

T. 23

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

R E C T O R

DR. ROMEO FORIN MAGAÑA.

S E C R E T A R I O G E N E R A L

DR. JOSE ENRIQUE CORDOVA

FACULTAD DE MEDICINA

D E C A N O

DR. SATURNINO CORTES

S E C R E T A R I O

DR. ROBERTO CUELLAR.-



U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA QUIRURGICA

DR. LUIS A. MACIAS

DR. CARLOS GONZALES B.

DR. SATURNINO CORTES

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA OBSTETRICA

DR. ROBERTO ORELLANA V.

DR. ANTONIO LAZO GUERRA

DR. JORGE BUSTAMANTE

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA MEDICA

DR. LUIS E. VASQUEZ

DR. LAZARO MENDOZA

DR. BENJAMIN MANCIA

DOCTORAMIENTO PUBLICO

DR. ROBERTO ORELLANA V.

DR. ANTONIO LAZO GUERRA.

DR. JORGE BUSTAMANTE.



T. 23

DEDICO ESTA TESIS

A MIS PADRES

TOMAS PALOMO B.

EVA ALCAINE DE PALOMO

A MI ESPOSA

GLORIA GARCIA DE PALOMO

A MIS HIJOS

TOMAS, JAIME Y LUIS CARLOS

A MIS HERMANOS

ERNESTO Y JOSE EMILIO

A MI ABUELO

ING. JOSE E. ALCAINE

Y AL RECUERDO DEL

DR. TOMAS G. PALOMO

Y DE

LUZ MARINA MEZA.-



I N T R O D U C C I O N

Desde los días que empecé a trabajar en el Hospital me interesó profundamente el llamado parto de nalgas. Los comentarios populares sobre el peligro que encierra estaban en pugna con mi criterio, basado en unos pocos casos de asistencia de dichos partos con toda felicidad.

Al estudiar mas el asunto y recoger mayores experiencias observé que la opinión popular no andaba descaminada y que efectivamente el parto de nalgas significa peligro para la madre y el feto. Tal observación me hizo recapacitar y comprender que muchas veces las primeras opiniones que se forma un estudiante sobre cualquier punto médico son erróneas y siempre cree que los problemas que se presentan son de facil resolución; y es hasta que se conocen a fondo que se reconocen las dificultades y se aprende a vencerlas .

Posiblemente a los practicantes del Hospital de Maternidad les haya sucedido cosa parecida en lo que respecta al parto de nalgas, y que con demasiada confianza en la propia habilidad en muchos casos escogieran el método de partear más difícil, la extracción, con malos resultados.

Actualmente las cosas han cambiado y al recibir el personal de urgencial del Hospital de Maternidad las enseñanzas diarias que les deja su trabajo han limitado la intervención operatoria a los casos en que verdaderamente está indicada, mejorando así notablemente los resultados en lo que respecta a mortalidad fetal.

Quiero aprovechar esta ocasión para dar públicamente las gracias a todos mis profesores de la Escuela de Medicina y del Hospital por las enseñanzas que me han dado; y con especial cariño a todos aquellos, médicos y estudiantes, que me han enseñado algo sin tener obligación de hacerlo.

Al Dr. Jorge Bustamante agradezco en especial las facilidades que con tan buena voluntad me prestó para la elaboración de este trabajo.-

.- LA PRESENTACION PODALICA
SU ESTUDIO Y ANALISIS DE LOS CASOS OCURRIDOS EN
LOS PRIMEROS 3.000 PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPI
TAL DE MATERNIDAD DE SN. SALVADOR.-

I	DEFINICION
II	INCIDENCIA
III	ETIOLOGIA
IV	CLASIFICACION
V	MECANISMO DEL PARTO
VI	DIAGNOSTICO
VII	ASISTENCIA DEL PARTO
VIII	COMPLICACIONES
IX	MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA
X	MORTALIDAD Y MORBILIDAD FETAL
XI	RESUMEN
XII	CONCLUSIONES
XIII	BIBLIOGRAFIA.



CAPITULO I.-

DEFINICION

Se dice que hay presentación podálica cuando la región fetal situada por debajo de una línea que cruza tangencialmente a las crestas ilíacas busca a encajarse o ya lo ha hecho (1).

Es llamada también presentación pelviana y al parto verificado en dicha -- presentación se le llama comúnmente parto de nalgas.

Presentación (2), según la definición de Mme. La Chapelle, es la parte del feto que puesta en contacto con la pelvis menor o ya introducida allí, es suficientemente voluminosa para llenarla, siendo capaz también de cumplir durante el parto un mecanismo predeterminado.

Hasta hace relativamente poco tiempo se consideraban normales las presentaciones longitudinales y anormal la posición transversa, puesto que en las primeras el niño nace por lo común por el sólo esfuerzo de la naturaleza; mientras que si la última persiste es imposible el parto espontáneo (3). Pero en el momento actual resultaría difícil encontrar un autor que considere normales a todas las presentaciones longitudinales, y más bien existe la tendencia a considerar normales exclusivamente a las presentaciones de vértice con el occipucio dirigido hacia adelante. En lo concerniente a la presentación pelviana, ya De Lee en su 2a. Edición de los Principios y Práctica de la Obstetricia, en 1915, la clasifica entre las presentaciones anormales. Gibson dice: "La presentación de nalgas debe ser considerado como patológica. La necesidad de una anestesia más profunda, de un asistente hábil y la posible eventualidad de aplicación de forceps son únicamente tres de los factores que aumentan la seriedad del problema. Además la mortalidad materna y fetal está aumentada a tal grado que aún en manos de un experto la suposición de un resultado normal es injustificado. La alta incidencia de infección puerperal consecutiva al aumento del trauma-- hace mayor el peligro.

A pesar de su extensa experiencia con problemas de extracción de brazos y cabeza, última después de versión pedálica interna, Potter considera la presentación de nalgas como una de las más serias complicaciones del parto. Otros consideran la atención de un parto de nalgas como un índice de juicio obstétrico y habilidad" (4).

CAPITULO II.

INCIDENCIA.

Es la más frecuente, después de la de vértice.

Encontrar la incidencia de cualquier tipo de partos en una serie dada, es -

una tarea relativamente sencilla; pero si se quiere comparar los datos obtenidos con los reportados en series de otros hospitales, se tropieza con la dificultad de que no en todos se aceptan las mismas normas y que con frecuencia las series no son similares, por ejemplo: Si en un hospital se analizan todos los partos con fetos pesando desde 400 gr. para arriba y en otros se toman todos los partos de fetos de 1.000 gr. y más, posiblemente el primer hospital reportará una incidencia más alta de partos de nalgas que el segundo, ya que es un hecho bien conocido que los fetos prematuros tienen tendencia a presentarse de nalgas. Además, mientras más pequeña es una serie, menos valor estadístico debe concedérsele.

Como punto de comparación con los resultados obtenidos en el Hospital de Maternidad respecto a la incidencia de partos de nalgas, tomaré cifras obtenidas por los siguientes autores: Shoroeder en 250.000 casos: 3.11% Markos en 51.000 partos ocurridos en New York Lyin-in Hospital: 3.9%. En la Maternidad del Johns Hopkins Hospital en los primeros 7.5000 ingresos: 3.9%. Estas cifras se refieren a las condiciones observadas al término del embarazo o cerca de él (5). Karl Braun, en 48.449 casos encontró un ~~2.97%~~ ^{3.4%} de presentaciones pelvianas (6). Tompkins citado por Gibson (4), dá cifras que varían, en series de más de 5000 casos, entre 2.8% reportado por Moore y Stptoe y 4.8% reportados por Patton y Mussey. Arnot y Nelson (7) - analizando 10.555 partos consecutivos de su práctica privada, incluyendo embarazos de todas las edades y partos gemelares encuentran una incidencia de 4.3%; pero si toman sólo los fetos que pesaron 2.000 gr. o más, la incidencia baja a 4.1%, y si consideran únicamente fetos a término baja hasta 3.8%. Wisman, citado por Stevenson (8), demostró, haciendo radiografías periódicamente en embarazadas desde aproximadamente 20 semanas que de 18 a 22 semanas un 24% de los fetos aproximadamente se presentan de nalgas, y que este número ha rebajado a 8% a de las 28 a 30 semanas y a un 7% a kas 34 semanas.

TABLA I

INCIDENCIA DE PARTO DE NALGAS EN EMBARAZOS DE TODAS LAS EDADES.-

A U T O R	No. D E P A R T O S	I N C I D E N C I A.-
Pinard	100.000	3.30%
Arnot y Nelson	10.555	4.30%
Hospital de Maternidad (S.S.)	3.000	3.83%

Tompkins encontró (8), en su estudio de 4138 partos de nalgas de embarazo úni

co que 35% de los niños de 1.000 a 1.499 gr. fueron partos de nalgas, que de los niños de 1.500 a 1999 gr. 17% nacieron de nalgas; que del grupo de 2.000 a 2.499 gr. 8% fueron de nalgas; que del grupo de 2.500 a 2.999 gr. 3.5% nacieron de nalgas.

