

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS Y GRAN
EXTRACCION PELVIANA EN SITUACION TRANSVERSA
ABANDONADA"

(Estudio retrospectivo de 7 años en el Hospital
Nacional "Santa Elena" de Santa Cruz del
Quiché. 1,974 - 1,980)

JORGE ROLANDO NAVARIJO RODAS

Guatemala, Abril de 1,981.

CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II ANTECEDENTES
- III JUSTIFICACION
- IV GENERALIDADES
- V OBJETIVOS
- VI HIPOTESIS
- VII MATERIAL Y METODOS
- VIII ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS
- IX CONCLUSIONES
- X RECOMENDACIONES
- XI RESUMEN
- XII BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Resulta difinitivamente trascendental la responsabilidad de que se ve revestida la investigación científica, puesto que en la exigencia de su elaboración permite conocimiento directo y vital para bien de grandes conglomerados humanos.

El presente trabajo de tesis "VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS Y GRAN EXTRACCION PELVIANA EN SITUACION TRANSVERSA ABANDONADA", (Estudio retrospectivo de 7 años 1,974 - 1980) en el Hospital Nacional -- "Santa Elena" Santa Cruz del Quiché; nos permite conocer hechos concretos estrictamente limitados al campo de la Obstetricia.

El propósito de nuestra investigación es demostrar que la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana, como tratamiento de Situación Transversa Abandonada, puede ser tan utilizada como otras operaciones obstétricas, siempre y cuando se realizen respetando todas sus indicaciones.

Antes de la presentación y análisis de la información recopilada se creyó conveniente hacer mención de definiciones utilizadas con más frecuencia al respecto del tema que nos ocupa.

Podrá encontrarse además del manejo de la Situación Transversa Abandonada, las diferentes complicaciones presentadas, así como porcentajes de diferente índole que permitirán un enfoque claro y sencillo de este estudio.

ANTECEDENTES

La evidencia que se desprende de toda la información tenida a la disposición sobre Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana es bastante objetiva en lo que se refiere a su caracter controversial, así como la poca atención que ha merecido de parte de investigadores en nuestro medio.

Entremos a detallar de manera directa lo que nos interesa diciendo que: "El tratamiento de Situación Transversa Abandonada 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 mortalidad". (7)

"Versión por maniobras internas y gran extracción pelviana; la cual debe de efectuarse con la paciente sedada dilatación completa, operador hábil y anestesia general. Actualmente no se utiliza debido al alto porcentaje de rotura uterina". (7)

Las otras dos conductas a seguir, utilizadas con mayor frecuencia son: Embriotomía y Operación Cesárea. (7)

"En la múltipara con feto pequeño y pelvis normal, membranas enteras, dilatación completa y operador hábil esta justificado hacer una versión interna y extracción

pelviana. Aunque hay que tener en cuenta que las versiones internas y gran extracción pelviana, sigue siendo la causa más común de rotura uterina. En nuestro medio hubo una incidencia de 3.5% en un estudio de 200 casos." (8)

"Madre con embarazo a término (más de 45 cms.), muerte intrauterino, reciente, trabajo o no, membranas enteras, conducta cesárea madre con embarazo menor de 36 semanas (menor de 45 cms.), muerte intrauterino, trabajo de parto, membranas enteras conducta: Versión Interna oportuna sobre el pie anterior y extracción subsiguiente siempre que no se aumente la mortalidad materna." (9)

"La morbi-mortalidad materna fetal es muy alta cuando se lleva a cabo la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, se efectúa en forma más frecuente en la extracción del segundo gemelo". (14)

"Garsis y Ritzenthaler informaron de 3 roturas uterinas en 81 versiones y extracción de malgas. Por lo tanto las pérdidas perinatales son difíciles de conocer con precisión. Harris y Epperson informaron de una cifra del 39%. Wood y Forter dan un índice corregido de 40%. Yates informa de un 50%" (16)

"El diagnóstico de situación transversa es usualmente hecho por exámenes clínico y confirmado por radiografías y técnicas ultrasonográficas. El parto vaginal es mecánicamente imposible, con excepción de casos con fetos pequeños en los cuales la cabeza y el tórax pueden pasar simultáneamente a través de la pelvis. Esta situación ocurre más frecuentemente con fetos muertos o macerados". (18)

"De los 85,490 partos registrados en los 10 años estudiados, 566 fueron en situación transversa (0.65%). De los 566 evolucionaron en un 19.96% o sea al rededor de la quinta parte a transversa abandonada". (11)

"La solución de este problema obstétrico en nuestra maternidad no se encuentra regulada en forma exacta ya que los casos estudiados se obtuvieron los siguientes datos:

a.- Partos Espontaneos	13 casos	(11.5%)
b.- Versión y Gran Extracción Pelviana	55 casos	(50.5%)
c.- Embriotomías	25 casos	(21.1%)
d.- Laparotomías	13 casos	(11.5%)

El número elevado de versiones y gran extracción pelviana efectuadas en estas pacientes, muestra los errores de conducta cometidos en el ambiente, ya que esta intervención se considera contra indicada. Sin embargo los resultados obtenidos en los casos estudiados nos parecen satisfactorios". (11)

JUSTIFICACIONES

Al considerar la importancia que presenta la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana, como tratamiento de Situación Transversa Abandonada, dada la ofensiva desatada en contra de la misma, consideré que resultaba sumamente interesante conocer las experiencias obtenidas en la Maternidad del Hospital Nacional "Santa Elena" de Santa Cruz del Quiché sobre tratamientos como este, puesto que solo de esta manera se tendran evidencias objetivas y elementos de juicio valederos, que permitan conclusiones concretas y prácticas.

GENERALIDADES

VERSION:

Definición: Es la operación en la cual un polo fetal sustituye al otro, o a una presentación transversa.

Se describen dos variedades:

- 1.- **Cefálica:** La cual determina una presentación cefálica.
- 2.- **Podálica:** La que determina una presentación del pelvis.

De acuerdo con el método empleado la versión, también se le designa como:

- 1.- **Versión Externa:** En la cual se efectúa la versión únicamente con maniobras externas a través de la pared abdominal.
- 2.- **Versión Combinada o bipolar (Braxton Hicks):** En la cual se efectúa la versión por maniobras combinadas de una mano colocada sobre la pared abdominal y dos dedos dentro del útero.

- 3.- **Versión Interna:** En la cual se volteo al niño principalmente por medio de toda la mano introducida en el útero. (1)

Cuando se ejecuta con dilatación completa se llama: **VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS**, propiamente dichas, - **VERSION DIRECTA O VERSION TEMPESTIVA**. Cuando la dilatación no es completa se llama: **VERSION A DOS DEDOS, VERSION INDIRECTA, VERSION PRECOZ, O INTEMPESTIVA, - VERSION DE BRAXTON HICKS.** (3)

SITUACION TRANSVERSA

Definición: 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 este el estrecho superior mientras que la cabeza ocupa - una fosa iliaca y las nalgas otra. Hablándose de presentación - acromial. (8)

La variedad de posición en la situación transversa se deriva de la posibilidad de que la cabeza esté a la derecha o a la izquierda y que sea 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 adopta mejor a la columna vertebral de la madre. (4)

SITUACION TRANSVERSA ABANDONADA

Definición: Es una situación poco común 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.- Hombros Encajado

5.- Infección

6.- Prolapso de Miembro Superior

7.- Utero Contraído. (8)

INDICACION PARA EFECTUAR VERSION INTERNA

Hay una indicación absoluta: Presentación Transversa, en la cual ha fracasado la versión por maniobras externas. Todas las otras indicaciones son relativas.

Las indicaciones relativas se clasifican en MATER--NAS Y FETALES.

MATERNAS:

Emergencias maternas en las cuales la presentación está alta, el cuello completamente dilatado y el estado de la madre exige el parto inmediato, como ocurre en casos de:

- Hemorragia accidental

- Hemorragia por placenta previa latero marginal

- Casos graves de abrupcio placentae

- Neumonías

- Insuficiencia Cardíaca

- Cardiopatías compensadas y descompensadas

- Tuberculosis curadas clínicamente o en evolución

- Eclampsia

- Inercia Uterina que hace que la cabeza permanezca arriba del nivel de las espinas ciáticas dentro de la media hora - después de la dilatación completa del cuello.

Debe descartarse la desproporción en todos estos casos antes de intentar la versión (1,2,3)

FETALES:

- Prolapso del Cordón Umbilical

- Procidencia de uno o ambos brazos

- Extracción del segundo gemelo en transversa

- Extracción del segundo niño en parto gemelares si no ha alcanzado el nivel de las espinas ciáticas dentro de la media hora que sigue al nacimiento del primer niño.

- Sufrimiento fetal
- Posiciones posteriores de la cara que se han repetido después de haber sido flexionadas o giradas hacia adelante.
- Presentaciones compuestas en las cuales la mano está prolapsada abajo de la cabeza.
- Presentación de frente y de cara, no encajada. (1,2,3)

Las indicaciones relativas se clasifican así precisamente porque se prestan a reflexión y a discutir su necesidad, así como a establecer la oportunidad de la versión comparadala con otras intervenciones. (3)

CONTRAINDICACIONES DE VERSION INTERNA

ABSOLUTAS:

- Membranas rotas hace mucho tiempo; la versión interna es más fácil cuando se rompen las membranas en el curso de la operación, o cuando ésta se hace inmediatamente después de la ruptura estontanea. Por esta razón, el principiante no debe intentar hacer una versión en ningún caso en que las membranas tengan más de una hora de hacerse roto. Si las membranas se han roto más de una hora antes y se presentan una indicación para la versión, debe pedir la ayuda de un médico más hábil, cuya experiencia le permitirá si la versión puede hacerse sin riesgo.

- Utero Espástico: Hace difícil o imposible la versión y a menudo causa ruptura.
- Anillo de Retracción Alto: Indica el adelgazamiento excesivo del segmento uterino inferior. Cuando se palpa el borde que marca el anillo de retracción cerca del nivel del ombligo, está claramente contraindicada la versión.
- Pélvis Estrecha: De suficiencia grado para causar dificultad en el paso de la cabeza siempre conduce a la muerte del niño, y por esta razón constituye una contraindicación para la versión interna.
- Encajamiento profundo de la presentación
- Tetanismo Uterino
- Desproporción Cefalopélvica
- Antecedente de Cesárea o de Miomectomía Externa
- Extracción del primer producto en embarazo múltiple
- Procedencia de tumores pelvicos grandes.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Placenta Previa
- Eclampsia
- Falta de Dilatación y de Borramiento Cervical

- Oligohidramnios
- Estrechez Vaginal
- Obesidad
- Anestesia Deficiente
- Falta de Ayudante (1,2,3,4)

CONDICIONES PARA EFECTUAR LAS VERSIONES INTERNAS

- La paciente debe estar sobre una mesa en posición de litotomía
- Operador hábil
- Se debe sondear la vejiga
- El recto debe estar vacío
- Pelvis Normal
- Dilatación completa o completable
- Bolsa de las aguas intactas, o rotas poco antes (por que si no el útero se retrae y se contrae sobre el feto y las maniobras resultan difíciles, corriéndose el peligro de causar roturas uterinas).
- Se debe conocer la presentación, posición y postura.

- Útero descontraido, poco irritable, presentación móvil o insinuada, y feto vivo.
- El feto debe estar vivo a menos que sea pequeño y la versión prometa ser fácil, en cuanto a una presentación de hombro el útero no esta contraído en torno del feto es dable que se lleve a cabo una versión sobre un feto muerto y es menos peligroso que una embriotomía.
- La versión por maniobras internas con feto muerto se justifica siempre que el análisis del caso la repute de menos riesgo, para la madre que una embriotomía.
- Paciente debe estar profundamente anestesiada
- Debe observarse una sépsis estricta

Era clásico, desechar la versión por maniobras internas en las primíparas. Sin embargo si las condiciones son favorables tal intervención no halla contraindicaciones en ellas. (1,2,3,5,7,16)

TECNICA DE VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS EN PRESENTACION TRANSVERSA.

Para realizar la versión podálica interna se colocará a la mujer en posición de litotomía (una moderada posición de tren-delenburg puede ser utilizada). Nunca se intentará realizar la versión sin un diagnóstico cierto de la presentación y posición del feto.

Se facilita mucho la ejecución de la versión usando guantes de goma largos que lleguen hasta el codo, lubricados con un antiséptico. La anestesia de elección es el eter o halotano, pues la relajación uterina es de importancia capital. Aunque la succilcolina y los medicamentos de acción curareiforme producen relajación de la pared abdominal, en menor grado, del suelo de la pelvis, no ejercen acción sobre el miometrio.

