UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FETO MUERTO EN SITUACION TRANSVERSA INDICACION DE CESAREA VRS. EMBRIOTOMIA

(Revisión de diez años en la Maternidad del Hospital Roosevelt 1971 – 1980)

ERWIN CONRADO CURAN PADILLA

PLAN DE TESIS

I.- PRESENTACION

II.- INTRODUCCION

III.- JUSTIFICACION

IV.- ANTECEDENTES

V.- OBJETIVOS

VI.- HIPOTESIS

VII.- RESULTADOS

VIII.- COMENTARIO

IX.- CONCLUSIONES

X.- RECOMENDACIONES

XI.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La situación transversa del feto tiene una frecuencia de un).5% (1,2,3,4).

El embarazo a término con un feto en situación transversa, es de grave pronóstico, no sólo para el feto sino para la madre; ya que no se puede llevar a cabo el mecanismo normal de parto, y se presenta riesgo de ruptura uterina; ruptura de membranas - ovulares y procidencia de cordón que ocasiona anoxia y muerte fetal.

Si la paciente presenta un feto muerto en situación transversa, se pueden tomar varias conductas: realizar una embriotomía o una cesárea, o inclusive una versión por maniobras internas y gran extracción pelviana.

Nuestro trabajo analizará cada una de las conductas que se realizan en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, en un período de diez años que comprende de 1971 a 1980.

JUSTIFICACION

Actualmente nuestro hospital no cuenta con un protocolo, sobre la conducta elegida en el caso de feto muerto en situación transversa, quedando a disposición del médico jefe la elección de la conducta.

Tampoco tenemos un análisis de los resultados de la conducta que ofrece mayores beneficios a la paciente y a la institución.

ANTECEDENTES

Tenemos trabajos realizados sobre embriotomías con feto muerto en situación transversa:

Tesis, Eduardo Federico Stackmann Ramos 1962
Tesis, Fernando José Enríquez Villacorta 10 años 1975

Así también, tenemos cesáreas con feto muerto en situación transversa:

Tesis, Julio Augusto Morales 1960
Tesis, Julián Montenegro 1967
Tesis, Alfredo Martínez 1978

Sin embargo, no tenemos el análisis de los casos de cesárea en pacientes con feto muerto en situación transversa, para hacer comparación con casos resueltos con embriotomía.

OBJETIVOS

Objetivos Generales:

1.- Aportar conocimientos aplicables al campo obstétrico.

2.- Investigar morbimortalidad registradas, en las pacientes que se les realizó cesárea y embriotomía.

3.- Efectuar un trabajo de Tesis.

Objetivos Específicos:

1.- Determinar cuál es la mejor conducta con una paciente que presenta un feto muerto en situación transversa.

2.- Conocer morbimortalidad materna.

HIPOTESIS

LA OPERACION CESAREA OFRECE MAYORES BENEFICIOS A LA PACIENTE Y A LA INSTITUCION

Nuestro trabajo analiza un período de diez años, comprendido entre enero de 1971 a diciembre de 1980, durante el cual se atendió un total de 144,858 partos, de los cuales 943 fueron en situación transversa, que hacen una incidencia de 0.65%, y de estos 125 casos ingresaron con feto muerto, lo cual nos hace una incidencia de 0.08%.

Tabla No. 1

PARIDAD		
Nulípara	12	13.8%
Primípara	2	2.3%
Pequeña Multípara *	48	55.2%
Gran Multípara **	25	28.7%
Total.....87		100.0%

* De 2 a 4 partos
** Más de 4 partos.

Tabla No. 2

EDAD		
Menor o igual a 15	1	1.1%
16 - 20	16	18.4%
21 - 25	22	25.3%
26 - 30	24	27.6%
31 - 35	12	13.8%
36 - más	12	13.8%
Total....87		100.0%

Rango: 15 - 40 años.

CONTROL PRENATAL		
Con Control Prenatal	4	4.5%
Sin Control Prenatal	75	86.2%
No reportado	8	9.3%
Total....87		100.0%

Esta tabla nos confirma un alto porcentaje de pacientes que no tuvieron control prenatal (86.2%).

