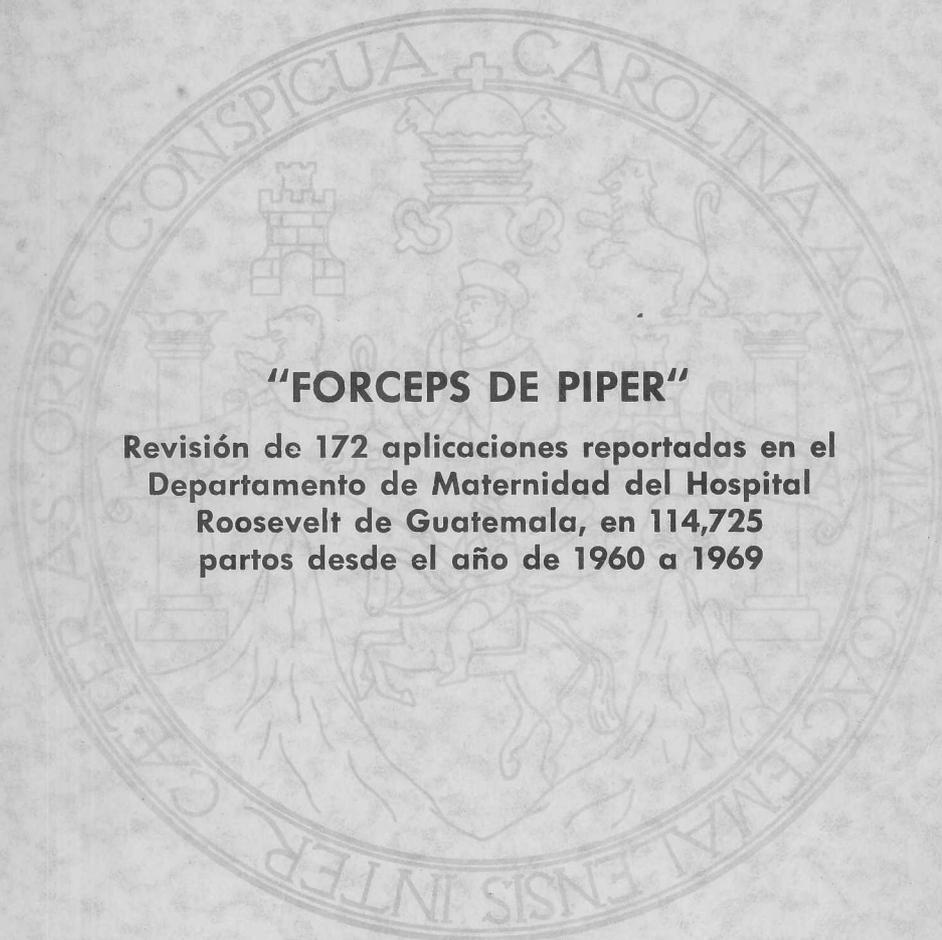


dup

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"FORCEPS DE PIPER"

**Revisión de 172 aplicaciones reportadas en el
Departamento de Maternidad del Hospital
Roosevelt de Guatemala, en 114,725
partos desde el año de 1960 a 1969**

CARLOS HUMBERTO CALDERON REYES

C

1970

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION.
- II. ANTECEDENTES.
- III. OBJETIVOS.
- IV. MATERIAL Y METODOS.
- V. DESARROLLO
 - 1.- Generalidades.
 - 2.- Análisis Estadístico.
- VI. CONCLUSIONES.
- VII. RECOMENDACIONES.
- VIII. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Tomando en consideración los múltiples problemas que representa la atención del parto en presentación pelviana y habiendo observado durante el corto tiempo de mi estancia en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, que la retención de cabeza última es uno de los factores a tomar en cuenta como causa principal de muerte fetal en estas presentaciones, he tenido el atrevimiento de adentrarme en el estudio de estos casos y especialmente en el estudio de la aplicación del fórceps de Piper, ideado específicamente para resolver este problema. Es indudable que este instrumento obstétrico, empleado en el momento oportuno y con la técnica adecuada, ha contribuido a salvar muchas vidas que de otro modo se hubieran perdido, pero también es necesario reconocer que si la atención del parto ha sido llevada con técnica defectuosa y maniobras erradas, la ayuda que el fórceps pueda brindarnos, será muy limitada o nula, por lo que es necesario tener un conocimiento adecuado del instrumento y de la forma de emplearlo, para cumplir con el fin primordial de la Obstetricia, de obtener un niño y una madre en buenas condiciones. Espero que los datos obtenidos de este estudio, puedan llevarnos hacia una adecuada resolución de los casos de retención de cabeza última.

ANTECEDENTES.

El mecanismo de parto en presentación pelviana ha sido objeto de muchas consideraciones y estudio, y siendo la cabeza la que se retiene con más facilidad, provocando con esto la distocia, ocupa un lugar preferente en estos estudios. Encontramos en los libros de texto revisados, (9) documentación sobre este problema; así mismo, tuvimos oportunidad de revisar diversos artículos aparecidos en revistas de Ginecología y Obstetricia, y entre ellos, consideramos a los siguientes como los más importantes:

- 1.— Fórceps de Piper en el parto pélvico. Dr. Jorge González Villamil y colaboradores (2).
- 2.— INfluencia de la deflexión de la cabeza en partos en podálica. Dra. Ofelia Uzcátegui. (7).

- 3.— Asistencia del parto podálico. Dr. Pedro A. Teppa (6).
- 4.— Estudio comparativo entre dos series de podálicas en la Maternidad Concepción Palacios. Dr. Roberto Ascanio. (1).
- 5.— Fórceps en presentaciones de Nalgas y de Cara. Dr. Frank E. Whitacre. (8).

OBJETIVOS

Perseguimos con este trabajo, los objetivos siguientes:

- 1.— Establecer la incidencia de las presentaciones podálicas en nuestro Departamento de Obstetricia.
- 2.— Establecer los porcentajes de la aplicación del fórceps de Piper en relación con el número total de partos, con el número de partos en presentación pelviana y con la cantidad de partos distócicos en podálica que tuvieron retención de cabeza última y fueron resueltos por medio del fórceps.
- 3.— Determinar las posibles causas de la retención de cabeza última en nuestro estudio.
- 4.— Determinar la morbilidad y mortalidad materno-infantil.
- 5.— Hacer comparaciones de las pacientes en relación a edad, paridad, edad del embarazo, situación social, asistencia a control prenatal, etc., y su relación con la retención de cabeza por ellas sufrida.

Generalidades:

La atención del parto pélvico continua siendo tema de estudio debido a su elevada morbilidad y mortalidad materno-fetal (2), y ya que nos vamos a referir a la parte fetal que generalmente causa la distocia, consideramos conveniente hacer algunas consideraciones previas, en relación con la atención del parto en estas presentaciones.

Concepto:

La presentación podálica, de nalgas o pelviana resulta de una situación longitudinal del feto, en la cual el fondo uterino está ocupado por el polo cefálico fetal y la excavación por el polo podálico. (4,9).

Etiología de las Presentaciones Podálicas:

De la literatura revisada, nos parece bien adoptar aquí las siguientes condiciones mencionadas por la Dra. Ofelia Uzcátegui, (7) como causantes de la presentación de nalgas:

a) Factores Maternos:

- 1) Multiparidad,
- 2) localización de la placenta,
- 3) tendencia hereditaria,
- 4) cicatrices uterinas,
- 5) edad materna,
- 6) hidramnios,
- 7) Anormalidades del desarrollo del útero,
- 8) tumores obstructivos,
- 9) pelvis pequeñas y
- 10) obesidad.

b) Factores Fetales:

- 1) Embarazo múltiple,
- 2) Prematurez,
- 3) anomalías congénitas (anencefalia, hidrocefalia),
- 4) Actividad fetal,
- 5) complicaciones del cordón,
- 6) Extensión de las piernas y
- 7) dolicocefalia.

Mecanismo de Parto en las Presentaciones Pelvianas

La diferencia en el mecanismo de las presentaciones cefálica y de nalgas es esta: en la presentación de vértice nace primero la cabeza que es el sitio más grande del feto, y más o menos fácilmente es seguida por el resto del cuerpo, excepto por enclavamiento de los hombros, que ocurre de cuando en cuando. En la presentación de nalgas nacen sucesivamente tres partes mayores, lo cual exige tres mecanismos que incluyen rotación interna. (8) Si no hay desproporción, el encajamiento y el descenso se efectúan en un diámetro oblicuo de la pelvis; la cadera anterior está orientada hacia la eminencia iliopectínea y la cadera posterior hacia la sincondrosis sacroiliaca opuesta. La resistencia que ofrece el suelo pélvico inicia la rotación interna que lleva la cadera anterior hacia el arco subpúbico y el diámetro bitrocantereo al diámetro anteroposterior del estrecho pélvico inferior; suele haber rotación de 45 grados desde la eminencia iliopectínea hasta la sínfisis púbica. La cadera posterior nace por flexión lateral,

movimiento obligado por la resistencia que ofrece el periné y la curvatura del conducto del parto. Después nace la cadera anterior por retracción del periné.

Al entrar los hombros en el diámetro transversal o en uno de los diámetros oblicuos de la pelvis, ocurre rotación externa; la espalda suele dirigirse hacia el frente. Vuelve a ocurrir algo de rotación interna que permite a los hombros descender rápidamente por el plano medio de la pelvis, en el diámetro anteroposterior, y que la cabeza encaje, por lo general en el diámetro transversal del estrecho pélvico, o bien en el diámetro oblicuo opuesto al que le sirvió al segmento podálico para encajar. El occipucio suele girar hacia adelante, de manera que la región suboccipital queda debajo de la sínfisis púbica; después de ello la cabeza nace por un fenómeno de flexión, pasando sobre el periné, barbilla, nariz y frente. (8).

Retención de Cabeza Última

El parto en podálica entraña una incógnita, la de no saber si terminará sin complicaciones, entre las cuales, la retención de la cabeza última es la más temida, pudiendo en ella perderse el feto o lesionarlo gravemente y/o el tocólogo puede provocar una ruptura uterina en su desesperación por evitarlo. (6) El obstetra debe de tener un criterio muy bien formado, y es que el feliz término del parto depende ante todo de él. Debe resolver en primer lugar si puede permitirse a la paciente el parto por vía vaginal. No hay dudas de que la vía abdominal es la más segura y la que debe de seguirse siempre que esté justificada; extendiéndose sin embargo algo más sus indicaciones si la comparamos con la presentación cefálica; así tenemos como indicaciones absolutas de cesárea:

- a) coexistencia de podálica y estrechés pélvica,
- b) podálica y anomalías pélvicas, y
- c) podálica y cesárea anterior.

Y, como indicaciones relativas:

- a) gestante sin hijos vivos, con presentación pelviana,
- b) pacientes multíparas que han tenido varios años de esterilidad,
- c) coexistencia de podálica y madre añosa y
- d) primigesta en podálica con largos años de esterilidad.

Desde 1924, Edmund. B. Piper presentó el fórceps que lleva su nombre con la indicación precisa de utilizarlos para extraer la cabeza última; sin embargo, se tiene la impresión de que su empleo

se hace aún con muchas reservas (2). Se ha visto que en las podálicas, la aplicación del fórceps de Piper y la cesárea mejoran el pronóstico y reducen la mortalidad perinatal (7) y el fórceps empleado adecuadamente es menos peligroso para la madre y el niño que la extracción manual difícil por otros métodos. (8).

Descripción del Forceps de Piper

Las cucharas son semiflexibles y terminan en un tallo largo; presentan curvatura posterior, de manera que el mango queda debajo de la altura de las cucharas; los bordes son uniformes y redondeados para disminuir la posibilidad de cortar los tejidos blandos (5).

Aplicación del Forceps de Piper

Al aplicar fórceps a la cabeza última en las presentaciones de nalgas, la situación anatómica es distinta a cuando se hace la aplicación en las presentaciones cefálicas con el occipucio anterior, pues en estas, el diámetro transversal mayor de la cabeza está situado a nivel relativamente alto en la pelvis en comparación con la sínfisis púbica. En esta posición se adaptan a la cabeza varias clases de fórceps. (8).

En las presentaciones pelvianas, cuando el cuerpo del niño ha nacido y se extiende directamente hacia arriba sobre la sínfisis materna, o casi hasta esta altura, la posición de la cabeza del niño es muy semejante a la que tendría en la presentación de cara con la barbilla hacia adelante. En consecuencia, las eminencias parietales están a nivel más bajo en el estrecho pélvico inferior y la aplicación de las varias clases de fórceps puede ser insatisfactoria, pues considerando que el diámetro mayor de la cabeza fetal es más bajo, las puntas de las cucharas pueden aplicarse detrás del cuello del niño. Al hacer la aplicación del fórceps, las ramas se aplican pero no se articulan; se elevan los mangos hasta el tórax del niño, lo cual deprime las ramas propiamente dichas y entonces se articulan ambas. De esta manera la punta de las cucharas quedan situadas en lugar suficientemente bajo para asegurar la aplicación biparietal óptima. Se efectúa tracción directa hacia adelante para aumentar la extensión de la cabeza fetal hasta que la región suboccipital queda colocada debajo de la sínfisis púbica; en este momento se efectúa la extracción por flexión (8).

Factores que Aumentan el Riesgo Fetal:

Entre los factores que influyen y aumentan el riesgo del feto, se citan los siguientes:

- 1.— Comprensión del cordón umbilical
- 2.— trauma de la cabeza no moldeada
- 3.— prolapso del cordón
- 4.— dificultad para determinar la presencia de desproporción céfalo-pélvica.
- 5.— dilatación incompleta del cérvix
- 6.— cambios repentinos de presión por el tránsito acelerado de la cabeza en el canal del parto.

Pronóstico de los Niños Nacidos en Presentación Podálica. (7)

Se citan los siguientes factores que deberán tomarse en cuenta, ya que influyen en el pronóstico de los niños que nacen en presentación pelviana:

- 1.— Prematuridad
- 2.— complicaciones durante el parto (Ej.: prolapso de cordón).
- 3.— experiencia del tocólogo.
- 4.— variedad de presentación y posición.
- 5.— deflexión de la cabeza.
- 6.— intervenciones: fórceps, cesárea.

Aunque los diversos autores consultados indican que el fórceps de Piper debe ser utilizado antes de efectuar maniobras que puedan perjudicar al feto, hacen la salvedad de que al hacer la aplicación de este, la cabeza debe de estar encajada (6), último concepto este, que no es aceptado por la totalidad de obstetras. Al mismo tiempo se hace hincapié, en que el fórceps de Piper no es un salvador de vidas después de maniobras fallidas, ya que las dificultades para la extracción derivan de una técnica defectuosa, o la flexión y la orientación se han ejecutado de una manera imperfecta. (2).

MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo, se revisaron y analizaron los expedientes clínicos de las 172 pacientes a quienes se hizo aplicación del fórceps de Piper en los 10 últimos años comprendidos entre 1960 y 1969 en el Departamento de

Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala.

Fue necesario revisar los libros de operaciones y de nacimientos de las Secciones de Labor y Partos y Séptico Post-partum, para obtener los números de los registros correspondientes y el número de partos en presentación pelviana, así como la forma en que estos fueron resueltos. Posteriormente se obtuvo de cada una de las papeletas, los datos que consideramos importantes para la realización del estudio, agrupándolos en rubros para después tabularlos y averiguar los totales y porcentajes de cada uno de estos datos.

Hicimos uso de literatura tanto Nacional (3,4) como extranjera (1,2,5,6,7,8,9,) que se relaciona con el tema que tratamos. Nos permitimos exponer a continuación, los datos obtenidos en nuestro trabajo.

Incidencia:

En el período de 10 años, comprendidos entre el 1o. de Enero de 1960 y el 31 de Diciembre de 1969, se atendieron en la Maternidad del Hospital Roosevelt un total de 114,725 partos (3) de los cuales, 4,305 fueron en presentación pelviana que corresponden a un 3.7 o/o del total de partos asistidos.

Los partos atendidos en presentación pelviana se resolvieron, 3,008 como eutócicos que equivalen a 69.8 o/o y el resto, es decir 1,297 fueron distócicos, equivaliendo al 30.2 o/o.

Los partos distócicos fueron resueltos en la siguiente forma:

- a) 461 partos resueltos por vía abdominal mediante operación cesárea, formando el 35.5 o/o;
- b) 172 partos resueltos por vías naturales, que tuvieron retención de cabeza última y se les aplicó fórceps de Piper, equivaliendo a:

1.— 0.15 o/o del total de partos en los 10 años;

2.— 3.9 o/o del número de partos en presentación pelviana en los mismos 10 años;

3.— 13.3 o/o del total de partos distócicos en presentación pelviana en ese período.

- c) 664 partos presentaron otras distocias que corresponden a 51.2 o/o habiendose encontrado entre ellas, principalmente la gran extracción pelviana por procidencia o prolapso de cordón y sufrimiento fetal.

Habiendo hecho ya las consideraciones pertinentes en relación a la incidencia de la aplicación del fórceps motivo de nuestro estudio, presentaremos los datos recopilados de las madres y de los productos obtenidos con la aplicación de dicho instrumento obstétrico.

ESTUDIO MATERNO

Lugar de Origen, Residencia y Grupo Etnico:

Consideramos importante incluir dentro de nuestro estudio, los lugares de nacimiento y residencia, clasificados como urbanos y rurales, así como el grupo étnico en que fueron clasificadas las pacientes a su ingreso a la maternidad, pues indudablemente nos proporcionará una idea de la situación socio-económica de estas madres y su relación con diferentes aspectos que se irán enunciando conforme avance el desarrollo del presente trabajo, tales como la asistencia a control pre-natal, su ingreso con distintos grados de dilatación cervical, así como algún otro problema ligado al embarazo.

Encontramos que de las pacientes estudiadas, 25 habían nacido en áreas rurales, para un 14.5 o/o y 147 nacieron en áreas urbanas, equivaliendo a 85.5 o/o.

Observamos también, que al momento de su ingreso a la maternidad, 8 pacientes procedían de áreas rurales en que tenían fijada su residencia, para hacer un 4.6 o/o y 164 pacientes procedían de áreas urbanas, en su mayor parte de la Capital de la República, equivaliendo a 95.4 o/o.

Pudimos darnos cuenta que 155 pacientes fueron clasificadas como ladinas, dándonos el 90.1 o/o y 7 pacientes se clasificaron como indígenas, haciendo el 9.9 o/o.

De los datos anteriores deducimos que fue bajo el número de pacientes nacidas y procedentes de áreas rurales, así como es el de pacientes clasificadas como indígenas.

Edad de las Pacientes

Indudablemente la edad en que la paciente se encuentra, es un factor importante para la evolución del embarazo y el parto. Encontramos en nuestro estudio, que la paciente más joven tenía 13 años, y la de mayor edad 45 años, correspondiendo el número mayor de pacientes al grupo de 18 años con 15 y las de 17 años con 12 pacientes. La distribución de las madres de acuerdo a las edades, se hizo agrupándolas en quinquenios y se obtuvo los siguientes datos:

CUADRO No.1.

EDAD	Número de pacientes	Porcentajes
13 años	1	0.6
16 a 20 años	54	31.4
21 a 25 años	42	24.4
26 a 30 años	29	16.9
31 a 35 años	26	15.1
36 a 40 años	10	5.8
40 a 45 años	10	5.8
TOTAL	172	100.00

Puede observarse, que en general el mayor número de pacientes estaba comprendido entre los 16 y los 35 años de edad, haciendo entre ellas, 151 que forman el 88.6 o/o del total de las aplicaciones del fórceps.

OCUPACION

Del número de pacientes estudiadas, 171 refirieron dedicarse exclusivamente a las labores domésticas, haciendo un 99.4 o/o y solamente 1 paciente tenía actividades extradomiciliares, trabajando como Enfermera Profesional en un centro hospitalario y formando el 0.6 o/o de las ocupaciones de estas pacientes.

ESTADO CIVIL

Como ya fue referido en trabajos anteriores, el estado civil de las pacientes es importante en relación con la evolución del embarazo y el parto, por cuanto brinda a las mismas un margen

mayor o menor de seguridad y estabilidad social, económica y emocional, permitiéndoles dedicar mayor atención al control de su embarazo. En el estudio efectuado se encontró que 35 de las pacientes eran solteras, sin tener en el momento de su ingreso ninguna protección ni relación con el padre del niño (a) que estaba por nacer. Las pacientes unidas forman el grupo más numeroso y la menor cantidad de las pacientes estudiadas lo formaban las casadas.

El número de pacientes y porcentajes de los distintos estados civiles es el siguiente:

CUADRO No.2.

Estado civil	No. de Pacientes	Porcentajes
Solteras	35	20.3
Unidas	105	61.1
Casadas	32	18.6
TOTAL	172	100.00

CONTROL PRE-NATAL

Es indudable que mucha razón tienen quienes en oportunidades anteriores han investigado y afirmado que es escasa la asistencia a control prenatal de las Madres Guatemaltecas, que en el momento del parto requieren de los servicios del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, pues una vez mas hemos observado una baja asistencia al mismo, ya que unicamente 56 de las pacientes estudiadas asistieron a control pre-natal, haciendo el 32.6 o/o y 116 pacientes que forman el 67.4 o/o no tuvieron estudios en este sentido, por no haber asistido a ese servicio.

Consideramos, que si un número mayor de pacientes hubiera asistido al control de su embarazo, probablemente se hubieran evitado algunos de los problemas de este tipo de distocia al efectuarse el estudio y diagnóstico adecuados de los casos, con suficiente anticipación al momento del parto, lo cual redundaría en la mejor evolución de la atención del parto y condiciones más satisfactorias para la madre y el producto.

PARIDAD DE LAS PACIENTES

En relación con este aspecto, hemos clasificado a las pacientes según que hayan tenido 1, 2, 3, 4 y más embarazos, observando que el mayor número de gestaciones presentado por una paciente, era de 16. Así mismo, pudimos observar que la aplicación del fórceps de Piper prevaleció en pacientes primigestas con 63 de los casos, número mayor al del total de pacientes que señalamos anteriormente, habían asistido a control prenatal. El número de casos y porcentajes obtenidos en este aspecto, son los siguientes:

CUADRO No.3.

No. de embarazos	No. de pacientes	Porcentajes
1	63	36.6
2	24	14.00
3	14	8.1
4	16	9.3
más de 4	54	31.4
no anotado	1	0.6
TOTAL	172	100.00

Puede observarse, que hubo 54 casos de pacientes con mas de 4 embarazos, lo que nos hace dedicar nuestra atención al hecho de que cualquier parto con presentación pelviana puede ocasionar problemas de retención de cabeza, independientemente de un mayor o menor número de partos tenidos con anterioridad por una paciente, por lo que se recomienda un estudio cuidadoso de estos casos y no menospreciar la posibilidad de una distocia.

NUMERO DE HIJOS VIVOS

Como una ilustración y un dato complementario al párrafo anterior que se refirió a la paridad de las pacientes, presentamos a continuación los datos obtenidos en relación al número de hijos vivos de las mismas:

CUADRO NO.4.

No. de hijos vivos	No. de pacientes	Porcentajes
0	76	44.2
1	24	14.0
2	15	9.1
3	17	9.9
4	11	6.4
más de 4	27	15.2
no anotado	2	1.2
TOTAL	172	100.0

PELVIMETRIA RADIOLOGICA

Es reconocido el hecho de que el estudio pélvico radiológico por si solo, no tiene un valor absoluto, pero también se reconoce que este constituye una ayuda apreciable en la determinación del tamaño de los distintos diámetros pélvicos y nos da una idea de la probable evolución del parto en relación a la configuración de la pelvis materna, determinando juntamente con la evolución clínica, la vía que habrá de elegirse para que el parto se efectúe en la mejor forma.

De los casos que nos ocupan, unicamente tuvieron estudio radiológico 51 de las pacientes, que equivalen al 29.7 o/o y no lo tuvieron 121 pacientes que hacen el 70.3 o/o.

Consideramos importante hacer notar que de las pacientes con pelvimetría radiológica, 30 eran primigestas, 7 secundigestas, 4 pacientes que tenían su tercer embaazo y unicamente 10 pacientes con mas de 3 partos anteriores.

CESAREA ANTERIOR

Es indudable que la determinación de permitir un parto por vía vaginal después de una cesárea previa, debe ser bien meditada

cuando se trata de presentaciones cefalicas y mas aun cuando se tiene el caso de una presentación pelviana, encontrando que algunos autores consideran que la presentación pelviana en pacientes con cesárea anterior es indicación absoluta de practicar una nueva cesárea.

En nuestro estudio encontramos que a 3 de las pacientes asistidas en presentación pelviana y que tuvieron retención de cabeza última, les fue practicada una cesárea con anterioridad, formando el 1.7 o/o. De estas tres pacientes, unicamente 1 tenía estudio radiológico de la pelvis; su paridad era de 5 embarazos, 3 partos y una cesárea, sin abortos; la cesárea le fue practicada en el Hospital Roosevelt por situación transversa y pelvis limite en su segundo embarazo. Posterior a la cesárea la paciente tuvo dos partos en su casa, 1 en presentación cefálica y uno en presentación podálica.

Las otras dos pacientes no tienen estudio radiológico reportado y fueron asistidas con cesárea anterior y presentación pelviana por las siguientes razones: 1 paciente ingresó sin trabajo de parto, por pre-eclamsia al segundo piso patológico, haciéndose diagnóstico de presentación cefalica derecha a su ingreso. La cesárea anterior había sido practicada por procidencia de cordón con presentación pelviana y 6 cms. de dilatación cervical. La paciente fue posteriormente encontrada en expulsión con dilatación incompleta, haciendo retención de cabeza por distocia de cuello con cuello.

La otra paciente, ingresó a emergencia en expulsión, con procidencia de cordón, feto prematuro y dilatación incompleta.

Es norma seguida en la Maternidad del Hospital Roosevelt, como en todas las Maternidades del mundo, que una paciente con 2 cesáreas anteriores tiene indicación absoluta de practicarle operación cesárea, independientemente de la presentación del feto en el nuevo embarazo. En nuestro estudio encontramos una aplicación de Fórceps de Piper en una paciente con 2 cesáreas anteriores; consideramos que debemos aclarar las razones por las que se siguió esta conducta e informamos que se trató de una paciente que ingresó con embarazo de 28 semanas, feto vivo y amenaza de parto inmaduro, sin dilatación cervical; posteriormente fue evaluada por referir trabajo de parto y se encontró en expulsión, con dilatación incompleta, reteniendo la cabeza. El niño pesó 3 libras 7 onzas y la paciente tuvo ruptura uterina que será comentada posteriormente.

**EXAMEN OBSTETRICO DE LAS PACIENTES
AL INGRESO A ADMISION
EDAD DE EMBARAZO ESTIMADA Y CALCULADA**

Siendo que en nuestro medio, no podemos dar un valor absoluto a la edad calculada, de acuerdo con la fecha en que la paciente presentó su última regla, hemos considerado conveniente anotar las edades de embarazo, tanto calculadas como estimadas.

Los datos obetnidos son los siguientes:

CUADRO No.5.

Edad de embarazo calculada (UR)	No. de pacientes	Porcentaje
menos de 30 semanas	1	0.6
de 30 a 36 semanas	10	5.8
de 37 a 42 semanas	112	65.1
mas de 42 semanas	3	1.8
ignoraban U.R.	46	26.7
TOTAL	172	100.0

CUADRO No.6.

Edad de embarazo estimada (A.U.)	No. de pacientes	Porcentaje
menos de 30 semanas	1	0.6
de 30 a 36 semanas	27	15.7
de 37 a 42 semanas	137	79.7
mas de 42 semanas	4	2.3
no anotado	3	1.7
TOTAL	172	100.0

Como puede observarse, la mayor cantidad de pacientes ingresaron con embarazo a término, tanto de acuerdo a su última regla como a su altura uterina.

**DIAGNOSTICO DE PRESENTACION
AL INGRESO A EMERGENCIA**

Es indudable que en muchos de los casos, un error de diagnóstico al ingreso a la maternidad, decide involuntariamente la vía por la que se resolverá el parto, ya que de esta manera se envía a las pacientes a un servicio que no les corresponde y son evaluadas posteriormente, haciendose un diagnóstico adecuado cuando ya es tarde para efectuar estudio radiológico. Es en esta forma como han sido encontradas las pacientes en período expulsivo y el parto se ha resuelto por vía vaginal con distocia de retención de cabeza.

Las pacientes de nuestro estudio fueron ingresadas con los siguientes diagnósticos hechos en emergencia:

CUADRO No.7

DIAGNOSTICO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
Cefálicas	59	34.3
Podálicas	87	50.6
De hombro	16	9.3
Emb. gemelar	1	0.6
Transversa abandonada	1	0.6
Podálica con retención de cabeza última	3	1.7
Podálica con retención de hombros y cabeza última	1	0.6
Sin diagnóstico	4	2.3
TOTAL	172	100.0

ESTADO DE LAS MEMBRANAS

Siendo importantela evaluación del estado de las membranas, por posibles problemas de infección amniótica, o bien de cordón, hemos investigado el estado de las mismas al ingreso de las pacientes, encontrando que ingresaron con membranas enteras 108 pacientes que forman el 62.8 o/o y con membranas rotas 64 que equivalen al 37.2 o/o.

EVALUACION DE LAS CONTRACCIONES

De acuerdo a la evaluación de las contracciones en suaves, moderadas y fuertes, encontramos que 5 pacientes que forman el 2.9 o/o ingresaron con contracciones suaves, 83 con contracciones moderadas, formando el 48.2 o/o y 79 con contracciones fuertes para constituir el 46.0 o/o. El resto de pacientes lo forman 3 que ingresaron sin trabajo de parto y 2 en las que no se anotó la intensidad de las contracciones.

GRADO DE DILATACION CERVICAL

Indudablemente la dilatación cervical que una paciente presente a su ingreso, es importante para poder efectuar exámenes previos al parto. En nuestro estudio encontramos que las pacientes ingresaron con las siguientes dilataciones:

CUADRO No.8

DILATACION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
Entre 1 y 5 cms.	99	57.6
entre 6 y 11 cms.	67	39.0
no anotado	3	1.7
sin t. de parto	3	1.7
TOTAL	172	100.0

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO REFERIDO

En algunas ocasiones al momento del ingreso las pacientes no pueden referir exactamente el tiempo preciso que tienen de presentar las contracciones; otras veces las contracciones son tan intensas que es difícil obtener un buen dato en relación con el mismo. Las pacientes estudiadas e esta ocasión, refirieron los siguientes tiempos:

CUADRO NO.9

TIEMPO REFERIDO	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJES
entre 1 y 6 horas	97	56.4
entre 7 y 13 horas	42	24.4
entre 14 y 20 horas	16	9.3
mas de 20 horas	4	2.4
no anotado	10	5.8
sin t. de parto	3	1.7
TOTAL	172	100.0

FOCO FETAL

De las pacientes estudiadas se encontró que al ingreso presentaban foco fetal en límites normales 161 que forman el 93.6 o/o y unicamente a 11 pacientes no se les logró auscultar el mismo, formando el 6.4 o/o del total.

EXAMEN OBSTETRICO DE LAS PACIENTES EN LABOR Y PARTOS DIAGNOSTICO DE PRESENTACION Y POSICION

Indudablemente que el diagnóstico de certeza de las distintas presentaciones fue hecho en el momento cercano al parto y muchas veces en el período de expulsión. Las distintas presentaciones, posiciones y variedad de las mismas fueron las siguientes:

CUADRO No.10

Diagnóstico	No. de Pacientes	o/o
S.I.I.A.	76	44.2
S.I.I.T.	17	9.9
S.I.I.P.	4	2.3
S.I.D.A.	25	14.5
S.I.D.T.	4	2.3
S.I.D.P.	8	4.6
O.I.I.A.	3	1.7
O.I.D.A.	1	0.6
O.I.D.P.	1	0.6
N.I.D.T.	1	0.6
A.I.I.D.A.	11	6.4
A.I.D.D.A.	9	5.3
A.I.I.D.P.	2	1.2
A.I.D.D.P.	3	1.7
Podálica con re- tención de cabeza última	3	1.7
Embarazo gemelar	1	0.6
Transversa abando- nada	1	0.6
Podálica con reten- ción de hombros y cabeza última	1	0.6
Diagnóstico no anotado	1	0.6
TOTAL	172	100.0

Como puede observarse, la mayor cantidad de pacientes tenían presentaciones podálicas y entre ellas la más frecuente fue la S.I.I.A.; así mismo se observan presentaciones de hombro que fueron resueltas con versión y gran extracción pelviana, encontrándose que a las pacientes a quienes se practicó esta operación eran todas multigestas y multiparas, a excepción de una paciente nulípara, G.3, P.O, Ab.2 y que ingresó con prolapso de mano, sin que se le encontrara foco en emergencia y encontrándose posteriormente sufrimiento fetal intenso.

Las pacientes con diagnóstico de presentaciones cefálicas y una N.I.D.T. presentaron prolapso de cordón y se efectuó versión. Una de estas pacientes ingresó con prolapso de cordón y feto muerto. Posteriormente se comentará el estado de estos niños al nacer y su evolución intrahospitalaria post-natal.

COMPARACION DE DIAGNOSTICOS DE PRESENTACION EN EMERGENCIA Y LABOR Y PARTOS

Queremos hacer notar que hubo marcada divergencia en relación al diagnóstico de presentación que se hizo al ingresar las pacientes a la sección de admisión y el que se estableció posteriormente en la sección de Labor y Partos. Esta observación la hacemos sin ánimos de crítica destructiva, sino simplemente porque observamos que en muchos de los casos, estos errores fueron factor determinante para la atención que se brindó a las pacientes, la que pudo ser mejor, si inicialmente se hubiera hecho un mejor diagnóstico. Encontramos que el diagnóstico fue equivocado en 69 de los casos que equivalen al 40.1 o/o y se comprobó en mayor o menor grado en 103 de las pacientes. No está de más anotar que la mayoría de estos errores consistió en ingresar a las pacientes con diagnóstico de presentación cefálica cuando realmente eran presentaciones podálicas.

AMNIORREXIS

Es norma seguida en las presentaciones podálicas el no romper las membranas, sino esperar su ruptura espontánea y aún en esta situación permanecer expectante ante la posibilidad de un probable prolapso de cordón. En nuestro estudio, encontramos que se efectuó este procedimiento en 28 pacientes que equivale al 16.3 o/o. En parte de este número de pacientes se efectuó versión por maniobras internas, haciéndose la ruptura de las membranas en ese momento y en otro número, afortunadamente muy reducido, se efectuó la amniorrexis con diagnóstico de presentación equivocado.

VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS

Esta operación fue practicada según nuestro estudio, en 30 pacientes que equivalen al 17.4 o/o. Como podrá observarse, la suma de las presentaciones cefálicas, transversas y de frente reportadas en el cuadro de diagnósticos anterior (cuadro NO.10), es de 31 pacientes en las que forzosamente debía de practicarse la versión para haber efectuado la aplicación del fórceps, faltando por lo tanto una versión que fue el caso de una paciente con

diagnóstico de transversa abandonada en la que se efectuó decolación con aplicación de fórceps de Piper para enseñanza.

GRAN XTRACCION PELVIANA

Se practicó esta operación en 50 de los casos, que constituyen el 29 o/o del total de pacientes, en parte como complemento de la versión por maniobras internas en 30 de ellas, y las otras 20 por razones distintas, principalmente el prolapso de cordón con sufrimiento fetal. Así mismo, se practicaron 17 extracciones pelvianas, que se efectuaron cuando la presentación estaba encajada, correspondiendo estas últimas al 9.9 o/o.

EPISIOTOMIA

En los libros de texto y en la mayoría de artículos que se publican en relación a la atención de las pacientes con presentación pelviana, se recomienda que siempre se efectúe episiotomía. En nuestros casos se efectuó en 132 de las pacientes, predominando las mediolaterales, ya que en nuestro hospital, por los mayores riesgos y complicaciones, no se recomienda para el cuerpo de residentes y asistentes de residente el uso de la episiotomía mediana, la cual se efectuó únicamente en uno de los casos, y probablemente por la poca experiencia en este sentido, hubo prolongación de la misma y rectotomía accidental que fue reparada, evolucionando bien.

ANESTESIA

Encontramos que en algunos casos, por diversas razones, el fórceps se aplicó sin administrar ningún anestésico. Así mismo, observamos que los anestésicos generales predominaron sobre los locales, pues 144 pacientes que forman el 83.7 o/o recibieron anestesia general, 12 pacientes local formando el 7.0 o/o y 16 de las pacientes que constituyen el 9.3 o/o no recibieron anestesia. Entre los anestésicos generales utilizados predominó el trilene que se administró a 51 pacientes, ciclopropano a 46 pacientes, éter a 18 y óxido nitroso a 29. Las anestésicas locales usadas fueron 11 pudendas y 1 en silla de montar.

ALUMBRAMIENTO

En la mayoría de los casos, estando las pacientes bajo efectos de anestesia y teniendo que realizarse revisión de cavidad, se produjo el alumbramiento de la placenta en forma artificial, haciéndose extracción manual de la misma con el objeto de abreviar el tiempo de anestesia. El alumbramiento se produjo en

forma espontánea en 14 casos que hacen el 8.1 o/o en forma natural en 76 pacientes que hacen el 44.2 o/o y artificialmente en 82 pacientes, constituyendo el 47.7 o/o.

REVISION DE CAVIDAD

Este procedimiento obstétrico no se practicó de rutina en todas las pacientes, sino únicamente en aquellas en las cuales se pensó que pudiera haber ocurrido alguna ruptura uterina. Encontramos que fue hecha solamente en 113 pacientes que forman el 65.7 o/o y no se realizó en 59. Durante este examen se encontraron 8 casos de ruptura uterina que constituyen el 4.6 o/o y los cuales serán comentados posteriormente.

REVISION DE CUELLO UTERINO

Como es rutina en todos los partos que se atienden, en estas pacientes se realizó la revisión del cérvix en la totalidad de los casos, encontrándolo normal en 149 que constituyen el 86.6 o/o, se encontraron 20 rasgaduras cervicales que forman el 11.7 o/o y 3 casos en los que se efectuó incisiones de Dührssen por dilatación incompleta que impedía la salida de la cabeza fetal. Las rasgaduras encontradas estaban distribuidas en la siguiente forma:

- a) 7 del ángulo derecho que forman el 35 o/o del total de las rasgaduras;
- b) 8 en el ángulo izquierdo que constituyen el 40 o/o;
- c) 1 en el labio anterior que forma el 5 o/o y
- d) 4 en el labio posterior para constituir el 20 o/o.

REVISION DE PERINE Y PAREDES VAGINALES

Al hacer la revisión de la vagina y el periné, se encontró anomalías en 31 de las pacientes que constituyen el 18 o/o y en el resto se encontró normal. La anomalía más frecuente la constituyó el desgarro vaginal que interesó únicamente la mucosa en 11 casos.

Las anomalías encontradas fueron las siguientes:

CUADRO No.11

Lesiones	No. de Pacientes	o/o
Rasgadura G.I	11	6.4
Rasgadura G.II	5	2.9
Rectotomía	1	0.6
Rasgadura vaginal unilateral	8	4.6
Rasgadura vaginal bilateral	5	2.9
Hematoma vaginal	1	0.6
Normales	141	82.0
TOTAL	172	100.0

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO CONTROLADO

Es frecuente, que las pacientes con presentación pelviana tengan en términos generales, un tiempo de trabajo de parto mayor que las pacientes que tienen presentaciones cefálicas. En el estudio efectuado encontramos que los tiempos de trabajo de parto intra-hospitalario fueron los siguientes:

CUADRO No.12.

Tiempo Controlado	No. de Pacientes	o/o
entre 1 y 6 horas	129	75.0
entre 7 y 13 horas	22	12.8
entre 14 y 20 horas	9	5.3
mas de 20 horas	4	2.3
no anotado	8	4.6
TOTAL	172	100.0

DURACION TOTAL DEL TRABAJO DE PARTO

La suma de los tiempos del trabajo de parto referido por las pacientes y controlado intra-hospitalariamente nos ha revelado que hay 27 pacientes que tuvieron trabajo de parto prolongado y unicamente 1 paciente presentó trabajo de parto precipitado. La paciente que más tiempo estuvo con trabajo de parto fue una primigesta que presentó contracciones durante 43 horas y 8

minutos y la de menor tiempo fue también una primigesta cuyas contracciones le duraron solo 1 hora con 20 minutos, según los datos anotados y encontrados en los registros correspondientes. Los tiempos de la duración total del trabajo de parto fueron:

CUADRO No.13.

Tiempo Total	No. de Pacientes	o/o
entre 1 y 6 horas	42	24.4
entre 7 y 12 horas	65	38.2
entre 14 y 20 horas	30	17.0
mas de 20 horas	27	15.7
no anotado	8	4.6
TOTAL	172.	100.0

TOMA DE FORCEPS

En el presente estudio encontramos que en 168 de los casos se reportó que la toma fue ideal, constituyendo el 97.7 o/o y se encontraron 4 casos en que hubo dificultad al colocar las cucharas del fórceps, las cuales forman el 2.3 o/o de los casos. Las tomas anormales reportadas son: 1 fronto-occipital, 1 fronto-mastoidea, 1 fronto-parietal y 1 temporo-parietal, constituyendo cada una de ellas el 0.6 o/o del total.

USO DE ANTIBIOTICOS Y TIPO DE LOS MISMOS

Es una conducta recomendable que cuando se efectúan maniobras que exponen a las pacientes a contraer una infección, se administren antibióticos, lo que se hace cuando se efectúa revisión de la cavidad uterina. En las pacientes consideradas en este estudio se efectuaron, según se dijo anteriormente, 113 operaciones de revisión de cavidad y unicamente se administraron antibióticos a 102 pacientes que constituyen el 59.3 o/o y no se dieron a 70 que corresponden al 40.7 o/o. El antibiótico de preferencia lo constituyó la penicilina con la asociación de estreptomina, aunque en la mayoría de los casos, se utilizó exclusivamente penicilina cristalina y procaína. Los antibióticos utilizados fueron los siguientes:

CUADRO No.14.

Antibiótico	No. de Pacientes	o/o
Penicilina cristalina y procaína	81	47.1
Penicilina-estrep-tomicina	17	9.8
Tetraciclina	2	1.2
Penicilina-tetraci-clina-ampicilina	1	0.6
Eritromicina	1	0.6
No se usaron	70	40.7
TOTAL	172	100.0

EXAMEN DEL RECIEN – NACIDO

Estado al Nacer y Mortalidad

Todos los niños fueron valuados al nacer por el Médico de turno encargado de la sección de recién-nacidos del Departamento de Pediatría y clasificado su estado en bueno, regular o malo, obteniéndose el siguiente resultado: 80 niños que forman el 46.5 o/o en buen estado, 48 niños que constituyen el 27.9 o/o en mal estado y 18 niños en regular estado general para hacer el 10.5 o/o. Estos niños suman en total 146 y forman el 84.9 o/o.

Asimismo, se les practicó el test de Apgar, calificándolos de 1 a 10 en la siguiente forma:

- a) de 1 a 5 pts. 63 niños que constituyen el 36.6 o/o.
- b) de 6 a 10 pts., 83 niños que hacen el 48.3 o/o.

Como puede observarse en las notas anteriores, el número de niños anotado no corresponden con el de partos atendidos y esto es debido a que no se ha mencionado el número correspondiente a los niños nacidos muertos que fueron 26 y que forman el 15.1 o/o, siendo el diagnóstico en todos estos casos, Anoxia Intrauterina. Como se recordará, hay 10 casos en los que no se auscultó foco fetal al ingresar a emergencia y uno que no se encontró en emergencia y fue auscultado posteriormente, presentando sufrimiento fetal intenso, por lo que se asume que por lo menos 10 niños ingresaron a la Maternidad muertos.

Así mismo, se observa que un grupo de 21 niños que nacieron vivos, fallecieron en el período post-natal inmediato o mediato, es decir, en las primeras 24 horas o bien en los primeros días posteriores al nacimiento; estos 21 niños constituyen el 12.2 o/o y las causas de muerte clínicamente fueron las siguientes:

- a) síndrome de aspiración: 9 niños
- b) Hidrocefalia y espina bífida: 3 niños
- c) Síndrome de aspiración y hemorragia intracraneana: 2 niños
- d) Anoxia cerebral: 2 niños
- e) Premadurez y hemorragia intracraneana: 1 niño.
- f) Fractura temporo-parietal bilateral y hemorragia intracraneana: 1 niño.
- g) Premadurez, mongolismo y síndrome de aspiración: 1 niño
- h) Hemorragia intracraneana por hundimiento biparietal: 1 niño

Desafortunadamente, únicamente en uno de los casos fue practicada autopsia y los diagnósticos fueron:

- a) hemorragia sub-aracnoidea; 2) fractura de C5 con hematoma intramedular; 3) atelectasia pulmonar bilateral con hemorragias sub-pleurales.

