UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO-FETAL, EN LA VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS Y GRAN EXTRACCION PELVIANA, EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE 10 AÑOS"

TESIS

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

Por

OSCAR LEONEL POLANCO RUANO

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

1 INTRODUCCION

2 JUSTIFICACION Y ANTECEDENTES

3 ALCANCES Y LIMITES

4 PRINCIPIOS GENERALES

5 HIPOTESIS

6 VARIABLES

7 OBJETIVOS

8 MATERIAL Y METODOS

9 ANALISIS DE RESULTADOS

10 CONCLUSIONES

11 RECOMENDACIONES

12 BIBLIOGRAFIA

1) INTRODUCCION

Considerando la necesidad de un trabajo, el cual recoja en forma científica, los problemas que las madres sufren en el pre-parto, intra-parto, post-parto inmediato y mediato en los partos distócicos, he decidido llevar a cabo el presente trabajo, sobre: "MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS Y GRAN EXTRACCION PELVIANA, EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE 10 AÑOS".

Este trabajo es necesario porque:

- No hay ningún trabajo similar al presente.

- Se hace necesario efectuar una revisión sobre los requisitos, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones materno-fetales, que son indispensables para llevar a cabo la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana.

- Tener en cuenta, los daños que la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, puede producir al futuro obstétrico de la madre, como lo es, el caso de la ruptura uterina y algunos casos de muerte.

- Los daños que la misma puede producir al feto o al recién nacido, como podría ser la anoxia, hemorragia intracraneal o la muerte en el momento del parto, retraso mental o un problema neurológico, en el futuro del mismo.

- Además debe tenerse en cuenta, que la generalidad de las pacientes que son asistidas en los Hospitales Nacionales, única-

mente son controladas durante su estancia en el Hospital y que al salir del mismo, no se les lleva ningún control sobre su recuperación post-hospitalaria, lo que desde luego sería de gran utilidad en la futura vida reproductiva de la madre, mejorando así las conductas hospitalarias a seguir con ellas.

- Contribuyen sobre manera en este problema de salud, las madres, por su apatía a su salud, no dándole la importancia debida, pues a pesar de que se les dice que deben de regresar para su control prenatal, la mayoría de ellas no lo hace.

El presente trabajo nos dará los porcentajes de los problemas de morbilidad más frecuentes que las madres afrontan en su pre-parto, intra-parto y post-parto, con lo que podría contribuirse a mejorar la conducta a seguir en estas pacientes, ayudándoseles en mejor forma a su recuperación total; también nos proporcionará los porcentajes de la morbilidad fetal más frecuente y los problemas que posteriormente pueda tener en su crecimiento y desarrollo.

Por todo lo anterior, con la presente investigación, espero contribuir al mejor manejo de las pacientes que asisten a los Hospitales Nacionales solicitando asistencia médica para su embarazo.

2) JUSTIFICACION Y ANTECEDENTES

Teniendo presente que la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, es el acto obstétrico más estresante para el obstetra, el más agresivo para la madre y el que más elevada morbi-mortalidad fetal produce; que es una vía distócica, por medio de la cual se produce el parto en pacientes con problemas en la presentación del feto; que puede producir problemas en el proceso normal del parto y puerperio de la madre, así como en el futuro del feto; y que, actualmente éstas distocias antes exclusivas del forceps y la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, han cedido en gran parte a la cirugía abdominal, conservando restringidas indicaciones para la vía vaginal, solo para cuando el riesgo materno-fetal que ésta depara, se considere menor que el que ofrece la operación cesárea; así como que la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana actualmente exige gran severidad de juicio sobre sus requisitos de aplicación y además gran experiencia y habilidad del obstetra, con lo cual se ha reducido a un mínimo su aplicación, siendo la tendencia actual el de utilizarla únicamente para la extracción del segundo gemelo; debe tenerse presente que en determinadas circunstancias ésta es una operación ideal y que además puede competir con la cesárea, motivo éste, por el cual se hace necesario llevar a cabo el presente estudio, que a la fecha no se ha efectuado en ningún Centro Hospitalario Nacional, considerando que nos dará un índice de la frecuencia con que ésta se efectúa y de la morbi-mortalidad materno-fetal que la misma produce, en el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt actualmente.

3) ALCANCES Y LIMITES

Trataré de establecer por medio de la investigación, cuales son los problemas más frecuentes, que las madres tienen por la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, así también la morbi-mortalidad fetal.

El presente trabajo abarcará un período de 10 años, a partir del mes de enero de 1966, al mes de enero de 1976, efectuándose una revisión minuciosa de los casos, de acuerdo a los Registros Médicos llevados para el efecto, y,

Además, se efectuarán visitas domiciliarias, con el objeto de evaluar el desarrollo psico-social de los niños nacidos por la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana.

4) PRINCIPIOS GENERALES

¿Qué es la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana?

Conjunto de maniobras que se efectúan para exteriorizar un feto en situación transversa, presentación cefálica anormal, presentación de hombros tributarias y especialmente en segundo gemelo, desde el estrecho superior. (16) (30) (35).

Técnica de como se lleva a cabo la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana. (30) (35).

Recomendaciones:

- Nunca debe intentarse la versión, sin haberse efectuado el diagnóstico exacto de la presentación, situación y posición del feto;
- Cerciorarse que no existe desproporción cefalo-pélvica;
- Es necesario el uso de guantes obstétricos, efectuándose antes el aplanamiento del orificio vaginal y suelo pélvico;
- Las membranas deben encontrarse íntegras, pues la operación se vuelve más dificultosa con cada media hora que transcurra después de la ruptura de las mismas, o, estar recientemente rotas (no más de una hora).
- Es de gran importancia la relajación uterina, para llevar a feliz término la operación, siendo para ello preferible el uso del éter.

Técnica Operatoria:

Esta varía según que la presentación sea cefálica o transversa; cuando es cefálica, se introduce la mano y el antebrazo mucho más adentro en el conducto genital, que cuando es transversa, lo que se facilita si se lubrican bien la mano y el antebrazo con vaselina o jabón medicinal; por lo general, la mano que se introduce depende de la situación de las pequeñas partes y se cree que si la espalda está hacia la izquierda, se pueden coger mejor los pies con la mano izquierda y viceversa; sin embargo, Potter, comprobó que la mano izquierda sirve muy bien, sea cual sea la posición de los pies del feto; en caso se hayan roto ya las membranas y está encajada la cabeza, es más dificultosa la versión; en estas circunstancias, después de empujar la cabeza para sacarla del borde pélvico, se introduce la mano hasta que se pase dicho borde, se toman los pies y se llevan hacia abajo; desde luego, si hace mucho tiempo que se rompieron las membranas y el útero está firmemente contraído sobre el feto, quizá sea difícil o imposible efectuar la versión, si se persiste en el intento; después de que se ha estirado mucho el segmento uterino inferior, es probable que se rompa éste.

En la presentación de hombros, conviene bajar ambos pies, pero si ésto no fuera posible, basta tomar uno solo, para este caso es importante la selección del pie.

Cuando la espalda está hacia adelante, se ha de tomar el pie que esté más abajo, pues de esta manera se mantiene la espalda fetal dirigida hacia la sínfisis, en cambio si se toma el pie que queda arriba, la espalda puede volverse en dirección contraria.

Por otra parte, cuando la espalda mira hacia atrás, se escoge el pie más alto, pues haciendo tracción sobre él se logra

que la espalda gire hacia adelante, en cambio si tomamos el pie que se encuentra más bajo, aunque sea ordinario se efectúa la rotación anterior, es probable que la nalga superior tropiece con la porción anterior del borde pélvico y requiera mucha fuerza para desalojarla.

Tan pronto como se han extraído de la vulva los pies del pequeño, se envuelven con un lienzo estéril, para que sea más firme la prehensión, pues a causa del unto sebáceo, la piel es resbalosa y es difícil asir al niño.

Se hace entonces tracción hacia abajo y al salir las piernas, el obstetra las toma primero por las pantorrillas y luego por los muslos; cuando aparecen las nalgas en la vulva se hace tracción hacia arriba hasta que sean extraídas.

Luego se ponen los pulgares sobre el sacro y los demás dedos sobre la cadera y se continúa la tracción hacia abajo, hasta que sean visibles primero los bordes costales y luego los omóplatos.

Al salir las nalgas, la espalda de la criatura queda más o menos hacia arriba, pero al hacer tracción tiende espontáneamente a volverse hacia el costado de la madre, hacia el que estaba dirigida originalmente.

Cuando no ocurre esta rotación, además de la tracción el obstetra hace un ligero movimiento de rotación, con el objeto de que el diámetro bisacromial de la criatura corresponda con el diámetro antero-posterior del estrecho inferior.

Para que tenga buen éxito la extracción, lo más importante es continuar la tracción hacia abajo, por lo menos hasta que las mitades inferiores de los omóplatos queden fuera de la vulva y

no pensar en la salida de los hombros y los brazos hasta que sea visible una de las axilas.

Cuando no se tiene esta precaución, a menudo se dificulta lo que había sido una operación fácil.

Tan pronto como una axila es visible, es necesario extraer los hombros, mientras las extremidades superiores se mantengan en la posición normal de flexión, importa poco cual hombro se extrae primero; pues sucede a menudo que cuando el tocólogo se dispone a extraer uno de ellos, sale espontáneamente el otro.

Para extraer los hombros, se procede así: cuando ya están visibles los omóplatos, se hace girar el tronco de manera que un hombro y un brazo aparezcan en la vulva y puedan ser sacados fácilmente; esto es, se extrae primero el hombro anterior, así: se gira el tronco en dirección contraria a las manecillas del reloj, para extraer el hombro y brazos derechos, después de esto, se hace girar el tronco en dirección contraria, para sacar el hombro y el brazo del otro lado, si fracasa la maniobra, se puede extraer primero el hombro posterior, en la forma siguiente: se toman ambos pies con una mano y se levantan hacia la ingle de la madre, que corresponde a la superficie ventral de la criatura, funcionando como palanca, para que el hombro posterior resbale y caiga sobre el borde perineal y así salgan tanto el brazo como la mano, luego, bajando el cuerpo de la criatura, sale el hombro anterior por debajo del arco púbico y así salgan el brazo y la mano del lado respectivo.

Después de esto, la espalda tiende a girar espontáneamente de tal manera que mira más o menos hacia arriba, o en caso contrario se produce esta rotación, haciendo girar el tronco con las manos y así se procede después a extraer la cabeza, utilizando la maniobra de Mauriceau, que consiste en introducir el índice de una mano, en la boca del niño apoyándose sobre el maxilar superior, mientras el tronco descansa sobre la palma de la mano y el antebrazo, con las extremidades inferiores montadas sobre este último. Luego se enganchan dos dedos de la otra mano en el cuello y, haciendo presión de los hombros, se hace tracción hacia abajo, hasta que el occipucio sale por debajo de la sínfisis.

Entonces se levanta el cuerpo de la criatura hacia el abdomen de la madre y sucesivamente van saliendo sobre el perineo la boca, la nariz, la frente y el occipucio; solo se hará tracción con los dedos colocados sobre los hombros y no con el dedo que se introdujo en la boca, ya que éste puede resbalar del maxilar superior y apoyarse sobre el inferior y la base de la lengua, de lo que puede resultar traumatismo grave para la criatura".

Después de la versión y la extracción, debe efectuarse la exploración del útero, para cersiorarse de que no ocurrió ruptura del mismo, estando también indicado el uso profiláctico de antibióticos.

Requisitos, Indicaciones y Contraindicaciones, necesarias para efectuar la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana:

Requisitos:

a- Amplitud del canal del parto;
b- Pelvis amplia y viable;
c- Cuello uterino completamente dilatado;
d- Membranas enteras o recientemente rotas (no más de una hora, pues el útero se adosa al feto);
e- Vejiga y recto vacíos;
f- Diagnóstico exacto;
g- Anestesia tipo éter o fluotane, para relajación completa.

Indicaciones:

a- Presentación de hombro;
b- Ciertas variedades de presentaciones cefálicas (cara y frente), cuando se piensa que se efectuará con menor riesgo;
c- Terminar un parto en situación transversa, cuando cualquier circunstancia de orden materna o fetal lo indique;
d- Embarazo gemelar para extraer segundo gemelo (últimamente casi la única verdadera indicación (1), en especial, cuando éste tiene más de una hora de encontrarse en situación transversa)

Contraindicaciones:

a- Membranas rotas por más de una hora;
b- Signos de Inminencia de ruptura uterina;
c- Grandes multíparas (mayor chance de ruptura uterina);
d- Cesárea previa;
e- Placenta previa;
f- Tumores;
g- Malformaciones congénitas acentuadas;

Complicaciones Maternas:

a- Pre-parto:

-Pre-eclamsia;
-Polihidramnios;
-Várices de miembros inferiores;
-Desprendimiento prematuro de placenta
-Placenta previa;
-Inserción baja de placenta;

b- Intra-parto:

-Ruptura uterina;
-Desgarros del canal blando (periné)
-Desgarros de órganos vecinos (uretra, recto, esfínter anal);
-Hemorragia;
-Fallecimiento.

c- Pos-parto:

-Endometritis;
-Infecciones por episiotomía o desgarros
-Hemorragias;
-Tromboembolias;
-Sépsis;
-Fallecimiento.

Complicaciones Fetales:

-Anoxia;
-Hemorragia intracraneal;
-Problemas neurológicos
-Traumatismos de huesos largos;
-Disyunción de vértebras cervicales;
-Muerte.

5) HIPOTESIS

"LA MORTALIDAD MATERNO-FETAL, EN LA VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS Y GRAN EXTRACCION PELVIANA, ES MAYOR EN LAS MADRES MULTIPARAS QUE EN LAS MADRES PRIMIGESTAS, SIENDO UNA OPERACION QUE CADA VEZ TIENE MENOS INDICACIONES".

6) VARIABLES:

a- De la madre:

-Edad de la paciente;
-Tiempo de embarazo;
-Paridad de la paciente;
-Complicaciones del pre-parto;
-Complicaciones del parto;
-Complicaciones del post-parto;
-Clase de anestesia usada.

b- Del feto:

-Complicaciones fetales del nacimiento.

7) OBJETIVOS:

a) Generales:

-Demostrar que la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, es un procedimiento traumático, tanto para la madre, como para el feto;

-Demostrar que la morbilidad materna y mortalidad fetal es muy alta;

-Demostrar que actualmente esta operación tiene indicaciones precisas;

-Que sirva de guía para otros trabajos de investigación similares a éste.

b) Específicos:

-Conocer las técnicas, requisitos, indicaciones y contraindicaciones, para efectuar esta operación y los daños que puede producir tanto a la madre como al recién nacido.

8) MATERIAL Y METODOS

a) Material:

-Libros de estadística del Hospital Roosevelt;
-Registros Médicos Hospitalarios;
-Pacientes a Investigar;
-Utiles de oficina y escritorio;

b) Métodos:

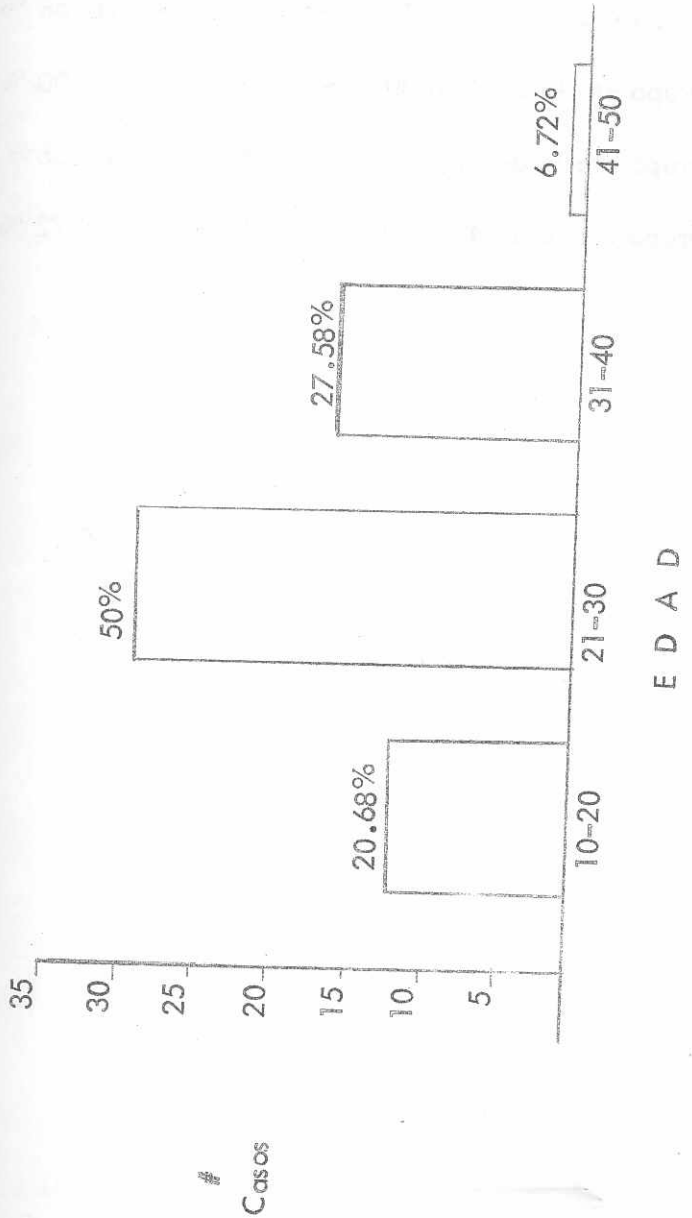
-Investigación (libros, registros y pacientes "madres y niños" escogidos al azar);
-Estadístico;
-Visitas domiciliarias.

9) ANALISIS DE RESULTADOS

Durante los 10 años revisados (1966-1976), Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, atendió un total de133,556 partos, de los cuales únicamente 58, correspondieron a la operación de la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana. (ver cuadros porcentuales).

CUADRO No. 1

Porcentaje sobre el grupo de edad más frecuente, encontrado en la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana (1966-1976).



Grupo etario de 10 a 20 años: 12 casos 20.68 %

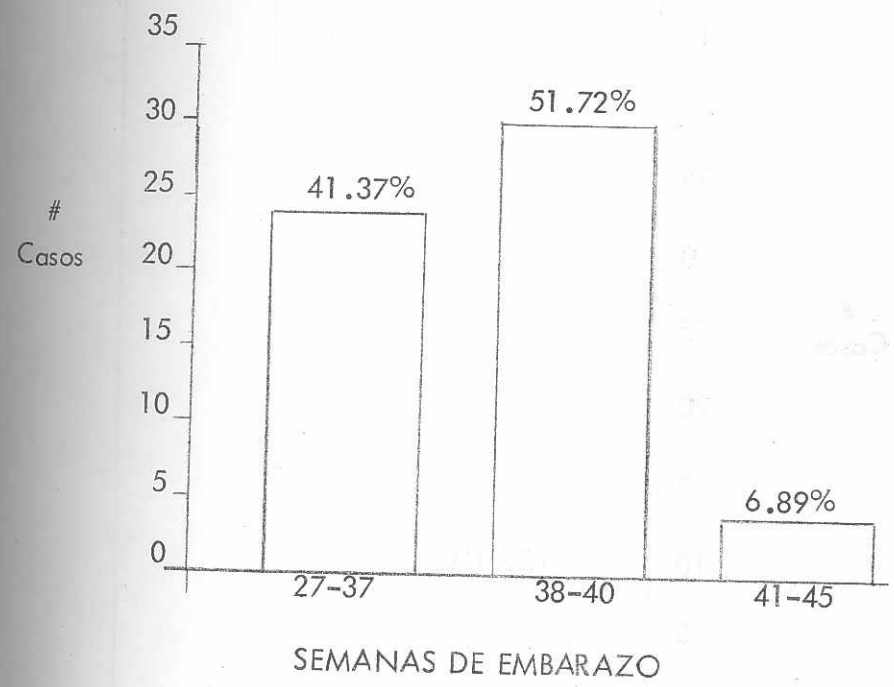
Grupo etario de 21 a 30 años: 29 casos 50.00 %

Grupo etario de 31 a 40 años: 16 casos 27.58%

Grupo etario de 41 a 50 años: 1 caso 6.72 %

CUADRO No. 2

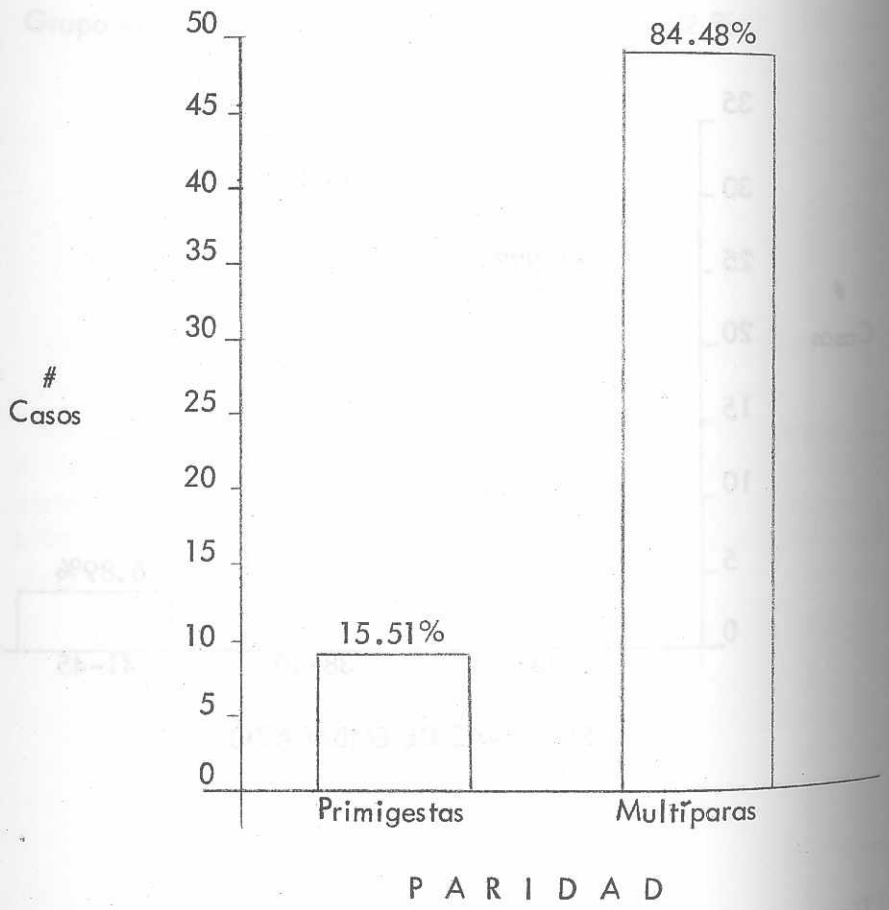
Porcentaje sobre el tiempo de gestación más frecuente encontrado en la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana (1966-1976)



Tiempo de embarazo de 27 a 37 semanas: 24 casos 41.37 %
Tiempo de embarazo de 37 a 40 semanas: 30 casos 51.72 %
Tiempo de embarazo de 40 a 45 semanas: 4 casos 6.89 %

CUADRO No. 3

Porcentaje sobre la paridad más frecuente encontrada en la Versión por maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana (1966-1976)



Pacientes primigestas: 9 casos 15.51 %
Pacientes Multíparas: 49 casos 84.48 %

CUADRO No. 4

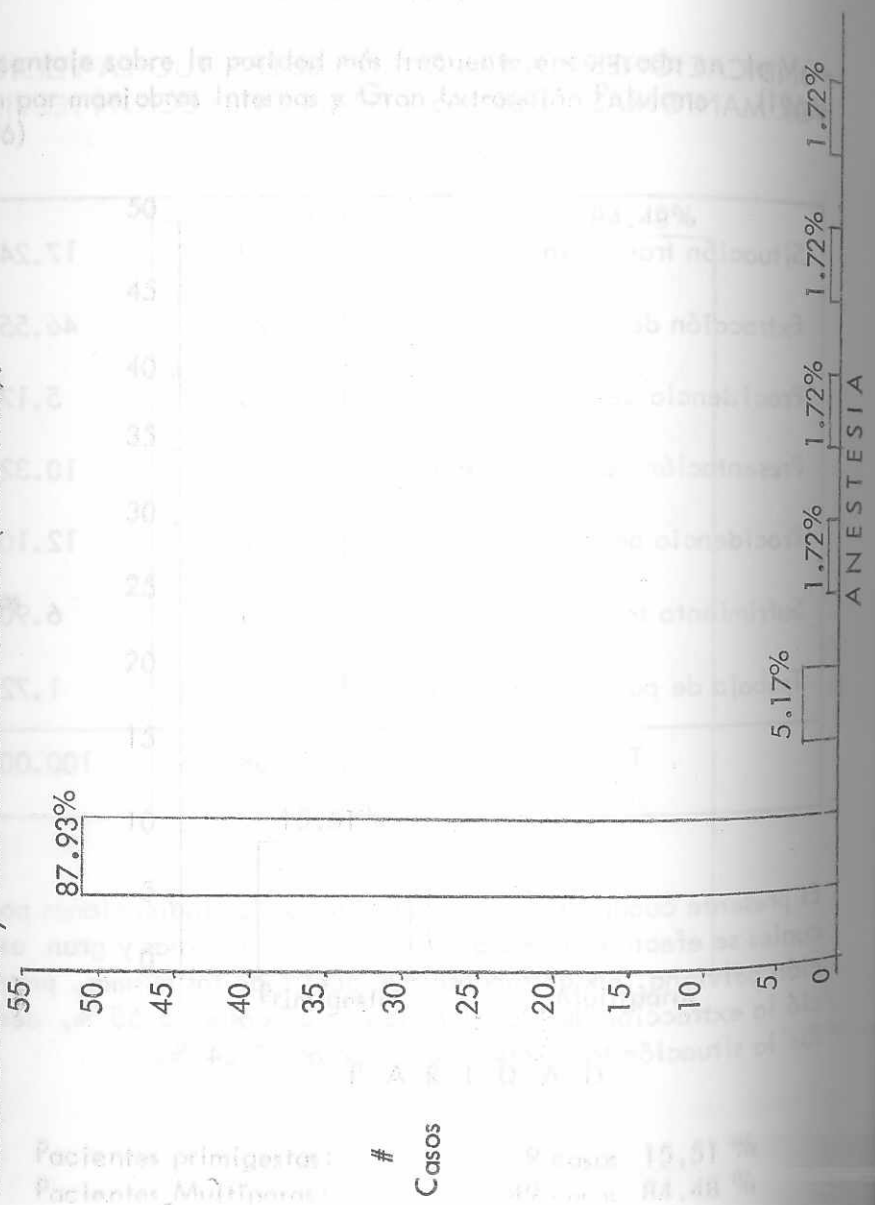
INDICACIONES POR LAS CUALES SE EFECTUO LA VERSION POR MANIOBRAS INTERNAS Y GRAN EXTRACCION PELVIANA

Situación transversa	10	17.24 %
Extracción de 2o. gemelo	27	46.55 %
Procidencia de cordón	3	5.17 %
Presentación de cara y frente	6	10.32 %
Procidencia de mano	7	12.10 %
Sufrimiento fetal	4	6.90 %
Trabajo de parto prolongado	1	1.72 %
Total	58	100.00 %

El presente cuadro detalla, cuales fueron las indicaciones por las cuales se efectuó la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, encontrándose que dentro de las mismas, prevaleció la extracción del 2o. gemelo con 27 casos 46.55 %, después fue la situación transversa con 10 casos 17.24 %.

CUADRO No. 5

Porcentaje de la clase de anestesia que fue más frecuentemente usada, en la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana (1966-1976).



ANESTESIA

El Eter fue utilizado en 51 casos, dando el	87.93 %
El Fluorotano se utilizó en 3 casos dando el	5.17 %
El Talamonal fue utilizado en 1 caso dando el	1.72 %
El Pentotal fue utilizado en 1 caso, dando el	1.72 %
El Valium fue utilizado en 1 caso, dando el	1.72 %
En un caso no se anotó la clase de anestesia	1.72 %

CUADRO No. 6

COMPLICACIONES DEL PRE-PARTO

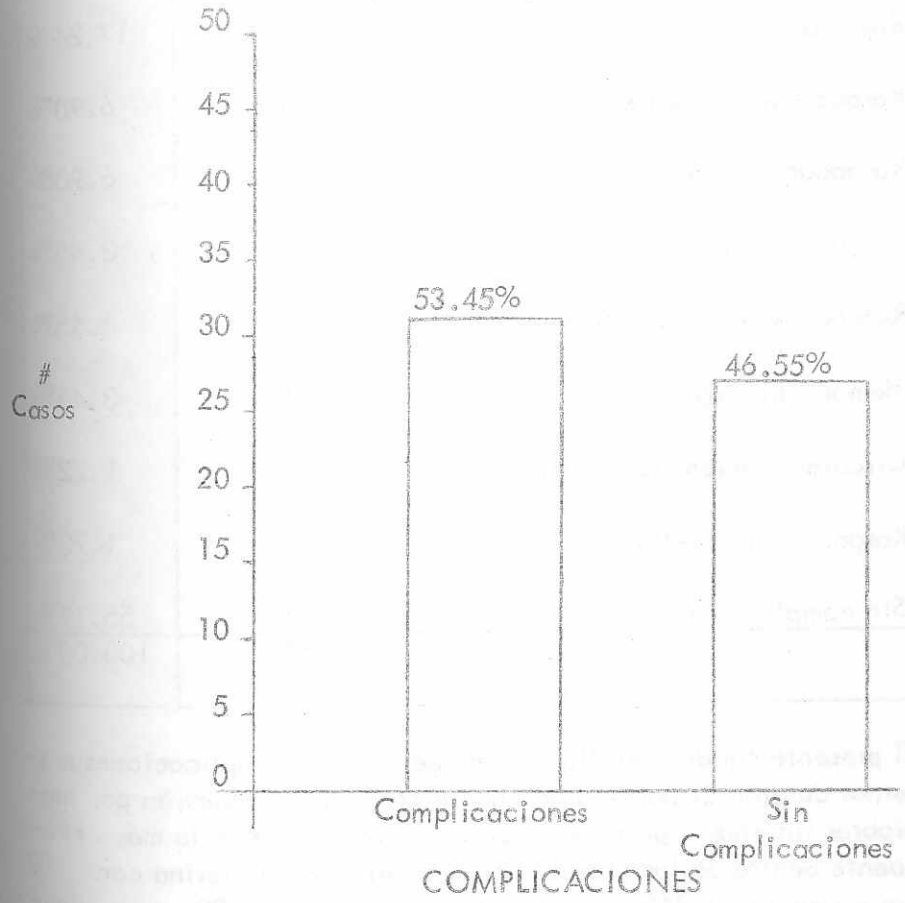
Premadurez	5	8.62%
Polihidramnios	2	3.45%
Várices de miembros inferiores	3	5.17%
Amnioitis	1	1.72%
Infección Urinaria	3	5.17%
Inserción baja de placenta	1	1.72%
Desprendimiento prematura placenta	3	5.17%
Placenta previa parcial sangrante	2	3.45%
Post-madurez	4	6.90%
Placenta previa central	2	3.45%
Pre-eclampsia	4	6.90%
Utero Arcuato	1	1.72%
Embarazo gemelar	27	46.55%
Totales	58	100.00%

El presente cuadro detalla cuales fueron las complicaciones maternas a su ingreso (pre-parto), siendo las más frecuentes las siguientes:

Embarazo gemelar	27 casos	46.55 %
Problemas placentarios	8 casos	13.70%
Premadurez	5 casos	8.62 %

CUADRO No. 7

Porcentaje de las complicaciones habidas durante el preparto, en la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana (1966-1976)



- El porcentaje de las complicaciones habidas en el pre-parto fue de 53.45% que corresponde a 31 casos.
- El porcentaje de pacientes sin complicaciones, fue de 46.55%, que corresponde a 27 casos.

CUADRO No. 8

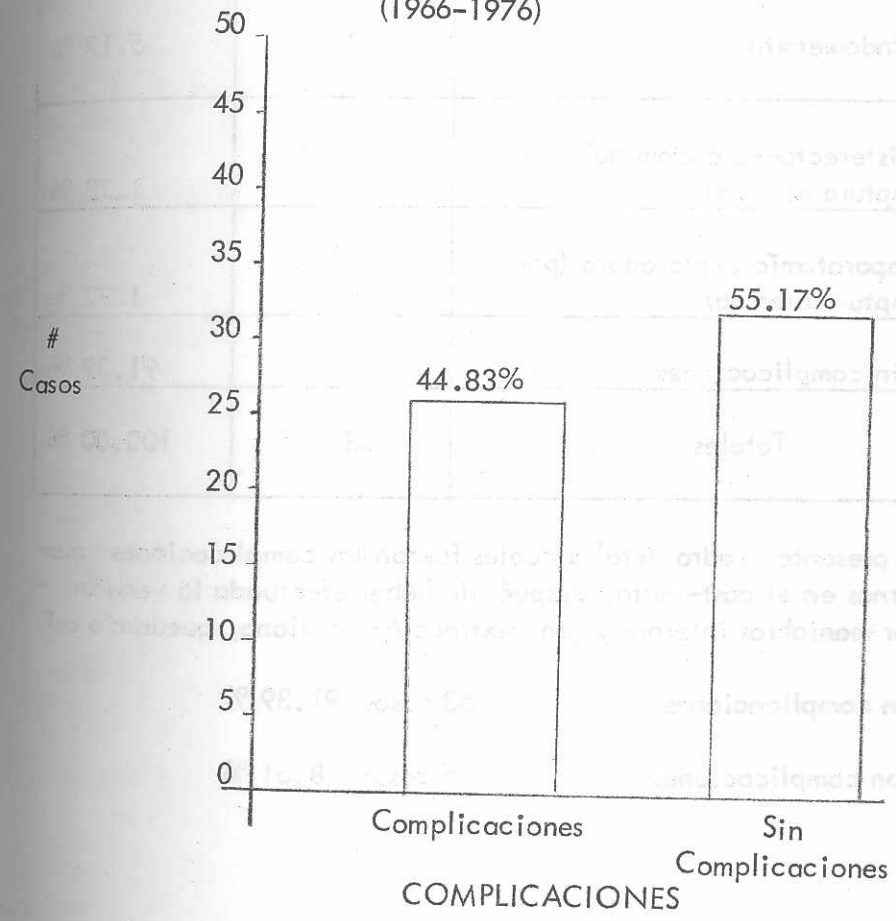
COMPLICACIONES DEL PARTO

Ruptura uterina	10	17.24%
Rasgaduras perineales grado II	4	6.90%
Rasgadura vaginal	4	6.90%
Circular al cuello	2	3.45%
Retención de cabeza última	2	3.45%
Hemorragia vaginal	2	3.45%
Circular al miembro inferior izq.	1	1.72%
Rasgadura de cuello	1	1.72%
Sin complicaciones	32	55.17%
Totales	58	100.00%

El presente cuadro detalla cuales fueron las complicaciones maternas durante el parto, habiéndose producido la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, siendo la más frecuente dentro de las complicaciones, la ruptura uterina con 10 casos con un 17.24% y sin complicaciones fueron 32 casos, dando un 55.17%.

CUADRO No. 9

Porcentaje de las complicaciones habidas, durante el intra-parto, en la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana (1966-1976)



- El porcentaje de las complicaciones fue de 44.83% que corresponde a 26 casos.
- El porcentaje que corresponde a las pacientes sin complicaciones fue de 55.17% en 32 casos.

CUADRO No. 10

COMPLICACIONES DEL POST-PARTO

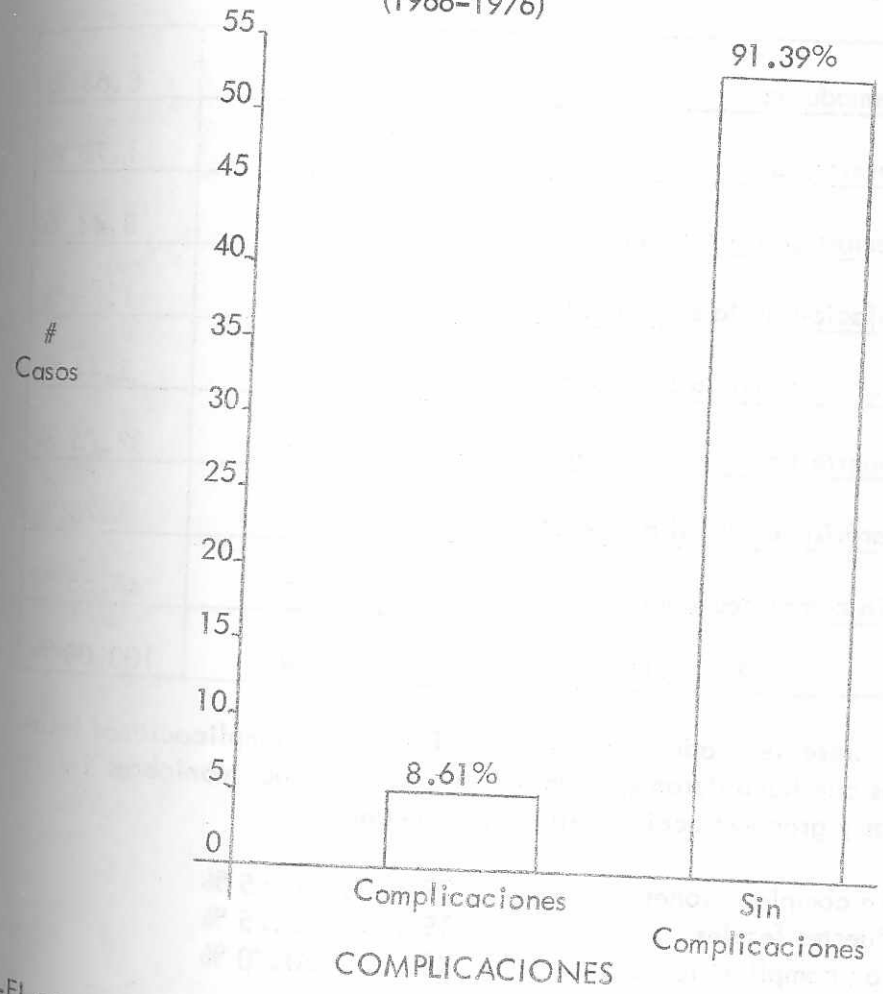
Endometritis	3	5.17 %
Histerectomía abdominal (por ruptura uterina)	1	1.72 %
Laparatomía exploradora (por ruptura uterina)	1	1.72 %
Sin complicaciones	53	91.39 %
Totales	58	100.00 %

El presente cuadro detalla cuales fueron las complicaciones maternas en el post-parto, después de haber efectuado la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, quedando así:

Sin complicaciones	53 casos	91.39 %
Con complicaciones	5 casos	8.61 %

CUADRO No. 11

Porcentaje de las complicaciones habidas, durante el post-parto, en la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana (1966-1976)



-El porcentaje de complicaciones fue de 8.61% en 5 casos.
-El porcentaje de pacientes sin complicaciones fue de 91.39 % en 53 casos.

CUADRO No. 12

COMPLICACIONES FETALES

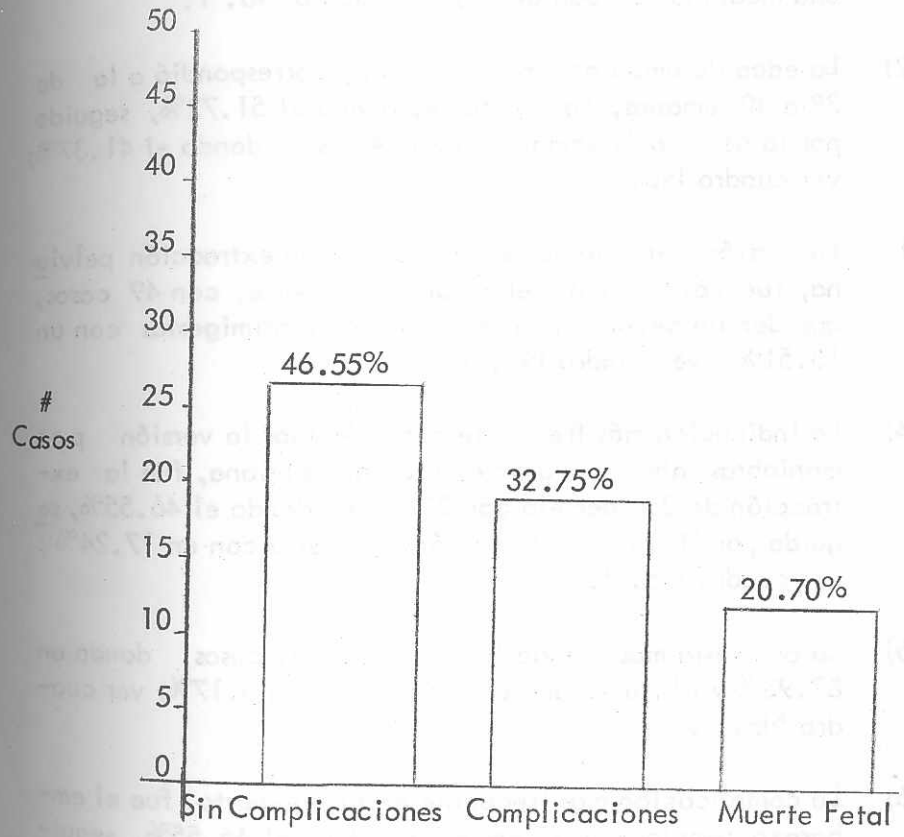
Premadurez	5	8.63 %
Kernicterus	1	1.73 %
Hemorragia intracraneal	2	3.44 %
Lujación de la cabeza del húmero	1	1.73 %
Bronconeumonía por aspiración	2	3.44 %
Muerte por anoxia in-útero	19	32.75 %
Parálisis braquial bilateral	1	1.73 %
Sin complicaciones	27	46.55 %
TOTALES	58	100.00 %

El presente cuadro detalla cuales fueron las complicaciones fetales que hubo durante el parto, en la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, quedando así:

Sin complicaciones	27 casos	46.55 %
Muertes fetales	19 casos	32.75 %
Con complicaciones	12 casos	20.70 %

CUADRO No. 13

Porcentaje de las complicaciones fetales, habidas por la Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana (1966-1976).



COMPLICACIONES

-Porcentaje de pacientes sin complicaciones fue de 46.55 % en 27 casos.
-Porcentaje de muertes fetales, fue de 32.75% en 19 casos.
-Porcentaje de pacientes con complicaciones, fue de 20.70% en 12 casos.

1) El grupo de edad más frecuente en la operación de versión por maniobras internas y gran extracción pelviana fue de 21 a 30 años de edad, con 29 casos, dando el 50% teniendo una mediana de edad de 23, ver cuadro No. 1.

2) La edad de embarazo más frecuente, correspondió a la de 38 a 40 semanas, con 30 casos, dando el 51.72%, seguido por la de 27 a 37 semanas, con 24 casos, dando el 41.37%; ver cuadro No. 2.

3) La versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, fue más frecuente en madres multíparas, con 49 casos, que dan un 84.48% y en 9 casos fueron primigestas con un 15.51%; ver cuadro No. 3.

4) La indicación más frecuente para efectuar la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, fue la extracción de 2o. gemelo con 27 casos, dando el 46.55%, seguido por 10 casos de situación transversa con un 17.24%; ver cuadro No. 4.

5) La anestesia más usada fue el éter en 51 casos, dando un 87.93% y el fluorotane en 3 casos con un 5.17%; ver cuadro No. 5.

6) La complicación más frecuente en el pre-parto, fue el embarazo gemelar con 27 casos, dándonos el 46.55%, seguido por la premadurez con 5 casos y 8.12% y 8 casos por diferentes problemas placentarios con el 13.70%; ver cuadros Nos. 6 y 7.

7) Las complicaciones de morbilidad materna durante el parto, fueron 26 casos, dándonos el 44.83%, dentro de las cuales la más frecuente fue, la ruptura uterina con 10 casos, que

corresponden al 17.24%; ver cuadros Nos. 8 y 9.

8) Las complicaciones maternas durante el post-parto, fueron 5, dándonos un 8.12%; ver cuadros Nos. 10 y 11.

9) Las complicaciones fetales, fueron 31 casos con un 53.45% dentro de las cuales hubieron 19 casos de muerte fetal, correspondiéndoles el 32.75%, con lo cual se establece que la mortalidad fetal es muy alta cuando se lleva a cabo la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana; ver cuadros No. 12 y 13.

10) Por lo anterior se establece que, la morbi-mortalidad materno-fetal es muy alta, cuando se lleva a cabo la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana.

10) CONCLUSIONES

1) La edad en que fue más frecuente la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, fue a los 23 años, con embarazos de 38 a 40 semanas;

2) Hubo absoluta predominancia de multíparas sobre primigestas, evidenciando con ello, que el útero de las multíparas (dependiendo de la paridad de éstas) es más apto para soportar y permitir la manipulación de la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, contribuyendo a ello el éter para sedación completa, anestésico éste que fue el más utilizado;

3) La morbilidad materna fue bastante alta, como lo evidencian los cuadros estadísticos presentados, predominando los embarazos gemelares en el pre-parto y la ruptura uterina en el parto, complicación esta que sí puede tener consecuencias funestas para las madres, si no tienen control prenatal en sus futuros embarazos;

4) No hubo ningún caso de muerte materna durante el período estudiado, indicándonos que a pesar de lo traumático que es la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, raramente puede producir la muerte materna.

5) La morbi-mortalidad fetal, fue alta, tal como lo evidencian los cuadros estadísticos presentados, haciéndonos ver que la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, es demasiado traumática para el feto, si no se cumplen con todos los requisitos que ésta exige del obstetra.

De los recién nacidos con complicaciones, dos más falle-

cieron durante los primeros 10 días, a los 8 y 10 días respectivamente, después de nacidos; de los restantes se tomó el 10% de ellos para visitarlos en su domicilio y establecer si habían tenido algún problema de retraso mental y aprendizaje, lo cual fue negativo.

5) Por todo lo anterior, se establece que los requisitos, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, siguen actualizados, pero por tener la operación cesárea menos complicaciones tanto para la madre como para el feto, prácticamente ésta ha sustituido a la otra, siendo actualmente su única indicación la de extraer al 2o. gemelo en situación transversa, después de una hora; es por ello que el sitio de la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana en la obstetricia actual, está muy definido, sustentándose en:

a) Indicaciones precisas;
b) Medio hospitalario bien dotado;
c) Rigurosa observancia a las condiciones que la operación exige para efectuarla;
d) Gineco-obstétra experimentado, hábil, honesto y gran sentido de responsabilidad profesional.

11) RECOMENDACIONES

1) En virtud de la alta morbilidad materna y mortalidad fetal habida en los 58 casos de la operación por maniobras internas y gran extracción pelviana, es recomendable mejorar el manejo de éstas pacientes y efectuar dicha operación solo en casos indicados, así como mejorar los servicios de cobertura de prenatal.

2) Que cuando haya que efectuar la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, se unifiquen los criterios pediátrico-obstétrico, respecto a la mejor manera de manejar estos casos, con el objeto de disminuir la alta mortalidad fetal y morbilidad materna.

3) Que se lleve un mejor control en los registros de dirección de las pacientes, con el objeto de prestarles servicio a domicilio si este es necesario.

12) BIBLIOGRAFIA

1- Berloiz B.R. Versión por maniobras internas en la obstetricia actual. Ginec Obstet Mex. 16:231. 1961;

2- Cáceres Sánez A. Materno-fetal Morbidity and Mortality en Pelvic Delivery. Ginec. Obstet. Mex. 35: 83-92. - Jan. 1974;

3- Carrillo Batres Edgar René. Morbimortalidad en la maternidad del Hospital General. Trabajo de Tesis. 1973.

4- Chávez S. José. Consideraciones sobre presentación podálica. Trabajo de Tesis. 1956;

5- Dexey Tries de Bes. José M.; Obstétric and Ginecology. P.P. 397-99;

6- Dignam W.J. Difficulties in delivery including shoulder dystocia and malpresentations of de fetus. Clinic. Obstet Ginec. 19 (3) 577-89. Sep. 1976.

7- Esperanza Aguilar R. The problem of pelvic presentation - in the multipara and grandmultipara and resolution by vaginal route. Ginc. Obstet Mex. 35: 461-9 May 1974;

8- Fragoso L. D. Versión Interna en la Obstetricia actual. - Ginec. Obstet. Mex. 16: 37-1961;

9- Grajeda Bradma Ernesto. Embarazo Gemelar. Trabajo de Tesis. 1966.

10- González Hernández Carlos Antonio. Partos en presentación podálica. Trabajo de Tesis. 1971.

11- Garrison Fulging H. Historia de la Medicina. P.P.86-101 109-200-201-234-291-404.

12- Herrera Moore M., Estudio Crítico de la Versión Interna en Obstetricia. 1973.

13- Henry G.R. The Management of Transverse and oblique - lie. J. Ir Med. Assoc. 67:359-62; 13 Jul 1974;

14- Internal Versión. Manitoba Medicin Rev. P.P. 18-28-9. Jan 1968;

15- Ibarra R. José R. Consideraciones en la presentación de hombros. Trabajo de tesis. 1957

16- Karchmer K.S. Versión Interna en la obstetricia actual. - Ginec. Obstet. Mex. 16: 21; 1961.

17- Keetel C.W. Crealock W. F. Place of versión- and ex- traccion in obstetric today. N.C. Med. Journal 16:83- 88 1955.

18- Leary D. C. The place of podalic version and extraction in obstétric today. N. C. Obst. J. Iowa M. Soc. 42-251- 55 1952.

19- Levy D. L. Twin Breech delivery au term with hyper-ex- tension of the secund fetus. Am J. Obstetric Ginec. 121- (8) 1116-7; 15 April 1975.

20- Mac-Arthur J. C. Reducción of the Hazard of Breech Presentation by external cephalic versión. Am. Obstet- Ginec. 88-93. feb. 1964.

21- Mateos F. M. Versión por maniobras internas en la obste- tricia actual. Ginec Obstet Mex. 16: 239-1961;

22- Méndez Molina Carlos. Primigesta con presentación pel- viana. Trabajo de tesis de 1962.

23- Morales S. Julio A. Consideraciones sobre la situación - transversa. Trabajo de tesis. 1960.

24- Morris C. Julio Enrique. Presentación de hombro en el Hospital Roosevelt. Trabajo de Tesis. 1973.

25- Monterroso Juárez Manuel Alejandro. Ruptura Uterina. - Trabajo de Tesis. 1974.

26- Mao Tan Roberto. Morbimortalidad inmediata en presenta ción podálica. Trabajo de Tesis. 1978.

27- Ordóñez Cruz Jorge. Nulípara en situación transversa. - Trabajo de tesis. 1963.

28- Perlasca E. Pelvic Presentation and Labor (Our criteria of management) Ginecol Obstet Mex. 35-935-43 May 1974.

29- Ringrose C.A. Congenital dislocation of the hip as a cau se of malpresentation during labor. Am J. Obst. Ginc. - 124 (2) 113-5, 15 Jan 1976.

30- Schwart. Obstetricia. P.P. 852-856 1970.

31- Santizo Roberto. Consideraciones sobre presentación podá lica en primigesta. Trabajo de Tesis. 1958.

32- Uribe Acosta R. Transverse Presentation. Ginec. Obstet.

Mex. 35: (212): 585-99, Jun 1974.

33- Urrutia J.; Internal Versión; Rev. Chil Obstet Ginec; 36: 107-11. 1971;

34- Urquizú Gutiérrez Carlos Ernesto. Distocias Obstétricas.- Trabajo de tesis. 1977.

35- Williams-Eastman. Obstetricia. p.p. 1091-1093; 1097-1100; 1960-1970.

Br.

Asesor

Dr. [illegible] Diéguez

Revisor

Dr. Mario R. [illegible]

Director de Fase III

Dr. Julio E. de León

Secretario Genera

Dr. [illegible]

Vo.Bo.

Decano

Dr. [illegible]