

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"MANEJO DEL PARTO EN
PRESENTACIONES DEFLEXIONADAS"

LUIS RAMON GIRON HIGUEROS

GUATEMALA, MAYO DE 1981

CONTENIDO

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES
3. REVISION DE LITERATURA
4. OBJETIVOS
5. MATERIAL Y METODOS
6. ANALISIS DE RESULTADOS
7. CONCLUSIONES
8. RECOMENDACIONES
9. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación constituye un análisis estadístico del parto en presentaciones deflexionadas, presentado en pacientes hospitalizadas en la maternidad del Hospital Roosevelt, durante los años de 1970 a 1980, con el fin de tener un mejor conocimiento de la cantidad de partos encontrados en presentaciones deflexionadas, como también para conocer las formas de resolución de los mismos y las complicaciones tanto maternas como fetales a que estos conllevan.

En este estudio se realizó una revisión de todas las papeletas de registros médicos de las pacientes con parto en presentaciones deflexionadas, encontrándose un total de 230 partos en presentaciones deflexionadas, en la siguiente forma: 139 partos en presentación de cara y 91 partos en presentación de frente.

El total de partos que hubo durante el período estudiado fué de 157 665 partos por lo que la incidencia de parto en presentaciones deflexionadas fué de 1 parto en presentación de cara por cada 1 134 partos y 1 parto en presentación de frente por cada 1 732 partos.

Al final de la investigación se hizo un análisis comparativo con datos obtenidos de autores consultados anteriormente, tanto de la literatura mundial, como de datos recavados de un estudio anterior realizado en la maternidad del Hospital Roosevelt durante el año de 1964.

La forma de presentar el análisis estadístico se hizo en forma separada, primero datos referidos a presentación de cara y luego datos obtenidos de presentación de frente, para que al final se realizaran conclusiones generales.

Los objetivos planteados antes de la investigación puede concluirse que se cumplieron y lograron los mismos, ya que a través de la investigación se tiene la incidencia de los partos en presentaciones deflexionadas, así como las principales formas de resolución de los mismos, las complicaciones durante el pre y post parto y la morbi-mortalidad que producen.

Para llevar a cabo esta investigación se emplearon varios parámetros, entre los cuales los más importantes son la edad, paridad, control prenatal, uso o no de rayos X, cantidad de partos eutócicos y distócicos presentados tanto en primíparas como en multíparas y las formas de resolución de los partos, como también las principales complicaciones materno-fetales durante el parto y post parto.

En la presentación de frente en el 88.3% de los casos, el parto fue resuelto por cesárea, y el resto de los casos por vía vaginal de los cuales uno fue espontáneo en los 6 restantes.

ANTECEDENTES

Se realizaron investigaciones a través de la literatura mundial y de literatura nacional, encontrándose únicamente un estudio anterior realizado por el Doctor José Antonio René Román, el cual efectuó un estudio del parto en presentación de cara en el año de 1964, en la maternidad del Hospital Roosevelt, encontrando un total de 122 casos de parto en presentación de cara, en una revisión de 8 años anteriores, y también se revisó un estudio mexicano encontrado en la Revista de Ginecología y Obstetricia de Diciembre de 1970.

Según los datos sacados de la Revista mexicana, los principales son los siguientes:

Datos Generales	Cara	Frente
Edad	27.2 años	28.4 años
Gesta	4.8	4.8
Semanas de Gestación	39.2	39.6
Hrs. de trabajo de parto	7.6	8.6
Peso promedio del RN	3127 gm.	3138 gm.

Las variedades más frecuentemente encontradas fueron las siguientes:

Cara: MIIA 14 casos (23.3%) Frente: NIIA 26 casos (43%)
 MIDP 24 casos (40.0%) NIDP 10 casos (16.6%)

Vías de Resolución:

Según datos del estudio mexicano, los partos en presentación de cara en el 80% de los casos fueron resueltos por vía vaginal, y de éstos 48 casos sólo en 2 se aplicó forceps.

En la presentación de frente en el 88.3% de los casos, el parto fué resuelto por cesárea, y el resto 7 casos por vía vaginal de los cuales uno fué espontáneo y en los 6 restantes se aplicó forceps.

Morbi-Mortalidad Materno Fetal:

En la presentación de cara la morbilidad materna del total de casos estudiados (60), se presentó en 7 casos (11.6%), y la mortalidad fué de 0.

En la presentación de cara la morbilidad fetal de estos mismos casos estudiados, fué de 9 casos, (15%), y la mortalidad en 4 casos.

En la presentación de frente, también se evaluaron 60 casos de los cuales 30 casos fueron causa de morbilidad materna, y 1 caso de mortalidad.

La morbilidad fetal encontrada en los casos de presentación de frente fué de 15 casos o sea un 25% y la mortalidad de 3 casos.

Las causas más frecuentes de morbilidad materna en la presentación de cara fueron: 1- Desgarros del periné en 3 casos, 2-Atonía uterina post parto 2 casos, 3- desgarros del cervix: a caso, etc.

