

UNIVERSIDA DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSIDERACIONES SOBRE LA PRESENTACION PODALICA EN PRIMIGESTA

TESIS

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

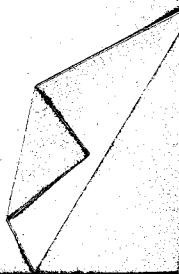
ROBERTO SANTISO GALVEZ

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Noviembre de 1958.



PLAN DE TESIS:

- 1o. INTRODUCCION.
- 2o. GENERALIDADES.
- 3o. PRENATAL.
 - a) Tratamiento durante el Prenatal.
- 4o. DIAGNOSTICO.
 - a) Epoca del diagnóstico.
 - b) Diagnóstico de Presentación, posición,
Variedad de posición, Variedad de presentación.
 - c) Diagnóstico de la naturaleza del embarazo.
- 5o. TRATAMIENTO DEL CASO.
 - a) Versión por maniobras externas.
 - b) Gran extracción.
 - c) Operación Cesárea.
 - d) Forceps de Piper.
 - e) Analgesia y Anestesia.
 - f) Duración del trabajo de parto.
 - g) Complicaciones del parto.
- 6o. MORTALIDAD Y MORBILIDAD FETAL
 - a) Mortalidad fetal.
 - b) Morbilidad fetal.
- 7o. MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA
 - a) Mortalidad materna.
 - b) Morbilidad materna.
- 8o. ANOMALIAS OVULARES, FETALES Y MATERNA.
- 9o. CONCLUSIONES.
- 10o. BIBLIOGRAFIA.

GENERALIDADES

ETIOLOGIA

Se han invocado varias causas que dan origen a la Presentación Podálica del feto en el parto y llegado a la conclusión de que una Presentación Podálica puede ser ocasionada por premadurez, embarazo múltiple, multiparidad y anomalías tanto ovulares como fetales y genitales.

Presentaremos un breve análisis de las causas más frecuentes de la Presentación Podálica en pacientes primigestas, al mismo tiempo que compararemos nuestros resultados con los obtenidos en otros países.

a) Embarazo Múltiple. Todos los autores están de acuerdo en que el embarazo múltiple predispone a la Presentación Podálica, por el hecho de que la naturaleza pone empeño en la mejor adaptación de los fetos en el útero materno. Entre las 150 Presentaciones Podálicas estudiadas encontramos 11 embarazos gemelares y un embarazo triple, lo que nos da una proporción del 8.0 por ciento.

Vartan presenta el embarazo múltiple como causa de Presentación Podálica en el 23.6 por ciento de casos.

b) Premadurez. Es también unánime la opinión que acepta la premadurez como factor importante en la Presentación Podálica y en gran porcentaje. En nuestro trabajo la cifra de premadurez alcanzada fué de 50.66 por ciento, muy cerca del porcentaje que presentan otros análisis hechos en nuestro medio hospitalario.

M. L. Tancer del Depto. de Obstetricia del Hospital Francés de New York, indica la cifra de 12.6 por ciento de infantes prematuros entre 1,031 Presentaciones Podálicas.

c) Anomalías. Las anomalías tanto fetales como ovulares y genitales han sido designadas como causas de Presentación Podálica porque coinciden a menudo con ella. Nosotros tuvimos 10 anomalías congénitas para un total de 6.6 por ciento, distribuidas de la siguiente manera: 2 anencéfalos, 1 bocio

congénito, 1 espina bifida, 4 espinas bifidas asociadas con Hidrocefalia y 2 niños nacieron con pie zambo.

Las anomalías ovulares y maternas que encontramos fueron: 7 incisiones marginales de cordón, 2 cordones cortos, 1 incisión velamentosa, 10 rupturas prematuras de membranas y 1 útero tabicado.

En los estudios realizados en nuestro medio hospitalario la proporción de anomalías es muy parecida, ya que en el Centro Materno Infantil alcanzan un porcentaje de 6.96 por ciento.

Tompkins encontró entre las anomalías fetales causantes de Presentación Podálica, 7 hidrocéfalos y 2 anencéfalos, entre 677 casos observados.

INCIDENCIA

La frecuencia de la Presentación Podálica en pacientes primigestas arrojó un porcentaje del 1.07 por ciento, en este estudio realizado en el Hospital Roosevelt, pues de 13,933 partos atendidos hubo 150 Presentaciones Podálicas en primigestas.

El inglés Doreen Daley, quien hizo un estudio sobre 13,457 partos, tuvo 317 Presentaciones Podálicas en pacientes primigestas, para una proporción del 2.5 por ciento.

EDAD

La edad de las pacientes analizadas en nuestro trabajo oscila entre los 14 y los 35 años, dando un promedio total para las 150 de 20.6 años. El 60 por ciento está comprendido entre los 14 y los 20 años.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

El antecedente obstétrico más importante encontrado en las pacientes estudiadas fué el aborto, dado que su historia obstétrica no nos lleva a la realización de un parto anterior. Doce de nuestras pacientes presentaron un aborto y una presentó aborto habitual con cuatro abortos anteriores; ninguna de ellas pudo explicar justificadamente la causa de su aborto. Hubo además dos pacientes con Cesárea anterior y fueron tomadas en cuenta porque en esta ocasión a ambas se les dio prueba de trabajo de parto. Resumiendo tenemos que el 8.6 por ciento de las pacientes presentaron antecedentes de aborto. Estos casos los tomamos también en cuenta en nuestro trabajo, a pesar de haber tenido gestación anterior, porque eran nulíparas.

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO ACTUAL

Analizando la historia del embarazo actual de todas las pacientes de nuestro estudio encontramos que, 6 padecieron Toxemía, de las cuales 5 desarrollaron Preclampsia en el último trimestre de la gestación y la otra desarrolló Eclampsia 15 días antes del nacimiento de su niño, siendo resuelto el caso por Cesárea con indicación de Eclampsia. Dos pacientes presentaron anemia, una desnutrición y otra amenaza de parto prematuro en el curso de la 35a. semana, habiendo tenido su parto en la 39a. semana.

PRENATAL

Tratamiento durante el Prenatal. Siempre hemos creido que un buen Prenatal es básico para llevar a término felizmente un embarazo y para prever las dificultades que se presentan en el parto y así ayudar a resolverlas con base en los exámenes hechos durante el Prenatal.

El Prenatal se hace indispensable, más todavía, en las maternidades de beneficencia, como es la del Hospital Roosevelt, porque el personal médico es reducido para atender el número de pacientes que se componen en ese centro. Los datos que llevan del Prenatal a la Sala de Labor, la mayoría de las veces sirven de primer contacto entre el médico y la paciente, que ya está en trabajo de parto.

En nuestro estudio se halló que de 150 pacientes, sólo 48 fueron controladas por Prenatal, lo que nos da un índice bajísimo del 32 por ciento de control prenatal.

El Centro Materno Infantil de Guatemala tiene 284 pacientes con control prenatal en 294 casos o sea el 90 por ciento; esto se explica como dijimos anteriormente por ser el Hospital Roosevelt centro de beneficencia y estar obligado a recibir cualquier paciente que vaya a dar luz, aunque no tenga control prenatal.

En estos 48 Prenatales que se siguieron, se diagnosticó Presentación Podálica en 24 casos. El manejo de estos 24 casos de Presentación Podálica en primigestas diagnosticadas en Prenatal fué llevado bien en 15 casos, adoleciendo los 9 restantes de varios defectos en su tratamiento, como son los siguientes:

10. Diagnóstico de Presentación Podálica en la 35a. semana. No se hizo Pelvimetría Clínica, no se hizo Rayos X, no se hizo versión por maniobras externas. Resultado: El caso se resolvió por parto eutóxico.

20. Diagnóstico de Presentación Podálica en la 34a. semana. Se presumía Hidrocefalia, pero no se hizo Rayos X, no se hizo Pelvimetría Clínica, tampoco se hizo Pelvimetría Radiológica. Resultado: Parto distóxico con retención de cabeza última por Hidrocefalia.

30. Diagnóstico de Presentación Podálica en la 39a. semana. No se hizo Rayos X, ni Pelvimetría Clínica. Resultado: Se practicó Cesárea, por pélvis límite; hubo trabajo de parto fuerte durante tres horas.

40. Diagnóstico de Presentación Podálica en la 37a. semana. Paciente con fractura del pubis; no se hizo Rayos X, no hubo consulta con Traumatología. Resultado: El caso se resolvió por Cesárea.

50. Diagnóstico de Presentación Podálica en la 35a. semana. No se hizo Rayos X, ni Pelvimetría Clínica. Resultado: parto eutóxico.

60. Diagnóstico de Presentación Podálica en la 34a. semana. No se hizo Rayos X, no se hizo Pelvimetría Clínica, tampoco Pelvimetría Radiológica. Resultado: Parto distóxico, se efectuó Gran extracción por trabajo prolongado y falta de progresión.

70. Diagnóstico de Presentación Podálica en la 30a. semana. Se le hizo Rayos X, pero no Pelvimetría Radiológica, ni Pelvimetría Clínica. Resultado: Parto distóxico por retención de cabeza última; el niño nació apneico.

80. Diagnóstico de Presentación Podálica en la 38a. semana. Paciente con pélvis amplia; se le hizo Rayos X, no se le hizo Pelvimetría Radiológica. Resultado: El caso se resolvió con Cesárea por pélvis límite, se dió poco trabajo de parto.

90. Diagnóstico de Presentación Podálica en la 36a. semana. Se le hizo Rayos X, pero no se le hizo Pelvimetría Radiológica. Resultado: Parto distóxico se le hizo Gran extracción porque hubo retención de cabeza última; se aplicaron forceps de Piper.

Hemos considerado los siguientes puntos de examen como esenciales en todo Prenatal de pacientes primigestas, sobre todo en Presentación Podálica:

- a) Pelvimetría Clínica.
- b) Rayos X (Pelvimetría Radiológica, Placa A.P. de abdomen).

Aunque la primera es de apreciación individual, se complementa muy bien con Rayos X, para descartar desproporción

feto-pélvica y con el diagnóstico más fino de Pelvimetría Radiológica se hace un estudio completo de la pélvis materna. Desde luego estos puntos de examen son solamente parte de un buen Prenatal.

En nuestro trabajo encontramos que los tres puntos de examen que para nosotros son de gran importancia, fueron empleados de la siguiente manera:

Se hizo estimación pélvica a 35 pacientes.

Se sacaron 61 estudios radiográficos divididos en 35 placas simples de abdomen y pélvis y 26 Pelvimetrias Radiológicas.

Se asoció la Pelvimetría Clínica con estudio radiológico en 20 casos. La Pelvimetría Radiológica se usó en la gran mayoría de las veces durante el trabajo de parto.

Resultaron con estudio completo y diagnóstico clínico radiológico 57 pélvis, que se dividieron de la siguiente manera:

Pelvis dudosas	9
Pelvis estrechas	2
Pelvis plana	1
Pelvis ginecoïdes	45
 Total	57

Los casos se resolvieron así:

- 7 dudosas por cesárea.
- 2 dudosas por partos eutóxicos.
- 2 estrechas por cesárea.
- 1 plana por cesárea.

12

DIAGNOSTICO

a) Epoca del Diagnóstico. El diagnóstico de Presentación Podálica en las pacientes de nuestro estudio les fué hecho en la Consulta Prenatal, en los diversos controles de su embarazo a 24 pacientes; en 97 casos se les hizo durante el trabajo de parto y en 29 casos cuando se estaba atendiendo el parto. Como auxiliar del Diagnóstico Clínico y para confirmar la presentación, se utilizaron los Rayos X 35 veces; 14 en Prenatal y 21 durante el trabajo de parto.

b) Diagnóstico de Presentación, Posición y de Variedad de Posición y Presentación. Al estudiar los casos en relación

a variedad de Presentación hay 30 Presentaciones Completas y 76 Incompletas, de las cuales 60 son Variedad de nalgas y 16 son Variedad de pies. Estos datos nos proporcionan los datos siguientes:

Presentación de nalgas Completa	28.3 por ciento
Variedad de nalgas Incompleta	56.6 por ciento
Variedad de pies	15.1 por ciento
<hr/>	
Total	100.0 por ciento

Estos porcentajes no pueden ser más que relativos puesto que, en 44 casos no se anotó la Variedad de Presentación.

Aunque en los estudios hechos en diferentes hospitales las estadísticas han variado mucho, la mayoría concuerda en que es la Presentación de nalgas Incompleta la más frecuente, siguiéndole la Variedad de nalgas Completa y la Variedad de pies.

La frecuencia de Posición y Variedad de Posición en nuestros casos se puede agrupar como sigue:

Derechas anteriores	41
Derechas posteriores	12
Derechas transversas	1
Izquierda anterior	80
Izquierda posterior	8
Izquierda transversa	1
Sin diagnóstico de posición	7
<hr/>	
Total	150

c) Diagnóstico de la Naturaleza del Embarazo. En nuestra estadística 11 embarazos fueron gemelares, los cuales tuvieron los diagnósticos siguientes: 6 casos fueron cefálica y podálica; 5 casos fueron podálica y cefálica.

Hubo un embarazo triple con un feto en Presentación Podálica que fué el tercero; se le hizo Gran extracción con sufrimiento fetal. La proporción es entonces de 91.3 por ciento de embarazo simple de Presentación Podálica en primigesta y 8 por ciento en el embarazo múltiple.

TRATAMIENTO DEL CASO

La Presentación Podálica en primigesta siempre ha sido vista con cierto temor, porque esta presentación ha estado estig-

matizada por una alta proporción de mortalidad fetal y también una alta incidencia de complicaciones obstétricas. Sin embargo con un control cuidadoso de las pacientes desde sus exámenes de Prenatal, puede llegarse a descartar riesgos inherentes al canal de parto y a la desproporción feto-pélvica. Indiscutiblemente la mayoría de los riesgos se presentan durante el trabajo de parto y en el parto mismo. Dada la variedad de complicaciones que pueden surgir durante la labor y el parto, han sido clásicas las precauciones siguientes: a) Presencia de un experimentado Obstetra, listo para hacerse cargo al momento de cualquier dificultad que surga. b) Hacer examen vaginal cuidadoso al tiempo de romper membranas artificialmente, por el peligro de producir una procidencia de cordón. c) Perseverancia en prevenir esfuerzos expulsivos, antes que la dilatación esté completa y d) Hacer una episiotomía amplia.

La Presentación Podálica en primigesta ha sido vista con tanto recelo que, algunas escuelas recomiendan practicar la operación cesárea toda vez que el diagnóstico de esta presentación ha sido confirmado. La mayoría de las escuelas, por el contrario, apoyan el criterio que la Cesárea no se debe hacer sin una indicación precisa.

Nosotros tenemos el concepto de que el tratamiento de esta presentación comienza desde el Prenatal, cuando se toman las precauciones necesarias para que llegue la paciente a la Sala de Partos con el mayor número de probabilidades de tener un parto sin complicaciones.

Durante el Prenatal se indicaron dos versiones por maniobras externas, como tratamiento profiláctico de la Presentación Podálica para transformarla en Presentación Cefálica. La primera de ellas se hizo durante la 38a. semana, habiendo fracasado la versión porque las manipulaciones desarrollaron trabajo de parto; el feto nació en buenas condiciones. La segunda versión también en la 38a. semana se verificó con éxito, pero 24 horas más tarde hubo reversión a la Presentación Podálica; las maniobras no se repitieron por útero irritable.

Como en nuestro Prenatal hubo 24 pacientes controladas y con diagnóstico de Presentación Podálica, podemos entonces deducir que la versión por maniobras externas se practicó en un 8.33 por ciento.

La controversia existente a la ejecución de la versión por maniobras externas en la Presentación Podálica de primigesta continúa. Los obstetricianos apoyan su criterio en que el útero de la primigesta es muy irritable, las paredes abdominales gruesas, factores que dificultan las maniobras suaves que son

indispensables para no dañar al feto. Indican también que estas maniobras predisponen a complicaciones como son, la ruptura prematura de membranas, ruptura uterina, la extensión de las piernas del feto y el sufrimiento fetal. Por otro lado señalan que la incidencia de la reversión de la presentación después de la maniobra es más del 20 por ciento y ellos creen que es mucho el riesgo que corre el feto.

M. R. Fell considera que hay un lugar definitivo para la versión externa en la Obstetricia Moderna. Presenta una estadística de 88 primigestas a las cuales les fué hecha versión externa con éxito a un 78 por ciento, teniendo cuatro muertes fetales.

Estas versiones se realizaron bajo anestesia, dando un porcentaje de 4.5 por ciento de muerte fetal en su serie. Las versiones que se hicieron sin anestesia no tuvieron índice de mortalidad fetal. Este prestigiado Obstetra señala entre las ventajas de hacer la versión: a) Reduce el parto con Presentación Podálica en más de la mitad. b) Reduce la mortalidad fetal significativamente y también indica que la versión externa sin anestesia es mejor pues da menos mortalidad fetal y se tiene mejor control sobre la madre y el feto.

La versión se debe hacer de la 34a. a la 38a. semana de embarazo, teniendo todas las condiciones ideales para hacerla.

GRAN EXTRACCION

La gran extracción es el conjunto de maniobras cuyo fin es obtener el parto artificial de la Presentación Pelviana en los tres segmentos fetales conocidos, pélvis, hombros, cabeza. Es una de las formas más corrientes de tratamiento de la Presentación Podálica en primigesta, cuando está presente alguna complicación durante el parto.

En nuestro trabajo encontramos que la Presentación Podálica en primigesta, fué resuelto por Gran extracción en 30 casos, lo que nos da una incidencia del 20 por ciento.

Las complicaciones que motivaron esta conducta activa del Obstetra fueron las siguientes:

- a) La procidencia de cordón se presentó en 11 casos, de los cuales 8 estaban asociados con sufrimiento fetal.
- b) En 6 casos se hizo Gran extracción al segundo gemelo con indicación de Pre-Eclampsia.
- c) Sufrimiento fetal se presentó en 2 casos.
- d) En 5 casos la indicación de la Gran extracción fué dada

por el trabajo prolongado y el agotamiento materno.

e) En un caso la indicación de Gran extracción fué la inminencia de ruptura uterina.

f) En un caso se efectuó la Gran extracción con indicación de desprendimiento prematuro de placenta.

g) Polisitolia fué indicación de Gran extracción en un caso. Este caso presentaba un feto hidrocéfalo, el cual fué puncionado del cráneo para reducir diámetros cefálicos; la punción se hizo por vía abdominal y previa a la Gran extracción.

h) En un caso se hizo Gran extracción por procidencia de pie.

i) Dos casos fueron tratados por Gran extracción sin anotar la indicación.

En el manejo de estos 30 casos por Gran extracción se tuvieron 4 muertes fetales causadas por las manipulaciones de la Gran extracción, ya que no se puede tomar en cuenta a dos fetos que nacieron macerados y uno más que murió después del parto por premadurez.

El forceps de Piper se usó en 5 casos de Gran extracción.

La morbilidad fetal que presentó la Gran extracción fué un caso de parálisis braquial y un caso de parálisis facial periférica y parálisis braquial.

Un 14.8 por ciento de los fetos a los cuales se les hizo Gran extracción murieron por esta causa; sin embargo tomando en cuenta que la mayoría de las indicaciones de la Gran extracción eran de urgencia, concluimos que no se ha abusado de su uso para resolver los problemas de la Presentación Podálica en primigesta.

Lucien W. Roberts del Colegio Médico de Virginia hizo Gran extracción en el 15 por ciento de los casos de Presentación Podálica en general. Como muestra nuestra estadística la proporción alcanzada de Gran extracción para resolver la Presentación Podálica en nuestras pacientes es muy parecida a la de otros países.

Podemos decir que la Gran extracción es un tratamiento muy útil ante las complicaciones de la Presentación Podálica, que deben resolverse con urgencia para lograr niños vivos.

OPERACION CESAREA

La operación Cesárea tiene un capítulo especial en el tratamiento de la Presentación Podálica en primigesta y aunque se ha discutido mucho sobre la conveniencia de practicarla rutina-

riamente, la tendencia mayoritaria es evitarla mientras no haya una indicación precisa.

Desde que se estudia la pelvis materna por Rayos X, se ha conseguido una mejor información acerca de la posibilidad de una desproporción feto-pélvica y esto ha hecho que la incidencia de la operación Cesárea haya subido bastante en los últimos años.

En las 150 pacientes estudiadas en nuestro trabajo hallamos que la Cesárea se practicó 17 veces, dándonos una incidencia del 11.3 por ciento.

Las Cesáreas fueron practicadas por las indicaciones siguientes:

a) Desproporción feto-pélvica, con pélvis límite fué la indicación más frecuente; 6 casos tenían esta indicación. En tres casos se asoció a la indicación anterior otras. En un caso hubo trabajo prolongado e infección amniótica, haciéndose Cesárea extraperitoneal. En otro caso hubo inminencia de ruptura uterina y embriotomía fallida. El tercer caso presentó procidencia de mano y cabeza deflexionada.

b) Estrechez Pélvica. Se presentaron tres casos, de los cuales una era una estrechez pélvica franca (pélvis androide); otro presentaba una estrechez relativa al nivel del estrecho medio (espinas prominentes); y el tercer caso era una pelvis pequeña, a la cual se le había realizado una cesárea anterior.

c) Ocho Cesáreas tuvieron diferentes indicaciones que enumeraremos a continuación:

Inminencia de ruptura uterina	2 casos
Eclampsia y sufrimiento fetal	1 caso
Cesárea anterior y cuello rudimentario	1 caso
Fractura no consolidada de la rama izquierda del púbis	1 caso
Primiparidad añosa, fibromatosis uterina e inminencia de ruptura uterina	1 caso
Sufrimiento fetal y paro en el período de expulsión ..	2 casos

En los 17 casos resueltos por Cesárea no hubo mortalidad infantil; ya que si bien es cierto que encontramos un niño muerto, éste murió horas antes de que se indicara la Cesárea, que se hizo por una necesidad materna, que fué inminencia de ruptura uterina.

Tampoco hubo mortalidad materna. Todos los trabajos sobre Cesárea en Presentación Podálica en Primigesta indican, 1o. que no hay mortalidad materna; 2o. que la mortalidad fetal es

muy baja alrededor de 1.1 por ciento, y al ser corregida no da ninguna proporción de mortalidad.

Los factores anteriores han sido la base en que se apoyan las escuelas que recomiendan una actitud intervencionista de Cesárea en toda Presentación Podálica en primigesta. La tendencia abstencionista propone la intervención por Cesárea en primigesta con Presentación Podálica, sobre todo cuando tiene las siguientes indicaciones: Una pélvis dudosa o probable desproporción céfalo-pélvica; primigesta con más de 30 años de edad; nulípara con aborto habitual; primigesta con feto grande y también aceptan la Cesárea como tratamiento de algunas complicaciones que surgen durante el trabajo de parto.

En el Hospital Roosevelt de Guatemala el criterio que priva es el de no practicar la operación Cesárea sino se tiene una indicación precisa y el porcentaje de pacientes cesarizadas es muy parecido al de estadísticas de otros países.

El tipo de Cesárea que se practicó en el Hospital Roosevelt es la Cesárea segmentaria Transperitoneal, ya que se realizó en 16 de los 17 casos. En el otro caso se hizo una Cesárea Segmentaria Extraperitoneal, porque la paciente presentaba infección amniótica.

Después de evaluar la operación Cesárea en nuestros 17 casos se concluye que, ésta fué bien manejada en todos los casos.

Retención de cabeza última

Forceps de Piper. La retención de cabeza última en la Presentación Podálica en primigesta fué una de las complicaciones más frecuentes; se presentó en 11 casos o sea un 7.3 por ciento. Para resolver esta complicación se utilizó siempre el forceps de Piper.

El forceps de Piper se usa en tales casos por ser el único que tiene la ventaja de poseer la curva pelviana invertida y una curva cefálica grande; fué inventado con el sólo objeto de resolver estos casos. La curva pelviana invertida permite que el forceps se adapte a la pelvis cuando se extrae la cabeza fetal y se lleva hacia el abdomen materno.

Al respecto de la aplicación del forceps de Piper ha habido mucha discusión, porque hay escuelas que preconizan el uso rutinario de él en toda Presentación Podálica y apoyan su punto de vista en que sus estadísticas señalan una menor mortalidad y morbilidad fetal, porque la aplicación de este forceps evita los traumatismos tan corrientes cuando se maniobra sobre cabeza última y disminuye el tiempo de permanencia de la cabeza

dentro del útero, cosa fundamental para que el feto no se asfixie.

John E. Savage de la Universidad de Maryland aplica rutinariamente el forceps de Piper en toda Presentación Podálica y ha reglamentado el método de usarlo. El entrega el cuerpo del feto a un asistente, quien con una toalla lo sostiene y le da una ligera elevación para facilitar al operador la introducción de las cucharas del forceps. El operador entonces hace tracción suave con el forceps hasta que aparecen las vías respiratorias del feto, se aspira el contenido que en ellas se encuentra y se termina después con la extracción de la cabeza lentamente.

A pesar de todo la aplicación rutinaria del forceps de Piper trae consigo un porcentaje de mortalidad y morbilidad fetal, sino es aplicado por un obstetra experto. En nuestros casos el uso del forceps de Piper estuvo acompañado por tres muertes fetales; en dos de ellas las maniobras anteriores al forceps fueron la causa de que los fetos nacieran asfícticos y fallecieran minutos después.

En el Hospital Roosevelt se usa el forceps de Piper solamente para solucionar la complicación de cabeza última retenida.

En conclusión la Presentación Podálica en primigesta se resolvió eutópicamente en 92 casos y hubo 58 partos distóxicos, para un porcentaje de 38.6 por ciento. Entre todos los partos distóxicos hubo 7 muertes fetales excluidas. De los 92 partos eutópicos, 33 se resolvieron espontáneamente y 59 con ayuda manual.

Las siguientes maniobras se efectuaron en los 150 casos como ayuda para la asistencia del parto en Presentación Podálica:

Maniobra de Mauriceau	71 veces
Maniobra de Deventer Mueller	41 "
Maniobra de Rojas	19 "
Maniobra de Kristeller	1 vez
Tracción inginal	1 "
Ruptura artificial de membranas	37 veces
Episiotomía M.L.D.	90 "
Episiotomía Mediana	7 "
Episiotomía M.L.I.	3 "
Inducción del parto con Pitocin	1 vez
Reducción de circulares de cordón al cuello ..	8 "

Algunas otras maniobras que se hicieron por complicaciones son las siguientes:

Extracción manual de Placenta	15 veces
Revisión de cavidad uterina por hemorragia post-partum	1 vez
Dilatación manual del cuello	1 vez

Queremos hacer notar que a pesar de que la Episiotomía amplia está indicada en todos los casos de Presentación Podálica en primigesta, solamente se ejecutó en 100 de nuestras pacientes y que fuera de los 17 casos resueltos por Cesárea, en todos los demás se debió hacer.

Analgesia y Anestesia

Analgesia. La analgesia es un factor que merece analizarse porque en la Presentación Podálica en primigesta hay un gran porcentaje de fetos prematuros, y es sabido que la Premadurez es una contraindicación para la analgesia.

En nuestro trabajo tenemos anotado que la analgesia fué usada en 44 casos, lo que nos da un porcentaje de 39.3 por ciento. En estos 44 casos hubo 7, en los cuales los fetos eran prematuros. La analgesia se usó a pesar de ello, debido a que en varios casos las contracciones uterinas eran muy fuertes y había peligro de que se desarrollara una distocia de contracción; en otros casos porque no se creyó que el feto fuera prematuro.

Los siete fetos prematuros de las madres que fueron sedadas nacieron en las siguientes condiciones:

Aparentemente sanos	5
Recién nacido muerto	1
Recién nacido asfíctico	1

Hubo además dos casos en que se usó la analgesia en fetos prematuros, pero que habían fallecido en útero antes de aplicarla.

El analgésico más usado fué el Demerol, que se aplicó en cantidades que variaron entre los 50 y 250 miligramos. Diecisiete veces se usó solo y 24 veces se asoció a diferentes medicamentos como,

Hydergina	12 veces
Seconal	7 "
Largactil	2 "
Luminal	3 "

Se puede apreciar que la analgesia estuvo bien aplicada, ya que cuando se usó en madres con fetos prematuros se hizo para evitar complicaciones, como son las distocias de contracción.

Anestesia. La anestesia más usada fué la anestesia general por inhalación, se empleó en 59 casos. Los anestésicos más frecuentemente usados por este método fueron Trilene que se empleó en 29 casos solo y en varios casos más asociado con otros anestésicos; el éter fué usado en 21 casos, sobre todo cuando se practicó Cesárea y Gran extracción; algunas veces se asoció al Ciclopropano y también al Oxido Nitroso.

El otro grupo mayoritario lo formó el uso de la anestesia local, en la cual casi siempre se usó Novocaina, empleándose para las episiorrafias y las suturas de rasgaduras vagino-perineales. Esta anestesia se usó en 49 casos.

La anestesia regional raquídea se usó en un caso que se resolvió por Cesárea debido a paro en el período de expulsión y se usó una vez la anestesia pudenda. En total en nuestro estudio se usó la anestesia en 111 casos; a los 39 casos restantes que no se les aplicó anestesia, se les puede incluir en el grupo de los que no se les practicó episiotomía.

En el Hospital de Brooklyn el anestésico más usado fué el Ciclopropano, que se usó en un 79 por ciento de pacientes, reportando un 9% de muerte fetal y hacen la aclaración de que la anestesia sólo fué un factor entre los muchos que causaron la muerte fetal.

En nuestro estudio indudablemente la anestesia contribuyó en varios casos a aumentar la mortalidad fetal, pero no se pudo apreciar correctamente por la variedad de circunstancias concomitantes, ya que cualquiera de ellas podía ser la causa de la muerte fetal.

Duración del Trabajo de Parto

Las estadísticas del Hospital de Brooklyn realizadas por J. Edward Hall y Richard Councilman en 396 casos de Presentación Podálica en general dieron como tiempo promedio de duración del trabajo de parto en primípara el de 12 horas, 15 minutos indicando que sólo hubo 25 casos que sobrepasaban las 30 horas de trabajo de parto. Señalan que la muerte fetal con un trabajo de parto corto tuvo como causa principal la premadurez del feto y que el trabajo de parto prolongado más allá de las 18 horas, no presentó aumento en la incidencia de mortalidad fetal.

En el estudio realizado en primigestas con Presentación Podálica atendidas en el Hospital Roosevelt se encontró como promedio de duración del trabajo de parto 13 horas, 6 minutos; el tiempo mayor fué el de 60 horas con 15 minutos y el menor de 1 hora con 15 minutos.

No podemos proporcionar un dato concluyente sobre si la premadurez asociada con un trabajo de parto corto haya sido causa de aumento en la mortalidad fetal, dado que el estudio de 150 casos no es suficiente para poder evaluar con certeza este punto.

Complicaciones del Parto

Las principales complicaciones de la Presentación Podálica durante el Parto fueron las siguientes:

- Procidencia de cordón,
- Retención de cabeza última,
- Sufrimiento fetal,
- Trabajo prolongado,
- Prolapso de pie,
- Procidencia de miembro superior,
- Hemorragia del alumbramiento,
- Fractura del húmero,
- Retención de placenta.

EL NIÑO

a) Condición del niño al nacer. En los 150 casos investigados en nuestro trabajo se encontró que los niños nacieron en las siguientes condiciones,

Nacidos vivos:

En buen estado general	90	60%
Apnéicos	30	20%
Delicados	3	2%
Anestesiados	4	2.7%

Nacidos muertos:

Nacidos muertos	23	15.3%
Total	150	100.0%

b) Sexo del niño. Al hacerse el estudio sobre el sexo de los niños se encontraron los resultados siguientes:

Masculino	80	53.4%
Femenino	70	46.6%
Total	150	100.0%

c) Peso. El peso fué tomado como el dato más exacto para dividir a los niños en prematuros y a término, ya que la edad del embarazo no se pudo determinar con certeza porque las madres frecuentemente confundían la fecha de su última menstruación y la altura uterina tampoco pudo servir de base a esta apreciación porque diferentes factores podían alterarla.

A todos los niños estudiados les fué anotado su peso y se tomó el de 5 libras y media como límite para clasificarlos en prematuros y a término. Es notorio que este peso es alto para nuestro medio racial, pero se tomó por la facilidad de comparación con otras estadísticas que aceptan este mismo peso como límite.

El presente trabajo señala que 76 niños fueron prematuros por peso, lo que nos da un porcentaje de Premadurez de 50.6 por ciento. 74 niños pesaron más de las 5 libras y media que se tomó como límite mínimo para considerar a un niño a término; el porcentaje de este grupo fué de 49.4 por ciento.

El peso promedio encontrado en los 150 niños fué de 5 libras, 4 onzas; el peso menor reportado fué el de una 1 libra, 4 onzas y el mayor fué de 10 libras.

Las investigaciones realizadas en el Centro Materno Infantil de Guatemala reportan que en la Presentación Podálica en general hay un 47.12 por ciento de prematuros. Podemos darnos cuenta con ésto que, en nuestro medio no hay mucha diferencia en el porcentaje de niños prematuros que tienen las pacientes en Presentación Podálica.

Las cifras indicadas por trabajos llevados a cabo en otros países, en relación con la Premadurez en la Presentación Podálica varían mucho; así por ejemplo el Hospital Francés de New York tiene 12.6 por ciento de Prematuros en Presentación Podálica, mientras que el Chicago Lying-in Hospital reporta un 61.6 por ciento.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD FETAL

Mortalidad. La mayoría de los autores están de acuerdo en sus estadísticas al señalar que, la mortalidad fetal en la Pre-

sentación Podálica es mayor que en la Presentación Cefálica. Los datos de mortalidad fetal son muy variables, esto se debe a la forma de confeccionar las estadísticas, ya que algunos trabajos toman en cuenta factores que no son incluidos en otros, para deducir la mortalidad fetal en la Presentación Podálica. Tompkins hizo distinción entre el riesgo fetal en la Presentación Podálica y el riesgo intrínseco en el parto de esta misma presentación. Guyer y Heaton establecieron que no hay acuerdo en la cantidad de riesgo fetal envuelto en la Presentación Podálica; ellos sugirieron la exclusión de los factores complicativos comunes que corrientemente son añadidos al riesgo fetal, para poder apreciar cuál es el verdadero riesgo inherente a la Presentación Podálica.

Mortalidad fetal no depurada. Aquí se toman en cuenta todos los partos podálicos incluyendo los operatorios, a los fetos prematuros, a los que tienen anomalías incompatibles con la vida y a todos los fetos muertos desde antes del parto, hasta la salida del hospital, es decir toda la mortalidad perinatal.

La Presentación Podálica en primigesta dió según nuestro estudio 41 niños muertos, para ofrecer un porcentaje de 27.3 por ciento de mortalidad fetal no depurada.

Mortalidad fetal corregida. Aquí sólo se considera la muerte fetal que es consecuencia directa de la Presentación Podálica, excluyendo todas las condiciones que la complican.

Nósotros sólo depuramos la mortalidad fetal en nuestro trabajo, excluyendo los casos que presentaron anomalías congénitas incompatibles con la vida, fetos que habían muerto antes del parto y prematuros que tuvieron parto eutóxico; nos quedan entonces 18 muertes fetales atribuibles a la Presentación Podálica y a sus complicaciones, lo que nos da una proporción de 12 por ciento de muerte fetal corregida. Las causas más frecuentes de mortalidad fetal fueron:

Espina bífida con Hidrocefalia	2 casos
Anencefalia	2 "
Asfixia	14 "
Muerte ante parto sin causa aparente	10 "
Hemorragia intra craneal	7 "
Atelectasia Pulmonar	6 "
Total	41 casos

Si tomamos la mortalidad fetal depurándola solamente excluyendo los casos de anomalías congénitas incompatibles con la vida y fetos muertos antes del parto, sin causa aparente,

tenemos 27 muertes fetales, de las cuales 20 se suscitaron durante partos eutópicos y 7 en partos distópicos. Esto da una proporción de 74 por ciento de muerte fetal durante partos eutópicos y la única explicación para ésto es el gran número de niños prematuros. El parto distópico tiene un porcentaje de muerte fetal de 25.9%, muy similar a las estadísticas presentadas en otros trabajos; por ejemplo R. Dubrovsky encontró una mortalidad fetal de 30 por ciento. En conclusión en nuestro trabajo el factor más importante de muerte fetal fué la Premadurez.

MORBILIDAD FETAL

La morbilidad fetal asociada a la Presentación Podálica es de gran trascendencia, ya que muchas lesiones son serias y permanentes. Casi siempre son determinadas por las maniobras extractoras y hay unanimidad al señalar que los partos podálicos espontáneos dan una morbilidad fetal casi nula. Se recomienda el examen cuidadoso del niño para buscar todas las lesiones que pueda tener. Nuestro estudio reveló las siguientes lesiones:

Fractura de húmero	1
Parálisis facial	2
Parálisis braquial	3
Total	6

Hacemos notar que en estos 6 casos hubo maniobras para resolver el parto. Se hicieron 3 grandes extracciones, se aplicó una vez el forceps de Piper y en un caso Maniobra de Deventer Mueller y Mauriceau.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA

Mortalidad materna. Se ha considerado que la Presentación Podálica da mayor incidencia de mortalidad materna que la cefálica y que desde el empleo de los modernos antibióticos esta incidencia ha disminuido notablemente, ya que la causa principal de ella era la infección puerperal, favorecida por trabajo de parto prolongado y maniobras extractoras. En las 150 pacientes estudiadas no hubo mortalidad materna.

Morbilidad materna. La morbilidad materna en la Presentación Podálica está supeditada a los siguientes factores: Parto prolongado, ruptura prematura de membranas, hemorragias

y operaciones infra vaginales. La primigesta con esta presentación tiene los tejidos resistentes que predisponen a lesiones vaginal-perineales.

En nuestro trabajo tenemos las siguientes complicaciones maternas:

Endometritis	9 casos
Rasgaduras del cuello uterino	4 "
Rasgaduras vaginal-perineales	4 "
Dehincencias de episiotomía	6 "
Hemorragia de alumbramiento	3 "
Total	26 casos

Como podemos apreciar más de la mitad de nuestros casos presentaron lesiones de las partes blandas; nosotros creemos que la mejor manera de prevenirlas es practicando una Episiotomía amplia; evitar esfuerzos expulsivos antes de la dilatación completa del cuello y efectuar todas las maniobras de la manera más delicada.

ANOMALIAS OVULARES FETALES Y MATERNA

a) Anomalías ovulares. Las anomalías ovulares encontradas fueron éstas:

Ruptura prematura de membranas	10 casos
Cordón largo	12 "
Cordón corto	2 "
Inserción velamentosa de cordón	3 "
Inserción marginal de cordón	7 "
Placenta succenturiada	1 "
Placenta circunvalata	2 "
Placenta percreta	1 "
Placenta con infartos	1 "

Sólo queremos comentar que en los diez casos de ruptura prematura de membranas hubo cuatro procedencias de cordón, una procedencia de mano, y tres infecciones amnióticas, por lo que esta complicación es verdaderamente temible para el pronóstico fetal y materno.

De los 12 cordones largos, 7 hicieron procedencia evidenciando así la importancia que tiene la longitud del cordón cuando se combina con la Presentación Podálica.

b) Anomalías fetales. Encontramos las anomalías fetales siguientes:

Espina bifida	1 caso
Espina bifida e Hidrocefalia	4 casos
Anencefalia	2 "
Pie zambo	2 "
Bocio congénito	1 "

c) Anomalías maternas. Sólo se halló una anomalía materna que consistía en un cuello rudimentario y un tabique vaginal. Esta paciente tuvo un niño anterior por Cesárea y en esta ocasión también se resolvió su caso por Cesárea, pues el cuello no presentó dilatación.

CONCLUSIONES:

- 1.—La incidencia de la Presentación Podálica en primigesta es de 1.07 por ciento, porque en 13,933 partos revisados hubo 150 casos.
- 2.—De las 150 pacientes estudiadas el 32 por ciento tuvo control prenatal; el 6 por ciento tuvo un prenatal mal llevado.
- 3.—Toda paciente primigesta con Presentación Podálica debe tener un estudio completo de pelvis, incluyendo Pelvimetría Radiológica.
- 4.—La versión por maniobras externas se utilizó en dos casos como tratamiento profiláctico; se debe intentar realizarla en todos los casos, si las condiciones son ideales para ello.
- 5.—La Presentación Podálica en primigesta se resolvió eutópicamente en un 61.4 por ciento y distópicamente en un 38.6. Las complicaciones más frecuentes fueron la Procidencia de cordón y la retención de cabeza última.
- 6.—La Gran extracción se debe utilizar solamente ante las complicaciones de urgencia que surjan durante el parto, ya que es la causa de 2.6 por ciento de muerte fetal corregida.
- 7.—La operación Cesárea fué practicada en 17 casos, no presentando mortalidad fetal ni materna. La principal indicación para ejecutarla fué la presencia de una pelvis dudosa y probablemente desproporción feto-pélvica.
- 8.—La mortalidad fetal no corregida fué de 27.3 por ciento al corregirla dió un porcentaje de 12 por ciento.
- 9.—El factor más importante de mortalidad fetal fué la Premadurez.

- 10.—No hubo mortalidad materna y la morbilidad materna presentó como complicación más frecuente la Endometritis, 9 casos o sea el 6 por ciento.
- 11.—El parto de primigestas con Presentación Podálica dió mayor mortalidad y morbilidad fetal que el parto con Presentación Podálica en multíparas.

ROBERTO SANTISO GALVEZ.

Vo. Bo.

Dr. Francisco A. Cerezo F.

Imprímase,

Dr. Ernesto Alarcón Benítez.
Decano.

BIBLIOGRAFIA:

- Beck Alfred.— Práctica de Obstetricia. 6a. edición 1955.
- Chávez, José Antonio.— Presentación Podálica en nuestro medio hospitalario. Trabajo de tesis, Guatemala 1956.
- Delee Greenhill.— Principios y Prácticas de Obstetricia. 1955.
- Dieckman, William.— Breech Delivery at Chicago Lying in Hospital, Greenhill Year Book of Obst. & Gynec. 1956-1957.
- Hall Edward.— Breech Presentación. Greenhill Year Book of Obst. & Gynec. 1956-1957.
- Lull y Kimbrough.— Obstetricia Clínica. 1954.
- León, Juan.— Presentación Pélviana. 1953.
- Moragues, Bernat.— Clínica Obstétrica. 6a. edición 1954.
- Mair, James.— Management of Breech Presentation. Greenhill Year Book of Obst. & Gynec. 1954-1955.
- Pomerance W.— Fetal and Neonatal results in Breech. Presentación in the primiparous patient at term. Am. Jurnal Obst. & Gynec. 64: 1952.
- Registros médicos del Hospital Roosevelt 1955-1957.
- Tancer M. L. Breech Presentation. Obstetrics & Gynecology. June 1957.
- Urzaiz, Eduardo.— La Incógnita de la Primípara. Ginec. & Obst. de México. Diciembre 1952, volúmen 7.
- Williams Obstetrics por Nicholson J. Eastman, 1950. 10a. edición.