

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América

**PRIMIGESTA CON PRESENTACION  
PELVIANA.  
SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA**

**T E S I S**

Presentada a la Junta Directiva de la  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por

**CARLOS MENDEZ MOLINA**

En el acto de su investidura de

**MEDICO Y CIRUJANO**

*Guatemala, Noviembre de 1962.*



## PLAN DE TESIS

### I INTRODUCCION

### II CAPITULO I, GENERALIDADES

- a) Consideraciones acerca de Presentación Pelviana
- b) Consideraciones acerca de Presentación Pelviana (Primigestas).

### III CAPITULO II, LA PRESENTACION PELVIANA EN PRIMIGESTAS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.

- a) Material y Método
- b) Incidencia
- c) Estudio Materno
  - 1) Prenatal
  - 2) Edad y Paridad
  - 3) Edad de Embarazo
  - 4) Diagnóstico de Presentación, Posición y variedad de Posición
  - 5) Estudio Pélvico, Clínico y Radiológico
  - 6) Estudio Etiológico
  - 7) Resolución del caso
  - 8) Anestesia
  - 9) Complicaciones
- d) Estudio fetal
  - 1) Sexo
  - 2) Peso
  - 3) Mortalidad Fetal
  - 4) Viabilidad

### IV CONCLUSIONES

### V BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION

El trabajo de tesis concluye para el estudiante una de aspiraciones fundamentales de su vida, ha logrado el objetivo planeado y previsto que lo lleva al inicio real de su curso como hombre adulto, consciente de sus responsabilidades humanas. Por ello es quizá que en él plasma su personalidad y muchas veces define su actitud futura, producto indudable de la experiencia obtenida durante sus estudios y prácticas. En el caso del médico, ante la realidad de su función social, inicia su trayecto lleno de inquietudes, pero al mismo tiempo, trae recuerdos que han dejado rastro en su psiquismo. En un momento trascendental vuelve alguno de ellos a su memoria y muchas veces así nace el deseo de escribir sobre un tema; de revivir un incidente que quizá para muchos no tenga importancia; pero para aquella quien lo sufre reviste como para el médico, la aspiración de su existencia, el afán de sus desvelos, y el inicio de una vida adulta y consciente traducida a la responsabilidad de hogar y familia.

Una Madre joven fue el recuerdo que inició el presente trabajo; el fruto perdido de su embarazo nos hizo pensar en la trascendencia que reviste la adecuada atención de un caso difícil.. conservar viva la ilusión de cada una de las pacientes que buscaron el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt con la similitud de poseer una presentación pelviana en su primer embarazo, y nos ha movido a estudiar sus casos, analizando cada paso de su gestación, la resolución planteada y el resultado obtenido. Los sintetizamos conforme quedaron escritos en los registros clínicos con afán de crítica constructiva; los agrupamos en forma conveniente para hacer una exposición estadística seguida de comentarios lógicos para cada concepto.

Esperamos contribuir con el presente trabajo, a obtener una atención ecuánime y progresista para las pacientes, quienes día a día llegan con mayor afluencia a nuestro Centro Asistencial.

Queremos dejar constancia de agradecimiento a las personas que contribuyeron en la presente obra en forma prácticamente anónima: Las Madres Guatemaltecas, el personal de Médicos Especialistas y practicantes que las atendieron, el personal y demás técnicos que cuidaron de ellas y por último, los empleados del Departamento de Registros clínicos y Estadística.

## CAPITULO PRIMERO

### GENERALIDADES:

Este capítulo se ha dividido convencionalmente en dos títulos, uno relativo a la presentación podálica en general, y el otro dedicado exclusivamente a las primigestas. En realidad no se trata de establecer novedades pero sí hemos creído conveniente señalar los principales aspectos de la presentación pelviana, algunos conceptos respecto a su etiología, frecuencia con que se presenta y naturalmente, hacer ver que a pesar que bajo el punto de vista general, no significa una distocia, potencialmente puede acarrear problemas y significar una causa importante de pérdida gestacional.

#### a) De la presentación pelviana en general:

La presentación pelviana, podálica o de nalgas como se le llama en sus distintas sinonimias, es la resultante de una situación longitudinal de la presentación, en la cual el polo cefálico ocupa el fondo uterino, o uno de sus cuernos, llenando la escavación pélvica parte o la totalidad del polo pelviano fetal integrado por los glúteos, muslos, piernas y pies, capaces en conjunto o por separado de desencadenar un mecanismo de trabajo de Parto. Conforme a la literatura revisada, se llegó a la conclusión que la incidencia con que se encuentran presentaciones de nalgas, oscila entre el 2.47% (1), hasta la cifra máxima de 11% (2), que presenta un Hospital europeo; sin embargo la generalidad de los autores admiten que la frecuencia promedio es aproximadamente del 3 al 4%. El Hospital Roosevelt tiene una incidencia de 3.95%. Es importante mencionar que la proporción entre embarazos a término y prematuros, es totalmente divergente encontrándose cifras del 2.2% para los primeros, y hasta casi 14% para los segundos. Indudablemente la atención prematura del parto, es una de las causas etiológicas importantes. A este respecto se ha establecido que la presentación podálica obedece en general a diversos factores causales, siendo los más importantes: 1) Factor de acomodación útero-fetal (Ley de Selheim). 2) Prematuridad; 3) Multiparidad; 4) Anomalías fetales; 5) Anomalías uterinas; 6) Placenta previa; 7) Hiperextensión uterina; 8) Estrechez

pélvica; 9) Tumores maternos pélvicos etc.

(1) Hospital San Luis, George W.

(2) Deseux y Font.

Es lógico suponer pues, que si bien es cierto, como ya apuntamos, que generalmente se considera como eutocia a la presentación podálica, atendiendo a sus factores etiológicos, en cualquier momento puede desencadenar una distocia y es por ello que ordinariamente en todas las estadísticas, la presentación pelviana tiene un índice operatorio mayor que la cefálica. Por último, todos estos factores son coadyuvantes en la pérdida gestacional, y si a ello se añade otras circunstancias tales como la mayor frecuencia de prolapsos tanto de miembros como de cordón por la natural posición y ubicación del mismo en la presentación de nalgas, y sobre todo el problema de la cabeza última, nos percatamos que bajo el punto de vista riesgo fetal, la proporción de fallecimientos intra o post-partum crece enormemente en las podálicas.

De ordinario se piensa que en las multigestas el problema no es tan trascendental, sin embargo consideramos que sería conveniente iniciar un estudio al respecto, podría suceder que con poco la realidad trágica de los partos en podálica signifiquen uno de los problemas mayores en la multiparidad y que quizá la falta de enfoque en ellas nos induzca a cometer errores en su atención; dejamos la idea para otros investigadores, e iniciamos nuestro camino en la consideración de las primigestas con embarazo en presentación pelviana.

#### b) De la Presentación Pelviana en Primigesta:

Las mismas causas etiológicas así como en general idénticas complicaciones pueden señalarse para las primigestas; sin embargo, es de importancia hacer mención que el mayor problema quizá está representado por la resultante del parto y la conducta seguida en su atención, y surgen por ello varias interrogantes: a) ¿Cuál es el mejor método para la atención de la presentación podálica en primigesta?; ¿es mayor la mortalidad fetal que en las multigestas? ¿Es de trascendencia determinante como factor de elección de vía de parto el hecho de ser una pelvis inexplorada por partos anteriores?.

¿Es en sí la podálica en primigesta una causa de distocia? en fin la solución a estas y tantas preguntas solo puede ventilarse a base de un estudio exhaustivo del tema, por ello nos decidimos a presentar en forma estadística los datos recabados en los archivos del Hospital Roosevelt haciendo conclusiones y deducciones.

Probablemente mucho ha de faltar pero se hace aquí un esfuerzo en compilar la tarea de muchos autores anónimos quienes en su trabajo diario fueron contribuyendo a la presentación de este tema de Tesis.

## CAPITULO SEGUNDO:

### LA PRESENTACION PELVIANA EN PRIMIGESTA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.

#### a) MATERIAL Y METODO:

El Material empleado fue obtenido en su totalidad en los archivos del Hospital Roosevelt, revisando los Registros Clínicos correspondientes a las 2006 pacientes con presentación Pelviana que fueron atendidas en el Departamento de Maternidad, en un período de seis años, comprendidos entre el 15 de Diciembre de 1955 al 14 de Diciembre de 1961. De ellas se seleccionaron todas las Nulíparas incluyendo los Embarazos Múltiples y aquellos de corta edad de Embarazo, resultando en total cuatrocientos cuarenta casos.

El Método empleado fue el de tabular en columnas por rubros todos los conceptos importantes, como por ejemplo Prenatal, Edad de la paciente, estudio Pélvico, Parto, estado del cuello al ingreso y al momento del parto, maniobras efectuadas, complicaciones y datos referentes a los niños, en fin, se preparó material para poder hacer tabulaciones estadísticas, resultando al final 44 columnas, de las cuales se extractará cuadros agrupando datos que por su relación deben estudiarse en conjunto, tal como sucede con los estudios pélvicos, clínico y radiológico, relacionándolos al parto al peso del feto y a su viabilidad. En resumen pues, se persigue hacer un estudio completo del problema para poder llegar al final a conclusiones basadas en la experiencia de un Departamento que moviliza un número elevado de pacientes.

#### b) Incidencia:

Como ya consignamos en las generalidades, la incidencia total de la presentación Pelviana fue del 3.95% es decir que en 50,846 partos, hubo 2,006 podálicas o sea que en promedio hay una presentación pelviana por cada 25.34 partos. Esta incidencia está totalmente de acuerdo con la de muchísimos autores consultados. Con respecto a la Presentación Pelviana en Primigestas, relacionándola al total de nacimientos encontramos una incidencia del 0.86% o sea una por cada 115.54 partos. Por último, la relación entre multigestas y primigestas es, de una nulípara por cada 3.56 multigestas y en porcentaje, 21.93%. Consideramos que todas estas cifras se ajustan con pequeña diferencia a las estadísticas que se presentan en otras escuelas, tanto Norteamericanas como Europeas.

### ESTUDIO MATERNO

#### P R E N A T A L

De los 440 casos estudiados, tuvieron control prenatal 220 pacientes o sea un 50%. De estos controles prenatales unos fueron efectuados en el Hospital Roosevelt, otros en Dispensarios Municipales y otros en Clínicas Privadas, los porcentajes respectivos se presentan en el siguiente cuadro:

Número de casos estudiados	440	100%
Sin control Prenatal	220	50%
Con Control Prenatal	220	50%
a) Prenatal en el Hospital Roosevelt	194	44.09%
b) Prenatal en Clínicas Privadas	14	3.18%
c) Prenatal en Dispensarios	12	2.72%

**Control Prenatal:** Esta fase de la paciente embarazada, es quizá la más importante, pues con ella se evitarán complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Y en Primigestas con Presentación Pelviana es mucho más importante, para hacer el estudio clínico y Radiológico de la pelvis y así poder estar casi seguro, de que el parto se lle-

vara a feliz termino, con escasa o nula mortalidad y Morbilidad tanto Materna como Fetal.

Es Notoria la alta incidencia de Control Prenatal en estas pacientes, lo cual creemos que se debe a su condición de Primigestas, quienes buscan con mayor regularidad la Consulta Externa.

#### E D A D:

La edad de la paciente fue clasificada en la siguiente forma: Juveniles: de 15 años o menos. Promedio: entre los 16 y los 35 años. Añosas: de 35 años en adelante. En el cuadro que a continuación se expone, se observa la edad promedio de mayor incidencia de Primigesta con Presentación Pelviana.

Es digno de mencionarse que la paciente de mayor edad fue de 38 años y la más joven de 13 años.

La edad en la que se encontraron mayor número de pacientes fue la de 17 años, siendo el número de 56 casos.

La mayoría de pacientes estaban comprendidas entre los 16 a 20 años (238).

La edad promedio de todas las pacientes fue de 18.79 años.

Menores de 15 años	16 casos	3.64%
De 16 a 20 años	238 casos	54.09%
De 21 a 25 años	131 casos	29.77%
De 26 a 30 años	33 casos	7.50%
De 31 a 35 años	14 casos	3.18%
Mayores de 35 años	8 casos	1.82%

#### P A R I D A D:

La paridad de las pacientes es un renglón muy importante de considerar, dado que todas las pacientes eran Nulíparas, excepto tres, quienes tenían un parto anterior resuelto por vía abdominal (Cesárea). La mayor incidencia de pacientes eran Primigestas, el resto eran Multigestas Nulíparas con 1 o 2 abortos anteriores y un caso de una paciente con Aborto Habitual (4 abortos anteriores).

La tasa de abortos fue de 8.09% o sea 1 aborto por cada 123 gestaciones.

Primigestas	405 casos	92.045%
Secundigestas Nulíparas	27 casos	6.136%
Trigestas Nulíparas	4 casos	0.909%
Multigesta Nulípara	1 caso	0.227%
Secundigestas (1 cesárea previa)	3 casos	0.681%
Con Aborto Anterior	32 casos	7.27%
Con Cesárea Previa	3 casos	0.681%
Sin Problema Obst. previo	405 casos	92.045%

#### Edad de Embarazo:

Para hacer la clasificación de la edad del embarazo, se hizo la división en la siguiente forma: Embarazo prematuro. A término y Postmaduro. La mayoría de los casos eran de pacientes con embarazo a término, el de menor edad fue de 27 semanas y el de mayor edad de 45 semanas.

De 27 a 37 semanas	149	33.86%
De 38 a 42 semanas	286	65.00%
De 43 a 45 semanas	5	1.14%

#### Presentaciones, Posiciones y Variedad de Posición:

Al estudiar los diferentes casos de Presentación Pelviana se hizo la siguiente clasificación: Completas, Incompletas con sus variedades de Nalgas, Pies y algunas no consignadas. No se presentó ni un sólo caso de Presentación Pelviana incompleta variedad rodilla.

En cuanto a Posiciones y Variedades de Posición, se encontraron todas las que pueden existir al estudiar y diagnosticar una Presentación Pelviana, y otros casos en los cuales no aparece consignado su posición y variedad de posición en los registros estudiados.

Presentación Pelviana Completa	50	11.09%
Presentación Pelviana Incomp. var. Nalgas	193	42.79%
Presentación Pelviana Incomp. var. Pies	107	23.72%
Presentación Pelviana No Consignada	101	22.39%

Posiciones Derechas	146 casos	32.372%
Posiciones Izquierdas	286 casos	63.414%
Posiciones no consignadas	19 casos	4.213%

Variedades de Posición Anteriores	..347 casos	...76.9%
Variedades de Posición Posteriores	.. 63 casos	...14 %
Variedades de Posición Transversas	.. 13 casos	... 2.9%
Variedades de Posición no Consignadas	28 casos	... 6.2%

Creemos que la consignación de las posiciones y variedades de posición en la forma anteriormente expuesta, es importante desde el punto de vista estadístico, pero la relación directa entre posición y var. de posición es la que realmente tiene importancia para el pronóstico y tratamiento del caso en sí.

Posición	Var. de Posición	Casos	Porcentaje
Izquierda	Anterior	243	53.89
Derecha	Anterior	104	23.06
Derecha	Posterior	37	8.20
Izquierda	Posterior	26	5.76
Izquierda	Transversa	9	2.00
Derecha	Transversa	4	0.89
No	Consignadas	28	6.20
Total		451	100.00

Debemos aclarar que el total de 451 casos, corresponde al número de fetos atendidos en Presentación Pelviana, consignándose cada uno de los niños de los embarazos múltiples. El dato de los embarazos múltiples, se consignará en el capítulo correspondiente a etiología.

#### ESTUDIO PELVICO

De las pacientes atendidas, algunas llegaron a su parto sin que se les hiciera ningún estudio para explorar la viabilidad de su pelvis, debido a diversas circunstancias, tales como por haber ingresado con retención de cabeza última, por falta de colaboración materna, o porque en el transcurso del trabajo de parto no se estimó prudente efectuar exámenes vaginales etc. Otro grupo de pacientes, sobre todo las que asistieron a Prenatal se les practicó su pelvimetría clínica y no se estimó prudente enviarlas a Radiología. Algo similar sucedió con las primigestas que ya en labor de parto por lo astisfatorio de su pelvis solo se conformaron los Tocólogos a estimarles su pelvis. Por último hay un

grupo de pacientes a las cuales solamente se les exploró radiológicamente. El cuadro siguiente ilustra al respecto:

Pacientes sin estudio pélvico	... 142	... 32.27%
Pacientes con Pelvimetría Clínica	... 228	... 51.81%
Pacientes con pelvimetría Radiológica	... 200	... 45.45%

De las pacientes que se les hizo estudio clínico a 203 (46.13%) se les practicó durante el prenatal, mientras que a 25 (5.68%) se hizo como procedimiento diagnóstico durante el trabajo de parto. Por otra parte, 118 (26.81%) pelvimetrías Radiológicas fueron practicadas en la Consulta Externa y las 82 (18.64%) se ordenaron y efectuaron como procedimiento diagnóstico durante la labor de parto.

Por último es conveniente hacer mención que siguiendo una clasificación de las pacientes conforme al tipo de estudio realizado, encontramos lo siguiente:

Pacientes sin ningún estudio	... 142	... 32.27%
Pacientes solo con Pelvimetría Radiolog.	... 70	... 15.90%
Pacientes solo con Pelvimetría Radiol	... 70	... 15.90%
Pacientes con ambas pelvimetrías	... 130	... 29.55%

Total Pacientes..440...100.00%

Atendiendo al tipo y tendencia de pelvis que se encontró tanto en los estudios clínicos así como Radiológicos, (en total 298 casos ..67.73%) nos fue posible clasificarlas conforme a la nomenclatura clásica de Ginecoide, Androide, Antropoide, Plana y Mixtas o combinadas, en la forma siguiente:

#### Por pelvimetría Radiológica::

Ginecóides amplias	81	40.5%
Andróides amplias	19	9.5%
Antropóides amplias	1	0.5%
Pelvis límites	34	17.0%
Ginecóide estrecha	2	1.0%
Androide Estrecha	38	19.0%
Antropoide Estrecha	2	1.0%
Plana estrecha	22	11.0%
Platipeloide-Androide	1	0.5%

Para hacer la clasificación anterior tomamos convencionalmente los siguientes diámetros: Como Amplias para el Estrecho superior, con más de 10.5 cms. en el antero-posterior; y más de 12 cms. en el diámetro transverso. Como límites: de 10 a 10.5 cms. en el antero posterior y con 11 a 12 cms. para el transverso. Con menor medida de lo anterior se clasificaron estrechas para el segmento superior de la pelvis ósea. Para el estrecho medio, nos sirvió de guía el diámetro biespinoso, considerando como límite de 9 a 9.5 cms. como amplio a más de 9.5 cms. como estrecho a cifras menores de 9 cms. Por último debemos mencionar que la nomenclatura se siguió en función de la relación de los diámetros del estrecho superior, de la dirección de las paredes laterales de la pelvis y de la anatomía, dirección e inclinación del sacro.

Podemos resumir el cuadro anterior así:

Total de Pelvimetrías radiológicas:	200....	100.00%
Pelvis amplias	101....	50.50%
Pelvis límites	34....	17.00%
Pelvis estrechas	65....	32.50%

#### POR PELVIMETRIA CLINICA:

Para la tabulación nos basamos en la apreciación hecha por los médicos de la consulta externa en su mayor parte quienes además de definir el tipo y tendencia aprecian la viabilidad pélvica.

Hubo:	Total de pelvimetrías clínicas	228	100.00%
	Pelvis amplias	192	84.20%
	Pelvis límites	14	6.14%
	Pelvis estrechas	22	9.66%

Las cuales se clasificaron así:

Ginecoides amplias	168..	73.69%	Ginecoides estrechas	6..	2.63%
Androides amplias	8..	3.50%	Androides estrechas	7..	3.08%
Antropoides amplias	0		Antropoides estrechas	3..	1.31%
Planas amplias	3..	1.31%	Planas estrechas	5..	2.20%
Gineco androide amp.	11..	4.82%	Ginec. and. estrecha	1..	0.44%

Ginec. Antropoide amplia	1..	0.44%	Total	22..	9.66%
Asimétrica amplia	1..	0.44%	Pelvis límites:	14..	6.14%
Total	192..	84.20%			

Consideramos que el estudio de la pelvis en la paciente obstétrica es sumamente importante y sobre todo para las primigestas con presentación pelviana, el objetivo que se persigue, es además de método diagnóstico, básicamente estimar la viabilidad pélvica y el pronóstico del parto. Casi lo mismo se puede decir de la pelvimetría radiológica, la cual se emplea sobre todo ante la duda de una pelvimetría clínica. A continuación vamos a resumir en forma de cuadros, el valor que para el presente caso tuvieron ambos sistemas diagnósticos, relacionándolos a la clase de parto efectuado, a las condiciones del niño al nacer, a las maniobras u operaciones practicadas, y al peso fetal; después de la exposición se harán los comentarios que de ella se deduzcan.

PACIENTES CON PELVIMETRIA RADIOLOGICA

AMPLIAS	PELVIS	No. de casos	TIPO:	PARTO	Distocia:	NINO	Peso	CONDICIONES												
								Gran Extracción	Cabeza última Piper	Embriotomía	Sano	condiciones	Muerto	Obito	Prematuro	A término				
Ginecoide		81	Eutócico																	
Androides		19																		
Sub-total		101																		
LIMITES		34																		
ESTRECHAS																				
Ginecoides		2																		
Planas		22																		
Androides		38																		
Plati-androide		1																		
Antropoide		2																		
Sub-total		65																		
RESUMEN																				
Amplias		101																		
Límites		34																		
Estrechas		65																		
GRAN - TOTAL		200																		

En el cuadro anterior se incluyen las pacientes que además de pelvimetría Radiológica también se les practicó clínica; pero para comodidad se le dió prioridad a la primera, ya que indiscutiblemente si se hizo ésta fue por necesidad de confirmar los hallazgos de la clínica.

Debemos aclarar que el número de pelvimetrías practicadas no corresponden exactamente al número de nacimientos lo cual se debe a la coexistencia de 6 gemelares y un parto triple, la diferencia es pues de 8 unidades.

Comentario:

Indudablemente existen guías en la conducta del parto en podálica, y el cuadro anterior prácticamente las resume: a) Estudio de la viabilidad pélvica; b) vía de solución del caso, c) Peso y tamaño del feto y d) Vitalidad fetal. Es por ello que agrupados todos los tipos de pelvis en su condición de Amplias, límites y estrechas, y viendo la resolución que se le dió a los casos, podemos observar que mientras en las primeras el índice de distocia es casi de 42% para las otras pasa del 70%; por otra parte, la vía baja se utilizó para las amplias en el 76% de los casos, para las límites en el 58% y para las estrechas solamente en el 42%, cifra aparentemente baja, pero debe tomarse en cuenta que en estas últimas hubo una incidencia del 30% de prematuridad y por otra parte, debe recordarse que se clasificaron de estrechas por no llegar a diámetros preestablecidos y no porque se observara una franca desproporción o que existiera una estrechez pura (Pelvis infantil).

Por último nos queda un dilema por aclarar: A pesar que nuestro índice operatorio es alto con respecto a otras escuelas, conforme a lo tabulado en el cuadro, es sorprendente el número de retenciones de cabeza última, así como la cantidad de grandes extracciones. Probablemente lo primero es consecuencia de lo segundo y allí es donde nos parece que nace la divergencia: a) ¿Debemos hacer más cesáreas? b) Debemos ser menos intervencionistas permitiéndole a las pacientes más prueba de parto antes de practicar la extracción pelviana, ya que ella es una de las maniobras que más contribuye a la fisiopatología de la deflexión tanto de la cabeza última así como para la extensión de los

miembros Superiores. Personalmente nos inclinamos a la conducta de expectación armada, dejando evolucionar el parto, cuando por estudio previo se le da prueba, hasta donde sea posible, intentando omitir el mayor número de maniobras extractoras.

Pensamos, que aún es extemporáneo hacer conclusiones a este respecto, ya que en realidad aquí solo nos estamos basando en la mitad de los casos estudiados, por ello, resumiremos en forma análoga la restante casuística así:

A 98 pacientes solamente se les practicó exploración clínica, el resultado comparativo fue el siguiente:

Se clasificaron como de pelvis amplia 91  
 Como de pelvis límite  
 Como estrechas 4

Antes de seguir adelante debemos mencionar que indudablemente a este grupo de pacientes no se les ordenó una pelvimetría dado a que la mayor parte no ofrecían duda acerca de la viabilidad pélvica (92.8%). De ellas sin embargo, hubo problemas pero en menor grado. Estudiémoslas pues por separado así:

Pelvis amplia: Parto				
Eutócico	68	Distócico	25	Fetos Premat. 41 A term 52
Pelvis límite: Parto				
Eutócico	0	Distócico	3	Prematuros 0 A term 3
Pelvis estrecha Eutócico				
Eutócico	1	Distócico	3	Prematuros 2 A term 2
Total Eutócico	69	Distócico	31	Prematuro 43 A term 57

El análisis de la distocia fue el siguiente:

	Cesáreas	Grandes Extracciones	Ret. cabeza última	Embriotomía
Pelvis Amplias	7	9	11	1
Pelvis límite	2	0	1	0
Estrecha	1	0	2	0
Total	10	9	14	1

Por último la viabilidad fetal la encontramos así:

Sanos	Malas condiciones	Muertos	Obitos	
70	13	4	6	Pelvis Amplia
3	0	0	0	Pelvis límite
1	2	0	1	Pelvis estrecha
Tot. 74				7

Con las pacientes que no se les estudió su pelvis hicimos el análisis basándonos solo en los restantes conceptos; obteniendo el siguiente resultado:

Total de casos	142
Partos eutócicos	109
Partos distócicos	34
Cesáreas	4
Grandes extracciones	15
Piper por cabeza última	16
Retención extraída sin Piper	3
Nacidos sanos	88
Malas condiciones	33
Muertos	5
Obitos	17
Prematuros	92
A término	51

Claramente se observa que en este último grupo no se les hizo pelvimetría porque en primer lugar es altísima la cantidad de niños pequeños, prematuros, luego hay una incidencia muy elevada de óbitos, etc. por lo cual indudablemente el coeficiente de distocia es del 25% aproximadamente.

Como corolario de este estudio presentamos un cuadro sinóptico de todos los casos: agrupados en tres renglones: 1) con Rx., 2) Con pelvimetría clínica; 3) Sin ningún estudio pélvico.

Grupo	Casos	PARTO:			NIÑO:								
1	200	85	123	66	35	30	2	169	25	9	5	53	155
2	98	69	31	10	9	14	1	74	15	4	7	43	57
3	142	109	34	4	15	19	0	88	33	5	17	92	51
TOTAL	440	263	188	80	59	63	3	331	73	18	29	188	263

### Resumen:

Del cuadro anterior podemos deducir innumerable cantidad de datos, pero se expondrán los más importantes: Podemos concluir diciendo que para el presente estudio, en los 440 casos hubo 451 nacimientos, debido a que hubo:

360 embarazos simples	=	360 nacimientos
39 embarazos generales	=	78 nacimientos
1 embarazo triple	=	3 nacimientos
Total 440	=	451 nacimientos

De los embarazos gemelares (8.86%) se encontraban con presentación pelviana:

El primer gemelo en 9 casos	o sea el 4.772%
El Segundo	21 casos o sea el 4.772%

Los dos gemelos en presentación pelviana 9 o sea el 2.0 45%. En el embarazo triple, todos nacieron en podálica.

Otro dato de importancia del cuadro anterior es el coeficiente de distocia, el cual fue del 41.69% ya que se presentaron 188 partos complicados. Se practicaron 80 cesáreas o sea que el 18.18% de los casos se resolvieron por vía abdominal; en ellos la indicación más importante fue así:

Desproporción	36 casos	45.00%
Pelvis límite	16 casos	20.00%
Prolapso de Cordón	6 casos	7.50%
Inminencia de Ruptura Uterina	5 casos	6.25%
Sufrimiento fetal	4 casos	5.00%
Post-madurez	2 casos	2.50%
Feto valioso	1 caso	1.25%
Otras indicaciones	10 casos	12.50%
TOTAL	80 casos	100.00%

Se practicaron 59 extracciones pelvianas por las siguientes causas:

En primer Gemelo	6 casos
En segundo Gemelo	11 casos
En parto triple	3 casos
Por sufrimiento fetal	8 casos
Por prolapso de cordón	11 casos
Por óbito fetal	4 casos
Por preeclampsia	2 casos
Por otras causas	14 casos

De las tres embriotomías, dos se efectuaron en fetos hidrocefálos y la restante en un monstruo con anomalías congénitas múltiples.

Con respecto a los datos fetales, debemos hacer también varias consideraciones:

a) Nos parece que la cifra de 73 niños que nacieron en malas condiciones, resulta bastante alta 16.18%; indudablemente parte de estos niños, fueron prematuros y otros tenían anomalías congénitas, ambas causas ineludibles de problema neo-natal.

Por último queremos señalar, que la premadurez, es de los datos más interesantes que encontramos, ya que 188 niños con peso menor de 5 libras 8 onzas significan el 41.69% este concepto es de importancia como factor etiológico de la presentación pelviana en primigesta.

#### *Morbilidad y Mortalidad Fetal:*

En este capítulo haremos mención de los puntos que nos parecen más importantes exclusivamente, principiando con el capítulo de las anomalías congénitas:

Del total de 451 niños 40 presentaron anomalías congénitas aparentes; de ellos debemos mencionar lo siguiente:

Hubo:

- 11 Hidrocefalias
- 4 Anencefalias
- 5 Espinas bifidas con roquisquisis
- 2 Lujaciones congénitas de la cadera
- 2 Mongoles
- 1 Paladar hendido y labio leporino
- 1 Acondroplásico
- 1 Monstruo con Higroma, linfangioma y sindactilia
- 13 Con diversas anomalías.

#### *Mortalidad Perinatal:*

De los 451 fetos atendidos, nacieron vivos	404	89.57%
Murieron intra partum	18	3.99%
Obitos fetales	29	6.44%

Sin embargo de los nacidos vivos fallecieron dentro del hospital 47 niños o sea el 10.43%. De tal suerte que la mortalidad fetal global es de 94 fetos con un porcentaje del 20.86%, cifra bastante alta, pero si se corrige con la exclusión de los 28 niños cuyo peso fue menor a 3 lbs., la tasa de mortalidad es del 14.63%.

#### *ETIOLOGIA:*

Parece paradójico que al final casi del trabajo se mencione la palabra Etiología, pero en realidad, no es que pretendamos justificar el origen o la causa de cada uno de nuestros casos, sino que por el contrario, solamente haremos una exposición que esté de acuerdo con los principios que mencionamos en el capítulo de las generalidades, y si se sitúa en esta parte de la tesis, fue porque consideramos que mal hubiésemos hablado del porcentaje, por ejemplo de prematuros que obtuvimos como causa etiológica, cuando para los usos de desarrollo de este ensayo, aún no habían nacido dichos niños. También por ello, hicimos mención de todos los conceptos acerca del feto, por ejemplo anomalías, obitos, etc. ya que en realidad estos juegan papel causal. Queremos pues solamente tratar de despertar en el médico

que examina a su paciente, sobre todo primigesta, esa inquietud diagnóstica tan importante para el descubrimiento temprano de los problemas; darle quizá una guía de alerta, para que ante la presencia de factores predisponentes o etiológicos, piense en las presentaciones pelvianas, y con ello colabore en la adecuada atención de la paciente.

Como principales factores etiológicos de nuestros casos mencionamos:

1) Prematurez	192 casos	42.79%
2) Embarazo Múltiple	51 casos	11.30%
3) Anomalías congénitas	40 casos	9.07%
4) Estrechez pélvica	70 casos	15.90%

También podrían mencionarse muchas otras causas que preferimos no consignarles tal como el hallazgo de un útero tabicado, miomas uterinos etc. etc., pero consideramos que con lo anterior es suficiente para percatarse que:

Es frecuente que los embarazos jóvenes, de menos de 36 semanas, hagan trabajo de parto y expulsen su feto en podálica”.

También se observa con frecuencia que muchas de las primigestas podálicas se acompañan de anomalías fetales.

Y además, que las anomalías o los tumores uterinos son definitivamente un factor determinante en la ley de acomodación.

Y por último, creemos que debe desconfiarse como primera providencia a la pelvis de toda primigesta, y sobre todo si la presentación es podálica, ya que ella puede ser la respuesta a la ley de acomodación.

#### Conducta:

Consideramos que no debe establecerse una conducta sistemática en las presentaciones pelvianas, sino por el contrario individualizar cada caso, atendiendo a un estudio concienzudo de la pelvis materna, del tamaño del feto, de la edad de embarazo, y de la viabilidad fetal. Sin embargo debemos establecer algunos principios: a) Cuando se escoje la vía vaginal es imperativo el uso de la Episiotomía. En nuestros casos, se practicaron 225 operaciones perineales en 360 casos resueltos por vía baja (62.50%). b) El uso de Anestésicos es también de capital importancia, sobre todo

en la fase expulsiva; naturalmente se sobrentiende que su empleo es imperativo en la vía abdominal. En el estudio efectuado, a este respecto encontramos lo siguiente:

#### ANESTESICOS USADOS:

Tanto para Partos Eutócicos como Distócicos se utilizaron las siguientes anestésias:

Generales	222
Locales	6
General y local	1
<b>Total</b>	<b>229</b>

#### Generales:

Trilene	74	32.31%
Ciclopropano-Eter	53	23.16%
Eter	45	19.65%
Ciclopropano	22	9.60%
Oxido Nitroso-Eter	13	5.67%
Oxido Nitroso	5	2.20%
Trilene - Eter	4	1.74%
Ciclop. - Eter - Ox. Nitroso	3	1.33%
Surital - Eter	1	0.43%
Ciclopropano - Trilene	1	0.43%
No consignadas	1	0.43%

#### Locales:

Pudendas	3	1.33%
Sillas de Montar	2	0.86%
Epidural (Rucaina)	1	0.43%
Local y General:	1	0.43%
Pudenda y Trilene	1	0.43%
<b>TOTAL</b>	<b>229</b>	<b>100.00%</b>

Las complicaciones que se presentaron durante las anestésias administradas fueron las siguientes: Seis pacientes presentaron Hipotensión Arterial, Cuatro presentaron náuseas y vómitos y solamente una presentó Epistaxis.

c) Por último queremos hacer conciencia en el sentido que la presentación pelviana en primigesta debe ser manejada por manos experimentadas, ya que en realidad supone un grave riesgo Feto-materno.

Ya anteriormente, hicimos mención de la mortalidad fetal, y solo vamos a recordar que el 3.99% de los fetos murieron intrapartum, y quizá un poco de más experiencia descienda esta cifra a su ideal 0%.

No debemos olvidar tampoco, que la oportunidad del primer parto, es muchas veces la guía del futuro obstétrico de una madre, y en el caso de nuestro estudio, bastante puede mencionarse acerca de las complicaciones maternas.

### COMPLICACIONES

En este capítulo se incluyen los problemas ante, intra y post partum; creemos conveniente hacer mención, que en la atención de los partos en podálica, generalmente hay mayor oportunidad de maniobras más o menos difíciles y por consiguiente está sujeta la paciente a mayores y más frecuentes complicaciones; también debe recordarse que el hecho de haber un alza en la incidencia operatoria, a los riesgos de la presentación pelviana en sí debe agregarse los puramente operatorios; además, dadas las causas por decirlo así etiológicas, algunas de ellas representan de por sí un peligro potencial para las madres.

En la revisión de los casos encontramos las siguientes complicaciones maternas:

#### Pre-partum:

Desprendimiento prematuro de placenta	5 casos	1.14%
Infecciones urinarias	4 casos	0.91%
Amnioítis	2 casos	0.45%

#### Intra partum:

Hemorragia del alumbramiento	7 casos	1.59%
Rasgaduras vaginales	2 casos	0.45%
Rasgaduras perineales	2 casos	0.45%
Rasgaduras del cuello uterino	2 casos	0.45%

#### Post-partum:

Endometritis	31 casos	7.04%
Dehiscencia de Episiotomía	13 casos	2.95%
Dehiscencia de pared abdominal	6 casos	1.36%
Mastitis	4 casos	0.91%
Shock	3 casos	0.68%
Muerte materna	3 casos	0.68%
Abseso de la pared abdominal	1 caso	0.23%
Fiebre de origen indeterminado	25 casos	5.68%

En resumen pues podemos decir que hubo un total de:

Complicaciones pre-partum	9	2.04%
Complicaciones intra partum	13	2.95%
Complicaciones post-partum	86	19.54%
Gran total de complicaciones	108	24.53%

En el cuadro anterior, nos llaman la atención dos aspectos:

a) El número total de complicaciones es alto y predominan las infecciosas sobre todo post-partum; creemos que una razón lógica de su existencia, es la cantidad de pacientes que ingresan en condiciones previamente sépticas por manipuleos o mala atención en la calle.

b) La mortalidad materna (3 casos) es relativamente alta (0.68%) sobre todo si se considera que un término aceptable de fallecimientos maternos es del 1 en 1,000 casos. Sin embargo, creemos de mucha importancia explicar las muertes maternas, procederemos a ello:

*Caso N° 1:*

Primigesta de 18 años a quien se le practicó gran extracción pelviana por sufrimiento fetal agudo. Por la dificultad de la maniobra hubo ruptura uterina a la cual siguió hemorragia y shock. La madre falleció dos horas después.

*Caso N° 2:*

Primigesta de 28 años de edad que ingresó con embarazo de 32 semanas, con antecedente de tos, fiebre de 5 meses de evolución. Tuvo parto entócico simple. Falleció 20 horas después por una Insuficiencia cardíaca aguda y edema del Pulmón.

*Caso N° 3:*

Primigesta de 34 años que ingresó con embarazo gemelar, el segundo gemelo fue atendido con una gran extracción pelviana. La paciente hizo una atonía uterina, hemorragia post-partum abundante, shock irreversible y muerte por Anemia aguda.

CONCLUSIONES

- 1) En el Hospital Roosevelt de Guatemala, la incidencia de la presentación pelviana en primigesta es del 0.86%. Encontramos un caso por cada 115.54 nacimientos.
- 2) El 50.0% de las pacientes estudiadas fueron controladas en la Consulta prenatal.
- 3) La edad promedio de las pacientes nulíparas con presentación pelviana, es de 18.79 años; es decir, que son realmente de corta edad.
- 4) La presentación incompleta variedad nalgas, es la más frecuente, 193 casos (42.79%).
- 5) La Posición izquierda en su variedad anterior fue la que se observó con más frecuencia. 243 casos (53.89%).
- 6) Al 51.81% de las pacientes se les practicó una exploración clínica pelvimétrica (228 casos).
- 7) 200 casos fueron complementados con estudio radiológico de la Pelvis, (45.45%), práctica muy recomendable en el manejo de estos pacientes.
- 8) Clínicamente se clasificaron como amplias a 168 pelvis; sin embargo, el dato radiológico al respecto solo consideró como tales a 101 (50.50%).
- 9) La curva de distocias va en franco aumento, con relación al número de pélvices estrechas encontradas. Asimismo la incidencia de Cesárea abdominal aumenta por la misma razón.
- 10) Los casos en los cuales no se les hizo ningún estudio pélvico tuvieron una proporción más alta de eutocias; pero al mismo tiempo, su mortalidad peri natal es altísima.

- 11) La mortalidad fetal total fue del 20.86%, la cual parcialmente corregida al restarle los fetos inmaduros, desciende al 10.43%.
- 12) La causa más frecuente de primigesta en podálica, en nuestro medio es la prematuridad (192 casos 42.79).
- 13) No debe dogmatizarse una conducta en la resolución del caso. Por el contrario, la individualización de cada caso, su estudio detenido atendiendo a la Pelvis materna, al Tamaño y Edad del Feto y a su viabilidad, hacen que se plantee una conducta adecuada a la paciente.
- 14) La complicación materna más frecuente fue la endometritis (31 casos).
- 15) Acaecieron tres muertes maternas en el presente estudio, —cuyos casos se relatan en resumen.
- 16) Se recomienda el uso de anestésicos en la fase expulsiva y sobre todo, la práctica de Episiotomía.

## BIBLIOGRAFIA

- 1—Alarcón Estévez. La Operación Cesárea en el Hospital Roosevelt, Tesis de Graduación.
- 2—American Journal of Obstetrics and Gynecology, June 1960 vol. 79.
- 3—American Journal of Obstetrics and Gynecology, April 1961 vol. 81.
- 4—American Journal of Obstetrics and Gynecology, July 1961, vol. 82.
- 5—American Journal of Obstetrics and Gynecology, May 1962 vol. 83.
- 6—Archivos del Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt.
- 7—Berman, Obstetrical Roentgenology.
- 8—Bowers, Kenneth. Moderns Trend in Obstetrics.
- 9—Clinical Obstetrics and Gynecology. Prolonged Labor, June 1959.
- 10—Clinical Obstetrics and Gynecology. Post partum complications Sept. 62.
- 11—Corzantes M. Mortalidad materna en el Hospital Roosevelt. Tesis de graduación.
- 12—De Lee Greenhill. Principios y práctica de Obstetricia.
- 13—Dexeus Font. Tratado de Obstetricia.
- 14—Falls Holt. Atlas of Obstetric complications.
- 15—Greenhill. Year Book of Obstetrics & Gynecology 1961-1962.
- 16—Huffman. Gynecology and Obstetrics.
- 17—J. Moragués Bernat. Clínica Obstétrica.
- 18—Juan León. Semiología Obstétrica.
- 19—Juan León. Presentación pelviana.
- 20—Lull y Kimbrough. Obstetricia Clínica.
- 21—Obstetrics and Gynecology. February 1960 Vol. 15.
- 22—Obstetrics and Gynecology April 1960 Vol. 15
- 23—Obstetrics and Gynecology July 1961 Vol. 16
- 24—Obstetrics and Gynecology January 1961 Vol. 17
- 25—Reid. A Textbook of Obstetrics.
- 26—Santizo G. Consideraciones sobre la presentación podálica en primigesta. Tesis de graduación.

- 27—Stander. Textbook of Obstetrics.  
28—Steer. Evaluación de la pelvis en Obstétricas.  
29—Tenney Little. Clínica Obstétrica.  
30—Wilson. Management of Obstetric Difficulties.  
31—Williams. Obstetrics.  
32—Willson, Beecham, Forman, Carrington. Obstetrics and Gynecology.

*Carlos Méndez Molina*

*Dr. Ernesto Alarcón Estévez,*  
Asesor.

*Dr. Francisco Cerezo*  
Revisor.

Vo. Bo.

*Dr. Carlos A. Soto,*  
Secretario.

Imprimase:

*Dr. Raúl Rodríguez Padilla,*  
Decano interino.