho o izquierdo de la madre, indica correlativamente el nombre del hombro que se presenta.

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.

**Rayos “X”:** Para resolver o afirmar cualquier diagnóstico presuntivo.

**Nomenclatura:** De acuerdo con los datos señalados, el tacto vaginal permite realizar con precisión el diagnóstico y establecer la nomenclatura:

- a.- A I I D A
- b.- A I I D P
- c.- A I D D A
- d.- A I D D P

**Mecanismo y Evolución Clínica del Parto:** La situación transversa crea una situación de máxima desproporción fetopélvica, existiendo posibilidades de parto espontáneo en algunos casos como se describirá más adelante.

**Evolución:** Cuadro clínico de la desproporción feto pelviana:

- 1.- Las iniciales del parto se hacen hipersistólicas ante la lucha del útero frente a una desproporción acentuada.
- 2.- La bolsa de las aguas se rompe precozmente, con riesgo de procedencia de los miembros o del cordón.

- 3.- Ante la ausencia de un polo y de la bolsa que actúen como cuña sobre el cuello, éste se dilata lentamente y mal.
- 4.- La prolongación de la hiperdinámia provoca la retracción del útero.
- 5.- Ante la insistente presión de las contracciones, el feto se aproxima con su hombro al estrecho superior, doblándose sobre sí mismo y se constituye la presentación del hombro propiamente dicha, la que más tarde se encaja, y el feto al final se enclava haciéndose a veces aparente un antebrazo y mano en el exterior.
- 6.- Prosiguiendo las contracciones su curso, estas conducen a:
  - A. Por parte del útero, a la retracción del cuerpo, distención del segmento inferior, inminencia de rotura uterina, y, por fin, consumación de la rotura con el consiguiente riesgo de muerte materna, y
  - B. Por parte del feto, ante la retracción y su compresión consecutiva, hacia la asfixia y la muerte por anoxia y la infección si el parto se prolonga.

#### Mecanismo

1. **Versión espontánea:** Se produce con cierta frecuencia al final del embarazo o al inicio del parto.

Las contracciones modifican la forma alargada transversal en un ovoide longitudinal, en la que el feto se acomoda, longitudinalmente también. El polo cefálico es el que ocupa el estrecho superior por lo regular.

2. **Evolución espontánea:** Se produce como continuación del antes señalado encajamiento del hombro, y solo en casos de feto pequeño o muerto. 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.

Por el método de Denman las nalgas aparecen de inmediato después del hombro prolapsado.

3. **Conduplicato corporal:** Para ello el feto dobla su columna en ángulo agudo y sale por la pelvis todo el feto plegado: primero el hombro, con una parte del tronco en conjunto; luego la cabeza y el abdomen, también adosados, y al final, de la misma manera, las nalgas y los miembros inferiores. Este mecanismo solo es posible en:

- A. Niños muy pequeños;
- B. Segundo gemelo que nace en forma prematura; y
- C. Feto muerto, macerado.

**Condiciones especiales para la realización de estos dos últimos mecanismos:**

- 1. Contracciones sumamente potentes;
- 2. Pelvis muy amplia;
- 3. Feto pequeño y/o muerto que sea sumamente maleable;
- 4. Cuello inusitadamente elástico.

**Fenómenos plásticos en el feto:**

- 1. Tumor serosanguíneo en el hombro, extendiéndose al cuello y al tórax.
- 2. Cuando hay deflexión de un miembro: hay tumefacción, cianosis y conflictos en su superficie.

## VII.- PRONOSTICO

**Mortalidad materna:** La mortalidad materna está dada por las siguientes razones:

- 1. Ruptura uterina espontánea o traumática, debido ésta última a la versión y extracción extemporáneas o imprudentes.
- 2. La situación transversa a menudo se asocia con placenta previa.
- 3. Mayor incidencia en mujeres maduras en quienes pueden agravar el pronóstico complicaciones como: hipertensión, miomas.

**Mortalidad fetal:** Cuando se efectúa la expulsión por vía vaginal, la mortalidad fetal es muy alta, cerca del 30% para los fetos a término.

Las causas principales de la muerte son:

- 1. Prolapso de cordón umbilical;
- 2. Traumatismo ocasionado por la versión y la extracción;
- 3. Anoxia secundaria al estado tetánico que a menudo experimenta el útero.

Además la flexión intensa del feto durante el parto interfiere de tal manera el retorno venoso fetal que ocasiona insuficiencia cardíaca intrauterina. Los peligros para el niño con relación al tiempo ocurrido entre la ruptura de las membranas y el parto.

