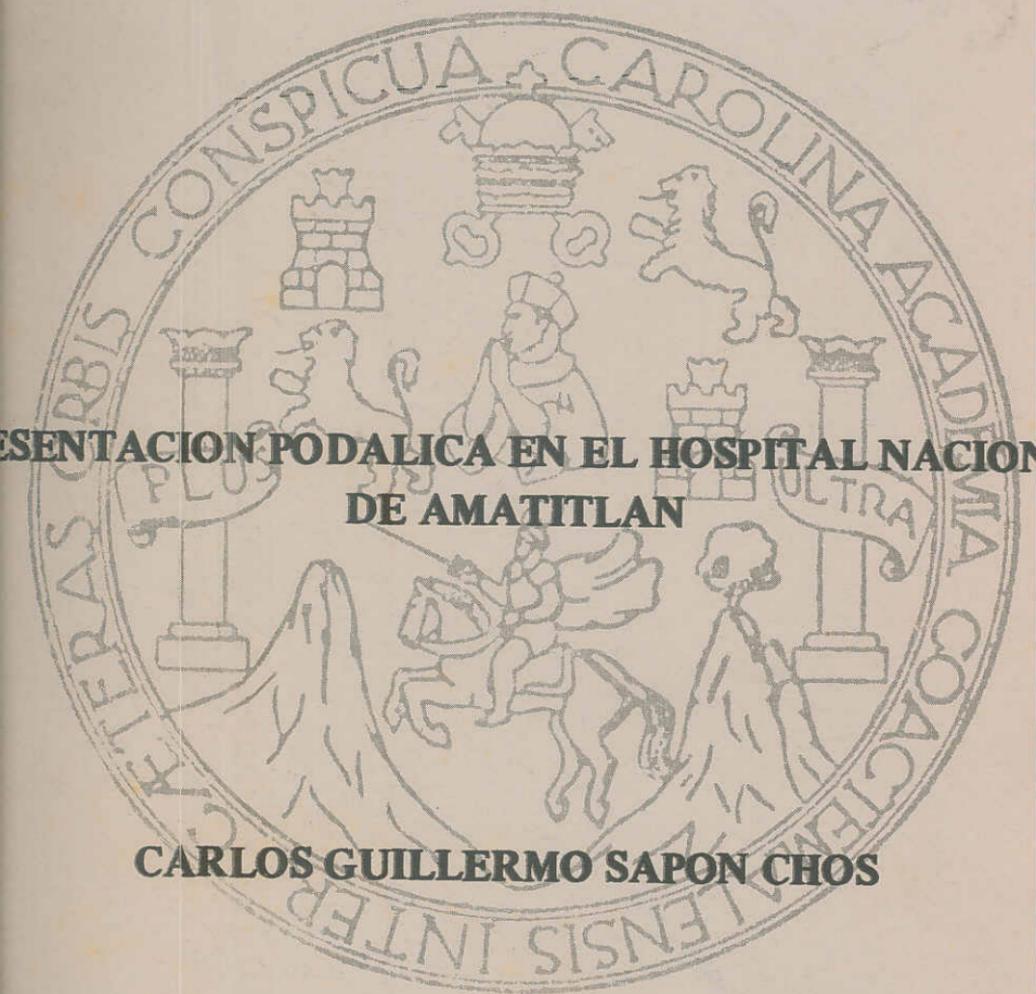


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**PRESENTACION PODALICA EN EL HOSPITAL NACIONAL
DE AMATITLAN**

CARLOS GUILLERMO SAPON CHOS



PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. HIPOTESIS
- V. CONSIDERACIONES GENERALES
- VI. MATERIAL Y METODOS
- VII. PRESENTACION DE RESULTADOS Y
- VIII. ANALISIS
- IX. CONCLUSIONES
- X. RECOMENDACIONES
- XI. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Por ser la Presentación Podálica la segunda en frecuencia de las distintas presentaciones y tomando en cuenta el elevado porcentaje de morbi-mortalidad fetal-neonatal y morbilidad materna, a dicho tema se le ha dado sumo interés, tanto por autores nacionales como extranjeros cuyo principal fin ha sido el de disminuir tales porcentajes.

La Presentación Podálica es una de las anomalías de presentación que preocupa incluso a los obstetras mas expertos, y por lo que ella misma representa, es considerada como desfavorable y como causa de distocia, obligando por estas distintas situaciones a que el obstetra posea un dominio completo sobre el conocimiento médico actualizado del tema, contar no sólo con los medios tecnológicos adecuados y prácticos para poder desarrollar su labor con la mayor probabilidad de éxito posible, sino que además éste tendrá que demostrar en la práctica real sus habilidades (innatas) para actuar y resolver las distintas situaciones difíciles que se le presenten en el momento oportuno y exacto.

El presente trabajo realizado en el Hospital Nacional de Amatlán pretende determinar con que frecuencia se observó la Presentación Podálica, analizando de ésta los medios diagnósticos utilizados, así como las diferentes conductas que se aplican, aportando a la vez una revisión bibliográfica sobre el tema para que con todo lo anterior se pueda recopilar una sólida base que pueda servir para el mejoramiento del departamento de obstetricia, resaltando además el papel tan importante que debe desempeñar el personal médico, de explotar hasta donde sea posible los medios existentes a su alcance y poder así suplir el déficit de recursos tecnológicos tan marcado que presenta este centro.

