

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA



MORBI-MORTALIDAD MATERNO FETAL EN PRESENTACION
PODALICA

51
SERGIO ALEJANDRO CARRILLO DUARTE

Guatemala, noviembre de 1978

SUMARIO

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III HIPOTESIS
- IV GENERALIDADES
- V MATERIAL Y METODOS
- VI DESARROLLO
- VII CONCLUSIONES
- VIII BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El estudio de la Presentación Podálica ha sido siempre de interés práctico, porque aún están en el plano de la controversia varios tópicos que a ella se refieren. Más interesante aún se presenta para el Obstetra, cuando tiene ante sí una Presentación Podálica en Primigesta, por poseer ésta la incógnita de la viabilidad de su pélvis y la resistencia de sus tejidos blandos.

Ha sido preocupación de varios autores el alto índice de Morbi-Mortalidad Materno-Fetal que acompaña a los partos que se resuelven con esta presentación y para reducirla, han tomado varios caminos opuestos: Cesárea y la Conducta expectante.

El presente trabajo de Tesis estudia las Presentaciones Podálicas efectuadas en el Hospital Roosevelt, durante los meses de febrero a abril de 1975, en el Departamento de Maternidad. Durante este período, 53 pacientes tuvieron partos en Presentación Podálica, de ellas, nos fue posible analizar 40 casos, ya que los otros 13, que también tenían diagnóstico de Presentación Podálica, no nos fue posible obtener los registros clíni-

cos y otros se hallaban incompletos.

El estudio de nuestro ambiente médico es importantísimo, el análisis de nuestras condiciones propias, a través de observaciones clínicas de nuestros hospitales, es de sumo interés. Ambas cosas constituyen la razón primordial por la cual hemos creído útil nuestro estudio.

OBJETIVOS

- I. Dar a conocer que existen más complicaciones tanto fetales como Maternas en Presentación Podálica.
- II. Conocer las complicaciones maternas más frecuentes en este vicio de Presentación.
- III. Conocer las conductas a seguir en estos casos.
- IV. Conocer las causas predisponentes de esta Presentación.

HIPOTESIS

- I. Contribuir con un estudio científico y estadístico en la Incidencia de Presentación Podálica.
- II. Demostrar que la Mortalidad Materna es mayor en Presentación Podálica.
- III. Demostrar que la Mortalidad Fetal es mayor en Presentación Podálica.
- IV. Demostrar que la Morbilidad Materno Fetal es mayor en Presentación Podálica.
- V. Confirmar que el número de pacientes que acuden a control Pre-Natal, es menor en relación con las que no acuden.

GENERALIDADES

La Presentación Podálica, Pelviana 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.

Se han invocado varias causas que dan origen a la Presentación Podálica del feto en el parto y llegado a la conclusión de que una Presentación Podálica puede ser ocasionada por Premadurez, Embarazo Múltiple, Multiparidad y anomalías tanto ovulares como fetales y genitales, y factor de Acomodación útero-fetal (Ley de Selheim).

- a) Embarazo Múltiple: Todos los autores están de acuerdo en que el embarazo múltiple predispone a la Presentación Podálica, por el hecho de que la naturaleza pone empeño en la mejor adaptación de los fetos en el útero materno.

b) Premadurez: Es también unánime la opinión que acepta la premadurez como factor importante en la Presentación Podálica.

Muchos autores están de acuerdo que los partos en Presentación Podálica, son más frecuentes en múltiparas que en primíparas; considerando la Multiparidad como una de las causas productoras de estas presentaciones.

La mayor parte de los autores están de acuerdo en que el Parto Podálico ocurre, en general, en menor edad de embarazo que el Parto Cefálico. Lo que es fácil notar, es la premadurez que aumenta considerablemente la Mortalidad Fetal en Presentación Podálica.

Un gran número de investigadores, están de acuerdo que la mejor conducta en la asistencia de un Parto en Presentación Podálica, es la espera, y que ésta reduce grandemente la Morbi-Mortalidad Materno-Fetal, por lo que aconsejan no hacer ninguna maniobra para el efecto, a menos que surja indicación especial.

Paul Kühnel aconseja Episiotomía amplia con anes-

tesia local en toda primípara; la anestesia general la descarta y sólo en condiciones usan analgesia por inhalación en el momento final del período de Expulsión.

Usan la versión por maniobras externas profilácticamente después de la 34ava semana de embarazo. Así han reducido riesgos Materno Fetales.

Las estadísticas indican que la Morbilidad y Mortalidad Fetal en Presentación Podálica es mayor que en las Cefálicas; debido a que el Feto está expuesto a Premadurez, Placenta Previa, Anormalidades Fetales, etc.

En relación con la Morbi-Mortalidad Materna en Presentación Podálica es mayor que en los Cefálicos debido a: Mayor duración del trabajo de Parto, Alta Frecuencia de complicaciones, al mayor número de tactos y a las complicaciones del Alumbramiento, Ruptura Prematura de Membranas, Rasgaduras Cervico-Vagino-Perineales, etc.

MATERIAL Y METODOS

Durante la investigación se contó con la ayuda del Jefe del Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, los archivos estadísticos del mismo, Registros Clínicos de pacientes; se dividieron en Materno y Fetales:

A) Estudio Materno:

1. Edad
2. Paridad
3. Edad de Embarazo
4. Control Prenatal
5. Duración del Trabajo de Parto
6. Complicaciones

B) Estudio Fetal:

1. Sexo
2. Peso
3. Talla
4. Mortalidad
5. Anomalías
6. Sufrimiento

DESARROLLO

INCIDENCIA:

La frecuencia de la Presentación Podálica en pacientes primigestas arrojó un porcentaje de 42.5 por ciento en este estudio que equivalía a 17 casos.

ESTUDIO MATERNO:

Se tomaron dos grupos etáreos para mayor facilidad de agrupamiento, así:

Primigestas	-	17 casos	-	42.5%
Multigestas	-	23 casos	-	57.5%

EDAD:

La edad de las pacientes analizadas en este estudio se dividió en tres grupos etáreos, así:

AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
15-25 años	25	62.5
26-35	11	27.5
36 a más	4	10.0

Es posible que la edad, aumentando la flacidez o relajación del útero, con los embarazos anteriores, en las multíparas o disminuyendo la elasticidad de la fibra muscular uterina, en las primíparas añosas, ejerza algún efecto predisponente en la producción de partos en Podálica.

PARIDAD:

Los autores están de acuerdo que los partos en Presentación Podálica, son más frecuentes en multíparas que en primíparas, considerando la multiparidad como una de las causas productoras de este vicio de presentaciones.

En nuestra serie encontramos así:

PARIDAD	CASOS	PORCENTAJE
1	17	42.5%
2 - 3	14	35.0%
4 a más	9	22.5%

Por lo tanto obtenemos los siguientes porcentajes:

Primíparas	42.5%
Multíparas	57.5%

EDAD DE EMBARAZO:

Para efectuar la clasificación de la edad de embarazo se empleó el siguiente método:

Prematuro de 28-37 semanas; a término 38-42 semanas y Post-maduro de 42 semanas en adelante.

EDAD EMBARAZO	CASOS	PORCENTAJE
28 - 37	20	50%
38 - 42	18	45%
42 a más	2	5%

Lo que nos indica que el mayor número de casos ocurrió en recién nacidos prematuros.

CONTROL PRENATAL:

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

El Prenatal se hace indispensable, más todavía en las maternidades de beneficencia, como la del

Hospital Roosevelt, porque el personal médico es reducido para atender al número de pacientes que acuden a dicho centro. Los datos que llevan del prenatal a la Sala de Labor, la mayoría de las veces sirve de primer contacto entre el Médico y la paciente que ya está en trabajo de parto.

En nuestro estudio se halló que sólo 19 pacientes asistieron a Control Prenatal correspondiéndoles el 47.5 por ciento, el resto que equivaldría a 21 pacientes y al 52.5 por ciento, no se presentaron a Prenatal.

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO:

En el estudio realizado se encontró que únicamente 3 pacientes presentaron trabajo de parto mayor de 24 horas, 16 fueron partos Distócicos Simples, de los cuales 10 fueron por Sufrimiento Fetal y 6 por Cesárea anterior. El resto, 21 pacientes tuvieron trabajo de parto menor de 14 horas; siendo el promedio de 12 horas con 6 minutos.

COMPLICACIONES DEL PARTO:

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

Procidencia de Cordón
Retención de Cabeza última
Sufrimiento Fetal
Rasgadura Perineal grado I-II
Rasgadura Cervical
Retención de Hombros

De los 40 casos de pacientes estudiadas, se presentaron 5 casos de Preeclampsia, 24 casos fueron Partos Eutócicos Simples y 16 fueron Distócicos Simples.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA:

Mortalidad Materna: Se ha considerado que la Presentación Podálica da mayor incidencia de mortalidad materna que la Cefálica y que gracias al uso de antibióticos, esta incidencia ha disminuido notablemente, ya que la causa principal de ella era la infección Puerperal, favorecida por trabajo de parto prolongado y maniobras extractoras.

En nuestro estudio no hubo Mortalidad Materna.

Morbilidad Materna: La morbilidad materna en la Presentación Podálica está supeditada a los siguientes factores:

Parto Prolongado, Ruptura Prematura de Membrana, Hemorragias y operaciones intra vaginales. La Primigesta con esta presentación tiene los tejidos resistentes que predisponen a lesiones Vagino-Perineales.

En nuestro estudio se presentaron:

Rasgadura Perineales Grado I	3 casos
Rasgadura Perineales Grado II	1 caso
Rasgadura Cervical	1 caso

ESTUDIO FETAL:

Condición del niño al nacer: En los 40 casos estudiados en nuestro trabajo, se encontró que los niños nacieron en las siguientes condiciones:

Buen estado al nacer	30	75%
Apnéicos	8	20%
Nacidos muertos	2	5%

Al hacer el estudio sobre sexo de los niños se encontraron los siguientes resultados:

Masculino	24	60%
Femenino	16	40%

El parámetro peso se dividió de la siguiente forma:

3-5 Lbs.	8 casos
5-7 Lbs.	29 casos
7 y más	3 casos

El factor Talla se encontró así:

38-42 Cms.	2 casos
43-47 Cms.	5 casos
48 y más	33 casos

El diagnóstico de Presentación, posición y variedad de posición fue:

Presentación Podálica Completa	20 casos	50%
Presentación Podálica Incompleta	13 casos	32.5%
Número de casos no determinado	7 casos	17.5%

SIIA	24 casos	60%
SIIP	1 caso	2.5%
SIDA	14 casos	35%
SIDP	1 caso	2.5%

En resumen, la mayoría de los autores están de a-

cuerto con sus estadísticas al señalar que, la mortalidad fetal en Presentación Podálica es mayor que en la Presentación Cefálica.

La morbilidad fetal asociada a la Presentación Podálica es de gran trascendencia, ya que muchas lesiones son serias y permanentes. Casi siempre son determinadas por las maniobras extractoras y hay unanimidad al señalar que los partos podálicos espontáneos dan una morbilidad fetal casi nula.

Se recomienda el examen cuidadoso del niño para buscar todas las lesiones que pueda tener, que pudiera ser:

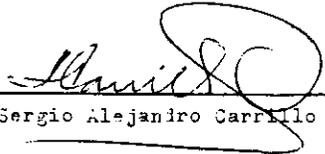
Fractura del Húmero
Parálisis Facial
Parálisis Braquial

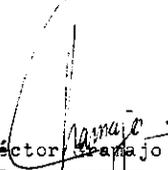
CONCLUSIONES

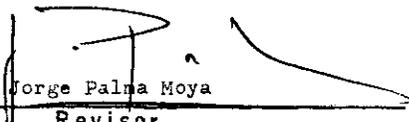
- I. La incidencia de Presentación Podálica en Primigesta fue del 42.5%, porque en 40 casos revisados hubo 17 casos.
- II. Toda paciente primigesta con Presentación Podálica debe tener un estudio completo de pelvis incluyendo Pelvimetría Radiológica.
- III. Es mayor el número de pacientes que no acuden a control prenatal que las que acuden, ya que el estudio reveló un porcentaje de 52.5% contra 47.5% que sí acudieron.
- IV. Queda demostrado que la Morbilidad Materna es mayor en Podálica por el mayor número de complicaciones.
- V. La Mortalidad y Morbilidad Fetal es mayor que en Presentaciones Cefálicas, siendo factor determinante la Premadurez.

BIBLIOGRAFIA

- Benson Ralph C. - Manual de Ginecología y Obstetricia - El Manual Moderno, México D.F. 1974.
- Chávez, José Antonio - Presentación Podálica en nuestro medio hospitalario - Trabajo de Tesis, Guatemala, 1956.
- Contreras, J.S., J. Olivo-Rodríguez Y. - Obstetricia y Ginecología, México D.F. 1969.
- Rodríguez de Santiago J.D. y Col. - Ginecología y Obstetricia, México D.F. 1971.
- Registro Médico del Hospital Roosevelt - Febrero, abril de 1975.
- Schwarcz-Sala Duverges - Obstetricia, 4a. Edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1975.
- Schaefer G. - Clinics Obstetrics and Gynecology, 1971.
- Wallach R., Blicnick G. A.M. J. - Obstetrics and Gynecology, 1969.
- Williams - Obstetricia, Editorial Salvat, México D.F., 1973.


 Br. Sergio Alejandro Carrillo Duarte

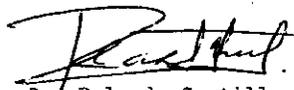

 Dr. Héctor Arango M.
 Asesor


 Dr. Jorge Palma Moya
 Revisor


 Dr. Julio de León M.
 Director de Fase III


 Dr. Raúl A. Castillo R.
 Secretario General

Vo.Bo.


 Dr. Rolando Castillo Montelvo
 Decano