Las membranas permanecen intactas con dilatación completa, y

si el parto por versión y extracción pueden llevarse a cabo sin tardanza el pronóstico es favorable; esto es: la mortalidad fetal es menor del 10o/o.

En caso de ruptura prematura o precoz de membranas, la mortalidad fetal, en el parto por vía vaginal es mayor del 60o/o.

En el trabajo de parto, cuando existe una estrechez pélvica, la mortalidad fetal es menor del 10o/o.

### VIII.- TRATAMIENTO

En las primigrávidas la situación transversa siempre debe despertar sospecha de estrechez pélvica, y por tal motivo se hará pelvimetría radiográfica.

Existe mucha disparidad en los criterios respecto al tratamiento de la situación transversa dependiendo si se trata de seguir la escuela clásica o la moderna.

La escuela clásica se inclina por maniobras externas durante el control prenatal a partir de las 36 semanas con membranas enteras y sin trabajo de parto; o bien versión interna cuando se instala el trabajo de parto y hay dilatación cervical completa, siempre que no existan contraindicaciones (estrechez pélvica, placenta previa, anomalías uterinas, etc.).

Las pérdidas perinatales, con versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, son según Harris y Epperson del 39o/o.

En la madre se ha encontrado que puede ocurrir ruptura uterina de 10 a 20o/o de los casos. En nuestro medio hubo una incidencia de 3.5o/o en un estudio de 200 casos.

La escuela moderna, la cual pregonó por la operación cesárea que ha demostrado que aporta una morbi-mortalidad materno-fetal menor que la que presentan los casos atendidos por versiones externas e internas.

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

Conclusión: La situación transversa es una de las causas más frecuentes de parto prematuro.

1. Aumento de la mortalidad fetal y aumento de la mortalidad materna.

2. Aumento de la mortalidad fetal y aumento de la mortalidad materna.

3. Aumento de la mortalidad fetal y aumento de la mortalidad materna.

4. Aumento de la mortalidad fetal y aumento de la mortalidad materna.

5. Aumento de la mortalidad fetal y aumento de la mortalidad materna.

6. Aumento de la mortalidad fetal y aumento de la mortalidad materna.

12

Enmarcados dentro de esta escuela, nuestro criterio va a depender de varios factores (prematuridad, viabilidad y vitalidad fetal), por lo que nuestra conducta estará determinada por las circunstancias que se presenten, así tenemos que:

1.- Madre con feto vivo en situación transversa dorso posterior o anterior, membranas enteras y trabajo de parto inicial:

**CONDUCTA:** Rayos X de abdomen, verificar variedad de posición y cesárea segmentaria transperitoneal.

2.- Madre con embarazo a término, muerte fetal intra útero reciente, trabajo o no de parto, membranas enteras:

**CONDUCTA:** Cesárea segmentaria transperitoneal.

3.- Madre con embarazo menor de 36 semanas, muerte fetal intra útero, trabajo de parto, membranas enteras:

**CONDUCTA:** Permitir la dilatación cervical completa, versión interna oportuna, sobre el pie anterior y extracción subsiguiente.

4.- Madre con feto vivo en situación transversa, con membranas rotas y útero hipertónico:

**CONDUCTA:** Cesárea corpórea.

5.- Madre con feto vivo y embarazo de más de 32 semanas: Cesárea.

6.- Madre con feto vivo de 28 a 32 semanas: Versión Interna.

#### Anestesia Recomendable:

Anestesia general con oxígeno, óxido nitroso y relajante muscular, tipo succinil colina, en operaciones cesáreas y, Halotane y eter en versiones.

## ANALISIS Y RESULTADOS

Para el presente trabajo, se efectuó un estudio de las pacientes con situación transversa atendidas en el departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Totonicapán, en el período de 5 años (1o. de enero de 1975 al 31 de diciembre de 1979).

1302

Total de partos simples:

a) Eutócicos:	1058 (81.26 o/o)
b) Distócicos:	244 (18.74 o/o)

18

Total de partos gemelares:

a) Eutócicos	13 (72.22 o/o)
b) Distócicos:	5 (27.78 o/o)

1

Total de partos triple:

a) Eutócicos:	1 (100 o/o)
b) Distócicos:	0 ( 0 o/o)

Total de partos: 1321

El número de partos con productos en situación transversa es de: 96 (7.27 o/o).