ANTECEDENTES

Entre los principales trabajos similares que se han publicado es digno mencionar los siguientes: La tesis de graduación del Dr. Santizo Gálvez año 1958 realizada en el hospital Roosevelt, en donde analiza el manejo de las pacientes primigestas en podálica así como la vía de resolución del embarazo. La tesis de graduación del Dr. Mendizabal Mazariegos año 1979 titulada Presentación Pelviana, realizada en el hospital Nacional de Occidente, analiza la incidencia de dicha presentación, estado del R.N.; aunque hay que hacer notar que no hace distinción entre condiciones del R.N. en relación a la vía de resolución del embarazo, únicamente refiere un elevado porcentaje (73o/o) de R.N. deprimidos, así como mortalidad fetal la que se presentó en un 13.3o/o; se menciona también dos artículos publicados por la American Journal Obstetrics and Gynecology en donde el Dr. I. Maan no recomienda la resolución del parto en primigestas por vía abdominal a menos que se presente una complicación y por el otro lado el Dr. Victor Lewis en donde concluye que por la vía abdominal los R.N. presentan mejores condiciones al nacer. Avalando al último estudio mencionado está la tesis más reciente del Dr. Quiñonez Villatoro realizada en 1980 en el Hospital Roosevelt en donde analiza la vía de resolución del parto de pacientes primigestas en podálica, llegando a la conclusión que por la vía abdominal los recién nacidos presentan mejores condiciones al nacer (determinado por el puntaje de Apgar), además refuerza esa conclusión en que se presentó distocia en un 20o/o de los partos resueltos por vía vaginal.

OBJETIVOS

- 1- Contribuir al estudio de la presentación Podálica.
- 2- Aportar información que sea de utilidad para el mejoramiento del departamento de Obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán y otros.
- 3- Determinar la frecuencia de presentación Podálica.
- 4- Determinar en qué tipo de paciente se presenta con más frecuencia esta presentación.
- 5- Analizar los medios diagnósticos utilizados para dicha presentación, forma en que son usados así como sus resultados.
- 6- Evaluar el manejo de las pacientes parturientas con presentación Podálica y el resultado del mismo.
- 7- Determinar la morbi-mortalidad de la presentación Podálica tanto fetal como materna (en múltiparas y primigestas).

HIPOTESIS

- 1- El 100o/o de la mortalidad fetal que se da en la Presentación Podálica se observa en la resolución del embarazo por vía vaginal.
- 2- La principal indicación de Cesarea en la Presentación Podálica es la Estrechez Pélvica.

CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICION:

La Presentación Pélvica o de Nalgas es una situación longitudinal en la que el polo caudal o pélvico va delante
1-5.

FRECUENCIA:

Esta presentación se observa en el 3-4o/o de los nacimientos³⁻⁵.
Y más de la mitad de los casos se da en Primigestas¹.

TIPOS DE PRESENTACION PELVICA:

Según la actitud de las extremidades inferiores se distinguen los siguientes 3 tipos o categorías ¹⁻³:

- 1- Franca de Nalgas: Las extremidades se encuentran extendidas a lo largo del abdomen y del tórax.
- 2- Nalgas Completas: La llamada posición fetal se halla conservada con las extremidades inferiores flexionadas y cruzadas.
- 3- Nalgas Incompletas: Cuando ocurre el prolapso de una o de ambas extremidades inferiores (o una, o ambas rodillas) a la vagina, estamos ante ella.

DIAGNOSTICO:

1- Historia Clínica:

Al interrogar hay que preguntar sobre los movimientos fetales. En las presentaciones pélvicas los movimientos fetales son algo dolorosos (los fetos golpean con sus extremidades inferiores el

segmento inferior del útero dilatado y por lo tanto algo sensible y los ligamentos redondos hiperdistendidos). Además hay que preguntar si la embarazada nota algo duro y grueso (cabeza) debajo del arco costal, al agacharse.

2- Palpación y Auscultación Abdominal:

Por medio de las maniobras de Leopold se palpa el polo fetal superior redondo, firme y pelotea. El dorso fetal es identificable en un lado (posición derecha o izquierda) y las pequeñas partes en el otro. En la 3a. maniobra si no ha tenido lugar el encajamiento las nalgas son libremente movilizables por encima del estrecho superior. Después del encajamiento la 4a. maniobra demuestra que la pelvis está ocupada por una masa blanda. Los latidos cardíacos fetales se perciben más o menos en la línea media, un poco arriba y a un lado del ombligo. En circunstancias normales, la exploración externa debe hacer sospechar o reconocer en la mayoría de los casos la existencia de una presentación de extremidad pélvica.

3- Exploración Vaginal:

El diagnóstico se efectúa por palpación de sus partes características. Se palpan fácilmente las tuberosidades isquiáticas, el sacro con sus apófisis espinosas, el ano y bajando la mano pueden distinguirse los órganos genitales externos. La información más exacta se basa en la localización del sacro y sus apófisis espinosas que establecen el diagnóstico de la posición y variedad.

En la presentación de pies hay que tener cuidado de no confundirla con la mano. Para diferenciarlos están los siguientes signos:

1- Signo del Talón: La característica más importante del pie es el talón (calcaneo) al pasar de la pierna al pie, el talón se nota como una prominencia en punta, el paso de una a otra forma un ángulo. El paso del antebrazo a la mano es plano.

2- Características de los dedos del Pie: a- Los dedos del pie son más cortos que los de la mano. b- Los dedos del pie son casi todos de igual longitud, los de la mano no (pulgares). Por lo tanto la línea de los dedos del pie es rectilínea, la de los dedos de la mano es curva.

3- Signo de Pulgar: El pulgar es separable, el dedo gordo del pie no.

4.- Exploración Radiológica o Ultrasonografía:

Rx. demuestra que la cabeza está menos flexionada y los brazos ocupan una posición mucho más libre de lo que generalmente se cree. En casos de hidramnios, anencefalia, obesidad o tumor pélvico los rayos "x" representan el último recurso para hacer el diagnóstico de presentación podálica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Presentación de cara
- Anencefalia
- Presentación alta de hombros.

ETIOLOGIA:

Cuando el feto se aproxima al término del embarazo tiende a acomodarse adaptándose a la forma de la cavidad uterina y adoptando una posición longitudinal con presentación de vertice (versión espontánea o fisiológica). No puede indicarse con seguridad la causa por la cual en un pequeño número de casos no se produce la versión espontánea. Favorecen la presentación pélvica los factores siguientes:

- 1- Parto Prematuro: Su pequeño tamaño requiere menor acomodación, así como el tiempo para la versión fisiológica no ha llegado.
- 2- Desviación de la forma normal del feto: hidrocefalia, anencefalia, bocio congénito se asocian con presentación pélvica; Extensión de las extremidades inferiores del feto (como nalgas incompletas) obstaculizan la versión fisiológica.
- 3- Las desviaciones de la forma normal del Utero: Utero flácido de las múltíparas, útero unicornes, bicorne o subseptos dificultan la versión espontánea.
- 4- Pélvis Estrecha: la consecuencia es la disminución de capacidad

de movimiento del feto; aunque en estudios recientes no demuestran una relación positiva entre la presentación de nalgas y pélvis estrecha₃.

- 5- Otras causas que pueden favorecer la presentación de extremidad pélvica es la disminución de la movilidad fetal por otros motivos: gemelaridad, tumores del cuello uterino, oligohidramnios₅. Hidramnios cuya consecuencia es el aumento de la movilidad fetal.

ASISTENCIA DEL PARTO EN LA PRESENTACION DE EXTREMIDAD PELVICA:

A- METODO DE ELECCION:

TRATAMIENTO CONSERVADOR: En la presentación Pélvica siempre es necesaria la asistencia del médico si se desea obtener un feto vivo. En la asistencia del parto se distinguen en estos casos 2 fases en la que el tocólogo debe actuar en sentido totalmente opuesto: una primera fase de larga duración y tranquila espera, en la que el parto debe dejarse, en lo posible a las fuerzas naturales y una segunda fase muy corta, en la que debe intervenir rápidamente.

FASE I: Período de atenta espera que comprende hasta la salida de las nalgas o más exactamente hasta que se haga visible el borde inferior del omóplato anterior. Debe considerarse como norma suprema, mientras están bien la madre y el feto esperar, esperar siempre, tanto como sea posible. Solo en los casos de extrema necesidad, es decir cuando exista una estricta indicación para la extracción (cuando cesa el progreso de la expulsión o cuando hay sufrimiento fetal), el tocólogo se verá obligado a abandonar el tratamiento de espera durante esta fase y tener que intervenir. En la FASE I el tocólogo debe tener, sobre todo, mucha paciencia o la falta de paciencia puede ser una de las principales causas de la muerte del feto. En esta fase no debemos dejarnos seducir por la idea de acelerar el parto mediante tracción prematura del pie, piernas, nalgas o tronco, ya que se logra lo contrario. Los brazos del feto que están normalmente delante del pecho se llevarían hacia arriba y esto haría más difícil su liberación. Además la cabeza adoptaría en estos casos una actitud de deflexión, la consecuencia más grave de la tracción prematura sería que el dorso se volviese hacia atrás. La tracción de un pie por Ej. cuando no está indicado disminuye todavía más de lo

normal el perímetro de la parte presentada, el paso de la cabeza se dificulta artificialmente todavía más. Sólo los tocólogos inexpertos no resisten la tentación de tirar de cualquier parte de la extremidad pélvica.

FASE II: Intervención Rápida. En el momento en que han salido las nalgas y se hace visible el ángulo inferior del omóplato anterior (comienzo de la fase II) el tocólogo debe cambiar radicalmente de conducta. En este momento hay que intervenir, porque ahora el feto está en grave peligro de asfixia por disminución y cese subsiguiente del aporte de oxígeno. Disponemos entonces como máximo de 3-5 minutos para actuar. Mediante maniobras especiales se deben liberar los brazos y extraer los hombros y la cabeza. Estas maniobras se realizan con la máxima rapidez pero también con la máxima suavidad y precaución; antes de realizarlas solo e independientemente, en una parturienta, el tocólogo debe practicarlas cuantas veces pueda en un maniqui y luego muchas veces en una mujer viva bajo la dirección y ayuda de un maestro. En las primiparas la semi extracción debe realizarse por principio en todos los casos. En las multiparas se puede esperar todavía a ver si los brazos y hombros e incluso la cabeza se expulsa espontáneamente en las próximas contracciones.

B- PARTO MEDIANTE CESAREA :

En los partos de extremidad pélvica ha de tenerse muy presente la conveniencia de un tratamiento conservador mientras sea posible, pero en determinados casos de presentación de extremidad pélvica en los que se presentan complicaciones claramente circunscritas, es preferible renunciar al tratamiento de espera, en interés de la vida del niño y recurrir a la cesarea con la máxima rapidez.

INDICACION DE CESAREA₅

PODALICA Y	}	1-	Estrechez pelvica (incluso de escaso grado).	}	ABSOLUTAS
		2-	Procidencia del cordón umbilical con dilatación insuficiente del cuello uterino		
		3-	Placenta Previa		

- 4- Eclampsia
- 5- Primíparas maduras con rigidez de partes blandas.
- 6- Fetos de gran tamaño, especialmente en primíparas

- 1- Malos tonos cardíacos, cuando coinciden con el deseo de tener un hijo
- 2- Primíparas con deseo de tener un hijo.
- 3- Inercia uterina irreductible
- 4- Parto anterior con feto muerto
- 5- Embarazo prolongado, especialmente en primíparas.
- 6- Ruptura prematura de membranas especialmente en la presentaciones puras de nalgas y en las primíparas.

RELATIVAS

EXTRACCION DE LAS PRESENTACIONES DE NALGAS:

Hay 3 tipos de partos de nalgas:

1. En el parto espontáneo de nalgas, el feto es expelido en su totalidad en forma natural sin hacer tracción o manipulación alguna, aparte de sostener al feto. Esta forma de parto es rara en casos de fetos maduros.
2. 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.
3. En el caso de la extracción de nalgas total el obstetra extrae todo el cuerpo del feto.

La técnica de la extracción de nalgas completas o incompletas por una parte y la de nalgas puras por la otra es diferente por lo que se mencionan separadamente. En todos los casos los pre-requisitos necesarios para que la extracción tenga éxito son: que la dilatación del cuello sea completa y que no existan obstáculos mecánicos.

EXTRACCION DE NALGAS COMPLETAS O INCOMPLETAS:

Ha de colocarse a la paciente en posición de litotomía en la mesa de partos, es deseable que la anestesia sea total. La extracción Parcial es una operación mucho más simple que la extracción total.

En la extracción total (esta es la operación tocológica más peligrosa para el feto; la operación tocológica más peligrosa para la madre es la versión) se introduce la mano entera en la vagina y se cogen los dos pies del feto, se atraen los pies a la vagina y se ejerce tracción hasta que aparecen en la vulva, se sigue ejerciendo tracción hacia abajo, a medida que salen las extremidades inferiores se va sujetando a un nivel más alto. Cuando aparecen las nalgas se hace tracción hacia arriba hasta que se liberen las caderas, luego se tira hacia abajo hasta que aparecen el reborde costal y más tarde las escápulas. El punto cardinal para que la extracción tenga éxito consiste en ejercer una tracción sostenida hacia abajo hasta que la mitad inferior de las escápulas estén fuera de la vulva no se ha de intentar extraer los hombros y los brazos hasta que sean visibles las axilas, si no se observa esta regla una maniobra simple se vuelve difícil. Procedimientos para la liberación de hombros se pueden utilizar la de Devinter-Müller o la maniobra de Rojas o en caso necesario la maniobra de Pajot.

Después de haber extraído los hombros la cabeza ocupa casi siempre un diámetro oblicuo de la pelvis, con el mentón orientado en dirección posterior, en la cual puede extraerse la cabeza mediante la maniobra de Moriceau; si la espalda permanece en situación posterior es preciso comenzar la extracción en occipito posterior mediante la maniobra de Praga modificada.

EXTRACCION EN LAS PRESENTACIONES DE NALGAS PURAS:

La extracción de nalgas en los casos en que está indicada resulta

algo más difícil. En tales casos hay que tratar de deshacer la cuña y sacar uno o mejor ambos pies, para esto la maniobra de Pinard ayuda materialmente a extraer los pies.

EPISIOTOMIA: La episiotomía es una intervención auxiliar importante de cualquier tipo de extracción de nalgas. Esta se realiza sólo cuando las nalgas distienden la vulva, en fetos maduros se prefiere una episiotomía medio lateral ya que con ella se obtiene un espacio mas amplio y es menos probable que se propague al recto.

FORCEPS EN CABEZA ULTIMA: Si la extracción de la cabeza mediante la maniobra de Mariceau produce dificultades es mejor abandonar el método manual y aplicar el forceps en la cabeza última, lo mejor es usar un forceps de Piper.

RETENCION DE CABEZA: A veces el cuello uterino no dilatado por completo no permite la extracción de cabeza última, ha de extraerse con prontitud si se quiere extraer al niño con vida. Al mismo tiempo que se ejerce tracción suave del cuerpo del feto puede deslizarse el cuello del útero manualmente sobre la cabeza del niño. Si esta maniobra no resulta eficaz hay que practicar incisiones de Dührssen en el cuello uterino a las 10 y 2 horas de la esfera del reloj.

PRONOSTICO: Para la madre es bueno. Para el feto el pronóstico no es tan favorable. La muerte fetal-neonatal no corregidas es 12-20o/o; excluyendo los prematuros la mortalidad perinatal es 5-6o/o.

Cinco Peligros para los Niños en Presentación Podálica.

- 1- Falta de oxígeno (peligro de asfixia después de la salida de las nalgas).
- 2- Hemorragia intracraneal con desgarro de la tienda del cerebelo como consecuencia del traumatismo durante el parto.
- 3- Dificultades producidas por las partes blandas.
- 4- Ruptura prematura de la bolsa.

5- Prolapso del cordón umbilical.

Falta de oxígeno: constituye uno de los principales peligros para el niño. La falta de oxígeno se presenta poco antes y durante la salida de los hombros y de la cabeza. Esta falta de oxígeno tiene 2 causas diferentes que actúan cronológicamente, uno tras otra. 1a. causa: si durante el parto han sido expulsadas las nalgas y una parte del tronco el útero queda vacío en gran parte, se hace más pequeño y se contrae sobre la cabeza situada todavía en el cuello uterino y en la vagina. La reducción del tamaño del útero lleva consigo una disminución de la superficie de fijación de la placenta y constituye cronológicamente la primera causa de la reducción de oxígeno en el feto. 2a. causa: el déficit de oxígeno es la compresión del cordón umbilical. Desde el momento en que la cabeza penetra en la pelvis (lo que se hace visible en el borde inferior del omóplato anterior), se comprime el cordón umbilical situado al lado, de tal manera entre los huesos de la cabeza y los de la pelvis que ya no es posible la circulación sanguínea a través del cordón umbilical, con lo que cesa todo aporte de oxígeno al feto. Esta interrupción del oxígeno comienza con la entrada de la cabeza en la pelvis, dura todo el tiempo del paso de la cabeza a través de la pelvis y cesa bruscamente en el momento de la salida de la boca. El niño tiene que asfixiarse si la cabeza no ha atravesado el conducto del parto y no ha nacido entre 3-5 minutos.

Hemorragia Intracraneal por Desgarro de la Tienda del Cerebelo como consecuencia del traumatismo del parto: dicho desgarro se produce generalmente por maniobras manuales demasiado bruscas; esta hemorragia es tan frecuente por lo menos como la asfixia y como causa de mortalidad fetal en este tipo de presentaciones.

Dificultades producidas por las Partes Blandas (dilatación insuficiente): a- la nalga es más blanda y dilata los tejidos más lentamente que la cabeza, más dura. b- La nalga no es tan voluminosa como la cabeza, por lo que las partes blandas, y en especial el hocico de tenca, no se dilatan bastante. Por lo que el paso de la cabeza se dificulta con frecuencia por la insuficiente dilatación del cuello uterino.

Ruptura Prematura de la Bolsa de las Aguas: La ruptura prematura de la bolsa exige tomar pronto una decisión acerca del

tratamiento.

Prolapso del Cordón Umbilical: las piernas y nalgas que se encuentran en el conducto del parto no suelen producir ningún magullamiento del cordón. A pesar de ello, se recomienda actuar rápidamente aunque los tonos cardíacos sean todavía buenos. La situación puede hacerse crítica cuando el tronco penetra en el estrecho superior: los tonos cardíacos empeoran en seguida lo que hace indispensable una intervención urgente.

