

VERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

*Algunas Consideraciones sobre presentación
Podálica en nuestro medio Hospitalario*

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por

JOSE ANTONIO CHAVEZ SALAZAR

interno, por oposición de los siguientes servicios: 1^a Sala de
ternidad, 3^a Sala de Medicina de Hombres, en el Hospital Ge-
ral. Ex-interno, de la Sala de Ginecología y Servicio de Aisla-
ento en el Hospital San José. Ex-practicante de las Consultas
Prenatal, Medicina General y Cirugía General, en el Hospital
General. Ex-asistente de Residente del Servicio de Emergencia,
en el Hospital General.

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.



GUATEMALA, FEBRERO DE 1956.

SUMARIO:

roducción.

meralidades:

- 1º—Incidencia;
- 2º—Gravidez y Paridad;
- 3º—Edad;
- 4º—Antecedentes Obstétricos; y
- 5º—Antecedentes del Embarazo Actual.

Datos de Examen:

- 1º—Talla y Peso; y
- 2º—Condiciones del Canal del Parto.

Diagnóstico:

- 1º—Epoca del Diagnóstico;
- 2º—Diagnóstico de Presentación, Posición, Variedad de Posición y Variedad de Presentación; y
- 3º—Diagnóstico de la Naturaleza del Embarazo.

Resolución del Caso:

- 1º—Epoca del Parto;
- 2º—Resolución Obstétrica del Caso;
- 3º—Duración del Trabajo del Parto;
- 4º—Anestesia y Analgesia;
- 5º—Complicaciones del Parto;
- 6º—Niños; y
- 7º—Circunstancias Concomitantes.

Mortalidad y Morbilidad Fetal:

- 1º—Mortalidad fetal; y
- 2º—Morbilidad fetal.

Mortalidad y Morbilidad Materna:

- 1º—Mortalidad Materna; y
- 2º—Morbilidad Materna.

Anomalías Ovulares, Fetales y Maternas:

- 1º—Anomalías Ovulares;
- 2º—Anomalías Fetales; y
- 3º—Anomalías Maternas.

Etiología.

Conclusiones.

Bibliografía.

INTRODUCCION

El presente trabajo de Tesis estudia las Presentaciones Podálicas efectuadas en el Centro Materno Infantil en 10,000 partos consecutivos efectuados durante el tiempo comprendido del 1º de mayo de 1953, al 9 de noviembre de 1955 pasado. Durante este tiempo, 294 pacientes tuvieron partos en Presentación Podálica, de ellas, nos fue posible analizar 284, ya que las otras 10, que también tenían el diagnóstico de Presentación Podálica, no nos fue posible obtener las observaciones clínicas.

De las 284 pacientes analizadas, 47 presentaban embarazos gemelares, lo que da un número total de nacimientos, de 331 niños. De las 47 pacientes con embarazos gemelares, 10 tenían dos fetos en Presentación Podálica, lo que da un total de 294 Presentaciones Podálicas. Toman-do en consideración que 6 fetos de los embarazos gemelares tuvieron parto en Podálica, por Versión Interna y Gran Extracción, y a dos embarazos simples se les hizo Maniobra de Braxton Hicks, el número de partos en Podálica de nuestra serie, llega a un total de 302.

La imposibilidad de obtener las 10 observaciones de pacientes que indicamos anteriormente, nos obliga a excluirlas de nuestro trabajo y a utilizar para nuestros cálculos solamente las 284 pacientes cuyas observaciones analizamos con cuidado.

El estudio de nuestro ambiente médico es importan-tísimo, el análisis de nuestras condiciones propias, a través de observaciones clínicas de nuestros hospitales, es de sumo interés. Ambas cosas contribuyen al conocimiento de nosotros mismos y son el principio o base de la Medicina Guatemalteca. Esa es la razón primordial por la cual hemos creído útil nuestro estudio.

Las pacientes que asisten al Centro Materno Infantil, son de niveles socio-económicos y raciales diversos, consideramos que ellas pueden muy bien representar nuestras condiciones y ser un promedio de nuestro ambiente nacional. De tal manera que el estudio efectuado por nosotros en un ambiente hospitalario, podría ser considerado como el ambiente general de la República.

GENERALIDADES

1º—INCIDENCIA:

La frecuencia de las Presentaciones Podálicas en nuestro estudio, arroja un porcentaje de 2.94%, muy similar al dado por De Lee Greenhill, en su Tratado de Obstetricia, que considera un 3%. Sin embargo, los autores que han estudiado distintas series en los Estados Unidos, dan números ligeramente diferentes; así, por ejemplo: Herbert E. Schmitz, y colaboradores, en el Hospital de Maternidad Lewis Memorial de Chicago, en estudio de 38,962 partos, encontraron 1,544 partos en Podálica, que dan un porcentaje de 3.9%; y L. A. Calkins de la Universidad de Kansas, hace notar la variabilidad de frecuencia de Presentaciones Podálicas en Hospitales, debido posiblemente al envío de dichas presentaciones a los hospitales, por considerarlas distócicas en lugar de atenderlas a domicilio, y así, analizando dos series, obtiene 5.1% en la primera, y 3.8% en la segunda; ambas series son del mismo hospital. Él considera, en 4% la incidencia correcta en los Estados Unidos.

2º—GRAVIDEZ Y PARIDAD:

Los autores están de acuerdo, que los partos en Presentación Podálica, son más frecuentes en multiparas que en primíparas, consideran la multiparidad como una de las

causas productoras de estas presentaciones. En nuestra serie de 294 pacientes, tuvimos la oportunidad de estudiar 244, de las cuales, 83 fueron primíparas y 201 multiparas, agrupadas así:

| | | | |
|-----------|----------|------------|---------|
| 1 parto: | 63 casos | 7 partos: | 4 casos |
| 2 partos: | 42 casos | 8 partos: | 6 casos |
| 3 partos: | 35 casos | 9 partos: | 6 casos |
| 4 partos: | 23 casos | 11 partos: | 1 caso |
| 5 partos: | 13 casos | 12 partos: | 1 caso |
| 6 partos: | 7 casos | | |

Por lo tanto obtenemos los siguientes porcentajes:

| | | |
|-------------|-----------|--------|
| Primíparas: | 83 | 29.23% |
| Multiparas: | 201 | 70.77% |

Las 83 primíparas, pueden ser clasificadas, desde el punto de vista de gravidez, así: 66 Primigestas y 17 Multigestas, cuyos embarazos anteriores no habían llegado a partos. Estos últimos casos, son los siguientes:

- 2 casos por Cesárea anterior.
- 1 caso por Embarazo Ectópico anterior.
- 14 casos por Abortos anteriores.

3º—EDAD:

Las pacientes analizadas, varían entre las edades de 16 y 46 años, resultando una edad mediana de 25.4 años. Agrupadas en quinquenios resultan así:

| AÑOS | CASOS |
|------------------|-------|
| De 15 a 20 | 48 |
| De 21 a 25 | 103 |
| De 26 a 30 | 70 |
| De 31 a 35 | 34 |

| | |
|-------------------|----|
| De 36 a 40 | 23 |
| De 41 a 45 | 2 |
| De 45 y más | 1 |
| TOTAL: 281 | |

Los tres casos que faltan, no fueron reportados en su edad, en las observaciones médicas.

Es posible que la edad, aumentando la flaccidez o relajación del útero, con los embarazos anteriores, en las multíparas o disminuyendo la elasticidad de la fibra muscular uterina, en las primíparas añosas, ejerza algún efecto predisponente en la producción de partos en Podálica.

4º.—ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

Al estudiar los antecedentes obstétricos de todas las pacientes, encontramos los datos que describimos a continuación.

Abortos: 71 pacientes, presentaban antecedentes de abortos, en embarazos anteriores, como sigue:

| | |
|----------------------------|----------|
| 1 aborto anterior | 45 casos |
| 2 abortos anteriores | 14 casos |
| 3 abortos anteriores | 9 casos |
| 4 abortos anteriores | 3 casos |

Una de las pacientes con antecedentes de dos abortos anteriores, tuvo dos abortos gemelares.

Sólo una paciente, tenía como antecedente, una amenaza de aborto, en alguno de sus embarazos anteriores.

Embarazo Ectópico: Sólo una paciente, había tenido un embarazo ectópico anterior.

Partos en Podálica: Nueve pacientes de la serie estudiada, habían tenido partos anteriores en Presentación Podálica, de éstas:

7 casos 1 parto podálico anterior; y
2 casos 3 partos podálicos anteriores.

De las 7 pacientes con antecedentes de un parto en Podálica, dos habían sido con niño muerto, sin causa aparente.

Embarazos Gemelares: Embarazos Gemelares anteriores, se encontraron en 3 pacientes de la serie, éstas tenían antecedentes de un Embarazo Gemelar.

Distocias: En 8 pacientes, existía el antecedente de aplicaciones de forceps, de las cuales, 1 caso tenía 2 aplicaciones y 7 el antecedente de sólo una aplicación. Las causas que determinaron la intervención no se encuentran especificadas, salvo en un caso, que se aplicó por agotamiento materno. En otro caso se encuentra la anotación de partos distócicos, sin explicación alguna.

Antecedentes de Operación Cesárea.—Se encontraron 11 pacientes, de las cuales, 6 tenían antecedentes de una Cesárea anterior, y una, 2 Cesáreas anteriores.

Las causas de Cesárea, fueron: dos por presentación transversa, una por placenta previa y una por estrechez pélvica; los otros casos, no tenían anotación de razón que les explicara.

Antecedentes de Partos con Niño Muerto: El estudio de las Observaciones Clínicas, en Antecedentes Obstétricos, nos da: 16 casos de partos con Niño Muerto, de los cuales, 12 tuvieron anomalías fetales; 1 por circulares del cordón al cuello fetal, y el resto sin causa determinada. Es posible que las muertes de niños sin causa determinada, hayan sido producidas por desproporción céfalo-pélvica, lo que haría pensar en estrecheces pélvicas relativas.

Anomalías Congénitas: Las observaciones estudiadas, dan 4 anomalías congénitas, como antecedentes en partos anteriores, 2 hidrocéfalos, 1 anencéfalo y 1 espina bífida. Es probable, que hayan existido algunas otras anomalías

de menor importancia, que no fueron anotadas en las observaciones médicas.

5º—ANTECEDENTES DEL EMBARAZO ACTUAL:

Los análisis de la historia del embarazo, y de la evolución de los controles prenatales, de las 284 observaciones médicas, nos permiten hacer las siguientes consideraciones:

Pacientes sin Control Prenatal: Se encontró, 14 enfermas que no asistieron a la consulta prenatal, llegando a la hora del parto con Presentaciones Podálicas.

Hemorragias Vaginales: Cuatro pacientes, presentaron hemorragias vaginales de poca intensidad, en la historia de su embarazo, de las cuales, una tuvo en 8^a semana, otra en la 12^a, una en la 29^a semana y otra en la 38^a semana del embarazo.

Las dos primeras pacientes, podrían clasificarse como amenazas de aborto, y las dos últimas, se pueden considerar, con el diagnóstico de sospecha de inserción baja de la placenta, de las cuales, en una se comprobó por Rayos X durante el alumbramiento.

Hidramnios: Nueve pacientes presentaron hidramnios durante su embarazo, habiendo terminado 6 casos en parto prematuros y 2 a término. 3 niños, no fueron pesados por haber nacido muertos, dos por anomalías congénitas y otras sin causa determinada. Resultan 11 niños, en total, debido a que dos partos, fueron gemelares.

Toxemia: Ocho pacientes de la serie, tuvieron pre-eclampsia, y una de ellas, hizo eclampsia en las 39 semanas del embarazo.

Muerte Fetal in-Utero: Cinco casos, fueron diagnosticados en el prenatal, como óbitos fetales, la causa determinante, no pudo ser dilucidada a la hora del parto.

Edemas en miembros inferiores: Ocho señoritas, presentaron edemas de cierta consideración en las miemb

inferiores, sin presentar otros síntomas o signos, que hicieran pensar en pre-eclampsia.

Versión por Maniobras Externas: Se hizo versión por maniobras externas, en 18 pacientes de la serie; en 7 casos, entre la 33 y 36 semanas del embarazo, en 5 pacientes, entre la 38 y 39 semanas y en 6 no se encuentra estipulada la edad del embarazo. En todos los casos, la versión fue infructuosa. En tres pacientes, se repitió el intento de versión, sin resultado favorable.

El fracaso de la versión por maniobras externas en todos los casos analizados, no orienta, en relación al éxito de la maniobra, ya que los resultados con éxito, producen partos cefálicos no analizados en el presente trabajo.

DATOS DE EXAMEN

1º—TALLA Y PESO:

Las tallas de las pacientes analizadas, variaron de 118 cms. y 172 cms., resultando una talla promedio de 151.33 centímetros.

Los pesos de dichas pacientes, oscilaron entre: 81 libras y 177 libras. Con un peso medio de 116.66 libras.

2º—CONDICIONES DEL CANAL DEL PARTO:

Las observaciones clínicas de los casos presentados, no demuestran ninguna anomalía desde el punto de vista de partes blandas del canal del parto. Una paciente, que fue resuelto su caso, por operación cesárea, presentaba fibromatosis uterina, es posible, que nódulos fibromatosos, se hayan encontrado a nivel del segmento o cérvix por delante de la presentación.

El canal óseo del parto, es decir, la pelvis, fue estudiada en 52 casos, por estimación pélvica, obteniendo los siguientes resultados:

| | |
|---------------------------------|----|
| Pelvis compatibles | 44 |
| Pelvis dudosas | 2 |
| Estrechez pélvica | 2 |
| Pelvis antropoide | 1 |
| Pelvis Plana | 2 |
| Pelvis Androide-Ginecoide | 1 |
| TOTAL: 52 | |

Se resolvieron con parto espontáneo, las dos pelvis dudosas, y una de las pelvis estrechas. Se resolvieron con operación cesárea, una estrechez pélvica, las pelvis planas y la androide-ginecoide.

Las pelvis estudiadas, pertenecían a 42 primíparas y 10 multíparas. Llama la atención que no se ha hecho la estimación pélvica en 41 primíparas, especialmente, si se considera la concomitancia de presentación podálica. En el estudio de las 41 primíparas sin estimación pélvica, se encontró, que 9 pacientes, tuvieron partos gemelares, de donde, los niños nacidos sumaron 50; de los cuales:

| | |
|---|----|
| Nacieron a término | 20 |
| Nacieron prematuros | 23 |
| Reportados sin peso, por haber nacido muertos | 7 |

Nacieron muertos, debido a:

| | |
|--------------------------------------|---|
| Macerados e hidrocéfalos | 3 |
| Macerado | 1 |
| Anencéfalo y con espina bífida | 1 |
| Por procedencia de cordón | 1 |
| Prematuro, sin causa conocida | 1 |

Estudio Radiológico: De las pelvis estimadas, 10 casos, se complementaron con Radiografía, con los siguientes resultados: 9 pelvis compatibles y 1 pelvis estrecha, la cual se resolvió con operación cesárea.

DIAGNOSTICO

1º—EPOCA DEL DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de Presentación Podálica, fue hecho en la consulta prenatal, mientras se controlaba su embarazo, en 104 casos; en 110 casos durante el trabajo del parto; y en 68 casos, a la asistencia del parto. Para confirmar el diagnóstico de Presentación Podálica, 39 señoras fueron radiografiadas durante el embarazo y 13 a la hora del trabajo del parto. Como se puede apreciar, suman 282 casos, y fueron estudiadas 284 pacientes, pero dos no tenían apuntados datos, que nos informara la Epoca del Diagnóstico.

2º—DIAGNOSTICO DE PRESENTACION, POSICION, VARIEDAD DE POSICION Y VARIEDAD DE PRESENTACION:

Presentación y Variedad de Presentación: Las 284 observaciones clínicas estudiadas en relación a variedad de presentación, nos dan 167 Presentaciones Podálicas completas y 64 Podálicas incompletas, de las cuales 56 son incompletas variedad de nalgas y 8 incompletas variedad de pies; las 61 pacientes restantes, no tienen variedad de presentación anotada. La diferencia entre el número de casos y número de presentaciones podálicas, se debe a la existencia de 10 embarazos gemelares, con dos presentaciones podálicas cada uno.

La relación en porcentaje entre ambas clases de presentaciones es:

| | |
|-----------------------------|--------|
| Podálicas completas | 57.19% |
| Podálicas incompletas | 21.92% |
| Casos indeterminados | 20.89% |

Esta relación, no es exacta, ya que tenemos una diferencia de 61 presentaciones, sin diagnóstico de variedad de presentación.

El análisis sobre 1.512 casos hecho en el Lewis Memorial de Chicago, por Herbert E. Schmitz y colaboradores, dan un porcentaje de 89% para las completas y 11% para la variedad de nalgas.

Posición y Variedad de Posición: Nuestros casos, en relación a Posición y Variedad de Posición, pueden agruparse como sigue:

| | CASOS |
|---------------------------------|-------|
| Izquierdas anteriores | 128 |
| Izquierdas posteriores | 9 |
| Derechas anteriores | 49 |
| Derechas posteriores | 5 |
| Izquierdas transversas | 1 |
| Izquierdas indeterminadas | 1 |
| Derechas indeterminadas | 1 |
| Indeterminadas | 87 |
| <hr/> | |
| TOTAL: 281 | |

Un caso no se incluyó, por ser un parto gemelar, uno en S.I.D.A., y el otro en A.I.A.

3º—DIAGNOSTICO DE LA NATURALEZA DEL EMBARAZO:

Entre los casos estudiados, 47 fueron embarazos gemelares, de los cuales 26 tuvieron diagnóstico de cefálica y podálica; 8 de podálica y cefálica; 10 de dos podálicas;

1 de podálica y transversa y 2 de presentación podálica indeterminada.

Por lo tanto, 235 casos fueron embarazos simples y 47 gemelares, lo que da un porcentaje de 83.34% para los embarazos simples, y de 16.66% para los gemelares. Esta relación, naturalmente es mucho mayor que la de un gemelar por cada 85.2 embarazos dada como frecuencia promedio de los embarazos gemelares, por Greulich.

RESOLUCION DEL CASO

1º—EPOCA DEL PARTO:

Casi todos los autores, están de acuerdo en que el Parto Podálico ocurre, en general, en menor edad de Embarazo que el Parto Cefálico. Sigrid Daae Blegen, de la Universidad de Oslo, dice que la frecuencia de prematuros nacidos durante los años de 1930 a 1934, en Oslo, fue de 6.7%. La frecuencia de prematuros nacidos vivos en esa misma cantidad de partos, fue de 5.4%; y 47.7% la incidencia de los nacidos muertos. Es fácil notar, que la Premadurez aumenta considerablemente la mortalidad fetal.

En nuestro estudio, no se pudieron obtener suficientes datos sobre la edad del embarazo en que ocurrió el Parto Podálico, para obtener cifras concluyentes. Se recurrió a dividir los niños nacidos, en prematuros y a término, según su peso.

Los 312 niños nacidos que reportan su peso, se clasifican en la forma siguiente:

| | | |
|------------------|-----|-------------------|
| Prematuros | 147 | 47.12% |
| A término | 165 | 52.88% |
| <hr/> | | TOTAL: 312 |

Se tomó como peso límite entre ambos, el de 5 libras y media. Este porcentaje es alto, en comparación a los que indican otras estadísticas, analizando la relación Prematuros a niños a Término. Debe recordarse que el análisis hecho aquí, se refiere exclusivamente a niños nacidos sólo en Presentación Podálica, y que la Premadurez y los Embarazos Gemelares, son causa de dicha presentación. Además, si excluimos 79 prematuros nacidos de Embarazos Gemelares, que aumentan también la frecuencia de Premadurez, nos quedan 68 Prematuros nacidos de embarazos simples.

2º—RESOLUCION OBSTETRICA DEL CASO:

La mayor parte de los autores, están de acuerdo que la mejor conducta en la asistencia del Parto Podálico, es la vigilante espera y que ésta, reduce enormemente la morbilidad y mortalidad feto-materna; por lo que aconsejan no hacer ninguna maniobra para el efecto, salvo que surja indicación especial.

Paul Kühnel, en un estudio de 136 casos de Parto Podálico, asistidos con activa interferencia, tuvo una mortalidad fetal corregida de 11.6%; en otra serie de 126 casos asistidos con medidas conservadoras fue de 1.6%. Estos autores hacen y aconsejan Episiotomía amplia con anestesia local en toda Primípara. La anestesia general, la desechan y sólo en ocasiones usan analgesia por inhalación en el final del período expulsivo. Usan la versión por Maniobras Externas Profiláctica después de la 34ava. semana del embarazo, así han disminuido los riesgos feto-maternos.

En nuestro estudio de 284 casos clínicos, la existencia de 47 embarazos gemelares, aumenta el número de partos a 331. Se hace el estudio de este capítulo sobre 302 partos Podálicos, por existir 10 partos gemelares con los dos fetos en podálica y 6 con uno sólo en Podálica pero que a los compañeros, se les hizo versión por maniobras internas,

seguida de gran extracción podálica; y en dos casos de embarazos simples, hubo necesidad de hacer Maniobra de Braxton Hicks, y el parto se resolvió en Podálica.

Se hizo versión por maniobras externas profiláctica, en 18 pacientes de la serie; en 7 casos entre las 33 y 36 semanas del embarazo, en 5 entre la 38 y 39 semanas y en 6 no se encuentra anotada la edad en que se efectuó. En todos los casos, la maniobra fracasó, a pesar, que en 3 pacientes se intentó una segunda vez.

Resultados:

| | | |
|-------------------------|-----|--------|
| Partos Eutócicos | 167 | 55.30% |
| Partos Distócicos | 135 | 44.70% |
| Total | 302 | |

Los partos Eutócicos, evolucionaron como sigue:

| | |
|--|------------|
| Partos espontáneos sin maniobra especial | 66 casos |
| Partos normales con Maniobra de Mauri- ceau | 101 casos. |

Entre los Partos Distócicos observados, se encuentran:

| | |
|--|----------|
| Distocia de hombros | 35 casos |
| Retención de cabeza última | 22 casos |
| Procidencia de cordón | 6 casos |
| Distocia del 2º gemelo | 6 casos |
| Sufrimiento fetal o Paro del progreso del Parto | 13 casos |
| Distocias que ameritan Cesárea | 9 casos. |

Las pacientes que se les intervino con Operación Cesárea, son estudiadas más adelante.

Para resolver los casos analizados, fue necesario intervenir, utilizando las maniobras u operaciones que siguen:

| | Casos |
|---|-------|
| Maniobra de Mauriceau | 105 |
| Maniobra de Rojas | 35 |
| Maniobra de Bracht | 1 |
| Maniobra de Kristeller | 7 |
| Maniobra de Braxton Hicks | 2 |
| Ruptura artificial de membranas | 58 |
| Episiotomía M.L.D. | 40 |
| Episiotomía M.L.I. | 9 |
| Reducción de circulares de cordón al cuello | 2 |
| Versión interna y gran extracción pélviana | 6 |
| Extracción pélviana | 13 |
| Aplicación de Forceps de Piper | 18 |
| Operación Cesárea | 9 |
| Inducción del parto con Pitocín | 2 |
| Extracción manual de Placenta | 7 |
| Extracción de placenta por Maniobra de Löef | 1 |
| Revisión de la Cavidad uterina por hemorragia post-partum | 1 |
| Dilatación manual del cuello | 1 |

Solamente en una paciente, al hacer ruptura artificial de las membranas, hubo procidencia de cordón; lo cual, probablemente se debió a que la presentación no estaba totalmente encajada.

Operación Cesárea:

Se encontraron 9 casos de operación Cesárea en los casos estudiados. Tienen como indicaciones las siguientes:

Caso N° 1: Multípara, sin pelvimetría, ruptura de las membranas, procidencia de pie, sin control prenatal.

Caso N° 2: Primiparidadañosa, multigrávida, con 2 abortos espontáneos anteriores; pelvimetría satisfactoria; ruptura prematura de las membranas.

Caso N° 3: Primípara, multigrávida, con 2 abortos espontáneos anteriores; estrechez pélvica relativa.

Caso N° 4: Multípara, Gestas 3; con una cesárea anterior, probablemente por presentación transversa; 2 partos espontáneos anteriores con niños muertos; desproporción feto-pélvica, Pelvis plana.

Caso N° 5: Primípara; estrechez pélvica, Pelvis plana.

Caso N° 6: Primíparaañosa; Fibromatosis Uterina; Pelvis normal.

Caso N° 7: Primípara; gestas 2; cesárea anterior por estrechez pélvica.

Caso N° 8: Multípara; 2 partos espontáneos y 1 Cesárea anteriores; con 3 niños muertos; Pelvis androide-ginecoide, diámetros límites y sospecha de distocia.

Caso N° 9: Primigesta; Pelvimetría satisfactoria, relación feto-pélvica: Feto grande.

3º—DURACION DEL TRABAJO DEL PARTO:

Ware y colaboradores, en un estudio de 291 casos de Presentación Podálica, dan los siguientes tiempos promedio de Duración del Trabajo del Parto:

| Madres | Horas | Minutos |
|------------------|-------|---------|
| Primíparas | 11 | 8 |
| Multíparas | 8 | 48 |

Los tiempos mayores encontrados por ellos en Primíparas, es de 53 horas, y en Multíparas, de 76 horas. Ellos mismos, consideran que sus resultados son menores a los dados por otros investigadores.

En el presente trabajo, que comprende el estudio de 284 casos de Presentación Podálica, encontramos como promedio de duración del Trabajo del parto, los siguientes tiempos:

| Madres | Horas | Minutos |
|------------|-------|---------|
| Primíparas | 14 | 15 |
| Multíparas | 9 | 39 |

Los tiempos mayores encontrados fueron: para las Primíparas de 106 horas con 35 minutos; y para las Multíparas, de 54 horas con 55 minutos.

4º—ANESTESIA Y ANALGESIA:

Entre los casos estudiados, se hizo notar, la frecuencia con que se usó la Anestesia por Inhalación con Trilene. Se usó en casi todas las extracciones pélvianas, en casi la mayoría de las aplicaciones de Piper en cabeza última, en las extracciones manuales de placenta y en la sutura de muchas episiorrafias y rasgaduras vagino-perineales. Se usó en Analgesia, en algunos partos espontáneos.

La anestesia general con Eter, también se usó en algunas extracciones podálicas. En 4 de las 9 cesáreas.

El Cyclopropano, se usó asociado al Eter en 2 casos de Cesárea. El Cyclopropano, sin asociación, se usó en un caso que se hizo Maniobra de Bracht y extracción manual de placenta, y en otro de los casos de Cesárea.

La anestesia Regional Raquídea, se usó en 2 casos en que se hizo operación Cesárea.

La anestesia Local con Novocaína, se usó en la mayor parte de las Episiorrafias y sutura de rasgaduras vagino-perineales.

5º—COMPLICACIONES DEL PARTO:

Es bien sabido, que el Parto Podálico, da lugar a muchas complicaciones. A continuación se enumerarán las principales que se encontraron:

| | |
|--|----------|
| Rasgaduras cérvico-perineales | 31 casos |
| Perineales grado I | 20 |
| Perineales grado II | 9 |
| Perineales grado III | 1 |
| Cervicales grado I | 1 |
| Sufrimientos fetales | 7 casos |
| Retención de cabeza última | 13 casos |
| Falta de descenso y rotación del feto | 4 casos |
| Ascenso de miembros superiores | 8 casos |
| Procidencia de cordón | 6 casos |
| Procidencia de miembro superior | 1 caso |
| Prolapso de pie | 2 casos |
| Detención de pie | 1 caso |
| Distocia por anillo de contracción | 2 casos |
| Inercia uterina primaria | 2 casos |
| Inercia uterina secundaria | 3 casos |
| Trabajo prolongado | 4 casos |
| Trabajo precipitado | 2 casos |
| Circulares de cordón produciendo detención del parto | 1 caso |
| Enclavamiento posterior | 1 caso |
| Hemorragia por placenta previa | 1 caso |
| Retención de placenta | 3 casos |
| Desprendimiento parcial de la placenta | 1 caso |
| Encarceración de la placenta | 1 caso |
| Hemorragia del alumbramiento | 1 caso |
| Fractura del húmero | 2 casos. |

6º—NIÑOS:

Condición al nacer: Entre los 284 casos estudiados, hubo 331 niños que nacieron en las siguientes condiciones:

Nacidos vivos:

| | | |
|---------------------------|-----|--------|
| Buen estado general | 218 | 65.86% |
| Apneicos | 26 | 7.85% |
| Anestesiados | 3 | 0.90% |
| Estado delicado | 35 | 10.57% |

Nacidos muertos:

| | | |
|-----------------------|-----|--------|
| Nacidos muertos | 49 | 14.80% |
| Total | 331 | |

Anomalías Congénitas: Las anomalías, serán estudiadas adelante, en el capítulo de Anomalías ovulares, fetales y maternas.

Peso: De los 331 niños que nacieron, sólo 312 fueron reportados en su peso, de los cuales 147 fueron Prematuros y 165 a término, o sea un porcentaje de 47.12% para los Prematuros y de 52.88% para los de Término.

El peso promedio encontrado, fue de 5 libras y 7 onzas. El peso menor encontrado, fue de 1 libra y 1 onza y el mayor de 8 libras y 10 onzas.

Sexo: El resultado del estudio fue el siguiente:

| | | |
|----------------------|-----|--------|
| Femeninos | 147 | 48.68% |
| Masculinos | 148 | 49.00% |
| Indeterminados | 7 | 2.32% |

TOTAL: 302

Este estudio, se hizo sobre 302 casos, debido a que se tomaron en cuenta los niños nacidos en Presentación Podálica, únicamente.

7º—CIRCUNSTANCIAS CONCOMITANTES:

Al analizar las observaciones que constituyen el material del presente trabajo de Tesis, encontramos afecciones,

concomitantes y algunas condiciones que aunque no teniendo relación directa con nuestro trabajo, consideramos oportuno enumerarlas.

- 1) Se encontraron 7 madres con factor Rh negativo;
- 2) Se encontraron 2 madres con Cardiolipina positiva;
- 3) La madre Nº 2840-54, tenía un Prolapso Genital total, y tuvo un parto eutóxico, con niño prematuro de 5 libras 1 onza.
- 4) Una paciente, presentó hemorragia vaginal de regular abundancia, en el Puerperio Mediato. Se hizo un raspado de la cavidad uterina, y se extrajeron restos placentarios;
- 5) La paciente Nº 1948-54, con Hipertensión Esencial, tuvo ruptura prematura de las membranas; un niño muerto por asfixia, debida a circulares del cordón al cuello;
- 6) La paciente Nº 314-55, con Insuficiencia Mitral compensada, e Infarto Renal, tuvo un parto eutóxico; niño vivo, que pesó 6 libras, y 4 onzas; y
- 7) La paciente Nº 111-55, con Hemiplejía Izquierda, se le hizo gran extracción pelviana. Niño vivo, de 6 libras y 14 onzas.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD FETAL**1º—MORTALIDAD FETAL:**

Las estadísticas de diferentes autores indican que la Mortalidad Fetal, es mayor en la presentación de nalgas que en las cefálicas. Moir y Goethals dicen que varía entre 6 y 32%, pero que si se pone en práctica el tratamiento adecuado en cada caso, no debe ser mayor del 5%. Otros como Albert E. Trites, de Vancouver, reportan una mortalidad fetal de 20%; en cambio Holmes y Evans la reducen al 10%.

Herbert E. Schmitz y colaboradores dan una mortalidad gruesa de 12.12% y con corrección de Premadurez y Anomalías de desarrollo de 4.12%. Tompkins y colaboradores, creen que la mortalidad fetal es grande debido a lo que está expuesto el feto por la asociación de Presentación Podálica, Premadurez, Placenta previa. Anormalidades, fetales, etc., etc.

En nuestro estudio, encontramos un total de Mortalidad de 49 casos, o sea un 14.80%; pero se reduce a 32 casos, por existir 17 casos de anomalías congénitas; por lo que nos da un resultado de 9.67%. Y un 5.14% de muertes debidas a anomalías congénitas.

Causas de Mortalidad Fetal: Anomalías congénitas: Entre las anomalías graves que encontramos en la serie analizada, y que produjeron la muerte del recién nacido, están las siguientes:

| | |
|--------------------------------------|---------|
| Anencefalia | 7 casos |
| Hidrocefalia | 7 casos |
| Anomalías Congénitas múltiples | 3 casos |

Entre las pacientes que tuvieron Anencéfalos, una tenía como antecedente otro parto anterior con Anencefalia; de los niños con anomalías congénitas múltiples, una presentaba Agenesia de toda la pared abdominal. Tres Hidrocefálos y dos Anencéfalos murieron macerados. Se encontró un sólo caso con anomalías congénitas múltiples, pero que no fueron éstas, la causa de la muerte.

Placenta Previa como causa de muerte fetal, se encontró en un caso. Otras causas: Procidencia de cordón, seguidos de gran extracción y uno de ellos además con aplicación de Forceps de Piper: 4 casos. Circulares del cordón al cuello fetal: 2 casos. Nudo verdadero del cordón: 1 caso. Retención de cabeza última por reborde cervical: 2 casos, en uno de ellos, la madre era primípara y sin es-

timación pélvica. Por falta de descenso, sin causa conocida: 1 caso. Distocia por anillo de contracción, seguidos de gran extracción pelviana: 2 casos. Versión por maniobras internas, en un caso por presentación transversa y en el otro un segundo gemelo: 2 casos. Llegaron de la calle en expulsión: 4 casos, de los cuales uno llegó con con procidencia de mano. Por probable desprendimiento prematuro de la placenta 1 caso, debido a que la placenta salió sola, desprendida y sin producir hemorragia, junto con la cabeza al hacer la Maniobra de Mauriceau por retención de cabeza última. Un caso, la madre Nº 2678-54, niño con anomalías congénitas sin importancia como para producir la muerte, a la cual hubo que hacer gran extracción podálica, por falta de colaboración materna; la madre era primípara y sin estimación pélvica. Por operación cesárea, debida a estrechez pélvica, 1 caso. En otro caso, la madre ingresó en períodos de expulsión al Hospital, y el niño fue reportado muerto por Asfixia blanca; la madre era multípara gestas 6 para 5, con antecedentes de dos niños muertos, uno por Hidrocefalia y el otro por causa ignorada, dos partos distócicos con niños sanos y otro parto normal. En un último caso, se ignora la causa. Resumiendo, la etiología de los niños muertos en nuestra serie es como sigue:

| CASOS | |
|--------------------------------------|----|
| Anomalías Congénitas | 17 |
| Procidencia de cordón | 4 |
| Circulares de cordón | 2 |
| Nudo verdadero del cordón | 1 |
| Placenta previa | 1 |
| Retención de cabeza última | 2 |
| Por falta de descenso | 1 |
| Anillo de contracción uterina | 2 |
| Versión por Maniobras Internas | 2 |

| | |
|--|---|
| Llegaron de la calle en expulsión | 4 |
| Desprendimiento prematuro de la placenta | 1 |
| Operación Cesárea | 1 |
| Asfixia intra-útero (sin causa determinada) .. | 1 |
| Muertes Pre-parto, sin causa conocida | 8 |
| De causa indeterminada | 2 |

De los niños gemelares muertos, se encontró dos casos de primeros gemelos, y otros dos de segundos gemelos; y en un caso, los dos gemelos. Todos tenían como causa de muerte, alguna anomalía congénita, sólo un segundo gemelo nació macerado. Su estudio se hace, pensando como algunos autores que la mortalidad fetal en partos gemelares, es mayor en el primer gemelo, porque éste todavía no encuentra moldeado el canal del parto.

El análisis de Mortalidad fetal, ha sido hecho exclusivamente de los niños nacidos muertos, no se ha tomado en consideración las muertes fetales de las primeras 24 horas, que son considerados de causa obstétrica.

2º—MORBILIDAD FETAL:

Los partos podálicos, presentan mas complicaciones, y por lo tanto, son intervenidos con mayor frecuencia, es por ello que la Morbilidad Fetal es mayor que en las Presentaciones de Vértice. En nuestros casos, no se encuentran anotados datos suficientes para obtener cifras exactas en el presente capítulo. Además, el número de casos es pequeño para sacar conclusiones importantes. La morbilidad fetal en nuestros casos, puede ser estudiada al considerar los números dados a continuación, que indican los peligros que tuvieron los niños que fueron atendidos. En el capítulo sobre Complicaciones del Parto, ya hemos mencionado datos que se describirán en el presente, pero por el plan que nos hemos trazado, los mencionaremos de nuevo.

| CASOS | |
|--|----|
| Sufrimientos fetales | 7 |
| Retenciones de cabeza última | 13 |
| Falta de descenso y rotación fetal | 4 |
| Ascenso de miembros superiores | 8 |
| Procidencia de miembro superior | 1 |
| Prolapso de pie | 2 |
| Detención de pie | 1 |
| Fractura del húmero | 2 |

Además, la existencia de 22 casos de rupturas prematuras de las membranas, predisponiendo a infección amniótica y a complicaciones pulmonares infecciosas de los fetos intra-útero, aún aumenta más los peligros para los niños de esta serie, que han sido atendidos en Presentación Podálica.

La morbilidad fetal, en el parto de niño Prematuro en Presentación Podálica, está aumentada por el hecho de que la relación de polo cefálico a Podálico en el Prematuro, es mayor que en el de Término, y por la causa que ha anticipado el parto, es decir, ruptura prematura de las membranas, placenta previa, etc.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA

1º—MORTALIDAD MATERNA:

Diferentes autores consideran, la Mortalidad Materna en Partos Podálicos, mayor que en los Cefálicos, debido a la mayor duración del trabajo de parto, a la alta frecuencia de complicaciones, al mayor número de tactos y a las mayores complicaciones del alumbramiento. En nuestro trabajo, no encontramos ninguna muerte materna, que tuviera como causa el Parto Podálico.

2º—MORBILIDAD MATERNA:

La Morbilidad Materna en la Presentación Podálica, está aumentada, debido a la serie de complicaciones que ésta puede presentar. Las causas más frecuentes, según los autores, son, parto prolongado, hemorragias, ruptura prematura de las membranas, rasgaduras cérvico-vagino-perineales y mayor número de operaciones intravaginales. No podemos dar conclusiones convincentes, ya que el número analizado es escaso y al estudiar las observaciones clínicas, no se encuentran todos los datos necesarios. Se encontraron los siguientes:

| | CASOS |
|--|-------|
| Rasgaduras cérvico-vagino perineales | 31 |
| Trabajos Prolongados | 4 |
| Partos Precipitados | 2 |
| Hemorragia del alumbramiento | 1 |
| Partos sépticos | 2 |
| Ruptura prematura de las membranas | 22 |

ANOMALIAS OVULARES, FETALES Y MATERNAES

Estas anomalías, son consideradas como causas productoras de presentaciones anormales y especialmente de presentación Podálica. El número de anomalías encontradas por nosotros en el presente trabajo, es muy elevado.

1º—ANOMALIAS OVULARES:

Se encontraron las siguientes anomalías ovulares:

| | CASOS |
|--|-------|
| Ruptura Prematura de las Membranas | 22 |
| Cordones cortos | 3 |
| Cordones largos | 1 |

| | |
|--|---|
| Nudos verdaderos del cordón | 2 |
| Inserción Marginal del cordón | 3 |
| Inserción velamentosa del cordón | 1 |
| Circulares del cordón al cuello | 8 |
| Placenta circunvalata | 2 |
| Placenta Marginada | 1 |
| Placenta con infartos | 4 |
| Placenta previa marginal | 3 |
| Placenta bilobulada | 2 |
| Placenta trilobulada | 1 |
| Placenta acreta | 1 |

2º—ANOMALIAS FETALES:

Enumeraremos a continuación, las Anomalías Fetales encontradas:

| | CASOS |
|--|-------|
| Anencefalia | 7 |
| Hidrocefalia | 7 |
| Meningocele | 1 |
| Quiste dermoide en región supra-hioidea | 1 |
| Sindactilia | 2 |
| Espina bífida | 5 |
| Pie zambo bilateral | 2 |
| Agenesia de la pared abdominal | 1 |
| Anomalías congénitas múltiples | 4 |
| Imperforación anal | 1 |
| Imperforación de un conducto auditivo externo y anomalías congénitas en el pabellón | 1 |

3º—ANOMALIAS MATERNAES:

Una de las pacientes, resuelta por operación cesárea, presentaba un tabique uterino, observado en la intervención.

ETIOLOGIA

Estudiaremos todas las observaciones médicas de nuestros casos, con el objeto de orientar las posibles causas de presentaciones Podálicas.

Premadurez: La premadurez del feto es admitida unánimemente como causa productora importante de Presentación Podálica. En el trabajo de Vartan sobre 969 presentaciones podálicas, tuvo 9.1% de frecuencia.

De nuestros 284 partos en Podálica, 147 pesaron por debajo de 5 libras y media y se les consideró prematuros, dando un porcentaje de 47.12% del total de casos. Naturalmente, la existencia de 47 gemelares que predisponen al parto prematuro, modifican sensiblemente la frecuencia. La misma existencia de embarazos gemelares sube el número de partos a 312 en lugar de 284 que es el número de pacientes con Presentaciones Podálicas.

Es posible que la elección de 5 libras y media como límite, entre Prematuro y a Término en nuestro medio, sea exagerado. Si eliminamos 79 niños prematuros nacidos en embarazos gemelares, nos quedan 68 niños prematuros nacidos de embarazos simples, y obtenemos un 21.80% de incidencia corregida de prematuros.

Embarazos Gemelares: Los embarazos gemelares, se consideran como causa de Presentaciones Podálicas, ya que uno de los fetos tiene tendencia a colocarse en Podálica, para adaptarse al otro feto, en un 45.8%, según Guttmacher; y ambos fetos se encuentran en Podálica en un 9%, según el mismo autor. Además el embarazo gemelar predisponiendo al parto prematuro, contribuye también como causa de niños prematuros nacidos en Podálica como hicimos notar anteriormente.

De nuestras 284 pacientes, 47 presentaron embarazos gemelares, lo que da un porcentaje de 16.55%.

En el trabajo enunciado antes, de Vartan, el embarazo gemelar, se presentaba con una frecuencia de 23.6%.

Multiparidad: La multiparidad, ha sido considerada como causa posible de partos en Podálica. En nuestro trabajo, 201 pacientes, fueron multíparas y 83 primíparas. La paridad en nuestras pacientes, variaba, de 1 a 12 partos como se analiza al principio. Por lo tanto, la frecuencia de multíparas se encuentra en un 70.77%.

Anomalías: Las anomalías fetales, ovulares y genitales femeninos, han sido consideradas como causas productoras de Presentaciones Podálicas. Vartan, menciona únicamente la existencia de Placenta Previa en un 3.2% de sus casos. Considerando las Anomalías fetales, Tompkins indica haber encontrado 7 hidrocéfalos y 2 anencéfalos, con peso a término, en 677 niños nacidos en Podálica. El mismo autor indica, de acuerdo al estudio de Potter y Adair en el Chicago Lying-in, sobre 1,705 fetos con anomalías congénitas que el 26% de hidrocéfalos y el 18% de anencéfalos a término, nacen en presentaciones podálicas. En nuestro estudio, 7 niños eran anencéfalos, 7 hidrocéfalos y 4 presentaban anomalías congénitas múltiples; y uno nació con Meningocele. Todos, excepto el de Meningocele, y uno de Anomalías congénitas nacieron muertos. Además, hubo un gran número de niños con Anomalías congénitas, como puede verse en el capítulo de Anomalías Ovulares, Fetales y Maternas de este trabajo.

Reuniendo la Anencefalia, Hidrocefalia, Espina bífida, Meningocele y Anomalías congénitas graves, obtenemos 21 casos que dan un porcentaje de 6.96% en nuestros 302 niños nacidos en Podálica.

Considerando las Anomalías ovulares y Maternas que puedan tener alguna importancia en la producción de Presentaciones Podálicas, nosotros encontramos en nuestras pacientes, las que siguen:

CASOS

| | |
|--|----|
| Ruptura prematura de membranas | 22 |
| Brevedad natural del cordón | 3 |
| Brevedad relativa del cordón | 8 |
| Placenta previa | 3 |
| Inserción marginal del cordón | 3 |
| Inserción velamentosa del cordón | 1 |
| Utero con tabique | 1 |

Anomalías Pélvicas: De las pacientes analizadas, en este trabajo, 52 fueron estudiadas con estimación pélvica y 10 fueron controladas radiológicamente.

Los resultados, son analizados en el capítulo correspondiente a condiciones del canal del parto, de este trabajo.

Después de analizar las causas anteriores, es lógico pensar que dichas causas, no se encuentran independientes unas de otras, sino que generalmente se entremezclan, y por lo tanto su incidencia propia es difícil de analizar.

CONCLUSIONES

1^a—La frecuencia de la Presentación Podálica, en nuestro medio, es de 2.94% de acuerdo al estudio hecho por nosotros sobre 10,000 partos hospitalarios consecutivos.

2^a—Las variedades de Presentaciones Podálicas encontradas por nosotros, es de 57.19% para las completas; de 19.18% para las incompletas variedad de nalgas; y de 2.74% para la variedad incompleta de pies.

3^a—Las causas de Presentación Podálica encontradas en el presente trabajo, pueden analizarse así:

| | |
|-------------------------------------|--------|
| Premadurez | 47.12% |
| Multiparidad | 70.77% |
| Embarazo Gemelar | 16.55% |
| Anomalías Congénitas | 6.96% |
| Anomalías del Canal del parto | 3.17% |

4^a—El parto en Presentación Podálica, es seguramente de mayor gravedad, para el feto y la madre; y produce mortalidad más alta y mayor morbilidad.

5^a—La Mortalidad Fetal total en nuestros casos, es de 14.80%; si se le depura disminuyéndole los casos de anomalías congénitas incompatibles con la vida, es de 9.67%.

6^a—La Morbilidad Fetal, es más grave en las Presentaciones Podálicas; en nuestro estudio, puede resumirse como sigue:

| | |
|--|----|
| Sufrimientos fetales | 7 |
| Retenciones de cabeza última | 13 |
| Falta de descenso y rotación fetal | 4 |
| Ascenso de miembros superiores | 8 |
| Fractura del húmero | 2 |

7^a—La Morbilidad y Mortalidad Maternas, es mayor en la atención de Partos en Podálica y en nuestro estudio, encontramos lo siguiente:

| | |
|--|----|
| Rasgaduras cérvico-vagino-perineales | 31 |
| Trabajos prolongados | 4 |
| Ruptura prematura de las membranas | 22 |
| Partos sépticos | 2 |
| Hemorragias del alumbramiento | 1 |
| Partos precipitados | 2 |
| MORTALIDAD MATERNA | 0 |

8^a—El estudio cuidadoso de nuestras pacientes y la revisión de las observaciones clínicas, haciendo estudios de conjunto de nuestros temas médicos, es de suma importancia y constituyen la base real del conocimiento de nuestra Medicina Nacional.

J. ANTONIO CHAVEZ SALAZAR

Vº Bº,

Dr. Aquiles Jiménez Pinto.

Imprímase,

Dr. José Fajardo

Decano.

BIBLIOGRAFIA

Bleegen Daae, Sigrid.—“The Premature Child: Incidence, Etiology, Mortality and the Fate of Survivors”. Greenhill Year Book of Obst. & Gynec. 1954-55.

Calkins, L. A.—“Breech Presentation”. Greenhill Year Book of Obst. & Gynec. 1955-56.

De Lee-Greenhill.—“Principios y Práctica Obstétrica”, 9^a edición.

Kühnel Poul.—“Active vs. Conservative Technic in Breech Delivery and Prophylactic Value of External Version in Pregnancy”. Greenhill Year Book Obst. & Gynec. 1955-56.

Moragues Bernat, J.—“Tratado de Clínica Obstétrica”, 2^a Edic. pág. 241.

Potter y Adair.—Citado por DeeLee-Greenhill. “Principios y Práctica de Obstetricia”, 9^a edición.

Schmitz, Herbet E. y colaboradores.—“End Results of Breech Deliveries at Lewis Memorial Maternity Hospital: Based on 21 Year Study (1930-52). Greenhill Year Book of Obst. & Gynec. 1955-56.

Trites Albert E., Vancouver B. C.—“A Study of Breech Delivery”. Am. Jour. of Obst. and Gynec. Canadá, Vol. 55, March 1948, N° 3.

Tompkins, Pendleton.—“An Inquiry Into the Causes of Breech Presentation”, Am. Jour. of Obst. and Gynec. Canadá, Vol. 51, May 1946, N° 5.

Ware et Al.—“The Management of Breech Presentation”. Am. Jour. of Obst. and Gynec. Canadá, Vol. 54, Nov. 1947, N° 5.