

PARTO PODALICO EN EL HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA, LIMA

AÑOS 1985 - 1986

Drs. Alejandro Kanashiro, Judith M. Atencia y César Niño de Guzmán

RESEÑA HISTORICA

La presentación podálica ha sido conocida durante los siglos, y la primera descripción detallada de las diferentes presentaciones se encuentra en el manuscrito de Mosquión, de alrededor del año 580 A. de C. Mosquión tradujo del Griego al Latín la ginecología de Soriano y sus cuadros de fetos en útero en presentación podálica fueron adoptados, con pequeños cambios, en los textos de obstetricia de los siglos XVI al XVIII.

Leonardo Da Vinci, en sus famosos libros de notas escritos entre los años de 1,510 al 1,512, describe un feto en posición de nalgas completa en útero.

La presentación de nalgas era entonces considerada ventajosa en comparación a la cefálica debido a que las parteras podían jalar las piernas y hacer una extracción rápida en casos de hemorragias que ponían en peligro la vida de la madre. El autor en su libro de partos para la extracción de pies, aconseja y previene sobre la gran crueldad que puede resultar de este tipo de atención porque cuando los brazos se extraen y vienen junto a la cabeza, resulta un final fatal para el feto.

Antes de la popularización del forceps y que la cesárea fuera un procedimiento aceptable, la versión podálica y la extracción de nalgas era el único recurso del partero en un trabajo de parto complicado.

El primer partero que hizo hincapie sobre la importancia de la extracción suave de la cabeza fue Jean Guillemeau (1550-1613). Este era estudiante o alumno de Ambrosio Paré, quien atendió exitosamente a la hija de su maestro, cuyo feto se encontraba en presentación podálica.

Fue F. Mauriceau (1637-1700), en su libro Tratado de las enfermedades de las mujeres gordas y de aquellas que son parteadas, popularizó el método y, subsecuentemente, fue referida como maniobra de Mauriceau.

El parto podálico ha permanecido sin cambios desde

la presentación hecha por Mauriceau, las indicaciones para la extracción de nalgas, como placenta previa o pelvis estrecha desaparecieron. El parto vaginal de nalgas fue la forma principal de método de parto.

A fines de 1950, la cesárea fue por primera vez recomendada dentro de la rutina básica de la presentación podálica, para disminuir la morbimortalidad perinatal.

INTRODUCCION

Este trabajo fue realizado en el Hospital de Apoyo Santa Rosa (Lima), siendo un estudio retrospectivo de los partos podálicos ocurridos entre los años de 1985 y 1986, correspondiéndole 285 a partos podálicos.

Hemos creído conveniente que sobre la base de nuestra experiencia podamos sacar conclusiones que nos lleven a mejores planteamientos diagnósticos y terapéuticos para mejorar las expectativas de vida de nuestros bebés nacidos en presentación podálica y disminuir la mortalidad perinatal por dicha causa.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó este trabajo retrospectivo buscando los casos en estudio en los libros de Registro de Partos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo Santa Rosa, de los años 1985 y 1986, encontrándose un total de 11,400 partos de las cuales 285 correspondieron a presentaciones podálicas. Luego de ubicar los casos y el número de las Historias Clínicas, nos remitimos a éstas para obtener los siguientes datos, en relación a la madre: edad, paridad, edad gestacional y tipo de parto; con respecto al recién nacido: peso, sexo, apgar, mortalidad perinatal y causales de perimortalidad.

Estos datos fueron agrupados y presentados en tablas para su evaluación y discusión posterior.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El total de partos ocurridos durante los años 1985 y 1986 fueron 11,400 y, de este total, 285 fueron partos podálicos, que representa el 2.5o/o, cifra que se encuentra ligeramente por debajo del porcentaje hallado en la literatura nacional e internacional consultada (7), (8), (10).

En cuanto a la edad materna, el mayor porcentaje de casos está entre los 20-29 años de edad, que representa el 62o/o. Este hallazgo concuerda con el periodo de mayor fertilidad en la vida reproductiva de la mujer. Fig. 1.

Analizando la paridad, encontramos que las primíparas ocupan casi la mitad de nuestra casuística, siendo el porcentaje 45.6o/o y el de las grandes múltiparas, con más de 4 partos, el 17o/o, índice que coincide con un trabajo realizado en Bogotá - Colombia sobre la presentación de nalgas (3); dicho porcentaje de primíparas aumentó el número de cesáreas. Fig. 2.

Según la edad gestacional, el mayor porcentaje se encontró entre las 35-40 semanas de gestación, representando el 86.6o/o; y un 12o/o entre los 20-32 semanas de gestación, que concuerda con lo que se encuentra comúnmente. Fig. 3.

En cuanto al método de parto, el índice de cesáreas fue 48o/o, correspondiendo a las primíparas 80.8o/o. La tendencia del aumento de cesáreas en primíparas se debe a que, en estos casos, el trabajo de parto es laborioso; se les considera dentro de las pelvis no probadas, teniendo el feto en presentación de nalgas un mayor porcentaje de riesgo para el parto vaginal (9), (6).

Las otras causas de cesárea fueron cesáreas iterativas, gemelar con primer gemelar en transversa, macrosomía fetal y embarazo prolongado.

La operación cesárea ha aumentado su incidencia en los últimos años, siendo en 1946-1950 0.8o/o y, en 1983, 12.5o/o. En Suecia y los EE.UU., en 1970, representó el 5.5o/o y, en el año 1983, el 20.3o/o. En Londres, en 1973, fue el 5o/o y, en 1986, el 10o/o, correspondió el primer lugar la causa de elección cesárea, a la falla del trabajo de parto, en el segundo lugar la cesárea iterativa y el tercer lugar a la electiva para evitar trauma obstétrico, incluyendo la presentación de nalgas en este grupo (17).

Por la literatura revisada, vemos que hay una tendencia al aumento de cesáreas en fetos prematuros para evitar la asfixia neonatal y lesiones neurológicas, ya que el prematuro podálico es más susceptible de presentar prolapso de cordón, escape de pie y retención de cabeza última. Los resultados obtenidos por estos autores fueron satisfactorios, en cuanto ha aumentado la supervivencia en el podálico prematuro, pero ha aumentado la morbilidad materna, llegando hasta el 50o/o en comparación con la morbilidad en los partos por vía vaginal, que es el 5o/o.

Algunos autores aconsejan realizar la cesárea segmentaria longitudinal en vez de la transversal, en prematuros podálicos, para reducir al mínimo el trauma en la extracción del feto por vía abdominal (4), (7), (9), (10). Concluyen los autores que, con un peso de 1,500-2,500 gr. ó edad gestacional menos de 32 semanas, la cesárea es el método de elección. Fig. 4.

La vía vaginal correspondió al 52o/o, en su mayoría a mujeres con paridad de 3 a más. De los 56 casos de parto prematuro, 46 nacieron por vía vaginal, correspondiendo al 82o/o. Hubo 28 casos de primíparas que dieron parto por vía vaginal, debido a que llegaron en periodo expulsivo.

Según muchos autores, el parto vaginal sigue siendo un riesgo para el feto; sobre todo el prematuro que es mucho más débil (4), (7), (9), (10), (17).

La asfixia severa y lesión neurológica también puede presentarse en feto a término, por lo que se debe manejar el parto vaginal con cuidado, haciendo una buena evaluación del peso fetal, pelvis materna, progresión del trabajo de parto, medida ecográfica del diámetro biparietal, estudiar la paridad. Primigesta por encima de 30 años, con infertilidad relativa, con un peso fetal de más o menos 3,200, se debe elegir la vía abdominal (4) (9).

Otros autores aconsejan parto vaginal en fetos prematuros, debido a que la mortalidad es mayor en estos grupos por la premadurez en sí, siendo la relación entre prematuridad y muerte fetal muy grande para realizar una cesárea que significa riesgo para la madre (12).

Se debe respetar tanto a una múltipara en presentación de nalgas como a una primigesta en dicha presentación, haciendo una buena evaluación del caso para determinar los riesgos del parto vaginal. En madres obesas, la incidencia de asfixia neonatal es mayor del 40o/o, ya que tienen fetos macrosómicos y esto aumenta el peligro siendo además su obesidad causa de mala evaluación del peso fetal. Según los autores, el parto por vía vaginal conlleva a un puntaje bajo de Apgar en el 14o/o y, cuando es por vía abdominal, solamente es en el 1.6o/o. (4), (18).

Según el peso, el parto podálico es más seguro entre 2,500 a 3,200 gr., siendo en la presentación de nalgas franca la de menos riesgo. También hay que evaluar factores maternos, como la progresión del trabajo de parto, la dilatación, la altura de presentación, por lo que, muchos usan el índice de Zatuchi-Androx para evaluar estos riesgos (4).

Con respecto al peso del recién nacido, los pesos fluctuaron entre 580 a 4,300 gr., correspondiendo el 41o/o a fetos entre 3,000 - 3,900 gr.

La prematuridad fue de 16o/o con un peso por debajo de 2,499 gr. Tuvimos algunos casos de fetos con peso mayor de 4,000 gr., en grandes múltiparas, que nacieron por vía vaginal exitosamente.

Según la bibliografía consultada, es 5 veces más frecuente el podálico prematuro que el podálico a término (8); lo que no sucede en nuestra casuística, en que el porcentaje de prematuro es 16o/o en comparación al porcentaje a término; el total de fetos con peso entre 580 - 2,499 fue 56 casos, de los cuales 9 fueron natimueertos; los 47 prematuros representan al 16o/o. Fig. 5.

Con respecto al sexo hubo coincidencia de 50o/o para ambos grupos.

El puntaje de Apgar tuvo su mayor incidencia por encima del Apgar 7 a los 5', correspondiendo al Apgar 9 el 75.7 o/o. Las cesáreas tuvieron un 99o/o de Apgar 9. Fig. 6.

La mortalidad perinatal fue 11.2o/o, índice que está dentro de lo previsto (8), (10). El número de muertes fue 32, de los cuales 12, o sea el 27.2o/o, fueron natimueertos.

Los prematuros fueron 47; de estos fetos, 8 fallecieron durante el intraparto. Por trauma obstétrico, fallecieron 8, entre ellos uno por fractura cervical al realizar mal la maniobra de extracción; los demás, por expulsivo prolongado, con la consiguiente anoxia por compresión de cordón. Hubo 2 casos de malformaciones congénitas con luxación de cadera y hernia diafragmática y otras malformaciones.

Dentro de las muertes por complicaciones del parto,

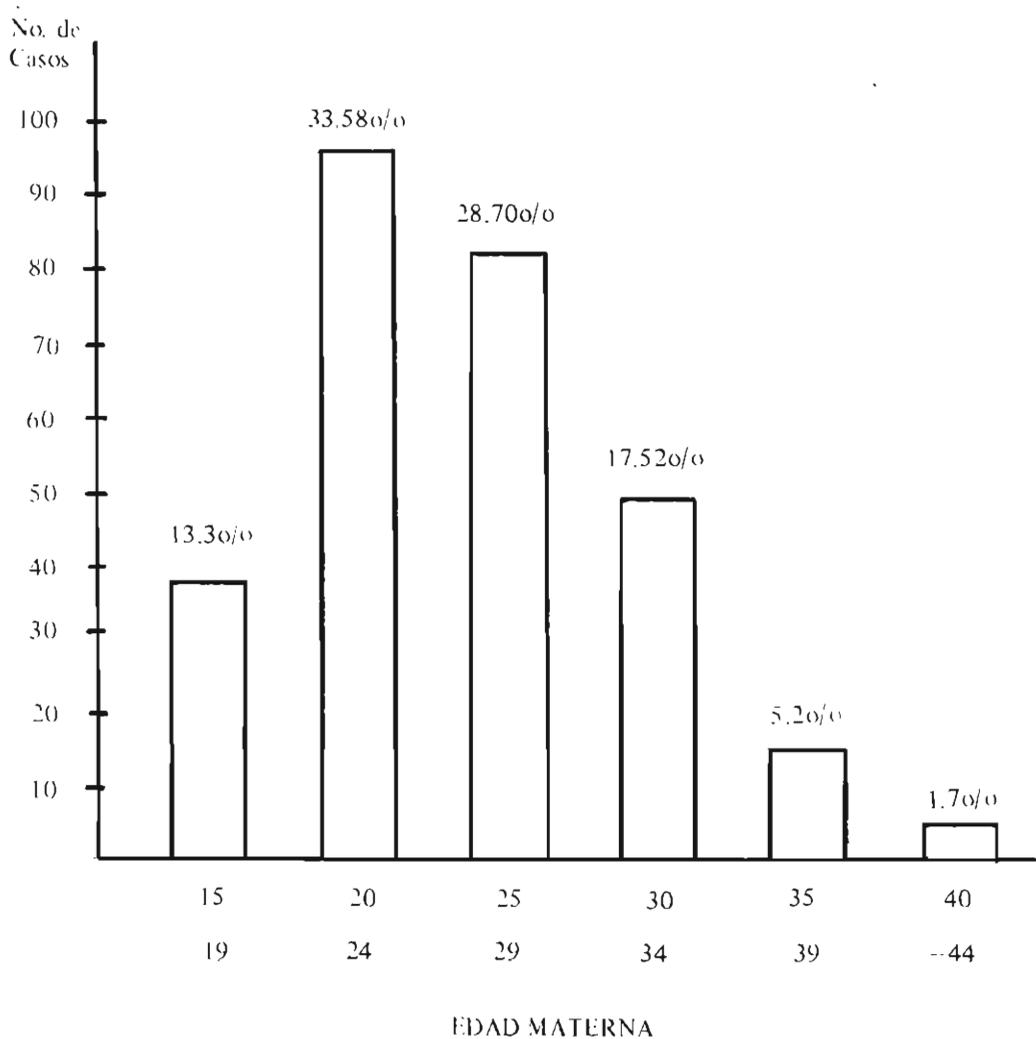
encontramos ruptura prematura de membrana de más de 24 horas, prolapso de cordón, doble circular ajustada al cuello.

Las otras causas se refieren a un bebé que murió por diarrea y deshidratación aguda.

Los prematuros representaron el 2,8o/o de mortalidad perinatal del total de podálicos; y los fetos a término representaron el 5,9o/o.

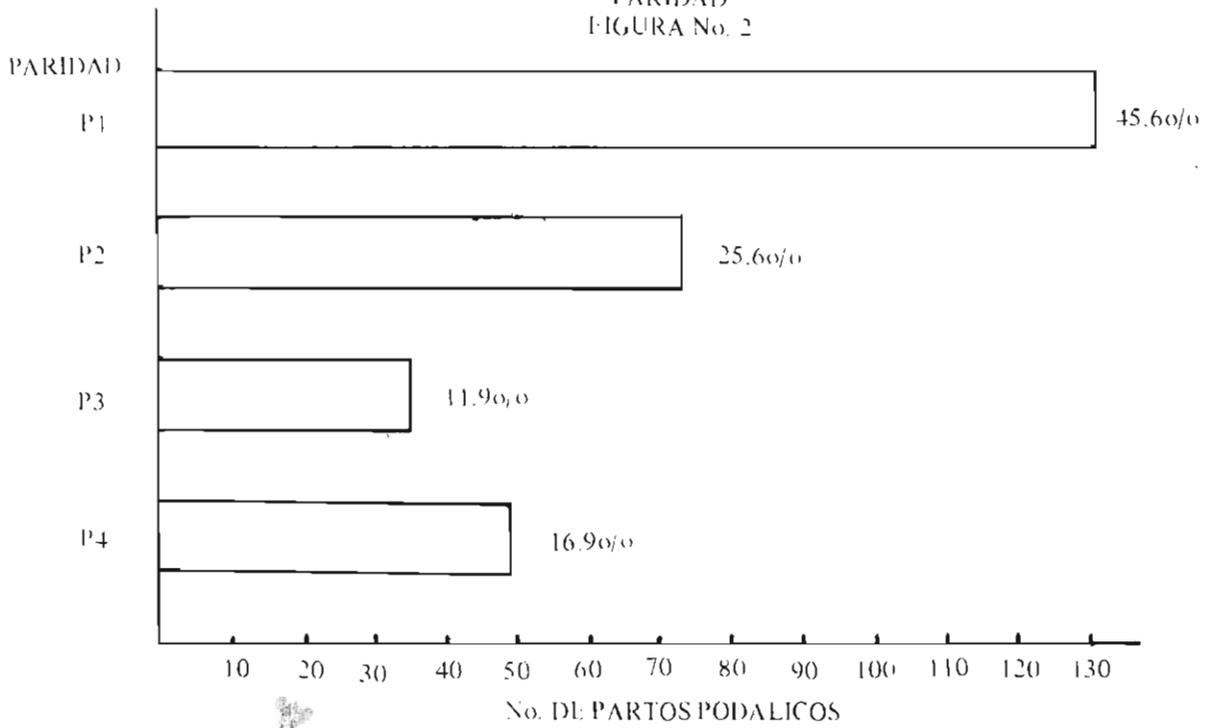
PARTO PODALICO EN EL HOSPITAL SANTA ROSA 1985 Y 1986

INCIDENCIA SEGUN LA EDAD
FIGURA No. 1



PARTO PODALICO EN EL HOSPITAL SANTA ROSA
1985 Y 1986

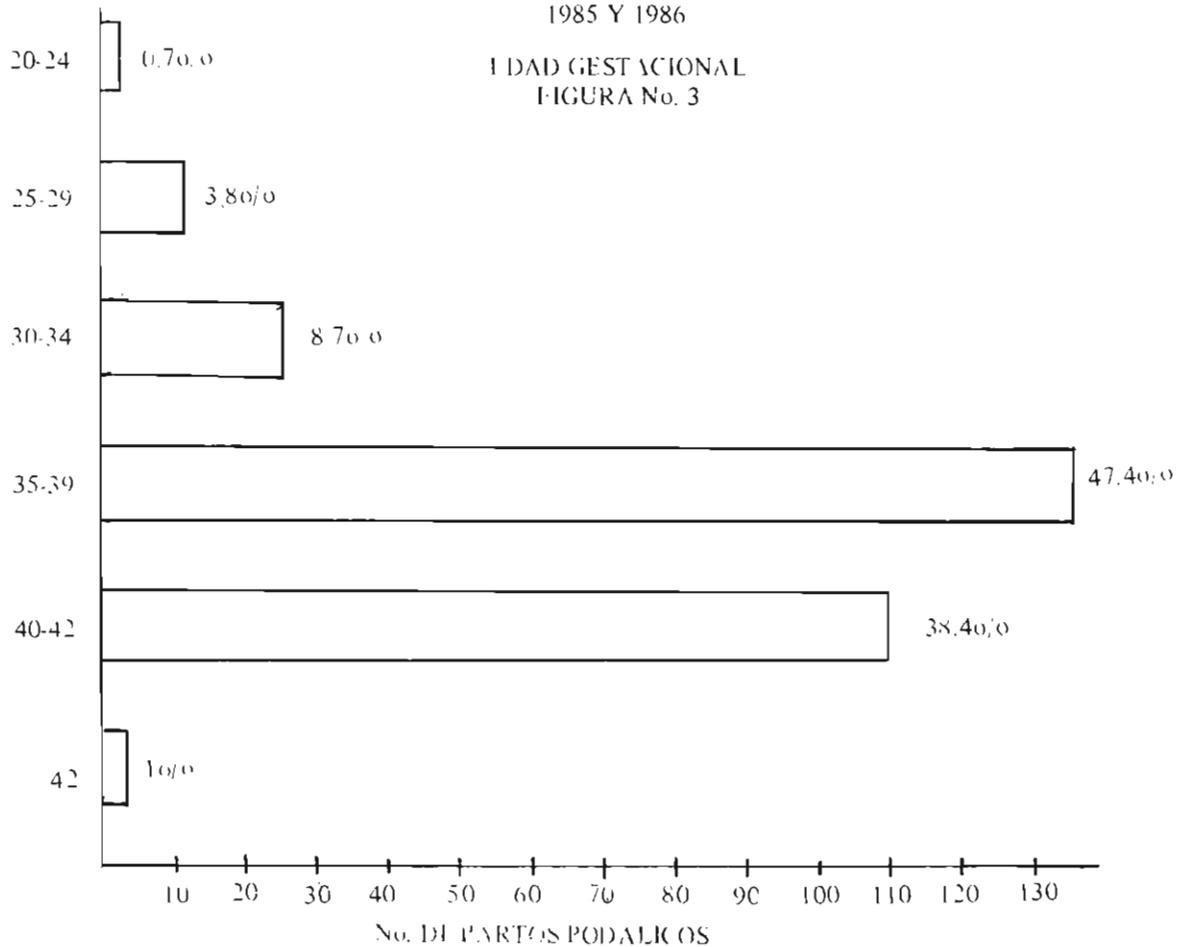
PARIDAD
FIGURA No. 2



EDAD GESTACIONAL

PARTO PODALICO EN EL HOSPITAL SANTA ROSA
1985 Y 1986

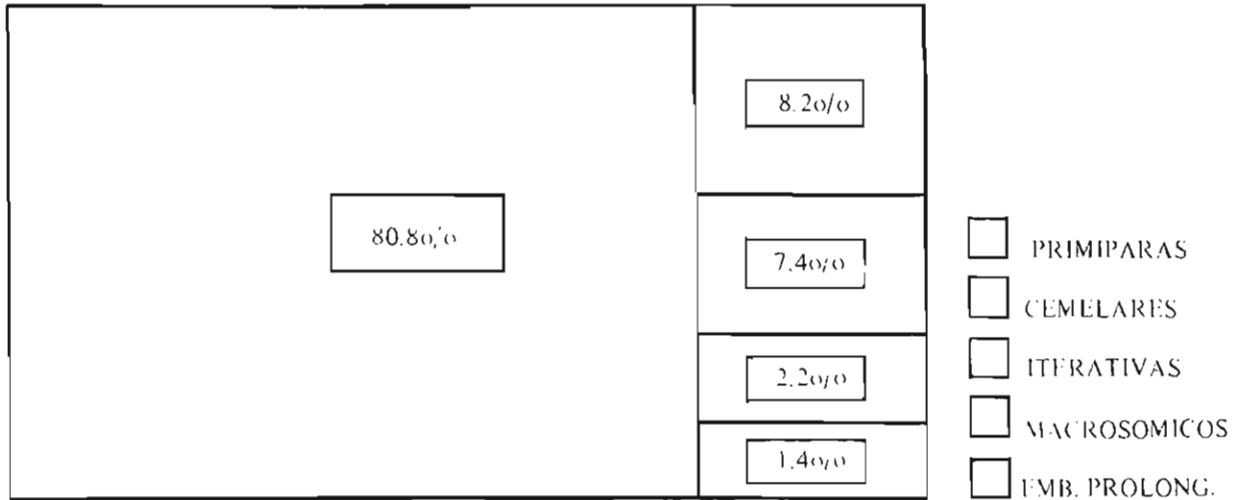
EDAD GESTACIONAL
FIGURA No. 3



PARTO PODALICO EN EL HOSPITAL SANTA ROSA
1985 Y 1986

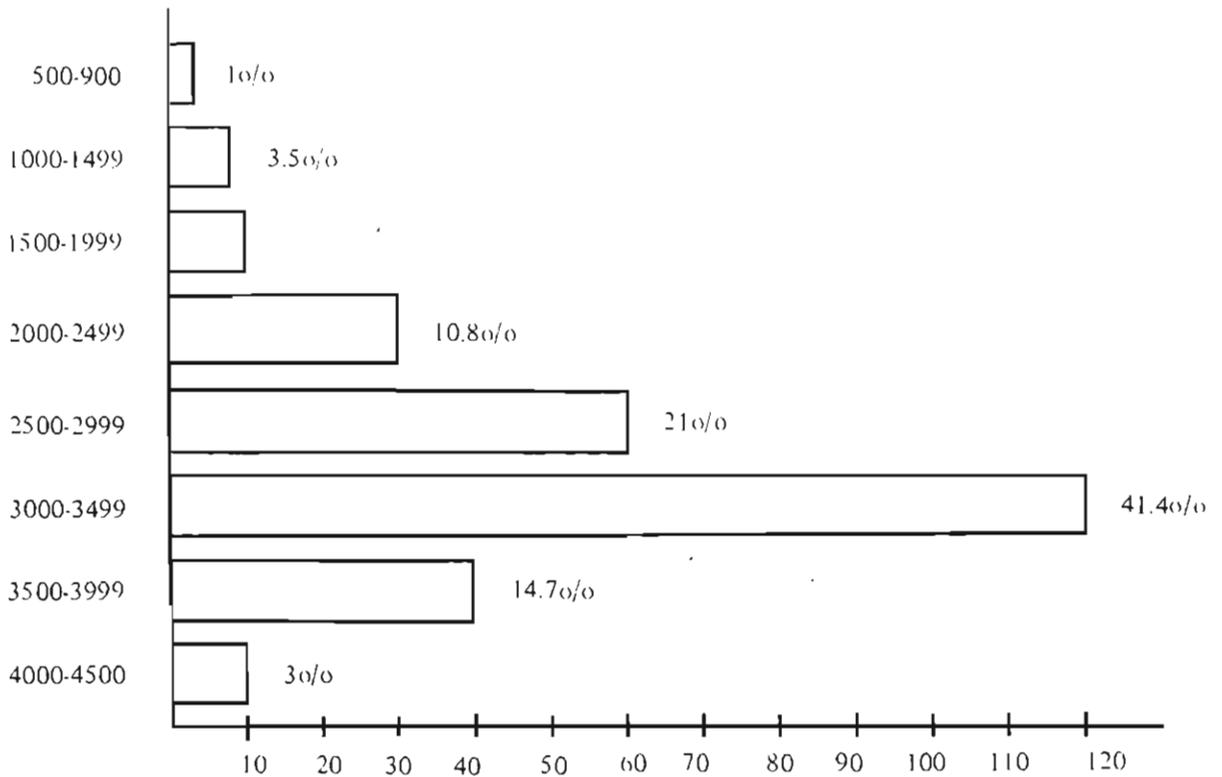
CESAREAS

FIGURA No. 4



PARTO PODALICO EN EL HOSPITAL SANTA ROSA
1985 Y 1986

PESO DEL RECIEN NACIDO
FIGURA No. 5



PARTO PODALICO EN EL HOSPITAL SANTA ROSA
1985 Y 1986

APGAR DEL RECIEN NACIDO
FIGURA No 6

APGAR	No. DE CASOS	o/o
0	12	4.2
1	1	0.3
2	5	1.7
3	3	1.0
4	2	0.7
5	6	2.1
6	6	2.1
7	15	5.4
8	19	6.8
9	216	75.7
TOTAL	285	100.0

PARTO PODALICO EN EL HOSPITAL SANTA ROSA
1985 Y 1986

PESO Y MORTALIDAD
FIGURA No 7

PESO	No. DE CASOS	o/o
500- 900	3	9.3
1000-1499	7	21.9
1500-1999	4	12.6
2000-2499	3	9.3
2500-2999	4	12.6
3000-3499	7	21.9
3500-3999	3	9.3
4000-.....	1	3.1
TOTAL	32	100.0

PARTO PODALICO EN EL HOSPITAL SANTA ROSA
1985 Y 1986

CAUSAS DE PERIMORTALIDAD
FIGURA No. 8

CAUSAS DE PERIMORTALIDAD	Nro.	o/o
NATIMUERTOS	12	35.5
PREMATUROS	8	23.5
TRAUMA OBSTETRICO	8	23.5
MALFORMACIONES CONGENITAS	2	5.8
COMPLICACIONES DEL PARTO	3	8.8
OTRAS CAUSAS	1	2.9

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- G.K. Doring y Hossfeld. Propósitos en el manejo de presentación de nalgas. Resultado de 500 operaciones individuales. Year Book of Obstetrics and Ginecology 1975. (139).
- Edmond Confino y Col. Dilema del parto podálico. Obstetrics and Ginecology Survey. Vol. 40 Nro. 6. Pág. 330-1985.
- G. López Escobar y Col. Presentación de nalgas en los Hospitales de Colombia. International Journal Ginecology and Obstetrics. Vol. 17. Nro. 3. Pág. 284. 1979-1980.
- Charles Cox y Col. Cambio del pronóstico en la presentación de nalgas de infantes con bajo peso al nacer. Obstetrics and Ginecology Survey. Vol. 38. Nro. 7. Pág. 405. 1983.
- Ingermarson y Col. Cesárea en rutina de presentación de nalgas. Year Book Obstetrics and Ginecology. Pág. 161-1979.
- Yoseph U. Collea y Col. Estudio randomizado en fetos a término con presentación de nalgas francas, parto vaginal VS. cesárea. Year Book Obstetrics and Ginecology 160-1979.
- Preston P. Williams. Respuestas y explicaciones de las complicaciones obstétricas. Pág. 123-1983.
- Williams F. Brenner. Presentación de nalgas. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 2. Pág. 546-1978.
- Robert L. Goldenberg y Col. Presentación de nalgas no esperada en el parto. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 1. Pág. 123-1984.
- John N. Seeds y Col. Presentación anómala. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 1. Pág. 161-1982.
- G. Heyer. Mortalidad perinatal en parto de presentación de nalgas. Year Book of Obstetrics and Ginecology. Pág. 161-1975.
- Hans Ohlsen. Exitos en partos de nalgas a término en primigrávidas. Year Book of Ginecology and Obstetrics. 147-1976.
- Z. A. Ralis. Trauma del nacimiento en músculos de bebés nacidos por parto podálico. Consecuencias fatales. Year Book of Obstetrics and Ginecology. 148-1976.
- Olavi Kauppila. Mortalidad perinatal en parto de nalgas y observaciones en los factores que lo afectan. Year Book of Obstetrics and Ginecology.
- Laurence Karp Jack y Col. Podálico y prematuro-ensayo de trabajo de parto cesárea. Year book of obstetrics and Ginecology. 160-1975.
- Brenner y Col. Características y riesgos de partos de nalgas. Year Book of obstetrics ginecology. 160-1975.
- T. T. Nielsen. Operación cesárea. un controversial futuro en la práctica de la Obstetricia moderna. Obstetrics and Ginecology survey. Vol. 41. Nro. 10. 633-635-1986.
- Peter Bistoletti y Col. Parto podálico. complicaciones tempranas y tardías. principales riesgos del parto vaginal de nalgas. Obstetrics and Ginecology survey. Vol. 37. Nro. 2 Pág. 9-1982.
- Martin Guimosqui y Col. Estudio randomizado de presentación de nalgas no francas a término. Obstetrics and Ginecology Survey. Vol. 38. Pág. 609-1983.
- William Watson y William Benson. Parto Vaginal seleccionado, presentación de nalgas francas en un parto a término. Obstetrics and Ginecology Survey. Vol. 40. Nro. 6. Pág. 335-1985.