



## I N D I C E :

	Página
1. INTRODUCCION	1
2. REVISION DE BIBLIOGRAFIA	3
3. OBJETIVOS	16
4. MATERIAL Y METODO	18
5. DESARROLLO DEL ESTUDIO	21
6. CONCLUSIONES	41
7. RECOMENDACIONES	44
8. BIBLIOGRAFIA	46

## INTRODUCCION:

En el presente trabajo se tiene como objetivo principal, obtener en forma concreta los distintos factores que influyen en la aplicación del fórceps de Piper, así mismo establecer la frecuencia con la que se efectúa tal aplicación, tomando en consideración que la retención de cabeza última es una de las causas de muerte fetal en estas presentaciones.

El fórceps de Piper fue inventado con el fin preciso de utilizarlo en la retención de cabeza última. Es de hacer notar que se han ideado maniobras para poder resolver el problema de retención de cabeza última, pero en la mayoría de las veces se observa an gustia en el obstetra, lo cual lo induce a cometer e rrores.

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 perderían. Pero es muy justo reconocer que si la atención del parto es llevada con mala técnica y a la vez con maniobras incorrectas, la ayuda que el fórceps pueda dar será muy limitada o nula, por lo que hay que tener un conocimiento adecuado del ins trumento y de la forma en la que se deba emplear con el fin primordial de obtener un niño y una madre en buenas condiciones.

El presente trabajo de investigación realizado en el departamento de Maternidad del H o s p i t a l

Roosevelt ayudará a la actualización de datos y poder en esta forma hacer comparaciones de la aplicación del fórceps de Piper de estudios hechos en años anteriores. Esperando que sirva de aporte a la Ciencia Médica y como beneficio para un mejor manejo en la vida diaria de una Maternidad.

Además quisiera dejar en nuestras mentes este pensamiento:

"SI UN NIÑO ES FUTURO, POR QUE HEMOS DE PERDERLO".

(Luis Alfonso Molina Molina).

#### REVISION BIBLIOGRAFICA:

El fórceps de Piper es un instrumento que es utilizado en el Departamento de Maternidad de los distintos centros hospitalarios, ideado con el fin primordial de resolver la retención de cabeza última, y fue Edmund B. Piper quien en el año de 1924 introdujo el fórceps que lleva su nombre (2,8,10,11,14).

El Doctor González Villamil en un artículo publicado en la revista de Ginecología y Obstetricia de México de Abril de 1970 refiere que la experiencia, conocimientos y habilidad del tocólogo son factores básicos para la atención del parto pélvico, siendo la cabeza última la que provoca frecuentemente la distocia al momento de nacer el nuevo ser (8).

Así mismo en dicho artículo habla que dentro de la aplicación del fórceps de Piper se pudo dar cuenta que este tuvo su mayor aplicación de haber efectuado maniobras sobre la cabeza última con el objeto de realizar su extracción, cuando ésta fue un fracaso. (8).

En su tesis que realizó en el año 1970, Carlos H. Calderón Reyes refiere la importancia que tiene la aplicación del fórceps de Piper cuando hay retención de cabeza última; ya que encontró que en los 10 años en los cuales hizo su estudio se efectuaron 172 aplicaciones de fórceps de Piper haciendo el 3.9% del total de podálicas en los años 1960-1969, habiendo egresado en buenas condiciones el 72.7% de los niños. (3).

En el año de 1960 Amílcar Acevedo en su tesis previa a optar el título de Médico y Cirujano explica la poca aplicación que en el año de 1959 tuvo el fórceps de Piper, ya que de 295 aplicaciones de fórceps investigadas, solamente 20 casos correspondieron a fórceps de Piper constituyendo el 6.8% (1).

#### PRESENTACION PELVIANA:

##### DEFINICION:

Se dice que una presentación es pelviana o podálica cuando el polo caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna.

##### CLASIFICACION:

Según la actitud del polo pelviano hay 2 modalidades: Pelvianas completas y pelvianas incompletas. - Las pelvianas completas son aquellas en las que el feto conservando su apelotonamiento, tiene los muslos flexionados sobre la pelvis y las piernas muy flexionadas sobre los muslos (2,10,13). A su vez las pelvianas incompletas se dividen en 3 clases: Incompletas variedad nalgas, rodillas y piés. En las incompletas variedad nalgas los muslos están flexionados sobre la pelvis y las piernas en extensión completa; solo las nalgas se ofrecen al estrecho superior (2,10,13).

##### FRECUENCIA:

Según estudios hechos se ha logrado establecer que uno de cada 33 partos es de presentación pelviana, y en cuanto a las modalidades, las más frecuentes son las pelvianas incompletas variedad de nalgas, esto por lo menos durante el parto; pues como es sabido hay ciertas pelvianas completas que se hacen incompletas por el frote de los miembros inferiores con el reborde pelviano durante el trabajo de parto. Además, se ha demostrado que más de la mitad de las presentaciones pelvianas se observan en primigestas (10,13).

##### ETIOLOGIA: (3,10,13).

La podemos dividir en Maternas, Fetales y Ovulares.

##### Causas Maternas:

Paridad.  
Pelvis Estrecha.  
Tumores Uterino, Yuxtauterinos.  
Anomalías Uterinas.

##### Causas Fetales:

Embarazos Múltiples.  
Prematurez.  
Hidrocefalia.

##### Causas Ovulares:

Hidramnios y Oligoamnios  
Inserción Baja de Placenta.  
Brevedad Real o Accidental del Cerdón.

## MECANISMOS DEL PARTO EN PODALICA:

El parto en presentación pelviana o podálica ofrece 3 etapas que son:

- a) La primera se inicia con la expulsión del polo podálico, hasta la aparición del ombligo (parto de nalgas).
- b) La segunda, desde la aparición del ombligo hasta la expulsión de los hombros (parto de los hombros).
- c) Y la tercera, de la expulsión de los hombros a la expulsión de la cabeza (parto de la cabeza) (7,13).

La primera etapa del parto de nalgas varía según se trate de una pelviana completa o incompleta, (13).

El mecanismo del parto en general pasa por los siguientes tiempos:

1. Acomodación de las nalgas al estrecho superior.
2. Encajamiento y descenso de las nalgas.
3. Acomodación de las nalgas al estrecho inferior por rotación del bitrocantéreo de las nalgas.
4. Desprendimiento de las nalgas.

5. Acomodación de los hombros al estrecho superior
6. Encajamiento y descenso de los hombros.
7. Acomodación de los hombros al estrecho inferior
8. Desprendimiento de los hombros y simultáneamente encajamiento y descenso de la cabeza.
9. Acomodación de la cabeza al estrecho inferior (Rotación de la cabeza).
10. Desprendimiento de la cabeza (13).

Hay incognita en cuanto a la forma en que concluirá un parto en presentación pelviana, ya que este puede acarrear varias complicaciones, entre las cuales la que más temen los Obstétricos es la retención de cabeza última (3).

## EVOLUCION DEL PARTO EN PODALICA:

En el parto espontáneo de nalgas, el feto es expelido en su totalidad de forma natural sin haber tracción o manipulación alguna, aparte de sostener al feto. Esto es cuando se trate de fetos maduros o grandes.

En el caso de la extracción de nalgas parcial el feto es expulsado de forma espontánea hasta llegar

al ombligo, pero el resto del cuerpo ha de ser extraído. Y en el caso de la extracción de nalgas total el obstetra extrae todo el cuerpo del feto desde el inicio de su expulsión (4,6,9,10,14).

En todos los casos de presentación pelviana se deben de hacer preparativos para la extracción tan pronto como aparezcan en la vulva los pies o las nalgas; y está indicada la extracción cuando cesa el progreso de la expulsión o cuando hay sufrimiento fetal.

La expulsión de meconio es mucho menos importante en las presentaciones pelvianas, pues esto suele ser por compresión del abdomen del feto por el canal del parto. Es importante también el seguir con mucha atención la regularidad y frecuencia de los latidos cardíacos fetales (5,9,10,12,14).

La episiotomía es un gran auxiliar en cualquier tipo de presentación pelviana. Bien hecha y además realizada en el momento oportuno puede facilitar, lo que de otra forma, podría resultar difícil y a la vez traumático. En la presentación pelviana el momento ideal para efectuar la episiotomía es cuando las nalgas distienden la vulva (2,5,9,10,12,13).

La presentación pelviana tiene resultados menos favorables que la cefálica para el binomio madre-feto y en la variedad incompleta se explica por:

- a) Las maniobras para favorecer el descenso de los pies pueden ser causa de agresiones mecánicas o infecciosas.

- b) La rotación del dorso sólo se hace cuando las extremidades han salido del canal del parto.
- c) Los miembros inferiores extendidos sobre el tronco impiden o dificultan la rotación espontánea, haciendo que todas o casi todas estas presentaciones se mantengan como tales hasta el parto.

Las desventajas que presenta la pelviana completa son:

- a) La irregularidad del polo que se presenta no permite que se llene adecuadamente el estrecho superior de la pelvis.
- b) Con mayor frecuencia se presenta la ruptura prematura o precoz de las membranas.
- c) Esto favorece por un lado la prociencia de partes fetales y por otro la infección (8).

#### MANIOBRAS EUTOCICAS DE PARTO EN PODALICA:

- a) Maniobra de Pajot:  
Maniobra que se utiliza para descender los brazos del feto en una forma manual.
- b) Maniobra de Deventer-Muller:  
Maniobra que consiste en traccionar fuer

temente al feto hacia abajo para descender el hombro anterior, luego hacia arriba para encajar el posterior.

c) Maniobra de Mauriceau:

Procedimiento de ayuda manual destinado a la extracción de cabeza encajada.

d) Maniobra de Praga:

Similar a la maniobra de Mauriceau, con la diferencia que la tracción se hace de las piernas.

MANIOBRAS DISTOCICAS DE PARTO EN PODALICA:

a) Maniobra de Rojas:

Maniobra de rotación y tracción para descender los brazos del feto en retención de hombros.

b) Maniobra de Wiegand-Martín-Winckel:

Procedimiento utilizado sobre la cabeza retenida, no se hace tracción de los hombros para evitar lesiones.

c) Maniobra de Champetier de Ribes:

Maniobra utilizada sobre la cabeza retenida por

encima del estrecho superior y en actitud aún deflexionada, la tracción se hace de los hombros. (5,9,10,13).

RETENCION DE CABEZA ULTIMA:

La retención de cabeza última que es una complicación de las presentaciones pelvianas, es temida debido a que se puede perder el feto, o así mismo provocarle lesiones graves y además el obstetra puede provocar una ruptura uterina en su afán de salvar la vida al niño (3).

Para evitar el problema de retención de cabeza última es necesario que el obstetra tome en consideración las siguientes indicaciones para poder efectuar cesárea a pacientes con presentación pelviana:

1. Coexistencia de podálica y estrechés pélvica.
2. Podálica y anomalías pélvicas.
3. Podálica y cesárea anterior, etc.

Al aplicar el fórceps de Piper, las cucharas se introducen en la vulva y los mangos se elevan hasta el tórax del niño, para luego descender las ramas y articularlas. De esta forma las puntas de las cucharas quedan situadas en lugar suficientemente bajo para asegurar la aplicación biparietal óptima. Es aquí cuando se hace la tracción directa hacia adelante y así en esta forma aumentar la extensión de la cabeza fetal hasta que la región sub-occipital queda colocada debajo de la sínfisis púbica; en este momento se hace la extracción por flexión (5,9,10).

La aplicación del fórceps de Piper puede ser Profiláctica, Electiva o bien por Sufrimiento fetal en caso de retención de cabeza última.

En caso de distocia, es decir cuando hay fetos prematuros, el cuello uterino no dilatado por completo, no permite la extracción de la cabeza última. (5, 9,10,12,14). Se debe de actuar prontamente para poder extraer al niño. La forma de extraerlo es haciendo tracción suave del cuerpo del feto y si esto no resultara se tendrá que practicar de inmediato incisiones de Dührssen en el cuello del útero, a las 10, 6 y 2 horas de la esfera del reloj (2,5,8,9,10,12,13,14).

#### ANESTESIA EN LA EXTRACCION DE PARTO EN PODALICA:

La anestesia que se recomienda para la atención de un parto en podálica es la Regional (epidural, raquídea o pudenda), la cual se debe de administrar cuando la paciente se encuentra con buen trabajo de parto

y con una dilatación de 4 cms. o más, esto con el fin primordial de que la madre pueda colaborar con la expulsión del niño. Cuando hay retención de cabeza última se deberá de actuar en forma rápida para evitar su frimiento fetal; en estos casos la aplicación del fórceps de Piper se debe de hacer sin administrar ningún tipo de anestesia para no perder tiempo y poder salvar la vida del feto (5,8,9,10,12,13,14,15).

FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO FETAL: (3,8,15).

Se pueden nombrar dentro de los factores que influyen de manera especial en el riesgo del feto, los siguientes:

1. Trauma de la Cabeza no moldeada.
2. Compresión del Cordón umbilical.
3. Prolapso del cordón.
4. Desproporción céfalo-pélvica.
5. Dilatación incompleta del cérvix.
6. Cambios repentinos de presión por el tránsito acelerado de la cabeza del feto en el canal del parto.

## PRONOSTICO DE LOS NIÑOS

NACIDOS EN PRESENTACION PODALICA:

Hay claras indicaciones de que el fórceps de Piper es un instrumento que debe ser utilizado antes de efectuar maniobras que puedan perjudicar al feto, y al momento de hacer la aplicación, la cabeza debe estar encajada (2,10,11). Hay que hacer notar que el fórceps de Piper no es un salvador de vidas después de maniobras fallidas, pues las dificultades para la extracción derivan de una técnica defectuosa, o la flexión y la orientación se han ejecutado de una manera imperfecta (8,10).

Los siguientes son factores que se deben tomar en cuenta, pues influyen en el pronóstico de los niños que nacen en presentación podálica:

1. Prematuridad.
2. Complicaciones durante el parto.  
Ejemplo: Prolapso del cordón.
3. Deflexión de la cabeza.
4. Experiencia del Tocólogo. (3).

## OBJETIVOS :

### GENERALES :

1. Lograr que el Obstetra preste mayor atención a las pacientes con Presentación Pelviana.
2. Actualizar datos acerca de la Aplicación del fórceps de Piper.

### ESPECIFICOS :

1. Determinar la morbilidad y mortalidad materno-infantil.
2. Demostrar que en la retención de cabeza última la morbi-mortalidad fetal es elevada.
3. Hacer comparaciones de las pacientes con respecto a edad, paridad, edad de embarazo y su relación con la retención de cabeza última por ellas sufrida.

4. Lograr establecer la importancia del diagnóstico inmediato en pacientes en las que como conducta final se aplica el fórceps de Piper.
5. Determinar a que porcentaje de pacientes en presentaciones pelvianas se les tomó Pelvimetría Radiológica.
6. Determinar si la aplicación de fórceps de Piper fue profiláctica o por retención de cabeza última.
7. Determinar que tipo de anestesia fue la más usada en la aplicación de fórceps de Piper.

## MATERIAL Y METODO:

### MATERIAL:

#### A) RECURSOS HUMANOS:

1. Personal de la sección de Estadística del Hospital Roosevelt.
2. Personal del archivo de registros médicos del Hospital Roosevelt.
3. Asesor: Doctor Joel Zambrano.
4. Revisor: Doctor Benedicto Vásquez.
5. Autor: Luis Alfonso Molina Molina.

#### B) RECURSOS FISICOS:

1. Libros de nacimientos de Labor y Partos y Séptico.
2. Libros de Operaciones de Labor y Partos y Séptico.
3. Material bibliográfico, consistente en libros de texto, artículos, revistas, etc.
4. Biblioteca del Hospital Roosevelt.

5. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
6. Biblioteca del Incap.
7. Biblioteca del IGSS.
8. National Library of Medicine, Interlibrary Loan.

### METODO;

Se utilizó el método científico en forma retrospectiva. El presente trabajo se inició revisando los libros de nacimientos y operaciones de Labor y Partos y Séptico, de donde se obtuvo el número de registro médico y nombre de la paciente. Seguidamente se analizaron las fichas clínicas de donde se recopilaron los datos pertinentes a trabajar.

En la sección de estadística del Hospital Roosevelt se proporcionó el número de partos registrados durante los años 1975 a 1979. Además se nos proporcionó el número de partos atendidos en presentación pelviana durante el mismo período de tiempo.

Al mismo tiempo se efectuó la revisión bibliográfica, con el fin de elaborar un resumen sobre dicha patología y comparar datos.

Se revisaron un total de 45 libros de nacimientos y 35 libros de operaciones, en los cuales están reportados 75917 nacimientos y de estos 2327 corresponden a presentaciones pelvianas haciendo el 3.06%, de las cuales a 63 se les aplicó fórceps de Piper para el 2.70%.

Una vez que se tuvo recopilados todos los datos necesarios se inició la tabulación de los mismos. Terminada la tabulación de datos y la revisión bibliográfica, se procedió a realizar el análisis de datos, la elaboración de cuadros y gráficas, para finalmente sacar las conclusiones y recomendaciones.

#### DESARROLLO DEL ESTUDIO:

Revisando el período comprendido del año 1975 a 1979 se encontró que hubo 75917 nacimientos, de los cuales 2327 corresponden a presentación pelviana, que hace el 3.06%, habiéndosele colocado fórceps de Piper únicamente a 63 pacientes que hace el 2.70% del total de Pelvianas y el 0.08% del total de nacimientos.

Dentro del estudio realizado se pudo comprobar que la mayoría de las madres a las cuales se les aplicó el fórceps de Piper eran de raza ladina, pudiéndose establecer por consiguiente que residían en lugares aledaños a la ciudad capital o en la misma.

#### EDAD DE LAS PACIENTES:

En la investigación efectuada se encontró que la paciente que contaba con más edad tenía 40 años, mientras que la más joven tenía 14 años.

CUADRO No. 1

Edad	No.de pacientes	%
Menores de 15 años	1	1.60
De 15 a 20 años	22	34.92
De 21 a 25 años	18	28.57
De 26 a 30 años	12	19.04
De 31 a 35 años	4	6.35
Mayores de 35 años	6	9.52
TOTAL	63	100.00

Con el cuadro anterior se demuestra que el fórceps de Piper se aplicó a mujeres jóvenes comprendidas entre 15 y 25 años de edad, haciendo un total de 40 casos que corresponden al 63.49% de la población estudiada.

#### OCUPACION:

Se puede decir que dentro de este rubro no hubo ningún cambio, ya que todas las pacientes investigadas se dedicaban a los oficios domésticos.

#### CONTROL PRE - NATAL:

Dentro de este aspecto cabe señalar la poca afluencia de las pacientes al departamento de Consulta Externa de la Maternidad del Hospital Roosevelt, aunque es necesario destacar que hay pacientes que tienen su control en Centros de Salud, de donde se envían notas que no siempre son completas; pero a pesar de ello el control Pre-Natal siempre es deficiente.

El control Pre-Natal puede catalogarse como Bueno cuando se ha visitado al Médico 6 o más veces, Regular, si se hicieron 4 o 5 visitas, y Malo si únicamente fueron de 1 a 3 veces.

CUADRO No. 2

Control Pre-Natal	No.de pacientes	%
Bueno	7	11.11
Regular	10	15.87
Malo	8	12.70
No tubieron	38	60.32
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.00</b>

Observando el cuadro anterior se puede notar que la mayoría de pacientes estudiadas no tuvieron control pre-natal (60.32%), lo que no debiera ser así pues es muy necesario para una mejor atención al momento del parto. Además únicamente el 11.11% de las pacientes estudiadas recibieron un buen control pre-natal.

#### PARIDAD DE LAS PACIENTES:

Se encontró una mayor incidencia de aplicaciones de fórceps de Piper en primigestas, con 27 casos para hacer el 42.85% del total.

CUADRO No. 3

Paridad	No.de pacientes	%
Primigesta	27	42.85
Pequeña múltipara (2-4)	22	34.92
Gran múltipara (5 ó más)	13	20.63
No anotada	1	1.60
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.00</b>

### PELVIMETRIA RADIOLOGICA:

Se reconoce que la pelvimetría radiológica constituye una ayuda que es muy apreciable para determinar el tamaño de los distintos diámetros pélvicos y fetales; aunque por sí sola no tiene un valor absoluto. En ciertas circunstancias nos ayuda a determinar cual es la mejor vía para la resolución del embarazo.

En el estudio se encontró que únicamente a un 24% de las pacientes estudiadas se les realizó pelvimetría radiológica y de éstas, según el Método de Colcher-Sussman la mitad tenían pelvis amplia.

Ninguna de las pacientes a las cuales se les efectuó pelvimetría radiológica presentó algún tipo de distocia.

CUADRO No. 4

Pelvimetría	No.de pacientes	%
Pelvis amplia	8	12.70
Pelvis límite	4	6.34
Pelvis promedio	3	4.76
No se les efectuó	48	76.20
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.00</b>

Es necesario apuntar que de las pacientes a las cuales no se les hizo pelvimetría radiológica, hubo 17 primigestas, que constituye el 35%. El estudio de pacientes sin pelvimetría radiológica se presenta a continuación:

CUADRO No, 5

Paridad	No. de pacientes	%
Primigesta	17	35.42
Pequeña múltipara (2-4)	18	37.50
Gran múltipara (5 ó más)	12	25.00
No anotada	1	2.08
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100.00</b>

Como se observa en el cuadro anterior el total de pacientes es únicamente de 48, debido a que fueron 15 las madres que si tuvieron su estudio radiológico, la suma de las cuales dan un total de 63, que fue el número de pacientes con aplicación de fórceps de Piper.

### CESAREA ANTERIOR:

Se ha dicho que Cesárea anterior más presentación pelviana es indicación absoluta de nueva cesárea debido a las maniobras distócicas que puedan realizarse al intentar extraer los hombros. En el estudio a una paciente con Cesárea Segmentaria Transperitoneal anterior más presentación pelviana se le dió parto vía vaginal, sin justificación alguna, teniendo el

antecedente que la CST previa se le había realizado por Primigesta en Podálica más Pelvis Estrecha, habiendo entonces una doble indicación para una nueva cesárea. En este caso la aplicación del fórceps de Piper fue profiláctica, no habiendo nota de revisión de cavidad.

#### EDAD DE EMBARAZO:

Se encontró que más del 60% de las pacientes estudiadas y que se les aplicó fórceps de Piper tenían un embarazo a término. Es de hacer notar que 7 de las aplicaciones que se hicieron fueron profilácticas.

CUADRO No. 6

Edad de embarazo	No.de pacientes	%
Menos de 37 semanas	16	25.40
de 38 a 42 semanas	39	61.90
Más de 42 semanas	6	9.52
No anotada	2	3.18
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.00</b>

#### FRECUENCIA CARDIACA FETAL:

Dentro del estudio realizado no se encontró ninguna alteración en la frecuencia cardíaca fetal, lo que hiciera suponer un sufrimiento fetal.

A 5 de las pacientes no se les pudo auscultar el foco fetal, lo que constituye el 7.94%, y a 4 no se les anotó haciendo el 6.35%, y de estos hubo 3 casos en los que los niños nacieron muertos, aunque a 1 de ellos se le había auscultado el foco previamente.

#### ESTADO DE LAS MEMBRANAS:

Al momento en que las pacientes son evaluadas en la emergencia es necesario e importante que se realice un examen cuidadoso de las membranas, pues al hacerlo se evitará su ruptura accidental y por ende complicaciones posteriores tales como prociencia de cordón o infecciones post-parto. En el estudio se encontró que 38% de las pacientes investigadas ingresaron con membranas rotas.

CUADRO No. 7

Estado de membranas	No.de pacientes	%
Enteras	37	58.73
Rotas	24	38.10
No anotado	2	3.17
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.00</b>

RUPTURA DE MEMBRANAS:

Es importante señalar que cuando la presentación es podálica debe de lograrse en lo posible que la ruptura de membranas sea espontánea, se encontró en el estudio que a un 16% de las pacientes se les efectuó amniorrexis poco antes del parto. 3 pacientes presentaron distocia cuello con cuello que es el 4.76 % del total de casos y el 76.19% de pacientes con membranas rotas presentaron retención de cabeza última.

CUADRO No. 8

Ruptura de membranas	No.de pacientes	%
Espontánea	51	80.95
Artificial	10	15.87
No se anotó	2	3.18
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.00</b>

EPISIOTOMIA:

En el estudio se pudo observar que la episiotomía fue hecha a 39 pacientes, que constituyen el 61.90%; todas las episiotomías que se realizaron fueron mediolaterales, que es la que con mayor frecuencia se hace en el Hospital Roosevelt.

En la literatura se reporta que a las pacientes con presentación pelviana, es recomendable hacer episiotomía, para ampliar la vulva y así no tener mayores complicaciones en la extracción de los diferentes segmentos fetales, no importando la paridad.

ANESTESIA:

En 46 de los casos estudiados se encontró que habían recibido algún tipo de anestesia; encontrándose que el 41.26% recibieron anestesia regional que es la más recomendable.

CUADRO No. 9

Anestesia	No.de pacientes	%
Regional	26	41.26
General	20	31.74
No recibieron	17	27.00
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.00</b>

## ALUMBRAMIENTO

En 43 casos estudiados el alumbramiento fue natural, lo que constituye el 68.25% del total. La placenta se extrajo artificialmente en 18 casos que hacen el 28.57%.

La indicación de extracción manual fue por retención de placenta en todos los casos. También se encontró que hubo 1 alumbramiento espontáneo (1.59%) y a una paciente no se le anotó la forma de alumbramiento (1.59%).

### TIEMPO TOTAL DEL TRABAJO DE PARTO:

El tiempo total del trabajo de parto es la suma del tiempo referido por la paciente (dolores en su casa), más el tiempo que se controló en la Maternidad.

La paciente con menos tiempo de trabajo de parto fue una multípara, con 2 horas y 55 minutos y la paciente que tuvo el trabajo de parto más prolongado fue una primigesta, con 54 horas y 15 minutos. Con la siguiente gráfica se demuestra que el 74% de los casos estudiados tuvo un tiempo de trabajo de parto dentro de los límites normales.

## CUADRO No, 10

Tiempo total	No. de pacientes	%
De 0 a 3 horas	1	1.60
De 4 a 12 horas	20	31.74
De 13 a 24 horas	27	42.86
Más de 24 horas	10	15.87
No anotado	5	7.93
Total	63	100.00

### APLICACION DEL FORCEPS DE PIPER:

En el estudio se encontró que en 61 de los casos la toma se catalogó como ideal, constituyendo el 96.83%, y en 2 pacientes se consideraron como fórceps fallidos (3.17%), dejándose evolucionar el parto por vía vaginal, aunque los niños nacieron deprimidos. A 7 de las pacientes se les hizo una aplicación de fórceps de Piper profiláctica, que constituye el 11.11% del total de casos; el resto fueron por retención de cabeza última, es decir el 88.89%.

#### CAUSAS REPORTADAS DE RETENCION DE CABEZA:

Al respecto de ello se puede decir que hubo únicamente 3 casos en los que se reportó distocia de cuello con cuello, que hacen el 4.76% del total, y ambos fueron en pacientes multíparas. Por la distocia presentada fue necesario hacerles incisiones de Dührssen para poder extraer al feto, naciendo los 3 niños en regulares condiciones, aunque posteriormente evolucionaron satisfactoriamente, egresando en buenas condiciones.

En lo que se refiere a la distocia se puede decir que ninguna de las pacientes que presentaron dificultades al momento del parto tuvieron ruptura prematura de membranas.

#### USO DE ANTIBIOTICOS Y TIPO DE LOS MISMOS:

En los casos en los cuales se efectúan maniobras para extraer al niño, es necesario que se tomen todas las precauciones para evitar complicaciones, pues estas pueden ser causa de infecciones posteriores, y por lo tanto es indispensable que se administren antibióticos. Esto es importante en los casos en los cuales se hace revisión de cavidad. Dentro de ello se puede decir que se efectuaron 29 revisiones de cavidad y únicamente se administró antibiótico a 19 pacientes, lo que constituye el 30.16%, y no se administró ningún tipo de antibiótico a 44 pacientes que forman el 69.84% del total de pacientes.

El antibiótico que más se usó fué la Penicilina,

CUADRO No. 11

Antibiótico	No.de pacientes	%
Penicilina	14	22.22
Penicilina-Cloramfenicol	3	4.76
Ampicilina	2	3.18
No recibieron	44	69.84
TOTAL	63	100.00

Una de las pacientes que recibió antibiótico debió a una rasgadura vaginal como consecuencia de la aplicación del fórceps tuvo infección de la rasgadura, lo que hace el 1.60%. Con ello concluimos, que la elección del antibiótico debe de ser más cuidadosa.

EXAMEN DEL RECIEN NACIDO:

Al nacer todos los niños fueron examinados por el Médico de turno encargado de la sección de Recién Nacidos del Departamento de Pediatría, clasificándose su estado en Bueno, Malo o Regular.

CUADRO No. 12

Estado	No. de niños	%
Bueno	15	23.80
Malo	30	47.62
Regular	14	22.22
Fallecidos	3	4.76
No anotado	1	1.60
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.00</b>

El test de Apgar, por medio del cual se evalúa Apariencia, Pulso, Gestos, Actividad y Respiración, y que es utilizado en todos los departamentos de Pediatría en la sección de Recién Nacidos, fue clasificado de la manera siguiente:

CUADRO No. 13

Apgar	No. de niños	%
De 1 a 4 Ptos.	29	46.04
De 5 a 7 Ptos.	13	20.63
De 8 a 10 Ptos.	8	12.70
No anotado	10	15.87
Fallecidos	3	4.76
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.00</b>

Analizando los 2 cuadros anteriores, podemos darnos cuenta que más o menos el 50% de los niños estudiados tuvieron un Apgar malo.

PESO DE LOS NIÑOS AL NACER:

Este es un dato muy importante y el que se debe tomar en cuenta al momento del parto, principalmente si se trata de un parto en presentación podálica.

En el estudio el peso mayor fue de 9 libras y 6 onzas, y el menor peso fue de 2 libras y 9 onzas. Es de hacer notar que el niño que tuvo el más bajo peso, fue producto de un parto triple; siendo este niño el último en nacer. Se encontró que el 93% de los niños tuvieron un peso adecuado al momento del nacimiento.

CUADRO No. 14

Peso	No. de niños	%
De 2 Lbs. a 4 Lbs. 8 Onz.	3	4.76
De 4 Lbs. 9 Onz. a 7 Lbs.	35	55.55
Más de 7 libras	24	38.09
No anotado	1	1.60
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.00</b>

## MORTALIDAD FETAL

Como se ha apuntado en cuadros anteriores hubo 3 casos en los que los niños nacieron muertos, aunque en uno de ellos hubo nota de que al ingreso de la paciente se le auscultó frecuencia cardíaca fetal; no se encontró dato alguno de si había estado con sufrimiento fetal intenso.

