

ESTUDIO CLINICO DE LA SITUACION TRANSVERSA EN EL INPROMI

Dr. JULIO CESAR MUÑOZ SANCHEZ (*)

Dr. RENE CERVANTES BEGAZO (**)

RESUMEN:

Se han estudiado 40 casos de Situación Transversa encontrados en un total de 8,957 partos atendidos en el INPROMI desde el inicio de la atención el 20 de Abril de 1971 hasta el 30 de Junio de 1975, dando una incidencia de 0.45%.

La edad avanzada, multiparidad y escaso control prenatal fueron encontrados en alto porcentaje. La cesárea como método de evacuación uterina se practicó en el 82.5%. La prematuridad alcanzó el 27% y la mortalidad perinatal hospitalaria, el 7.5%. Como factores etiológicos se registraron, Placenta Previa (15%), Distocias de cordón (12.5%) y estrechez pélvica (5%). En general la morbilidad materno-neonatal, fue alta.

INTRODUCCION

La Situación Transversa (S.T.) es una anomalía de mucho interés en la Obstetricia práctica, debido a que puede ser causa de parto operatorio y producir complicaciones más o menos graves, que pueden poner en peligro la vida de la madre y de su producto, por lo que la evaluación de su manejo es importante con el objeto de mejorar la norma de trabajo y disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Este trabajo realizado en el Servicio de Gineco-Obstetricia del INPROMI, tiene la finalidad de conocer las características clínicas de los casos de S.T. presentados en el Servicio, para así ratificar o modificar la norma de manejo de esta complicación.

MATERIAL Y METODOS

El material se ha obtenido de la revisión de Historias Clínicas de todos los casos de S.T. que se han presentado

(*) Médico Cirujano — Ex-alumno de la U.N. M.S.M.

(**) Director del INPROMI — Profesor Principal del Departamento de Gineco-Obstetricia de la U.N.M.S.M.

en el Servicio desde el inicio de sus actividades el 20-4-71 hasta el 30-6-75, encontrándose 40 casos de S.T., de un total de 8,957 partos atendidos.

El método seguido ha sido el de la revisión minuciosa de las Historias Clínicas de estos 40 casos, estudiando la evolución de la madre y de su producto. Además se han agrupado por edad y paridad a todas las pacientes atendidas en el INPROMI con la finalidad de que estas cifras globales sean comparadas con las del grupo en estudio.

RESULTADOS Y DISCUSION

Incidencia.— Hemos encontrado una incidencia de 0.45 %, cifra más o menos promedio, de las referidas por otros autores, ya que informan cifras extremas, como las de Ludmir (8) de 0.26 %, y las de Ramos (14) de 0.71 %, estas diferencias se deben a la falta de acuerdo que existe entre los autores para seleccionar a los fetos en S.T. e incluirlos en sus estudios; así Ludmir (8) no considera a los gemelos, Eastman (5) tan sólo considera a los fetos maduros, mientras que Novey (11), Mongrut (10), consideran a todos los casos, es decir incluyen a gemelos y a los de bajo peso. En nuestro trabajo hemos creído conveniente considerar a todos

los casos, ya que su atención requiere los mismos cuidados y procedimientos que para todos los casos en general.

Edad y Paridad.— En todos los estudios realizados por los autores consultados, en lo referente a edad y paridad, tan sólo toman en cuenta el grupo de pacientes que presentaron S.T. en forma aislada, sin tener en consideración que existen variaciones en cuanto al tipo de pacientes que acuden a determinados centros hospitalarios, por lo que es necesario conocer las cifras globales de las pacientes que acuden al Servicio, durante el tiempo de estudio, agrupándolas por caracteres que puedan sufrir variaciones, como lo es en lo referente a edad y paridad y así poder hacer comparaciones con los datos de las pacientes en estudio, evitando sacar falsas conclusiones.