Considerando los hechos anteriores analicé los datos obtenidos en el Hospital de Maternidad y encontré que hubo 115 parturientas con fetos que se presentaron de nalgas entre los primeros 3.000 partos atendidos, y de estos 115 partos nacieron 120 fetos de nalgas.

Así, la incidencia de partos de nalgas es de 3.83% considerando partos de pacientes en cualquier edad del embarazo. Trataré ahora de encontrar una incidencia del parto de nalgas en fetos a término: Según datos estadísticos del Hospital de Maternidad, hay 11.7% de partos prematuros (con fetos que pesan menos de 2.500 gr.) por un sencillo cálculo podemos encontrar que el 11.7% de 3.000 es 351, partos prematuros. Si restamos los 351 partos prematuros del total de 3.000, nos quedan 2.649 partos a término.

-Como el número de parturientas que tuvieron presentaciones pelvianas de feto que pesaron más de 2.500 gr. o fueron considerados a término, fué de 59, la incidencia es de 2.22%.

TABLA II

DIFERENTES INCIDENCIAS ENCONTRADAS EN PARTOS DE NALGAS, A TERMINO O CERCA DE EL.-

A U T O R	No. D E C A S O S	I N C I D E N C I A.-
Karl Braun	48.449	2.7%
Moore y Steptoe	51.571	2.8%
Schoroeder	250.000	3.11%
Arnot y Nelson	10.555	3.8%
Markoe	51.000	3.9%
Patton y Mussey	6.195	4.8%
Hospital de Maternidad (San Salvador) (x)	3.000	2.22%

(x) Considerando únicamente fetos que pesaron más de 2.500 gr. o que no fueron pesados pero se registraron "a término".

Cuatro pacientes de esta serie habían tenido partos de nalgas anteriores.- La primera era una G. 6 P. 5, de 36 años, que había tenido un parto de nalgas. La segunda era una secundigesta que había tenido su primer hijo en presentación de nal

gas. La tercera había tenido dos embarazos anteriores terminados ambos con cesárea y ambos con presentación de nalgas. La cuarta era una G. 3 P. 2 que había tenido -- también dos partos de nalgas anteriores. En ninguno de estos casos se investigó -- etiología.

Resumiendo los datos anteriores diré que las incidencias de 3.83% para emba--razos de todas las edades y de 2.22% para las gestaciones a término no muestran di--ferencias apreciables con las encontradas en otros hospitales.

CAPITULO III

ETIOLOGIA .-

Durante mucho tiempo hubo una lucha entre dos corrientes opuestas en lo que respecta a los factores causales que determinan la presentación del feto humano a término o cerca del término. Al principio dominaba la teoría de la gravedad sosteni--das principalmente por Duncan y Veit, pero poco a poco se han obtenido pruebas de que en realidad el feto se acomoda en la forma del útero, el cual es un ovoide con su polo mayor en el fondo y su polo menor en el segmento inferior; como el feto tam--bién tiene una forma ovoide con su polo mayor formado por las nalgas y su polo me--nor formado por la cabeza, esta teoría de la acomodación explica perfectamente por qué la mayoría de los fetos se presentan por su polo cefálico.

Pero entonces ¿por qué aproximadamente un 3% de los fetos no cumple la ley de la acomodación? Muchas respuestas se han dado y cada una como posible causa -- etiológica para la presentación de nalgas.

En los libros de texto actuales se mencionan entre las causas que provocan o favorecen la presentación pelviana: malformaciones del útero (especialmente útero bicorne), pélvis estrecha, tumores, placenta previa, polihidramnios, multiparidad, hidrocefalia, tumores del feto en la nuca o cabeza, premadurez, embarazo gemelar.

Las vamos a analizar una a una:

1o. Las malformaciones congénitas del útero son indudablemente una causa positi--va de presentación de nalgas, y ésto se ve claramente demostrado en algunos casos donde se ha hecho el diagnóstico de dicha malformación y se han presen--tado varios partos de nalgas en la misma paciente (partos de nalgas a repe--tición). A esta causa también se pueden atribuir casos de presentación de --nalgas habitual familiar como el reportado por Cartledge y Rancoch, citados por Stevenson (8), en el cual "La madre había nacido de parto de nalgas y tu--vo seis hijos, todos nacidos de parto de nalgas; tres de éstos fueron niñas quienes subsecuentemente tuvieron cinco hijos, todos nacidos de parto de nal

- gas". En nuestra serie hubo cuatro casos de partos de nalgas a repetición, de los cuales tres habían tenido cinco partos entre todos, todos de nalgas, y una que había tenido cuatro de vértice y uno de nalgas. En ninguno de éstos casos se investigó la posibilidad de malformaciones congénitas del útero.
20. La estrechez pélvica no ha podido ser demostrada como causa etiológica. (9).
30. Los tumores pelvianos, al estorbar el encajamiento, han sido culpados de ser causantes de presentaciones de nalgas, pero indudablemente, si ésto es cierto, son una causa poco frecuente.
40. Placenta Previa: Al considerar el papel de placenta previa en la presentación de nalgas y revisar los datos recogidos en 56 casos de placenta previa en el Boston Lying-in Hospital, dice Stevenson (8), "Encontramos presentación de nalgas en 4 casos, en ninguno de los cuales la gravidez duró más de 36 semanas. Se cree que será difícil encontrar pacientes con presentación de nalgas y placenta previa, especialmente con previa central, que hayan pasado las 38 semanas de gravidez.
- La placenta previa más bien debe ser considerada como factor etiológico para presentación transversa, ya que Stevenson (10) analizando una serie de 56 casos de presentación transversa, encontró que 27% tenían placenta previa, que comparado con la incidencia total de placenta previa que es de alrededor de un ~~0.6%~~^{0.6%} da un aumento de 70 veces sobre lo normal.
- En la serie de 115 casos que estoy estudiando, sólo hubo un caso de placenta previa central, a la que se le hizo cesárea a las 36 semanas de embarazo, obteniéndose un feto vivo de 2225 gr.; y uno de placenta con implantación baja que causó sangramiento en el momento del parto.
50. Polihidramnios es una causa de presentación de nalgas porque la excesiva distensión de las paredes vuelve al útero casi esférico y entonces el proceso de acomodación entre el ovoide fetal y el útero se dificulta.
- En esta serie hubo sólo un caso, con 4.500 cc. de líquido, coextiendo con hidrocefalia, lo que da una incidencia de 0.87%. Esta es también una causa que puede ser efectiva pero es poco frecuente.
60. La multiparidad, al distender y ablandar las paredes uterinas y de la pared ha sido acusada de favorecer las presentaciones de nalgas. Según la estadística de Pinard y de acuerdo con las observaciones de Moore y Steptoe (8), 59% de todas las presentaciones de nalgas ocurren en multíparas. Pero si consideramos que 70% de los fetos nacen de multíparas, estas cifras más bien nos predisponene contra la idea de que la multiparidad favorece la p

presentación pelviana. Sin embargo Eastman reporta que las presentaciones de nalgas fueron más frecuentes en multíparas (3.5%) que en primíparas (2.5%) (11).

En esta serie hubo 27 primíparas y 88 multíparas que se analizan en la tabla siguiente:

TABLA III

PARTOS DE NALGAS ANALIZADOS SEGUN LA PARIDAD

	Nº. DE CASOS	POR CIENTO.
Primíparas	27	23.5
Multíparas	88	76.5
P1.	27	30.6
P2.	15	17.0
P3.	12	13.6
P4.	13	14.7
P5.	12	13.6
Más de P5	8	9.0
Desconocido	1	1.1

70. La hidrocefalia, cuando es marcada, invierte la polaridad del feto y este trata de colocarse de nalgas para cumplir con la ley de la acomodación. En esta serie hubo 5 fetos hidrocefálos, lo que da una incidencia de 4.35 que es el significativo, ya que la admitida para todas las presentaciones es de 0.05% o sea 87 veces menor.
80. Los tumores del feto en la cabeza o en el cuello pueden invertir la polaridad fetal, igual que la hidrocefalia, y favorecer las presentaciones pelvianas, pero dichos tumores son raros y en esta serie no fué encontrado ningún caso de tumoración grande. El único que se podría incluir aquí es el de un feto macerado de 1.600 grs. de peso en que se describió hipertrofia del timo.
90. Premadurez. Hipócrates creyó que el feto se presentaba de nalgas hasta el 70 mes, y entonces giraba súbitamente y presentaba la cabeza. Los franceses llamaban a esto "Culbute" (12). Naturalmente se sabe desde hace tiempo que esto no es cierto, pero nos dá una idea de que ya los antiguos habían observado la frecuencia con que los fetos prematuros se presentaban de nalgas. Fué Weisman (8) quien probó con estudios radiográficos que los fetos de 18 a 22

semanas un 24% están de nalgas y poco a poco van acomodándose de vértice, de manera que al llegar a término sólo persisten de nalgas un 3%, que por alguna u otra razón no han girado. Fácil es comprender que si un feto de 22 semanas es parido tendrá por lo menos 8 veces más probabilidad de nacer de nalgas que uno de término.

En la serie que estoy estudiando, de los 120 fetos hubo 53 que pesaron menos de 2.500 grs. y 7 más que no fueron pesados, pero que son incluidos en el mismo grupo por haber sido calificados únicamente como prematuros o por que el embarazo no tenía 36 semanas, lo que hace un total de 60, o sea una incidencia de 50% que comparada con la incidencia total de prematuros del Hospital que es de 11.7%, muestra considerable diferencia y apoya fuertemente la idea de que la premadurez es una causa etiológica de parto de nalgas.

10o. El embarazo múltiple ha sido reconocido desde hace mucho tiempo como favoreciendo la presentación pelviana, ya que en estos casos el útero está sobredistendido y el feto puede acomodarse de cualquier manera.

En esta serie hubo 23 partos gemelares, de los cuales cinco fueron dobles de nalgas y los restantes 18 fueron con un feto de nalgas y el otro de vértice. Esto da una incidencia de gemelares de 20% que comparado con la incidencia general de gemelares encontrada de 1.33% tiene gran valor probatorio de que el embarazo múltiple favorece la presentación pelviana. Además el total de embarazos gemelares en toda la serie fué de 40, o sea que el 57.5% de los embarazos gemelares provocó por lo menos una presentación pelviana y que en el 12.5% de los gemelares, ambos fetos se presentaron de nalgas.

Si después de haber estudiado todas las causas etiológicas reconocidas, damos una ojeada de conjunto a esta serie, observamos que hay varios factores que parecen tener influencia predominante por el número de veces que se presentan y son por orden de frecuencia: premadurez, embarazo múltiple, hidrocefalia y polihidramnios, y observamos también que algunas veces se superponen dos de los mencionados factores en algún caso determinado. Si excluimos todos los casos en que sea han dado uno o varios de los factores arriba mencionados, nos quedan 44 casos de embarazos únicos, con fetos que pesaron 2.500 grs. o más, sin anomalías fetales ni uterinas, demostrables, y para los cuales no tenemos causa etiológica evidente.

TABLA IV.

FETOS NACIDOS DE NALGAS CON CAUSA ETIOLOGICA COMUNMENTE ACEPTADA.

	No. DE CASOS	TOTAL DE CASOS	POR CIENTO.-
		115	
Emb. Gemelar quedan	23	92	20%
Hidrocefalia quedan	5	87	4.35%
Placenta Previa quedan	1	86	0.87%
Premadurez quedan	42	44	36%

Lo mismo que ha sucedido en esta serie pasaba en todas las que se publicaban hasta que Stevenson (8) llamó la atención y empezó a recoger pruebas de que el sitio de implantación placentaria es la causa determinante en muchos casos de presentación pelviana y publicó una serie de 76 casos de embarazos únicos a término con presentaciones de nalgas en todos los cuales la placenta estaba implantada en uno de los cuernos del útero, ya fuera completamente lateral o tomando porciones del fondo o de las paredes ^{anterior} posterior/ además notó que estaba implantada en el lado izquierdo en el 71% y en el lado derecho únicamente en el 29%. Estos datos fueron obtenidos por estudio radiográfico con la técnica de las partes blandas y en la tercera parte de los casos fué confirmado por la palpación in situ antes del desprendimiento, ya fuera por extracción manual o en el momento de hacer operación cesárea.

Con los datos anteriores el autor elabora la teoría de que la placenta implantada en la región del cuerno cambia la polaridad del ovoide uterino y convierte al polo superior en su polo menor, invitando con ésto al feto a que se ponga con su polo menor (la cabeza) hacia arriba. Además cree que la multiparidad anula en parte a esta causa etiológica principalmente cuando la placenta está implantada en el cuerno derecho.

Teniendo en cuenta los datos anteriores revisé la serie de 115 casos y encontré que únicamente en nueve de ellos se había localizado la placenta por radiografías que fueron contestadas así:

Placenta situada arriba, adelante, a la derecha	4
" " " " a la izquierda	3
" " " atrás a la derecha	1
" " " " a la izquierda.	1

A pesar de ser muy pequeño el número de casos estudiados para concedérsele ningún valor, llama la atención que aquí también la placenta aparece reportada en todos los casos en la región de uno de los cuernos, pero uno de los casos diagnosticado por el radiólogo como placenta situada arriba, adelante y a la izquierda, se comprobó después que era en realidad una implantación baja de la placenta, que sangró en el momento del parto.

Hay que hacer notar que sólo dos de estos casos no están incluidos en el grupo de los 44 casos a los que no se les podía encontrar etiología y que uno de los que fueron eliminados había sido incluido en los prematuros por pesar únicamente 5 libras (2.300 grs.).

Resumiendo se puede decir que la ley de la acomodación siempre se cumple y que en general la presentación pelviana se debe a que alguna causa ha invertido la polaridad fetal (V.gr.: Hidrocefalia) o la polaridad uterina (placenta en la región de uno de los cuernos) y que los casos que no se pueden incluir aquí son por lo general aquellos donde el ovoide uterino se convierte en esferoide (gemelar, polihidramnios) o cuando el feto es prematuro.

CAPITULO IV

CLASIFICACION

Desde hace mucho tiempo es clásica la división de presentaciones pelvianas en completas e incompletas. Según Farabnf y Varnier (13) la presentación de nalgas es completa cuando los muslos están flexionados, las piernas y pies flexionados y cruzados, y los talones adosados a las nalgas; y la presentación es incompleta cuando los miembros inferiores toman otra actitud que no sea la descrita; y le reconocen tres subdivisiones o modos: modo de nalgas cuando los miembros inferiores están completamente extendidos levantados a lo largo del tronco; modo de pies cuando los miembros inferiores están extendidos y descienden primero; y modo de rodillas cuando los muslos están extendidos y las piernas flexionadas.

Esta clasificación se ha mantenido por muchos años y prácticamente todos los autores la respetan aunque ahora frecuentemente se le llama "franca" a la presentación de nalgas incompleta.

De Lee (14) llama también doble a la presentación completa y sencilla a la franca o incompleta y divide la de pies y rodillas en sencilla o doble.

Como todas las clasificaciones ésta no es perfecta y ha sido criticada, con razón, por varios autores.

Espinoza y Rabago (15) "no están de acuerdo con esta clasificación por dos razones: la.: Durante el embarazo es imposible la existencia de los modos de rodi-

llas y de piés, pues no cabría el feto dentro de la cavidad del útero en ninguna de estas actitudes. 2o.: Durante el parto, cuando los pies y las rodillas descienden - antes que las nalgas, es debido a que al romperse la bolsa, las extremidades inferiores caen a la vagina, pero primitivamente era una presentación de nalgas completa. Además, según la definición antes mencionada (x) ni los piés ni las rodillas pueden constituir una presentación, pues no son suficientemente voluminosos para llenar la excavación pélvica. En vista de lo expuesto, muchos autores tienen a considerar en la presentación pélvica, tan solo dos variedades: La presentación completa y la incompleta, llamada anteriormente modo de nalgas."

Por otra parte, Reis y Da Costa (16) consideran que la actual clasificación es muy sencilla y poco explicativa y dicen: "La terminología de actitud en presentación de nalgas debería ser revisada. Las expresiones de completa o full e incompleta o franca, no son suficientemente descriptivas. Habría más claridad al referirse a la presentación como "de nalgas", "de nalgas y piés", "de piés" ó "de rodillas". Para completar la descripción de actitud parece aconsejable añadir la posición de las piernas (flexionadas o extendidas) de los brazos (flexionados o extendidos), de columna (flexionada, extendida) de cabeza (flexionada, extendida o girada."

Las opiniones anteriores demuestran que por lo menos algunos autores no están conformes con la vieja clasificación, y es interesante hacer notar que tal cosa no sucede en otras presentaciones donde por lo visto las clasificaciones usadas llenan completamente las necesidades.

A mi modo de ver, en el útero no puede haber más que dos tipos de presentación pelviana que son franca y la completa. La franca debe dejar de ser considerada como un simple modo de la incompleta y no debe estar agrupada con la de piés y de rodillas con las que tienen muy poco en común.

Por otra parte las llamadas presentaciones de piés y de rodillas deberían ser consideradas como simples variaciones del mecanismo del parto de la presentación completa de la que derivan.

Concretando, a la presentación pelviana se le pueden considerar dos formas: 1o.) La franca de nalgas y 2o) la completa, de la cual se derivan la simple y doble de piés, y la simple y doble de rodillas, si éstos bajan primero a la vagina.

Hay una corriente general entre los obstetras más renombrados para que la unificación de la nomenclatura en presentación pelviana sea incluido como punto a tratar en un simposium de obstetricia.

(x) De
Mme. La Chapelle.

CAPITULO V.

MECANISMO DEL PARTO.

Se llama mecanismo del parto al conjunto de movimientos que realiza el feto en su trayectoria pelvigenital para salir al exterior" (17).

El mecanismo del parto de nalgas está perfectamente descrito en todos los libros de texto y únicamente voy a hacer énfasis en algunas particularidades.

"Le Lorier ha llamado la atención hábilmente hacia la diferencia fundamental entre el parto en la presentación de vértice y en la presentación de nalgas, respectivamente. En el primero, después de la expulsión de la cabeza voluminosa, el resto del cuerpo sigue sin dificultad; mientras que en el segundo, son paridas sucesivamente porciones cada vez más voluminosas del niño, de modo que prácticamente nos encontramos con tres partos: el de las nalgas, el de los hombros y finalmente el de la cabeza, cada uno de los cuales es precedido de un movimiento respectivo de rotación interna." (18)

El parto de las nalgas suele ser fácil, excepto en los casos de presentación franca en que los miembros inferiores extendidos inmovilizan como una férula al cuerpo del feto.

El parto de los hombros ya presenta más dificultades y si los brazos se extienden y van hacia arriba ponen a prueba la habilidad del partero.

Finalmente el parto de la cabeza es el más difícil ya que ésta no tiene tiempo, como en los de vértice, para modelarse sobre la pelvis ósea y al hacerlo rápidamente supone traumatismo para el feto.

En el parto de nalgas no se puede dar prueba de parto, ya que tal cosa significaría dejar salir el cuerpo del feto completamente y observar si el diámetro mayor (la cabeza) pasa por el diámetro menor de la pelvis.

Clásicamente se le atribuye al parto de nalgas de ser un parto prolongado por la menor efectividad de las nalgas para dilatar el cuello, y tal opinión es sustentada por autores como Stander, Eastman, De Lee, etc.; pero tal idea tiene que ser cambiada después de los trabajos de recopilación de Arnot y Nelson (7) que encuentran que el promedio de duración de las series de partos de nalgas de ocho autores distintos es de 16.3 horas para primigrávida y 8 horas para multíparas, menor que los promedios encontrados por Beck e Eastman para todas las presentaciones y que son de 17.7 horas (ambos) para primigrávidas y de 11.7 horas y 12 horas, respectivamente, para multíparas.

En la serie de 115 partos del Hospital de Maternidad se registró el tiempo

de trabajo en 99 casos, en uno se anotó como precipitado y en los restantes 15 casos no se investigó este dato. De los 99 casos registrados 22 fueron primíparas y 77 fueron multíparas. Para las 22 primíparas se obtuvo un promedio de 16 horas 48 minutos y para las 77 multíparas un promedio de 9 horas 6 minutos, ambos menores que los correspondientes a todas las presentaciones citadas por Beck e Eastman.

CAPITULO VI

DIAGNOSTICO

Cuando un caso obstétrico es bien estudiado y se apela a todos los recursos para hacer el diagnóstico, difícilmente se cometen errores. La mayoría de éstos se cometen por la falta de un examen cuidadoso ante la aparente facilidad del caso, principalmente cuando se trata de multíparas.

En una presentación pelviana la palpación abdominal nos muestra el polo cefálico, redondeado, duro y móvil, en el fondo, y el polo pelviano, más grande, -blando e irregular sobre el estrecho superior, o ya encajado.

La auscultación nos permite determinar que el foco está a la altura del ombligo o más arriba.

Cuando ya hay trabajo del parto se puede apreciar por el tacto el tipo de presentación pelviana, según que se toquen sólo las nalgas (y lo que sella el diagnóstico en ese caso es la palpación de las apófisis espinosas del sacro), o nalgas y piés, o piés, o rodillas.

Una vez reconocido el tipo de presentación pelviana hay que hacer un esfuerzo para encontrar la posición que guarda el feto respecto de la madre y para eso no tenemos más que ver hacia donde se dirige el sacro del feto. Se reconocen 6 posiciones distintas, tres derechas y tres izquierdas, y que son: Sacra izquierda anterior (S.I.A.), Sacra derecha anterior (S.D.A.), Sacra izquierda transversa (S.I.T.), Sacra derecha transversa (S.D.T.), Sacra izquierda posterior (S.I.P.), Sacra derecha posterior (S.D.P.)

Según Manuel Luís Pérez (1) el orden de frecuencia es igual al de las posiciones similares de la presentación de vértice: 1o) S.I.A.; 2o.) S.D.P.; 3o.) S.I.P y 4o) S.D.A.- Pero del informe de Arnot y Nelson (7) se desprende que son más frecuentes las posiciones anteriores que las posteriores, con una incidencia aproximada de S.I.A.: 45%, S.A.D.: 35%, S.I.P.: 10% y S.D.P. algo más del 10%.-

Dos métodos o mejor dicho triquiñuelas, ayudan también para el diagnóstico de la presentación pelviana: el primero, observado por Kaustky (citado por Eastman) es el de que si comprimimos con los dedos la cabeza fetal que está en el fondo del útero se distingue claramente un retardo de los latidos del corazón fetal; y el se-

gundo, que podría servir en el momento del parto si la presentación no hubiese sido diagnosticada todavía, es el de que si en el curso del trabajo sale meconio y no hay signo de sufrimiento fetal, esto se debe a que es una presentación de nalgas. Además las mujeres que tienen embarazos cerca del término en presentación de nalgas, suelen acusar dolor en el hipocondrio donde está la cabeza, principalmente si está en el lado derecho.

El último medio de diagnóstico, infalible, es un estudio radiográfico abdomino-pélvico que nos muestra la presentación y posición del feto y la actitud que guardan entre sí las distintas partes fetales, permitiéndonos hacer una clasificación como la que quieren Reis y Da Costa (16), y nos lleva a un conocimiento más perfecto de las complicaciones que debemos esperar.

Si la paciente es primigrávida o tiene en su historia obstétrica datos que permiten sospechar una estrechez pélvica la radiografía es una obligación en la presentación pelviana.

Además únicamente por radiografías es que se han logrado identificar síndromes nuevos capaces de provocar distocia, como el descrito por Torpin (19): -- "Posición sacro anterior persistente, en presentación franca de nalgas asociado con distocia." Cree Torpin que cuando una primípara tiene presentación franca de nalgas y el feto se coloca con la espalda dirigida directamente hacia adelante y pone sus miembros inferiores uno a cada lado de la columna vertebral materna, la tonicidad de las paredes le impide cambiar de posición, y que en el momento del parto las nalgas no encajan bien, simulando el mecanismo del parto de un feto hidrocefalo o de una presentación transversa que no tienen acción dilatadora sobre el cuello y que pueden provocar ruptura uterina. En apoyo de su teoría exponen cuatro casos que presentaban dichas condiciones, en los que se demostró una pelvis normal y que no pudieron parir espontáneamente.

Otras actitudes fetales raras se han encontrado por radiografías. Reis y Da Costa (16) reportan dos casos de hiper-rotación y deflexión de la cabeza, y aconsejan no tomar decisión operatoria en esos casos porque muchas veces se corrigen espontáneamente. Dougherthy, Mickey, y Moore (20) revisan la literatura sobre la hiper extensión de la cabeza fetal en presentación de nalgas y llegan a la conclusión de que cada caso debe ser valorizado y tratado individualmente; pero en líneas generales aconsejan la conducta de observar por control radiográfico si la hiper extensión es fija y permanentemente, ya que es bien sabido que no sólo actitudes sino hasta presentaciones pueden cambiar en última instancia; si se nota que la hiper extensión tiende a quedar fija aconsejan intentar la corrección manual

por maniobras externas y si ésto falla hacer la operación cesárea, porque el parto vaginal en dichas condiciones aumenta notablemente las probabilidades de lesiones en la columna vertebral y la médula espinal del feto. Por otra parte Stein, citado por los mismos autores (20), cree que ninguna de las actitudes de deflexión es lo suficientemente seria para autorizar la intervención.

Como se vé, estos síndromes son tan nuevos que todavía no es bien conocida su importancia ni su tratamiento y sólo haciendo radiografía rutinaria en todas las presentaciones pelvianas se obtendrían suficientes datos para estudiar bien el problema.

Otra razón más para tomar radiografías rutinarias en presentación de nalgas (tan valedera aquí como en el polihidramnios) es que habiendo hasta un 4.35% de fetos hidrocefalos en la Serie del Hospital de Maternidad salta a la vista -- que se presentarán casos difíciles de partear y que se causarán lesiones evitables a las madres por no haber reconocido estos casos a tiempo.-

En la serie del Hospital de Maternidad el diagnóstico de presentación pelviana se hizo en la portería en 51 de los 115 casos, o sea en el 44%, pero hay que recordar que esta serie incluye 23 partos gemelares en los que se diagnosticó el embarazo gemelar y no la presentación pelviana. Si corregimos las cifras no tomando en cuenta los embarazos gemelares, encontramos que se hizo el diagnóstico en el 56% de los casos. Estas cifras son bajas, pero lo mismo sucede en series reportadas en otras partes, vgr., Morton publica (7) 118 diagnósticos equivocados en una serie de 285 o sea que se hizo el diagnóstico únicamente en el 58% de los casos. Indudablemente con solo un examen clínico más cuidadoso mejoraría el porcentaje de diagnósticos acertados.

En lo que respecta al tipo de presentación y a la posición del feto, encuentro que únicamente fueron diagnosticadas ambas, en 29 de los 120 casos estudiados, o sea un 24%. Considerando únicamente el tipo de presentación encontré que se anotó en 64 casos, o sea el 53%, distribuidos así: Presentación de nalgas completa: 13 casos (18.7%); Presentación franca de nalgas: 21 casos (32.8%); y presentación de pies: 31 casos (48.4%). Esto no concuerda con las cifras encontradas por Arnot y Nelson (7) que dan presentación franca de nalgas: 65%; presentación de pies: 30%; y presentación completa 5%.-

La posición del feto se registró en 36 casos, o sea un 30% que fueron reportados así: S.I.A.: 20; S.D.A.: 14; S.I.P.: 1; y S.D.P.: 1.

Las cifras que he podido obtener en esta serie en lo que respecta a la presentación y posición son muy incompletas y sin ningún valor estadístico, y hay

que hacer notar que así como la falla en diagnosticar las presentaciones se debe a un error de apreciación al que todos estamos sujetos, la falta de registrar el tipo de presentación después del parto se debe exclusivamente a que el encargado se olvidó de hacerlo.

En la serie que estudio se hizo radiografías abdomino-pélvica en 21 pacientes, 7 de las cuales eran primíparas, y se obtuvieron los siguientes datos:

Pelvimetrías	9
Localización de placenta	9
Embarazo gemelar	5
Obito Fetal	2
Anomalías Fetales (x)	2

De los nueve casos en que se hizo pelvimetría, el radiólogo contestó siete veces que había pelvis plana, una vez que había pelvis androide y una vez - que había pelvis normal.- En cuanto al pronóstico para el parto contestó en tres casos que habría distocia; y en un caso que la pelvis tenía buenas dimensiones. De los tres casos en que el radiólogo pronosticó distocia nacieron dos fetos muertos y otro en condición catalogada como regular, pero que sobrevivió. De los casos reportados como pelvis límite sobrevivieron los cuatro fetos pero uno tuvo parálisis de Erb. En el caso que reportó que podría haber distocia nació un feto vivo - pero con una fractura del húmero. En el caso reportado como pelvis de buenas dimensiones el parto fué normal.- Todos los fetos pesaron más de 2.500 gramos, excepto uno que pesó 2.300 gramos.

Si se le hubiese dado más crédito a los datos reportados por el radiólogo por lo menos dos fetos más se hubieran salvado.

CAPITULO VII

ASISTENCIA DEL PARTO

Un parto de nalgas puede ser asistido, como todos los partos, por vía abdominal y por vía vaginal.

La nomenclatura para la asistencia del parto de nalgas no está unificada.

Una de las más aceptadas es la de Gordon (7) que reconoce cuatro métodos para la asistencia del parto:

1o) Parto espontáneo y asistido: Aquellos partos en los cuales el feto es dejado salir espontáneamente hasta la cabeza, la cabeza puede salir espontáneamente o con ayuda de la maniobra de Veit-Smellie-Morieceau o

(x) Hidrocefalos con cabeza retenida.

Wigand Martin, o con forceps en la cabeza.

- 2o. Extracción: Aquellos partos en los cuales la presentación es de uno o dos pies y es sacado por tracción de un pié o en las que la presentación es franca y es extraída, ya sea manualmente o con forceps en las nalgas.
- 3o. Descomposición: Aquellos en que la presentación es franca y en las cuales uno o los dos piés son bajados por la maniobra de Pinard.
- 4o. Cesárea.

De Lee llama ayuda manual (21) cuando el parto se deja evolucionar espontáneamente hasta el ombligo y después se hace extracción del cuerpo, hombros y cabeza bajo anestesia completa.

Richard Van D. Knight y Paul O. Connel (22) usan la siguiente clasificación para la asistencia del parto de nalgas, por vía vaginal:

- 1o. Parto espontáneo de nalgas es un término usado para los casos en que el feto nace rápida y espontáneamente sin ninguna manipulación por el partero. Usualmente ocurre sólo con fetos pequeños.
- 2o. Parto de nalgas ayudado, en el cual el nacimiento es dejado espontáneamente hasta el ombligo después de lo cual se ayuda para el nacimiento de los hombros y la cabeza.
- 3o. Extracción de nalgas en el cual la operación es comenzada después que las nalgas llegan al perineo.

Ware y Roberts (23) lo clasifican en espontáneo, extracción de nalgas, y conversión y extracción.

A mi modo de ver una de las mejores clasificaciones, citada por Savage (23) es la que divide los métodos en cuatro, que son:

- 1o. Parto espontáneo, sin ninguna ayuda del partero.
- 2o. Extracción parcial, equivalente más o menos al parto asistido o con -- ayuda manual de otras clasificaciones.
- 3o. Extracción completa o gran extracción, cuando la intervención empieza -- antes que las nalgas hayan llegado a la vulva.
- 4o. Cesárea.

Tiene la ventaja de que es sencilla y con nombres suficientemente claros y explicativos.-

La unificación de esta nomenclatura debería también ser tarea de un Congreso de Obstetricia.-

En la serie del Hospital de Maternidad al analizar el modo cómo se terminó

el parto, encontré que 39 casos fueron reportados como espontáneos, 24 como extracción parcial, 41 como extracción completa, 3 fueron cesáreas, 9 fueron embriotomías 2 fetos macerados que sufrieron decapitación espontánea y 2 no fueron registrados. Las nueve embriotomías y las dos decapitaciones espontáneas fueron asimiladas al tipo de asistencia que se intentó primero, y en los tres casos que no encontré -- dicho dato los agregué a los desconocidos.

TABLA V.-

METODO DE ASISTENCIA DEL PARTO

	No. DE CASOS	PORCIENTO.
Espontáneo	40	33.3%
Extracción parcial	30	25.0%
Extracción completa	43	38.8%
Cesárea	3	2.5%
Desconocido	4	3.3%

La discusión de lo cual es el método mejor para atender un parto de nalgas es larguísima y las opiniones son muy dispares, desde las radicales ideas de Irving y Goethals y Titus que recomiendan hacer la extracción en cuanto haya dilatación completa y las Piper y Beckman que abogan por el uso sistemático del -- forceps en la cabeza última (21), hasta las conservadoras de Arnot y Nelson (7) quienes no intervinieron si no hay absoluta necesidad y quienes dicen que no ven el fundamento de las ideas radicales de Irvin, Goethal, Titus, etc, ya que ninguno de ellos aboga porque se extraigan todos los fetos de vértice apenas se dilate el cuello completamente.

Lo aceptado por la mayoría de los autores, (y lo que se aconseja en el Hospital de Maternidad de San Salvador) es que, mientras sea posible no se hace ningún intento de apresurar el parto hasta que el feto haya salido espontáneamente hasta que se vea la escápula o mejor aún la axila, ya que intentos prematuros de extracción sólo conducen a la extensión de los brazos y de la cabeza. Si se retarda la expulsión de los hombros deben ser extraídos y aunque las opiniones estén divididas, pues mientras Potter cree más fácil extraer primero el hombro anterior -- otros opinan todo lo contrario, sería un error aferrarse a un método que en un ca

so determinado puede ser el más difícil, y la conducta a seguir debe ser impuesta por las circunstancias: si se tropieza con dificultades para la extracción del hombro anterior se deberá extraer primero el posterior y viceversa. Además dice Eastman, sucede a menudo que cuando el tocólogo se dispone a extraer uno de ellos sale espontáneamente el otro.

Estos principios básicos no son nuevos, ya que Mme. La Chapelle citada por Farabnf (24) dice: "El partero debe cuidarse de ceder a la impaciencia natural que se experimenta corrientemente en esos parecidos, y resistir a la tentación de actuar excitado naturalmente por la facilidad aparente ofrecida por la disposición de las partes del feto. Debe con cuidado y lentitud recibir y dirigir el feto expulsado por el útero más que extraerlo". Tirando, dice Farabnf, se le hace levantar los brazos y puede ser que extender la cabeza."

Para la extracción de los brazos, cuando éstos no salen fácilmente, se han descrito numerosas técnicas que en principio se basan en hacer girar el feto, levantándolo, de modo que el roce contra las partes blandas de la madre lo haga descender: si el partero tiene que extraerlos manualmente hay que recordar que en parte posterolateral de la pelvis en donde tendrá más campo libre y que si no -- lleva su dedo como férula hasta el codo del niño antes de iniciar la extracción posiblemente provocará fracturas en el húmero o en la clavícula.

Para la extracción de la cabeza hay cuatro métodos conocidos y aceptados:

- 1o. La Maniobra de Moriceau.
- 2o. La maniobra de Bratch.
- 3o. La maniobra de Wigand-Martin.
- 4o. El forceps de Piper para cabeza última.

Cada una de las tres primeras tiene sus defensores y la mayoría está de acuerdo en usar una de ellas, y sólo en caso de que ésta fracase colocan el forceps.

Cuando la presentación no desciende o hay alguna urgencia para terminar el parto, ya sea de parte de la madre o del feto, haya que hacer la extracción de -- nalgas, que puede ser muy fácil o muy difícil. Por lo general es más sencilla en las presentaciones completas y en las que derivan de ella, como de pies y de rodillas, y más difícil cuando la presentación es franca de nalgas.

La descripción de la técnica de la extracción no se encuentra en ninguno -- de los libros norteamericanos de texto que ha revisado, pero hay magníficas des-- cripciones de la misma en "La Introducción al Estudio Clínico y a la Práctica de

los Partos" de Farabonf, y en el "Compendio de Clínica Obstétrica" de José Luis Pérez."

La operación cesárea debe ser usada en todas aquellas presentaciones de nalgas en que la madre tenga historia de partos difíciles anteriores, o con fetos muertos por el parto, o con estrechez pélvica, aunque sea discreta, porque como dije anteriormente, no se puede dar prueba de parto.

En esta serie hubo tres cesáreas, lo que da una incidencia de 2.6%, más baja que la incidencia general del Hospital que es de 3.2%. Pero si analizamos los tres casos de cesárea vemos que una fué hecha por placenta previa central y las otras dos fueron iterativas (3a. Cesárea), de manera que no se hizo ni una sola por presentación de nalgas. Indudablemente si se hubiesen hecho más cesáreas menos fetos habrían muerto.

CAPITULO - VIII-
COMPLICACIONES.-

Una de las complicaciones más frecuentes en el parto de nalgas es el prolapso del cordón, que ocurre principalmente en las presentaciones completas y en las que de ella derivan (pies y rodillas), porque allí la presentación no cubre por completo el orificio del cuello ni llenan uniformemente la pelvis como en las de vértice o francas de nalgas.

En ésta serie hubo ocho casos de prolapso del cordón, 3 en primiparas y 5 en multiparas; en 6 de los casos se anotó el tipo de presentación que fué de pies en 5 casos y completa en uno; 6 de los fetos fueron a término y dos fueron prematuros de 1.315 y 1.460 gramos respectivamente; de los ocho fetos 3 nacieron muertos, o sea de una mortalidad de 37.5%, pero entre los 5 restantes hubo dos muertos neonatales, aunque no atribuibles directamente al prolapso del cordón (prematuros).-

La incidencia del prolapso del cordón en esta serie de partos de nalgas fué de 6.6%. El total de prolapsos del cordón en los 3.600 casos fué de 13, lo que significa que un 61.5% de los casos ocurrieron en presentaciones pelvianas.

Esta complicación es menos grave que en las presentaciones de vértice por la misma razón que las hace más frecuentes, o sea, porque al no cubrir la presentación la totalidad de la pelvis el cordón se prolapsa más fácilmente pero al mismo tiempo queda protegido, por la misma irregularidad de la presentación, de una comprensión temprana.

Otra complicación más frecuente aquí en las presentaciones de vértice es el desgarro perineal amplio, principalmente en los casos parteados por extracción en presentación franca de nalgas. En esta serie no se reporta ningún desgarro de 3er. grado a pesar de que se hicieron pocas episiotomías (15 y todas en primiparas).-

Un accidente curioso ocurrió en un caso reportado por la Dra. Ruth Ellis (25) de una parturienta con presentación de nalgas en la que se presentó un pie a través del ano intacto, por una ruptura del tabique recto vaginal, en un parto con evolución que parecía normal.

Se reportaron 9 casos de hemorragia mayor 500cc lo que dá una incidencia de 7.3%, ligeramente mayor que la encontrada para todas las presentaciones y que fué de 7.2%.

Hubo trabajo prolongado en dos primiparas (mas de 24 horas) y en 6 multiparas (mas de 18 horas) lo que da una incidencia de 6.9% menor que la encontrada para todas las presentaciones que fué de 10.2%.

Al hacer la extracción de un feto se rompió el cordón umbilical, posiblemente por ejercer violencia excesiva en el momento en que estaba terminando de salir la cabeza; pero el feto vivió.

Se provocó un desgarró del cuello por intentar extracción con dilatación de 7 cm. y hubo dos rupturas uterinas, una posiblemente fuera del hospital donde una partera luchó por extraer la cabeza retenida de un hidrocéfalo, y otra en el hospital después de la extracción de feto de 480 gramos y que provocó la muerte de la madre por shock después de la histerectomía.

Las lesiones causadas a las madres se debieron a que se intentó la extracción de la cabeza retenida de un feto hidrocéfalo, en un caso, y a que se intentó la extracción sin haber dilatación completa del cuello en otro caso.

CAPITULO-IX-

MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA.-

Entre los 115 partos de nalgas analizados hubo una muerte materna y 17 casos de morbilidad puerperal, tomando como tal la elevación de la temperatura arriba de 38° en cualquier día después de las 24 horas del parto.

La incidencia de mortalidad fué de 0.869% y la morbilidad de 14.7%.- La mortalidad fué ocho veces mayor que la de todas las presentaciones (0.10%) pero la morbilidad fué casi dos veces menor que la morbilidad general (27%).

Hay que hacer notar que la inmensa mayoría de las pacientes solo permaneció cuatro días en el hospital, como máximo, y que por lo tanto la morbilidad real debe ser más alta. Hubo un caso de una paciente que volvió 15 días después del parto (gemelar, de prematuros) con abundante hemorragia por lo que tuvo que ser legrada extrayéndosele restos placentarios.

Hubo 13 desgarró perineales de 1er. grado, dos de segundo grado, dos de los labios menores, seis de la vagina y dos del cuello.-

CAPITULO - X -

MORTALIDAD Y MORBILIDAD FETAL

De los 120 fetos que nacieron de nalgas 70 salieron vivos del hospital, pero la evolución de éstos no fué seguida y es posible que algunos más hayan muerto en el período neonatal; pero solo considerando los datos conocidos encontramos una mortalidad fetal global de 41.7%.

Esta cifra es asombrosamente alta si la comparamos con datos de otros hospitales y así vemos que Arnot y Nelson (7) citan a Potter con 17.4%, a Cannel y Dodek con 19.2% a Hanson con 11.9%, a Water con 11.2%, y ellos mismos obtuvieron 10%. - Eastman en su Obstetricia concluye que la mortalidad fetal global es de alrededor del 20%. -

Para formarse una idea más clara de los peligros que el parto de nalgas supone para el feto voy a eliminar a todos aquellos que ya estaban muertos cuando llegaron al hospital, y como no en todos los cuadros de registros se anota si había foco o no en el ingreso me valdré además de otros medios que son: eliminar a todos los fetos macerados, a los que llegaron con cabeza retenida y a los que por radiografía se demostró que estaban muertos. Además eliminaré a todos los que pesaron menos de 1000 gramos y a aquellos que tenían anomalías congénitas incompatibles con la vida. Cuando un feto tenía dos o más razones para ser excluido solo se tomó en cuenta la más importante, o mejor dicho la posible causa de origen, vgr: si en un anencéfalo macerado pesó 800 gramos solo se excluye entre las anomalías congénitas; si es un macerado de 900 gramos se incluye entre los que llegaron muertos al hospital, etc.

TABLA VI-

CAUSAS POR LAS QUE SE CORRIGUE LA MORTALIDAD FETAL

CAUSAS DE MUERTE	No. de Casos	Muertos	Quedan	Total
		50		120
Anomalías fetales	9	41		111
Menos de 1.000gramos de peso	3	38		108
Muertos fuera del hospital	14	24		94
TOTAL	26	24		94

Al corregir por los tres casos nos quedan 94 de los que murieron 24, lo que nos da una mortalidad corregida de 25.5%.-

Esta es una mortalidad muy alta ya que la mortalidad fetal no corregida en el Hospital de Maternidad es de 6.3% y la mortalidad fetal corregida por el mismo sistema es aproximadamente de 3.3%.-

TABLA VII-
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL DE MATERNIDAD

	Mortalidad global	Mortalidad corregida.
Todas las presentaciones	6.3%	3.3%
Presentaciones pelvianas	41.7%	25.5%

Analizando la mortalidad fetal según el peso del feto al nacer, agrupando los prematuros de 500 en 500 gr. y considerando únicamente aquellos que fueron pesados encontramos que hubo 3 que pesaron menos de 1.000 gr. todos los cuales murieron en las primeras horas de vida; en el grupo de 1000 a 1.499 hubo 12 casos de los cuales murieron 2, o sea una mortalidad de 83.3%, pero si la corregimos y excluimos a un feto hidrocéfalo, a uno con espina bífida y a un macerado nos queda una mortalidad corregida de 77.7%; en el grupo 1.500 a 1.999gr hubo 17 casos de los que murieron 8, o sea una incidencia de mortalidad de 47% pero si excluimos a 4 fetos macerados y a uno con evisceración abdominal nos queda una mortalidad corregida de 25%; en el grupo de 2.000 a 2.449gr. hubo 21 casos de los que murieron 3, con una incidencia de mortalidad de 14.2%, pero si excluimos a un hidrocéfalo con espina bífida nos queda una mortalidad de 10%; en el grupo de más de 2.500gr. hubo 49 casos de los que murieron 9, con una incidencia de mortalidad de 18.3%, y si excluimos a un feto que llegó muerto al hospital nos queda una mortalidad corregida de 16.6% entre los que no fueron pesados hay 18 casos y aquí están incluidos la mayoría de fetos muertos, y así vemos que hay en este grupo 5 con anomalías congénitas, 5 macerados, 3 que llegaron sin foco al hospital, uno que murió por prolapso del cordón, uno que solo tenía 28 semanas de embarazo, y dos que murieron a causa del parto; solo uno de los fetos que nacieron vivos no fué pesado.

TABLA -VIII-

MORTALIDAD FETAL SEGUN EL PESO DEL FETO AL NACER

PESO	No. DE CASOS	MUERTES FETALES	MORT.GLOBAL	MORT.CORRG
Menos de 1000gr.	3	3	100%	-----
1000 a 1499 gr.	12	10	83.3%	77.7%
1500 a 1999 gr.	17	8	47%	25%
2000 a 2499 gr.	21	3	14.2%	10%
Más de 2500 gr.	49	9	18.3%	16.6%
No conocido	18	17	94.4%	80%

Si analizamos la mortalidad fetal según la madre haya sido primípara o multipara encontramos que 29 fetos nacieron de primíparas, de los cuales murieron 15, o sea una mortalidad de 51.7%; y que 91 fetos nacieron de multiparas, de los cuales murieron 35, o sea una mortalidad de 38.4%, que es considerablemente más baja.

TABLA IX.-

MORTALIDAD FETAL COMPARADA DE PRIMIPARAS Y MULTIPARAS

	No. de casos	Nacidos muertos y muertes neonatales	Mort.%
Nacidos de primíparas	29	15	51.7%
Nacidos de multiparas	91	35	38.4%

Si consideramos la mortalidad fetal según el tipo de presentación, en los pocos partos que está anotada, y relacionándola con el modo de atender el parto encontramos que de los doce fetos que nacieron en presentación pelviana completa cinco nacieron espontáneamente, viviendo todos; dos sufrieron extracción parcial y vivieron, y cuatro sufrieron extracción completa y vivieron; el único feto que murió tuvo prolapso del cordón con el cuello dilatado 3cm. y posteriormente se le hizo craneotomía. De los 21 fetos que tuvieron presentación franca ocho nacieron espontáneamente y murieron 3; tres nacieron con extracción parcial y murieron dos, pero uno tiene que ser corregido por razones

expuestas al principio del capítulo; ocho nacieron con extracción completa de los cuales murieron cuatro (hay que excluir uno por las razones apuntadas); uno nació por cesárea, y otro fué macerado del que no se registró el tipo de atención. De los 31 fetos que nacieron de pies ocho nacieron espontáneamente de los que murieron tres (dos deberán ser excluidos al corregir la mortalidad); ocho nacieron con extracción parcial de los que murieron cuatro (y los cuatro deben corregirse); 15 sufrieron extracción completa de los cuales murieron ocho (pero uno debe ser corregido).

Estos datos y sus porcentajes respectivos están anotados en la tabla X.

TABLA X-

MORTALIDAD FETAL EN PARTO DE NALGAS ATENDIDO POR VIA VAGINAL, ANALIZADA
SEGUN EL TIPO DE PRESENTACION Y METODO DE ATENDER EL PARTO

%	COMPLETA			FRANCA			PIES		
	Espon- tánea	Extr. Parc.	Extr. Com.	Espon- tánea	Extr. Parc.	Extr. Compl.	Espon- tánea	Extr. Parc.	Extr. Com.
No. de casos	5	2	4	8	3	8	8	8	15
Mort. global	0%	0%	0%	37.5%	66.6%	100%	37.5%	50%	53.3%
Mort. Corregida	0%	0%	0%	37.5%	50%	42.8%	16.6%	0%	50%

La mortalidad fetal analizada únicamente según el tipo de presentación fué más alta en la franca y la de pies que en la completa, como se muestra en la tabla siguiente:

TABLA XI.-

MORTALIDAD FETAL EN PARTO DE NALGAS SEGUN EL TIPO DE PRESENTACION

	COMPLETA	FRANCA	PIES
No. de casos	12	21	31
Mortalidad global	8.3%	47.6%	48.3%
Mortalidad corregida	8.3%	38.8%	33.3%

Si analizamos únicamente según el modo de atender el parto vemos que de los tres casos en que se hizo cesárea se salvó con los tres fetos; de los cuarenta

que nacieron espontáneamente vivieron 25 y murieron 15 (de los cuales hay que corregir ocho); de los 30 que nacieron con extracción parcial vivieron 13 y murieron 17 (de los que hay que corregir 12); de los 43 que sufrieron extracción completa vivieron 27 y murieron 16 (de los que hay que corregir tres). Estos datos con sus porcentajes están expuestos en la tabla XII.-

TABLA XII

MORTALIDAD FETAL ANALIZADA SEGUN EL METODO DE ATENCION DEL PARTO

	ESPONTANEO	EXTR;PARC.	EXTR.COMPL.;	CESAREA
No. de casos	40	30	43	3
Mortalidad global	37.5%	56.6%	37.2%	0%
Mortalidad corregida	21.8%	27.7%	30.5%	0%

Esta tabla tiene más valor que las anteriores porque en ella están incluidos el 96:6% de los fetos.

Entre los 70 fetos que vivieron hubo 5 fetos que sufrieron lesiones en el parto (7.1%).-

Estas lesiones fueron:

Parálisis de Erb	2
Fractura del Húmero	1
Aplumamiento del parietal izquierdo	1
Traumatismo del miembro inf.dcr.	1
Equimosis de los miembros inf.	1

Hubo 14 fetos que tuvieron una o más anomalías congénitas y éstas fueron:

Hidrocefalia	5
Anoncefalia	2
Uterin Bifido	5
Inversión abdominal	1
Criptorquidia	3
Hidrocele	2
Hipertrofia del timo	1
Pico de buey	1

Una anomalía congénita, o tal vez secuela del parto, que no se encontró aquí fué el tortícolis. A propósito de esto diré que hay un interesante estudio de Roemer (26) en una serie de casos operados de tortícolis donde se demostró que el 40% de los casos en que obtuvo historia obstétrica habían nacido de nalgas, y achaca la lesión del esternocleidomastoideo mas que de todo a levantar el cuerpo del feto para que salga la cabeza (maniobras del tipo de la Bratch) o a levantar excesivamente el cuerpo del feto para aplicar forceps en la cabeza última.

Pomerance y Daichman (27) hablando de la mortalidad fetal dicen "Que parte de estos fetos perdidos se pueda atribuir directamente a la presentación anormal (podálica), todavía no está muy claro" y encuentran en una serie de primíparas de tiempo corrigiendo la mortalidad por todas las causas posibles, que la mortalidad fetal fue de 3.7%.

Como se ve hasta en las mejores series publicadas la mortalidad fetal es varias veces más alta que la del parto de vértice y por eso se hacen estudios continuos en todas partes para enfocr bien el problema y salvar el mayor número posible de fetos.

Desde que Wigand escribió en 1807 haber descubierto que la posición del feto podría fácilmente alterarse por manipulaciones a través de las paredes abdominales con un arma poderosa para disminuir la incidencia del parto de nalgas, y la versión externa ha gozado desde entonces de períodos de popularidad y de algunos cortos períodos de desfavor.

Hace algunos veinticinco años Williams se ha convertido en un ferviente defensor de la versión externa en casos de presentación transversa y podálica.

Stevenson (10) dice que la versión externa en presentación podálica deberá hacerse hasta que llegue el día que adquiramos la destreza suficiente en a partir partos de nalgas tan bien que la mortalidad fetal corregida y no corregida sea similar a la de presentación de vértice.

Los que se oponen a la versión por maniobras externas dicen que es capaz de provocar desprendimiento prematuro de la placenta, de ocasionar nudos en el cordón y circulares del cordón sobre el feto, y finalmente de no servir para nada puesto que el feto recobra des ués la posición original.

Cuando la versión se ejecuta con la técnica correcta y se respetan las contraindicaciones los resultados son favorables.

Las contraindicaciones para la versión por maniobras externas son:

- 1o) Embarazos múltiples.
- 2o) Historia de sangramiento vaginal (en el embarazo actual)
- 3o) Placenta previa.
- 4o) Historia de Cesárea o de miomectomía.
- 5o) Marcada est echez pélvica.
- 6o) Grandes anomalías fetales.
- 7o) Que las membranas están rotas.
- 8o) Que la pelvis fetal esté encajada y no pueda desalojarse fácilmente
- 9o) Que el útero sea muy irritable.

Para ejecutar una versión por maniobras externas primero se le debe explicar a la paciente que es lo que vamos a hacer y de esta manera obtendremos su colaboración. La vejiga y el recto deben estar vacíos. La paciente se coloca en decúbito dorsal con una almohada bajo la cabeza y los hombros para que se relajen los músculos rectos del abdomen. Otra almohada puede colocarse bajo las rodillas con el mismo fin. A veces es necesaria la ayuda de la enfermera para sostener un polo fetal en un sitio determinado mientras el operador manipula el otro. Si se aplica polvo de talco en la piel del abdomen a la madre es más fácil ejercer presiones uniformes. La maniobra debe ser ejecutada con movimientos firmes, sostenidos y suaves, tratando de no hacerla con sacudidas. La presión se debe ejercer con la palma de la mano o con uno o dos dedos. Antes de empezar la maniobra se auscultará el feto anotando sitio y frecuencia del foco; si en el transcurso de la maniobra éste sufriera alteraciones se interrumpirá la versión, y si ya se hubiera terminado se regresará el feto a su posición original.

Cumplidas todas estas condiciones se empezará la maniobra recordando las líneas generales que la cabeza del feto debe impulsarse hacia el lado al que está mirando pues así aumenta su actitud general de flexión convirtiéndose en un esferoide y facilitando el giro. Stevenson (10) recalca además que no se debe presionar, a sabiendas, a través de la placenta, para suprimir el peligro de un desprendimiento prematuro; debemos recordar además que posiblemente la placenta está situada en la región de uno de los cuernos y procuraremos evitarla.

La primera parte de la maniobra consiste en asegurarse de que las nalgas estén libres sobre el estrecho superior, y, en caso de no ser así, de levantarlas. Inmediatamente después trataremos de girar la cabeza del feto para el lado que mira y las nalgas para el lado opuesto, hasta que la versión esté terminada.

La versión es más fácil cuando la espalda del feto está dirigida hacia el cuerno que ocupa la placenta y más difícil si el feto mira hacia allí.

Cuando se trata de una presentación franca de nalgas la versión puede fracasar o por lo menos ser más difícil y en estos casos algunos autores usan una camilla de lona de tipo Bradford (19), en que el abdomen hace prominencia hacia abajo de manera que la piernas extendidas del feto se desprendan de las goteras paravertebrales de la madre y pasen más fácilmente sobre la prominencia vertebral materna.

Para la versión externa no debe usarse ningún tipo de anestésico ya que al faltar la contracción muscular de defensa de parte de la madre ante maniobras bruscas o dolorosas podemos causarle lesiones graves.

En un número grande de casos en que la versión se tenido éxito los fetos giran de nuevo hasta ponerse en la posición original; para evitar este retorno se ha aconsejado poner una faja abdominal a la madre o tratar de encajar la cabeza ya girada empujandola a través del abdomen hacia la excavación pélvica; sin embargo, parece que ninguno de estos métodos logra aumentar el porcentaje de casos en que la presentación pelviana no recidiva.

Cuando se ha logrado éxito en la versión y en visitas posteriores de la paciente notamos que aquel no fué duradero debemos repetirla las veces que sea necesario. Y cuando no obtengamos éxito en la primera tentativa debemos ensayar nuevamente en otras ocasiones.

A pesar de todos los casos en que se fracasa al querer hacer la versión y de aquellos en que el feto retorna a su posición original y nacen de nalgas, el uso rutinario de la versión por maniobras externas reduce la incidencia de presentaciones pelvianas y por ende la mortalidad fetal.

El número de fetos que se pierde por complicaciones de la versión externa es muy pequeña y es ampliamente compensado por el número mayor de fetos salvados por el solo hecho de mejorar la presentación. Una versión con éxito nos permite además darle prueba de parto a aquellas pacientes que tienen pelvis ligeramente estrecha y en las que de persistir la presentación pedálica nos veríamos obligados a partear por vía abdominal si quisiesemos asegurar la vida del feto.

La fecha apropiada para intentar la versión externa es después de las 28 semanas, pero debemos recordar que mientras más cerca del término de la gestación nos encontramos más difícil será hacerla; pero en cualquier tiempo, y siempre que no esté contraindicada, debemos intentarla.

de nalgas en primíparas" de Torpin, y malas actitudes fetales como las señaladas por Reis, Da Costa, Dougherty, Mickey, Moore, etc.-

En el Hospital de Maternidad se hizo el diagnóstico en porteria en el 56% de los casos; la presentación y la posición del feto fueron anotadas, ambas, en el 24%; el tipo de presentación sin la posición en el 53%; y la posición sin el tipo de presentación en el 30%. Se hizo radiografía abdominopélvica en el 18.2% de las pacientes y no se le prestó mayor crédito a la opinión del radiologo en lo que respecta al pronóstico del parto.

VIII.- La complicación más frecuente fué el prolapso del cordón (6.6%) con una mortalidad fetal de 37.5%.

No hubo ni un solo desgarro de tercer grado. Hubo trabajo prolongado en el 6.9% de los casos, cifra menor que la de todas las presentaciones (10.2%). Hubo desgarro del cuello y dos rupturas uterinas.

IX.- La incidencia de mortalidad materna fué de 0.869% y la morbilidad de 14.7%.

X.- Se encuentra que la mortalidad fetal global fué de 41.7% y la mortalidad corregida de 25.5%, mucho mayores que las reportadas en otros hospitales. Se analiza la mortalidad fetal según el peso del feto al nacer, de la paridad de la madre, del tipo de presentación y del tipo de asistencia que recibió la paciente. La mortalidad corregida de fetos que pesaron más de 2500gramos fué de 16.6%; la de primíparas fué mayor que la de multíparas (51.7% y 38.4% respectivamente); la presentación que tuvo mayor mortalidad corregida fué la franca (38.8%), después la de pies (33.3%) y la menor fué la completa (8.3%); el tipo de asistencia que demostró mayor mortalidad fué el de extracción completa (32.5%) y el espontáneo la menor mortalidad corregida (21.8%).-

Se hace revisión de opiniones, técnica, indicaciones y contraindicaciones para la versión por maniobras externas.

CAPITULO XII-

CONCLUSIONES

10.- Los encargados de atender los partos en el Hospital de Maternidad deben ser cuidadosamente instruidos en el tipo de clasificación que usa el hospital para las presentaciones y métodos de asistencia de los partos.

- 20.- Las pacientes deberían ser más cuidadosamente examinadas en portaría ya que actualmente solo se diagnostica el 56% de las presentaciones podálicas en el examen de admisión.
- 30.- Se debe poner más cuidado en llenar los cuadros de las pacientes ya que solo en el 24% de los casos hay datos sobre la presentación y posición de los fetos que nacieron de nalgas.
- 40.- Se debe investigar malformación congénita del útero en casos de presentación de nalgas a repetición.
- 50.- Debe ser práctica rutinaria el estudio radiográfico abdominopélvico de las pacientes con presentación de nalgas, en la medida de nuestras posibilidades.
- 60.- Se debe dar mayor valor a los informes dados por el radiólogo.
- 70.- El criterio operatorio respecto de la operación cesárea en la presentación podálica debe pecar más por exceso que por defecto.
- 80.- Se debe luchar por disminuir la mortalidad fetal en presentación podálica tomando las siguientes medidas:
 - a) Haciendo versión por maniobras externas en todas las pacientes que sea posible.
 - b) Siendo más amplio para las indicaciones de cesárea en presentación podálica.
 - c) Haciendo mayor número de episiotomías.
 - d) Procurando, mientras sea posible, asistir los partos con ayuda manual y limitando la extracción para los casos en que verdaderamente esté indicada.
 - e) Recordando que aunquese debe intentar extracción (ni siquiera parcial) mientras el cuello no esté completamente dilatado.