Peligros para la Madre:

En las presentaciones de nalgas casi todos los peligros para la madre provienen de las intervenciones quirúrgicas realizadas en favor del niño. Existe peligro de infección: lesiones de las partes blandas (desgarros vaginales y perine durante el paso o extracción de la cabeza). Desgarros del cuello uterino, durante la salida de la cabeza, hay grave peligro de muerte. La ruptura prematura de la bolsa con peligro de infección ascendente es originada por la presentación pélvica.

MATERIAL Y METODOS

El objeto de estudio será la presentación podálica, que se presentó tanto en pacientes primigestas como multíparas que asistieron al departamento de obstetricia del Hospital de Amatlán por trabajo de parto durante el período de tiempo comprendido del 1-VI-78 al 31-V-80.

Se realizó en primer lugar una revisión bibliográfica para poder plantear los objetivos e hipótesis; posteriormente se efectuó una revisión del libro de archivo médico, donde se anotan todos los ingresos al departamento de maternidad para poder seleccionar los registros clínicos de las pacientes que durante el trabajo de parto tuvieron una presentación podálica, recopilando de dichas fichas los datos necesarios para llenar un cuadro maestro que contiene todos los datos necesarios para poder llegar a conclusiones y recomendaciones en base a los objetivos e hipótesis de este trabajo.

PERSONAS O DEPARTAMENTOS QUE COLABORARON:

RECURSOS HUMANOS:

- Personal del archivo del Hospital de Amatlán.
- Personal del Hospital.
- Dr. Asesor y Revisor.
- Responsable del trabajo.

RECURSOS NO HUMANOS:

- Hospital Nacional de Amatlán.
- Archivo del Hospital
- Historias Clínicas.
- Bibliotecas visitadas.
- Bibliografía relacionada con el tema.
- Cuadro maestro.

PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS

CUADRO 1

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN EL TIPO DE PRESENTACION DE LOS EMBARAZOS ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1-IV-70. AL 31-V-80

	No.	o/o
Presentación Podálica	132	4.25
Otras Presentaciones	2971	95.75
Total Partos	3103	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatlán.

Se puede observar que la frecuencia con que se presentó la Presentación Podálica fue de 4.25 o/o, notándose una ligera elevación con respecto a otros estudios los cuales reportan una frecuencia de 3-4o/o.

CUADRO 2

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN EL TIPO DE PACIENTE EN QUE SE PRESENTO LA PRESENTACION PODALICA

	No.	o/o
Primigestas	46	34.85
Múltiparas	86	65.15
Total de Presentación Podálica	132	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatlán.

En el cuadro 2 se aprecia que en pacientes primigestas la presentación en estudio tuvo una frecuencia de 1/3 del total y en múltiparas esta fue de 2/3; lo cual no se correlaciona con estudios internacionales que refieren que en más de la mitad se presenta en pacientes primigestas; no así en el estudio realizado en el hospital de Occidente que refiere una frecuencia de 37o/o en pacientes nulíparas, similar al presente.

CUADRO 3

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN LA VIA UTILIZADA EN LA RESOLUCION DEL EMBARAZO DE LA PRESENTACION PODALICA OBSERVADA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DE EL 1-VI-78 AL 31-V-80

VIA	No.	o/o
Vaginal	86	65.15
Abdominal	46	34.85
TOTAL	132	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatitlán.

La vía de resolución del embarazo más utilizada en el presente estudio fue la vaginal (65.15o/o) y la vía abdominal es utilizado solo en el 34.85o/o.

CUADRO 4

NUMERO Y PORCENTAJE DE MORTALIDAD FETAL-NEONATAL BRUTA Y CORREGIDA OCURRIDA EN LA PRESENTACION PODALICA OBSERVADA EN EL HOSPITAL DE AMATITLAN DEL 1-VI-78 AL 31-V-80

	NO CORREGIDA		CORREGIDA	
	No.	o/o	No.	o/o
Fallecidos	44	33.33	20	15.15
Vivos	88	66.67	---	---
Total	132	100.00	20	15.15

CUADRO 4a

Mortalidad Corregida	No.	o/o
Primigestas	2	1.52
Multipas	18	13.63
Total	20	15.15

En este cuadro se puede notar lo sumamente elevado de la mortalidad fetal-neonatal, la cual asciende a un 33o/o de la mortalidad bruta; ahora bien excluyendo los prematuros (calculados principalmente por peso y cuando éste no se encontró se tomó la edad gestacional por última regla) y los que presentaron anomalías congénitas incompatibles con la vida ascendió siempre a un alarmante 15.15o/o.

CUADRO 5

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON PRESENTACION PODALICA OBSERVADOS EN EL HOSPITAL DE AMATITLAN DEL 1-VI-78 AL 31-V-80 SEGUN LA EDAD

GRUPO ETARIO	No.	o/o
15 - 19	25	18.94
20 - 24	26	19.70
25 - 29	43	32.57
30 - 34	18	13.64
35 - >	20	15.15
Total	132	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatitlán.

El grupo etario en el cual se presentó con más frecuencia la presentación podálica fue el comprendido entre 25-29 años con un 32.57o/o y el menor fue el comprendido entre 30-34 años con un 13.64o/o.

CUADRO 6

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON PRESENTACION PODALICA OBSERVADOS EN EL HOSPITAL DE AMATITLAN DEL 1-VI-78 AL 31-V-80, SEGUN EL TIPO DE OCUPACION

Ocupación	No.	o/o
Oficios Domésticos	128	96.97
Secretaria	3	2.27
Enfermería	1	0.76
Total	132	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatitlán.

En este cuadro se puede notar que el 96.97o/o del total de pacientes se dedican a oficios domésticos, lo cual es un fiel reflejo de la condición socioeconómica del tipo de paciente que atiende el Hospital de Amatitlán.

CUADRO 7

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON PRESENTACION PODALICA OBSERVADOS EN EL HOSPITAL DE AMATITLAN DEL 1-VI-78 AL 31-V-80 QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL.

Prenatal	No.	o/o
Con Control	28	21.22
Sin Control	50	37.88
No Hay Referencia	54	40.90
Total	132	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatlán.

Se aprecia que únicamente el 21.22o/o de pacientes tuvo control prenatal y en un o/o mayor (40.90) no hay nota en la historia clínica si la paciente tuvo o no control prenatal; esto es significativo porque siendo una presentación considerada como de alto riesgo son pocas las pacientes que llegan al hospital con cierta orientación para el parto; pero lo más alarmante es la poca importancia que se le da al control prenatal en la admisión de este hospital reflejado en el elevado porcentaje en que no se encontró referencia sobre el mismo.

CUADRO 8

NUMERO Y PORCENTAJE EN QUE FUE UTILIZADO CADA MEDIO PARA EL DIAGNOSTICO DE PRESENTACION PODALICA QUE SE OBSERVO EN EL HOSPITAL DE AMATITLAN DEL 1-VI-78 AL 31-V-80.

Medio de diagnóstico	No.	o/o
Maniobras de Leopold	132	100.00
Tacto Vaginal	132	100.00
Rx. de Abdomen	24	18.17

CUADRO 8a

Vía del parto	Rx. de Abdomen		Primigesta		Multípara	
	No.	o/o/46	No.	o/o/86	No.	o/o/86
Vaginal	2	4.35	8	9.30		
Cesaria	12	26.08	2	2.32		
Total	14	30.43	10	11.62		

Fuente: Hospital Nac. de Amatlán.

Se observa que las maniobras de Leopold y el tacto vaginal se utilizaron en un 100o/o; lo que llama la atención es que los rayos "X" se utilizaron únicamente en un 18.17o/o del total de pacientes por un lado, y por el otro es que solamente en poco menos de 1/3 del total de pacientes primigestas se utilizó Rx. de Abdomen, que agrava aún más lo anotado ya que no es lo esperado de una Pelvimetría Radiológica; cuyo medio diagnóstico se utilizaría no solamente para afinar el diagnóstico de la Presentación sino además para tener una base firme para decidir la vía del parto.

CUADRO 9

NUMERO Y PORCENTAJE DEL DIAGNOSTICO DE LA PRESENTACION DADO A LAS PACIENTES CON PRESENTACION PODALICA AL MOMENTO DE SU INGRESO EN EL HOSPITAL DE AMATITLAN DEL 1-VI-78 AL 31-V-80.

Diagnóstico de ingreso	No.	o/o
Podálica	83	62.88
Cefálica	35	26.52
Transversa	5	3.78
Sin diagnóstico	9	6.82
Total	132	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatlán.

Al momento de ingreso, se diagnosticó únicamente el 62.88o/o la presentación correcta y en el resto de pacientes el diagnóstico fue errado; esto es importante porque como se dijo anteriormente es importante tener un diagnóstico certero para decidir en el inicio del trabajo de parto o a más tardar en el principio del segundo período la vía de resolución del embarazo a utilizar.

CUADRO 10

NUMERO Y PORCENTAJE DE LOS ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS "PARTOS" DE LAS PACIENTES CON PRESENTACION PODALICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE AMATITLAN DEL 1-VI-78 AL 31-V-80.

Partos Anteriores	No.	o/o
0	51	38.64
1	20	15.15
2	10	7.57
3	5	3.79
4	13	9.85
5 y más	33	25.00
TOTAL	132	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatlán.

Este cuadro que hace referencia al antecedente de partos anteriores se observa que el mayor porcentaje (38.64o/o) no tenían partos anteriores (se toma como parto a la resolución del embarazo por vía natural y no por medio de cesarea).

CUADRO 11

NUMERO Y PORCENTAJE DE LA EDAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON PRESENTACION PODALICA OBSERVADAS EN EL HOSPITAL DE AMATITLAN DEL 1-VI-78 AL 31-V-80 CALCULADA EN BASE A LA ULTIMA REGLA.

Edad gestacional	No.	o/o
< - 33	4	3.04
34 - 36	20	15.15
37 - 40	73	55.31
41 - >	15	11.35
Sin Cálculo	20	15.15'
Total	132	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatlán.

Según este cuadro el 18.19o/o presentaron prematuridad y el 66.66o/o tenían un embarazo considerado a término.

CUADRO 12

NUMERO Y PORCENTAJE DE LA PRINCIPAL INDICACION DE CESAREA EN PACIENTES CON PRESENTACION PODALICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE AMATITLAN DEL 1-VI-78 AL 31-V-80.

Indicación de Cesarea	No.	o/o
Primigesta en Podálica	30	65.22
Cesarea Anterior	5	10.87
Estrechez Pélvica	5	10.87
Desproporción Céfalo-Pélvica	3	6.52
Placenta Previa	2	4.35
Sufrimiento Fetal	1	2.17
Total	46	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatlán.

Se observa en la principal indicación de cesarea fue el diagnóstico de Primigesta en Podálica (65.22o/o); hay que tomar en cuenta que la principal indicación de cesarea (en el total de embarazos) en el Hospital de Amatlán es la Cesarea Anterior, por lo que estas pacientes serán candidatas en futuros embarazos a cesarea. La estrechez pélvica y cesarea anterior siguieron en frecuencia con 10.87o/o cada uno.

CUADRO 13

NUMERO Y PORCENTAJE DE LA CONDICION DEL RECIEN NACIDO SEGUN LA VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO EN BASE AL PUNTAJE DE APGAR CALCULADO AL MINUTO DEL NACIMIENTO.

Apgar 1'	Vía Parto	VAGINAL		CESAREA		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	
0 - 3	40	46.51	3	6.52	43	32.58	
4 - 7	32	37.21	19	41.31	51	38.64	
8 - 10	3	3.49	23	50.00	26	19.69	
Ingresó sin foco	11	12.79	1	2.17	12	9.09	
TOTAL	86	100.00	46	100.00	132	100.00	

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatitlán.

Este cuadro representa las condiciones de los recién nacidos al momento del nacimiento calculado en base al puntaje Apgar al minuto, observando que los recién nacidos producto de cesarea presentan mejor apgar que los nacidos por vía vaginal.

CUADRO 14

NUMERO Y PORCENTAJE DE LA CONDICION DEL RECIEN NACIDO SEGUN LA VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO EN BASE AL PUNTAJE DE APGAR CALCULADO A LOS CINCO MINUTOS DE NACIDO:

Apgar 5'	Vía parto	VAGINAL		CESAREA		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	
0 - 3	20	23.25	1	2.17	21	15.91	
4 - 7	21	24.42	3	6.52	24	18.18	
8 - 10	34	39.54	41	89.14	75	56.82	
Ingresó sin foco	11	12.79	1	2.17	12	9.09	
TOTAL	86	100.00	46	100.00	132	100.00	

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatitlán.

Al igual que en el cuadro 13 se observa que a los 5 minutos de vida los recién nacidos producto de cesarea presentan mejor Apgar, disminuyendo los apgar mínimos y aumentando en porcentaje los apgar de mejor pronóstico.

CUADRO 15

CONDICION DE EGRESO DEL R.N. SEGUN LA VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO, TOMANDO EN CUENTA EL PESO DEL MISMO AL MOMENTO DEL NACIMIENTO:

Vía Parto Peso en gr.	VAGINAL				CESAREA				TOTAL	
	Vivo		Falleció		Vivo		Falleció		V	F
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	No.
1000 - 2499	9	10.5	5	5.8	2	4.4	3	6.5	11	8
2500 - >	38	44.2	8	9.3	35	76.1			73	8
Ingreso sin foco			11	12.8			1	2.2		12
Anomalía Cong.			8	9.3						8
Sin Peso			7	8.1	4	8.7	1	2.2	4	8
Total	47	54.7	39	45.4	41	89.2	5	10.9	88	44

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatitlán.

En este cuadro se analiza las condiciones de egreso de los recién nacidos tomando en cuenta el peso y la vía de resolución del embarazo, notándose que los niños producto de cesarea tienen mejor pronóstico que los nacidos por vía vaginal.

CUADRO 16

NUMERO Y PORCENTAJE DE LAS COMPLICACIONES FETALES SEGUN LA VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO:

Complicación	VAGINAL		CESAREA		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Retención de Cabeza	36	69.64	0	0	39	68.42
Retención de Hombros	16	28.57	0	0	16	28.07
Herida gluteo	0	0.00	1	100.00	1	1.75
Lesión Plexo Braquial	1	1.79	0	0	1	1.75
Total	56	100.00	1	100.00	57	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatitlán.

La principal y más frecuente complicación fetal en la resolución del embarazo por vía vaginal fue la retención de cabeza que se observó en un 69.64o/o. En la cesarea se presentó solo un caso de herida de gluteo.

CUADRO 17

NUMERO Y PORCENTAJE DE LAS PRINCIPALES ANOMALIAS CONGENIAS INCOMPATIBLES CON LA VIDA PRESENTADAS EN LOS R.N.

Anomalia Congenita	No.	o/o
Hidrocefalia	5	62.5
Otras Anomalías	3	37.5
Total	8	100.00

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatitlán.

Se observa que la anomalía congénita más frecuente fue la hidrocefalia que se presentó en un 62.5o/o; tomando en cuenta el total de partos esta se presentó en 1 por cada 651 partos cifra muy por arriba de los datos publicados de 1 por cada 2000 partos.

CUADRO 18

NUMERO Y PORCENTAJE DE LA PRINCIPAL MORBILIDAD MATERNA

Morbilidad	VAGINAL		CESAREA		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Infección Herida	0	0	7	63.64	7	24.13
Endometritis			2	18.18	2	6.90
Rasgadura Perine	13	76.22			13	44.83
Rasgadura Cervical	3	16.67			3	10.34
Rasgadura Uterina			2	18.18	2	96.90
Shock Hipovolemico	2	11.11			2	6.90
Total	18	100.00	11	100.00	29	100.00

Fuente: Hospital Nac. de Amatitlán.

La principal morbilidad materna secundaria a la presentación Podálica fué la rasgadura del periné, seguida de rasgadura cervical esto con respecto a la vía vaginal, ahora bien con respecto a la vía abdominal la más frecuente complicación fue la infección de herida operatoria. Hay que hacer notar que no se presentó ninguna muerte materna relacionada con esta presentación.

CUADRO 19

CONDICION DE EGRESO DEL R.N. HIJO DE MADRE PRIMIGESTA EN PODALICA, OBSERVADA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLÁN DEL 1-VI-78 AL 31-V-80, SEGUN LA VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO TOMANDO EN CUENTA LA EDAD GESTACIONAL POR ULTIMA REGLA.

Vía	VIVO		FALLECIDO		SIN EDAD			OBITO	ANOMAL CONG.
	< No.	37 o/o	> O/o	< No.	37 o/o	> o/o	Viv		
Vaginal		4	100	3	100	0	-	1	0
CSTP	3	75	91	1	25	2	9	1	0
Total	3	-	-	4	-	2	-	2	0

Fuente: Archivo Hospital Nac. de Amatlán.

Este cuadro analiza la condición de egreso de los recién nacidos hijos de madres primigestas producto de parto por vía vaginal o abdominal. Excluyendo los prematuros calculados en base a la última regla, los sin historia de edad gestacional por última regla y los que ingresaron sin foco fetal; se observa que el 100o/o de los recién nacidos producto de parto por vía vaginal y 91o/o por vía vaginal egresaron en buenas condiciones (vivos), por lo que la vía vaginal tiene un 9o/o de mejor pronóstico que la vía abdominal. Para establecer si el resultado obtenido es verídico o producto de la casualidad se realizó el Chi Cuadrado, el cual reportó un poco más del 40o/o de casualidad por lo que dicha diferencia no es significativa.