DISTRIBUCION POR EDADES DE TODAS LAS PACIENTES ATENDIDAS EN INPROMI

Edad	Nº de Pacientes	Porcentaje
Menos 14	33	0.37 %
15 — 19	1573	17.7 %
20 — 24	3390	38.2 %
25 — 29	2110	23.75 %
30 — 34	1037	11.67 %
35 — 39	569	6.4 %
40 — 44	160	1.8 %
44 — Más	12	0.14 %

CUADRO DE INCIDENCIA CON OTROS AUTORES

Autor	Lugar	Año	Incidencia
Botella	España	1968	0.37 %
Guzmán	Mat. de Bellavista	1956	0.51 %
Johnson	U.S.A.	1964	0.30 %
Ludmir	San Bartolomé	1968	0.26 %
Mongrut	H. Empleado	1964	0.45 %
Ramos	H. Militar	1969	0.71 %
Toranzo	T. Empleado	1970	0.33 %
INPROMI		1975	0.45 %

**DISTRIBUCION POR PARIDAD DE TODAS LAS
PACIENTES ATENDIDAS EN INPROMI**

Nº de Partos	Nº Pacientes	Porcentaje
Primíparas	3290	37 %
Segundíparas	2223	25 %
Multiparas	2509	28.25 %
Gran multiparas	862	9.75 %

EDAD

Edad	Nº Casos	Porcentaje
15 — 19	2	5 %
20 — 24	7	17.5 %
25 — 29	14	35 %
30 — 34	8	20 %
35 — 39	5	12.5 %
40 — 44	4	10 %

CUADRO COMPARATIVO CON OTROS AUTORES

Autor	Menores de 30	Mayores de 30
Bravo (Mat. Lima)	64 %	36 %
Johnson (USA)	38.62 %	64.38 %
Ludmir (S. Bartolomé)	57.5 %	42.5 %
Ramos (H. Militar)	37.5 %	62.5 %
Guzmán (Mat. Bellav.)	50.89 %	49.11 %
Toranzo (Empleado)	44.9 %	55.1 %
INPROMI	57.5 %	42.5 %

En nuestro estudio hemos encontrado mayor porcentaje en las menores de 30 años, coincidente con lo reportado por Bravo (1), Ludmir (8), Guzmán (4), mientras que Johnson (6), Toranzo (15), refieren un discreto mayor porcentaje en las mayores de 30 años, ésto debido

probablemente al diferente tipo de población que acuden a los respectivos centros hospitalarios.

Al hacer la comparación entre las cifras totales de parturientas que acudieron a nuestro servicio, agrupadas por edades, con la cifra de pacientes que presentaron S.T., se ha encontrado, en forma sorprendente, que están más propensas a presentar esta distocia las de mayor edad, resultado opuesto al encontrado cuando sólo se toman en cuenta los datos en forma aislada.

PARIDAD

Nº de Partos	Nº de Pacientes	Porcentaje
1	4	10 %
2	13	32.5 %
3	8	20 %
4	4	10 %
5	3	7.5 %
6	3	7.5 %
7	2	5 %
8	2	5 %
9	1	2.5 %

**CUADRO DE PARIDAD COMPARATIVO
CON OTROS AUTORES**

Autor	Primíparas	Multiparas
Bravo (Mat. Lima)	13 %	87 %
Guzmán (Mat. Bellav.)	12.6 %	87.4 %
Johnson (USA)	30.69 %	69.3 %
Ludmir (S. Bartol.)	35 %	65 %
Ramos (H. Militar)	28.57 %	71.43 %
Toranzo (H. Empleado)	26.6 %	73.4 %
INPROMI	10 %	90 %

CUADRO COMPARATIVO ENTRE Nº GLOBAL DE PACIENTES Y Nº PACIENTES S.T.

Edad	Nº Global de Pac.	Nº Pac. S.T.	% Comparativo
15 — 19	1573	2	0.13 %
20 — 24	3390	7	0.21 %
25 — 29	2110	14	0.66 %
30 — 34	1037	8	0.77 %
35 — 39	569	5	0.88 %
40 — 44	160	4	2.5 %
Menores de 30	7106	23	0.32 %
Mayores de 30	1778	17	0.98 %

En lo referente a paridad, apreciamos un alto porcentaje de multiparidad, el mayor referido por otros autores (8), (6), (14), (4), (1), resaltando además que el grupo de las secundíparas constituye un grupo importante comparado con los otros grupos etéreos.

