

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

*Consideraciones*

*Sobre la Presentación de Hombro*

Revisión de 108 casos.

T E S I S

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

por

JOSE ROBERTO IBARRA RODRIGUEZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala Noviembre de 1957.

## PLAN DE TESIS

- 1.—INTRODUCCION
- 2.—CONSIDERACIONES GENERALES
- 3.—ETIOLOGIA
- 4.—TIPO DE POSICION Y VARIEDAD DE PRESENTACION
- 5.—TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO
- 6.—COMPLICACIONES DEL PARTO
- 7.—CONDUCTA SEGUIDA
- 8.—ALUMBRAMIENTO
- 9.—ANESTESIA EMPLEADA
- 10.—RESULTADOS OBTENIDOS
- 11.—CONCLUSIONES

## INTRODUCCION

Para la realización del presente trabajo de Tesis, se estudiaron los casos de Presentación de Hombro, atendidos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt desde su inauguración el 12 de diciembre de 1955 hasta el 30 de Septiembre de 1957. Durante éste tiempo fueron atendidos 13.075 partos los cuales fueron revisados para investigar los casos de Presentación de Hombro, habiendo encontrado 109 casos, que son los que ahora presentamos para su estudio.

Constituyen estos 109 casos la totalidad de partos de esta presentación anormal, que fueron asistidos en ese centro hospitalario durante 21 meses y medio.

De los 109 casos, nos fue posible obtener las observaciones clínicas de 108 casos; la imposibilidad de obtener la última observación, nos obligó a excluirla de nuestro trabajo y a utilizar para nuestros cálculos, solamente las 108 observaciones que fueron analizadas con cuidado.

En nuestro estudio incluimos solamente los partos con embarazo en el curso de la 27 semana en adelante; fueron también incluidos los embarazos gemelares en los cuales uno de los fetos se encontraba en situación transversa, pero sin tomar en cuenta, para nuestros datos estadísticos, al segundo gemelo que se encontraba con cualquier otra presentación que no fuera transversa.

Hemos creído útil nuestro estudio porque nuestras condiciones económico-sociales, son totalmente diferentes a las de otros medios y por lo tanto, necesitamos contar con datos propios que tienen gran valor para nosotros.

Es por esto que no deseo hacer una descripción de la presentación transversa, ya que ésta se encuentra en los libros de texto, sino más bien un análisis de nuestros casos, para sacar nuestras propias conclusiones.

## CONSIDERACIONES GENERALES

### 1) FRECUENCIA:

La frecuencia de la Presentación de Hombro es muy variable y depende de múltiples factores; en nuestro estudio dicha frecuencia se presentó en un porcentaje de 0.8 %, que demuestra mucha diferencia con el descrito publicado por Greenhill, quien observó esta presentación un caso en cada 500 partos, lo que corresponde a un porcentaje de 0.2 %. Sin embargo, Beck, Ellson y Ullery, observan la frecuencia de un caso en cada 200 partos, lo que da un porcentaje de 0.5 %, cifra más aproximada a la encontrada en nuestro medio.

La causa de esta mayor incidencia, podría atribuirse al hecho de que en nuestro medio se atiende un gran número de partos extrahospitalariamente y siendo la presentación transversa un parto distócico, es siempre enviado a los hospitales, aumentando en esa forma, relativamente, su frecuencia.

### 2) EDAD:

La edad de las pacientes observadas varió entre 14 a 41 años, presentándose su mayor frecuencia entre las edades de 21 a 25 años. Agrupándolas por quinquenios nos dan el siguiente resultado:

Menos de 15 años: ..	.....	1 Caso
De 15 a 20 años: ....	.....	13 Casos
De 21 a 25 "	: .....	38 Casos
De 26 a 30 "	: .....	23 "
De 31 a 35 "	: .....	23 "
De 36 a 40 "	: .....	7 "
De 41 a 45 "	: .....	1 Caso

En los dos casos restantes no nos fue posible obtener las edades por no aparecer en las historias clínicas.

Obteniéndolo los porcentajes sobre los 108 casos estudiados, encontramos:

Menos de 15 años: .....	0.9%
De 15 a 20 " .....	12.0%
De 21 a 25 " .....	35.2%
De 26 a 30 " .....	21.3%
De 31 a 35 " .....	21.3%
De 36 a 40 " .....	6.5%

### 3) PARIDAD:

Todos los autores están de acuerdo que la multiparidad, es una de las causas de la Presentación Transversa y por lo tanto, su frecuencia será mayor en pacientes multiparas.

En nuestra serie de 108 casos revisados, encontramos 90 múltiples que dan un porcentaje de 83.3% y 15 primíparas que dan un porcentaje de 13.9%.

En tres casos no encontramos los datos sobre paridad de las pacientes.

Según la paridad, sacamos la siguiente tabla:

Tabla No. 1

Paridad .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
No. de casos .....	15	8	25	18	16	8	8	0	2	3	1	1
Porcentaje .....	13.9	7.4	23.1	16.7	14.8	7.4	7.4	1.8	2.8	0.9	0.9	

La frecuencia de abortos previos al parto en presentación transversa es la siguiente:

87	Pacientes sin abortos previos
8	" con un aborto previo
5	" 2 abortos previos
1	" " 3 abortos previos
2	" " 4 abortos previos
1	" " 5 abortos previos
1	" " 7 abortos previos

Solamente se encontraron 3 casos en los cuales se habían practicado cesárea previa, siendo primípara una de ellas.

### 4) EDAD DE EMBARAZO:

También se ha invocado la premadurez como causa de la Presentación Transversa, sin embargo la mayor parte de los casos revisados por nosotros, fueron en su mayoría embarazos con feto a término.

Para estudio y clasificación de los casos por la edad del embarazo, los hemos dividido en forma un tanto arbitraria como sigue:

Embarazo de menos de 28 semanas:	1 Caso ( 0.9%)
" de 28 a 32 semanas:	9 Casos ( 8.3%)
de 33 a 38 " :	34 " (31.5%)
" de 39 o más semanas:	49 " (45.4%)

De los 108 casos revisados, encontramos 15 en los cuales no fue posible consignar su edad por no aparecer en la historia clínica.

Es decir que el 45.4% de los casos fueron

embarazos a término y solamente el 40.7% corresponden a embarazos con parto prematuro, incluyendo en estos últimos un caso de embarazo en el curso de las 27 semanas.

#### 5) EMBARAZO MULTIPLE:

En nuestro estudio, 96 casos correspondieron a embarazo simple, es decir 88.9; los 12 restantes fueron de embarazos gemelares que dan un porcentaje de 11.1%.

#### 6) CONTROL PRENATAL:

Es interesante señalar el hecho, que la gran mayoría de los casos revisados, el 85.2%, no recibieron control prenatal. Solamente 16 de nuestros casos obtuvieron los beneficios de dicho control.

### ETIOLOGIA

Como no hay una etiología específica de este tipo de presentación, los autores reconocen ciertos factores predisponentes. Nosotros mencionamos como una de las causas la multiparidad; nuestro trabajo es comparable a lo reportado en otras publicaciones, sobre el predominio de multiparas en la presentación de hombro.

Además de la multiparidad, se reconocen como causas predisponentes de la presentación de hombro, cualquiera que impida el encajamiento de la cabeza en la pelvis o que dé movilidad extraordinaria al feto.

Tendríamos, pues, en esta forma: estrechez

pélvica, placenta previa, tumor del ovario, fibromioma uterino, que impiden el encaje de la presentación. Además, el polihidramnios, la premadurez, la gestación gemelar y por último las anomalías uterinas y las anomalías fetales.

Nosotros en la realización de nuestro trabajo buscamos minuciosamente la presencia de cualquiera de estas causas predisponentes en las observaciones clínicas revisadas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Pelvis estrecha comprobada ..... 4 casos: 3.7%  
Placenta previa marginal: ..... 2 " : 1.8%  
Placenta previa Central total: no se encontró ni un caso.

Fibromioma uterino que impedía el encaje de la presentación: ..... 1 caso: 0.9%  
Hidramnios: ..... 2 casos: 1.8%  
Anomalías uterinas y del canal del parto: no se reportó ningún caso.

Como mencionamos anteriormente, la incidencia de premadurez y embarazo gemelar no fué alta en nuestro estudio.

Como puede verse, el número y la presencia de los factores predisponentes a la presentación transversa, en los casos revisados, fué bajo, sobre todo si se compara con el hallazgo de otros autores, como Webster y Geittmann, que reportan en un estudio de 100 casos de presentación transversa, un 25% de pacientes con placenta previa.

### TIPOS DE POSICION Y VARIEDAD DE PRESENTACION

Para la nomenclatura de nuestros casos,

hemos utilizado la usada en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, en la cual, para determinar la posición, utiliza el acromion como punto de referencia fetal y la fosa iliaca derecha o izquierda como punto de referencia materno; para determinar la variedad de presentación, se utiliza el dorso como punto de referencia fetal, en relación con el plano anterior o posterior de la madre.

En esta forma los clasificamos en 4 tipos, de los cuales encontramos la frecuencia siguiente:

A.I.I.-D.P.	:	8 casos	es	decir el	7.4%
A.I.D.-D.P.	:	25 "	"	" el	23.1%
A.I.I.-D.A.	:	26 "	"	" el	24.1%
A.I.D.-D.A.	:	43 "	"	" el	39.8%

TOTAL : 102 casos |

Como puede verse, las dorso-anteriores se presentaron con una frecuencia mayor, constituyendo el 63.9% de los casos, coincidiendo en esta forma con la mayoría de los autores, quienes afirman que hay mayor número de presentaciones de este tipo. Las dorso-posteriores constituyen el 30.5%.

Los 6 casos restantes para completar las 108 observaciones revisadas, carecían de los datos anteriores, por lo que no fueron incluidas.

#### TIEMPO TOTAL DE TRABAJO DE PARTO

Para el estudio de este punto nos basamos, para determinar el principio del parto, en el da-

to proporcionado por la madre a su ingreso a la Maternidad referente a la hora en que principiaron sus dolores de parto; naturalmente es un dato muy inseguro, pero no pudimos basarnos en algo más efectivo, debido a que de los 108 casos publicados, 94 pacientes estaban en trabajo de parto a su ingreso y solamente 14 de ellas ingresaron sin trabajo de parto.

Para determinar el tiempo de trabajo de parto, formamos divisiones de 10 horas cada una y en esa forma, hicimos la siguiente tabla, tomando por separado a las primíparas y a las múltiparas:

Tabla No. 2	PRIMIPA-PARAS	MULTI-PARAS
0 a 9 horas de trabajo	5 casos	36 casos
10 a 19 " " "	6 "	25 "
20 a 29 " " "	2 "	10 "
30 a 39 " " "	1 "	7 "
40 a 49 " " "	0 "	3 "
50 a 59 " " "	0 "	3 "
60 a 69 " " "	0 "	0 "
70 a 79 " " "	0 "	1 "
Tiempo desconocido	1 "	8 "

En esta forma vemos que en las primeras 20 horas se resolvieron la mayor parte de los casos, ya que constituyen el 66.7% de los casos presentados. De los 15 casos de primíparas, 11 de ellos se resolvieron en las primeras 20 horas de trabajo o sea el 73.3% de los casos.

#### COMPLICACIONES DEL PARTO

El parto en la presentación de hombro, es

siempre un parto distócico, pero hay cierto número de circunstancias que lo agravan, aumentando la mortalidad y morbilidad tanto fetal como materna.

De nuestra serie de 108 casos estudiados, encontramos 75 pacientes que tuvieron una o varias de las complicaciones que enumeraremos a continuación; esto nos da un porcentaje de 69.4% de parto con complicaciones.

Las complicaciones observadas fueron:

Prolapso de cordón .....	19	casos	17.6%
Procidencia de miembros .....	57	"	52.8%
Ruptura prematura de membranas .....	7	"	6.5%
Sufrimiento fetal .....	30	"	27.9%
Inminencia de ruptura uterina .....	16	"	14.8%
Ruptura uterina .....	6	"	5.6%
Desprendimiento prematuro de placenta normoincerta .....	2	"	1.8%
Preeclampsia .....	1	"	0.9%
Eclampsia .....	0	"	
Prolapso genital total .....	1	"	0.9%
Mortalidad fetal .....	53	"	49.1%

La estrecha relación que existe entre la presencia de estas complicaciones y la mortalidad fetal perinatal, nos lo demuestran los datos siguientes.

1) De los 19 casos con **prolapso del cordón**, fallecieron 13 recién nacidos, lo que da un porcentaje de mortalidad fetal, en los casos que sufrieron esta complicación de 68.4%. Porcentaje mucho más elevado al encontrado por autores como Cope, Slate, Randall y otros, quienes fijan esta mortalidad en 57.2%.

2) De los 57 casos con **procidencia de miembros**, 30 casos presentaron mortalidad fetal, lo que nos da el 52.6%, de los casos con esta complicación.

3) De los 7 casos que presentaron **ruptura prematura de membranas**, resultaron 4 casos, en mortalidad fetal, es decir el 57.1% de los casos.

4) 14 casos de mortalidad fetal perinatal, se observaron en los 30 casos reportados con **sufrimiento fetal** durante el parto, lo que da un porcentaje de 46.7%.

5) En los 6 casos con **ruptura uterina**, hubo una mortalidad fetal en el 100% de los casos.

6) También en los 2 casos con **Desprendimiento prematuro de placenta** normoincerta, hubo una mortalidad fetal del 100%.

7) Por último, el único caso complicado con **Preeclampsia**, un embarazo gemelar a término, ocurrió la muerte de ambos recién nacidos; es decir el 100%.

### CONDUCTA SEGUIDA

Para el estudio de éste capítulo, dividimos a nuestras 108 pacientes en 2 grupos, atendiendo al estado del cuello a su ingreso, es decir, si había dilatación completa o no; y luego dentro de estos 2 grandes grupos, fueron divididos en sub-grupos, atendiendo a la integridad de las membranas y a la vitalidad del feto.

En esta forma hemos obtenido una vista general de la conducta seguida en los casos presentados, sin olvidar las circunstancias que hacen variar de un caso a otro, esta conducta.

Ver tabla No. 3)

**Primer Grupo:**

Observamos 67 casos, **sin dilatación completa** del cuello en el momento del ingreso al Hospital.

1o.) De estos, analizaremos primero la conducta seguida en 39 casos, de pacientes que ingresaron con bolsa entera y feto vivo:

a) Se efectuaron 30 versiones por maniobras internas, seguida de gran extracción pelviana, al obtenerse la dilatación completa. <sup>2</sup>

En estos 30 casos obtuvimos buenos resultados en 24, respecto a la madre y al recién nacido, es decir el 80% de los casos.

Los otros 6 casos terminaron en muerte fetal; 3 fueron partos prematuros con fetos no viables, que pesaron 1 lb. 12 onz., 2 lb. 8 onz., y 2 lb. 10 onz. respectivamente.

Otro caso que presentó sufrimiento fetal, sin haberse completado la dilatación del cuello, fue necesario hacer una incisión del mismo y posteriormente se hizo aplicación de forceps de Piper, por retención de cabeza última.

El quinto caso presentó también sufrimiento fatal desde su ingreso, complicado posteriormente con prolapso de cordón y de mano. Sin embargo se esperó a que se completara la dilatación para hacer la Versión por maniobras internas. También en este caso se aplicó Forceps Piper.

El último caso de mortalidad fatal, que fue tratado con Versión presentó, 30 minutos antes del parto, manifestaciones de sufrimiento fetal.

En resumen, la mortalidad de este primer grupo fue del 20%.

b) Los otros 9 casos que ingresaron sin dilatación completa del cuello, con bolsa entera y feto vivo, fueron sometidos a Cesárea Segmenta-

TABLA No. 3	Pacientes sin dilatación completa a su ingreso	Cesárea		Versión por maniobras internas		Conduplicato		Embriotomía		Histerec- tomía		Total No.
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
	Bolsa entera y feto vivo	9	24	30	76'9	—	—	—	—	—	—	39
	Bolsa rota y feto vivo	5	29'4	11	64'7	1	5'9	—	—	—	—	17
	Feto muerto	—	—	4	38'1	4	38'1	2	18'1	1	9'1	11
	Feto vivo	1	5'3	16	84'2	—	—	2	10'5	—	—	19
	Feto muerto	—	—	9	40'9	—	—	11	50	3	13'6	22 *
Totales		15		70		5		15		4		108

\* NOTA: Este total suma 22 en vez de 23, debido a que, a un mismo caso se le practicó Embriotomía e histerec-tomía, por lo que aún cuando aparecen en ambas casillas sólo pertenecen a un caso.

rea transperitoneal, con excepción de un caso al que se le practicó Cesárea corpórea, por tener un fibroma uterino ínfimo derecho, que imposibilitaba el realizar una Cesárea segmentaria.

El resultado obtenido en este grupo fue bueno en 8 pacientes; hubo un caso con resultado fatal para el feto. Este caso presentó inminencia de ruptura uterina y sufrimiento fetal; por lo que a pesar de haberse practicado con urgencia la Cesárea, se encontró un feto muerto.

La mortalidad en este segundo grupo fué de 11.1%.

2o.) A continuación analizaremos a las pacientes que ingresaron sin dilatación completa del cuello y feto vivo, pero con bolsa rota; en este grupo encontramos 17 casos que se trataron de la siguiente forma:

a) En 11 casos se practicó Versión por maniobras internas, seguida de gran extracción pelviana, al completarse la dilatación del cuello.

En estos 11 casos, hubo 6 con resultado favorable, pero en los 5 restantes, los resultados fueron malos. Entre estos 5 casos, casi todos presentaron sufrimiento fetal, sin dilatación completa del cuello.

El primero presentó prolapso del cordón y sufrimiento fetal, sin dilatación completa del cuello.

El 2o. caso presentó ruptura prematura de membranas 10 días antes del parto; en el momento del parto presentó sufrimiento fetal.

El 3er. caso presentó prolapso de cordón y de mano y además sufrimiento fetal, sin haberse completado la dilatación del cuello. El feto fue prematuro (3 lb. 1 onz.)

El 4o. caso se diagnosticó erróneamente como presentación podálica y se esperaba un parto espontáneo; luego presentó sufrimiento fetal.

En el último caso la Versión fue difícil, por estar el útero contracturado.

La mortalidad en este grupo fué de 45.4%.

b) Fué practicada Operación Cesárea segmentaria transperitoneal, en 5 casos, de los cuales 4 con buen éxito. Desgraciadamente en un caso el resultado no fué favorable para la vida de los recién nacidos.

Se trataba de una paciente primípara, con embarazo gemelar, en el curso de la 38 semana y con Preeclampsia; poco tiempo después de su ingreso presentó inminencia de ruptura uterina y sufrimiento fetal. Al practicar la operación Cesárea se encontraron ambos gemelos muertos.

La mortalidad en este grupo fué del 20%.

c) En este grupo de pacientes, que ingresaron con dilatación incompleta del cuello, feto vivo y bolsa rota, se observó un parto espontáneo en «Conduplicado corpore». Se trataba de un embarazo en el curso de la 31 semana, el feto nació muerto.

3o.) En un tercer grupo analizamos los resultados obtenidos en pacientes que ingresaron con dilatación incompleta del cuello, pero con feto muerto. Este grupo está formado por 11 casos, que fueron tratados de la siguiente manera:

Versión por maniobras internas y gran extracción se efectuó en 4 casos.

En 2 casos se practicó Embriotomía.

En 1 caso se practicó Histerectomía.

Los 4 casos restantes se resolvieron en forma espontánea.

En esta forma concluimos la descripción de

los casos que componían el primer grupo, es decir, el de aquellas pacientes que ingresaron **sin dilatación completa del cuello**.

El **SEGUNDO GRUPO**, corresponde a 41 pacientes, que al ingreso al Hospital, **presentan dilatación completa del cuello**.

Dividiremos a éstos casos, en 2 sub-grupos, atendiendo a la vitalidad fetal.

1o.) Pacientes con **dilatación completa** del cuello y **feto vivo**: en este grupo encontramos 19 casos, de éstos 5 con mortalidad fetal, lo que nos da un porcentaje de 26.3%.

La conducta seguida en estos casos fué la siguiente:

a) 16 casos a los cuales se les practicó **Versión por maniobras internas** y gran extracción pelviana: 14 casos con resultados excelentes y los 2 casos restantes presentaron mortalidad fetal.

El primero de estos 2 casos, ingresó con dilatación completa, bolsa entera y foco audible, sin embargo, el parto dió un niño prematuro por peso (3 lb. 9 onz.) que falleció 7 horas después.

El segundo caso se trata de un embarazo gemelar, quién dió también un recién nacido prematuro por peso (4 lb. 1 onz.) que falleció 4 horas después del parto.

La mortalidad en este grupo fué del 12.5%.

b) 1 caso al cual se le practicó **Cesárea Segmentarea transperitoneal**, Terminado en forma desfavorable por muerte fetal. La paciente ingresó con dilatación completa, prolapso de miembro, **inminencia de ruptura uterina** y sufrimiento fetal; al practicar la Cesárea se encontró el feto muerto.

c) 2 casos que a pesar de que ingresaron con

feto vivo, presentaron mortalidad fetal poco tiempo después de su ingreso y se practicó **embriotomía** posteriormente.

2o.) 22 pacientes ingresaron con **dilatación completa** del cuello y **feto muerto**; la conducta seguida en estos casos fué la siguiente:

a) **Versión por maniobras internas** y gran extracción se practicó en 9 casos. En este grupo se encuentra el único caso de mortalidad materna, la cual fué debida a Ruptura Uterina y a pesar de que se practicó Laparotomía exploradora y sutura de la ruptura, la paciente entró en Shock y falleció.

b) En 11 casos se practicó **Embriotomía**. En uno se produjo Ruptura uterina y se practicó Histerectomía subtotal.

c) En 3 casos se practicó **Histerectomía subtotal**, en 2 de los cuales el diagnóstico de ruptura uterina se hizo en el momento del ingreso y fueron operadas inmediatamente. El tercer caso es el relatado anteriormente, en el cual la ruptura uterina se produjo consecutiva a la **Embriotomía**.

En esta forma hemos terminado de exponer la conducta seguida en los 108 casos que presentamos en este trabajo.

En total se realizaron 15 Operaciones Cesáreas, de las cuales solamente una fué corporea y el resto segmentareas transperitoneales.

8 de ellas fueron operaciones de urgencia y las 7 restantes fueron electivas.

La mortalidad encontrada en estas 15 Cesáreas fue de 3 casos, los cuales ya fueron descritos en forma somera anteriormente. Esto arroja un porcentaje del 20%.

Las indicaciones que surgieron para la realización de estas 15 cesáreas, fueron las siguientes:

Tabla No. 4 Casos

INDICACIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Sufrimiento fetal				x			x			x			x		x	5	
Primiparidad	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	10
Ruptura prematura de membranas									x								1
Ruptura precoz de membranas		x	x	x						x	x						5
Pelvis estrecha					x											x	2
Cesárea previa					x			x									2
Inminencias de ruptura uterina								x					x	x	x		4
Fibroma uterino	x																1

Se practicaron 70 versiones por maniobras internas, seguidas por gran extracción pelviana; en estos casos se encontró mortalidad fatal en 27 recién nacidos, lo que nos da un porcentaje de 38.6%.

Se practicaron 13 Versiones con feto muerto a su ingreso.

En los 108 casos estudiados se practicaron 2 Versiones por maniobras externas únicamente y como es obvio, puesto que el parto se realizó en situación transversa, el resultado fué nulo.

En 5 casos de las 70 Versiones, fué necesario aplicar forceps de Piper, por cabeza última retenida. En 3 de estos casos se observó mortalidad fetal.

Se efectuaron 15 Embriotomías en el total de 108 casos estudiados. Los tipos de embriotomía practicados fueron los siguientes:

Decolaciones ..... 6  
 Embriotomías en banda: ..... 3  
 Amputación de miembros: ..... 6

En 3 casos se efectuó Basiotripsia en cabeza última retenida, sin embargo no aumentan el número de embriotomías, porque fueron un complemento de las anteriores.

5 partos se efectuaron espontáneamente en «Conduplicato corpore» de la totalidad de los casos revisados; esto nos da un porcentaje de 4.6%.

—oOo—

Estudiaremos por separado la conducta observada en los 15 casos de primíparas de las observaciones revisadas:

Fue practicada **operación cesárea** en 10 casos como puede verse en la tabla anterior; entre estos 10 casos, hubo 1 caso que presentó mortalidad fetal; se trata del caso No. 14 de la Tabla 4. Se trata de una paciente primípara con embarazo gemelar y pre-eclampsia comprobada, que desarrolló inminencia de ruptura uterina y sufrimiento fetal. En este grupo la mortalidad fue del 10%.

En dos casos se practicó **Versión por maniobras internas**, habiéndose producido muerte fetal en una paciente que ingresó con hemorragia vaginal, por desprendimiento prematuro de placenta y feto muerto. El parto dió un feto macerado de 2 lbs. 12 onz.

La mortalidad en este grupo fue del 50%.

En un caso se practicó Embriotomía.

Por último en el grupo de 15 primíparas, se verificaron dos partos espontáneos en «conduplicato corpore».

Mencionamos anteriormente 4 casos de estrechez pélvica comprobada; en tres de estos casos se efectuó operación cesárea Segmentaria transperitoneal electiva, con resultados satisfactorios.

En el caso restante, se practicó embriotomía en Banda con Basiotripsia en cabeza última, por muerte fetal in-útero a su ingreso.

—oOo—

Los dos casos reportados con placenta previa marginal, fueron asintomáticos totalmente y se trataron por medio de la versión por maniobras internas, con resultados favorables en ambos casos.

—oOo—

En los dos casos de Polihidramnios observados, la conducta seguida fue practicar versión por Maniobras Internas; en ambos casos se presentó mortalidad fetal, uno de ellos por anencefalia y el otro por premadurez.

—oOo—

De los tres casos con cesárea previa, analizados en nuestro trabajo, en dos de ellos se efectuó nueva Cesárea Segmentaria Electiva, corresponden a los casos Nos. 5 y 8, de la tabla No. 4. En ambos se obtuvieron resultados favorables.

El tercer caso, sufrió dehiscencia de la cicatriz operatoria del útero, por lo que se le practicó Histerectomía Subtotal. Encontrándose el feto muerto en la cavidad peritoneal.

—oOo—

En los 109 casos de presentación transversa

— 34 —

ocurrieron 6 rupturas uterinas; de estas, 2 fueron espontáneas y 4 provocadas.

Entre estas 4 últimas rupturas, una fue diagnosticada a su ingreso, otra se produjo a consecuencia de una Embriotomía y otras 2, se produjeron después de efectuarse la Versión.

La conducta a seguir en los 6 casos fue la siguiente:

4 Histerectomías.

2 Suturas de la brecha.

—oOo—

### ALUMBRAMIENTO

El alumbramiento de los 108 casos presentados se efectuó de la siguiente manera:

Alumbramiento espontáneo se efectuó en 6 casos

Alumbramiento natural se efectuó en 44 casos

Alumbramiento artificial se efectuó en 39 casos

En los casos anteriores no se incluyeron aquellos en los que se practicó Histerectomía u Operación Cesárea.

En todos los casos revisados, se presentó hemorragia del alumbramiento en 8 casos y solamente 2 pacientes presentaron estado de shock. En el primero, se instaló estado de shock desde que ingresó la paciente y duró 38 horas; fue diagnosticado como insuficiencia suprarrenal aguda. El segundo caso fue por Ruptura uterina, que produjo la única mortalidad materna de nuestra serie.

### ANESTESIA EMPLEADA

La anestesia más usada en nuestra serie,

— 35 —

fue la combinación de protoxido de nitrógeno y éter, siendo empleada en 56 casos de los 103 que recibieron anestesia, ya que 5 fueron partos espontáneos, no siendo necesaria la anestesia.

El tipo y frecuencia con que fueron usados los anastésicos es el siguiente:

Ciclopropano: .....	usado en	4	casos
Protóxido de Nitrógeno: .....	" "	12	" "
Trileno: .....	" "	7	" "
Éter: .....	" "	5	" "
Ciclopropano y éter: .....	" "	12	" "
Protóxido de nitrógeno y Éter .....	" "	56	" "
Trileno y Éter: .....	" "	7	" "
<b>Total</b>		<b>103</b>	<b>" "</b>

### RESULTADOS OBTENIDOS

De los 108 casos presentados, se efectuaron 55 partos con resultados satisfactorios para la madre y para el recién nacido, lo que nos da un porcentaje de 50.9% de éxito.

De los 53 casos de mortalidad fetal, 33 ingresaron con feto muerto al Hospital, de los cuales 5 fueron fetos macerados.

Es decir que 20 casos ingresaron con feto vivo y posteriormente terminaron en mortalidad fetal. Me propongo exponer las causas o circunstancias que favorecieron la muerte fetal de estos 20 casos.

Entre las causas que encontramos figuran las siguientes:

CASOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Premadurez	x	x				x	x		x	x			x	x			x			x
Sufrimiento fetal		x	x	x	x			x	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x
Prolapso de Miembros		x	x			x	x		x				x							
Prolapso de cordón				x	x								x							
Ruptura uterina																x				
Hidrocefalia																				
Desprendimiento prematuro de placenta											x									

1 caso de mortalidad fetal, 7 días después del parto, fue debido a Bronconeumonía.

El mayor número de muertes fetales ocurrieron en los 75 casos de partos complicados, de los cuales fallecieron 41 recién nacidos.

De los 19 que presentaron **Prolapso de cordón**, fallecieron 13.

De los 57 que presentaron **Procedencia de miembros**, murieron 30.

De los 6 casos con **ruptura uterina**, fallecieron los 6.

De los 30 casos con **sufrimiento fetal**, fallecieron 14.

El único caso complicado con **Preeclampsia** presentó muerte fetal. Atendiendo al peso, la mortalidad fetal fue como sigue:

Menos de 4 lbs. 8 onz. ....	18	casos	34 %
De 4 lbs. 8 onz. a 5 lbs. 8 onz. 9	casos	17	%.
De 5 lbs. 9 onz. a 6 lbs. 8 onz. 16	casos	30.2	%.
De 6 lbs. 9 onz. a 7 lbs. 8 onz. 7	casos	13.2	%.
De más de 7 lbs. 9 onz. 1	caso	1.9	%.

En 2 registros clínicos no apareció el peso

fetal, por lo cual sólo consignamos el de 51 casos de los 53 que presentaron mortalidad fetal.

Mortalidad fetal en el postparto: 6 casos.

De éstos: vivieron menos de 24 horas: 3 casos.

Vivieron entre 24 y 48 horas: 2 casos.

Vivieron más de 48 horas: 1 caso (vivió 7 días).

Mortalidad encontrada según la conducta seguida, puede resumirse así:

Tipo de conducta	No. de casos	Muertos a su ingreso	Total de muertos
Versión por maniobras internas	70	13	27
Cesárea	15	0	3
Embriotomía	15	15	15
Conduplicatos	5	4	5
Histerectomías	3	3	3
Total	108	33	53

En 108 casos se encontraron las siguientes anomalías congénitas.

Hidrocefalia:	3 casos
Espina bífida:	1 "
Anencefalia:	2 "
Pie equino valgo	1 "

Por último, al analizar el porcentaje de mortalidad, observamos que la mortalidad fetal en los casos de Operación Cesárea, fue del 20% y la mortalidad fetal en los casos de Versión fue de 38.6%

Ambos porcentajes están muy cerca de los obtenidos por otros autores, como Webster y Grittmann, quienes obtuvieron, en la serie de 100 casos que presentan, una mortalidad fetal en los casos de Operación Cesárea de 18.4% y en los casos tratados con Versión encontraron una mortalidad del 48.8%.

## CONCLUSIONES:

- 1.—Es de notar el escaso número de pacientes con control pre-natal, entre los 108 casos revisados por nosotros, pues solamente el 14.80% recibieron ese control.
- 2.—La frecuencia de casos con presentación de hombro, encontrada en este estudio, fue más elevada que la reportada por los autores.
- 3.—De los casos presentados en este trabajo, encontramos gran mayoría de pacientes múltiparas, ya que hacen el 83.30% del total.
- 4.—Los embarazos con parto prematuro solamente ocupan el 40.70% de los casos revisados.
- 5.—La placenta previa como factor predisponente a la presentación de hombro, fue escasa en nuestros casos, solamente encontramos el 1.8% del total revisado, en contraste con el reportado por otros autores que dan el 25%.
- 6.—La mortalidad fetal en los casos tratados con versión por maniobras internas, tiene aún una incidencia muy alta por lo que es necesario pensar con más liberalidad en la Operación Cesárea, sea Primípara o Múltipara, con bolsa rota o entera, con embarazo prematuro o a término.
- 7.—Debe practicarse operación cesárea, en pacientes con presentación transversa en los casos siguientes:
  - a) Primiparidad
  - b) Bolsa rota de evolución prolongada.

- c) En los casos que acusen distocia de la contracción uterina.
  - d) En los casos, en que a la presentación transversa se sume cualquiera de las indicaciones generales de la Operación Cesárea.
- 8.—Debe evitarse el practicar la Operación Cesárea, en ausencia de Placenta Previa Central Total, en:
    - a) Pacientes que ingresan con dilatación completa o completable del cuello.
    - b) Embarazos con feto muerto.
    - c) Embarazos con feto pre-viable.
    - d) En casos de monstruosidades fetales comprobadas.
  - 9.—Al intentar resolver una presentación transversa que ha tenido un trabajo de parto satisfactorio, por medio de la Versión por maniobras internas, se correrá el riesgo de cualquiera de las complicaciones mencionadas anteriormente en nuestro trabajo y por lo tanto de una mayor incidencia de mortalidad y morbilidad tanto fetal como materna.
  - 10.—Recomendamos la práctica de mayor número de exámenes por vía vaginal en los casos en que puede haber lugar a error con solamente el tacto rectal.

**Roberto Ibarra Rodríguez.**

**Vo. Bo. Dr. Humberto Montenegro.**

**Vo. Bo. Dr. Ricardo Alvarez O.**

**Imprímase: Dr. José Fajardo,  
Decano.**

## BIBLIOGRAFIA

De Lee — Greenhil: Principios y práctica de Obstetricia.

Lull — Kimbrought: Obstetricia Clínica.

A. Beck — Práctica de Obstetricia.

Webster — Geittman: Shoulder Presentation. A.  
J. O. G. Vol. 72 No. 1

Moragues Bernat: Clínica Obstétrica.

W. Slate — J. Randall: Prolapse of the umbilical  
cord. A. J. O. G. Vol 72 No. 5.

Archivos del Hospital Roosevelt.