COMPLICACIONES QUIRURGICAS

OPERACION REALIZADA		COMPLICACIONES	
Cesáreas:			
Segmentaria	39 (88%)		
Corpórea	4 (9%)		
Segmento Corpórea	1 (3%)		
Total.....	44 (50%)	Ruptura Uterina **	13 (29%)
Con embriotomía* previa	11 (25%)	Rasgadura de Segmento	3 (7%)
		Lesión Vesical	1 (2%)
		Total.....	4 (4%)
Embriotomías			
Decolación	33 (85%)	Ruptura Uterina	3 (8%)
Troncular	6 (15%)	Rasgadura del Cuello	4 (10%)
		Rasgadura Vaginal	3 (8%)
		Rasgadura Vulvar	1 (2%)
Total.....	39 (45%)	Total.....	11 (28%)***
Versión por maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana	4 (	Ninguna	
Total.....	4 (5%)		

* Braquiectomía realizada previa a la cesárea.

** En las pacientes cesarizadas, la ruptura uterina no se puede considerar complicación quirúrgica sino solamente hallazgo. En cuatro pacientes se sospechó dicho problema antes de la operación

*** ($P < 0.05$)

COMPLICACIONES POSTPARTO

CESAREA	No.	(%)	EMBRIOTOMIA	No.	(%)	VXMI y GEP
Morbilidad	11	(25)		3	(7.7)	
Endometritis	7	(63)	Endometritis	3		0
Infección de herida	5	(45)				
Dehiscencias	2					
Shock Séptico*	2					
Fístulas **	2					
Infección Urinaria	2					
BNM	1					
Absceso Pélvico	1					
Mortalidad						
Muerte materna	1	(2)		0		0

* Un caso fue irreversible y la paciente falleció.

** Una fístula fue vésico-vaginal y la otra útero-vaginal.

DIAS DE HOSPITALIZACION			
	CESAREA	EMBRIOTOMIA	VXMI y GEP*
Días	3 - 64	2 - 10	3 - 7
Promedio	19.5	3.6	4.5

* Versión por maniobras internas y Gran Extracción pelviana.

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS		
	CESAREA	
	Con Manipulación Fuera del Hospital	Sin manipulación Fuera del Hospital
Con Complicación	10 (22.7%)	6 (13.6%)
Sin Complicación	12 (27.3%)	16 (36.4%)
Total.....	22 (50.0%)	22 (50.0%)

X^2 = (P = No significativa)

ANTIBIOTICOS UTILIZADOS	
Penicilina y Cloranfenicol	67
Penicilina y Estreptomicina	7
Gentamicina y Sisomicina	2
Gentamicina y Clindamicina	2
Ampicilina	9
Eritromicina	2

En todas las pacientes que se presentó el problema de feto muerto en situación transversa y cualquiera que haya sido la conducta, se utilizó antibióticos. La tabla anterior nos muestra la forma en que fueron administrados; así como también, nos demuestra que en el 77% se empleó la asociación de penicilina y cloranfenicol, (67 casos).

INDICACION DE LA INTERVENCION CESAREA	
Trabajo de parto irregular	4
Dilatación Incompleta	15
Inminencia de Ruptura Uterina	14
Sospecha de Ruptura Uterina	4
Cesárea Anterior	2
Estrechez Pélvica	6

Esta tabla nos pone en relieve las causas más frecuentes que llevaron a tomar la conducta de cesárea. De las pacientes - que se les realizó cesárea, todas presentaban membranas ovulares rotas. De las pacientes con estrechez pélvica ninguna presentó un Biciático menor de 5.5.

COMENTARIO

La incidencia de muerte fetal en situación transversa es de 0.08%.

La población analizada tuvo las siguientes características: Un 84% de pacientes multíparas, con un 50% de pacientes comprendidas entre los 21 y los 30 años, y un rango entre los 15 y 40 años.

De las pacientes estudiadas solamente un 4.5% tuvo un control prenatal, característica que se observa en la mayoría de estudios (6,7,8,9,12) en nuestro hospital.

La conducta tomada en los diferentes casos fue determinada por las condiciones y requisitos que se utilizan para cada una de ellas (1,2,3,5).

Se pudo observar que la mitad de pacientes fue cesarizada y en la otra mitad se aplicó una conducta conservadora (embriotomía o VXMI y GEP).

De las pacientes cesarizadas, 13 (29%) presentaban ruptura uterina. En 4 (9%) se sospechó antes de intervenir a la paciente, y el resto fue hallazgo operatorio (20%). Podemos considerar que dicha lesión fue un accidente del trabajo de parto, y no del procedimiento. Sin embargo, hay un 10% de complicaciones quirúrgicas (rasgadura de segmento 3 y lesión vesical 1).

En pacientes que se les realizó embriotomía, se encontró ruptura uterina en 3 casos (8%), rasgadura de cuello 4, rasgadura de vagina 3, y rasgadura vulvar 1 caso. En ellas podemos con

siderar que prácticamente todas las lesiones son secundarias al procedimiento, (iatrogénicas) haciendo un total de 11 casos (28%).