Se practicará una episiotomía mediolateral amplia. La versión es mucho más fácil mientras las membranas están intactas, en cambio las dificultades aumentan mucho después de su ruptura. Por lo común las bolsas de las aguas se han roto, si no las membranas se han de romper en el momento en que la mano sea colocada sobre el cérvix. Luego el antebrazo llenará la vulva y evita el escape del fluido amniótico. Debe recordarse la posibilidad de que el cordón puede deslizarse por abajo.

La mano interna busca uno o los dos pies, y el operador debe estar seguro de que está cogiendo un pie antes de comenzar la versión. En cuanto a esto, se experimenta poca dificultad se recuerda que las puntas de los dedos del pie están en líneas rectas, y que el talón se proyecta hacia atrás del pie. Si se tiene duda, la mano interna puede introducirse aún más en el útero hasta que se palpén los muslos o las nalgas.

En la presentación trasversa, se introduce la mano izquierda cuando la cabeza se encuentra del lado derecho, y la mano derecha cuando está del lado contrario. El operador busca con cual de sus propias manos es factible "El apre-

ton" con la del feto. Para hacer la versión en presentación de hombro, variedad dorso anterior, el operador debe introducir la mano del mismo nombre que el hombro que se presenta.

Deben cogerse los dos pies, siempre que sea posible. Si se hace la tracción sobre un solo pie, debe escogerse el pie inferior cuando el dorso es anterior; y el superior cuando el dorso es posterior, (ya que al hacerlo así se mantiene la espalda del feto contra la sínfisis del pubis). En todos los casos de presentación transversa, la versión debe hacerse con mucha lentitud y las maniobras sobre la cabeza con la mano externa deben efectuarse con sumo cuidado. Siempre que ha ya prolapso de la mano, no debe reintroducirse hasta haber fijado una gasa a la muñeca para evitar su extensión, cuando salen las rodillas, ya se ha efectuado la versión y se completa el parto mediante la extracción del feto. (1,2,3,4,5,15,16,17)

PRONOSTICO:

El pronóstico de la versión interna es bueno para la madre en casos seleccionados adecuadamente, siempre que la paciente esté en buen estado y el obstetra sea cuidadoso.

La mortalidad materna en caso de versión interna claramente justificada, se eleva al 1-2%. Entre las causas principales de muerte materna están la ruptura uterina, hemorragia y choque. La anestesia tendrá que ser mucho más profunda de lo que es necesario para las operaciones comunes. Por lo tanto, el riesgo de un accidente anestésico es grande en la versión interna.

Es un hecho que la versión interna probablemente ocasiona más rupturas uterinas que todas las demás operaciones obstétricas, excepto el trabajo de parto después de una cesárea previa. (1,2,16)

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.- Conocer por medio del estudio retrospectivo de 7 años en el Hospital Nacional "Santa Elena" de Santa Cruz del Quiché, la conducta seguida en Situación Transversa Abandonada.
- 2.- Conocer el índice de ruptura uterina y otras complicaciones cuando se efectúa Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana en Situación Transversa Abandonada en las pacientes del Hospital Nacional "Santa Elena" de Santa Cruz del Quiché.
- 3.- Conocer el porcentaje de mortalidad materna en Situación Transversa Abandonada en las pacientes del Hospital Nacional "Santa Elena" de Santa Cruz del Quiché cuando se sigue la conducta de versión por maniobras - internas y gran extracción pelviana.

ESPECIFICOS:

Conocer en Situación Transversa Abandonada de las - pacientes del Hospital Nacional "Santa Elena" de Santa Cruz del Quiché de 1,974 a 1,980.

- 1.- Conducta más utilizada
- 2.- Tipo de Anestesia
- 3.- Edad de la paciente

- 4.- Multiparidad de la paciente
- 5.- Tipo de evolución del prolapso
- 6.- Edad gestacional de la paciente
- 7.- Procedencia de la paciente
- 8.- Agente etiológico infeccioso más frecuente
- 9.- Antibiótico más utilizado
- 10.- Complicaciones más frecuentes
- 11.- Manipulación por:

- a.- Médico
- b.- Enfermera
- c.- Comadrona
- d.- Otros

HIPOTESIS:

"En situación Transversa Abandonada la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana es la conducta menos indicada, debido al alto riesgo de ruptura uterina."

MATERIAL:

Libro de Control de Sala de Operaciones e Historias Clínicas del Archivo del Hospital Nacional "Santa Elena" de Santa Cruz del Quiché.

METODO:

Deductivo-Inductivo de la siguiente manera:

- 1.- Análisis del Libro de Control de Sala de Operaciones e Historias Clínicas del Archivo del Hospital Nacional - "Santa Elena" de Santa Cruz del Quiché.
- 2.- Síntesis de la información que se obtenga mediante clasificación y tabulación de la misma.
- 3.- Presentación del informe final donde se podrán incluir las conclusiones del trabajo, para lo cual se presentaran todas las tablas y canales de medición que sean necesarios para lograr el máximo de claridad.

RECURSOS:

Humanos:

- 1.- Encargados de Bibliotecas Nacionales y Particulares.
- 2.- Personal del Departamento de Archivo del Hospital Nacional "Santa Elena" Santa Cruz del Quiché.
- 3.- Médicos encargados de asesorar y revisar la investigación.

FISICOS:

- 1.- Revistas, libros de textos folletos.
- 2.- Historia clínicas de las pacientes investigadas.
- 3.- Material correspondiente para realizar el trabajo.

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Clasificación de pacientes según grupo etéreo

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
15 a 20 años	10	13.51%
21 a 25 años	19	25.67%
26 a 30 años	20	27.03%
31 a 35 años	14	18.92%
36 a 40 años	6	8.11%
41 a 45 años	5	6.76%
TOTAL	74	100.00%

En el cuadro No. 1 podemos observar que el grupo etéreo más afectado fue el comprendido entre las edades de 26 a 30 años, tratándose de pacientes en plena edad fértil.

CUADRO No. 2

Procedencia de las pacientes que ingresaron al Hospital "Santa Elena" de Santa Cruz del Quiché por presentar diagnóstico de Situación Transversa Abandonada.

PROCEDENCIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Chichicastenango	16	21.62%
Joyabaj	9	12.16%
Zacualpa	5	6.76%
Sacapulas	5	6.76%
San. Andres Sajca		
baja	4	5.41%
Chiché	3	4.05%
San. Antonio Ilotenango	3	4.05%
Chinique	3	4.05%
Patzité	3	4.05%
Panaxit 3er. centro	2	2.70%
Nebaj	2	2.70%
San. Pedro Chiticur	1	1.35%
Sta. Rosa	1	1.35%
Lemoa	1	1.35%
Ixcán	1	1.35%
San. Pedro Jocopilas	1	1.35%
Pemecebal	1	1.35%
Canilla	1	1.35%
Chajul	1	1.35%
Sta. Lucia la Reforma		
(Toto)	1	1.35%
Sta. María Chiquimula	1	1.35%

Continúa...

Continuación del Cuadro No. 2

PROCEDENCIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Xatinap	1	1.35%
Uspantan	1	1.35%
Chocaman	1	1.35%
Aldea Tzamishnan	1	1.35%
Canton Puchoj	1	1.35%
Chumayat	1	1.35%
Chitatul	1	1.35%
2do. Centro de - Chesic	1	1.35%
TOTAL	74	100.00%

En el cuadro No. 2 observamos que la mayor cantidad de pacientes provenían del municipio de Chichicastenango y Joyabaj, y en número menor de las demás regiones del Quiché. Además se incluyen pacientes de dos municipios del Departamento de Totonicapán.

CUADRO No. 3

Clasificación de Pacientes según edad gestacional

Edad Gestacional	No. de Casos	Porcentaje
Prematuros	3	4.05%
A término	67	90.54%
Sin Determinar	4	5.41%
TOTAL	74	100.00%

Notamos en el Cuadro Número 3 que el 90.54% de las pacientes presentaron una edad gestacional a término; y que un 5.41% no se pudo determinar la edad ya que no apareció en la historia clínica dicho dato.

CUADRO No. 4

Clasificación de Pacientes por Multiparidad

PARIDAD	No. de CASOS	PORCENTAJE
0 partos	1	1.35%
1 a 3 partos	27	36.49%
4 a 6 partos	33	44.69%
7 a 10 partos	10	13.51%
11 a 12 partos	3	4.05%
TOTAL	74	100.00%

Es de observarse en este Cuadro que 33 pacientes (44.69%), tenían entre 4 y 6 partos previos, lo cual influye considerablemente en el estado del útero, que tiende a la predisposición de distócicas, como lo son las presentaciones de hombro.

CUADRO No. 5

Tiempo de evolución del prolapso de miembros superior

Tiempo de Prolapso	No. de Casos	Porcentaje
0 a 2 horas	-	-
2 a 4 horas	4	5.41%
4 a 6 horas	4	5.41%
6 a 8 horas	6	8.11%
8 a 10 horas	5	6.76%
10 a 12 horas	5	6.76%
Más de 12 horas	14	18.92%
Sin determinar	36	48.65%
TOTAL	74	100.00%

En cuanto a la evolución del prolapso podemos determinar en el cuadro número 5 que 14 pacientes (18.92%) presentaban más de 12 horas de prolapso de miembro superior. Y en un número mayor (36 casos) no se pudo determinar el tiempo de evolución por no aparecer dicho dato en la historia clínica.

CUADRO No. 6

Manipulación previa al ingreso de las pacientes al Hospital Nacional "Santa Elena" de Santa Cruz del Quiché.

MANIPULADAS POR	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Comadrona	11	14.86%
Sin Manipulación	63	85.14%
TOTAL	74	100.00%

Notamos en el cuadro número 6 que el 85.14% de las pacientes no habían sido manipuladas antes de su ingreso al hospital.

CUADRO No. 7

Conducta seguida en el Hospital Nacional "Santa Elena" de Santa Cruz del Quiché, en las pacientes que ingresaron por presentar Situación Transversa Abandonada.

CONDUCTA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Versión por maniobras internas y gran extracción pelviana	56	75.68%
Cesáreas	17	22.97%
Partos Espontáneos	1	1.35%
TOTAL	74	100.00%

Podamos determinar por el cuadro anterior que la mayor cantidad de Situación Transversa Abandonada se resolvió por Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana 75.68%.

CUADRO No. 8

Complicaciones ocurridas al efectuar Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana.

Complicaciones	No. de Casos	Porcentaje
Aplicación de Fórceps por retención de cabeza última	1	1.79%
Ruptura Uterina	2	3.57%
Ruptura Uterina, Histerectomía parcial, Shock Séptico, Muerte	1	1.79%
Shock Séptico, Muerte	1	1.79%
Shock Hipovolemico Muerte	1	1.79%
Ruptura Uterina, Histerectomía total	1	1.79%
Endometritis	2	3.57%
Amnioititis	1	1.79%
Ruptura de Pared Vesical anterior	1	1.79%
Ninguna	45	80.36%
TOTAL	56	100.00%

La complicación más frecuente fue la ruptura uterina presentándose 4 casos que nos da un porcentaje de 7.14%. Habiendo ocurrido...

Continuación del Cuadro No. 8

rido además 3 muertes, una por Shock Hipovolemico y dos por Shock Séptico. En el 80.36% no se registro ninguna complicación.

CUADRO No. 9

Complicaciones post-cesárea. Como tratamiento de Situación Transversa Abandonada.

COMPLICACIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Dehiscencia de Herida Operatoria	2	11.76%
Infección de Herida Operatoria	1	5.88%
Endometritis	2	11.76%
Ninguna	12	70.59%
TOTAL	17	100.00%

En el presente cuadro observamos que las complicaciones más frecuentes en el tratamiento de Situación Transversa Abandonada por medio de Cesárea fueron: Las Dehiscencias de Herida Operatoria y la Endometritis.

CUADRO No. 10

Tipo de anestesia aplicada a las pacientes que se les efectuó Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana.

ANESTESIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Raquidea (Clorhidrato de Procaína al 10%)	43	76.79%
General (Pentothal, Thalamonal más O ₂)	7	12.50%
General (Eter más O ₂)	6	10.71%
TOTAL	56	100.00%

El cuadro número 10 nos muestra que la anestesia más utilizada al efectuar la versión interna fue la Raquidea en 43 casos --- (76.79%), y solamente 6 casos se realizaron con anestesia General (eter más O₂), 10.71%.

CUADRO No. 11

Antibiótico más utilizado

ANTIBIOTICOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Penicilina Crista- lina Penicilina -- Procaina	28	38.36%
Penicilina Crista- lina Cloranfenicol	17	23.29%
Penicilina Procaina	7	9.59%
Penicilina Procaina Estreptomicina	6	8.22%
Penicilina Cristali na Cloranfenicol	3	4.11%
Penicilina Cristali na Estreptomicina	3	4.11%
Cloranfenicol Peni cilina Procaina	2	2.74%
Penicilina Cristali na Penicilina Procai na Estreptomicina	2	2.74%
Ampicilina	2	2.74%
Penicilina Cristali- na Penicilina Procai na Cloranfenicol -- Estreptomicina	1	1.37%
Penicilina Procaina	1	1.37%
Tetraciclina	1	1.37%
Tetraciclina	1	1.37%
TOTAL	73	100.00%

Notamos en el presente cuadro que a 73 pacientes de las 74 se les administro antibiótico ya que hubo una que falleció al momento de practicarle la versión. Los antibióticos más utilizados fueron: Penicilina Cristalina=Penicilina Procaina en un 38.36% Seguidos de Penicilina Cristalina=Cloranfenicol=Penicilina Procaina en el 23.29%.

CUADRO No. 12

Pesos de los fetos que se obtuvieron al practicar la Versión por - Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana, como tratamiento de Situación Transversa Abandonada, en el Hospital Nacional - "Santa Elena" de Santa Cruz del Quiché.

Peso del Feto	No. de Casos	Porcentajes
4 a 5 Libras	5	8.93%
5 a 6 Libras	12	21.43%
6 a 7 Libras	24	42.86%
7 a 8 Libras	8	14.29%
Más de 8 Libras	1	1.79%
Sin determinar	6	10.71%
TOTAL	56	100.00%

En el cuadro número 12 observamos que los fetos extraídos en el mayor porcentaje (42.86%), los pesos oscilaron entre 6 y 7 libras, además podemos apreciar que hubo uno que paso de las 8 libras.

CONCLUSIONES

- 1.- La situación trasversa abandonada se presentó más frecuentemente entre pacientes de 26 a 30 años.
- 2.- El 97.30% de las pacientes provenían del área rural del departamento del Quiché. El 2.70% de - municipios del Departamento de Totonicapán.
- 3.- La Situación Transversa Abandonada se presentó - más en las pacientes multíparas.
- 4.- La evolución del prolapso es de más de 12 horas en el 18.92% de los casos. En el 48.65% no se pudo determinar por no existir el dato en las Historias - Clínicas. Por lo que el dato no es objetivo.
- 5.- La Situación Transversa Abandonada, es más común cuando el embarazo es a término.
- 6.- El manejo de Situación Transversa Abandonada más utilizado fue la Versión por Maniobras Internas y - Gran Extracción Pelviana, en un 75.68%.
- 7.- La complicación más frecuente encontrada al efectuar Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana fue la Ruptura Uterina. Con lo cual confirmamos nuestra hipótesis.
- 8.- La muerte materna alcanzó un porcentaje de 5.36%

- 9.- La anestesia aplicada a las pacientes que se les practicó Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana no es la más indicada.
- 10.- En ningún caso se identificó el germen responsable de la infección.

RECOMENDACIONES

- 1.- Practicar la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana, respetando sus condiciones, sus indicaciones, y su técnica correcta, de esta manera las versiones internas no merecerán reproche alguno.
- 2.- Que por medio de los Puestos de Salud que funcionan en el área rural, se eduque a la mujer embarazada, además de llevarle su control prenatal para evitar esta clase de distócias.
- 3.- Que en el Hospital Nacional del Quiché, se utilice la anestesia general (eter más O₂), para disminuir el índice de ruptura uterina que se tiene.
- 4.- Que cada vez que se presente una emergencia de esta naturaleza, sea resuelta por Médico hábil de lo contrario recurrir a la técnica más común, la cesárea.
- 5.- Para los Médicos y Estudiantes responsables del ingreso de las pacientes a la maternidad, del Hospital Nacional del Quiché, que elaboren las historias clínicas con todos sus datos, para contar con un archivo más funcional y que facilite la obtención de información para estudios posteriores.

RESUMEN

De los 74 casos de Situación Transversa Abandonada estudiados en los 7 años, la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana fue la conducta más utilizada en 56 casos que representa el 75.68%. La operación Cesárea en el 22.97% y los Partos Espontáneos en 1.35%.

La complicación más frecuente al efectuar Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana, en el tratamiento de Situación Transversa Abandonada fue la Ruptura Uterina, en 4 casos dándonos un porcentaje del 7.14%.

La muerte materna ocurrió en 3 pacientes, que representan el 5.36%, una defunción se debió a Shock Hipovolemico y dos por Shock Séptico.

El grupo etáreo de las pacientes investigadas osciló entre los 26 a 30 años, el 90.54% presento embarazo a término; además es importante señalar que el 44.69% tenían entre 4 y 6 partos previos.

En cuanto a la evolución del prolapso de miembro superior, el dato no es muy objetivo ya que el 48.65% no se pudo determinar por no existir en la Historia Clínica, y solo en el 18.92% se determinó que la evolución fue de más de 12 horas. Once pacientes fueron manipuladas por comadronas previamente a su ingreso al Hospital.

La anestesia aplicada más frecuentemente fue la Raquídea en 43 casos (76.79%), seguida de anestesia general (pentotal, thalamonal más O₂) 7 casos, y solamente en 6 casos se utilizó la anestesia general (eter más O₂).

La Penicilina Cristalina=Penicilina Procaína; Penicilina Cristalina=Cloranfenicol= Penicilina Procaína, fueron los esquemas de antibióticos más empleados en el tratamiento de la infección en los casos de Situación Transversa Abandonada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beck, Alfred. *Práctica Obstétrica*. 4ta., Ed. México La Prensa Médica Mexicana, 1,963.
- 2.- Benson Ralph, *Manual de Ginecología y Obstetricia* 2da. Ed., México, El Manual Moderno 1,969.
- 3.- Bemart Moragues, Jaime. *Clínica Obstétrica* 8va. Ed., El Ateneo Buenos Aires. 1,960.
- 4.- Dexeno Trias de Bes, José María. *Ginecología y Obstetricia*. Editorial Juventud, España Barcelona. 1,965.
- 5.- Greenhill S.P. *Obstetrics*. W.B. Sanders Company Philadelphia y London 1,965.
- 6.- H. de Tourris=R. Henrici; *Manual de Ginecología y Obstetricia*, Primera Ed., 1,974. Reimpresión 1,978 Toray-Masson S.A. 1,978.
- 7.- Hernández, Luis Rolando. *Situación Transversa Estudio Retrospectivo de 10 años en el Hospital General "San Juan de Dios" (Enero 1,969 - Enero 1,979)*. Tesis Fac., de Medicina. USAC.
- 8.- Hernández Regalado, Julio Francisco. *Situación Transversa Abandonada Conducta Actual*, Tesis Fac. Medicina, USAC. Agosto 1,979.
- 9.- Ibarra, Jorge R. *Consideraciones Sobre Presentación de Hombro*, 1,967 Tesis de Medicina.

- 10.- Martínez, Angel Alfredo. Consideraciones Sobre Situación Transversa (Revisión de 166 casos tratados en la Maternidad del Hospital Roosevelt), Junio de 1,979. Tesis de Fac., de Medicina USAC.
- 11.- Montenegro Pérez Julian. Situación Transversa - Abandonada, Incidencias Causas y Conducta a Seguir. Estudio Preliminar de 10 años en el Depto. de Maternidad del Hospital Roosevelt, Junio de 1,967 Tesis Fac., de Medicina.
- 12.- Morales Sandoval, Julio A. Consideraciones sobre Situación Transversa Revisión de 200 casos tratados en el Hospital Roosevelt, 1,960. Tesis Fac., de Medicina USAC.
- 13.- Ordóñez, Jorge Cruz. Nulipara en Situación Transversa, Agosto de 1,963 Tesis Fac. de Medicina - USAC.
- 14.- Polanco Ruano, Oscar Leonel. Morbilidad y Mortalidad Materno Fetal en la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana. En el Depto. de Maternidad del Hospital Roosevelt, durante 10 años Tesis de Fac. de Medicina. USAC.
- 15.- Schwarz, R. Silvestre Obstetricia. 3ra. Ed. Argentina. Editorial el Ateneo 1,977.
- 16.- Williams, L. Hellman, J. Pritchard. Obstetricia - 14 Ed. Salvat, México 1,978.

- 17.- Willson J.. Robert. M.D., M.S. The Management of Obstetric Difficulties St. Louis The C.V. Mosby Company 1,955.
- 18.- Zuspan P. Frederick. Obstetric and Gynecology American Journal of, Vol. 135, Número 8, Index Number, December 15 1,979.

Veci

Br.

Jorge Rolando Navarrijo Rodas

Asesor.

German Rudy Aguilar Cifuentes

Dr.

Revisor.
Dr. Bienvenido López Pé

Director de Fase III
Carlos A. Waldheim C.

Dr.

Secretario
Dr. Raul Castillo

Dr.

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo