

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PRESENTACION PODALICA EN PRIMIGESTA
RESUELTA
POR CESAREA Y POR VIA VAGINAL

(Revisión de 102 casos durante el
año de 1979. En el Hospital Roosevelt)

EDWIN ANTONIO QUIÑONEZ VILLATORO

SUMARIO

- I INTRODUCCION
- II ANTECEDENTES
- III JUSTIFICACION
- IV OBJETIVOS
- V HIPOTESIS
- VI MATERIAL Y METODO
- VII CONSIDERACIONES GENERALES
- VIII RESULTADOS
- IX ANALISIS GENERAL
- X RECOMENDACIONES
- XI CONCLUSIONES
- XII BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El estudio de la Presentación Podálica ha sido siempre de interés Teórico y Práctico, ya que varios de los Tópicos relacionados con dicha presentación, son aún en nuestros días, motivo de controversia, debido al significado que tiene la Presentación Podálica por sí misma. La situación es más interesante todavía cuando el Obstetra tiene ante sí, una presentación Podálica en paciente Primigesta, debido a la incógnita de su viabilidad pélvica y resistencia de sus tejidos blandos.

La preocupación actual de los Obstetras, es el índice de Morbi-mortalidad Peri-neonatal que conlleva la resolución del cuadro clínico, además del riesgo materno a cualquiera de las complicaciones propias del mecanismo de la Presentación Podálica. En la actualidad se han tomado medidas para disminuir las tasas de Morbi-mortalidad neonatal y el riesgo materno, las medidas u opciones Obstétricas son la actitud expectante y la Operación Cesárea.

El presente Trabajo de Tesis estudia en su contenido, las presentaciones Podálicas en Primigestas, estudios previos, resolución y complicaciones tanto Fetales como Maternas. Todo el estudio es sobre Pacientes atendidas en el Hospital Roosevelt de Guatemala en el año de 1979. Este estudio contiene análisis de parámetros cualitativos y cuantitativos respecto al estudio que se hace de estas Pacientes Primigestas antes de ser atendidas por Vía Vaginal o por Cesárea, así mismo se tomó referencia de los APGAR obtenidos en cada uno de los nacimientos, tanto por Vía Vaginal como por Cesárea, Distocias y complicaciones durante la resolución del Parto, tanto por Vía Vaginal como por Cesárea, así como complicaciones del puerperio en las dos Opciones requeridas. En todos los casos tomados para evaluar la Morbi-mortalidad Perinatal no se incluyeron los Recién-nacidos Prematuros por edad Gestacional, ni los de bajo peso. Esto por considerar que la muerte fue ocasionada por Prematurez y anomalías congénitas y NO por el

Considero que si del presente análisis de la Presentación Podálica en Primigestas, surgiera un tipo de conducta que mejore la atención a este tipo de Pacientes, este Trabajo habrá cumplido con uno de sus Objetivos Primordiales.

ANTECEDENTES

El Dr. Santizo Gálvez en su Tesis "CONSIDERACIONES SOBRE PRESENTACION PODALICA EN PRIMIGESTA" 1958. Analiza en forma General la resolución de la Presentación Podálica, sin separar los métodos utilizados. Encontró una incidencia de Prematurez del 50.6% en 102 casos analizados, menciona también la incidencia de CST que fue de un 11.3% en contraste con el 88.7% de las resoluciones Vaginales.

Analiza el control Prenatal, en donde solamente el 32% de las pacientes asistió a control Prenatal, lo que indica que solamente una mínima parte fueron controladas previo a la resolución del Parto.

Indica que el manejo de estas pacientes fue deficiente ya que siendo Primigestas no se les efectuó Pelvimetría Clínica ni Radiológica, lo que influyó en las Distocias ocurridas. Analizó la mortalidad Fetal, sin separar Procedimiento, ni las maniobras efectuadas.

El Dr. Santizo no dió tasa ni porcentajes corregidos de mortalidad, él dió un dato de 12% de Mortalidad NO corregida, o sea incluyendo Prematuros y RN con anomalías Fetales.

Otro de los estudios sobre Presentación Podálica consultados analiza en forma muy completa el problema de Presentación Podálica.

"MANEJO MODERNO DE LA PRESENTACION PODALICA" Dres. León I. Mann y Janice M. Gallant. American Journal Obstetrics and Gynecology.

Este trabajo analiza edad de Embarazo, Edad de las pacientes, así como Apgar del RN, por método de Resolución, este parámetro fue decisivo en la comparación de los Métodos ya que no hubo mucha diferencia en los APGAR de CST y la Vía Vaginal.

Analizan el peso de los RN, en donde se registraron pesos de 500 y 1000 gr, que registró el índice de Mortalidad más alto. Sin embargo, en los pesos mayores de 1000 grs, no fue os - tensible la diferencia de morbi-mortalidad. En este estudio no se recomienda la resolución de Podálicas en Primigestas por - CST, a menos que se presente una complicación, debido a en - su estudio de 196 Primigestas ellos analizaron en forma general los resultados del estudio pero no separaron a las pacientes por orden de Paridad. Por lo que los resultados no se obtuvieron - por Paridad. Este Trabajo no recomienda la CST como medio - de Resolver la Presentación Podálica. Debido a que sus datos - no observaron mayor diferencia entre los métodos de Resolu - ción. Otro estudio que se encarga de analizar imparcialmente los métodos de resolución es el siguiente:

RESOLUCION DE PRESENTACION PODALICA POR CESAREA Y VIA VAGINAL Dres. Víctor Lewis y H.R. Seneviratne.

Este estudio es más completo aún debido a que hace las di - ferenciaciones de Métodos, con el factor APGAR analizan que los Niños nacidos por vía Vaginal tuvieron un Apgar más bajo - que los nacidos por Cesárea, esto debido según el Dr. Kauppila a lo traumático de la resolución por vía vaginal.

En este estudio se analizó además el peso de los RN naci - dos por ambos métodos, alcanzando una Mortalidad NO corre - gida de 10.4% incluyendo Prematuros, anomalías congénitas - etc. la Mortalidad Corregida alcanzada en todos los partos y - en ambos métodos fue de 0.67% o sea mucho más baja que la - encontrada en esta TESIS en el Hospital Roosevelt.

Concluye el estudio analizando la mejor condición de na - cimiento de los RN resueltos por CST debido a lo NO traumá - tico del Procedimiento, además cuestiona que los RN resueltos por vía Vaginal, si fueran seguidos después del parto y aún en -

edad Pre-escolar estos niños probablemente tendrían secuelas de - tipo Neurológico con respecto al resto de niños. Definitivamente hacer esto en Guatemala sería parte de otro estudio. Se conside - ra muy completo el estudio de los Dres. Lewis y Seneviratne, por - lo que tomé también parte de su sistema de agrupar datos.

JUSTIFICACIONES

El presente estudio es motivado por las diferentes opiniones y conductas adoptadas con respecto a la Resolución de la Presentación Podálica, no solo en nuestro medio sino a nivel Internacional, en donde a pesar del adelanto Tecnológico -- existente, aún existe Controversia sobre cuál es la conducta que mejor Pronóstico ofrece tanto al feto como a la madre en la resolución de la Presentación Podálica.

Debido a los datos encontrados en la Literatura, porcentajes de Morbi-mortalidad Fetal elevados, factores que siendo ajenos al Procedimiento contribuyen en alguna forma a agravar más la situación y sobre todo por tratar de contribuir al conocimiento real del manejo y resolución de Pacientes Primigestas con Presentación Podálica, se efectuó este Estudio tratando en todo momento de ser Objetivo y claro en las Presentaciones importantes de datos que darán una idea clara sobre Morbi-mortalidad Feto-Materna en nuestro medio a consecuencia de la Presentación Podálica en Primigestas.

OBJETIVOS

- I Investigar y analizar la incidencia de Presentación Podálica en Primigestas en el Hospital Roosevelt.
- II Analizar el tratamiento al cual se someten las pacientes con este tipo de Presentación, según sus exigencias Clínico-Obstétricos, ya sea la Cesárea o la Vía Vaginal
- III Investigar y analizar cuál de los dos métodos ofrece un mejor pronóstico tanto Fetal como Materno, en base a los resultados obtenidos en la investigación, derivados de datos como APGAR, complicaciones y Distocias durante la resolución del Parto.
- IV Investigar y analizar las causas de Morbi-mortalidad neonatal y materna, derivadas de la presentación Podálica en sí, separando factores como Prematurez y anomalías congénitas.
- V Analizar las razones por las cuales se decidió resolver los casos de Podálica en Primigesta, Cesárea o por vía Vaginal, así como las consecuencias de esta Conducta.
- VI Dejar conclusiones claras, sobre las ventajas y desventajas de la resolución por CST y por vía Vaginal de estos casos de Presentación Podálica en Primigesta basados en los datos obtenidos del estudio.
- VII Tratar de implementar nuevas conductas y medidas tendientes a resolver en mejor forma las presentaciones Podálicas en Primigestas.

HIPOTESIS

Debido a la Controversia que siempre se ha manifestado - en relación a la mejor conducta a seguir en una Presentación Podálica en Primigesta, hé considerado conveniente trabajar - sobre las siguientes Hipótesis.

- I En paciente Primigesta con Presentación Podálica se au -
menta el riesgo Feto-Materno al resolverla Vía Vaginal.
- II To da presentación Podálica en Primigesta, debe ser resuel -
ta por Cesárea.

MATERIAL Y METODO

- A. HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA
- B. ARCHIVO GENERAL DEL HOSPITAL
- C. FICHA MEDICA DE CADA UNA DE LAS PACIENTES ESTU -
DIADAS
- D. LIBROS DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD.

Revisión de 102 casos de Presentación Podálica en Primigestas por vía Vaginal y por Cesárea. Hospital Roosevelt 1979.

El estudio se llevó a cabo en forma Retrospectiva, revisando cada una de las Papeletas que llenaron los requisitos del estudio, Primigestas con Presentación Podálica.

SE ANALIZA EN ESTE TRABAJO:

Edad de Embarazo
Edad de las Pacientes
Control Prenatal
Tipo de Pelvis
Pelvimetría
Método de Resolución Vía Vaginal ó Cesárea
Complicaciones.
APGAR al minuto y a los cinco minutos
Complicaciones Fetales
Morbi-mortalidad Fetal y Materna

METODO

Se utilizó el Método científico, y a la vez los Métodos Inductivo y Deductivo. Se recopilaron los Registros Médicos, se agruparon los Datos necesarios para el estudio y se presenta el informe y análisis de los Resultados.

CONSIDERACIONES GENERALES

PRESENTACION PELVIANA

Se denomina Presentación Pelviana cuando el polo caudal se ofrece al estrecho Superior con dos modalidades: Pelviana Completa y Pelviana Incompleta, variedad de Nalgas.

PRESENTACION COMPLETA

Se produce esta modalidad cuando el feto conserva su apotonamiento, teniendo los muslos flexionados sobre la pelvis y las piernas muy flexionadas sobre los muslos.

PRESENTACION INCOMPLETA, VARIEDAD DE NALGAS

Se producen cuando el feto se presenta con los miembros inferiores extendidos como "tablillas ó férulas" por delante del tronco. Los muslos están hiperflexionados sobre la pelvis y las piernas en extensión completa, encontrándose los pies en la vecindad de la cabeza, sólo la nalga propiamente dicha se ofrece al estrecho superior.

Otros autores clásicos distinguen otras variedades más raras de Pelvianas Incompletas: MODALIDAD DE PIE, caracterizada por la extensión completa de los miembros inferiores hacia abajo, como si el feto estuviera parado, la MODALIDAD DE RODILLA se caracteriza por la extensión de los muslos en relación con la pelvis y la flexión completa de las Piernas sobre los muslos. Estas dos modalidades solo son variantes de las Pelvianas Incompletas.

INCIDENCIA

La presentación Podálica se da en una proporción de 1 cada 33 partos, o sea en un 3.5% más o menos en series de 400000 partos se ha encontrado en 4% de incidencia en los E.E.U.U. Esta in

cidencia resulta algo elevada a causa de la inclusión de partos gemelares y Prematuros. Algunos Autores como R. SCHWARCZ, afirman que la mitad de las presentaciones Pelvianas, se observan en Primíparas.

ETIOLOGIA

Hay un consenso general sobre la etiología de la presentación Pelviana, se coincide en afirmar que resulta de las variaciones en la acomodación Fetal durante el último trimestre del embarazo, la observación ha demostrado que en casi la mitad de las gestantes el feto se presenta el Pelviana cerca de la 30 semana. Se agrega que casi al término del embarazo el feto tiende a acomodarse, adaptándose a la forma de la cavidad uterina y adoptando una posición Longitudinal con Presentación de Vértice. Sin embargo cuando el feto es prematuro, su pequeño tamaño requiere menor acomodación y la presentación de Nalgas es mucho más frecuente, de ahí que las Presentaciones de Nalgas son 9 veces más frecuentes que en Embarazo a Término.

Aparte de la Prematuridad hay otros factores que interfieren con la acomodación normal, factores que mencionaré a continuación.

CAUSAS MATERNAS

La Multiparidad se ha señalado como causa de la presentación Pelviana debido a la Flacidez de las paredes uterinas y abdominales, sin embargo también se señala que la Presentación pelviana es ligeramente más frecuente en Nulíparas. Otro de los factores Maternos que se señala como causa de la Presentación Pelviana es la asimetría del desarrollo del útero, como úteros Unicornes, bicornes ó tabicados, cavidades estrechas ó el útero cilíndrico de Origen Hipoplásico favorecen la persisten-

cia de la Presentación Pelviana, (presentación Pelviana Primitiva). Todos los factores anteriores impiden la reacomodación que generalmente se lleva a cabo en los 2 últimos meses del embarazo, por lo que dan origen a Presentaciones Pelviana Incompletas, las malformaciones uterinas constituyen factor causal en las Presentaciones pelvianas a Repetición.

CAUSAS FETALES

Como la versión espontánea y fisiológica tiene lugar entre siete y ocho meses, la presentación pelviana tiene mayor frecuencia cuando más Prematuro es el Parto, 1/3 de las Presentaciones Pelvianas corresponden a Recién-nacidos Prematuros.

Un estudio de Hall y Khol señala que el 34% de los casos eran Prematuros, la pequeñez del feto, y en muchos casos la muerte y maceración favorecen la Presentación Pelviana.

La gemelaridad también ha sido señalada como causa de Presentación Pelviana ya que uno de cada diez los dos fetos nacen en pelviana. Y es habitual que uno de los fetos nazca en Cefálica y otro en Podálica. Esto sucede en el 34.2% (R. Schwarcz)

CAUSAS OVULARES

El Hidramnios y el Oligoamnios, han sido señalados como factores fetales causantes de Presentación Pelviana.

El Hidramnios favorece la Pelviana Completa (exceso de Movilidad) poca sollicitación para la acomodación).

El Oligoamnios se opone a la reacomodación y por el exceso de compresión da origen a las Pelvianas Incompletas (R. Schwarcz)

La inserción baja de Placenta, se opone a la acomodación y da lugar a situaciones Oblicuas ó transversas que con las Primeras

contracciones se hacen Longitudinales, creando una presentación Cefálica ó Podálica. Le Lurier encuentra esta causa en el 38% de los casos observados por él.

DIAGNOSTICO

A la palpación, la primera maniobra revela la cabeza fetal dura, redonda y que pelotea fácilmente, situada en el fondo del útero. La segunda maniobra revela el dorso o espalda en un lado del abdomen y las pequeñas partes en el otro; la variedad y la posición se determinan por la posición del sacro. Durante la tercera maniobra, si no ha tenido lugar el encajamiento, las nalgas son libremente movilizables por encima del estrecho superior.

Después del encajamiento la cuarta maniobra demuestra que la pelvis está ocupada por una masa blanda.

En casos dudosos, el diagnóstico puede facilitarse mediante la exploración radiológica, la cual demuestra que la cabeza está casi siempre menos flexionada y los brazos ocupan una posición más libre de lo que se cree.

En la exploración vaginal o rectal, el diagnóstico de presentación de nalgas se efectúa por palpación de sus partes características. Se palpan fácilmente las tuberosidades isquiáticas, el sacro con sus apófisis espinosas y el ano, bajando la mano pueden distinguirse los órganos genitales externos. Cuando el parto es prolongado, las nalgas pueden hincharse haciendo difícil la diferenciación entre la cara y las nalgas. Sin embargo una exploración cuidadosa es capaz de evitar errores. Haciendo la debida diferenciación de Boca y ano, la información más exacta se logra al localizar el sacro y sus apófisis espinosas, que establecen el diagnóstico de la posición y variedad.

En las presentaciones de nalgas completas, los pies pueden apreciarse junto con las nalgas, y en las presentaciones de pies, uno o ambos pueden colgar en la vagina. Se logra diferenciar el pie derecho e izquierdo por la relación del dedo gordo.

Se debe recordar que si las membranas permanecen enteras habrá que conservarlas, aunque por lo general ésta se rompe in--tempestivamente, y en muchos casos (1/3 serie de Hall) las membranas se rompen prematuramente.

Cuando las nalgas han descendido en la cavidad pelviana, pueden notarse los genitales si no están muy edematosos. Los tonos cardíacos fetales se oyen por lo general en el dorso, en el ombligo o ligeramente por encima del mismo.

MECANISMO

El mecanismo de parto en Presentación Podálica progresa con facilidad, a menos que haya una desproporción entre el tamaño del feto y la pelvis. El encajamiento y descenso aparecen con facilidad en uno de los diámetros oblicuos de la Pelvis, con la cadera anterior dirigida hacia una de las eminencias iliopectíneas y la posterior hacia la sincondrosis sacroilíaca opuesta. Por lo general la cadera anterior desciende más rápidamente que la posterior, es aquí, que la resistencia del suelo pélvico, ó la rotación interna que por lo general tiene lugar, traen la cadera anterior hacia el arco pubiano y permiten que el diámetro Bitrocantéreo ocupe el diámetro anteroposterior del canal Pélvico.

La rotación suele efectuarse casi siempre desde la eminencia iliopectínea al pubis a través de un arco de 45°. Cuando la extremidad posterior está prolapsada, la rotación se realiza hacia la sínfisis del pubis en un arco de 135°, o puede ocurrir en dirección opuesta, pasando el sacro y la mitad opuesta de la pelvis a través de un arco de 225°. Luego de la rotación, el descenso continúa --

hasta que el periné se distiende por el avance de las nalgas, - mientras que la cadera anterior aparece en la vulva y es proyectada contra el arco pubiano. Debido a la flexión lateral del - cuerpo, la cadera posterior es empujada hacia el borde anterior del periné, el cual se retrae sobre las nalgas, permitiendo así - el enderezamiento del niño cuando ya ha salido la cadera anterior, los pies y las piernas siguen a las nalgas y pueden aparecer espontáneamente, aunque a veces necesitan de la intervención del Obstetra. En el momento en que las nalgas se desprenden, existe una pérdida de meconio por el ano, que no ocurre - como una manifestación de sufrimiento fetal, sino por efecto de la compresión a la cual queda sometido el abdomen.

La acomodación del Biacromial tiene lugar en el mismo diámetro oblicuo que el bitrocantéreo, en este momento la circulación feto placentaria se compromete, lo que se traduce por la - aparición de movimientos respiratorios que se observan en la - parte exteriorizada del tronco. La acomodación de los hombros al estrecho inferior se logra por rotación interna, al mismo tiempo la cabeza se acomoda al estrecho superior en el diámetro - oblicuo opuesto, al que antes lo hicieron los hombros. Los hombros tienen una rotación de 45° y se acomodan al estrecho inferior el diámetro biacromial se orienta en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior, de modo que el hombro anterior se coloca debajo del pubis y el posterior debajo del sacro.

El hombro anterior es arrastrado por el peso del cuerpo, aparece bajo la sínfisis, luego eleva el cuerpo fetal, sale el hombro posterior, en forma asociada desciende la cabeza y se encaja.

La cabeza se acomoda por rotación, colocándose con el - occipusio debajo de la sínfisis. En el suelo de la pelvis el occipucio gira hacia adelante, luego el límite de implantación del - pelo aparece bajo la sínfisis, la expulsión comienza, con una - elevación ligera del tronco. El mentón nace, la nariz, frente y fontanela anterior van apareciendo en la comisura posterior, -

acabándose el desprendimiento.

EXTRACCION DE LA PRESENTACION PODALICA

La Extracción de la presentación Podálica, difiere fundamentalmente de la de Vértice, en que tienen lugar tres Alumbramientos: El de Nalgas, el de los Hombros y de la Cabeza, cada uno de los cuales va precedido por su propia rotación interna.

Hay tres tipos de partos en Podálica:

- I. 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 caso de fetos maduros.
- II. En el caso de la Extracción de nalgas parcial, el feto es expulsado en forma espontánea hasta llegar al ombligo, pero el resto del cuerpo ha de ser extraído.
- III. En el caso de extracción de nalgas total, el Obstetra extrae - todo el cuerpo del feto.

INDICACIONES DE LA EXTRACCION

En todos los casos de Presentación Podálica se harán los preparativos para la extracción tan pronto como aparezcan en la vulva - los pies o las nalgas. 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 estas presentaciones, pues puede ser simple consecuencia de la compresión del abdomen del feto. No obstante son de importancia singular la regularidad y frecuencia de los latidos Cardíacos y hay que seguirlos - con meticolosa atención. Constituyen indicación para la extracción, la Arritmia fetal y la disminución de la frecuencia por debajo de 100 latidos por minuto.

EXTRACCION DE PODALICAS COMPLETAS E INCOMPLETAS

Se ha de colocar a la paciente en la Posición adecuada, - es deseable la anestesia Pudenda o Epidural. La Episiotomía, - es auxiliar efectivo en estos casos, y en Primigestas es de RI- - GOR efectuarla. La extracción se efectúa si el mecanismo de Parto lo exige, de lo contrario no se intervendrá.

Para efectuar la extracción se utilizan maniobras extractoras del feto que habrá que utilizar en el momento adecuado.

Como ejemplo se enumeran las maniobras más utilizadas en la extracción del Feto en Podálica:

Maniobra de Pinard-Mantel:

Que se utiliza para la extracción de Pie, al asir uno de - los miembros que sirve de él como elemento Tractor.

Maniobra de Pajot:

Que se utiliza para descender manualmente los brazos por separado se extrae primeramente el Brazo posterior. Se utiliza para Extraer brazos y hombros.

Maniobra de Deventer-Müeller:

Consiste en Traccionar al feto fuertemente, hacia abajo - hasta descender el hombro anterior, luego hacia arriba para en - cajar el posterior.

Maniobra de Rojas:

Maniobra muy generalizada en nuestro medio, consiste en rotar al feto, de modo que dicha rotación movilice el brazo pos

terior, con lo que el hombro correspondiente descende. Luego se rota en forma opuesta al feto para lograr el descenso del segundo brazo.

Maniobra de Mauriceau:

Es el procedimiento clásico destinado a la extracción de la - Cabeza última, consiste en hacer cabalgar al feto sobre el ante- - brazo del operador, así mismo se busca la boca del niño y se intro- - ducen dos dedos en ella, luego la otra mano colocará los dedos - índice y medio abiertos sobre los hombros del niño. Luego con - tracciones suaves y levantando al feto, exagerando la flexión se - procederá a la extracción de la cabeza.

Maniobra de Bracht:

Se empuñan juntos el tronco y abdomen del feto, se levanta - éste lentamente sin tirar, se exagera la lordosis fetal, efectuando un arco en torno a la sínfisis púbica, en dirección al abdomen de - la madre. Estas maniobras facilitan la expulsión de brazos y cabe- - za.

Maniobra de Praga:

Esta maniobra consiste en colocar como en la maniobra de - Mauriceau, los dedos índice y mayor de una mano en forma de - - horquilla sobre los hombros del feto, mientras la mano restante, - tomando los pies, tracciona de ellos en forma brusca primero, ha- - cia abajo y luego hacia arriba, hasta colocar el dorso del feto so- - bre el vientre de la madre.

En algunas ocasiones la Maniobra de Mauriceau fracasa en - la extracción de Cabeza Última, se utiliza en estos casos el For- - ceps de PIPERS, por medio del cual se realice la extracción de la Cabeza, puede utilizarse en forma electiva, o ya sea en el caso - de Retención de Cabeza última.

PRONOSTICO

En todas las variedades de extracciones Podálicas el pronóstico para la madre es bueno, la mortalidad no llega al 0.4% y la morbilidad no pasa del 4.6% por desgarros perineales y uterinos de diferentes grados. Para el feto, el pronóstico no tan favorable y se reportan pérdidas del 12% y del 15% en los E.E.U.U. Zárate también reporta el 15% de las Pérdidas fatales. Hay estudios que revelan que la mortalidad es debida en un buen porcentaje a Asfixia, en retenciones de Hombros o de cabeza última y en partos prolongados, la morbilidad comprende parálisis braquiales, fracturas de Húmero y clavícula. Además recientemente se ha cuestionado el posible daño neurológico de niños que sufrieron Distocia durante la extracción.

OPERACION CESAREA

Indicaciones Absolutas

Si bien el parto en presentación Podálica puede terminar con éxito, hay ocasiones en que se recurre a la Cesárea, por ejemplo: Estrechez Pélvica, Procidencia de Cordón con dilatación Insuficiente, Fetos de gran tamaño, Placenta Previa, Primiparidad Añosa.

Indicaciones Relativas

Inercia uterina Primaria o secundaria, Parto anterior con Feto muerto. Embarazo prolongado, especialmente en Primíparas.

En nuestro medio, antes de practicar una Cesárea se toman en cuenta ciertos factores, como el aspecto Socio-económico y cultural de la paciente, así como su Procedencia, Urbana o Rural.

RESULTADOS

Los Resultados obtenidos del presente estudio indican que en el año de 1979, se atendieron 15,403 partos, tanto por Vía Vaginal como por Operación Cesárea. De estos 15,403 partos se atendieron 102 en PRIMIGESTAS CON PRESENTACION PODALICA, o sea 0.66% de Incidencia.

De los 102 casos, 67 fueron resueltos por vía Vaginal; 65.68% y 35 casos fueron resueltos por la Vía de la Cesárea; 34.31% en todos los casos de Cesárea se practicó CST. CUADRO I

Las edades de las pacientes estuvo comprendida entre los 14 años y los 29 años, habiendo encontrando 28 Primigestas Juveniles, el 27.4% 21 de los casos resueltos por vía Vaginal, el 20.5%

7 de los casos resueltos por vía CST el 6.8%.

Se consideraron Primigestas Juveniles las comprendidas de los 14 a los 17 años, como se presenta en el CUADRO II

CUADRO I

	Resolución Vaginal	Resolución CST	Total
Número	67	35	102
Porcentaje	66	34	100%

CUADRO II

Edad	Vía Vaginal		C S T		Primigestas Juveniles
	No.	%	No.	%	
14 - 17	21	20.5	7	6.8	28 = 27.4%
18 - 21	36	35.9	17	16.6	
22 - 25	7	6.8	8	7.8	
26 - 29	3	2.9	3	2.9	
	<u>67</u>	<u>66%</u>	<u>35</u>	<u>34%</u>	

Los datos presentados en el cuadro anterior, muestran que las edades de 14 a 17 años constituyen un buen porcentaje de las pacientes atendidas, esto tiene importancia si se nota que son pacientes Juveniles y que se consideran con Presentación Podálica que tienen más riesgo de Complicación. Más adelante veremos qué grado de dificultad tuvieron estas pacientes para salir avantes en su parto, así como el estudio que les efectuó en el Hospital.

EXAMEN PRENATAL

Con respecto a este aspecto, el estudio arrojó datos bastante bajos, ya que la mayoría de las pacientes Primigestas con Presentación Podálica no asistieron a control Prenatal, como lo indican los siguientes datos: de 102 casos, solamente asistieron a Prenatal 27, o sea un 26.47%, el CUADRO III presenta claramente cómo estuvo distribuida la población que asistió a Prenatal:

CUADRO III

	Control Prenatal		Resolución Vaginal	Resolución CST	Cont.Prenat.	
	SI	NO			SI	NO
Número	17	50	= 67	35	10	25
Porcentaje	25.3	74.7	= 100%	100%	28.5	71.4

De lo anterior se deduce que la mayor parte de estas pacientes no estuvieron debidamente controladas, y que a la mayoría de ellas se les Diagnosticó la Presentación en Emergencia ó en la Sala de Partos. En cuanto a exámenes de Laboratorio, no se pudo precisar con exactitud a quiénes se les practicaron y a quiénes no, debido a que en la papeleta de quienes tuvieron Prenatal no estaban incluidos dichos Exámenes. Por lo tanto si se pudo precisar a quiénes se les efectuó Pelvimetría Radiológica como estudio previo a la resolución decidida.

Debido a la importancia de la Pelvimetría Radiológica, en el Diagnóstico de Presentación Podálica, se investigó a cuántas pacientes se les practicó el examen, teniendo en cuenta, quiénes de estas pacientes fueron resueltas por la vía vaginal como por CST.

El CUADRO IV. Presenta claramente el número y porcentaje de Pacientes que contaban con Pelvimetría, como parte del Diagnóstico Obstétrico.

CUADRO IV

	Resolución Vaginal	Pelvimetría		Resolución CST	Pelvimetría	
		SI	NO		SI	NO
Número	67	23	44	35	28	7
Porcentaje	100%	34.3	65.7	100%	80	20

De lo anteriormente expuesto, se observa que se efectuaron un total de 51 Pelvimetrías Radiológicas, el mayor porcentaje se efectuó en pacientes que fueron intervenidas por CST. También puede observarse que 51 pacientes no tenían Pelvimetría antes del Parto.

En la mayoría de los casos en que se efectuó Pelvimetría Radiológica, se hizo con la finalidad de descartar Pelvis Estrecha, la cual se diagnosticó en 24 de los casos, en el resto de casos se diagnosticó Desproporción Feto Pélvica y en otros se confirmó una Pelvis Amplia.

EDAD DE EMBARAZO

Como se observó anteriormente, solo una mínima parte de las pacientes tuvo Control Prenatal, como consecuencia, la Edad de Embarazo fue precisada en la Emergencia, al ingreso; o bien en la sala de partos cuando las pacientes tenían un grado avanzado de Dilatación. Se tomó como referencia de Edad de Embarazo el Dato de Última Regla, que dieron las pacientes a su ingreso.

EL CUADRO V. PRESENTA claramente Edades de Embarazo.

Método de Resolución	Edad de Embarazo			
	30 - 33	34 - 37	37 - 40	
VAGINAL 67				
Número	4	8	55	
Porcentaje	6.0	12.0	82	
CESAREA 35				
Número	0	0	35	
Porcentaje	0	0	100%	

Según los datos presentados en el cuadro anterior, el estudio indica que hubo una incidencia de Prematuridad del 18% entre los partos atendidos por vía Vaginal, y de un 11.7% tomando los 102 casos investigados, la Prematurez se presentó en 12 ocasiones durante este estudio. Entre las Cesáreas no se presentó ningún Embarazo menor de 37 semanas.

RESULTADOS DE LA ATENCION

DEL PARTO

VIA VAGINAL Y C S T

Se entró a analizar primero el Apgar obtenido, luego de la resolución del Parto en Presentación Podálica en Primigesta, para algunos autores este parámetro no es indicador exacto del estado del RN, y para otros reviste mucha importancia, se incluye en este Trabajo, para hacer más completa la Evaluación de estos casos. Se analizan los Apgar y el método de Resolución.

CUADRO VI

Método de Resolución	APGAR AL MINUTO				TOTAL
	0-3	4-7	8-10	0-0	
VAGINAL					
Número	8	38	15	6	67
Porcentaje	12	57	22	9	100%
CESAREA					
Número	0	23	12	0	35
Porcentaje	0	65.7	34.3	0	100%

De lo anteriormente expuesto, se puede observar que 6 niños nacieron muertos: 1 de ellos con anomalías congénitas sin Prematurez, 1 que al ingreso se diagnosticó como Feto Vivo, nació muerto por Distocia, según el Diagnóstico del Pediatra, por asfixia severa secundaria a retención de cabeza última. Los otros 4 RN eran Prematuros. Otro de los Recién nacidos que tuvo Apgar de 0 al minuto también falleció por Distocia como se verá más adelante. Se incluyeron los de Apgar 0-0, porque no respondieron a los cinco minutos. El CUADRO VII presenta los Apgar obtenidos a los cinco minutos. Nótese que en CST no se obtuvieron Apgar mínimos.

CUADRO VII

Método de Resolución	APGAR A LOS 5 MINUTOS				TOTAL
	0-3	4-7	8-10	0-0	
VAGINAL					
Número	1	9	51	6++	67
Porcentaje	1.5	13.4	76.1	9	100%
CESAREA					
Número	0	1	34	0	35
Porcentaje	0	2.8	97.1	0	100%

++ Se incluyen nuevamente los 6 RN que nacieron Muertos debido a que a los 5 minutos no se produjo Reacción alguna.

Pueden notarse que por vía vaginal hubo un buen número de RN que se recuperaron después de haber tenido un Apgar bajo, recuérdese que un buen porcentaje de ellos tuvo un Apgar entre 4 y 7 al minuto.

Mientras que en las CST los Apgar no fueron mínimos y no se produjo ninguna muerte fetal a consecuencia del procedimiento.

Se analizará a continuación las Distocias ocurridas durante la atención del Parto por Vía Vaginal, así como las consecuencias para el RN, se analizan también qué tipo de Maniobras fueron efectuadas para resolver la Distocia, así como si se aplicó Forceps o no. Se analiza también la Condición de nacimiento de estos RN.

No se tomaron en cuenta los RN Prematuros, ni de bajo peso al nacer, así como también se descartaron los RN con anomalías congénitas. Se tomaron en cuenta únicamente RN a término y que tuvieron complicación derivada del Tipo de Presentación. El cuadro siguiente presenta estos importantes datos, para analizar mejor este problema.

CUADRO VIII
DISTOCIAS DURANTE EL PARTO.

Distocia	Condición nacimien.	Forceps	manio bra	vivo	muerto	APGAR a 1' a 5'
1.Ret.cabeza última	Buena	Piper	No	Si		8 10
2. Ret.cabeza última	Parálisis de Duchenne-ERB	Piper	Pajot	Si		5 8
3.Ret.cabeza última	Anoxia severa Fx - Paladar	Piper Fallido	Mauriceau	Si		2 4
4.Ret.cabeza última	Regular	Piper	No	Si		3 7
5.Ret.cabeza última	Regular	Piper	No	Si		3 7
6.Ret.cabeza última	Anoxia Severa	Piper	Mauriceau	Si		0 2
7. Ret.cabeza última	Asfixia Perinatal Severa	Piper	Mauriceau	Si Falleció 49' después		0 4

(Continúa)

(Continuación CUADRO VIII)

Distocia	Condición nacimien.	Forceps	manio bra	vivo	muerto	APGAR a 1' a 5'
8.Ret.cabeza última	Regular	Pipers	Mauriceau	Si		4 7
9.Ret.hombros y cab.última	Mala	Piper	Rojas y Mauriceau		Si	0 0
10.Ret.hombros	Regular	No	Rojas	Si		4 7
11.Ret.hombros	Buena	No	Rojas	Si		6 8
12.Ret.hombros	Buena	No	Rojas	Si		5 9
13.Ret.hombros	Buena	No	Rojas	Si		3 6
14.Ret.hombros	Buena	No	Rojas	Si		7 9

Como se observa en el cuadro anterior, la Distocia más frecuente, fue la Retención de Cabeza Última que se presentó en el 13.4% de los casos resueltos por vía Vaginal. Retención de Hombros constituyó un 9%. RN muertos por procedimiento, 2 un 2.98%, el Cuadro IX presenta más claramente estas relaciones.

CUADRO IX

Método Resolución	Retención Cabeza ult.	Retención Hombros	Muertes Peri-Neonatales
VAGINAL			
Número	9	6 ++	2
Porcentaje	13.4	9	2.98

De los datos anteriores se puede deducir que el Porcentaje de Distocia en los 14 casos hubo 22.4% de Distocia y el 2.98% de Mortalidad Peri-neonatal. Tomando los 102 casos hubo un 1.96% de Mortalidad.

++ La distocia de Hombros se produjo en 6 RN pero en un caso también se produjo Retención de Cabeza última.

Se observa que las muertes fetales fueron a causa del Procedimiento, así como que ocurrieron por la Vía Vaginal, el porcentaje de mortalidad se considera elevado si tomamos en cuenta que es un porcentaje corregido puesto que no se incluyeron los RN Prematuros, ni los que presentaban anomalías incompatibles con la vida.

Es de mencionar que el 4% de las Distocias y 1 muerte Perinatal, ocurrieron entre el grupo de las Primigestas Juveniles, hubo un caso entre este grupo en el que NO se efectuó Episiotomía, afortunadamente madre e hijo salieron bien.

Se analiza a continuación las complicaciones durante la Resolución que afectaron al grupo Materno. Tanto por vía Vaginal

como por CST.

CUADRO X

Método Resolución	Rasgadura Periné G-1	Rasgadura Periné G-2	Total	Rasgadura segmento Inferior	TOTAL
VAGINAL <u>67</u>					
Número	1	2	3		
Porcentaje	1.4	2.98	4.38		
CESAREA <u>35</u>					
Número				1	1
Porcentaje				2.8	2.8

Se observa en este cuadro que las complicaciones DURANTE LA RESOLUCION, fueron 1.58% más frecuentes por vía Vaginal que por CST.

A continuación se dan a conocer y analizan las indicaciones más frecuentes de CST, en pacientes Primigestas con Presentación Podálica. Se efectúa este cuadro porque la Operación Cesárea fue practicada en el 34.3% de los casos estudiados. Se han de mencionar también que ningún RN murió a consecuencia del Procedimiento de CST, por lo que resultó inocuo para el Pronóstico Fetal. Entre las Madres Primigestas no se registró ningún fallecimiento por el Procedimiento.

CUADRO XI

	Pelvis estrecha	prociencia Cordón	Desproporción Feto-Pélvica	Inercia secund.	otras causas Comb.
CESAREA					
Número	16	7	6	3	3
Porcentaje	45.7	20	17.1	8.6	8.6

Del cuadro anterior se deduce que el 15.68% de los 102 casos presentó estrechez Pélvica, además podemos observar que la Prociencia de Cordón fue una complicación Frecuente entre los casos estudiados, ya que representa el 20% de las Cesáreas.

En las desproporciones Feto Pélvicas, en varios casos la Pelvis había sido diagnosticada como amplia, sin embargo a la Pelvimetría resultaron ser Pelvis Límite ó Pelvis Promedio con Feto Grande.

En las indicaciones de CST por Inercia Secundaria, hubo 2 casos con 2 conducciones Fallidas, y que se operaron por la no progresión del Parto por vía Vaginal.

Entre las Indicaciones Combinadas, se encontraron Inercia Secundaria + Sufrimiento Fetal, en otros casos la Pelvis estrecha se vió asociada a Pre-eclampsia.

El cuadro anterior también presenta la incidencia de Pelvis Estrecha entre los casos resueltos por vía Vaginal que fue del 45.7%.

PUERPERIO

En cuanto al Puerperio, hubo cierta frecuencia de Infección de Herida Operatoria dentro de las CST practicadas, como demuestra el cuadro siguiente, dentro de las Resoluciones Vaginales, se encontraron la Endometritis, las rasgaduras Perineales, que fueron complicación del Parto, pero que, aumentan el Período de Morbilidad en el Puerperio.

CUADRO XII

Método de Resolución	Endometritis	Rasgadura Periné	Infección de Herida Oper.
VAGINAL			
Número	3	3	
Porcentaje	4.7	4.7	
CESAREA			
Número	2		7
Porcentaje	5.7		20

Como se observa se puede considerar Alto el porcentaje de Infección de Herida Operatoria al menos en estas pacientes, desde los 7 casos de Infección de Herida Operatoria se complicaron con Endometritis, durante el Puerperio Hospitalario.

En los casos resueltos por la vía Vaginal la Endometritis se presentó en 3 casos, igualmente las rasgaduras de Periné que se incluyeron, como ya se mencionó, porque aumenta el Período de morbilidad Materna.

Se puede afirmar entonces, que la Infección de Herida Operatoria se presentó en el 20.0% de las 35 pacientes operadas. En-

la vía vaginal la Endometritis y las Rasgaduras de Periné alcanzaron igual porcentaje, 4.7% para cada Entidad.

En total, el porcentaje de pacientes Primigestas con presentación podálica que se vieron afectadas en el Puerperio fue de 12.7%.

A continuación se presentan los pesos de los RN atendidos, como producto de la resolución de Partos tanto por vía Vaginal como por CST, estos pesos están dados en gramos, para diferenciarlos mejor, deberá recordarse que por la vía Vaginal se atendieron 12 Embarazos Prematuros, los que naturalmente dieron niños con bajo peso, aunque 4 de ellos superaron los 2,000 grs. de Peso. Por la Vía de la CST, no se atendió ningún Embarazo menor de 37 semanas.

CUADRO XIII

PESO EN GRAMOS

Método de Resolución	1000 - 1499	1500 - 1999	2000-2999	3000-3999
VAGINAL				
Número	1	7	35	24
Porcentaje	1.4	10.4	52.4	35.8
CESAREA				
Número	0	2	18	15
Porcentaje	0	5.7	51.4	42.8

Como se observa por vía vaginal hubo RN con bajo peso al nacer, debido a la Prematurez analizada anteriormente. Es de notar que el 52.4% de estos niños estuvieron por encima de los 2000 grs de peso y un 35.8% por arriba de los 3000 grs.

Se recordará que la Prematurez fue causa de Muerte Fetal en un 5.9%, al haber fallecido 4 In Utero, de los 12 casos encontrados.

En la CST, se dió el 5.7 de RN con bajo peso al nacer que sin embargo no tuvieron ningún Problema con el Procedimiento.

Finalmente presentaremos las Variedades de Posición encontradas entre las Pacientes Primigestas con Presentación Podálica.

Así mismo, se presentarán las Modalidades de la Presentación Podálica que con más frecuencia se resolvieron, tanto por Cesárea como por Vía Vaginal.

CUADRO XIV

Métodos	SIIA	SIDA	SIIT	SIDT	SIDP	SIIP	TOTAL
CESAREA							
Y	54	15	12	12	6	3	102
VAGINAL							
Porcentaje	53%	14.7%	11.7%	11.7%	5.8%	3%	100%

En este cuadro no se hizo diferenciación de Método.

CUADRO XV

Método	P O D A L T I C A		
	COMPLETA	INCOMP. NALGAS	PIES
VAGINAL			
Número	38	24	5
Porcentaje	56.7	36.6	7.4
CESAREA			
Número	19	14	2
Porcentaje	54.2	40	6

Como se observa, la Modalidad Completa fue Diagnosticada más frecuentemente tanto en CST como por la Vía Vaginal, siguiéndole la Modalidad Incompleta, Variedad de Nalgas en Frecuencia y finalmente la Modalidad de Pies, que se diagnosticó en más bajo porcentaje. Aunque por la Prematurez de algunos Fetos fue más frecuente por vía Vaginal.

ANALISIS GENERAL

Como resultado del estudio realizado puede observarse, que de los 102 casos investigados 28 pacientes fueron Primigestas Juveniles, o sea el 27.4%, que estaban comprendidas entre los 14 y los 17 años de edad. 21 de estas pacientes fueron resueltas por Vía Vaginal o sea el 75% y 7 resueltos por CST o sea 25%, ha de observarse que, el 4% de las Distocias observadas por la vía vaginal y 1 muerte Fetal consecuencia del procedimiento, ocurrieron entre el grupo de PRIMIGESTAS JUVENILES.

De la edad del resto de pacientes o sea el 72.6% estuvo comprendida entre los 18 y 29 años de edad, no habiéndose registrado ningún caso de Primigesta añosa.

De los 102 casos, 67 o sea el 66% fueron resueltos por la vía Vaginal, y 35 o sea el 34% fueron resueltas por CST. De estos casos en la Vía Vaginal el 74.7% no tuvieron Prenatal controlado, y por CST el 71.4% no tuvieron Prenatal controlado, lo que arroja un dato general del 73.5% del total de las pacientes no tuvieron control Prenatal.

Sobre la edad de embarazo de las Pacientes es importante mencionar que observé un 18% de Embarazos menores de 37 semanas por U.R. en el grupo resuelto por Vía Vaginal. Entre las CST no se atendió ningún embarazo menor de 37 semanas. Por lo que se puede afirmar que el 11.7% de todos los casos fueron Prematuros.

Se observó también que la Prematurez fue causa de muerte Fetal en 4 casos o sea el 5.9% entre las resoluciones Vaginales, y el 3.92% en la totalidad de los casos. Estas muertes fetales No se incluyeron como Muertes secundarias al Tipo de Procedimiento ni Presentación, por considerar que la Prematurez por sí sola es un factor afecta Negativamente el Pronóstico fetal.

Del APGAR del RN, se clasificó de 0-3, 4-7, 8-10 y 0-0 los RN nacidos muertos, tanto a los nacidos por Cesárea como a los nacidos por vía vaginal, al minuto y los 5 minutos, se clasificaron con iguales indicadores.

El resultado de la medición de APGAR en los dos métodos de Resolución fue el siguiente: Por la vía Vaginal al minuto, el 12% tuvo Apgar entre 0-3, el 57% entre 4-7, el 22% entre 8-10 y el 9% entre 0 al minuto que no respondieron.

Entre las CST, el 65,7% entre 4-7, el 34.3% entre 8-10. No hubo Apgar de 0-3 ni RN Muertos, recuérdese que 67 casos son de Vía Vaginal y 35 por CST.

A los 5 minutos por vía Vaginal, entre 0-3 1.5%, entre 4-7 el 13.4%, entre 8-10 el 76.1% y 0-0 el 9% de RN Muertos, que en ningún momento respondieron a las Maniobras de resucitación.

Puede ser observado que por vía vaginal se obtuvieron Apgar más bajos al Minuto por ejemplo el 57% estuvo entre 4-7, que es un Apgar que indica que el RN no respondió óptimamente al nacer, y que indica morbilidad neonatal según algunos Autores. En las CST se obtuvo el 65.7% de Apgar entre 4-7, sin duda a consecuencia del efecto de la Anestesia dada a la Madre durante la Intervención. Si se observa a los 5 minutos por vía Vaginal, un 76.1% tuvo un Apgar Bueno entre 8-10, sin embargo hubo un 13.4% que no se había recuperado totalmente, mientras que en las CST el 97.1% estaban entre 8-10 a los 5 minutos.

En cuanto a las Distocias ocurridas durante la resolución de la Presentación Podálica por vía Vaginal observé 15 Distocias en 14 RN (1 RN con Retención de Hombros y Cabeza Úterina), o sea que en los 67 casos resueltos por Vía Vaginal se --

produjo el 22.3% de Distocia, habiendo fallecido 2 RN a consecuencia del Procedimiento, uno durante la Resolución y otro 49 minutos después. Lo que arroja una Mortalidad de 2.98% en 67 casos y 1.96 tomando los 102 casos resueltos por ambas vías. Como ya se mencionó estos porcentajes se consideran ALTOS, si tomamos en cuenta que fueron consecuencia de Mecanismo de Parto y Maniobras que se efectuaron para resolver el cuadro Obstétrico. En las Resoluciones por CST no se produjo ninguna Muerte Fetal ni durante la Resolución ni después de ella.

Se debe recordar que estos RN no estaban afectados por Prematuridad ó anomalías fetales, su peso estaba contemplado entre los 2,500 y 3,600 Gramos.

De las complicaciones que afectaron a la Madre durante la Resolución del Parto, por las dos Vías, podemos afirmar que la Vía Vaginal alcanzó un porcentaje de 4.38%, debido a Rasgaduras de Periné. Mientras que entre las CST se observó un 2.8% debido a un caso de rasgadura del Segmento Inferior. Las rasgaduras que se produjeron en la Resolución Vaginal fueron Grado 1 y 2.

Sobre las indicaciones más frecuentes de Cesárea, hemos visto anteriormente que la Pelvis estrecha fue la indicación más frecuente, al ser diagnosticada en el 45.7 de los casos, luego está la Procidencia de Cordón que alcanzó el 20%, Inercia Uterina que fue la indicación en el 8.6% y finalmente las causas Combinadas por haber dos factores o más como indicación ocurrieron en el 8.6% también.

De las complicaciones del Puerperio, que se presentaron tanto en un método como en el otro, se puede analizar los siguientes Problemas: La Endometritis que se presentó en el 4.7% de los casos resueltos por vía Vaginal, y en 5.7% de las CST, indica que el Procedimiento de CST afectó más la morbilidad materna, aunque resultó inocuo para el RN.

También es importante notar y analizar que de 35 CST, 7 heridas operatorias se Infectaron o sea un 20% de las Intervenciones, esto se considera muy Alto, si tenemos en cuenta el número de Cesáreas Investigadas, en este Aspecto la CST prolongó el puerperio de las Pacientes Primigestas con Presentación Podálica, en un 25.7 de las Pacientes Operadas, ya que 2 pacientes además de Herida Operatoria Infectada, tenían Endometritis.

De todo lo expuesto anteriormente, se observa que los métodos comparados, para la resolución de Podálicas en Primigestas, la CST ofrece según ESTE ESTUDIO un mejor Pronóstico Fetal que la Vía Vaginal. Sin embargo prolongó el Puerperio, con la Infección de Herida Operatoria. Habría que hacer un estudio aparte para considerar las posibles causas de esta complicación.

CONCLUSIONES

- I La presentación Podálica en Primigesta tuvo una incidencia durante 1979 del 0.66% sobre el total de Partos Atendidos en el Hospital Roosevelt.
- II La Prematurez se encontró en este estudio en un 11.7% de los casos, por lo que también debe ser considerada como causa etiológica de la Presentación Podálica, en esa misma proporción.
- III Que la mayoría de las pacientes Primigestas con Presentación Podálica, no asistieron a Control Prenatal, en un 73.5% lo que aumentó el riesgo de complicaciones durante la Resolución.
- IV La estrechez Pélvica constituyó el 15.6% de los casos analizados, fue diagnosticada por medio de Pelvimetría Radiológica, lo que demuestra la importancia de este examen previa Resolución del Parto.
- V Según los Apgar obtenidos, indican una mejor Condición al nacer de RN resueltos por Cesárea, que los resueltos por vía Vaginal que obtuvieron Apgar mínimos en el primer minuto de nacimiento.
- VI Las Primigestas Juveniles constituyeron el 27.4% de los casos, y el 19% de ellas tuvieron Distocias y una Muerte Fetal de las dos observadas a consecuencia del Procedimiento.
- VII En los partos resueltos por vía Vaginal se presentó el 20% de Distocia, en 67 partos atendidos, lo que demuestra lo arriesgado para el Pronóstico Fetal la resolución por dicha Vía.

- VIII La Mortalidad Corregida, observada en este estudio, indica que el 2.98% de RN fallecieron a consecuencia -- del Procedimiento, la Vía Vaginal, y la Distocia que se presentó en esa Vía.
- IX La Morbilidad Fetal se vió afectada en el 4.4% de los -- casos, debido a Parálisis Braquial, Fractura de Paladar y Anoxia Severa, aparte de los Rn Muertos por Procedi- -- miento.
- X La Operación Cesárea demostró en ESTE estudio, ofrecer un mejor Pronóstico Fetal dadas las Condiciones de Naci- -- miento de RN por esta Vía.
- XI La Operación Cesárea prolongó el Puerperio de Madres -- Primigestas debido a las complicaciones maternas ocurri- -- das durante y después del Procedimiento. La morbilidad Materna fue del 25.7%.
- XII La modalidad de Presentación Podálica más frecuente, -- fue la Podálica Completa que se presentó en el 55.8% de los casos. La modalidad Incompleta variedad de Nalgas -- constituyó el 37.2% y la Modalidad de Pies fue de 7% -- de los casos.

RECOMENDACIONES

- I Se recomienda, debido a la poca afluencia de Pacientes Pri- -- migestas, al Control Prenatal, hacer una mayor Difusión de -- los servicios que se prestan en dicha Clínica del Hospital y -- el objetivo de los mismos.
- II Tratar en lo posible, que implementar un método de llenado -- de papeletas de las pacientes que asisten a la Maternidad -- del Hospital Roosevelt, con el fin de tener en un momento da- -- do los datos necesarios para un Estudio ó Investigación, que -- en mucho pueden contribuir al mejoramiento de los Servicios Prestados.
- III Coordinar el sistema de papelería de las pacientes, de manera que si tuvieron control Prenatal, toda su papelería sea adjun- -- tada y archivada en la misma forma, con el fin de tener el ma- -- yor número de datos posible, a la hora de requerir dicha pape- -- lería.-

BIBLIOGRAFIA

- I Cardenal L. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Editorial Salvat 1954
- II Gallant Janice M.D. y Mann Leon I.
Manejo moderno de Presentación Podálica Julio 1979
Amer. Journal Obstetrics and Gynecology. Vol 134
- III Lewis Víctor M.D. y Seneviratne H.R.
Resolución Vaginal y por CESAREA de la Presentación Podálica. Amer. Journal Obstetrics and Gynecology. Vol 134. - 1979
- IV Santiso Gálvez Roberto. Consideraciones sobre la Presentación Podálica en Primigestas, Hospital Roosevelt 1958. Tesis
- V Schwarcz R. Obstetricia, Editorial El Ateneo 1977
Páginas 269, al 284 y 793 a 801.
- VI Vaughan Nelson, Mckay, Sexta Edición 1973
Pediatria Págs. 350 a 368.
- VII Williams, Obstetrics, Louis Hellman y Jack A Pritchard
14a. Edición Capítulos 11, 29 y 41.

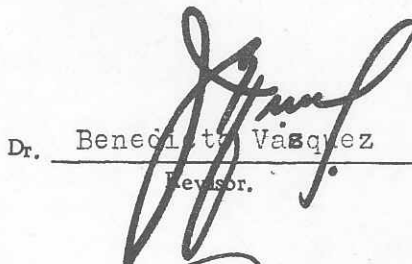
Br. Edwin Antonio Quiñonez Villatoro



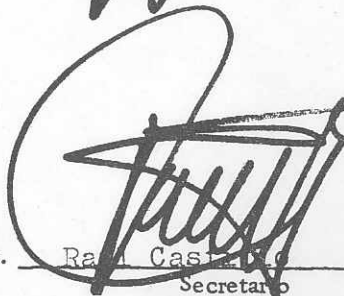
Dr. Mario Alfaro V.
Asesor.



Dr. Hector Nuila
Director de Fase III



Dr. Benedicta Vázquez
Revisor.



Dr. Raúl Castillo
Secretario

Vo. Bo.



Dr. Rolando Castillo Montalvo.
Decano.