De lo anterior, podemos decir que la paciente cesarizada - tiene menos lesión iatrogénica que las de embriotomía ($P < 0.05$).

En cuanto al tiempo de hospitalización, las pacientes cesarizadas oscilaron entre 3 - 64 días con promedio de 19.5 días, mientras que con embriotomía tenemos de 2 a 10 días, con 3.6 días de promedio, y con la versión tenemos de 3 a 7 días, con un promedio de 4.5 días.

En el 100% de las pacientes, se emplearon antibióticos y en el 77%, la combinación de penicilina y cloranfenicol.

Podemos observar que en pacientes cesarizadas se encuentra mayor variedad de complicaciones de índole infeccioso; así como de mayor seriedad (shock séptico). Un 45% tuvo infección de herida operatoria y un 65% endometritis.

Las pacientes en que se realizó versión por maniobras internas, no presentaron complicaciones quirúrgicas ni puerperales; posiblemente porque mantuvieron membranas enteras y no fueron manipuladas fuera del hospital; así como, por la técnica empleada.

El único caso de muerte materna fue una paciente que al ser cesarizada, se encontró ruptura uterina por lo cual fue histerectomizada. Durante el procedimiento, accidentalmente se ligaron ambos uréteres y en el post operatorio, presentó como complicación bronconeumonía y shock séptico.

CONCLUSIONES

1.- La incidencia de feto muerto en situación transversa, que ingresa a nuestro hospital es de 0.08%.

2.- Las conductas empleadas para resolver dichos casos fueron:

Cesáreas.....	50%
Embriotomías.....	45%
Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción-Pelviana.....	5%

3.- La cesárea tiene menos complicaciones quirúrgicas que la embriotomía ($P < 0.05$), pero más complicaciones postparto, que prolonga su estadío hospitalario.

4.- La Versión no tiene complicaciones quirúrgicas ni puerperales.

RECOMENDACIONES

1.- Mejorar el control prenatal tanto a nivel urbano como rural.

2.- Adiestrar al personal empírico, sobre las complicaciones que presenta este tipo de presentación.

3.- En vista que la cesárea y la embriotomía presentan diversas complicaciones, recomendamos tomar las medidas siguientes:

3.1.- Embriotomía: a) Descartar ruptura uterina.

b) Utilizar el equipo instrumental en condiciones adecuadas.

c) Acto quirúrgico debe de ser realizado por médico con experiencia.

d) Utilizar antibióticos profilácticamente en cada intervención.

3.2.- Cesárea: a) Utilizar antibióticos profilácticamente en cada intervención.

b) Cierre primario tardío de herida operatoria (al 3er día post operatorio).

4.- En vista que la versión es la que presenta mejores beneficios a la paciente y a la institución, que se realice, SIEMPRE Y CUANDO EL CASO REUNA LOS REQUISITOS INDISPENSABLES.

BIBLIOGRAFIA

1.- Benson, Ralph C. Ginecología y Obstetricia, Manual. 3a. edición. Manual Moderno S.A. 1973.

2.- Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol 38 No. 1 1978

3.- Schwarcz, Sala Duverges, 3a. Edición, Cuarta reimpresión Editorial el Ateneo 1977.

4.- Beck, Alfred. Práctica Obstétrica, 4a. Ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1963.

5.- Williams, Hellman Pritchard. Obstetricia 1a. Ed. Cuarta reimpresión, Editorial Salvat 1977.

6.- Martínez, Angel Alfredo. Consideraciones sobre Situación Transversa. Tesis de Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala 1979.

7.- Hernández Regalado, Julio Francisco, Situación Transversa Tesis de Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala. 1979.

8.- Orbaugh Midence, Herbert Warren. Embriotomía Mínima. Tesis de Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala. 1952.

9.- Morales Sandoval, Julio Augusto. Consideraciones sobre Situación transversa, Revisión de 200 casos tratados en el Hospital Roosevelt. 1960.

10.- O. Kaser, Et. al. Ginecología y Obstetricia. Tomo II Embarazo y parto, Barcelona España 1975.

11.- Greenhil L.P. Obstetrics 13a. Edición Philadelphia W.B. Sanders. 1965.

12.- Olazábal Enríquez, Mario Enrique, Situación Transversa - Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. 1977.

Br. Erwin Conrado Curán Padilla

Asesor
Fernando Juarez Aguirre

Dr. Jose Luis Chacón
Revisor

Director de Fase III
Dr. Carlos A. Waldheim C.

Dr. Jaime Gomez
Secretario

Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo