EL MANEJO DE LA SITUACION TRANSVERSA FETAL

DR. AUGUSTO DÍAZ-INFANTE¹

LA SITUACIÓN transversa del feto y su consecuencia natural y casi constante, la presentación de hombro constituye una complicación obstétrica de singular importancia por su frecuencia y la significada incidencia de mortalidad fetal que lleva aparejada la solución de esta seria complicación del parto. Salvo los casos positivamente excepcionales y que en condiciones muy especiales se resuelven en forma espontánea, su solución requiere siempre de una intervención siendo la versión por maniobras internas y la cesárea las dos intervenciones obstétricas que casi en forma exclusiva se emplean hoy en día para la realización del parto en la situación transversa.

El índice de mortalidad fetal de este problema obstétrico es siempre importante lo que ha llevado a reconsiderar la amplitud de las indicaciones de estas dos intervenciones obstétricas: la versión por maniobras internas y la cesárea, observándose una tendencia general de predominio de la segunda sobre la primera con miras a mejorar substancialmente la amplia mortalidad fetal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó este estudio revisando 4,301 expedientes de partos realizados entre 1963 y 1967 en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto".

No consideramos en nuestro estudio los casos de embarazos gemelares ya que es un hecho generalmente admitido que la versión y extracción del segundo gemelo no ofrece ninguna dificultad y la incidencia de mortalidad es mínima o nula en relación con el procedimiento operatorio.

Tampoco tomamos en cuenta los casos acompañados de placenta previa, pues consideramos que en estas condiciones las normas para su tratamiento son impuestas por esta última circunstancia y no por la situación transversa en sí.

Incidencia. En el periodo de 5 años ya señalado, se atendieron 4,301 partos de los cuales se presentaron 45 casos de situación transversa o presentación de hombro lo que da una incidencia de 1×95 partes o sea el 1.04%.

Esta incidencia es alta comparada con los reportes de los 10 últimos años que oscila entre 1×613 partes⁵ y 1×188 partes.⁴

Esta alta incidencia es explicable si

¹ Académico Correspondiente, Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", San Luis Potosí.

consideramos que el Hospital Central es una Institución que recibe enfermos de amplias zonas circunvecinas y al Servicio de Gineco-obstetricia ingresa un alto porcentaje de distocias siendo los índices de frecuencia muy altos para todas ellas.

Edad. La edad de las enfermas se expresa en la tabla 1.

TABLA 1
EDAD DE LAS PACIENTES

De 15 a 20 años	5	11.1%
De 21 a 30 años	20	44.4%
De 31 a 44 años	20	44.4%

La edad de las pacientes varió entre 15 y 44 años siendo las extremas de 15 años en primíparas y 44 en grandes múltiparas. La incidencia fue igual entre las mujeres de 21 a 30 años que entre las de 31 a 44, seguramente porque entre nosotros la gran multiparidad se observa en mujeres de apenas mediana edad.

Paridad. La paridad varió entre 1 y 13 partos y se expresa en la tabla 2.

TABLA 2
PARIDAD

I	3	6.7%
II a VI	20	44.4%
VII a XIII	22	42.9%

Como se ve tres de estas enfermas eran nulíparas, o sea que la situación transversa ocurrió en el primer parto; este se presentó del II a VI partos en 20 casos y del VII al XIII en 22.

Duración del trabajo de parto. La gran mayoría de las enfermas hicieron

TABLA 3
DURACION DEL TRABAJO
DE PARTO

De 6 a 18 horas	11	24.4%
De 18 a 24 horas	4	8.8%
De 24 a 72 horas	30	66.6%

trabajos de parto de larga duración como se observa en la tabla 3.

Las hemos dividido un poco arbitrariamente en tres grupos, uno de 6 a 18 horas, otro de 18 a 24 horas y otro de 24 a 72 horas, pudiéndose observar que en éste último grupo estuvo el mayor número de las enfermas: 30 o sea el 66.6% de los casos.

Como se dice, este agrupamiento es un poco arbitrario ya que en todos y cada uno de ellos se presentaron productos muertos al ingresar al servicio y el sufrimiento fetal, que se observó en alto índice: 70.5% de los casos, también estuvo comprendido en los tres grupos. Permite sin embargo, reconocer que el trabajo de parto en la situación transversa es comunmente irregular y el trabajo de parto prolongado es de frecuente observación.

Complicaciones asociadas. En nuestro material se observaron las complicaciones que se agrupan en la tabla 4.

TABLA 4
COMPLICACIONES ASOCIADAS

Procidencia de cordón umbilical	6	13.3%
Procidencia de miembro superior	24	53.3%
Hipertonia uterina	8	17.7%
Bolsa rota por más de 6 horas	31	68.8%
Inercia secundaria	3	6.6%

TABLA 5
MORBIMORTALIDAD MATERNA

Mortalidad:	0	0%
Mortalidad:		
Ruptura uterina	2	4.4%
Desgarro de cuello	2	4.4%
Desgarro vagino-perineal	3	6.6%
Hemorragia	3	6.6%
Total	10	22 %

La inmensa mayoría de estas complicaciones estuvieron presentes al ingresar las enfermas al servicio y su presencia puede fácilmente atribuirse a dos hechos fundamentales, el trabajo de parto prolongado y la ruptura prematura de las membranas, hechos que condicionan la producción de la mayoría de ellas.

Tratamiento. En ningún caso se practicó versión por maniobras externas ya que la totalidad de las enfermas fueron atendidas con trabajo de parto establecido donde este procedimiento está contraindicado totalmente.

Se empleó versión por maniobras en 32 pacientes o sea el 71.1% de los casos y la cesárea en 13 enfermas o sea el 28.9% de los casos.

La mortalidad materna se expresa en la tabla 5.

Como se ve, ésta corresponde a la observada cuando se emplea la versión por maniobra internas como procedimiento operatorio en forma predominante. Como resultado de este hecho la ruptura uterina presenta índice alto de incidencia, debiéndose señalar el hecho de que en los dos casos observados y que representan una incidencia de 4.4% de los casos, una se produjo en la extracción de un producto muerto y la otra en producto vivo y que toleró el procedimiento.

La mortalidad fetal se presenta en la tabla 6.

Parece interesante desglosar estos dos últimos cuadros para poder explicar algunas características importantes del material estudiado que justifiquen los resultados en cuanto a la mortalidad fetal.

Los once casos que ingresaron al servicio con producto muerto, fueron resueltos de la siguiente manera: Con versión por maniobras y extracción, 8 casos, o sea el 72.7% y por cesárea tres casos que representan el 27.2%.

TABLA 6
MORBIMORTALIDAD FETAL

Mortalidad:	Muertos intraparto fuera del servicio	11	24.4%
	Muertos intraparto en el servicio	9	20 %
	Muertos post-parto en el servicio	1	2.2%
Total:		21	46.6%
Morbilidad:	Fractura de húmero	2	4.4%
	Luxación de hombro	1	2.2%
	Fractura de clavícula	1	2.2%
Total:		4	8.8%

TABLA 7
TRATAMIENTO EN EL SUFRIMIENTO FETAL

<i>Procedimiento operatorio</i>		<i>Mortalidad fetal</i>		
Versión por maniobras internas	24	70.6%	9	37.5%
Cesárea	10	29.4%	1	10 %
Totales	34		10	29.4%

Treinta y cuatro enfermas que ingresaron con producto vivo y muchas con complicaciones asociadas a la situación transversa, presentaron con gran frecuencia sufrimiento fetal: 70.5% de los casos. Estos se resolvieron como lo expresa la tabla 7.

Como se observa, la relación entre la versión por maniobras internas y la cesárea que se encuentra en el manejo de la totalidad de los casos es prácticamente la misma que corresponde al lote en enfermas con producto muerto y al de las que ingresaron aún con producto vivo.

COMENTARIOS

La incidencia muy importante de esta anormal condición obstétrica, superior a todas las comunicaciones revisadas ha sido explicada ya; es producto de ser este servicio de Ginecobstetricia un verdadero concentrador de distocias que recibe de amplias zonas rurales ya establecidas; teniendo por lo tanto un alto índice de frecuencia todos los tipos de distocia.

La inmensa mayoría de las enfermas ingresaron sin ninguna atención prenatal y la totalidad con trabajo de parto establecido, y en trabajo de parto prolongado, producto ya muerto o sufrimiento materno fetal evidente.

Consecuencia natural y lógica de las precarias condiciones en que ingresaron las pacientes, material de nuestro estudio, son las altas cifras de mortalidad fetal que registramos 40.6% para el total y 29.4% para los casos en que el producto aún estaba vivo a su ingreso.

Si consideramos que la mayoría de las pacientes careció de una adecuada y eficaz vigilancia obstétrica, es decir ingresaron en situación transversa abandonada, la atención recibida indudablemente estuvo fuera de oportunidad y por lo tanto es natural que estas cifras de mortalidad fetal están muy por encima de las que se consideran como ideales en la obstetricia moderna.

El tipo de material clínico objeto de nuestro estudio, es una realidad a la que tenemos que enfrentarnos en nuestro servicio aún hoy día y es conveniente reflexionar sobre el manejo que se les ha dado.

De los once casos de situación transversa abandonada que ingresaron con producto muerto en los cuales el cuidado y la seguridad sólo se debe a la madre, puesto que no hay nada que hacer por el producto, se resolvieron en forma muy preponderante con versión por maniobras internas. No se registró mortalidad materna pero sí se produjo una ruptura uterina, accidente que se

resolvió satisfactoriamente. Seguramente que este caso fue mal seleccionado para versión y debió ser resuelto por cesárea. Sin embargo estos resultados en general pueden considerarse satisfactorios en lo que concierne a mortalidad materna; por lo tanto, no nos parece adecuada la postura adoptada por algunos autores⁶⁻⁷ que indican la cesárea como la única solución de todos los casos de presentación de hombro abandonados y con producto muerto.

En los 34 casos revisados con producto vivo al ingresar al servicio, la versión por maniobras internas se empleó menos frecuentemente que en el manejo de los casos anteriores y el uso de la cesárea consecuentemente fue más amplio aunque sin grandes diferencias, lo que permite reconocer un criterio uniforme para juzgar las indicaciones de uno y otro procedimiento obstétrico. Es necesario señalar a este respecto que los casos fueron manejados por diferentes médicos del servicio y aun por residentes.

Si quisiéramos evaluar los índices de mortalidad fetal dependientes de la versión por maniobras internas seguramente que estos son altos en relación con los señalados en otras comunicaciones de autores mexicanos^{1, 2, 5} pero sin embargo, debemos tomar en cuenta para poder establecer comparaciones, las malas condiciones del producto al ejecutar este método operatorio por lo que el resultado no corresponde exclusivamente a la versión.

No hubo mortalidad materna y la morbilidad para uno y otro procedimiento no ofrece significables aspectos.

La mortalidad fetal para la versión y para la cesárea expresa índices altos, 37.5% y 10% respectivamente. Sin embargo, son comparables a los informados por Gordillo-Fernández,⁴ en estudio realizado en el Centro Materno Infantil "Maximino Avila Camacho", posiblemente porque su material ofrezca cierta semejanza con el nuestro en cuanto a las condiciones maternofetales al ser intervenidos.

Las publicaciones de los diez últimos años revisadas, no numerosas por cierto, ofrecen cifras porcentualmente bajas de mortalidad fetal en el tratamiento de situación transversa y esta reducción se relaciona evidentemente con un amplio empleo de la cesárea: Zoltan,⁷ reporta el 4.4% de mortalidad perinatal empleando la cesárea en el 72.1% de los casos y Kramer y Kally logran un 7.2% con una incidencia de 86.4% de cesárea.

Como se ha podido observar, la relación de cesáreas y versión por maniobras internas comunicada por estos autores es precisamente inversa a la de nuestro estudio, sin embargo no creemos que un cambio así de radical hubiese modificado muy importantemente las cifras de mortalidad fetal, pues un alto porcentaje de los casos llegaron al servicio sin atención y con significado sufrimiento fetal y pensamos que cualquier procedimiento obstétrico que se emplee en estas condiciones ha perdido grandemente su eficacia y necesariamente ofrecerá malos resultados que no dependen del procedimiento mismo, si no por su empleo fuera de oportunidad.

No obstante, sí consideramos que el

empleo más generoso de la cesárea en el manejo de nuestros casos hubiera mejorado sensiblemente las cifras de mortalidad infantil.

A la luz de los resultados conocidos por este trabajo por las comunicaciones revisadas, consideramos que el manejo de la situación transversa del feto debe realizarse de acuerdo con los siguientes lineamientos.

a) Diagnóstico oportuno.

b) Vigilancia cuidadosa del trabajo de parto para reconocer en su iniciación las complicaciones que suelen agregarse: ruptura prematura de membranas, procidencia de miembros o cordón umbilical, hipertonía y contractura uterina, etc., que obliga a actuar de inmediato.

c) Ante la inminencia de sufrimiento fetal o a su iniciación, decidir terminar el parto valorando el caso individualmente: si existen las condiciones indispensables para realizar la versión, efectuarlas; en caso contrario, recurrir de inmediato a la cesárea.

d) En medicina las normas genera-

les y absolutas de tratamiento no son operantes por lo que pensamos que cada caso debe ser valorado individualmente y resuelto conforme a sus particulares condiciones, por el procedimiento obstétrico que ofrezca la mayor seguridad tanto para la madre como para el producto.

Consideramos que el empleo más liberal de la cesárea es el único medio de mejorar la mortalidad fetal en esta seria complicación obtétrica, siempre que se llegue a ella con oportunidad.

REFERENCIAS

1. Berlioz, R.: *Ginec. Obstet. Mex.* 16: 231, 1961.
2. Díaz Infante, A.: En *Temas selectos de Gineco-Obstetricia*. Gutiérrez Muriello, E. y Vázquez Benítez, E. Eds. México, 1967.
3. Garber, E. C. y Morrison, R. H.: *Sinop. Obst. Gin.* 3: 570, 1956.
4. Gordillo Fernández, J.: *Ginec. Obstet. Mex.* 18: 423, 1963.
5. Karchmar, G.: *Ginec. Obstet. Mex.* 16: 21, 1961.
6. Kramer, J. y Kally, T.: *Am. J. Obst. Gynec.* 80: 291, 1960.
7. Zoltan, I.: *Sinop. Obst. Gin.* 7: 479, 1960.