Como se observa, la mortalidad que puede atribuirse al uso del fórceps se reduce a 6 de los casos que constituyen el 3.4 o/o y en uno de ellos asociado a premadurez.

El total de niños fallecidos en nuestro estudio, asciende a 47 que forman el 27.3 o/o.

PESO DE LOS NIÑOS AL NACER

Este constituye indudablemente un factor importante a considerar en cualquier parto y mas cuando se trata de un parto en presentación podálica, pues de un mayor o menor tamaño de los niños depende en gran parte la evolución del parto. En el estudio efectuado, el niño de mayor peso tuvo 9 libras 1 onza y el menor fue de 3 libras y 7 onzas. Los pesos de los niños obtenidos se resumen en la siguiente forma:

CUADRO No.15

Peso de los niños	No. de Niños	o/o
De 3 a 3 libras 15 onzas	2	1.2
de 4 a 4 libras 15 onzas	11	6.4
de 5 a 5 libras 15 onzas	23	19.2
de 6 a 6 libras 15 onzas	59	34.3
de 7 a 7 libras 15 onzas	45	26.1
de mas de 8 libras	22	12.8
TOTAL	172	100.0

Puede observarse que la cantidad de niños prematuros fue realmente baja y por el contrario, los niños que en nuestro medio son considerados con pesos por arriba del promedio forman un grupo numeroso.

EVOLUCION Y COMPLICACIONES EN LOS NIÑOS.

Indudablemente que el parto en presentación pelviana expone al feto a numerosas complicaciones. En el estudio efectuado, pudimos observar que unicamente 72 niños evolucionaron en forma completamente satisfactoria, sin presentar ninguna anomalía dentro del período hospitalario inmediato al nacimiento; como se dijo anteriormente, 47 niños fallecieron y el resto, formado por 53 niños, presentaron las siguientes complicaciones, enumerándose varias de ellas que no son atribuibles al tipo de parto ni al uso del fórceps:

Anomalías congénitas:

Bronconeumonía por aspiración: 4

Hemorragia intracraneana: 1

Convulsiones: 5

Parálisis facial: 4

Parálisis braquial bilateral: 3

Parálisis braquial unilateral: 8

Elongación el plexo braquial: 4

Paresia unilateral: 1

Hemiplejía derecha: 1

Cuadriplejía: 1

Fractura clavicular bilateral: 1

Fractura clavicular unilateral: 1

Fractura de humero: 1

Luxación de hombro: 3

Aplastamiento occipital: 1

Edema orbitario por cucharas del fórceps: 1

Absceso región parietal: 1

Ictericia fisiológica del recién nacido: 5

Ictericia hemolítica: 1

Herida hemorrágica del paladar óseo: 1

Onfalitis: 2

Pielonefritis: 1

Retención urinaria: 1

Cianosis: 3

Anoxia cerebral: 5

Puede verse que el número de complicaciones es grande y mayor que el número de niños; esto es debido a que algunos de ellos presentaron más de una complicación. La evolución de los niños que tuvieron estas complicaciones fue favorable, egresando del hospital en buenas condiciones generales.

EVOLUCION Y COMPLICACIONES EN LAS MADRES.

De las madres comprendidas en este estudio, evolucionaron sin ninguna complicación 151 que constituyen el 87.6 o/o hubo 2 defunciones que hacen el 1.2 o/o y el 11.2 o/o de pacientes presentaron las complicaciones siguientes:

a) endometritis: 2 pacientes

b) mastitis: 1 paciente

c) infección urinaria: 2 pacientes

d) atonía uterina: 5 pacientes.

e) anemia severa por hemorragia: 1 paciente

f) Shock tardío por retención de restos placentarios: 1 paciente.

g) hematoma de labio mayor: 1 paciente.

h) eclampsia post-parto: 1 paciente.

i) dehiscencia de episiotomía: 4 pacientes.

j) dehiscencia de herida operatoria abdominal: 1 paciente.

Puede observarse también que el número de complicaciones es mayor que el de pacientes, debido a que algunas pacientes presentaron más de una complicación.

Las muertes maternas ocurridas fueron las siguientes:

1.— Una paciente de 25 años de edad, originaria y residente de área urbana, unida, ladina y de oficios domésticos, múltipara, G. 7, P. 6 y Ab. 0, con 5 hijos vivos, ingresó con embarazo de 39 semanas por U.R. y 38 por A.U., sin control prenatal, sin cesárea previa y sin pelvimetría radiológica. A su ingreso se hizo diagnóstico de Situación transversa, se encontraron membranas

enteras, 9 cms. de dilatación y foco fetal normal de 132 por minuto. Fue ingresada a Labor y partos y evaluada posteriormente por residente que la encontró con 11 cms. de dilatación, membranas enteras y presentación A.I.D.D.A. Por premura de tiempo no fue posible enviarla a Rayos X y se decidió que el parto se efectuaría por vías naturales mediante versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, la cual se realizó al considerarla con dilatación completa, habiendo retención de cabeza última y comprobándose dilatación incompleta del cuello por lo que se procedió a hacer incisión de cuello y aplicación de fórceps de Piper. Se obtuvo un niño que pesó 7 libras 10 onzas, (se había calculado 6 libras y media), en regulares condiciones, con Apgar de 6 y que respondió adecuadamente a los cuidados pediátricos. Luego se hizo extracción manual de placenta y revisión de cavidad uterina que se encontró normal. Se suturó la incisión del cuello y se revisó vagina que fue normal. Se observó que la paciente presentaba hemorragia y se administró solución dextrosada con syntocinón, efectuándose empacamiento vaginal. La presión había descendido pero se encontraba en valores normales bajos. La duración total del trabajo de parto fue de 4 horas y 30 minutos. Media hora después se evaluó nuevamente a la paciente por haberse observado que a pesar del empaque, continuaba la hemorragia vaginal y la paciente estaba en shock; se consultó al jefe de servicio quien se presentó a evaluar a la paciente y hacer nueva revisión de cavidad, encontrando dos rupturas subserosas en cara posterior del segmento. Se administró transfusión sanguínea y al tener valores adecuados de presión arterial, se procedió a efectuar laparatomía exploradora y reparación de las rupturas. La evolución de la paciente fue mala, permaneciendo hipotensa, febril (42oC), y presentando posteriormente rash alergico que se atribuyó a la transfusión de sangre y tinte icterico. A las 20 horas postoperatorias la paciente presentó paro cardíaco y respiratorio simultáneos, irreversibles.

El diagnóstico clínico de muerte fue:

- 1.- Parto distócico simple en A.I.D.D.A.
- 2.- Ruptura uterina.
- 3.- Reacción transfusional.
- 4.- Shock irreversible.
- 5.- Nefrosis de nefrona distal.

Los diagnósticos principales de Patología fueron:

- a) Atrofia amarilla del hígado.
- b) Bronconeumonía a células gigantes.
- c) Shock séptico.

2.- El segundo caso de muerte materna ocurrió en una paciente de 37 años de edad, originaria y residente de área urbana, unida, ladina y de oficios demésticos; múltipara, G:5, P:4 y Ab.0, sin que esté anotado el número de hijos vivos, que ingresó con embarazo de 39 semanas por A.U., sin recordar fecha de U.R., sin control pre-natal, sin cesárea previa y sin pelvimetría radiológica, con antecedente de parto anterior en presentación pelviana que tuvo retención de cabeza última y que se le aplicó fórceps de Piper en esa ocasión y se obtuvo un niño de 6 libras y 4 onzas que falleció en el período neonatal inmediato. En esta nueva oportunidad ingresó con presentación transversa abandonada con dilatación completa, manipulada por comadrona en su domicilio y con sospecha de ruptura uterina. Los signos vitales eran normales y se ingresó a séptico post-parto. Se practicó versión por maniobras internas y gran extracción pelviana con retención de cabeza y aplicación de fórceps de Piper. Se extrajo la placenta y se hizo revisión de cavidad, encontrando la ruptura que se había sospechado. Se procedió a efectuar la paratomía exploradora e histerectomía abdominal subtotal. La paciente presentó shock durante la intervención, que se controló con transfusiones sanguíneas y soluciones intravenosas.

En el post-operatorio inmediato, la paciente presentó convulsiones y falleció. Desafortunadamente en este record no se encuentra la descripción del sitio de la ruptura uterina y tampoco se encuentran anotados más datos que los anteriores para poder mejorar la descripción de este caso.

El diagnóstico clínico fue:

- 1.- Transversa abandonada.
- 2.- Shock irreversible secundario a ruptura uterina.
- 3.- Colapso cardiovascular.

Del resultado de la autopsia solo se encuentra consignado el diagnóstico macroscópico que dice:

- 2)
 - a- atelectasia pulmona
 - b- infiltración grasa del hígado
 - c- quiste de retención del riñón derecho.

8. El 79.7 o/o de las pacientes ingresaron con embarazo a término, teniendo niños de tamaño normal.
9. El 40.1 o/o de las pacientes que tuvieron retención de cabeza última ingresaron con diagnóstico de presentación hecho en emergencia, equivocado, estableciéndose confusión entre presentaciones cefálicas y pelvianas; esto influyó indudablemente en la evolución del parto y la vía por la que este fue resuelto.
10. Entre las presentaciones pelvianas, la más frecuente fue la S.I.I.A. que tuvo el 44.2 o/o de frecuencia.
11. Al 17.4 o/o de las pacientes, se les efectuó versión por maniobras internas y gran extracción pelviana.
12. Los anestésicos de tipo general fueron los más usados, constituyendo el 83.7 o/o de las anestias empleadas.
13. Las complicaciones más frecuentes en las pacientes fueron los desgarros vaginales y entre ellos, los que interesaron solo la mucosa vaginal constituyeron el 6.4 o/o.
14. 27 pacientes tuvieron trabajo de parto prolongado y solamente una presentó trabajo de parto precipitado.
15. La toma del fórceps fue ideal en el 97.7 o/o de los casos.
16. Hubo cuatro tomas anormales del fórceps, con consecuencias lamentables en los niños obtenidos.
17. El 40.7 o/o del total de pacientes recibió antibióticos y el más utilizado fue la penicilina.
18. 47 niños del total, egresaron del hospital muertos, siendo 26 muertos intra-útero y 21 en el período post-natal hospitalario.
19. Unicamente el 3.4 o/o de los niños fallecidos corresponden al uso indebido del fórceps.
20. El 7 o/o de los niños fueron prematuros por peso.
21. 100 de los niños obtenidos tuvieron complicaciones diversas, derivadas la mayor parte, de la atención del parto en general en presentación pelviana.

22. Las complicaciones maternas ocurrieron en 21 de los casos, habiendo desafortunadamente entre ellas, 2 defunciones.
23. Las defunciones maternas no pueden ser atribuidas al uso del fórceps, sino a error en la conducta seguida.
24. Entre las causas reportadas en la retención de cabeza hay 16 casos de distocia de cuello con cuello por dilatación cervical incompleta.

RECOMENDACIONES

- 1.- En la literatura revisada que se relaciona con este tema, se indica que el uso del fórceps de Piper para extraer la cabeza última es beneficioso para el feto. Consideramos conveniente incrementar su uso en la Maternidad del Hospital Roosevelt, haciendo aplicaciones electivas del mismo, teniendo como objetivos, no solo favorecer a los niños, sino en esta forma hacer aplicaciones didácticas que lograrán que el personal que allí se educa logre la experiencia suficiente que le permitirá hacer una buena aplicación cuando sea necesario.
- 2.- Tal como quedó consignado en páginas anteriores, una cantidad considerable de pacientes que tuvieron retención de cabeza última eran multíparas con más de cuatro partos, lo cual indudablemente influyó para decidir la vía por la que se resolvió el parto y posiblemente se menospreció la posibilidad de una distocia. Es recomendable que estos casos sean evaluados como si las pacientes no hubieran tenido partos anteriores y a la menor duda efectuar examen radiológico.
- 3.- Toda paciente primigesta con presentación pelviana debe de tener estudio radiológico antes de decidir la vía por la que se resolverá el parto.
- 4.- Diversos autores recomiendan el uso de episiotomía amplia en la atención del parto pélvico, aún cuando la paciente sea multípara. Esta conducta debe ser seguida en la Maternidad del Hospital Roosevelt.

ANTECEDENTES

- 1.- FORCEPS DE PIPER EN EL PARTO PELVICO. Análisis de 200 casos. Dr. Jorge Gonzáles Villamil. Dr. Jorge Cinco Arenas. Dr. Moisés Wulfovich. Dr. Samuel Karchmer. Ginecología y obstetricia de México. Vol. 27 No. 162. Abril 1970.
- 2.- PRIMIGESTA CON PRESENTACION PELVIANA, SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA. Carlos Méndez Molina. Tesis de graduación de Médico y Cirujano. Guatemala, noviembre ee 1962.
- 3.- EL FORCEPS EN LA PACIENTE CON ANTECEDENTES DE CESAREA PREVIA. Dres. René Coutiño Macías, Rafael Esperanza Aguilar, Alberto Alvarado Durán, Carlos Guerrero Barrera y Jorge Sucar Tanus. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 27 No. 160. Febrero de 1970.
- 4.- Estudio Comparativo entre dos series de Podálica en la Maternidad Concepción Palacios. Dr. Roberto Ascanio. Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Tomo XXIII. No. 4. Año 1963.
- 5.- INFLUENCIA DE LA DEFLEXION DE LA CABEZA EN PARTOS EN PODALICA. Dra. Ofelia Uzcátegui. Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Tomo XXVI. No. 2. Año 1966.
- 6.- ASISTENCIA DEL PARTO PODALICO. Dr. Pedro A. Teppa T. Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Tomo XXVI. No. 2. Año 1966.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ascanio, Roberto. "Estudio comparativo entre dos series de podálicas en la Maternidad Concepción Palacios". Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 23 (4); 823-834. 1963.
- 2) González Villamil, Jorge. "Fórceps de piper en el Parto Pélvico". Ginecología y Obstetricia de México. 27 (162): 485-492. Abril 1970.
- 3) Macz, Herbert Wilfrid. "Acretismo Placentario". Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Junio 1970. 22 pp.
- 4) Méndez Molina, Carlos "Primigesta con presentación Pelviana. Seis años de xperiencia". Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Noviembre 1962. 51 pp.
- 5) Russell, Keith. "Fórceps de uso corriente". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. pp. 822-833. Diciembre 1965.
- 6) Teppa, Pedro. "Asitencia del parto Podálico". Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 26 (2); 243-260. 1966.
- 7) Uzcátegui, Ofelia. "Influencia de la deflexión de la cabeza en partos en podálica". Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 26 (2); 213-240. 1966.
- 8) Whitacre, Frank. "Fórceps en presentaciones de nalgas y de cara". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Diciembre de 1965. pp. 882-891.
- 9) Williams, Whitridge. Obstetricia ed. por Eastman Nicholson. Traducción al español de Homero Vela Treviño. 3a. edición. México, UTEHA. 1960. 1179 p.

Vo. Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Carlos Humberto Calderón Reyes

Dr. José Luis Aguirre Q.
Asesor

Dr. Eduardo Fuentes Spross
Revisor

Dr. Julio de León
Director de la Fase

Vo. Bo.

Carlos Bernhard
Secretario

César A. Vargas
Decano