

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MANEJO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
SITUACION TRANSVERSA ABANDONADA EN EL  
HOSPITAL NACIONAL DE SAN MARCOS



BYRON DANIEL CASTILLO PEREZ

MEDICO Y CIRUJANO

# INDICE

INTRODUCCION	1
DEFINICION DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACION	5
OBJETIVOS	6
MARCO TEORICO	7
METODOLOGIA	25
PRESENTACION DE RESULTADOS	30
ANALISIS DE RESULTADOS	39
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
RESUMEN	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
ANEXO	48

# INTRODUCCION

En este estudio se incluyen todas las pacientes ingresadas al departamento de maternidad del Hospital Nacional de San Marcos con el diagnóstico de situación transversa abandonada en el periodo de 1993 a 1997, para determinar su incidencia, frecuencia de rotura uterina, desarrollo de infección, y establecer la mortalidad materno fetal, de esta manera establecer si el manejo clínico fue el adecuado. Para ello se tomaron las variables: EDAD, ESTADO CIVIL, OCUPACIÓN, PARIDAD, CONTROL PRENATAL, PROCEDENCIA, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, INFECCIÓN, MUERTE MATERNA Y PERINATAL.

Se revisó el libro de egresos del servicio de maternidad del Hospital Nacional de San Marcos, de enero de 1993 a diciembre de 1997, obteniéndose el número de historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de situación transversa abandonada, encontrándose 112 casos. Posteriormente se procedió a la revisión de expedientes clínicos, obteniendo de ellos los datos que nos interesaba para anotarlos en la boleta de recolección de datos (anexo 1) y se agruparon en cuadros estadísticos, analizándose en cifras absolutas y relativas, encontrando lo siguiente :

Una incidencia de una paciente con situación transversa abandonada por cada 100 partos con feto único la mayoría eran pacientes multíparas que procedentes del área rural.

La mayoría de pacientes no tuvo control prenatal y de las que si tuvieron

El tratamiento quirúrgico realizado fue la cesárea segmentaria transperitoneal, cesárea corpórea y cesárea +histerectomía.

La mayor complicación encontrada fue la muerte perinatal, seguido de la rotura uterina y la infección.

No se registró ningún caso de muerte materna.

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En la situación transversa el eje longitudinal del feto es perpendicular al eje longitudinal de la madre, por consiguiente el hombro está por encima del estrecho superior lo que provoca que la cabeza descansa en una fosa ilíaca y las nalgas en otra.(4,16,17)

La incidencia de situación transversa encontrada en estudios anteriores demuestra ser uno en cada 200 partos con feto único. Como etiología de situación transversa se encuentra la placenta previa, prematuridad, multiparidad, embarazo múltiple, hidramnios, pelvis estrechas, fetos muertos, anomalías fetales; entre otras.(11,17)

En un embarazo a término con un feto en situación transversa el parto se efectúa mediante la realización de una cesárea para evitar la morbi mortalidad materno fetal.

En la **situación transversa abandonada**, se describe un patrón irregular de trabajo de parto que conlleva a rompimiento de membranas y dilatación cervical con forme avanza el trabajo de parto, las contracciones conducen: a) por parte del *útero a la retracción del cuerpo, la distensión del segmento inferior* (en que

se aloja el feto con parte de su tronco y la cabeza), la inminencia de rotura del útero, y por fin, la consumación de la rotura, con el consiguiente riesgo de muerte materna inmediata por *hemorragia* ó alejada por *infección*; y b) *por parte del feto*, ante la retracción y su compresión consecutiva, a la asfíxia y muerte por anoxia y la infección si el parto se logra.(11,19)

En el Hospital Nacional de San Marcos se atiende un promedio de 230 partos al mes (partos eutósicos, distósicos y cesáreas), lo que hace un número de 2760 partos al año, de acuerdo a lo referido (11), la situación transversa es uno en cada 200; en base a lo anterior se efectuará el cumplimiento de los objetivos propuestos.

## JUSTIFICACIÓN

Si un feto se encuentra en situación transversa, aumenta en gran medida el peligro de complicaciones, tanto para la madre como para el feto, por ello un diagnóstico incorrecto puede traer consigo consecuencias trágicas.

Guatemala es un país en vías de desarrollo con pocos recursos económicos y de baja escolaridad en donde la mujer inicia su vida reproductiva a los 15 años y finaliza a edad avanzada con un número alto de paridad, lo que predispone a las mujeres a tener embarazos con fetos en situación transversa (11,15)

Una mujer embarazada con feto en situación transversa debe ser atendida por personal capacitado, llevar control prenatal adecuado, ser referida a un lugar especializado para la resolución de su embarazo a través del parto vía abdominal, pues de otro modo si no se atiende correctamente el trabajo de parto progresará hasta que finalmente se convierta en una situación transversa abandonada.(4,18)

Por lo anterior, establecer las principales características de éste problema justifica éste estudio.

## OBJETIVOS

### GENERAL:

1. Describir el manejo de las pacientes con diagnóstico de situación transversa abandonada en el Hospital Nacional de San Marcos, durante el periodo de 1993 a 1997.

### ESPECÍFICOS;

1. Cuantificar la incidencia de situación transversa abandonada.
2. Establecer la frecuencia de rotura uterina en pacientes con diagnóstico de situación transversa abandonada.
3. Determinar la frecuencia de infección en pacientes con diagnóstico de situación transversa abandonada.
4. Establecer la mortalidad materna y perinatal en pacientes con diagnóstico de situación transversa abandonada.

## MARCO TEORICO

**SITUACION Y PRESENTACION FETAL.** La *SITUACION* es la relación del eje longitudinal del feto con el eje longitudinal o transversal de la madre. En ocasiones los ejes fetal y materno pueden divergir describiendo un ángulo de cuarenta y cinco grados, lo que determina una situación oblicua, que es inestable y se convierte siempre en longitudinal o transversa en el curso del parto. La *presentación y parte presentada*, es la porción del cuerpo del feto más avanzada dentro del canal del parto o que se halla más próxima a éste y se palpa a través del cuello uterino durante el tacto vaginal. La parte presentada determina la presentación fetal. Por lo tanto en las situaciones longitudinales la parte presentada es la cabeza o las nalgas, constituyendo entonces presentación cefálica o podálica respectivamente. Mientras que en una situación transversa la parte presentada es el hombro.(4,11)

## SITUACION TRANSVERSA

Ocurre cuando el eje longitudinal del feto es perpendicular al materno. Esta situación anormal complica 0.3 a 0.4 % de los partos, con índice promedio de 1:300 partos. En las situaciones transversas el hombro está sobre el estrecho superior, con la cabeza apoyada en una fosa iliaca y las nalgas en otra. El lado de la madre hacia el que se orienta el acromión determina la designación de la situación como acromial derecha o izquierda. El punto guía de la posición es la axila, cuyo cierre señala la posición. Además el dorso que es el punto guía de la variedad de posición, se orienta más frecuente hacia adelante (dos tercios de los casos) que hacia atrás (un tercio de los casos) lo que da lugar a dos variedades de posición: dorsoanterior y dorsoposterior.(7,11,17)

**Incidencia:** Se han señalado distintas cifras de frecuencia para esta situación; en general se acepta que se produce esta anomalía en uno de cada 200 partos, considerando esta cifra al momento en que se efectúa el parto ya que antes del mismo están cambiando constantemente.

**Etiología:** Las causas habituales de situación transversa se pueden agrupar de la siguiente manera:

1. *Maternas:* multiparidad; malformaciones uterinas; estrechez pélvica; tumor previo.
2. *Fetales:* feto prematuro; pequeño; gemelar; anencefálico; hidrocefálico; muerto.
3. *Ovulares:* placenta previa; polihidramnios.

La situación transversa tiene una frecuencia diez veces superior en grandes multiparas que en primigestas, seguido por placenta previa.

**Diagnóstico:** El diagnóstico de situación transversa suele establecerse fácilmente a menudo por simple inspección ya que muestra el eje mayor del contenido uterino en situación transversa.

Al efectuar las maniobras de leopold, la primera maniobra no encuentra polo fetal en el fondo uterino. La segunda maniobra palpa polo podálico en uno de los flancos y polo cefálico en el otro. La tercera y cuarta maniobra encuentran el hueso suprapúbico vacío. Este procedimiento semiológico permite también identificar la ubicación del dorso fetal, el cual puede ser anterior o posterior. El dorso anterior se

palpa como una superficie resistente lisa y algo convexa. Cuando el dorso es posterior, la superficie que se palpa es mas irregular y se palpan los miembros fetales.

El examen vaginal durante el embarazo revela la pelvis vacía. Si la paciente está en trabajo de parto se puede identificar, a través del tacto vaginal, a nivel del estrecho superior, el hombro, que se palpa como una prominencia redondeada, la parrilla costal, el omóplato y las apófisis espinosas de las vértebras.

**Mecanismo y evolución del parto:** El primer concepto que se debe fijar que en la *situación transversa*, al crear la misma una condición de máxima desproporción cefalo pélvica, *no existen posibilidades de parto espontáneo*, pues las escasas y excepcionales circunstancias en que esto último ocurre son tan raras que no puede contarse con ellas en la práctica.

Después de la rotura de membranas, si se abandona a la mujer, el hombro fetal es forzado al interior de la pelvis, prolapsando frecuentemente el brazo correspondiente. Después de cierto descenso, el hombro es retenido por los márgenes del estrecho superior, con la cabeza en una fosa iliaca y las nalgas en otra. Al continuar el trabajo de parto el hombro se encaja firmemente en la parte superior de la pelvis. El útero se contrae entonces de manera vigorosa en un intento infructuoso de superar el obstáculo. Después de cierto tiempo, se eleva cada vez

más un anillo de retracción, haciéndose más notable. La situación se conoce entonces como *situación transversa abandonada*. Si no se trata con prontitud el útero finalmente se rompe y mueren tanto madre como feto.

En ciertas zonas rurales de los países latinoamericanos todavía se sigue observando éste cuadro obstétrico, en ocasiones dos o tres días antes, que ha roto membranas, que un miembro superior del feto y posiblemente el cordón umbilical se han prolapsado por la vagina y el útero tratando de introducir al feto en el canal del parto, desarrolla hiperdinamia lo que lleva consigo rotura uterina, muerte fetal, e incluso muerte materna; esta última se puede producir por hemorragia, infección, shock séptico o hipovolémico.(4,11,17)

Si el feto es muy pequeño y la pelvis es grande, puede producirse un parto espontáneo a pesar de persistir la situación transversa. En estos casos el feto es comprimido con la cabeza forzada hacia el abdomen. Entonces parte de la pared torácica situada por debajo del hombro se convierte en la parte mas baja, y aparece en el canal vaginal, y a continuación la cabeza y el tórax pasan a través de la cavidad pélvica al mismo tiempo, y el feto, que está flexionado sobre si mismo (conduplicato corpore), se expulsa. Este mecanismo es posible únicamente si el feto es muy pequeño y en ocasiones cuando nace el segundo feto prematuro en un embarazo gemelar.

**Pronóstico:** La mayoría de muertes maternas se da en casos **abandonados**, ya que puede haber una rotura uterina espontánea o traumática provocada por una versión y una extracción tardía y no indicada. No obstante aun con la mejor atención las probabilidades de muerte materna aumentan por: 1) asociación frecuente de situación transversa con placenta previa; 2) mayor probabilidad de accidentes con el cordón umbilical; 3) necesidad casi inevitable de una intervención mayor de tipo quirúrgico y 4) probabilidad de infección después de la rotura de las membranas y salida del brazo a través de la vagina.

**Tratamiento:** El tratamiento de la situación transversa antes de término debe ser de observación, dado que en muchos casos hay conversión a presentaciones polares en el trabajo de parto, y ya que la evolución espontánea del parto es excepcional, se comprende que la terapéutica sea operatoria. (1,16,17)

Antes del inicio del parto, o en la fase precoz de éste, con las membranas intactas se puede intentar la versión externa en ausencia de otras complicaciones obstétricas que indiquen la vía abdominal. Si durante el trabajo de parto precoz se puede desplazar la cabeza fetal hacia el interior de la pelvis, debe mantenerse allí durante las siguientes contracciones con el propósito de que se encaje. Hay que monitorizar la frecuencia cardíaca fetal durante ese tiempo. Si estas medidas fracasan debe efectuarse la cesárea. Dado que ni los pies ni la cabeza ocupan el

segmento uterino inferior, una histerotomía transversa baja puede provocar dificultades para la extracción de un feto atrapado en el cuerpo del útero por encima del nivel de incisión. Por tanto generalmente se practica una incisión longitudinal. El tratamiento de *situación transversa abandonada* incluye antibioterapia, fluidoterapia y en caso de ser necesario transfusión. El parto entonces se debe realizar por medio de una cesárea o cesárea con histerectomía. (4,7,9).