La morbilidad materna en la presentación de frente, la más frecuente encontrada fué la prolongación de la histerotomía en 7 casos de los 30 encontrados, seguido de infección de herida operatoria en 6 casos, endometritis, 4 casos, atonía uterina 1 caso.

La mortalidad materna en la presentación de frente fué de 0.

De los estudios realizados por el Doctor José Antonio René Román en su tesis realizada en 1964, sobre parto en presentación de cara en el Hospital Roosevelt, sobre

un total de 122 casos encontrados, fueron los siguientes:

- 1- El encontró una incidencia de 1 parto de cara por cada 655 partos, dando un porcentaje de 0.15%.
- 2- La edad más frecuentemente encontrada fué entre los 22 a 23 años en 62 casos o sea un 50.8%. Paciente más joven de 14 años y la de mayor edad de 42 años.
- 3- La paridad fué más frecuente en múltiparas.
- 4- Con respecto al control prenatal 80 pacientes no tenían control.
- 5- El diagnóstico de ingreso sólo se hizo en 14 casos, confundiendo con el de presentaciones cefálicas.
- 6- Los tipos de parto fueron:
Primíparas:Eutócicos: 20 casos,Distócicos:14 casos
Múltiparas: " 69 " " 19 "
- 7- La duración del trabajo de parto: en primigestas - de 12 a 24 hrs. y en múltiparas de 2 a 12 hrs.
- 8- Las conductas obstétricas empleadas: C.S.T. en 18 casos, forceps medio y bajo en 8 casos, versión y gran extracción pelviana 4 casos.

REVISION DE LITERATURA

GENERALIDADES:

Presentación de Cara:

Definición: Se llama más simplemente presentación de cara a aquella que se ofrece al estrecho superior en actitudes de deflexión máxima.

Incidencia: Según Williams: se encuentra una presentación de cara por cada 500 partos, siendo más frecuente en múltiparas que en primigestas. (5)

En 31 000 partos consecutivos en el New Lyng In Hospital la frecuencia de éstas presentaciones fué de 0.27% o uno de cada 369 partos. (5)

Según Schwarcs, la frecuencia de estas presentaciones puede calcularse en un caso cada 350 partos. (6).

Punto de Reparó: El punto de reparó que permite hacer el diagnóstico es el mentón. (MI)

Punto de Referencia: (Guía de posición) es la pirámide nasal con sus orificios nasales.

Corrientemente la mayoría de las caras ocupan el diámetro oblicuo izquierdo de la pelvis. (6)

ETIOLOGIA:

Se considera como una causa de presentación de cara cualquier factor que deflexione la cabeza o que impida la flexión de ésta; se pueden dividir en maternas, fetales y ovulares.

Maternas: a) La estrechez pelviana: se trata de pelvis ligeramente aplanadas, de estrechez poco pronunciada, de más de 9.5 cm. de diámetro útil. b) La multiparidad: se encuentra doble cantidad de presentaciones de cara en múltiparas que en primíparas. c) La oblicuidad del útero. d) La presencia de tumores.

Fetales: a) Fetos grandes, las malformaciones cefálicas (acraneos, anencéfalos, meningocele), el bocio congénito, los vicios de conformación de la columna cervical, la procidencia de miembros, la dolicocefalia, higromas quísticos, fusión cervical.

Ovulares: Las circulares del cordón al cuello, el hidramnios y la placenta previa. (4,6).

DIAGNOSTICO:

En general el diagnóstico no se hace durante el embarazo, por no estar constituida la presentación.

Diagnóstico durante el Embarazo: Por las maniobras de Leopold:

Primera Maniobra: Nalgas en fondo uterino.

Segunda Maniobra: Dorso en la parte izquierda y posterior del abdomen y apreciado solamente en su parte superior.

Tercera Maniobra: La cabeza puede detectarse por arriba del estrecho superior.

Cuarta Maniobra: Acentuada prominencia cefalica en el lado izquierdo. Aunque estos hallazgos abdominales resultan a veces subjetivos el diagnóstico de presentación de cara descansa siempre en la exploración vaginal.

A la palpación vaginal, los rasgos distintivos de la cara son la boca, la nariz, los huesos malares y sobre todo los rebordes orbitarios. Lo característico de la presentación de cara es que se palpan a la vez el mentón y la glabella. (4)

Mecanismo del Parto: El mecanismo en estos casos

consiste en movimientos cardinales de descenso, rotación interna y flexión, y movimientos accesorios de extensión y rotación externa. El descenso tiene lugar por los mismos factores que en la presentación de vértice. La extensión es el resultado de la relación del cuerpo fetal con la cabeza deflexionada, la cual se convierte en una palanca de dos brazos, cuyo brazo largo se extiende desde la articulación occipitovertebral hasta el occipucio.

El objeto de la rotación interna de la cara es situar el mentón bajo la sínfisis del pubis; única posición en que es posible un parto normal.