El diagnóstico dado en los tres casos fue de Anoxia Intrauterina. Hubo 2 casos en los que los niños murieron en un período corto posterior al parto, siendo el diagnóstico en ambos casos el de Asfixia Perinatal Severa. El total de muertes corresponde al

7.94%. En ninguno de los casos en los cuales murieron los niños se efectuó necropsia, razón por la que el diagnóstico fue únicamente clínico.

## MORBILIDAD FETAL:

Como es sabido el parto en presentación pelviana es dificultoso en su atención y como consecuencia expone al feto a complicaciones posteriores. Cabe señalar que hubo 38 niños que evolucionaron satisfactoriamente, constituyendo el 60.31%, y 20 fueron los niños que presentaron complicaciones que obligaron a que permanecieran unos días más en el hospital, que hace el 31.75% del total de casos estudiados.

Las complicaciones presentadas fueron las siguientes:

Parálisis de Erb y Klumpke: 6 casos (30%).

BNM por aspiración: 4 casos (20%).

Asfixia Perinatal: 7 casos (35%)

Hemorragia Intracraneana: 1 caso (5%)

Anoxia: 6 casos (30%).

Hiporreflexia: 2 casos (10%).

Luxación de Codo: 1 caso (5%).

Fractura Parieto Frontal: 1 caso (5%).

Fractura de Húmero: 1 caso (5%).

Fractura de Tibia: 1 caso (5%).

Fractura de Clavícula: 1 caso (5%).

Los porcentajes de complicaciones son sobre 20 casos, algunos pacientes presentaron más de una complicación.

#### MORBI-MORTALIDAD MATERNA:

##### Revisión de Cavidad:

Este procedimiento obstétrico no se efectuó de rutina en todas las pacientes, sino que en casos e n los cuales se creyó que existía un problema a nivel del útero.

Se realizó revisión de cavidad a 29 pacientes que constituyen el 46.03% y no se les hizo a 34 pacientes que equivale al 53.97% del total de casos. No hubo ningún caso de ruptura uterina.

##### Revisión del Cuello Uterino:

Este procedimiento se efectuó de rutina en todos los casos estudiados, encontrando el cuello nor-

mal en 60 pacientes, que hacen el 95.24% y se encontraron únicamente 3 pacientes con rasgaduras del cuello, que equivale al 4.76%.

Es de hacer notar que dentro de las rasgaduras de cuello que se encontraron en las pacientes, solo es taban descritas como tal, y no se halló ninguna nota sobre el nivel en el cual se encontraron, ni su exten sión.

##### Revisión de Periné y Paredes Vaginales:

Al efectuar revisión de vagina y periné se encontraron 9 casos con rasgaduras que forman el 14.29% hubo 54 pacientes cuya revisión no mostró ninguna alteración, esto equivale al 85.71%. De las pacientes que tuvieron rasgaduras, a 4 se les hizo episiotomía (6.35%) y 5 no la tuvieron (7.94%).

Es de señalar que las anomalías encontradas en las pacientes a nivel de periné y vagina fueron las siguientes: 5 casos de rasgaduras perineales (7.94%) y 4 con rasgaduras parauretral y vaginal (6.35%), de las cuales únicamente una paciente tuvo infección de la rasgadura.

De las madres que fueron objeto de estudio hubo únicamente 2 que tuvieron complicaciones en el postparto, que hacen el 2.17% y 61 pacientes no presentaron ninguna complicación, que constituyen el 96.83% del total de casos.

Las complicaciones encontradas fueron:

Endometritis: 1 caso (50%).

Dehiscencia de Rasgadura: 1 caso (50%).

En cuanto a la mortalidad, no se encontró ningún caso, ya que todas las pacientes egresaron del hospital en buenas condiciones.

#### CONTROL POST-NATAL DE LAS PACIENTES:

Al respecto del control post-natal, se puede decir que éste en línea general fue malo, ya que únicamente 7 pacientes llegaron a él, lo que constituye el 11% y 56 pacientes no tuvieron su control médico post natal haciendo el 89%.

#### CONCLUSIONES:

1. El 100% de las pacientes se dedicaban a los oficios domésticos.
2. La mayoría de las pacientes (63.49%) a las que se les aplica fórceps de Piper fueron mujeres jóvenes comprendidas entre los 15 y 25 años de edad.
3. Solo el 39,68% de las pacientes tuvo control - Pre-Natal- y de éstas únicamente el 11.11% tuvo un buen control.
4. El 42.86% de las aplicaciones de fórceps de Piper se hizo en pacientes primigestas.
5. La pelvimetría radiológica únicamente se efectuó en 15 pacientes (23.80%).
6. Una de las pacientes tuvo su parto vía vaginal a pesar de tener cesárea anterior y pelvis estrecha.
7. El 61.90% de las pacientes ingresaron con embarazo a término.
8. El 80.95% de las pacientes tuvo ruptura espontánea de membranas.
9. Al 61.90% de las pacientes se les realizó episiotomía medio lateral.

10. La anestesia regional se aplicó en un 41.26% de los casos, siendo la más frecuente la Pudenda.
11. La incidencia de incisiones de Dührssen fue de 4.76%.
12. El 14.29% de las pacientes sufrieron rasgaduras perineales y vaginales.
13. Unicamente 10 pacientes (15.87%) presentaron un trabajo de parto prolongado.
14. A 19 pacientes (30.15%) se les administró anti-biótico, y de ellas 1 paciente tuvo infección de rasgadura.
15. A 30 niños al ser examinados por Pediatra (47.62%), se les catalogó su estado como malo.
16. 29 niños (46.04%) tuvieron un mal Apgar al nacer.
17. El test de Apgar que es necesario llevarlo en un niño al momento de nacer no fue anotado en 10 niños (15.87%).
18. Unicamente 3 niños (4.76%), fueron prematuros por peso.
19. Hubo 5 casos en los cuales fallecieron los niños (7.93%), de ellos 3 casos (4.76%), fueron de muerte intrauterina y 2 en el período inmediato (3.17%).

20. 20 niños (31.74%), presentaron complicaciones intrahospitalarias.
21. Solamente 2 de las madres (3.17%), tuvieron complicaciones.
22. El 11% de las pacientes tuvieron control Post-Natal.

## RECOMENDACIONES:

1. Es conveniente incrementar el uso y la aplicación del fórceps de Piper en la retención de cabeza última, ya que se ha demostrado fehacientemente que este procedimiento es el de elección.
2. Es necesario que toda paciente a quien le sea aplicada el fórceps de Piper se le efectúe episiotomía amplia, a fin de evitar daño severo a los tejidos blandos maternos.
3. La revisión de la cavidad pélvica es un procedimiento que debe hacerse después y siempre que se aplique un fórceps de Piper.
4. A toda paciente primigesta o no en quien la presentación del feto sea pelviana se le debe de efectuar una pelvimetría radiológica.
5. A las pacientes con cesárea anterior y presentación pelviana es recomendable que el parto se resuelva por cesárea, ya que en estos casos el parto por vía vaginal es de morbi-mortalidad mucho más elevada.

6. Se recomienda que a toda paciente embarazada se le controle en su período prenatal, con el objeto de determinar con anticipación cualquier eventualidad por ejemplo la presentación pelviana.
7. Es recomendable que todo niño que nazca con aplicación de fórceps sea atendido por un equipo especializado de Pediatras para la asistencia inmediata de cualquier complicación.
8. Es necesario instruir a la paciente en quien se espera un parto en presentación pelviana para que preste mayor colaboración al momento del parto.

BIBLIOGRAFIA:

1. ACEVEDO R., Amílcar. Consideraciones sobre 295 Aplicaciones de Fórceps en el Hospital Roosevelt, Tesis de 1960, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas.
2. BECK O., Dr., Friedberg V., Dr. et al., Ginecología y Obstetricia, Salvat Editores, 1974, Págs. 720/722.
3. CALDERON R., Carlos Humberto. Fórceps de Piper en el Depto. de Maternidad del Hospital Roosevelt, tesis de 1970, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas.
4. DANFORTH, David N., Obstetrics and Gynecology, Third Edition, Pág. 644, 1977.
5. DEXEUS FRIAS, José Dr. Obstetricia y Ginecología, Editorial Juventud, Barcelona, Págs. 896-898.
6. FREAM, William. Notes On Obstetrics, Pág. 95, 1977.
7. GARREY, Mattew, Obstetrics Illustrated, pág.93, 1978.
8. GONZALEZ VILLAMIL, Jorge. Fórceps de Piper en el Parto Pélvico, Ginecología y Obstetricia de México. 27 (162); Págs. 485-492, Abril 1970.
9. GREENHILL, J.P., M. D., Obstetrics, N.B. Saunders Company, Eleven Edition, Pág. 583.
10. HELLMAN, Louis M., et al., Obstetricia de Williams, Salvat Editores, Barcelona, 1973, 1a. Edición, Págs. 992-1002.
11. KASER O., Dr. Friedberg V., Dr. et al., Ginecología y Obstetricia, Salvat Editores, 1974. Págs. 720-722.
12. ROSENVASSER, Eliseo Dr., Tratado de Obstetricia Tomo II, 1972, Pág, 897.
13. SCHWARCZ, Ricardo, Dr., et al., Tratado de Obstetricia, Tercera Edición, 1977, Editorial El Ateneo, Argentina.
14. TAYLOR Stewrt, E. Dr., et al., Obstetricia de Beck, Editorial Interamericana, México, 1973, 2a. Edición, Pág. 533.

15. UZCATEGUI, Ofelia. Influencia de la Deflexión de la Cabeza en Partos en Podálica. Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Pág. 213-240.1966.

Br.

LUIS ALFONSO MOLINA MOLINA

Dr.

Asesor.  
Dr. ELIAS JOEL ZAMBRANO S.

Dr.

Director de Fase III  
Dr. HECTOR A. NUILA ERICASTILLA

Vo. Bo.

Dr.

Decano.  
ROLANDO CASTILLO MONTALVO

Dr.

Revisor.  
JOSE BENEDITO VASQUEZ

Dr.

Secretario  
RAUL A. CASTILLO RODAS