CUADRO DE PARIDAD COMPARANDO N° GLOBAL DE PACIENTE Y N° PACIENTE S.T.

N° de Partos	N° Global de Pac.	N° Pac. S.T.	% Comparativo
Primíparas	3290	4	0.12 %
Segundíparas	2223	13	0.58 %
Multiparas	2509	15	0.6 %
Gran multiparas	862	8	0.93 %

Haciendo esta comparación, apreciamos en forma más clara la mayor incidencia de S.T. en las multiparas y gran multiparas sobre todo, cifra que no resaltaba al estudiarla en forma aislada.

CONTROL PRE-NATAL

	N° de Pacientes	Porcentaje
Controladas	33	82.5 %
No Controladas	7	17.5 %

N° de Controles	N° de Pacientes	Porcentaje
1 — 2	10	25 %
3 — 4	11	27.5 %
5 — 6	5	12.5 %
7 — 8	5	12.5 %
9 — 10	2	5 %

TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL

Trimestre	N° de Pacientes	Porcentaje
Primero	4	10 %
Segundo	10	25 %
Tercer	19	47.5 %

Debido a las características culturales y socio-económicas de las pacientes que acuden a nuestro servicio y que corresponden a la clase media baja y baja en mayor proporción, hay alto porcentaje de pacientes no controladas, o que no cumplen el número de controles considerados como efectivos (3 controles), que sumados al alto porcentaje de las que concurren en el último trimestre para su control, hacen un grupo en el cual no se logra hacer un diagnóstico en forma precoz y por ende no se toman las precauciones necesarias del caso, dando lugar a que las complicaciones sean mayores.

PESO DEL RECIEN NACIDO

Gramos	N° de Pacientes	Porcentaje
1000 — 1449	2	5 %
1500 — 1999	1	2.5 %
2000 — 2499	8	20 %
2500 — 2999	7	17.5 %
3000 — 3499	12	30 %
3500 — 3999	7	17.5 %
4000 — 4449	2	5 %
4500 — más	1	2.5 %

CUADRO COMPARATIVO CON OTROS AUTORES

Autor	Menos 2500	2500 - 3500	3500 - 4500	4500 - Más
Botella	16.26 %	63.5 %	28.28 %	—.—
Ludmir	10 %	32.5 %	57 %	—.—
Ramos	8.93 %	41.07 %	42.86 %	7.14 %
INPROMI	27.5 %	47.5 %	22.5 %	2.5 %

Se ha encontrado alto porcentaje de bajo peso al nacer (27%), mayor de lo referido por otros autores (8), (2), (14), razón demás para que consideremos a este grupo dentro de nuestro estudio, con el fin de ofrecerles los cuidados pertinentes.

TIPO DE PARTO

Tipo	Nº Casos	Porcentaje
Cesárea segmentaria	28	70 %
Cesárea corporal	5	12.5 %
TOTAL CESAREAS	33	82.5 %
Versiones internas	7	17.5 %
Versiones externas	0	0 %

El método de atención por excelencia es la cesárea (82.5%). Las cesáreas corporales se practicaron en cesareada anterior y en casos de placenta previa. Las 7 versiones internas corresponden a 11 gemelar (4 casos), extracción de feto muerto (1 caso) y 2 casos en gran múltiparas que cumplían con las indicaciones de las normas del servicio (17) y que a continuación enunciamos:

Normas:

1. Toda primigrávida a término, con feto en S.T. y en inicio de trabajo de parto, debe ser intervenida por vía alta, previo adecuado estudio del caso.
2. En múltiparas el planteamiento anterior es el mismo, siendo relegadas las versiones internas y gran extracción podálica a los casos específicos de: —11 gemelar y —Múltipara menor de 6 y seleccionada. Siendo esta última posibilidad tomada con bastante recelo, para ser realizada por una persona experimentada. Para practicar una ver-

sión interna, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Feto pequeño
- Dilatación completa del cuello uterino
- Membranas íntegras
- Pélvis amplia
- Anestesia profunda
- Descarte de cualquier factor de partes blandas o de anexos fetales que no aconsejan dicha maniobra.
- Culminada la versión, se procede a la revisión cuidadosa de la cavidad endouterina.

Dada la escasa oportunidad de la versión interna de las nuevas generaciones de Gineco-Obstetras, debería enfatizarse con precisión, además de las indicaciones para este tipo de operación obstétrica, la necesidad perentoria de que ella sea realizada por personal bien capacitado y experimentado en estos menesteres, y en centros que cuenten con facilidades de anestesia y otras condiciones materiales que reduzcan al mínimo sus peligros.

TIPOS DE PARTO COMPARADO CON OTROS AUTORES

Autor	Cesárea	Vaginal
Botella (España)	73.59 %	26.41 %
Bravo (Mat. Lima)	11.34 %	88.66 %
Johnson (USA)	47.52 %	52.48 %
Ludmir (S. Bartol.)	70 %	30 %
Toranzo (Empleado)	90 %	10 %
INPROMI	82.5 %	17.5 %

Nuestros hallazgos son semejantes a los referidos por otros autores contemporáneos (15), (10), (2), (8), pero encontramos marcada diferencia con los referidos por autores de años anteriores (1),

(6), en los que el parto vaginal constituye un alto porcentaje, debido a que consideraban de mucho riesgo a la operación cesárea que con el transcurso de los años y los nuevos elementos de ayuda con que contamos, han hecho de ella el tratamiento de elección.

INDICE DE APGAR

Apgar al 1'	Nº de Pacientes	Porcentaje
1	4	10 %
2	2	5 %
3	3	7.5 %
4	2	5 %
5	3	7.5 %
6	3	7.5 %
7	6	15 %
8	12	30 %
9	5	12.5 %

SUFRIMIENTO FETAL

Casos	Porcentaje
4	10 %

MORTALIDAD PERINATAL

Casos	Porcentaje
3	7.5 %

CUADRO COMPARATIVO CON OTROS AUTORES

Autor	Mortalidad
Bravo (Mat. Lima)	33.3 %
Guzmán (Mat. Bellav.)	27.6 %
Ludmir (San Bartolomé)	10 %
Ramos (H. Militar)	14.28 %
Toranzo (H. Empleado)	10.5 %
INPROMI	7.5 %

COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA S.T.

Complicación	Nº Casos	Porcentaje
R. P. M.	7	17.5 %
Sufrimiento Fetal	4	10 %
Procúbito de cordón	3	7.5 %
Prolapso de cordón	2	5 %
Prolapso de miembro	1	2.5 %
Anillo constrictivo	1	2.5 %

FACTORES ETIOLOGICOS PROBABLES

Multiparidad	90 %
Prematuridad	27.5 %
Gemelar	15 %

FACTORES ETIOLOGICOS DEFINITIVOS

	Casos	Porcentaje
Placenta previa	6	15 %
Circular de cordón	5	12.5 %
Estrechez pélvica	2	5 %

COMPLICACIONES POST PARTO

Complicación	Nº Casos	Porcentaje
Endometritis puerperal	8	20 %
Anemia pos parto	4	10 %
Infección herida operatoria	3	7.5 %
Atonía uterina	1	2.5 %
Infección urinaria	1	2.5 %
NINGUNA	23	57.5 %

INTERCURRENCIAS

	Nº Casos	Porcentaje
Anemia	9	22.5 %
Toxemia leve	6	15 %
Tifoidea	2	5 %
Infección urinaria	2	5 %
Hernia umbilical	1	2.5 %

La morbi mortalidad materna y neonatal es alta, tanto por la S.T. per sé y el tipo de parto operatorio que conlleva, así como por los factores que la desencadenan y sus complicaciones resultantes. Dentro de estos factores se encuentra la placenta previa y las distocias de cordón, que concuerda con la de otros trabajos (8), (15), (14), factores que han determinado un alto porcentaje de recién nacidos deprimidos y además alta morbilidad materna, ya que cuando se presentan, son indicación de cesárea urgente, con todos los riesgos que significa la urgencia de estas intervenciones, además producen severos sufrimientos fetales, incluso con la cesá-

rea. La mortalidad perinatal hospitalaria fue de 7.5%, que es la menor cifra comparada con la de otros autores (4), (8), (1), (15). No se han presentado casos de ruptura uterina ni de muerte materna.

CONCLUSIONES

1. Los factores condicionantes y determinantes de la S.T., excluyendo la prematuridad, parecen ser similares en los distintos países del mundo, así como en nuestro medio, dadas las incidencias reportadas por los autores consultados y la de nosotros: 0.45%.
2. Las probabilidades de hallazgo de una S.T., es mayor en las mujeres de mayor edad y de mayor paridad, sin embargo las cifras relativas al analizar el grupo en estudio, sólo concuerdan con la afirmación anterior en relación a la paridad, no así en cuanto a la edad.
3. Dado que al final lo que interesa es el modo de evacuación uterina que cautela la salud de la madre y el feto, se hace menester incluir en las casuísticas a los prematuros y por ende a los gemelares, sobre todo cuando lo que se desea es buscar el mejor método de manejo para este problema.
4. La cesárea sigue siendo y con mucho, el método de elección para la solución del parto en esta complicación, especialmente si se tiene en cuenta que la capacidad de decisión y la capacidad técnica para el parto vaginal en los pocos casos en que puede indicarse no es uniforme y en algunos casos podría ser puesta en duda.
5. Nuestro estudio reproduce con algunas diferencias, lo que la literatura nacional y extranjera refiere en cuanto a los hallazgos incidentales, complicaciones y morbi-mortalidad perinatal se refiere.
6. El análisis global de la metodología empleada en el manejo de la casuística presentada, demuestra que ésta, con algunos reajustes en cuanto a la oportunidad de decisión para la práctica de la cesárea y en relación al cuidado intra y post operatorio para mejorar la evolución puerperal, pueden seguir siendo utilizados.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BRAVO FLORES OSCAR: Consideraciones generales acerca del parto en presentación y situación transversa del feto, análisis de 150 casos presentados en la Maternidad de Lima. Tesis de Bachiller (1954).
- 2) BOTELLA LLUSIA-CLAVER N.: Tratado de patología obstétrica. II: 535-553 (1972).
- 3) CABALLERO A. y Col.: Conducta del parto en Situación Transversa Act. Gyne. 14, 433 (1963).
- 4) GUZMAN VEGA, MANUEL: Frecuencia del parto en Presentación Transversa en la Maternidad de Bellavista, estudio analítico de 112 casos. Tesis de Bachiller (1956).
- 5) HELLMAN, L.: William Obstetrics 14th Ed. (1971).
- 6) JOHNSON: Transverse presentation of fetus JAMA 187: 642 (1964).
- 7) LARI, ALFREDO: Presentaciones fetales, aspectos clínicos radiológicos. Tesis de Bachiller (1963).

- 8) LUDMIR, A. y BERROCAL, J.: Situación Transversa. Tribuna Médica 4: 1 (1968).
- 9) MERGUER, R.: Manual de Obstetricia Vol. II, 209 (1971).
- 10) MONGRUT, A. y MENDOZA A.: Aspectos clínicos estadísticos de la presentación transversa. Rev. Med. Hospital Empleado Vol. 5 Enero 1965.
- 11) NOVEY, M., SCHNEIDER, M.: Am. J. Obst. Gynec. 41: 253, 1941.
- 12) PARODI RAMIREZ, J.: Distocias en la Maternidad del Hospital Obrero. Tesis de Bachiller 1969.
- 13) POSNER LEWIS, B.: The transverse lie A. J. of Obst. and Gynec. 83: 225 1964.
- 14) RAMOS VASQUEZ, J.: Estudio de la Situación Transversa en el Hospital Militar de Lima 1960 - 1969. Tesis de Bachiller.
- 15) TORANZO NORIEGA, A.: Presentación Transversa en el Hospital del Empleado 1964 - 1969. Tesis de Bachiller.
- 16) URANGA IMAZ: Obstetricia práctica II Ed. 241 1970.
17. NORMAS TECNICAS DE INPROMI.