# COMPLICACIONES MATERNO FETALES ENCONTRADAS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SITUACION TRANSVERSA ABANDONADA

## 1. ROTURA DEL ÚTERO.

*Frecuencia:* Resulta sumamente difícil establecer la incidencia de roturas uterinas, ya que dependen de numerosos factores. La cifra de 0.3 por 1000 debe haber disminuido. El mayor conocimiento obstétrico, al permitir realizar una mejor profilaxis del accidente, han hecho decrecer significativamente.

*Anatomía patológica:* El papel desempeñado en la rotura uterina por estiramiento excesivo del segmento uterino inferior, con el desarrollo de un anillo patológico de retracción como el que se presenta en la *situación transversa abandonada*. La rotura del útero previamente intacto en el momento del trabajo de parto afecta con mucha frecuencia el segmento uterino inferior adelgazado. La rotura cuando se produce en la vecindad inmediata del cuello uterino, a menudo se extiende transversa u oblicuamente. De ordinario, el desgarró es longitudinal

cuando se produce en la porción del segmento adyacente al ligamento ancho. Aunque se desarrolla principalmente en el segmento uterino inferior, es frecuente que la laceración se extienda cranealmente en el cuerpo del útero, o también hacia abajo al interior de la vagina. A veces también esta lacerada la vejiga urinaria. Después de la rotura completa el contenido uterino escapa hacia la cavidad peritoneal a menos que la presentación esté firmemente encajada, en cuyo caso sólo una porción del feto rebasa el espacio uterino. (1,8,11,19).

*1. Roturas del segmento inferior:* Pueden ser completas o incompletas. Las roturas completas del segmento inferior ocurren más frecuentemente en la región anterior; suelen ser longitudinales, terminando a nivel del anillo de Bandl o prolongándose hasta el cuerpo, o transversales; sus bordes pueden ser lineales o irregulares, lisos o presentar o no aspecto equimótico. En las roturas incompletas, permanece íntegra la capa peritoneal; excepcionalmente es la mucosa la que conserva su integridad.

*2. Roturas del cuerpo del útero:* son por lo general completas; siendo excepcionalmente las incompletas; aquí tanto el feto como la placenta suelen pasar al abdomen.

**Etiología:** Se pueden dividir en determinantes y predisponentes:

1. **Causas determinantes:** a) Entre estas causas se encuentran en primer término el cuadro de parto obstruido, como el que se encuentra en la desproporción cefalo pélvica. b) Los traumatismos sobre el útero. c) Abdomen péndulo muy acentuado ya que la hiperdistensión de la pared posterior del segmento inferior hace que asiente en ésta la rotura.

2. **Causas predisponentes:** Entre estas podemos citar a la multiparidad, la hipoplasia y las malformaciones del útero; las cicatrices de intervenciones anteriores, y procesos inflamatorios agudos o subagudos a nivel del útero.

**Curso clínico:** En la mayoría de casos hay un período prodrómico que anuncia la rotura uterina; por lo que pueden haber síntomas de amenaza de rotura uterina y de rotura consumada.

1. **Amenaza de rotura uterina:**

- Signo de **Bandl:** Se eleva el anillo de Bandl, anillo que puede observarse y palparse fácilmente a través del abdomen, se le ve ascender por encima de su límite en un parto vaginal de tal manera que cuando se acerca al ombligo hay amenaza de rotura.

- Signo de **Frommel:** La tensión de los ligamentos redondos, por ascenso de su inserción en el útero, permite palparlos como dos cordones estirados, que partiendo del mismo útero, se dirigen hacia las fosas ilíacas.

Además de los anteriores hay dolor exagerado por la intensidad de las contracciones en acto de solventar el obstáculo; el feto se palpa con dificultad a través del segmento distendido, con frecuencia se halla sufriendo o muerto por la actividad desplegada del útero.(4,19)

Entre los síntomas y signos vaginales se puede encontrar: a) el cuello sufre un proceso de edematización y cianosis, con aumento de su frialdad; b) puede haber hemorragia externa de sangrado oscuro (signo de **Pinard**); también se encuentra a la paciente intranquila, agitada, angustiada, a veces taquipneica; pero no se encuentran signos de shock.

2. **Rotura consumada:**

Los síntomas locales incluyen: cesación repentina de las contracciones; dolor agudo, que puede señalar el instante de la rotura; el feto si ha pasado al abdomen se palpa muy fácil: el útero se palpa como un tumor duro; hay un pronunciado tenesmo urinario; en casos de rotura incompleta se percibe a través de la pared

abdominal un tumor subperitoneal creciente que responde a un hematoma (signo de Clark)

Entre los signos y síntomas vaginales: la presentación si no ha pasado al abdomen se palpa muy alta y móvil; además se puede percibir al tacto la rotura que si es completa la mano llega hasta el abdomen.(4,19,20)

3. *Síntomas generales:* Sobrevienen una anemia aguda y shock.

**Diagnóstico diferencial:** Si la hemorragia es externa debe diferenciarse de la placenta previa, o desprendimiento de la placenta normo inserta. Si la hemorragia es interna y sobreviene el shock se debe diferenciar de la rotura de una víscera o un vaso del abdomen.

**Tratamiento:** La vida de la paciente depende de la rapidez y eficiencia con que se corrige la hipovolemia y se trata la hemorragia. En la *Rotura Inminente:* Realizar una cesárea. En la *Rotura consumada:* Se debe extraer al feto y placenta; suturar la brecha o efectuar una histerectomía.(1,4,11)

## 2. BACTEREMIA Y SHOCK SEPTICO.

Hay muchas causas de bacteremia entre las pacientes obstétricas, las que podemos recalcar el aborto séptico, la infección puerperal, la pielonefritis, entre otras.

**Etiología:** La mayoría de infecciones pélvicas son polimicrobianas. Con frecuencia las bacterias que causan shock son miembros de la familia de enterobacteracea productora de endotoxinas, especialmente E. coli. Otros microorganismos que con frecuencia causan shock son Streptococos aerobios y anaerobios y especies bacteroides y clostridium.

**Patogenia:** Las endotoxinas son polisacáridos que se liberan por lisis de la pared celular de bacterias gram negativas. Hay probablemente otras sustancias que provocan la liberación de mediadores con activación del complemento, cininas, o del sistema de coagulación. Las **exotoxinas** bacterianas también pueden causar shock y muerte como la exotoxina A de Pseudomona aeruginosa p.

La liberación de mediadores vasoactivos produce una vasodilatación selectiva con mala distribución del flujo sanguíneo. Los leucocitos y la agregación plaquetaria causan el taponamiento capilar. Las lesiones endoteliales vasculares provocan fugas capilares intensas y acumulación de fuga intersticial. Los

resultados finales de esta cascada de eventos fisiopatológicos, causan el **síndrome del shock séptico**.<sup>(9,14)</sup>

**Diagnóstico:** Cuando se sospeche de infección bacteriana grave, deben monitorisarse la tensión arterial y la diuresis. Debe considerarse siempre la posibilidad de un shock séptico, así como un shock hemorrágico cuando halla evidencia de hipotensión y oliguria; y no hay mejoría con la administración de cristaloides intravenosos.

**Tratamiento:** Cuando se sospeche de un shock séptico, el tratamiento inmediato y agresivo debe incluir:

1. Monitorización continua de los signos vitales y la frecuencia urinaria.
2. Perfusión energética de líquidos intravenosos para restaurar el volumen.
3. Administración de fármacos empíricos antibacterianos, seleccionados.
4. Intervención quirúrgica una vez estabilizada la mujer.

Puede requerirse la administración rápida con una cantidad de 4 a 6 l de cristaloides para restaurar la perfusión renal en mujeres gravemente afectadas. Debido a las fugas vasculares, estas mujeres suelen tener hemoconcentración, y si el hematocrito es menor de 30% se administra sangre junto con los cristaloides, para

mantener un hematocrito en 30% o incluso más alto.

Es aconsejable el empleo de antibióticos que incluya un espectro de los patógenos sospechosos y luego realizar cultivos apropiados, que incluyan hemocultivos, junto con muestras de exudados que no estén contaminados con flora normal.<sup>(8,11)</sup>

### 3. INFECCIONES BACTERIANAS POR STREPTOCOCOS DEL GRUPO B

Es frecuente que las mujeres sean portadoras asintomáticas de streptococos del grupo B, especialmente en la vagina y en el recto. Este microorganismo se ha implicado en varios resultados adversos de embarazos, entre los que incluyen patologías como parto prematuro, rotura prematura de membranas, corioamniotitis franca y oculta, así como infecciones fetales y neonatales.

**Sépsis neonatal:** En la septicemia de streptococos del grupo B que caracteriza la edad de inicio precoz, los signos de evolución hacia una enfermedad más grave se desarrollan de 6 a 12 hrs después del parto. Estos signos incluyen *distres respiratorio idiopático*. La tasa de mortalidad cuando el inicio de la morbilidad es precoz se acerca al 25%, siendo peor el pronóstico en neonatos pretermino. Por desgracia, es frecuente que los niños que sobreviven presentan secuelas.

neurológicas aparentemente por hipotensión secundaria a la sépsis.

**Métodos de detección:** No existe un acuerdo generalizado referente a los métodos de detección o tratamiento universal para las grandes portadoras del streptococo del grupo B. Los cultivos continúan siendo sumamente precisos, pero la limitación de su utilización, radica en el tiempo en que se requiere para obtener resultados. (8,10,13,14)

*Recomendaciones para la profilaxis:* Las mujeres que presenten algunos de estos trastornos tienen la posibilidad de beneficiarse mediante la administración de *ampicilina, penicilina G, o eritromicina:*

1. Trabajo de parto prematuro
2. Rotura prematura de membranas (mayor de 24 hrs)
3. Antecedentes de hijos con infección por streptococo del grupo B
4. Fiebre materna y trabajos de parto prolongados por personal no capacitado.

#### 4. MUERTE MATERNA.

Se describe como muerte materna directa a la muerte de la madre debido a complicaciones obstétricas del embarazo, el parto o el puerperio, o a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o una cadena de procesos resultantes de los anteriores. (11,18)

#### 5. OPERACION CESAREA.

Las indicaciones más frecuentes de cesárea con repetición del procedimiento, distocias, sufrimiento fetal siguen siendo la causa más común para la operación cesárea. De ellas las distocias causadas por falta de progreso en el trabajo de parto ocupa el primer lugar. Ninguna de estas indicaciones puede señalarse como causa única del aumento de la tasa de cesáreas.

*Complicaciones maternas:* Las tasas muy bajas de muerte materna (riesgo de muerte por 100 000 partos era 22.3 para la cesárea y de 10.8 para el parto vaginal)<sup>(5)</sup> hacen que se presente mayor atención a las tasas de complicaciones que incluyen infección y hemorragia.

Las complicaciones transoperatorias incluyen lesiones del aparato urinario, algo raro en la primera cesárea pero que se presenta hasta en un 14% de los casos de rotura uterina. La cistotomía es más probable en la cesárea a repetición y en la

cesárea con histerectomía.

*Morbilidad infecciosa:* El tipo mas frecuente de complicación vinculada con la cesárea es la infección. Sin antibióticos profilácticos ocurre endometritis poscesárea en casi un 40% de los casos. Los principales factores de riesgo para endometritis incluyen rotura prolongada de las membranas, trabajo de parto prolongado y numerosas exploraciones vaginales.(2,3,6)

## 6. CESAREA CON HISTERECTOMIA.

Entre las causas se encuentran infección intrauterina; una cicatriz notablemente defectuosa; un útero hipotónico; laceraciones de vasos uterinos mayores; grandes miomas; rotura uterina; carcinoma in situ.

Las *complicaciones* de la cesárea con histerectomía de urgencia se vincula con tasas considerables de morbilidad. Se tiene el riesgo de mayores pérdidas sanguíneas y requerimiento de transfusión cuando se compara con los procedimientos electivos. Los riesgos adicionales incluyen una posibilidad de 8 a 20 veces mayor la transfusión sanguínea; de 3 a 4% de lesiones mayores del aparato urinario.(2,5,9,20)

## METODOLOGIA

### A. TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo.

### B. OBJETO DE ESTUDIO Y UNIDAD DE ANALISIS:

Es el total de expedientes clínicos clasificados como situación transversa abandonada en el periodo de 1993 a 1997 en el Hospital Nacional de San Marcos.

### C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Expedientes clínicos que contemplen el diagnóstico de situación transversa abandonada.

### D. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Expedientes incompletos.

## E. VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
EDAD	Tiempo de vida de una persona.	Tomado del expediente clínico.	Años.	Cuantitativa.
ESTADO CIVIL	Situación de una persona ante su conyugue, plenamente aceptada por las leyes que rigen la sociedad.	Tomado del expediente clínico.	Unidas, Solteras, Casadas, divorciadas, viudas	Cuantitativa.
PROCEDENCIA	Lugar de origen de una persona.	Tomado del expediente clínico.	Área rural, área urbana.	Cualitativa.
PARIDAD	Número de partos de una paciente.	Tomado del expediente clínico.	Primipara, multipara, gran multipara.	Cuantitativa.
OCUPACIÓN	Cargo que desempeña dentro de la sociedad.	Tomado del expediente clínico.	Ama de casa, mucama, obrera, vendedora. otro.	Cualitativa.
QUIEN BRINDA CONTROL PRENATAL	Persona que efectúa examen físico y de laboratorio a una mujer durante el embarazo.	Tomado del expediente clínico.	Médico, Comadrona, Enfermera graduada, auxiliar.	Cuantitativa.
INFECCIÓN	Invasión y desarrollo de agentes patógenos en los tejidos orgánicos ocasionando efectos nocivos	Tomado del expediente clínico.	SI, NO	Cualitativa.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
Tx. QUIRÚRGICO	Atención prestada a un paciente con el objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, aplicando técnicas específicas.	Tomado del expediente clínico.	Cesárea segmentaria, Cesárea corpórea, Cesárea mas Histerectomía	Cualitativo.
ROTURA UTERINA	Interrupción en la continuidad del útero, ya sea por causas obstétricas o accidentales.	Tomado del expediente clínico.	SI, NO	Cualitativo.
MUERTE PERINATAL	Muertes fetales y neonatales, incluyendo abortos tardíos desde la 28 semana de gestación y muertes producidas después de la cuarta semana del nacimiento.	Tomado del expediente clínico.	SI, NO	Cualitativo
MUERTE MATERNA	Muerte de una mujer mientras esté embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del mismo por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o el parto.	Tomado del expediente clínico.	SI, NO	Cuantitativo.

## F. RECOLECCIÓN DE DATOS:

El instrumento de recolección de datos es una boleta en la cual se anotaron los datos de importancia de acuerdo con las variables a planteadas.

## G. ASPECTOS ÉTICOS:

Los datos personales y de identificación son confidenciales, los resultados serán publicados.

## H. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- 1.- Se presenta solicitud de revisión y aprobación de protocolo en la dirección del Hospital Nacional de San Marcos.
- 2.- Se recolectaron los números de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de situación transversa abandonada en los libros de egresos del departamento de Maternidad.
- 3.- Se solicitaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de situación transversa abandonada en el archivo del Hospital.
- 4.- Se recolectaron los datos de acuerdo a la boleta. (Anexo 1)

## I. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

Por ser estudio descriptivo, los resultados obtenidos se presentaran en frecuencia, porcentaje y gráficas para una mejor comprensión

## J. RECURSOS

### a. Físicos:

- Expedientes clínicos con diagnóstico de situación transversa abandonada.
- Archivo del hospital, departamento de Gineco-Obstetricia.
- Hospital Nacional de San Marcos.
- Material de oficina.

### b. Humanos:

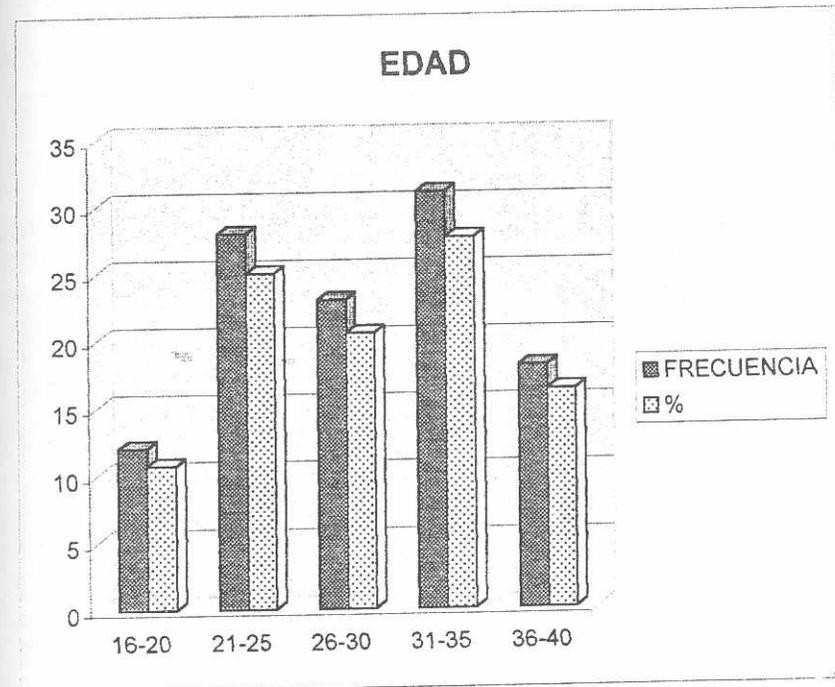
- Personal de diferentes bibliotecas.
- Personal de Archivo y Registro.

CUADRO No.1

EDAD

EDAD	FRECUENCIA	%
16-20	12	10.7
21-25	28	25.0
26-30	23	20.5
31-35	31	27.6
36-40	18	16.2
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>

FUENTE. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

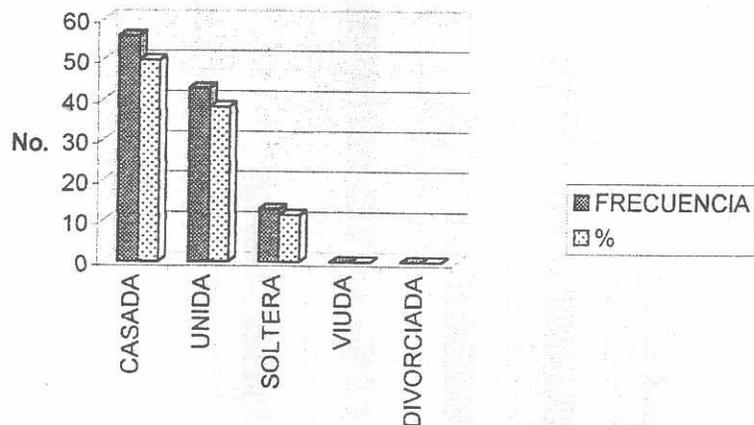
CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADA	56	50.0
UNIDA	43	38.4
SOLTERA	13	11.6
VIUDA	0	0.0
DIVORCIADA	0	0.0
TOTAL	112	100.0

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

ESTADO CIVIL



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

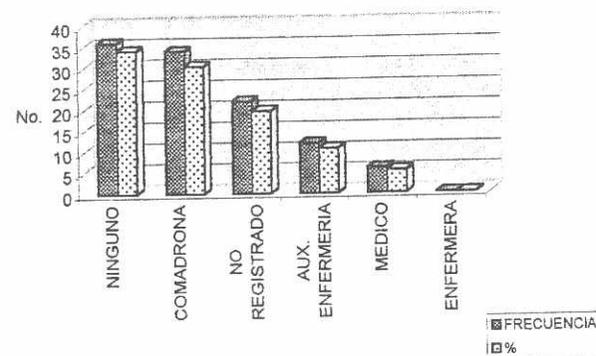
CUADRO No.3

QUIEN BRINDA CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	%
NINGUNO	36	34.1
COMADRONA	34	30.4
NO REGISTRADO	22	19.6
AUX. ENFERMERIA	12	10.7
MEDICO	6	5.4
ENFERMERA	0	0.0
TOTAL	112	100.0

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CONTROL PRENATAL



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 4

PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
AREA RURAL	91	81.3
AREA URBANA	21	18.8
TOTAL	112	100.0

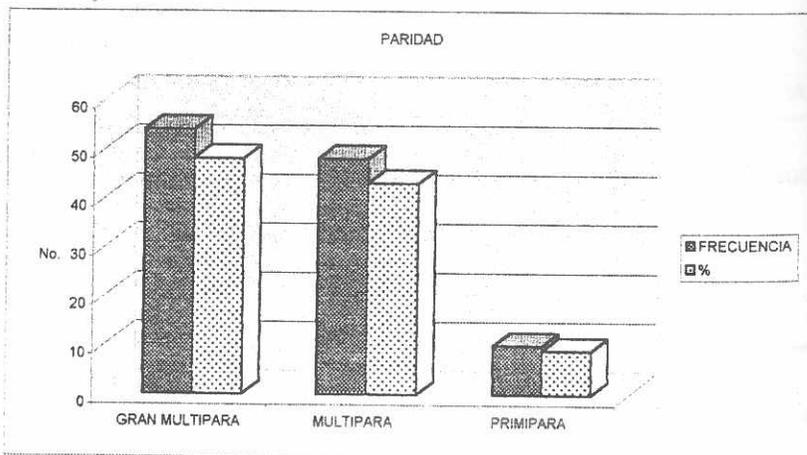
FUENTE. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 5

PARIDAD

PARIDAD	FRECUENCIA	%
GRAN MULTIPARA	54	48.0
MULTIPARA	48	43.0
PRIMIPARA	10	9.0
TOTAL	112	100.0

FUENTE. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.



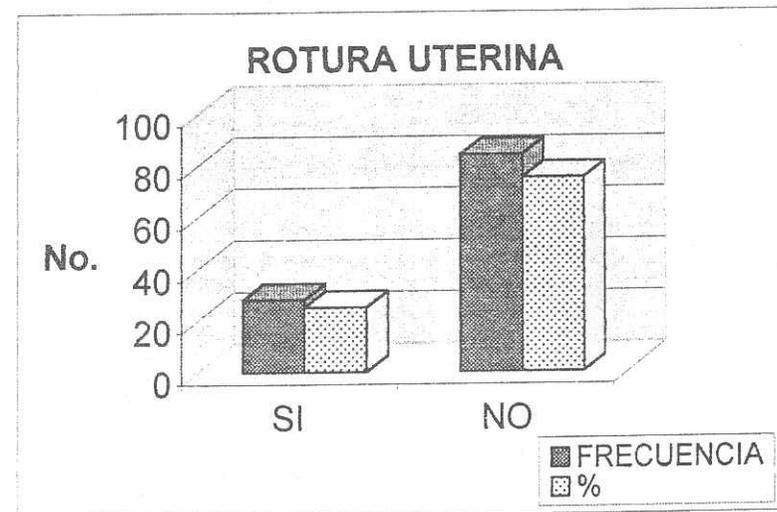
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 6

ROTURA UTERINA

ROTURA UTERINA	FRECUENCIA	%
SI	28	25.0
NO	84	75.0
TOTAL	112	100.0

FUENTE. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.



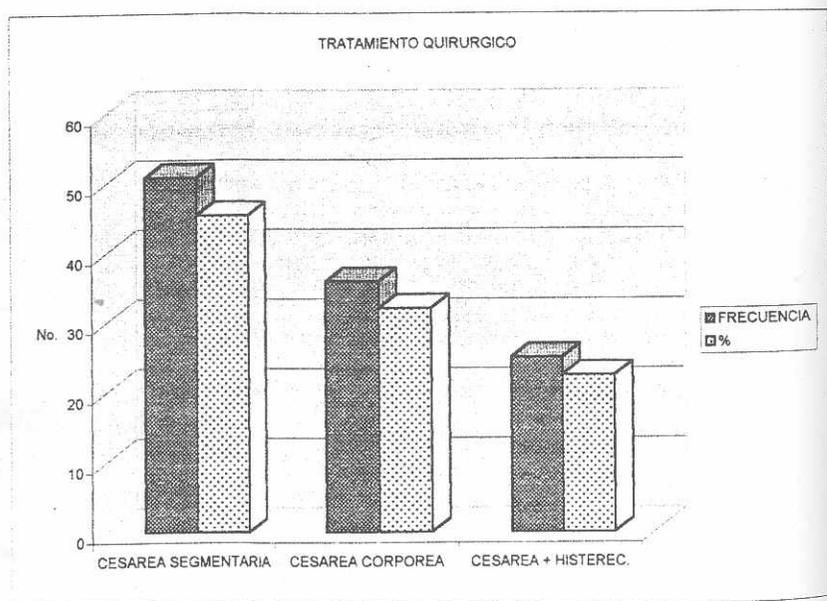
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 7

TRATAMIENTO QUIRURGICO

TX. QX.	FRECUENCIA	%
CESAREA SEGMENTARIA	51	45.5
CESAREA CORPOREA	36	32.1
CESAREA + HISTEREC.	25	22.4
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>

FUENTE. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.



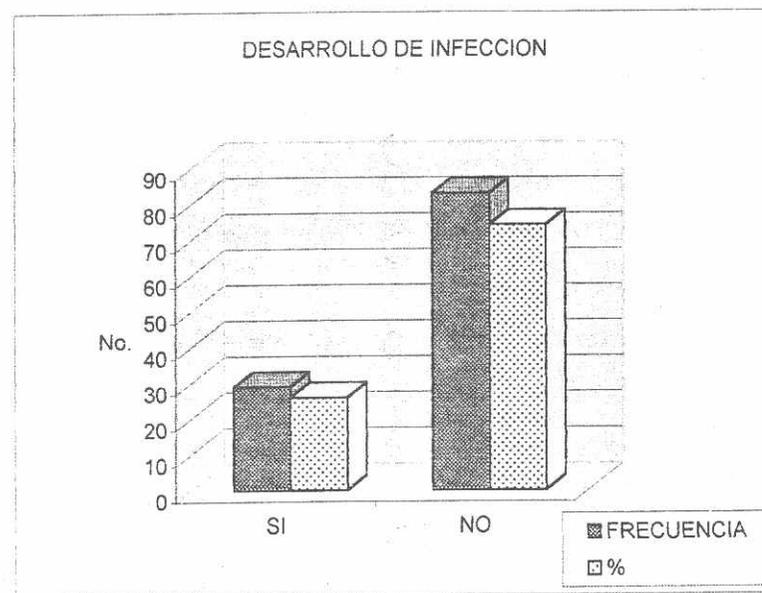
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 8

DESARROLLO DE INFECCION

INFECCION	FRECUENCIA	%
SI	29	25.9
NO	83	74.1
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>

FUENTE. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

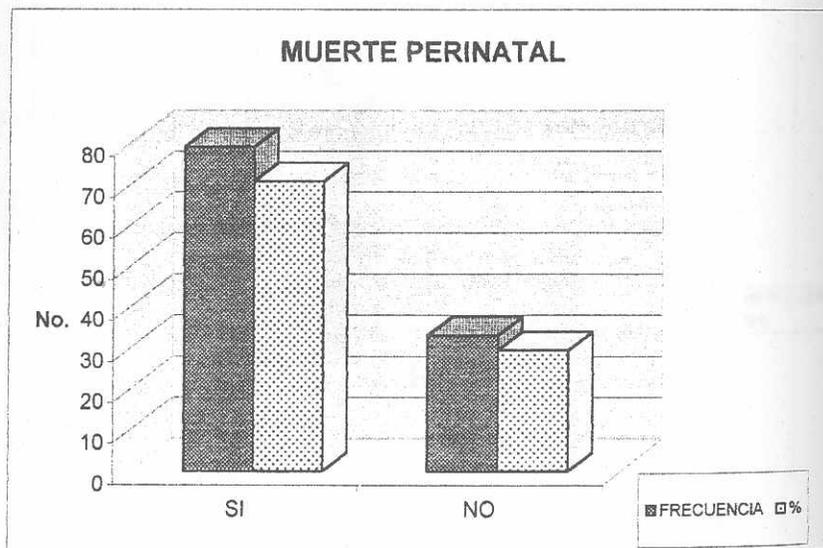


FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 9  
MUERTE PERINATAL

MUERTE PERINATAL	FRECUENCIA	%
SI	79	70.6
NO	33	29.4
TOTAL	112	100.0

FUENTE. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

MORTE MATERNA: NO SE REGISTRO NINGUN CASO DE MUERTE MATERNA DURANTE EL TIEMPO QUE SE REALIZO ESTE ESTUDIO.

## ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente trabajo incluyó un total de 112 casos clasificados como situación transversa abandonada en un periodo de cinco años donde se encontro que : del total de partos (eutósicos, distósicos y cesáreas) que se atendieron en el Hospital Nacional de San Marcos la incidencia de situación transversa abandonada es de uno de cada 100 partos, cifra bastante alta en comparación con la que describe la literatura ya que Williams (11) señala una incidencia de uno de cada 200 partos y afecta a cualquier grupo etáreo de mujeres en edad fértil, ello demuestra que en el país aún se sigue observando este cuadro obstétrico como complicación del embarazo, que se ha descrito afecta a mujeres embarazadas de zonas rurales de países en sub desarrollo, por lo que la población guatemalteca del área rural, en este caso del departamento de San Marcos, tienen poca información sobre algunos aspectos de salud y las mujeres embarazadas no siempre acuden a personas capacitadas para un control adecuado. (cuadro No.4)

La multiparidad es un factor etiológico para la situación transversa y este estudio demuestra que la mayor parte de las pacientes con situación transversa abandonada son multiparas, lo que las predispone a relajación uterina, abdomen péndulo y con ello que puedan desarrollar una situación transversa.

El tratamiento quirúrgico realizado al total de pacientes fue la cesárea, que en su mayor parte fue segmentaria (cuadro No. 7) que contradice lo que describe la literatura ya que por la dificultad de extraer el feto y por ser de emergencia se puede realizar la cesárea corpórea. La cesárea más histerectomía se realizó únicamente a las pacientes con rotura uterina, este tratamiento quirúrgico es una buena opción ya que estas pacientes en su mayoría son multiparas y la rotura es tan grande que se encontró el feto en cavidad abdominal

Entre las complicaciones maternas que se encontraron la sepsis y la rotura uterina ocupan 25.9% y 25% respectivamente, cifras se deben a que la mayoría de pacientes provienen del área rural, han tenido un trabajo de parto prolongado, rotura prematura de membranas y han sido manipuladas previamente transcurriendo mucho tiempo hasta el momento de la consulta.

La muerte perinatal es la complicación fetal mas frecuente (70.6%), en pacientes con situación transversa abandonada, la mayoría son óbitos fetales, que presentaron sufrimiento fetal y posteriormente muerte por anoxia durante el trabajo de parto.

## CONCLUSIONES

- 1.- La situación transversa abandonada en el departamento de San Marcos tiene una mayor frecuencia en multiparas del área rural.
- 2.- La muerte perinatal es la complicación mas frecuente encontrada en pacientes con situación transversa abandonada.
- 3.- No se registró ningún caso de muerte materna en pacientes con situación transversa abandonada.
- 4.- De acuerdo con el tratamiento médico-quirúrgico que se brindo en el Hospital Nacional de San Marcos, a las pacientes con diagnóstico de situación transversa abandonada, el manejo es el mas adecuado.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Concientizar a las pacientes para que acudan a control prenatal en forma periódica y con personas capacitadas.
2. Concientizar a las comadronas para que cuando hagan el diagnóstico de situación transversa abandonada y otra patología obstétrica, las refieran inmediatamente al hospital.

## RESUMEN

El presente estudio es de tipo retrospectivo, el cual trata sobre situación transversa abandonada, el cual se realizó durante un periodo de cinco años (1993-1997) en el departamento de Maternidad del Hospital Nacional de San Marcos, obteniendo 112 casos.

Para ello elaboró una boleta de recolección de datos (anexo 1) para cada expediente clínico y se revisó cada uno llenando los datos pedidos. De los cuales obtuvimos los resultados siguientes:

La mayoría de pacientes oscilan entre los 31-35 años con un 27.6%; y el 50% son casadas.

Con respecto a la procedencia, el 81.3% corresponden al área rural,

Del total de expedientes clínicos revisados, solo en 88 aparece el dato de si tuvieron o no control prenatal. En los expedientes clínicos donde si esta registrado, el 36.1% no llevó ningún tipo de control, el 30.4% tuvo control prenatal con comadrona y solo es 5.4% llevó control prenatal con médico.

La multiparidad es un factor etiológico para la situación transversa abandonada ya que el 48% son gran multiparas,

La complicación más frecuente en pacientes con diagnóstico de situación transversa abandonada, en nuestro estudio es la muerte perinatal con un 70.9%, la rotura del útero con un 25%, y la infección en 25.9%.

El tratamiento quirúrgico realizado a las pacientes con diagnóstico de situación transversa abandonada fue la cesárea que en su mayoría fue segmentaria, y cesárea más histerectomía a pacientes con rotura uterina.

Después de los resultados observamos que el manejo proporcionado es adecuado, que la situación transversa abandonada tiene mayor incidencia en multiparas del área rural y que la mayor complicación es la muerte perinatal.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ralph C. Benson. Manual de Ginecología y obstetricia. Editorial Moderno S.A., México, D.F. 1985. Pp. 398-403.
2. Signorelli O. Cattaruzza M.S. Risk Factors for Cesarean Sections in Italy: Results of a Multicenter Study. Public Health. May 1995. Vol 109. No. 3. Pp. 191-199.
3. Rodríguez Alfredo. P.K. Blunt Versus Sharp Expansion of the Uterin Insicion in Low Segment Cesarean Sections. American Journal of Obstetrics and Ginecology. October 1994. Vol 171. No. 4 Pp. 1022-1025.
4. Shwarcz R. Obstetricia. Editorial Libreria el Ageneo. 5a. Edición. Argentina. 1995. Pp. 451-453, 427-429.
5. Baker E.R. et al Nacimiento por Cesarea y Cesarea con Histerectomía. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana. 1994. Vol 4. Pp. 745-753.
6. Petitti D.B. Maternal Mortality and Morbidity in Cesarean Section. Clinical Obstetrics and Ginecology. December 1985, Vol 28. No. 4 Pp. 763-767.

7. Perkins R.P. Fetal Dystocia. Clinical Obstetrics and Gynecology. March. 1987. Vol 30. NO. 1. Pp. 56-57, 63-64.
8. Summers P.R. Aspectos Quirúrgicos de la Infección periparto. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana. 1994. Vol. 2. Pp. 297.
9. Zolop C.M. et al Emergency Peripartum Histerectomy. May 1993. Vol 168. No. 5. Pp. 1443-1448.
10. Ginn D.A. et al. Rusk Factors for the Development of Preterm Premature Rupture of the Membranes After Arrest of Preterm Labor. October 1995. Vol. 173 No. 4. Pp.1310-1315.
11. Williams. Obstetricia. 4a. Edición. Madrid. 1996. Editorial Masson. Pp.489-492, 591.
12. Behrman R.E. et al Tratado de Pedriatia de Nelson. 15a. Edición. México. Editorial Interamericana. McGraw Hill. 1997. Pp. 605-607.
13. Gordon B. Avery. Neonatologia. 3a. Edición. Editorial Lippincott. 1989. Washington. Pp. 922-927.
14. Baker Carol J. Infecciones por Streptococos del Grupo B. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1987. Vol 2. Pp. 59-69.
15. Algunos Indicadores de Salud. Seleccionados por Departamentos. Vol 1. OPS-OMS. 1996.
16. Cruikshank D.P. Presentaciones Anormales. Tratado de Obstreticia y Ginecología de Danforth. 6a. Edición. México. Editorial McGra Hill. 1990. Pp. 610-612.
17. Pérez A. Presentación de Tronco / Oblicua. Pérez Sánchez A. Obstetricia. 2a. Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterraneo. 1992. Pp. 274-277.
18. Cascante Estrada J.F. et al Morbilidad Materna Directa en Centro America y Panama. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia. Mayo-Agosto 1994. Vol 4. No. 2. Pp. 48-50.
19. Stewart Taylor E. Obstetrics and Fetal Medicine. 10 Edición. Baltimor. 1985. Editorial Sans Tache. Pp. 181-184.
20. Scott James R. Clifford P.G. Hemorragia del Embarazo SAvanzado. Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. 6a Edición. México. Editorial McGraw Hill. 1990. Pp. 610-611.

## BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No. De Expediente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Soltera: \_\_\_ Casada: \_\_\_ Unida: \_\_\_ Viuda \_\_\_ Divorciada \_\_\_

Procedencia:

Área rural: \_\_\_\_\_ Área urbana: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Control Prenatal:

médico: \_\_\_ Auxiliar \_\_\_ Enfermera graduada \_\_\_ Comadrona \_\_\_ Ninguno \_\_\_

Paridad: Primípara \_\_\_ Multípara \_\_\_ Gran Multípara \_\_\_

Rotura Uterina:

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ -

Tratamiento quirúrgico:

Cesárea Corpórea: \_\_\_ Cesárea Segmentaria: \_\_\_ Cesárea + Histerectomía: \_\_\_

Desarrollo de infección:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Muerte perinatal Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Muerte materna: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_