

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PARTO EN PRESENTACION DE CARA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

TESIS

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

por

JOSE ANTONIO RENE ROMAN MENDEZ

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, agosto de 1964

PLAN DE TESIS

PRESENTACION DE CARA

- 1.- DEFINICION E INCIDENCIA
- 2.- ETIOLOGIA
- 3.- DIAGNOSTICO
- 4.- CARACTERES GENERALES DE LA PRESENTACION
- 5.- MECANISMO DEL PARTO
- 6.- COMPLICACIONES Y PRONOSTICO
- 7.- CONDUCTAS

ESTUDIO ESTADISTICO

- 1.- MATERIAL Y METODO
- 2.- EDAD DE LA PACIENTE
- 3.- PARIDAD
- 4.- CONTROL PRE NATAL
- 5.- DIAGNOSTICO EN ADMISION, PRE-PARTO Y POST - PARTO
- 6.- DIAGNOSTICO POR RAYOS X
- 7.- TIPOS DE PARTOS
- 8.- OTRAS CARACTERISTICAS DE PARTO Y POST-PARTO
- 9.- ESTUDIO DEL RECIEN NACIDO (MORBILIDAD Y MORTALIDAD FETAL)
- 10.- CONCLUSIONES
- 11.- RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

PRESENTACION DE CARA

DEFINICION E INCIDENCIA

Definición:

Impropia y llamada Presentación de Cara, ya que se trata de una Presentación Cefálica con actitud deflexión de cara.

Incidencia:

Según Williams, se encuentra una Presentación de cara por cada quinientos partos y es tres veces más frecuente en multíparas que en primigestas.

En treinta y un mil partos consecutivos en el New York Lying - In Hospital, la frecuencia de estas presentaciones fue de 0.27% o uno en cada trescientos sesenta y cinco partos.

Posner y Buch observaron una frecuencia de uno en quinientos veintinueve partos.

Corrientemente la mayoría de las caras ocupan el diámetro oblicuo derecho de la pelvis, de lo que resultan la posición izquierda anterior y la derecha posterior como las más frecuentes.

Markoe observó que la posición izquierda anterior y la derecha posterior representaron 62.4%, de los doscientos

tos cincuenta casos que estudió. La mentoílaca derecha tuvo una frecuencia de 25%. La mentoílaca izquierda posterior su frecuencia fue de un 30%. En orden de frecuencia este Autor las encontró como sigue: la mentoílaca derecha transversa, mentoílaca izquierda anterior, mentoílaca derecha posterior, mentoílaca izquierda transversa, mentoílaca derecha anterior, mentoílaca izquierda posterior.

2.- ETIOLOGIA

Se considera como causa de Presentación de Cara cualquier factor que deflexione la cabeza o que impida la flexión de ésta. Los más frecuentes son: pelvis deformada, feto grande, implantación baja de placenta, posición oblicua del útero, multiparidad, el ensanchamiento del tórax y cuello fetal, circulares del cordón al cuello, con tracción espasmódica o cortedad congénita de los músculos cervicales, fetos anencéfalos, el desarrollo defectuoso de la bóveda craneal, etc.

3.- DIAGNOSTICO

A) Diagnóstico Durante el Embarazo :

- a) Palpación: la palpación bimanual de las regiones inferiores del útero permiten meter una masa dura, resistente, con una sola región prominente que co-

rresponde al occipital.

La palpación de las partes laterales del útero da menos datos que en la presentación de vértice, pero al hacer un examen más cuidadoso se puede llegar a diagnosticar la localización de las pequeñas partes y el dorso del niño.

En el fondo del útero se palpa una superficie grande irregular, no dura, ni resistente que son las nalgas, a veces se pueden palpar pequeñas partes.

- b) Auscultación: Los latidos cardíacos fetales se perciben cerca del ombligo a nivel del pecho fetal.

B) Diagnóstico Durante el Parto :

- a) Palpación: se encontrarán los mismos signos referidos anteriormente si la cabeza no está encajada.
- b) Tacto Rectal o Vaginal: da datos más precisos. Si se efectúa poco después de la ruptura de la bolsa amniótica, se percibe una masa blanda, irregular, en el centro de la cual se distinguen los arcos superciliares y orbitas, que hay que explorar cuidadosamente; la nariz con sus dos ventanas, el maxilar en forma de herradura y los huesos malaros. Si se palpa varias horas después de la ruptura de la bolsa de las aguas, la bolsa sero-sanguínea dificulta el diagnóstico. La frente está abombada, los carrillos y los labios están edematosos, únicamente la nariz se percibe en su forma característica, y esta región es la que permite precisar el diagnóstico. El diagnóstico diferencial es difícil entre esta pre-

sentación y la de nalgas incompleta; la eminencia coccigea puede confundirse con la nariz, pero no presenta ventanas nasales.

Otra forma de hacer el diagnóstico de la presentación de cara es por Rayos X, logrando, a la vez, diagnosticar una desproporción céfalo pélvica si la hubiere (Pelvimetría Radiológica).

4.- CARACTERES GENERALES DE LA PRESENTACION

Antes de entrar a conocer la mecánica del parto en presentación de cara, es necesario conocer los diámetros de la presentación que se ofrecen al canal del parto.

Dimensiones transversales de la cabeza:

- a) Diámetro bitemporal mide 8 cms.
- b) Diámetro biparietal mide 9.5 cms.

Dimensiones interposteriores de la cabeza:

- a) Diámetro submeto-bregmático mide 9.5
- b) Diámetro pre-esterno sincipital mide 13.5

Las presentaciones de cara primitivas son las que se efectúan durante el embarazo, las secundarias las que se producen en el momento del encajamiento.

Actitud Fetal:

En la presentación de cara el feto tiene la siguiente actitud: La cabeza extendida sobre la espalda, frente aplanada, occipucio alargado, cuello estirado, tórax sobresaliente y convexo, espalda encorvada y las nalgas vueltas hacia atrás. El eje del feto parece una S.

5.- MECANISMO DEL PARTO

Para que se lleve a cabo el parto en presentación de cara es necesario que la presentación efectúe los cambios que permiten adaptar sus mayores diámetros a los mayores diámetros de la pelvis.

Movimientos Cardinales: encajamiento, descenso, desprendimiento.

Movimientos accesorios: Extensión, rotación interna y flexión.

Al principio del parto está alta la cabeza, en asinclitismo anterior moderado, el hueso cigomático y la órbita anterior están más cerca de la línea media y más abajo. En lugar de efectuarse la flexión al comenzar el descenso, se exagera la extensión, se vuelve más accesible el mentón y retrocede un poco la ceja. Se efectúa el descenso y la línea fascial está ordinariamente en el diámetro transverso de la pelvis.

En la posición mentoílica izquierda anterior, el

mentón queda en el cuadrante anterior izquierdo.

En la posición mentoillíaca derecha posterior, el mentón mira hacia el cuadrante posterior derecho y la línea fascial está en el diámetro oblicuo izquierdo del estrecho superior. La rotación anterior del mentón comienza hasta que la cara se pone en contacto con el suelo pélvico, originada por los mismos factores que operan en la occipito ilíaca izquierda anterior. La mayor flexibilidad del cilindro fetal en las actitudes de cara está en el plano sagital pero en dirección contraria a las actitudes flexionadas.

Terminada o por terminarse la rotación interna, el mentón va a quedar por detrás del pubis cerca de la uretra, la frente queda por detrás de la horquilla y el occipucio ocupa la concavidad del sacro.

En el desprendimiento con su movimiento accesorio que es la flexión, el hueso hioides del feto se pone en contacto con la cara posterior del pubis y así va saliendo; el mentón, la boca, nariz, ojos, frente, occipucio; el mentón se dobla hacia el esternón pero montado sobre la sínfisis púbica.

La restitución o rotación externa se efectúa como de ordinario, el mentón vuelve a la posición que ocupaba en el útero, después de lo cual es expulsado el tronco por el mecanismo habitual.

Se puede presentar una anomalía, cuando el mentón se queda detenido en la articulación sacroilíaca o cuando gira a la concavidad del sacro. En tales casos

se dice que hay posición mentoillíaca posterior persistente, que corrientemente son peligrosas. Estas, a veces terminan en un parto espontáneamente, pero puede ocasionar grandes desgarros de tejidos blandos en todas direcciones.

La posición mento sacra persistente sólo se observa aproximadamente en la sexta parte de las presentaciones de cara; más o menos uno en cada tres mil partos, (DE LEE).

6.- COMPLICACIONES Y PRONOSTICO

Complicaciones :

A) Sobre el parto:

- a) Enclavamiento en mento-posterior.
- b) Inercia uterina secundaria.
- c) Inminencia de ruptura uterina
- d) Trabajo de parto prolongado por falta de progreso.

B) Sobre la madre:

- a) Agotamiento materno.
- b) Lesiones de partes blandas (cuello, vagina, periné y útero).

C) Sobre el feto:

- a) Deformación craneana.

8.

- b) Hemorragia endocraneana
- c) Sufrimiento fetal.
- d) Muerte fetal.

Pronóstico:

El pronóstico en general es reservado para el feto y la madre.

Los trabajos de parto prolongados, dan mayor incidencia de mortalidad fetal, que según De Lee es de 14%.

Respecto a la madre las rasgaduras perineales, vulvares, y el paro en progresión del parto son relativamente frecuentes.

7.- CONDUCTAS A SEGUIR

A.- Durante el Embarazo :

Cuando se ha hecho el diagnóstico de presentación de cara que es muy excepcional, pueden ensayarse maniobras externas de reducción (Procedimiento de Schatz), se debe evitar las maniobras violentas, que podrían ser perjudiciales.

En las variedades anteriores se efectúa, por lo común, la expulsión espontánea; en la posición oblicua posterior la presentación rota con frecuencia a anterior; si es-

9.

rotación no se efectúa, se debe convertir en presentación de vértice: esto se puede hacer si la cara no está profundamente encajada, si no hay desproporción céfalo-pélvica y si no hace mucho tiempo que se rompió la bolsa de las aguas; se puede lograr lo anterior, fácilmente, empujando el mentón o haciendo tracción del occipucio, poniendo la cabeza fetal en flexión.

B.- Al principio del parto :

Al principio del parto, con la bolsa de las aguas íntegra: la indicación es transformar la presentación de cara en una de vértice, y como ya se ha dicho, está contraindicada toda maniobra de reducción, si hay estrechez pélvica, y en todos los casos en que sea necesario emplear maniobras de fuerza.

Hay otros métodos de conversión, de los cuales el más eficaz es el de Baudelocque restaurado por Thorn-Weiss y es el siguiente: se empuja el mentón hacia arriba con los dedos introducidos en la vagina, si no se logra hacer ésto, se anestesia a la paciente, se introduce la mano y se desencaja la cabeza, después de lo cual se coge el vértice y se lleva hacia abajo, al mismo tiempo la mano del operador o de un ayudante colocada afuera, empuja el pecho fetal, en dirección contraria a efecto de facilitar la flexión.

Se han obtenido buenos resultados con esta maniobra y se aconseja ejecutarla en caso apropiado, sobre todo en multíparas.

C.- Durante el Parto :

Si la cabeza está demasiado encajada en la pelvis y no es posible ejecutar la maniobra de Baudelocque, el obstetra debe abstenerse de toda intervención y dejar que se efectúe el descenso con la esperanza de que se produzca la rotación a anterior, cuando la cara llegue al suelo perineal. Si esto no sucede en un tiempo prudencial, se debe intentar la rotación manual sucedida de forceps; si ésto no es posible se hace cesárea.

La cesárea es el método de elección en primigravidad con presentación de cara. Esta operación hecha oportunamente es preferible a manipulaciones locales o versiones; cuando está el feto muerto, se puede hacer Embriotomías.

Antes, cuando la cesárea era más peligrosa, primero se trataba, como ya se ha dicho de convertir las caras en vértices y si no se lograba se hacía una versión y gran extracción.

En resumen el tratamiento de la presentación de cara es el siguiente:

- a) Pelvimetría radiológica para corroborar o desechar la deformidad pélvica o fetal.
- b) Cuando hay desproporción céfalo pélvica en un feto normal, se hará cesárea.
- c) Si la pelvis es normal y el mentón está hacia adelante se debe esperar la expulsión espontánea o la extracción fácil con aplicación baja de forceps.

- d) En primigravidad que persista la posición mentoilíaca posterior se debe resolver por cesárea.
- e) Multípara con pelvis normal en que persista la posición mentoilíaca posterior puede hacerse la rotación con forceps o bien versión y gran extracción - pelviana. Si esto no es factible se hará cesárea.
- f) Si persiste la posición mentoilíaca posterior y el feto está muerto se hará embriotomía.
- g) Ultimamente se ha usado la maniobra vaginal de URPI que consiste en desencajar la cabeza, flexionarla, rotarla a la posición expuesta y luego volverla a orientar en el estrecho superior.

ESTUDIO ESTADISTICO

1.- MATERIAL Y METODO

Se han revisado los registros médicos de todas las pacientes que tuvieron parto en presentación de cara en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala, durante los 8 años y 6 meses que lleva de funcionar. Durante este tiempo se han atendido 79 892 partos, habiéndose encontrado 122 partos con presentación de cara.

Frecuencia:

Tomando en cuenta que en nuestro Hospital se atendieron 79 892 partos y sólo hubo 122 partos en presentación de cara, la frecuencia obtenida es de 1 por 655, dando un porcentaje de 0.15%.

Análisis de los datos obtenidos:

Revisados y estudiados cada uno de los registros médicos de las 122 pacientes que tuvieron parto en presentación de cara, se encontraron los datos que se exponen a continuación:

2.- EDAD

En el cuadro No.1, se distribuyen las pacientes por grupos de edades:

CUADRO No.1

	No.Casos	%
Pacientes de 14 a 22 años	33	27.1
Pacientes de 23 a 33 años	62	50.8
Pacientes de 34 a 43 años	<u>27</u>	22.1
Total.....	122	

Se comprueba con este cuadro, que hubo más pacientes con presentación de cara entre los 23 a 33 años, con un 50.8% siguiendo las pacientes jóvenes de 14 a 22 años y luego las de mayor edad de 34 a 43 años.

La paciente más joven fue de 14 años y la más vieja de 43 años.

3.- PARIDAD

En el Cuadro No.2 se distribuyen las pacientes según su paridad

CUADRO No.2

	No.Casos	%
Pacientes primíparas	34	27.9
Pac. peq. multíparas (G:3, P:2)	27	22.1
Pacientes grandes multíparas	60	49.2
No reportada	<u>1</u>	0.8
Total.....	122	

14.

Podemos observar en el cuadro anterior que el mayor número de partos en presentación de cara fue en pacientes grandes multíparas dando un porcentaje de 40.2% seguido de las primíparas con 27.9% y por último las pequeñas multíparas con 22.1%.

Lo anterior confirma lo aceverado por autores de que la multiparidad es un factor determinante en la presentación de cara.

4.- CONTROL PRE-NATAL

En el cuadro No.3 se reporta cuántas pacientes asistieron a su control pre-natal y cuántas no.

CUADRO No.3

	No.Casos	%
Si Pre-Natal	42	34.4
No Pre-Natal	80	65.6
T o t a l.....	122	

Aunque tenemos la impresión de que la falta de pre natal no influye directamente en la presentación de cara, entre menos control pre-natal haya mayor será el número de complicaciones que se presentan.

5.- DIAGNOSTICO

A.- En Admisión:

El Cuadro No.4 nos indica los diferentes diagnósticos de presentación que se hicieron al ingreso de estas pacientes:

CUADRO No.4

	No.Casos	%
Presentación de Cara	14	11.5
Presentación Cefálica	80	65.5
Presentaciones Podálicas	11	9.1
Situaciones Transversas	1	0.8
Casos no reportados	16	13.1
T o t a l.....	122	

Este cuadro nos indica que es bastante difícil hacer el diagnóstico de presentación de cara al ingreso; sólo un 11% se logró hacerlo y esto fue porque las pacientes estaban en expulsión o ya había bastante dilatación del cuello siendo así más fácil el diagnóstico por vía rectal o vaginal. También observamos que hubo cierto índice de equivocación en el diagnóstico con presentación podálica (9.1%).

B.- Pre parto :

El cuadro No.5 nos indica los diferentes diagnósticos que se hicieron momentos antes del parto.

CUADRO No.5

	No.Casos	%
Presentación de Cara	62	50.9
Presentación de frente	4	3.3
Presentación cefálica	36	29.5
Presentación podálica	7	5.7
Anencéfalo	2	1.6
No identificados	<u>11</u>	9.0
Total.....	122	

Este cuadro indica que es más factible hacer el diagnóstico de la presentación de cara antes del parto ya que, en nuestro estudio, se hizo en ese momento en un 50.9%. Sin embargo este estudio nos muestra que aún es alto el porcentaje de diagnósticos erróneos ya que hubo equivocación en el 49.1% de los casos, cosa que nos parece un tanto exagerada pero que es perdonable dado que muchas de estas pacientes son atendidas por personal de practicantes sin mayor entrenamiento.

C.- Post parto :

Todos los diagnósticos de presentación de cara fueron confirmados en el post-parto. El cuadro No.6 nos indica los tipos de presentación de cara hechos después del parto.

CUADRO No.6

	No Casos	%
M I I A	56	45.8
M I D P	25	20.5
M I D A	24	19.7
M I I P	8	6.6
M I D T	<u>3</u>	2.5
Total	122	

Este cuadro nos indica en orden de frecuencia los tipos de presentación de cara: M I I A (45.8%), M I D P (20.5%), M I D A (19.7%), M I I P (6.6%), M I D T (2.5%). Se confirma lo anotado por otros autores, de la mayor frecuencia de la presentación M I I A, y la tendencia que la presentación tiene a encajar en el diámetro oblicuo derecho del estrecho superior.

6.- DIAGNOSTICO POR RAYOS X

Para analizar el uso que se hizo de Rayos X en nuestros casos, revisaremos el Cuadro No.7

CUADRO No.7

	No.Casos	%
Se usó Rayos X	26	21.3
No se usó Rayos X	<u>96</u>	78.7
Total.....	122	

A pesar de la importancia de los Rayos X para el diagnóstico de la presentación de cara y decisión de la vía a seguir para resolver el problema, en nuestros casos únicamente se hizo uso de Rayos X en el 21.3%.

Causas de Presentación de Cara :

En el Cuadro No.8 se exponen las causas que produjeron en nuestro estudio la presentación de cara.

CUADRO No.8

	No.Casos	%
Circulares del cordón al cuello	14	16.7
Anencefalia	26	30.9
Ausencia de Cuello y craneo raquisquisis	1	1.2
Placenta previa parcial	1	1.2
Prematurez	42	50.0
T o t a l.....	84	

La causa más frecuente fue la prematurez en un 50% seguida de anencefalia en 30.9%, teniendo también importancia las circulares del cordón al cuello con 16.7%.

7.- TIPOS DE PARTO

En el Cuadro No.9 se indica la cantidad de partos

eutósicos y distósicos en primíparas y multíparas.

CUADRO No.9

	No.Casos	%
Prímípara: Eutósicos	20	58.8
Distósicos	14	41.2
T o t a l.....	34	
Multípara: Eutósicos	69	78.4
Distósicos	19	21.6
T o t a l.....	88	

8.- OTRAS CARACTERISTICAS DE PARTO Y POST PARTO.

Duración de Trabajo de Parto:

Con la idea de analizar si la presentación de cara favorece el trabajo de parto prolongado, tabularemos los datos al respecto en el Cuadro No.10.

Se ve fácilmente que las pacientes multíparas con presentación de cara, prestan mayor facilidad para el mecanismo del parto que las primigestas, ya que en el 63.6 por ciento, las multíparas tuvieron su parto entre 2 y 12 horas, mientras que las primigestas el mayor porcentaje, (47%), el parto se llevó a cabo entre las 12 y 24 horas.

CUADRO No.10

Primigesta	No.Ca sos	%	Multigesta	No.Ca sos	%
Menos de 2 hrs.	0	0.0	Menos de 2 hrs.	0	0.0
De 2 a 12 hrs.	9	26.5	De 2 a 12 hrs.	56	63.6
De 12 a 24 hrs.	6	47.0	De 12 a 24 hrs.	20	22.7
Más de 24 hrs.	7	20.6	Más de 24 hrs.	10	11.4
No reportadas	2	5.9	No reportadas	2	2.3
T o t a l.....	34		T o t a l.....	88	

Las horas promedio de trabajo de parto fueron: en primigravidad 17 horas 58 minutos. En multigravidad 13 horas 2 minutos.

Conductas Obstétricas :

En el Cuadro No.11 se resume la conducta seguida en los casos de presentación de cara.

CUADRO No.11

	No.Casos	%
Cesárea segmentaria peritoneal	18	52.9
Forceps Medios y bajos	8	23.5
Versión y gran extrac. pelviana	4	11.8
No reportados	4	11.8
T o t a l.....	34	

La mayoría de los casos reportados se resolvieron -

por vía alta (cesárea) con un 52.9% y un solo 35.3% por vía baja. Lo que indica que la mayoría de las distocias - fue tan severa, que el obstetra se vió obligado a recurrir a la cesárea. En los 122 casos, se practicó episiotomía, en 25 pacientes (30.5%).

Puerperio:

Hubo en nuestros casos 108 pacientes con puerperio normal (88.5%) y 14 pacientes con puerperio patológico (11.5%).

El Cuadro No.12 nos indica las complicaciones que hubo durante el puerperio.

CUADRO No.12

	No. Casos	%
Heorragias del alumbramiento	1	7.1
Fiebre de etiología indeterminada	1	7.1
Psicosis Post-Partum	1	7.1
Infección de herida operatoria	3	21.4
Endometritis	7	50.0
Bronquitis	1	7.1
T o t a l	14	

Analizando los datos anteriores vemos que la presentación de cara no influye decididamente en lo patológico o normal del puerperio. El mayor porcentaje de complicaciones (50%), fue por endometritis, le sigue en importancia - la infección de la herida operatoria (21.4%).

Complicaciones Obstétricas:

En el Cuadro No.13 aparecen las complicaciones que sucedieron en el momento del parto.

CUADRO No.13

	No.Casos	%
Inminencia de ruptura uterina	3	18.7
Sufrimiento fetal	4	25.0
Procidencia de miembro sup.	1	6.3
Procidencia de cordón	1	6.3
Rasgadura vaginal	7	43.7
Rasgadura de cuello	1	6.3
Total	17	

Las complicaciones en orden de frecuencia fueron las siguientes: rasgaduras vaginales (43.7%), sufrimiento fetal (25%), inminencia de ruptura uterina(18.7%)

Mortalidad y Morbilidad Maternas:

La mortalidad en nuestros casos fue de 0%. La morbilidad que contempla todas las complicaciones del puerperio inmediato y mediano fue de 11.5%, según se reporta en el Cuadro No.12. Esta cifra no nos parece muy alta dada la serie de manipulaciones e intervenciones a que las pacientes con presentación de cara se ven sometidas.

9.- ESTUDIO DEL RECIEN NACIDO

Una vez analizados los datos que se refieren a la madre, tabularemos todos los datos que se refieren al niño.

Relación de edad de embarazo estimado y peso del niño al nacer:

Con el cuadro siguiente intentaremos encontrar si hay o no relación del peso del niño al nacimiento y la edad estimada a partir de la altura uterina.

CUADRO No.14

Edad estimada	Menos 2 lbs.	De 2 a 5.8lbs.	Más de 5.8lbs	No con sig.-
Más de 42 semanas	0	9	2	0
De 38 a 42 semanas	1	16	59	1
De 34 a 37 semanas	1	10	8	0
Menos de 34 semanas	1	3	1	0
Edad no consignada	0	4	6	0
Total.....	3	42	76	1

Siendo el mayor número de niños a término por edad estimada y por peso, podría concluirse analizando el cuadro anterior, que la medición de la altura uterina para estimar edad de embarazo, es un método aceptablemente bueno, cuando no se cuenta con fecha exacta de última regla.

Como complemento del cuadro anterior se reporta el peso del niño al nacer y sus porcentajes.

CUADRO No.15

	No. Casos	%
Menos de 2 lbs.	3	2.4
De 2 a 5.8 lbs.	42	34.4
De 5.9 lbs. o más	76	62.75
No reportado	1	0.8
T o t a l.....	122	

Como se puede observar en este cuadro un 62.75% de los niños nacieron a término por peso, siguiendo los niños prematuros con un 34.4% y un 2.4% de menos de 2 libras (parto inmaduro).

Sexo del Recién Nacido :

CUADRO No.16

	No. Casos	%
Masculinos	44	36.1
Femeninos	78	63.9
T o t a l.....	122	

A pesar de que ordinariamente nacen mayor número de hombres que mujeres, en el presente trabajo el porcentaje mayor corresponde a estas últimas (63.9%), lo cual se explica por la mayor incidencia de anomalías congénitas

en el sexo femenino, como la anencefalia, que es una de las causas más frecuentes de la presentación de cara.

Mortalidad y Morbilidad Fetal :

En el siguiente cuadro se analizan las condiciones del niño al nacer:

CUADRO No.17

	No. Casos	%
Vivo en buenas condiciones	76	62.3
Vivo en malas condiciones	10	8.2
Mortinato	34	17.9
Recién nacido muerto	2	1.6
T o t a l.....	122	

Este cuadro muestra que el 62.3% de los niños nacieron vivos en buenas condiciones y el 27.9% fueron mortinatos. Cifra que nos parece bastante alta sobre todo si a este último porcentaje agregamos el 1.6% de los niños que murieron en el período neonatal.

Respecto a la morbilidad podemos decir que es también relativamente alta ya que el 8.2% de los niños nacieron en malas condiciones.

10.- CONCLUSIONES

- 1) En nuestro estudio la presentación de cara es más rara que la encontrada por los autores consultados, (0.15%) y un parto de cara por cada 655.
- 2) Se confirma que la gran multiparidad, es un factor muy influyente en la presentación de cara.
- 3) Se continúa confirmando el hecho de que entre menos control pre-natal haya en un grupo de pacientes, mayor es el número de complicaciones obstétricas.
- 4) Se debe de ser muy cuidadoso en el diagnóstico de presentación al ingreso de la paciente, ya que el 65.5% de nuestras pacientes fueron diagnosticadas como cefálicas a su ingreso.
- 5) Es relativamente frecuente que la presentación de cara se confunda al tacto, con la presentación podálica (9.1%).
- 6) La presentación M I I A (45.8%) y la M I D P - - (20.5%) son las más frecuentes, confirmando lo a severado por Markoe quien para las dos da 62.4%.
- 7) La primiparidad es desfavorable para el mecanismo del parto ya que las distocias en éstas presentaciones ascienden al 41.2%.
- 8) Las causas más frecuentes de presentación de cara son: la prematurez, la anencefalia y las circulares

del cordón al cuello.

- 9) La cesárea es el procedimiento de elección en las distocias más severas.
- 10) La primiparidad contribuye a que el trabajo de parto tenga mayor duración, mientras que la multiparidad es factor contribuyente a que los partos sean más cortos.
- 11) La influencia que la presentación de cara tiene en el puerperio patológico no tiene mayor significación.
- 12) La complicación más frecuente es la rasgadura vaginal, sufrimiento fetal e inminencia de ruptura uterina.
- 13) La mortalidad fetal bruta en presentación de cara es muy alta (29.5%). La morbilidad fetal también la consideramos alta.

11.- RECOMENDACIONES

Con el objeto de prevenir complicaciones maternas, como rasgaduras vaginales, que fueron frecuentes en nuestro estudio y de disminuir la mortalidad y morbilidad fetal, es importante recomendar que se trate por todos los medios posibles, de hacer un diagnóstico temprano de la presentación de cara, ejercer una vigilancia estrecha so-

bre estas pacientes a fin de poder descubrir con la debida anticipación las complicaciones fetales y resolver los problemas tempranamente para lo cual sería muy recomendable practicar operación cesárea, en un mayor número de casos sobre todo cuando se trate de pacientes primigestas, y las presentaciones mentoposteriores.

José Antonio René Román Méndez

Dr. J. Eduardo Fuentes S.
Asesor

Dr. Ricardo Alvarez
Revisor

V°.B°.

Imprímase:

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Dr. Carlos M. Monsón M.
Decano

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Departamento de Registros Médicos del Hospital Roosevelt 1955-1964.
- 2.- DE LEE
Greenhil, Principios y Práctica de Obstetricia 1959, III Edición.
- 3.- WILLIAMS
Eastman, Obstetricia, 1953.
- 4.- MORAGUES & BERNAT
Clínica Obstétrica 1960
- 5.- FABRE
Manual de Obstetricia, 1946.
- 6.- ALFRED C. BECK
Práctica de Obstetricia, 1947.
- 7.- JUAN LEON
Semiología Obstétrica, 1946.