Lo que nos da una incidencia de 7.27 o/o o sea 1 caso por cada 15 partos. Lo cual nos demuestra una alta incidencia en comparación con estudios nacionales y de autores extranjeros.

## CONTROL PRENATAL

	Pacientes	o/o
Con control prenatal	00	0
Sin control prenatal	84	87.5
No reportadas	12	12.5
<b>TOTALES:</b>	<b>96</b>	<b>100.0</b>

Esto nos indica que un gran porcentaje (87.5 o/o) de pacientes con embarazo no acuden al control prenatal en este departamento y según estadísticas, el porcentaje que no sigue acudiendo a control es proporcionalmente igual. Se hace notar que todas las pacientes que acudieron solo lo hicieron en el momento de trabajo de parto.

De aquí en adelante se mencionarán 84 pacientes que fueron tabuladas sus papeletas, 8 no se encontraron más que sus nombres y 4 las cuales no aparecieron en el Archivo de Registros Clínicos.

## CUADRO No. 1

### GRUPO ETARIO DE LAS PACIENTES

Años	Pacientes	o/o
De 15 o menos	00	0
De 16 a 20	13	15.48
De 21 a 25	25	29.76
De 26 a 30	28	33.33
De 31 a 35	12	14.29
De 36 a 40	06	7.14
De 41 y más	00	0
<b>TOTAL:</b>	<b>84</b>	<b>100.00</b>

La edad más frecuente fue la comprendida de los 26 a 30 años (28 casos) 33.33 o/o. Le sigue en frecuencia la edad comprendida de 21 a 25 años (25 casos) 29.76 o/o, y en tercer lugar de los 16 a 20 años (13 casos) 15.48 o/o. Estas últimas quizá sea debido a temprano inicio de las relaciones sexuales y por lo tanto de embarazos, que se da en nuestra población.

## ANESTESIA RECOMENDADA

Anestesia local con 0.5% tetracaina con 1:100000 epinefrina muscular, tipo suave. 10 ml. de 0.5% tetracaina con 1:100000 epinefrina muscular. Halotane y etile en ventilación.

**CUADRO No. 2****PROCEDENCIA**

Área	Casos	o/o
Urbana	11	13.10
Rural	73	86.90
<b>TOTAL:</b>	<b>84</b>	<b>100.00</b>

El mayor porcentaje (86.90 o/o) de pacientes que acudieron al departamento de Maternidad procedían del área rural, las cuales al no poder ser atendidas por comadrona fueron referidas por la misma a este Hospital.

Las pacientes que procedían del área urbana fueron referidas por médicos particulares.

**CUADRO No. 3****GRUPO ETNICO**

Raza	Pacientes	o/o
Ladinas	3	3.57
Indígena	81	96.43
<b>TOTAL:</b>	<b>84</b>	<b>100.00</b>

Esto nos pone de manifiesto que el grupo indígena fue el que más presentó este tipo de distocia (96.43 o/o) y esto se debe a que el 87.83 o/o de la población de este departamento es de raza indígena.

**CUADRO No. 4****PARIDAD**

Gestas	Pacientes	o/o
1	06	7.14
2 a 3	09	10.72
4 a 5	08	9.52
6 y más	13	15.48
Sin paridad conocida	48	57.14
<b>TOTAL:</b>	<b>84</b>	<b>100.00</b>

El cuadro anterior nos indica que el 57.14 o/o de los casos no se conoce su paridad; sin embargo, dentro de los que si se conoce, el mayor porcentaje corresponde a pacientes con 6 gestas y más (13 casos) 15.48 o/o lo cual está de acuerdo con el enunciado que menciona como causa etiológica de situación transversa a la multiparidad debido a la flaccidez de la musculatura uterina.

**CUADRO No. 5**  
**EDAD GESTACIONAL**

Clasificación	Pacientes	o/o
Menores de 30 semanas	00	0
De 31 a 36	07	8.3
De 37 a 40	10	11.9
Mayores de 40 semanas	00	0
Edad gestacional no especificada	67	79.76
<b>TOTAL:</b>	<b>84</b>	<b>100.</b>

De lo anterior se deduce que un gran porcentaje (79.76 o/o)

pacientes no tenían especificada su edad gestacional y dentro de las que si se especifica el 11.91 o/o corresponde a niños a término y el 8.33 o/o a niños prematuros.

CUADRO No. 6

PARTOS

Clasificación	Casos	o/o
Simples	81	96.43
Gemelares	3	3.57
<b>TOTAL:</b>	<b>84</b>	<b>100.00</b>

Esto nos demuestra que el mayor porcentaje (96.43 o/o) de partos en la situación transversa fue de tipo único predominando sobre el gemelar (3 casos) 3.57 o/o.

CUADRO No. 7

METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS

Clasificación	Casos	o/o
Clínicamente	79	94.05
Por Rayos "X"	5	5.95
<b>TOTAL:</b>	<b>84</b>	<b>100.00</b>

Esto nos indica que son pocos los casos en que se recurre a radiografías para hacer o comprobar diagnóstico de situación transversa.

CUADRO No. 8

INTEGRIDAD DE LAS MEMBRANAS

Clasificación	Pacientes	o/o
Enteras	26	30.95
Rotas	58	69.05
<b>TOTAL:</b>	<b>84</b>	<b>100.00</b>
	00	00

Lo anterior nos demuestra que el 69.05 o/o de los casos en estudio ingresaron con membranas rotas y solo un 30.95 o/o con membranas enteras; o sea, casi una relación de 2:1. Se comprueba que la presentación de hombros es causa de ruptura prematura y/o precoz de membranas.

CUADRO No. 9

TIPO DE OBSTETRA QUE RESOLVIO EL CASO

Obstétrica	Casos	o/o
Médico	61	72.62
Enfermera	23	27.38
<b>TOTAL:</b>	<b>84</b>	<b>100.00</b>
	00	00

En este cuadro hay que hacer notar que debido a la falta de personal médico, el cuerpo de enfermería se encarga en algunos casos de la atención de partos normales y efectuar versiones y así vemos que el 27.38 o/o de los casos de situación transversa fueron atendidos por enfermeras y un 72.62 o/o por médico de guardia.

## CUADRO No. 10

## TIPO DE PROCEDIMIENTO PRACTICADO

Clasificación	Pacientes	%/o
Cesárea segmentaria	65	56.72
trasperitoneal	09	10.72
Cesárea corpórea	22	26.19
Cesárea segmento corpórea	02	2.38
Histerectomía subtotal	03	3.57
Embriotomías	00	0
Versión interna más grande	48	57.14
extracción pelviana		
<b>TOTAL:</b>	<b>84</b>	<b>100.00</b>

En el cuadro anterior se puede observar que la mayor parte de casos de situación transversa se resolvió por versión interna más gran extracción pelviana en un 57.14 o/o (48 casos). Dentro de los procedimientos quirúrgicos, el 39.29 o/o (33 casos), se resolvieron por vía abdominal de la siguiente manera: Por cesárea segmento transperitoneal: 9 casos (10.72 o/o); por cesárea corpórea: 22 casos (26.19 o/o) y por cesárea segmento corpórea: 2 casos (2.38 o/o), este último procedimiento podríamos considerarlo como complicación de la segmentaria transperitoneal 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 dehincencia de cicatriz en un segmento corpórea que en una corpórea.

## CUADRO No. 11

## COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO

	Casos	Casos	Casos
1.- Ruptura Uterina	31		5
2.- Placenta previa	85		3
3.- Sufrimiento fetal			13
4.- Trabajo de parto prolongado			1
5.- Preeclampsia			1
6.- Estrechez pélvica			1
7.- Ruptura prematura de membranas		20	
8.- Procidencia de cordón			15
9.- Prolapso de miembro superior			41
10.- Rasgadura de cérvix			2
11.- Circular al cuello			1
12.- Prematurez			4
13.- Edema de miembro superior y cuello			1
14.- Rasgadura de vagina			10
15.- Hidrocefalia			2

En este cuadro vemos una gran gama de complicaciones que se pueden suceder en el momento de solucionar este tipo de distocia siendo las más frecuentes: Prolapso de miembro superior, ruptura prematura de membranas, procidencia de cordón, sufrimiento fetal, rasgadura de vagina, ruptura uterina y prematurez en orden de importancia.

**CUADRO No. 12****ANESTESIA USADA EN OPERACION CESAREA**

<b>Tipo</b>	<b>Casos</b>	<b>o/o</b>
General	13	36.11
Raquídea	23	63.89
<b>TOTAL:</b>	<b>36</b>	<b>100.00</b>

Este cuadro nos indica que la anestesia más usada en este tipo de procedimientos fue la raquídea con 23 casos (63.89 o/o), mientras que la general solo se utilizó en un 36.11 o/o de un total de 36 casos.

**CUADRO No. 13****ANESTESIA EN VERSIONES**

<b>Tipo</b>	<b>Casos</b>	<b>o/o</b>
General	48	100.00
Raquídea	00	0
Otros tipos	00	0
<b>TOTAL:</b>	<b>48</b>	<b>100.00</b>

El cuadro anterior representa que el 100 o/o del total de 48 casos la anestesia que se utilizó fue la anestesia general.

**CUADRO No. 14****NIÑOS VIVOS**

	<b>Casos</b>	<b>o/o</b>
A término	38	44.18
Prematuros	5	5.14
<b>NIÑOS MUERTOS</b>		
	<b>43</b>	<b>50.00</b>

Aquí hay 86 nacimientos por los tres partos gemelares, de los cuales se hará la aclaración que en un parto gemelar, un niño nació en la casa de la paciente y el otro fue atendido en el hospital. También el cuadro anterior nos demuestra que el 50 o/o nacieron vivos y el otro 50 o/o muertos. De estos últimos 28 llegaron vivos pero en el momento de efectuar la versión fallecieron y los otros 15 niños llegaron muertos.

**CUADRO No. 15****ANOMALIAS CONGENITAS EN LOS RECIEN NACIDOS EN 84 CASOS**

2 casos con hidrocefalia  
1 caso con pie zambo bilateral

De los tres niños con anomalías congénitas, los 2 que nacieron con hidrocefalia fallecieron al poco tiempo de nacer, sobreviviendo únicamente el niño con pie zambo bilateral.

CUADRO No. 16

## PESO DE LOS RECIEN NACIDOS

Peso en gramos	Pacientes	o/o
Menos de 1,000	00	0
De 1001 a 1500	01	1.16
De 1501 a 2000	05	5.82
De 2001 a 2500	10	11.63
De 2501 a 3000	48	55.81
De 3001 a 3500	18	20.93
De 3501 a 4000	04	4.65
De 4001 y más	00	0
<b>TOTAL:</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

En el cuadro anterior observamos que el 55.81 o/o de los recién nacidos tenían un peso comprendido de 2501 a 3000 gramos, en segundo lugar, el 20.93 o/o corresponde al peso de 3001 a 3500 gramos y en tercer lugar, el 11.63 o/o los comprendidos de 2001 a 2500 gramos, solo un caso (1.16 o/o) pesó de 1001 a 1500 gramos.

Se incluye 2 partos gemelares más 1 parto gemelar el cual 1 niño nació en casa de la paciente y el otro en el hospital.

CUADRO No. 17

## O/SEXO DE LOS RECIEN NACIDOS

Paciente	Sexo	Casos	o/o
Femenino	SI	34	39.53
Masculino	SI	52	60.47
<b>TOTAL:</b>		<b>86</b>	<b>100.00</b>

Lo anterior nos muestra que el sexo masculino (60.47 o/o) predominó sobre el sexo femenino (39.53 o/o) tal como lo refiere la literatura.

CUADRO No. 18

## MORTALIDAD MATERNA

De 84 casos estudiados el 100 o/o egresaron en buen estado de salud.

CUADRO No. 19  
COMPLICACIONES DEL PUEPERIO

Tipos	Pacientes	%/o
Endometritis	12	50.00
Infeción de herida operatoria	7	29.17
Infeción urinaria	1	4.17
Dehiscencia de herida operatoria	2	8.33
Ilio paralítico	2	8.33
<b>TOTAL:</b>	<b>24</b>	<b>100.00</b>

La tabla anterior nos representa que dentro de las complicaciones del puerperio la más frecuente es la endometritis con 50 o/o de los casos y en segundo lugar la infección urinaria 29.17 o/o.

Se incluyó 2 partos gemelares más 1 parto gemelar el cual 1 nació en casa de la paciente y el otro en el hospital.

## CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de situación transversa fue de 7.27 o/o o sea caso por cada 15 partos, lo cual no está de acuerdo con estudios de autores extranjeros y estudios nacionales.
- 2.- El 100 o/o de los casos en estudio no recibieron control prenatal.
- 3.- El 100 o/o de las pacientes que ingresaron con situación transversa egresaron en buen estado de salud.
- 4.- La mortalidad fetal fue del 50 o/o.
- 5.- El tipo de procedimiento que más se utilizó fue la versión interna más gran extracción pelviana en un 57.14 o/o.
- 6.- El mayor porcentaje que fue resuelto por operación cesárea, fue la cesárea corpórea 26.19 o/o.
- 7.- La anestesia que más se utilizó en versiones fue la general (100 o/o) mientras que en operaciones cesáreas fue la raquídea (63.89 o/o).
- 8.- La multiparidad es un factor muy importante como causa situación transversa.
- 9.- La edad materna más frecuente fue la comprendida de 26 a 30 años.
- 10.- El tipo de complicaciones más frecuentemente encontradas fueron el prolapsus de miembro superior, procedencia de cordón, ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal, rasgaduras de vagina, ruptura uterina y prematuridad.

- 11.- El sexo que más predominó fue el masculino tal como se describe en la literatura.
- 12.- El peso del recién nacido que se tabuló estuvo comprendido arriba de 1501 y por debajo de 4000 gramos.
- 13.- La situación transversa es causa de trabajo de parto prolongado, estando sometido el feto a mayor tiempo de compresión uterina y por ende a más tiempo de anoxia.
- 14.- La edad gestacional que más se tabuló fue la comprendida de 37 a 40 semanas con un 11.91 o/o, existiendo un gran porcentaje 79.76 o/o las cuales no especificaba la edad gestacional.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Fomentar e incrementar el control prenatal en la mujer embarazada.
- 2.- Incrementar la formación de centros de salud en los cuales lleven programas de atención materno infantil, supervisado, para mayor control de pacientes que presentan esta distocia u otra.
- 3.- No efectuar versiones internas más gran extracción pelviana pacientes primigestas.
- 4.- Entrenar al personal de salud del área rural como así mismo fomentar el hábito en el personal médico hospitalario en mejor manejo de papeletas y recopilación de datos que sirvan fuente de información para estudios posteriores.
- 5.- El embarazo en situación transversa deberá resolverse por alta en la mayoría de los casos excepto en aquellos casos prematuridad, segundo gemelo en situación transversa o feto muerto.
- 6.- Si se decide resolver esta distocia por versión interna más gran extracción pelviana, ésta deberá ser efectuada por un obstetra hábil.
- 7.- Mantener una conducta de observación constante en pacientes con trabajo de parto y feto en situación transversa que ante la presencia de signos y síntomas de inminencia de ruptura uterina deberá resolverse el parto por vía abdominal.
- 8.- Tomar pelvimetría si se piensa resolver el parto por vía vaginal.

- 9.- No efectuar cesárea segmento corpórea.
- 10.- La anestesia deberá ser dada de preferencia por anestesiólogo.
- 11.- Considerar generalmente la situación transversa como un parto quirúrgico en alto porcentaje.
- 12.- Aumentar el personal médico en el hospital Nacional de Totonicapán o instruir al personal de enfermería para que cuando se presenten estos casos llamar al médico de guardia para que sea éste quien atienda el parto o efectue cualquier procedimiento que sea necesario.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beck, Alfred C., *Obstetricia*. 8a. Edición. Editorial Interamericana, S.A. 1968.
- 2.- Benson, Ralph C., *Ginecología y Obstetricia. Manual de Tercera Edición* 1973. El Manual Moderno, S.A.
- 3.- Hernández, Luis Rolando. "Situación Transversa, Estudio Retrospectivo de 10 años en el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala". Tesis de Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Mayo 1979.
- 4.- Morales Sandoval, Julio Augusto. "Consideraciones Sobre Situación Transversa y Revisión de 200 casos tratados en el Hospital Roosevelt". Tesis de Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 1960.
- 5.- Martínez, Angel Alfredo. "Consideraciones Sobre Situación Transversa, Revisión de 113 casos Tratados en la Maternidad del Hospital Roosevelt". Tesis de Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Junio 1979.
- 6.- Nelson, Waldo; Vaughan, Victor C. "Tratado de Pediatría", MacKay Sexta Edición. Editorial Salvat, S.A.
- 7.- Olazabal Enríquez, Mario Enrique. "Situación Transversa". Tesis de Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 1977.

8.- Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. Tercera Edición. "El Ateneo"  
Editorial, 1977.

9.- Williams, Hellman, Pritchard. Obstetricia. Primera Edición (4a.  
Reimpresión). Editorial Salvat. 1977.

Br. PROSPERO CALIX PADILLA

Dr. OSCAR H. ALDANA H.  
Asesor.

Dr. HÉBERTO DE LEÓN O.  
Revisor.

Dr. HÉBERTO ROCALL DE LEÓN OCHOA  
MEDICO Y CIRUJANO

Dr. HECTOR ALFREDO MUILLA E.  
Director de Fase III

Dr. RAÚL A. CASTILLA R.  
Secretario

Vo. Bo.

Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO  
Decano.