CONCLUSIONES

- 1- La Presentación Podálica tuvo una frecuencia de 4.25o/o del total de partos atendidos en el Hospital de Amatlán durante el período comprendido del 1-VI-78 al 31-V-80.
- 2- La Presentación Podálica se presentó principalmente en pacientes múltiparas (65.15o/o).
- 3- La vía vaginal fué la más utilizada (65.15o/o) para la resolución del embarazo en pacientes con presentación podálica.
- 4- La mortalidad fetal-neonatal en Presentación Podálica fué de 33.33o/o y corregida fué de 15.15o/o.
- 5- El grupo etario en que más se observó la Presentación Podálica fué el comprendido entre 25-29 años con 32.57o/o.
- 6- El 96.97o/o de las pacientes se dedican a oficios domésticos.
- 7- Únicamente el 21.22o/o de las pacientes en estudio tuvo control prenatal y en el 40.90o/o no se encontró referencia del mismo.
- 8- Los medios diagnósticos Maniobras de Leopold y Tacto Vaginal se utilizan en un 100o/o y únicamente en un 18.7o/o se utilizaron los rayos "X" de abdomen.
- 9- Solamente en el 62.88o/o se diagnosticó la Presentación Correcta al momento del ingreso.
- 10- El mayor porcentaje (51o/o) de las pacientes con presentación podálica no habían tenido un parto por vía vaginal.
- 11- El 66.66o/o de las pacientes presentó un embarazo a término.
- 12- La Principal indicación de cesárea en la presentación podálica

fue el Diagnóstico de Primigesta en Podálica (65.22o/o).

- 13- Presentaron mejores condiciones al nacer los recién nacidos producto de Cesárea, evaluado según el puntaje APGAR al minuto y a los 5 minutos.
- 14- La resolución del embarazo por vía vaginal presentó más complicaciones fetales (98.25o/o).
- 15- La hidrocefalia fue la Anomalía Congénita más frecuente.
- 16- La Principal morbilidad materna fue la rasgadura del Perine.
- 17- La diferencia observada en favor de la resolución del embarazo por vía vaginal en pacientes primigestas con presentación podálica no fue significativa (según cuadro 19).

RECOMENDACIONES

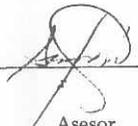
- 1- En base al elevado porcentaje de mortalidad fetal se hace necesario promover a nivel nacional la importancia del contron prenatal.
- 2- Durante el examen físico, al realizar las maniobras de Leopold y tacto vaginal, estas sean efectuadas en una forma precisa y exacta (siguiendo una técnica preestablecida) para poder llegar al diagnóstico y obtener todos los datos importantes que dichos exámenes nos pueden proporcionar, minimizando de esta forma la falta de recursos tecnológicos existentes.
- 3- Que las autoridades responsables del buen funcionamiento del hospital de Amatitlán exijan que la calidad de los registros clínicos sean mejorados.
- 4- Al atender un parto en Podálica éste sea efectuado por un personal capacitado.
- 5- Que se planifique y se ponga en práctica por parte de los responsables del departamento de Obstetricia del Hospital de Amatitlán un método de estudio que conlleve a superar el nivel académico y con lo cual ofrecer una mejor atención médica.
- 6- En vista de que la diferencia observada en favor de la resolución del embarazo por vía vaginal en pacientes primigestas con presentación podálica no fue significativa, llevar a cabo por los responsables del departamento de obstetricia, lo más pronto posible un estudio que permita establecer claramente que vía es la que presenta mejor pronóstico para los recién nacidos y madre tomando en cuenta los recursos existentes en el hospital.
- 7- Tomando en cuenta el elevado porcentaje de mortalidad fetal es necesario que en el departamento de Obstetricia del Hospital de

Amatitlán diseñe un protocolo que sirva de guía aunque no absoluta sobre el manejo de pacientes con presentación podálica.

BIBLIOGRAFIA

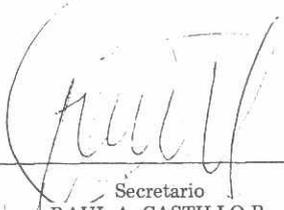
- 1- Benson, Ralph. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. 5a. ed. Traducido por Dr. Armando Soto. Editorial El Manual Moderno, México 1979.
- 2- Lewis, Victor MD y Seneviratne H.R.. *Resolución Vaginal y por Cesarea de la Presentación Podálica*. American Journal Obstetrics and Gynecology Vol. 134, 1979.
- 3- Louis L. Hellman, Jack A. Prichard. *Williams Obstetricia*. 14a. ed. Editorial Salvat S.A. Barcelona, España 1973.
- 4- Mendizabal Mazariegos, Julio Rafael. *Presentación Pelviana* Tesis de graduación USAC, año 1979.
- 5- Pschyrembel, W. *Obstetricia Práctica*. 3a. ed. Traducido por Dr. Leesmes Zabal Cervera. Editorial Labor S.A. España, 1979.
- 6- Quiñonez Villatoro, E. Antonio. *Presentación Podálica en Primigesta*. Tesis de Graduación USAC, año 1980.
- 7- Rodas Castillo, M. Antonio. *Operación Cesarea en el Hospital Nacional de Amatitlán*. Tesis de graduación USAC. Año 1980.
- 8- Santizo Gálves, Roberto. *Consideraciones sobre presentación Podálica en Primigestas*. Tesis de graduación USAC. Año 1958.
- 9- Schwarcz, Ricardo. *Obstetricia*. 3a. ed. Editorial El Ateneo Argentina, 1970.

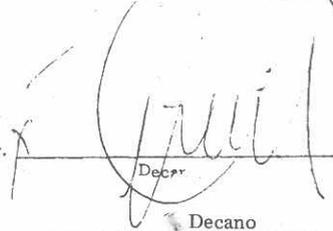
Br. 
CARLOS GUILLERMO SAPON CHOS

Dr. 
Asesor
IRMA YOLANDA SAPON GARCIA

Dr. 
LUIS ALFREDO NUÑEZ RAMIREZ

Dr. 
Director de Fase III
CARLOS WALDHEIM

Dr. 
Secretario
RAUL A. CASTILLO R.

Vo. Bo.
Dr. 
Decano
ROLANDO CASTILLO MONTALVO