La rotación interna en la presentación de cara es el resultado de los mismos factores que en la presentación de vértice. Después de la rotación anterior y descenso, el mentón y la boca aparecen en la vulva; la superficie inferior del mentón presiona contra la sínfisis, y la cabeza se exterioriza mediante la flexión. La nariz, ojos, frente, bregma y occipucio aparecen entonces sucesivamente sobre el borde inferior del periné. Después del parto de la cabeza el occipucio se dobla hacia atrás en dirección del ano. (4,6)

CONDUCTA:

La conducta a seguir en las presentaciones de cara comprende los principios siguientes: 1- Pelvimetría: esencial para demostrar o descartar una estrechez pélvica. 2- Si existe cualquier grado importante de estrechez pélvica con desproporción respecto al tamaño fetal, está indicada la operación cesárea. 3- Si la pelvis es normal y el mentón está en situación anterior puede esperarse un parto normal o mediante un forceps bajo. 4- Si la pelvis es normal y el mentón está en situación posterior, puede esperarse la rotación espontánea y un parto vaginal fácil en 2/3 de los casos. 5- Si el mentón persiste en situación posterior, tanto en primigrávidas como en multiparas, está indicada la cesárea, si el feto está vivo. (4.6)

PRONOSTICO:

Desde el punto de vista fetal, la morbi-mortalidad es más elevada tanto en el trabajo de parto, como en los días siguientes al nacimiento, a causa de la gran compresión que sufre la cabeza (hemorragias meningeas), síndrome de dificultad respiratoria y bronconeumonía por aspiración.

Desde el punto de vista materno, lo más frecuente lo constituyen los desgarros perineales, y por maniobras obstétricas las injurias uterinas. (1,3,4,6)

PRESENTACION DE FRENTE:

En la presentación de frente, la cabeza ocupa una posición media entre la flexión completa y la extensión completa, y la parte entre el borde orbitario y la gran fontanela se presenta en el estrecho superior de la pelvis. La presentación de frente persistente apareció sólo una vez en 1 314 partos, de acuerdo con Maltzer y Col. El índice es de 0.1% en el Obstetrical Statistical Cooperative. (4).

ETIOLOGIA:

Las causas de la presentación de frente son esencialmente las mismas que las de presentación de cara. Maltzer indica que el 21% de los casos se relaciona con la prematuridad o con una pelvis estrecha. (4)

Según Schwarcs, en las causas maternas la multiparidad se encuentra en un 75% de los casos y las viciaciones pelvianas ligeras en un 36% de los casos. (6)

DIAGNOSTICO:

La presentación puede reconocerse ocasionalmente por palpación abdominal, pero casi siempre es necesaria

la exploración vacinal. Al tacto vaginal, se encuentra una bolsa de las aguas piriforme y la presentación muy elevada; la frente es el punto mas declive, se aprecian la sutura sagital, y la sutura frontal, además puede identificarse parte de la gran fontanela, bordes orbitarios, ojos, nariz nasal, pero en este caso no se alcanza la nariz, boca ni mentón. (4,6).

MECANISMO DEL PARTO:

El mecanismo del parto en la presentación de frente varía de acuerdo con el tamaño del feto, tamaño que según la mayoría de los observadores, con frecuencia está por debajo de lo normal.

Con fetos pequeños, el parto suele ser fácil, pero con los grandes el parto es muy difícil. La causa de la dificultad reside en el enclavamiento en el estrecho superior del diámetro mento occipital, el mayor diámetro que tiene 13.5 cm. por término medio.

Después del moldeamiento y descenso, la frente en ocasiones gira anteriormente, y aparecen en la vulva la región frontal, los bordes orbitarios y la raíz de la nariz. Uno de los huesos maxiliares inferiores se apoya contra el borde inferior de la sínfisi púbica; el resto de la cabeza se exterioriza entonces mediante flexión extrema, y aparecen la frente, el bregma, y el occipucio, sucesivamente sobre el borde anterior del periné. Después de aparecer el occipucio, la boca y mentón descienden por detrás del arco pubiano, gracias a un movimiento de extensión.

Un feto grande es incapaz de penetrar en el canal del parto sin un considerable moldeamiento de la cabeza, lo cual alarga el parto y produce las características deformaciones cefálicas que se observa al nacer. (4.6).

TRATAMIENTO Y CONDUCTA:

Durante el período dilatante: Con bolsa íntegra: - Si la presentación es móvil, esperar que aún pueda modificarse la actitud fetal; si la presentación está fija y ya constituida, con feto chico, con pelvis normal y buenas partes blandas, hacer la prueba del parto. Si estos factores están ausentes, practicar la operación cesárea.

Con bolsa rota: Las maniobras manuales de transformación son ilusorias. La conducta será espectante si la pelvis es normal y el feto prematuro. Se recurrirá a la operación cesárea, si el feto es de buen tamaño y con cabeza osificada, y con mayor razón si existen otros factores como pelvis viciada, placenta previa, etc.

Durante el período expulsivo: Si la bolsa está íntegra o acaba de romperse, el feto es pequeño y está aún móvil y pelvis normal está indicada la extracción por manobra de Urpi.

Si el niño es voluminoso o la pelvis estrecha, debe practicarse operación cesárea. Con feto vivo y condiciones obstétricas desfavorables, practicar una cesárea abdominal. Con feto muerto creneoclasia. (4)

OBJETIVOS:

- 1- Determinar y establecer a través de un análisis estadístico la incidencia de parto en presentaciones deflexionadas durante un período de tiempo establecido, en la maternidad del Hospital Roosevelt.
- 2- Hacer un análisis comparativo del porcentaje obtenido en la investigación, con datos de autores nacionales de estudios anteriores y de datos tomados de la literatura mundial.
- 3- Tener un índice de morbilidad y mortalidad materna

ANALISIS DE RESULTADOS

ANALISIS ESTADISTICO:

Parto en presentación de Cara:

1- Material y Método:

Se procedió a revisar los registros médicos de todas las pacientes que presentaron parto en presentación de cara, encontrándose un total de 139 casos, durante los años de 1970 a 1980, en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

Durante este tiempo se atendieron un total de 157 665 partos de los cuales 139 fueron en presentación de cara.

Incidencia:

Tomando en cuenta que en la maternidad del Hospital Roosevelt se atendieron un total de 157 665 partos y sólo hubo un total de 139 partos en presentación de cara, la incidencia obtenida es de 1 parto en presentación de cara por cada 1 134 partos, dando un porcentaje de 0.08%.

Análisis de los Datos Obtenidos:

Revisados y tabulados cada uno de los registros médicos de las pacientes que presentaron parto en esta modalidad, se encontraron los siguientes datos que se exponen a continuación.

2- Edad:

En el Cuadro No. 1, se distribuyen las pacientes por grupo de edad:

CUADRO No. 1

Edad de las Pacientes	Número de Casos	%
De 16 a 20 años	39	28
De 21 a 25 años	23	17
De 26 a 30 años	46	33
De 31 a 35 años	13	9
De 36 a 40 años	13	9
TOTAL	139	

Se comprueba con este cuadro, que hubo más pacientes con presentación de cara entre los 26 a 30 años, con un 33%, siguiendo las pacientes jóvenes de 16 a 20 años con 39 casos (28%), y luego las de 21 a 25 años con 23 casos (17%).

La paciente más joven fue de 16 años y la de mayor edad de 42 años.

3. Paridad:

En el Cuadro No. 2 se distribuyen las pacientes según su paridad.

Este cuadro nos indica que es bastante difícil hacer el diagnóstico de presentación de cara al ingreso, debido a la poca experiencia del médico interno, únicamente se logró hacer diagnóstico en el 13% de los casos, y esto fué debido a que las pacientes ya tenían membranas rotas o una buena dilatación cervical. También se observa cierto índice de equivocación en el diagnóstico con la presentación podálica.

Diagnóstico por Rayos X:

A continuación en el cuadro siguiente se analizan el uso o no de Rayos X, para la confirmación del diagnóstico y para la evaluación pelvimétrica materna, así como para evaluar la situación fetal.

Cuadro No. 5

	Número de Casos	%
Se usó Rayos X	45	32
No se usó Rayos X	94	68
TOTAL	139	

A pesar de la importancia de los Rayos X, en nuestros casos sólo se usó en 45 casos, debido a que la dilatación cervical era avanzada en algunos casos, y en otros por que ya se contaba con el diagnóstico de anomalía fetal congénita (Anencefalia).

Causas de Presentación de Cara:

En el Cuadro No. 6 se exponen las causas que producen en nuestro estudio la presentación de cara.

Cuadro No. 6

	Número de Casos	%
Anencefalia	37	26.61
Prematurez	10	7.19
Circulación del Cordón	8	5.75
Placenta Previa	1	0.71
Agenesia de Cuello	1	0.71
No Determinada	82	58.99
TOTAL	139	

En el cuadro anterior se observa que en el 58.99% de los casos no se logró averiguar la causa de la presentación de cara, la causa más frecuentemente encontrada fué la anencefalia, con un porcentaje de 26.61%, seguido de la prematurez con un 7.19% y circulares del cordón al cuello con un 5.75%.

Tipos de Parto:

En el Cuadro No. 7 se indica la cantidad de partos eutócicos y distócicos en presentación de cara encontrados tanto en pacientes multiparas como primigestas.

Cuadro No. 7

	Número de Casos	%
Primípara: Eutócicos	16	51
Distócicos	15	49
TOTAL	31	
Multipara: Eutócicos	88	81
Distócicos	20	19
TOTAL	108	

Se ve claramente en el Cuadro No. 9, que las pacientes multíparas con parto en presentación de cara, presentaron mayor facilidad para el mecanismo del parto que las primigestas, ya que en 64 casos o sea el 59% presentaron su parto entre las 2 y 12 horas, mientras que las primigestas el mayor porcentaje 14 pacientes (45%), el parto se llevó a cabo entre las 12 y 24 horas.

Puerperio:

Hubo en nuestros casos 121 pacientes con puerperio normal (87%) y 18 pacientes con puerperio complicado.

El Cuadro No. 10 nos indica las complicaciones que hubo durante el puerperio.

Cuadro No. 10

	Número de Casos	%
- Infección de Herida Operatoria	7	39
- Endometritis	5	28
- Fiebre de etiol. indeterminada	3	16
- Hemorragia del alumbramiento	2	11
- Amniotitis	1	5
TOTAL	18	

Analizando los datos del cuadro anterior, vemos que la presentación de cara no influye decididamente en lo patológico o normal del puerperio. El mayor porcentaje de complicaciones 7 casos (39%), fué para la infección de herida operatoria, seguido de la endometritis con 5 casos (28%), y finalmente la fiebre de etiol. indeterminada

da con 3 casos (16%).

Mortalidad y Morbilidad Maternas:

La mortalidad materna en nuestro estudio fué de 0%.

La morbilidad que contempla todas las complicaciones del puerperio inmediato y mediato, fué de 13% según se reporta en el Cuadro No.11.

Estudio del recién nacido

Una vez analizado los datos que se refieren a la madre, tabularemos todos los datos que se refieren al niño.

Relación de edad de embarazo estimado y peso del niño al nacer:

Con el cuadro siguiente se intenta encontrar si hay o no relación del peso al nacimiento y la edad estimada a partir de la altura uterina.

Cuadro No. 11

Edad Estimada	Menos de 2 lbs.	De 2 a 5.8 lbs.	Más de 5.8 lbs.
Más de 42 semanas	0	5	3
De 38 a 42 semanas	1	25	68
De 34 a 37 semanas	0	19	7
Menos de 34 semanas	1	10	1
Edad no consignada	1	5	3
TOTAL	3	54	82

En el cuadro anterior puede verse que el mayor porcentaje corresponde a niños a término por edad estimada y por peso con 68 casos, por lo que puede concluirse que la medición de la altura uterina para estimar edad de embarazo es un método aceptablemente bueno.

Como complemento del cuadro anterior se reporta el peso del niño al nacer y sus porcentajes, así como su relación con las distocias presentadas.

Cuadro No. 12

Peso del Niño en Partos Distócicos	Número de Casos	Peso del Niño en Partos Eutócicos	Número de Casos
Menos de 2 lbs.	0	Menos de 2 lbs	3
De 2 a 5.8 lbs.	5	De 2 a 5.8 lbs.	39
De 5.9 lbs. o más	25	De 5.9 lbs. o más	57

El cuadro anterior nos muestra que el peso del niño al nacer fué un factor influyente para la resolución del parto, puede notarse que en los partos distócicos en 25 casos los niños presentaron peso mayor de 5.9 lbs. y únicamente en 5 casos menor de 5.8 lbs. En partos eutócicos, en 57 casos los niños nacieron a término por peso y únicamente en 39 casos fueron de menor peso.

Mortalidad y Morbilidad Fetal

En el siguiente cuadro se analizan las condiciones del niño al nacer y su relación con el tipo de parto.

Cuadro No. 13

	Número de Casos	%
Niños Nacidos de Partos Eutócicos:		
- Vivo en buenas condiciones	58	56
- Vivo en malas condiciones	6	6
- Muerte Intraútero (obito fetal)	40	38
TOTAL	104	
Niños Nacidos de Partos Distócicos:		
- Vivo en buenas condiciones	25	74
- Vivo en malas condiciones	7	20
- Muerte Intraútero (obito fetal)	2	5
- Muerte Perinatal	1	1
TOTAL	35	

Como complemento y analizando los datos del cuadro anterior se puede concluir que del total de partos eutócicos, el 56% de los niños nacieron en buenas condiciones, mientras que un 6% de los casos presentaron alguna dificultad post-natal. Así mismo hubo un total de 40 casos de muerte intraútero (obito fetal).

Con relación a los partos distócicos el 74% de los niños nacieron en buenas condiciones y sólo un 20% de los niños en malas condiciones. En este caso hubo un niño que falleció post-parto, debido a prematuridad.

Como complemento del cuadro anterior, en el cuadro siguiente se mencionan las principales causas de morbilidad fetal.

Cuadro No. 14

	Número de Casos	%
Apnea Primaria Neonatal	11	84
Bronconeumonía por aspiración	1	8
Síndrome de Membrana Hialina	1	8
TOTAL	13	

Analizando los datos del cuadro anterior se puede concluir que la mayor causa de morbilidad neonatal fué debida a dificultad respiratoria primaria en el 84% de los casos, seguido con un caso de B.N.M x aspiración y uno de membrana hialina.

Hubo un caso de mortalidad perinatal, debido a prematuridad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Manejo del Parto en presentación Deflexionada:

Parto en Presentación de Frente:

Al igual que se hizo en el parto en presentación de cara, se hará la revisión del parto en presentación de frente. Se revisaron un total de 91 papeletas las cuales pertenecían a pacientes que presentaron parto en presentación de frente durante el período de tiempo investigado.

Incidencia:

Tomando en cuenta que durante los años de 1970 a

1980, en la Maternidad del Hospital Roosevelt se atendieron un total de 157 665 partos, de los cuales 91 partos fueron en presentación de frente, teniendo una incidencia de 1 parto en presentación de frente por cada 1 732 partos, haciendo un porcentaje de 0.05%.

Análisis Estadístico de los Datos Obtenidos:

Revisados y estudiados cada uno de los registros médicos de las 91 pacientes que presentaron parto en presentación de frente, se encontró los datos que se exponen a continuación:

Cuadro No. 1

Edad de las Pacientes	Número de Casos	%
- De 16 a 20 años	20	22
- De 21 a 25 años	26	28
- De 26 a 30 años	25	27
- De 31 a 35 años	8	9
- De 36 a 40 años	9	10
- De 41 a 45 años	3	3
TOTAL	91	

Se comprueba en el cuadro anterior que hubo más pacientes con parto en presentación de frente entre los 21 a 25 años con 26 casos (28%), seguido de pacientes entre los 26 a 30 años, con 25 casos (27%), luego las pacientes jóvenes de 16 a 20 años, con 20 casos (22%), las pacientes de mayor edad fueron las que menos casos presentaron 3 (3%).

La paciente de menor edad fué de 16 años y la paciente de mayor edad de 43 años.

Paridad:

En el cuadro No. 2 se distribuyen las pacientes según su paridad:

Cuadro No. 2

	Número de casos	%
Pacientes Primíparas	25	27.5
Pacientes Pequeñas Multíparas	26	28.6
Pacientes Grandes Multíparas	40	43.9
TOTAL	91	

Podemos observar en el cuadro anterior que el mayor número de partos en presentación de frente, ocurrió en pacientes grandes multíparas con 40 casos (43.9%), seguido de las pacientes pequeñas multíparas con 26 casos y finalmente de las pacientes jóvenes con 25 casos del total de partos.

Control Prenatal:

En el Cuadro No. 3 se reporta cuántas pacientes asistieron a control pre-natal y cuántas no.

Cuadro No. 3

	Número de Casos	%
- Si Pre-Natal	31	34
- No Pre-Natal	60	66
TOTAL	91	

Diagnóstico:

El Cuadro No. 4 nos indica los diferentes diagnósticos de presentación que se hicieron al ingreso de las pacientes y su porcentaje en relación al diagnóstico de presentación de frente.

Cuadro No. 4

	Número de Casos	%
Presentación de Vértice	60	66
Presentación Podálica	11	12
Presentación de Frente	9	10
Presentación de Cara	6	7
Casos no Reportados	5	5
TOTAL	91	

El cuadro anterior nos indica lo difícil que es hacer el diagnóstico de presentación de frente al ingreso de las pacientes ya que sólo en un 10% de los casos se pudo hacer el diagnóstico de presentación de frente. El diagnóstico más frecuente en la admisión fué el de presentación de vértice con el 66% de los casos, seguido de presentación podálica con un 12%.

Uso y Diagnóstico de Rayos X:

En el Cuadro No. 5, se hace mención del uso de Rayos X, para la confirmación del diagnóstico o para la evaluación pelvimétrica.

Cuadro No. 5

	Número de Casos	%
Se usó Rayos X	30	33
No se usó Rayos X	61	67
TOTAL	91	

En nuestro estudio sólo se usó Rayos X en el 33% de los casos, cifra bastante baja, debido a la importancia de los mismos.

Tipos de Parto:

En el Cuadro No. 6 se indica la cantidad de partos eutócicos y distócicos presentados en pacientes primíparas y multíparas con su porcentaje respectivo.

Cuadro No. 6

	Número de Casos	%
Primíparas:		
Eutócicos	5	20
Distócicos	20	80
TOTAL	25	
Multíparas:		
Eutócicos	39	59
Distócicos	27	41
TOTAL	66	

Conductas Obstétricas:

En el Cuadro No. 7 se resumen las distintas conductas

obstétricas empleadas para la resolución de los distintos partos distócicos, tanto en primíparas como en multíparas.

Cuadro No. 7

	Número de Casos	%
Primíparas:		
Cesárea Segmentaria Transperitoneal	18	90
Forceps Medio	1	5
Maniobra de Uripí y Forceps bajo	1	5
TOTAL	20	
Multíparas:		
Cesárea Segmentaria Transperitoneal	20	74
Forceps Medio y Bajo	4	15
Maniobra de Urpi y Forceps	3	11
TOTAL	27	

En el cuadro anterior se puede notar que en pacientes primíparas con parto distócico, fué resuelto a través de cesárea segmentaria transperitoneal en 18 casos, (90%), únicamente en un caso se aplicó forceps bajo y en otros se realizó una maniobra de uripi y colocación de forceps bajo.

En pacientes multíparas se realizaron un total de 20 cesáreas segmentarias transperitoneales, así como 4 partos fueron resuelto con aplicación de forceps bajo y medio, y en 3 casos se realizó maniobra de urpi más a plicación de forceps.

Como complemento del cuadro anterior se analizan las principales indicaciones por las que se realizaron las cespáreas segmentareas transperitoneales, tanto en primíparas como en multíparas.

Cuadro No. 8

	Número de Casos	%
Primigesta:		
Pelvis Estrecha	4	22.2
Primigesta y Presentación Deflex.	10	55.6
Maniobra de Urpi Fallida	2	11.1
Sufrimiento Fetal y D.C.P.	2	11.1
TOTAL	18	
Múltipara:		
Pelvis Estrecha	2	10.0
Inminencia de Ruptura Uterina	3	15.0
Sufrimiento Fetal y D.C.P.	5	25.0
Presentación Deflexionada	5	25.0
Cesárea Anterior	3	15.0
Maniobra de Urpi Fallida	2	10.0
TOTAL	20	

Otras Características de Parto y Post-Parto:

Duración del Trabajo de Parto:

En el Cuadro No. 9 se analizará si el parto en presentación de frente favorece el trabajo de parto prolongado tanto en pacientes múltiparas como en primíparas.

Cuadro No. 9

	Número de Casos	%	Múltipara	Primigesta	Número de Casos	%
- Menos de 2 horas	0	0	- Menos de 2 horas	0	0	0
- De 2 a 12 horas	2	8	- De 2 a 12 horas.	28	42.0	28
- De 12 a 24 horas	4	16	- De 12 a 24 horas	15	22.7	15
- Más de 24 horas	1	4	- Más de 24 horas	3	4.5	3
- No reportados (*)	18	72	- No Reportados (*)	20	30.3	20
TOTAL	25			66		

(*) En todos los casos de Cesárea, tanto en múltiparas como en primíparas, no fué reportado las horas de trabajo de parto.

En el cuadro anterior se observa fácilmente que las pacientes multíparas con parto en presentación de frente, presentaron mayor facilidad para el mecanismo del parto - que las primigestas ya que en el 42.4% (28 casos), las multíparas tuvieron su parto entre las 2 y 12 horas, mientras que las primíparas, en el 16% (4 casos), presentaron su parto entre las 12 y 24 horas.

Puerperio:

De los 91 casos estudiados de parto en presentación de frente, hubo un total de 72 pacientes con puerperio normal y 19 pacientes con puerperio patológico.

El Cuadro No. 11 nos indica las causas más frecuentes de morbilidad materna durante el puerperio.

Cuadro No. 10

	Número de Casos	%
- Infección de herida operatoria	4	21.0
- Rasgadura Perineal	8	42.2
- Hemorragia del alumbramiento	3	15.7
- Endometritis	2	10.5
- Dehiscencia de herida op.	1	5.3
TOTAL	18	

Analizando el cuadro anterior, vemos la causa principal de morbilidad materna durante el puerperio fué debida a la rasgadura vaginal con un 42.2% de los casos, seguido de la infección de herida operatoria con un 21%.

Mortalidad y Morbilidad Materna:

La mortalidad materna en nuestros casos de estudio fué de 0%. La morbilidad fué de 20% del total de casos - estudiados.

Estudio del recién nacido

Una vez analizados los datos que se refieren a la madre, tabularemos los datos que se refieren al recién nacido.

Relación de edad de embarazo estimada y peso del niño al nacer:

Con el cuadro siguiente intentaremos encontrar si hay o no relación del peso del niño al nacimiento y la edad estimada a partir de la altura uterina.

Cuadro No. 11

Edad Estimada	Menos	De 2 a	Más de
	21 Lbs.	5.8 Lbs.	5.8 Lbs.
Más de 42 semanas	0	3	3
De 38 a 42 semanas	1	6	52
De 34 a 37 semanas	0	11	6
Menos de 34 semanas	1	2	0
Edad no consignada	1	2	3
TOTAL	3	24	64

Siendo el mayor número de niños nacidos a término por edad estimada y por peso, podría concluirse analizando el cuadro anterior, que la medición de la altura uterina para estimar edad de embarazo es muy importante cuando no se cuenta con fecha exacta de última regla.

Como complemento del cuadro anterior se reporta el peso del niño al nacer y su relación con el tipo de parto.

Cuadro No. 12

Peso del Niño en: Partos Distócicos	Número de Casos	Peso del Niño en: Partos Eutócicos	Número de Casos
Menores de 2 Lbs.	0	Menores de 2 Lbs.	3
De 2 a 5.8 Lbs.	12	De a a 5.8 Lbs.	20
De 5.9 Lbs. o más	35	De 5.9 Lbs o más	21
TOTAL	47	TOTAL	44

En el cuadro anterior se observa que de partos distócicos un 35 casos nacieron a término por peso y el de mayor influencia en las distocias; y de los eutócicos 21 casos nacieron a término.

Mortalidad y Morbilidad Fetal

En el siguiente cuadro se analizan las condiciones del niño al nacer según las formas de resolución del parto.

0	2	1	
3		1	
TOTAL	24	3	

Cuadro No. 13

	Número de Casos	%
Niños Nacidos de Partos Eutócicos		
- Vivo en buenas condiciones	26	59.0
- Vivo en malas condiciones	4	9.0
- Muerte Fetal Intraútero (Óbito fet.)	14	32.0
TOTAL	44	
Niños Nacidos de Partos Distócicos:		
- Vivo en buenas condiciones	40	85.1
- Vivo en malas condiciones	6	12.7
- Muerte Fetal Intraútero (Óbito fet.)	1	2.2
TOTAL	47	

Este cuadro nos indica que tanto en los partos distócicos como en los eutócicos, el mayor porcentaje de niños nacieron en buenas condiciones, únicamente en los distócicos en el 12.7% de los casos nacieron en malas condiciones.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio el índice de presentaciones deflexionadas fué el siguiente: 1 parto en presentación de cara por cada 1 134 partos; y 1 parto en presentación de frente por cada 1 732 partos, dando un porcentaje de 0.08% y 0.05% respectivamente; por lo que la incidencia es más rara que la encontrada por otros autores previamente consultados.
2. Se confirma que la gran multiparidad es un factor muy influyente en los partos en presentaciones deflexionadas.
3. Se continúa confirmando el hecho de que en nuestro medio la asistencia de las pacientes a control prenatal es precaria, lo que de alguna manera contribuye a problemas en la realización de los partos en presentaciones deflexionadas.
4. Se debe de ser muy cuidadoso en el diagnóstico de presentación al ingreso de las pacientes, ya que en nuestro estudio únicamente se hizo el diagnóstico de presentación de cara y frente en el 13 y 10% respectivamente de todos los casos presentados.
5. Se confirma el hecho de que la primiparidad es un factor desfavorable para el mecanismo del parto en presentaciones deflexionadas, ya que las distocias en estas presentaciones ascienden al 49% en presentación de cara y un 80% en el de frente.
6. Las causas que más frecuentemente se encontraron en las presentaciones deflexionadas fueron en orden de frecuencia: la anencefalia, la prematuridad y circulares del cordón al cuello.

En pacientes primíparas la vía más común de resolución del parto en presentaciones deflexionadas fué: partos Distócicos en presentación de cara: a través de cesárea segmentaria transperitoneal en el 100% de las distocias y en el de frente en el 90% de las distocias.

Las indicaciones más frecuentes de resolución de parto en presentaciones deflexionadas a través de cesárea segmentarèa transperitoneal fueron en orden de frecuencia: la de presentación deflexionada más primiparidad, estrechez pèlvica, sufrimiento fetal intenso, síndrome de desproporción cefalopèlvica.

Se concluye que la primiparidad contribuye a que el trabajo de parto en presentaciones deflexionadas tenga mayor duración, mientras que la multiparidad favorece a que los partos sean más cortos.

La morbilidad materna en los partos en presentaciones deflexionadas fué elevada, presentándose 18 casos con puerperio complicado en presentación de cara y 18 casos en el de frente, siendo la causa más frecuente: la infección de herida operatoria, seguido de la rasgadura perineal y luego la endometritis.

La mortalidad materna en nuestro estudio fué de 0.

Ma morbilidad fetal puede considerarse elevada en nuestro estudio, en presentaciones deflexionadas, - siendo lo más frecuente como causa de ésta morbilidad la apnea primaria.

El peso del recién nacido en los partos en presentaciones deflexionadas puede considerarse como normal en la mayoría de los casos.

Hubo únicamente un caso de mortalidad perinatal, en el parto en presentación de cara, debido a prematuridad.

RECOMENDACIONES

1. Considero como recomendación especial, tratar de evaluar en una forma correcta a las pacientes a su ingreso, para realizar el diagnóstico preciso y así evitarse complicaciones en el manejo de las pacientes que presentan parto en presentaciones de flexionadas.
2. Recomiendo como vía de resolución adecuada en pacientes primigestas con parto en presentación deflexionada la cesárea segmentaria transperitoneal.
3. Luego de los datos obtenidos de la morbilidad materno fetal, tratar de prestar mayor atención a las pacientes que presenten este tipo de partos en presentaciones deflexionadas, para tratar de reducir al máximo éstas complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

American Journal of Obstetrics and Gynecology.
February 15, Año 1976. Volumen 124 Number 4, pp 393-405

Ginecología y Obstetricia de México.
Año XXV, No. 170. Vol. 28. pp. 631-639.

Román Méndez, José Antonio.
Tesis: Parto en presentación de cara.
Hospital Roosevelt, Guatemala, Agosto de 1964.

Williams. IM Hellman.
J.A. Pritchard.
Obstetricia. Traducción al español por: Dr. Alfonso
Fernández Del Cid y José María Carrera Macia.
PI en México, 6a. reimpression. Salvat Mexicana de
Ediciones, S.A. de C.V. 1978. pp. 748-755.

Williams, J.W., Eastman J.N. Obstetricia, 1964.

Schwarcs, R. Sala, S. Duverger, C.
Obstetricia, PI. En la Argentina, Quinta reimpression,
Librería El Ateneo, Octubre de 1978, pp. 251-266.

Br. [Signature]

Dr. Rolando Castillo Montalvo

[Signature]

Asesor.

Dr. Tulio García

Dr. [Signature]
Revisor
Dr. Roberto Molina Barrera

[Signature]

Director de Fase III

Dr. Carlos Waldheim

Dr. [Signature]
Secretario
Dr. Raúl A. Castillo

Dr. _____
Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo