

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN



Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera Profesional de Obstetricia

Parto podálico con feto único y su relación con el Apgar del recién nacido, en el Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Período Octubre 1995 — Setiembre 1996

Tesis para optar el Título Profesional de:

OBSTETRIZ

Presentado por:

Bach. Kelly Torres Trigozo

Tarapoto — Perú

1997

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRIZ

**PARTO PODALICO CON FETO UNICO Y SU RELACIÓN
CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN EL HOSPITAL
APOYO IQUITOS CESAR GARAYAR GARCÍA PERIODO
OCTUBRE 1995 - SETIEMBRE 1996.**

PRESENTADO POR:

Bach. KELLY TORRES TRIGOZO

JURADO CALIFICADOR:



**DR. NESTOR ESTACIO PINO
PRESIDENTE**



**OBST. ROSA RIOS LOPEZ
MIEMBRO**



**DR. PABLO ALEGRE GARAYAR
MIEMBRO**



**OBST. MARINA HUAMANTUMBA PALOMINO
ASESORA**

DEDICATORIA

Con amor y cariño, a mi querido esposo **MISAEI BOCANEGRA** quien con su apoyo moral y económico hizo de mí una profesional.

A mi hija **KOKY MARIA** quien nació para llenarme de felicidad y con su ingenuidad tuvo que soportar abandonos involuntarios.

Con gratitud a mi Mamá **NERY TRIGOZO** que me brindó apoyo en momentos oportunos.

A mi Papá **PABLO TORRES** quien desde el cielo me da su bendición para ser una buena profesional.

KELLY

AGRADECIMIENTO

Un sincero agradecimiento a la obstetriz **MARINA HUAMANTUMBA PALOMINO** y al Gineco-Obstetra **NICOLAS HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ** por el asesoramiento durante la ejecución de mi trabajo.

Un agradecimiento a los docentes de la Universidad Nacional de San Martín por las sabias enseñanzas brindadas durante mi preparación profesional.

Al Director y a todo el personal del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García", quienes facilitaron el campo clínico para el desarrollo del estudio.

También un sincero agradecimiento a todas aquellas personas que colaboraron para hacer realidad algo que es importante en mi vida **MI PROFESIÓN.**

KELLY,

INDICE

	Pag.
I. RESUMEN.....	07
II. INTRODUCCIÓN.....	08
III. OBJETIVOS.....	11
IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	24
V. RESULTADOS Y DISCUSIONES	27
VI. CONCLUSIONES.....	60
VII. RECOMENDACIONES.....	61
VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
IX ANEXOS.....	65

RESUMEN

El presente estudio es de tipo Cohorte, fue realizado en la ciudad de Iquitos en el Hospital Apoyo César Garayar García a través de encuestas y entrevistas dirigidas a las pacientes.

El universo estuvo conformado por $n = 150$ mujeres embarazadas primíparas y multíparas; de las cuales $n_1 = 75$ constituían el grupo de estudio y $n_2=75$ el grupo control.

El análisis estadístico correspondiente arrojó como resultado:

Que la falta de Control Pre Natal y la edad gestacional; eran los dos factores principales que condicionaban el parto podálico.

La prevención de esta distocia de presentación es obstaculizada por los factores tales como:

La poca accesibilidad a los Centros Hospitalarios, el factor Socio económico, el grado de instrucción y el estado marital, situación que permite afirmar que estos factores son los que interfieren para culminar el embarazo con un parto normal.

INTRODUCCIÓN

La supervivencia infantil es tema importante para diferentes organizaciones, la misma que depende de una serie de factores tanto previo como posteriores al embarazo y parto, es un problema social que afecta en mayor porcentaje a los de la clase media y baja. (1,2,3)

Frecuentemente se observa que los Recién Nacidos producto de partos podálicos, nacen en su mayoría deprimidos ya sea en su forma moderada o severa, debido a que el mecanismo del parto se desarrolla en forma invertida. En cambio en muchos casos y de acuerdo a múltiples factores el puntaje de Apgar en un Recién Nacidos producto de parto podálico es óptimo. Los factores que influyen favorablemente para obtener un parto podálico sin complicaciones y sin traumas posteriores entre otros son: edad gestacional entre 34-41 semanas, peso fetal entre 2,000 y 3,500 grs.; altura de presentación 0 (cero) al iniciarse el trabajo de parto, cuello blando borrado y dilatación 3 cm. a más, pelvis ginecoide, antecedentes de parto podálico con feto > de 3,500 grs., partos anteriores en cefálico (vértice) con peso fetal de 4,000 grs. presentación franca de

nalgas, ausencia de complicaciones médicas ú obstétricas en el presente embarazo y en otros casos una cesárea electiva programada. Todas estas consideraciones tomadas y una vigilancia estricta de la parturienta durante el trabajo de parto ha disminuído considerablemente el nacimiento de niños deprimidos y por ende la morbilidad perinatal (4).

La asistencia obstétrica de una mujer con un feto en presentación podálica es tema de controversia pues el parto en estas circunstancias se acompaña de un incremento de la morbilidad perinatal.(5)

La asfixia fetal en las complicaciones del trabajo de parto podálico puede ser causado por la compresión del cordón o retraso del nacimiento de la cabeza, también puede sufrir traumatismo en: médula espinal, plexo braquial y vísceras abdominales. Estas lesiones indican el grado de asistencia necesaria al feto durante el parto. El producto fetal se enfrenta al mayor riesgo antes, durante y después del parto, más que los fetos en presentación de vértice. Situación que predispone a un incremento de cesáreas (6).

Los riesgos a que es sometido un producto fetal en presentación podálica cuando se trata de una paciente primigesta, nulípara, multípara o gran multípara son en mayor o menor grado los mismos, por lo tanto la valoración cuidadosa de cada caso en particular debe ser la misma y se puede obtener un índice pronóstico para ver si es posible el parto por vía vaginal o a través de la cesárea (7).

Esto se debe muchas veces a la falta de un control adecuado, manejo del trabajo de parto y parto adecuado, infraestructura inadecuada, insumos insuficientes y poca capacitación del personal; así como la falta de un protocolo esquema que permita determinar adecuadamente el riesgo que presenta y presentará una paciente en el futuro, con el consiguiente daño tanto para el producto como para la madre.

Ante la presencia de un parto podálico, existe un aumento del riesgo materno.

El pronóstico para el feto en la presentación de nalgas es considerablemente peor que en el caso de presentación de vértice, los factores asociados que contribuyen a elevar la morbilidad perinatal son la prematuridad, las anomalías congénitas y los traumatismos del parto.

La mortalidad global en los casos de fetos en presentación de nalgas es de 25.5% y a esto se suma la morbilidad sobre todo la asfixia en el Recién Nacido, con el consiguiente daño para su vida futura.

También se observa que en los partos podálicos donde las condiciones del móvil y del canal son adecuados, además los cuidados que recibe la madre durante el trabajo de parto y parto mismo, hace que disminuya el índice de Recién Nacidos deprimidos.

En el Hospital Apoyo César Garayar García de Iquitos, se observa con frecuencia la ocurrencia de parto podálico; así Saavedra en 1992 (8) encontró en una investigación un porcentaje de 3.9%, de los cuales 52.4% presentaron algún grado de asfixia.

El presente estudio nos permitirá determinar la relación existente entre el parto podálico y el Apgar del Recién Nacido, así como la intensidad con que los factores actúan para producir el parto podálico, y trazar esquemas tendientes a neutralizar los efectos patológicos y las consecuencias que de éstas se deriven.

OBJETIVOS:

Generales:

1. Determinar la relación entre el parto podálico y el Apgar del Recién Nacido
2. Identificar el grado de influencia de los factores asociados al parto podálico y su relación con el Apgar.

Específicos:

1. Determinar la frecuencia de partos podálicos durante el período de estudio.
2. Identificar los factores de riesgo asociados al parto podálico.
3. Determinar la implicancia de estos factores asociados al parto podálico en el Apgar del Recién Nacido.
4. Verificar estadísticamente la relación existente entre el parto podálico y el puntaje de Apgar en los Recién Nacido.

MARCO TEÓRICO::**Definición:**

En la presentación pelviana o podálica el polo caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior o cuando el polo caudal se ofrece al estrecho superior en sus diferentes modalidades (completa e incompleta) (9).

TIPO DE VARIEDAD DE PRESENTACIÓN:

Existen dos tipos de variedad o modalidad de presentación de pelvis que son:

1. Presentación completa de pelvis:

El feto conserva su actitud normal: Los pies se palpan al lado de las nalgas, es decir el feto presenta flexión de los muslos sobre el abdomen y de las piernas sobre los muslos con entrecruzamiento de las piernas.

2. Presentación incompleta de pelvis:

Existe dos variedades: La primera es cuando uno o ambos pies cuelgan a través de la vagina (variedad de pies); y la otra cuando ambas extremidades inferiores del feto están extendidas sobre el abdomen, el tórax y la cara del feto (variedad de nalgas) (3).

FRECUENCIA:

En términos generales y de acuerdo a la literatura la presentación pelviana o podálica es la más frecuente, después de la presentación de vértice: 1 de cada 33 partos (3%), descartando los prematuros y gemelares.

Según Kanashiro y Cols. (10) las modalidades que más predominan son las pelvianas incompletas o modalidad de nalgas durante el parto; la proporción es de 1/3 en pelviana completa, por dos tercios de las pelvianas incompletas y más de la mitad (1/2) de presentaciones pelvianas se observa en las primíparas.

ETIOLOGIA:

La presentación pelviana resulta de las variaciones que ocurren en la acomodación fetal durante el último trimestre del embarazo. La observación demuestra que casi en la mitad (1/2) de las gestantes el feto se presenta en pelviana hasta la 33ava. semana de gestación.

Al estudiar las causas de presentación pelviana, es necesario distinguir.

- a) Presentaciones francas. - Aquellas que se cumple la ley de la acomodación.

- b) Presentaciones accidentales.- Aquellas en la que existen obstáculos que se oponen a la acomodación.

La presentación pelviana está dado por las siguientes causas:

Materna.- (Multiparidad, pelvis estrecha, tumores uterinos, malformaciones uterinas).

Fetales.- (Gemelares, oligoamnios, placenta previa, brevedad del cordón) (10).

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico puede sospecharse por palpación abdominal, pero se confirma mediante exploración pélvica a medida que la dilatación cervical progresa, se palpan con mayor facilidad las nalgas y los genitales, las tuberosidades isquiáticas y el sacro. Si la presentación es de nalgas completas o de pies de seguro se palpa una extremidad.

En nalgas francas, las extremidades inferiores, se encuentran flexionados a nivel de la cadera y extendida a nivel de la rodilla. En la presentación de nalgas completas una o ambas rodillas se encuentran flexionadas sobre los muslos; en la presentación de nalgas incompleta o de pies, una o ambas caderas están extendidas y un pie o rodilla aparecen por debajo de las nalgas.(10).

Se diagnóstica también a través de la auscultación. El foco está situado a nivel del hombro anterior, que se halla de lado del dorso y debajo del surco del cuello, en la vecindad, aún por encima del ombligo, ya que el encajamiento se produce recién en el curso del parto y la altura depende del grado de descenso y no a la presentación misma.

La ecografía permite certificar el diagnóstico y corroborar la presentación, posición y variedad, así como la inserción placentaria y la cantidad de líquido amniótico (10).

PRONOSTICO:

Influyen en el pronóstico varios factores maternos. Del lado fetal, la deflexión primitiva de la cabeza y el gran volumen del niño. Del lado materno, son factores de mal pronóstico la estrechez pelviana, aún leve, la primiparidad tardía y las distocias de contracción irreductible (10).

COMPLICACIONES:

Las laceraciones del conducto del parto, la hemorragia, el choque y la infección subsecuente, con frecuencia ocurren como consecuencia de un parto pélvico.

Entre las complicaciones fetales se incluyen la asfixia y el traumatismo del nacimiento.

El prolapso de cordón acontece en 5% de las presentaciones pélvicas, o sea (una frecuencia 10 veces mayor que en las presentaciones cefálicas). Entre las complicaciones graves que suceden en las presentaciones de pelvis, están: La distocia de hombros, el aprisionamiento de los brazos de arriba del estrecho superior (enlace en la nuca). La distocia de la cabeza última (extensión, hiperrotación).

Las fracturas de cráneo, clavícula y húmero, luxación coxofemoral, la separación epifisiaria, las lesiones nerviosas por hemorragia, los estiramientos espinales y el plexo braquial, ocurren con mucha mayor frecuencia en los partos pélvicos que en los cefálicos (1).

ANTECEDENTES:

La influencia de la edad y de la paridad es significativa . La mortalidad fetal es doble en la primípara que en la múltipara; es algo mayor en las primíparas jóvenes y alcanza el nivel catastrófico de 60% en primíparas añosas.

Todas las estadísticas concuerdan en que mientras el parto espontáneo se hace con un riesgo fetal mínimo, la mortalidad fetal crece proporcionalmente con el número de maniobras obstétricas practicadas.

CIFUENTES (11), manifiesta que la frecuencia promedio de la presentación de pelvis es de 3.5% (incluidos prematuros y de término). el pronóstico fetal es peor, muchos autores dan cifras de mortalidad que oscilan entre el 10% y el 25%.

Las principales causas de muerte son la asfixia y el traumatismo craneal.

NISWANDER (12), manifiesta que la incidencia de la presentación de nalgas es aproximadamente de 4% lo que hace de ella una de las presentaciones anormales más frecuentes. En ciertos estudios recientes se han

calculado una mortalidad perinatal tres veces superior en el parto de nalgas que en el parto de vértice (18/1,000 frente a 6/1,000).

En otro estudio se calculó una mortalidad del 2.8% (1% hemorragia intracraneana, 0.6% fracturas, 0.6% parálisis braquial, 0.6% dislocación de hombro).

El riesgo de prolapso de cordón en la presentación de pies es 20 veces superior al habitual, mientras que en la presentación franca de nalgas es aproximadamente igual al de la presentación de vértice.

Un reciente ensayo prospectivo al azar sugirió que un parto vaginal de nalgas francas a término puede ser tan seguro como la cesárea cuando se hace uso de criterios cuidadosos de selección.

MONGRUT (7), manifiesta que la presentación pelviana encontrado es casi 2% (1.96%) entre 100,000 partos estudiados.

Esta frecuencia corresponde a la frecuencia porcentual corregida, ya que en total en la serie estudiada lo hemos encontrado en el 2.68%, incluyendo prematuros, gemelares y versiones.

PACHECO (13), muestra que su incidencia es alrededor de 3 a 4% , aumentando con la presentación y disminuyendo con la edad gestacional aún después de las 40 semanas.

BOTERO (4), La frecuencia de la presentación de nalgas en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y Hospital General varía de 3 a 4% en todos los partos. Afirma además que, a las 20 semanas del embarazo un 42% de los fetos están en presentación de nalgas o transversal, a las 28 semanas ha disminuído a 12% y a las 30 semanas a 8%. En otras palabras un 40%, de las presentaciones de nalgas se convierten espontáneamente a cefálica cuando el embarazo llega a término.

Se ha atribuído la causa de presentación podálica a la implantación de la placenta en uno de los cuernos del útero, lo cual hace que el polo podálico que es mayor que el cefálico, no pueda acomodarse en el fondo del útero como es habitual por el espacio que ha tomado para sí la placenta.

La causa más común de muerte fetal intraparto en presentación de nalgas a términos son las anomalías congénitas con una incidencia de 8.6 muertes por 1,000 partos, comparado con 1.34 por 1,000 partos en

total. La mortalidad perinatal en presentación podálica sigue siendo unas tres veces mayor que la de vértice. La frecuencia de cesárea en parto de nalgas, oscila entre 20 y 30% y en nulíparas 40%.

BENSON (1), dice que esta presentación ocurre en mayor proporción alrededor de las 32ava. semana, y después su frecuencia declina. sólo cerca de 3% de los R.N. a término nacen en pélvica.

La mortalidad y morbilidad perinatal, así como la morbilidad materna, son más altas en partos pélvicos que en partos de vértice (occipital). La presentación pélvica es considerada por ello como desfavorable y como causa de distocia.

En la mayor parte de los hospitales, la frecuencia de mortalidad fetal y neonatal en partos pélvicos, calculados con exactitud varían entre 10-20%. Por esta razón se emplea la cesárea como vía de terminación del embarazo. La presentación pélvica en embarazos subsiguientes recorre cerca de 20% de los casos.

PRITCHARD (3), hizo un estudio y como resultado encontró que en los últimos años la proporción de presentación de nalgas en el Parkland Memorial Hospital ha sido del 3.2% entre los 33,362 partos asistidos.

BENSON R. (1) Realizaron un cuidadoso análisis de las características y peligros que para el feto supone la presentación de nalgas. Encontrando que la tasa de mortalidad global en 1,016 partos de nalgas fue del 25.5%, mientras que la mortalidad en las presentaciones de nalgas en los Hospitales Universitarios de Cleveland fue de 2.6%. Identificaron anomalías congénitas en el 6.3% de los niños así nacidos, mientras que en los demás el porcentaje era del 2.4%.

Resultados similares han sido publicados por Nerida (5) donde manifiesta que la tasa global de mortalidad que encontraron era de 2.2%. En la primera década, el índice de cesárea fue de 22%, mientras que en los 2 últimos fue de 94%, a pesar de este significativo aumento en el índice de cesáreas, la tasa de asfixia fetal continuó siendo la misma.

ROVINSKY y Cols (14) investigaron en el Mount Sinai Hospital de Nueva York, que la incidencia de prolapso de cordón en la presentación de nalgas puras a término, fue 3 veces superior (1.7%) a lo observado en las presentaciones de vértice; en las nalgas completas y las incompletas, variedad de pies, el prolapso fue 20 veces más frecuente (10.9%). La incidencia de sufrimiento fetal de causa desconocida en las nalgas al término fue del 6.4%, es decir, 8 veces superior a la de las presentaciones de vértice.

NEVILLE (2), Observó en Finlandia que entre 1967 la mortalidad fue significativamente superior a los partos de nalgas que en los cefálicos, de forma que la mortalidad perinatal y neonatal fue 1.8 y 2.9 veces superior respectivamente.

GÓMEZ (15), dice que la incidencia de la presentación pélvica representa alrededor del 2 al 4% de todos los partos.

KLUFU (16), también indica que la incidencia de la presentación pelviana o podálica es alrededor del 2 al 4% de todos los partos.

REYNA (9), hizo un estudio donde concluye que la mortalidad perinatal oscila entre 5 a 15% según series nacionales y extranjeras. Las series nacionales dan una mayor tasa de mortalidad perinatal que las extranjeras.

HILL (17), dice que la incidencia de la presentación podálica representa un 2 a 4% de todos los partos, siendo mucho más alto la incidencia al final del segundo trimestre que al término de la gestación.

CHÁVEZ (18), indica que la morbimortalidad perinatal es de 3 a 5 veces mayor que la presentación cefálica, reportándose índices mayores cuando se produce por vía vaginal que cesárea. La incidencia de prolapso de cordón en las presentaciones de nalgas puras a término, fue tres veces superior a lo observado en la de vértice, en las nalgas completas e incompletas el prolapso es 20 veces más frecuente.

FIANU (19), ha observado mediante exploración ecográfica que existe una incidencia mucho más alta de la implantación placentaria, en estos niveles cuando la presentación es de nalgas en un 75%, más que cuando es de vértice (5%).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio tipo cohorte, con recolección prospectiva de datos.

La población en estudio estuvo conformada por parturientas que acudieron al hospital de apoyo Iquitos durante el año de 1996, de los cuales se extrajo la muestra, conformado por $n = 150$ parturientas, de las cuales $n_1 = 75$ tuvieron parto podálico (grupo estudio) y $n_2 = 75$ parto cefálico (grupo control).

Se captó a través de la historia clínica el 100% de parturientas con presentación pelviana y por cada uno de éstas, inmediatamente se captaba una parturienta con presentación cefálica, que cumpliera con los criterios de inclusión y tenga características semejantes a la paciente seleccionada para el grupo de estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres con parto podálico para el grupo en estudio.
- Mujeres con parto cefálico para el grupo testigo.
- Parturientas que acuden a dar a luz en el Hospital.
- Gestantes con feto vivo.

Diseño de Investigación:

Para la contrastación de hipótesis se hizo uso del diseño ex post-facto cuyo diagrama es el siguiente:

A	O
B	O

Donde:

- O = Son las observaciones, medición o evaluación que se realizará a la población en estudio con referencia a las variables de interés.
- A = Grupo de Recién Nacidos producto de parto podálico.
- B = Grupo de Recién Nacidos producto de parto de vértice.

Para la recolección de datos se usó el método de observación directa, entrevistas y examen clínico a las pacientes y al Recién Nacido seleccionado para el estudio; para su registro inmediato se utilizó los

formatos preparados y validados previamente (anexo 1)

Los datos recolectados fueron calificados y analizados a través de paquetes computarizados como EPINFO Y SPSS.

Los resultados se presentan en tablas, cuadros y gráficos con sus respectivas pruebas estadísticas aplicadas, aceptando un nivel de significancia de 5% ($P < 0.05$).

Se utilizó la prueba de contraste de Ch-cuadrado (χ^2) o la prueba exacta de Fisher en caso de una tabla de 2x2.

$$\chi^2 = \frac{(O1 - E1)^2}{E1}, \text{ donde:}$$

O1 = Frecuencias observadas, y

E1 = Frecuencias esperadas.

Para cuantificar la intensidad de una asociación significativa, se usó el coeficiente de contingencia C:

$$C = \left(\frac{\chi^2}{\chi^2 + n} \right), \text{ donde:}$$

χ^2 es el calculado

n es el tamaño de la muestra.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

CUADRO I

FRECUENCIA E INCIDENCIA DE PARTOS PODALICOS EN EL HOSPITAL DE APOYO IQUITOS

MESES	TOTAL PARTOS	PARTO PODALICO Nº	PODAL. %	INCID. X 1000	FRECU 1/X PP
OCTUBRE	246	6	8.00	24.39	1/41
NOVIEMBRE	229	7	9.33	30.56	1/33
DICIEMBRE	239	8	10.67	33.47	1/30
ENERO	238	8	10.67	33.61	1/30
FEBRERO	222	7	4.33	31.53	1/32
MARZO	227	6	8.00	26.43	1/38
ABRIL	239	9	12.00	37.65	1/27
MAYO	291	3	4.00	10.30	1/97
JUNIO	254	5	6.67	19.68	1/51
JULIO	245	4	5.33	16.32	1/61
AGOSTO	210	6	8.00	28.57	1/35
SETIEMBRE	226	6	8.00	26.54	1/37
TOTAL	2,866	75	100.00	26.16	1/38

En el cuadro I, se observa la frecuencia e incidencia de partos podálicos ocurridos en el hospital de Apoyo César Garayar García de Iquitos, así también encontramos una incidencia promedio de 26.16 por mil partos, con una frecuencia de 1 parto podálico por cada 38 partos cefálicos, esto incluyendo inmaduros y prematuros. El mes de abril fue el que tuvo mayor frecuencia y el mes de mayo tuvo menor, entre todos los meses del año.

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación están dentro de los rangos y promedios encontrados por otros autores.

TABLA A
FRECUENCIA SEGÚN AUTORES EXTRANJEROS

AUTOR	PAÍS	%
ALVARADO	MEXICO	2.90
ASCANO	CHILE	2.15
LIEN	INDOCHINA	4.40
PAEZ	COLOMBIA	2.83
EASTMAN	U.S.A.	2.80
CABALLERO	ESPAÑA	3.54
VERMELIN-RIBON	FRANCIA	3.00

FUENTE: MONGRUT STEANE
FRECUENCIA SEGÚN AUTORES NACIONALES

AUTOR	PAÍS	AÑO	%
ZAVALETA	PERÚ-TRUJILLO	1982	2.68
OLIVENCIA	PERÚ-TRUJILLO	1985	1.38
CALLE	PERÚ-LIMA	1985	1.4
KANASHIRO	PERÚ-LIMA	1988	2.5
VARGAS	PERÚ-LIMA	1989	2.9
VASQUEZ	PERÚ-CALLAO	1989	4.07
CHAVEZ	PERÚ-CHEPEN	1992	2.63
SAAVEDRA	PERÚ-IQUITOS	1992	3.9
CESIAS	PERÚ-TARAPOTO	1992	3.44
ESTACIO	PERÚ-TARAPOTO	1993	3.87

FUENTE: DIFERENTES INVESTIGACIONES REALIZADAS

Con ello se comprueba que en la Región Loreto (Iquitos) encontramos incidencias variables de patología de presentación y con variaciones muy similares y parecidas a países desarrollados.

CUADRO II

DISTRIBUCIÓN SEGÚN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS MATERNAS

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS MATERNAS	G. ESTUDIO		G. CONTROL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD (años)						
≤ 19 años	28	37.3	16	21.3	44	29.3
20-34 años	44	58.7	50	66.7	94	62.7
≥ 35 años	03	4.0	09	12.0	12	8.0
	75	100.0	75	100.0	150	100.0
	x=22.733 Dst=5.873 x ² =26.77		x = 25.280 Dst. 6.270 P=0.26607984			
TALLA MATERNA:						
≤ 1.50 Mts.	3	4.0	1	1.3	4	2.7
1.50-1.70 Mts.	72	96.0	74	98.7	146	97.3
≥ de 1.70 Mts.	--	--	--	--	--	--
	75	100.0	75	100.0	150	100.0
	X=1.546 Dst= 0.037 x ² =10.96		x= 1.549 Dst=0.035 P = 44626380			
PESO MATERNO:						
≤ De 45 Kg.	01	1.3	1	1.3	2	1.3
46 - 50 Kgs	28	37.3	18	24.0	46	30.7
51 - 59 Kgs.	41	54.7	41	54.7	82	54.7
≥ - 60 Kgs.	05	6.7	15	20.0	20	13.3
	75	100.0	75	100.0	150	100.0
	X = 52.755 Dst = 4.787 X̄ =66.45		X = 54.773 Dst = 2.229 P=0.00000000 <---			

Con el afán de identificar los factores asociados al parto podálico, en este cuadro se presenta las medidas antropométricas de la madre; la edad promedio en las pacientes con parto podálico es de 22.73 y en los del grupo control 25.28 años, aunque este factor no resultó significativo ($P=0.2660$) La literatura refiere que las primíparas jóvenes y añosas tienden a presentar partos podálicos, las causas atribuibles a este grupo aún se desconocen.

En cuanto a la talla y al peso materno, no tuvieron mayor variación ni significancia en el estudio, tampoco la literatura reporta estas variables como influyente o determinante en el parto podálico.

CUADRO III
ANTECEDENTES MATERNOS PRECONCEPCIONALES

FACTORES MATERNOS PRECONCEPCIONALES	G. ESTUDIO		G. CONTROL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESTADO CIVIL:						
Soltera	10	13.3	7	9.3	17	11.3
Casada	4	5.3	2	2.7	6	4.0
Conviviente	61	81.4	66	88.0	127	84.7
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0
		$X^2 = 1.39$		$p = 0.49834413$		
PROCEDENCIA:						
Urbano	61	81.4	66	88.0	127	84.7
Rural	10	13.3	6	8.0	16	10.7
Urbano marginal	4	5.3	3	4.0	7	4.6
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0
		$X^2 = 1.34$		$P = 0.51178341$		
G. DE INSTRUCCION						
Analfabeta	1	1.3	--	--	1	0.8
Primaria Incomp.	8	10.7	--	--	8	3.3
Primaria Comp.	12	16.0	11	14.6	23	15.3
Secundaria Incomp	41	54.7	54	72.0	95	63.3
Secundaria Comp.	13	17.3	10	13.4	23	15.3
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0
		$X^2 = 11.21$		$P = 0.02426414$		
OCUPACION						
Ama de casa	64	85.3	74	98.7	138	92.0
Estudiante	6	8.0	1	1.3	7	4.7
Doméstica	3	4.0	-	--	3	2.0
Comerciante	2	2.7	-	--	2	1.3
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0
PARIDAD:		PROMEDIO 1.96 ± 1.5		1.50 ± 0.5		
		R = 1 - 6		1 - 8		
		$X^2 = 9.30$		$P = 0.02560283 < ---$		
E. SOCIO-ECONÓMICO						
Bajo	17	22.7	9	12.0	26	17.3
Medio	58	77.3	65	86.7	123	82.0
Alto	-	--	1	1.3	1	0.7
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0
		$X^2 = 3.86$		$P = 0.14515455$		

En los antecedentes maternos preconceptionales del cuadro III, la ocupación y el estado socioeconómico no resultaron significativo para la presentación pelviana. En cambio el grado de instrucción si es significativo ($P= 0.02426$), es decir que las mujeres con grado de instrucción menor tienen mayor probabilidad de presentar partos podálicos que aquellas que tienen mayor grado de instrucción, la literatura revisada no hace referencia a estas variables para compararlas.

En cuanto a la paridad resultó significativa ($P= 0.02560$), en las primíparas que en las multíparas tienen mayor probabilidad de presentar partos podálicos, coincidiendo con Cifuentes (11) quien sostiene que las primíparas jóvenes y añosas son las que más presentan partos podálicos. Los hallazgos de ésta investigación sustentan que las primíparas tienen mayor tendencia a los partos podálicos por que en estas es menos frecuente las rotaciones de acomodación del feto comparado con las multíparas en las cuales el cuerpo del útero o continente sufre más fácilmente alteraciones de la dinámica producidas por la movilidad fetal (Cifuentes, Mongrut) (11,7).

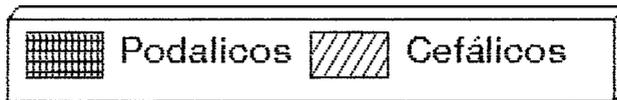
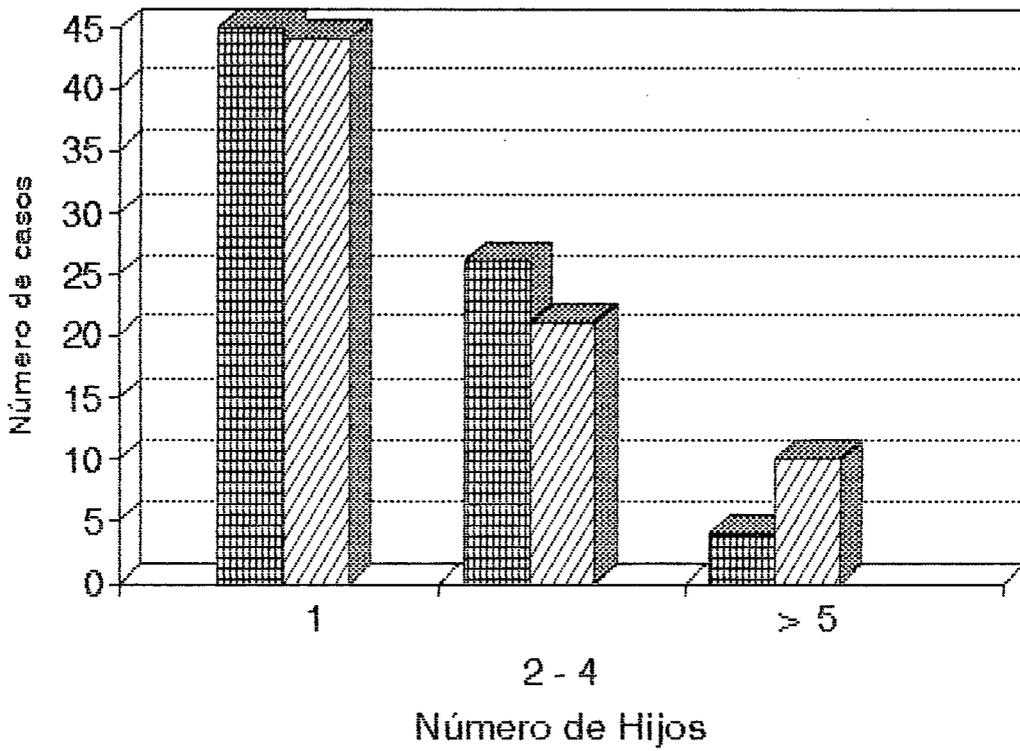
Pero este hallazgo difiere de los resultados de otros autores (1,2) quienes sostienen que el mayor número de partos podálicos se dió en multigestas, no se sabe a que se deben las diferencias pero en el presente estudio se ha trabajado en forma prospectiva, mientras que la mayoría de los estudios expuestos en la tabla fueron retrospectivos, la paridad es muy importante por que según ésta se define la vía del parto.

TABLA B
PARTO PODALICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PARIDAD
SEGÚN AUTORES

AUTORES	PAÍS	AÑO	PRIM. %	MULTIG. %
LASCANO	MÉXICO	1970	32.4	67.6
PAINEL	CHILE	1984	43.7	56.3
MARRUFO	MÉXICO	1989	53.4	46.6
SARMIENTO	CUBA	1990	60.0	40.0
CALLE	PERÚ-LIMA	1983	42.5	44.4
OLIVENCIA	PERÚ-TRUJILLO	1985	34.3	43.3
VARGAS	PERÚ-LIMA	1989	51.0	49.0
VÁSQUEZ	PERÚ-CALLAO	1989	42.0	58.0
SAAVEDRA	PERÚ-IQUITOS	1992	37.3	62.7
CHÁVEZ	PERÚ-CHEPEN	1992	43.0	36.0
CESIAS	PERÚ-TARAPOTO	1992	40.0	60.0
ESTACIO	PERÚ-TARAPOTO	1993	28.5	71.4

FUENTE: DATOS DE DIFERENTES AUTORES.

POLIGONO DE FRECUENCIA 1
PARIDAD SEGUN GRUPO DE ESTUDIO



Analizando el Polígono de Frecuencia Nº 1 nos damos cuenta que nos presenta una visión más pormenorizada de la paridad según el grupo de estudio, siendo este un factor muy importante para definir la vía de parto, los factores conceptuales maternos lo presentamos en el cuadro IV.

CUADRO IV

DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES CONCEPCIONALES

FACTORES CONCEPCIONALES	G. ESTUDIO		G. CONTROL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD GESTACIONAL						
≤ 28 Semanas	4	5.3	-	--	4	2.7
29 - 32 Semanas	8	10.7	2	2.7	10	6.7
33 - 36 Semanas	7	9.3	1	1.3	8	5.3
37 - 42 Semanas	54	72.0	71	94.7	125	83.3
≥ 43 Semanas	2	2.7	1	1.3	3	2.0
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0

$$\chi^2 = 42.51 \quad P=0.00000000<---$$

PATOLOGIAS CONCOMITANTES DEL EMBARAZO						
Polihidramnios	1	1.3	1	1.3	2	1.3
Toxemia gravídica	3	4.0	4	5.3	7	4.7
I.T.U.	22	29.3	13	17.3	35	23.3
Otros	10	13.3	-	-	10	6.7
Ninguno	39	52.0	57	76.0	96	64.0
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0

$$\chi^2 15.83 \quad P = 0.00734002<---$$

CONTROL PRE NATAL						
Ninguno	55	73.3	48	64.0	103	68.7
0 - 3 veces	12	16.0	16	21.3	28	18.7
4 - 8 veces	8	10.7	11	14.7	19	12.6
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0

$$\chi^2 = 61 \quad P = 0.2626784980$$

Los factores concepcionales maternos del cuadro IV, indican que la edad gestacional de mayor frecuencia fue de 37 a 42 semanas de gestación.

El promedio de la edad gestacional por grupo fue de $X=37.24$ y $X= 39.38$ para el grupo de estudio y control respectivamente, después de aplicar la prueba de chi cuadrado resultó altamente significativa en comparación con las demás edades gestacionales ($P=0.000000000$); es decir que: a menor edad gestacional mayor probabilidad de presentar parto podálico.

Lo afirmado anteriormente coincide con la base teórica reportada por los investigadores, quienes enfatizan que la capacidad uterina es mayor en el fondo y en el polo cefálico del feto hasta las 28 semanas. Este último tiene más volumen que el polo pelviano por lo tanto es normal que la cabeza se acomode en el fondo uterino y la pelvis en el hipogastrio, por consiguiente hasta esta época la presentación pelviana es fisiológica. Si el parto se iniciaría prematuramente se realizará en presentación pelviana, cuando esta posición persiste después de las 28 semanas de gestación es por causa patológica o por alteraciones de la movilidad fetal.

Resultados similares al de Saavedra (8), Estacio (20) y Chávez (18), quienes encontraron mayor porcentaje de parto podálico a término 75.9%, 65.2% y 80.0% respectivamente. Cabe aclarar que no podemos descartar que la prematuridad es una de las causas principales del parto podálico y es la que determina el aumento de la morbilidad perinatal.

En cuanto a las patologías concomitantes en el embarazo existe una diferencia altamente significativa ($P=0.007340$) es decir que las mujeres con presentación podálica presentaron mayor porcentaje de patologías que las con presentación cefálica siendo sobre todo las más común la ITU.

Este dato referido muestra diferencia con otras investigaciones, así Chávez (18), encontró como factores asociados a la primiparidad, prematuridad, embarazo gemelar, estrechez pélvica, placenta previa, polihidramnios e hidrocefalia mencionado según orden de frecuencia encontrada.

En cambio el control prenatal no muestra influencia o dependencia con el problema.

CUADRO V

DISTRIBUCIÓN SEGÚN DATOS DEL RECIÉN NACIDO

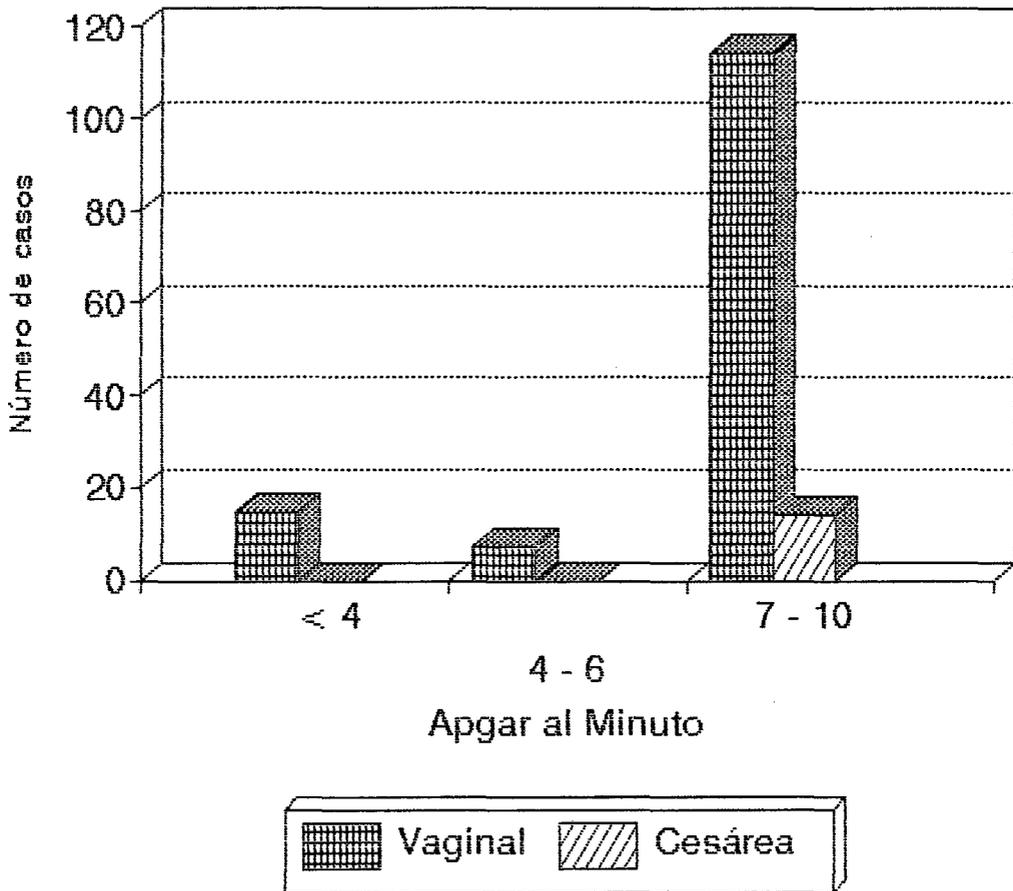
DATOS DEL RECIÉN NACIDO	G. ESTUDIO		G. CONTROL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO R.N.:						
Masculino	36	48.0	35	46.7	71	47.3
Femenino	39	52.0	40	53.3	79	52.7
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$\bar{X} = 0.00 \quad P=1.00000000<---$						
PESO DEL R.N.						
≤ 1500 Grs.	3	4.0	-	--	3	2.0
1501-2499 Grs.	21	28.0	4	5.3	25	16.7
2500-3449 Grs.	39	52.0	49	65.3	88	58.7
3500-4000 Grs.	10	13.3	20	26.7	30	20.0
≥ 4000 Grs.	2	2.7	2	2.7	4	2.6
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$\bar{X}^2 = 2732.667 \quad X = 3201.147$ $Dst = 758.990 \quad Dst = 443.279$						
APGAR AL MINUTO						
0	11	14.7	-	--	11	7.3
≤ - 3	4	5.3	-	--	4	2.7
4 - 6	7	9.3	-	--	7	4.7
≥ - 7	53	70.7	75	100.0	128	85.3
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X = 6.120 \quad X = 8.720$ $Dst = 3.071 \quad Dst = 0.605$ $\bar{X} = 71.26 \quad P = 0.00000000<---$						
APGAR A LOS 5 MINUTOS						
0	13	17.3	-	--	13	8.7
≤ - 3	-	--	-	--	-	--
4 - 6	3	4.0	-	--	3	3.0
≥ - 7	59	78.7	75	100.0	134	89.3
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X = 7.240 \quad X = 9.880$ $Dst = 3.444 \quad Dst = 0.327$ $\bar{X} = 104.60 \quad P = 0.00000000<---$						

Los datos del Recién Nacido se presenta en el cuadro V. El peso y sexo del Recién Nacido no guarda relación con la presentación pelviana, en cuanto al sexo no hay diferencia significativa ni entre sexos ni entre grupos. Sobre el peso efectivamente son los podálicos los que experimentaron menor peso, por el mismo hecho que se acompaña directamente con prematuridad.

En cuanto al Apgar al minuto y a los 5 minutos esto si muestra diferencia altamente significativa ($P=0.0000$) para ambos, es decir que los Recién Nacidos en presentación pélvica tuvieron menor puntaje de Apgar que los recién nacidos en cefálico.

Los resultados coinciden con Chávez (18) quien encontró un 28.1% de Recién Nacidos de partos podálicos severamente deprimido, así mismo Estacio (20) y Saavedra (18); los 3 afirman que esto depende de la vía del parto y los que nacen por vía vaginal presentan mayor grado de asfixia.

POLIGONO DE FRECUENCIA 2 VIA DEL PARTO SEGUN APGAR



En el Polígono de Frecuencia Nº 2, observamos que hubo un gran porcentaje (15%) de Recién Nacidos por vía vaginal que padecieron asfixia severa, osea con un puntaje de APGAR de 0-3 y un 4.6% con asfixia moderada; cabe aclarar que todos los partos cefálicos fueron por vía vaginal y nacieron con un APGAR óptimo igual que los 14 (9%) que nacieron por cesárea.

Esto nos demuestra una vez más que que la cesárea efectuada en forma oportuna y con las condiciones adecuadas disminuye el riesgo de hipoxia, y también se conoce que el parto vaginal por sí sólo constituye un trauma para el Recién Nacido susceptible de mejorarlo con una adecuada y óptima reanimación inmediata del Recién Nacido.

CUADRO VI

IMPLICANCIA DE LOS FACTORES ASOCIADOS Y APGAR DEL
RECIÉN NACIDO DE PARTO PODALICO

FACTORES	APGAR DEL RECIÉN NACIDO			TOTAL	
	0 - 3	4 - 6	7 - 10	Nº	%
SEXO :					
Masculino	9	3	24	36	24.0
Femenino	6	4	29	39	26.0
COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO					
Fract. Clavícula	-	1	1	2	1.3
Dislocación cadera-		-	3	3	2.0
Ninguno	15	6	49	70	46.7
VARIEDAD DE PRESENTACIÓN					
Completa	2	3	18	23	15.3
Pies	13	4	31	48	32.0
Nalgas	-	-	4	4	2.7

En el cuadro VI se observa que el sexo no muestra influencia en el Apgar de los recién nacidos de parto podálico, así mismo la frecuencia de esta variable es similar tanto en el grupo de estudio (parto podálico) y en el grupo control (parto cefálico).

En cuanto a las complicaciones, referente a la atención del parto el mínimo porcentaje presentaron fractura de clavícula (1.3) y dislocación de cadera(2.0), las cifras encontradas de complicaciones por otros autores (21,22) son diferentes a los nuestros.

En cuanto a la variable de presentación con mayor frecuencia los fetos se presentaron de pies (32.0%) seguido luego por la variedad completa (15.3%), observándose el mayor grado de hipoxia severa en aquellas con presentación de pies (32.0%).

Estos datos coinciden con Saavedra (8) quien también encontró que un 60.2% de casos fue la variedad incompleta, pero lo que llama la atención es que el autor expone que la variedad completa es la que presenta mayor porcentaje de asfixia con 64.3% de casos. También Estacio (20) encontró que el 58.7% corresponden a la variedad completa y el 51.3% a la incompleta mientras que Chávez (18) encontró que el 58.7% correspondió a sólo nalgas, seguido por la incompleta (30.0%).

La literatura reporta que los niños nacidos por vía vaginal con algunos grados de presión se recuperan en un 15.0%, permaneciendo el resto en mal estado y que los nacidos por cesárea en un 27.0%. De ahí la justificación del alto grado de cesárea de parto podálico (23).

Estacio (20) reporta que el mayor porcentaje de Apgar satisfactorio correspondió a los nacidos por cesárea (90%), el grado de depresión moderada-severa fue más común en el parto vaginal (18.2%) con una diferencia altamente significativa si se compara con las cesáreas. También Nérida reporta cifras inferiores; la razón es que el parto vaginal en la variedad completa hay flexión de caderas y miembros inferiores; junto a la variedad incompleta en la cual hay extensión de caderas y/o miembros (24). Pero no sucede así en la cesárea donde el porcentaje mayor de asfixia corresponde a la variedad incompleta. Según Kanashiro la presentación de nalgas es la de menor riesgo. No se encontró reporte que aclaran al respecto.

CUADRO VII
DISTRIBUCIÓN SEGÚN INGRESO AL HOSPITAL

INGRESO AL HOSPITAL	APGAR - PUNTOS						TOTAL	
	0 Nº	3 %	4 Nº	6 %	7 Nº	10 %	Nº	%
G. ESTUDIO:								
PRODROMO	-	-	-	-	4	7.5	4	5.3
F. LATENTE	-	-	-	-	5	9.4	5	6.7
F. ACTIVA	7	46.7	4	57.1	18	34.0	29	38.7
F. EXPULSIVA	8	53.3	3	42.9	26	49.0	37	49.3
TOTAL	15	100.0	7	100.0	53	100.0	75	100.0
G. CONTROL:								
PRODROMO	-	-	-	-	-	-	-	-
F. LATENTE	-	-	-	-	-	-	-	-
F. ACTIVA	-	-	-	-	20	26.7	20	26.7
F. EXPULSIVA	-	-	-	-	55	73.3	55	73.3
TOTAL	-	-	-	-	75	100.0	75	100.0

En el cuadro VII, se nota que el mayor número de parturientas 88% y 100% tanto en podálico como en cefálico acudían al hospital en la fase activa y expulsiva del trabajo de parto.

Al preguntarles a las pacientes estudiadas si habían tenido preparación psicoprofiláctica sólo una contestó positivamente, deduciendo así que la gran mayoría de las pacientes desconocían las normas y reglas generales de hospitalización referente al proceso del parto y a la preparación psicoprofiláctica para el mismo.

Cabe aclarar que cuando las pacientes con presentación podálica acudieron al nosocomio en estado prodrómico o fase latente sus niños no padecieron ningún grado de hipoxia; por el tiempo disponible que permitió tomar las medidas pertinentes a fin de prevenir posibles complicaciones, determinando de esa forma la vía del parto, cuidados, etc.

Aquellas pacientes que llegaron en fase activa y expulsiva son las que acarrearón con un buen porcentaje de asfixia al nacer. los resultados del cuadro VII muestran similitud con los estudios de Chávez (18) quien encontró que el 37.0% de sus pacientes llegaron en la fase activa, 13.0% en expulsivo y 27.4% en inicio de labor de parto.

De igual manera Saavedra (8) encontró que el mayor porcentaje de pacientes acudió al hospital en período expulsivo (43.4%)

CUADRO VIII
DISTRIBUCIÓN SEGÚN VISITAS A LAS SOBADORAS

VISITA A LA SOBADORA	G. ESTUDIO		G. CONTROL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 VISITA	36	48.0	26	34.7	62	41.3
1 VISITA	13	17.3	16	21.3	29	19.3
2 VISITAS	14	18.7	17	22.7	31	20.7
3 VISITAS	9	12.0	16	21.3	25	16.7
4 VISITAS	1	1.3	-	--	1	0.7
5 VISITAS	2	2.7	-	--	2	1.3
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0

El cuadro VIII muestra las visitas a las sobadoras.

El grupo estudio: el mayor número de visitas (14 pacientes) queda en 2 visitas, a medida que va aumentando el número de visitas el número de pacientes va disminuyendo; demostrando la poca motivación e interés en el asunto.

El grupo control: en este grupo se nota una mayor incidencia en cuanto al número de pacientes que acuden a las visitas de las sobadoras dejando en claro que un mayor número de pacientes del grupo control (17 Pacientes), se han interesado en este

método de control pre natal ligado a la idiosincrasia del medio selvático amazónico en donde el 100% de pacientes en estado de gestación acuden en algún momento a las sobadoras.

Aplicando la prueba estadística del Chi cuadrado se halla que no existe diferencia significativa entre la presencia de parto podálico y la asistencia a las sesiones de las sobadoras ($P= 0.20804838$).

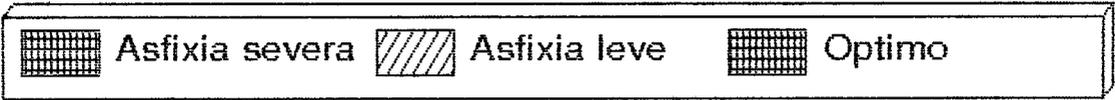
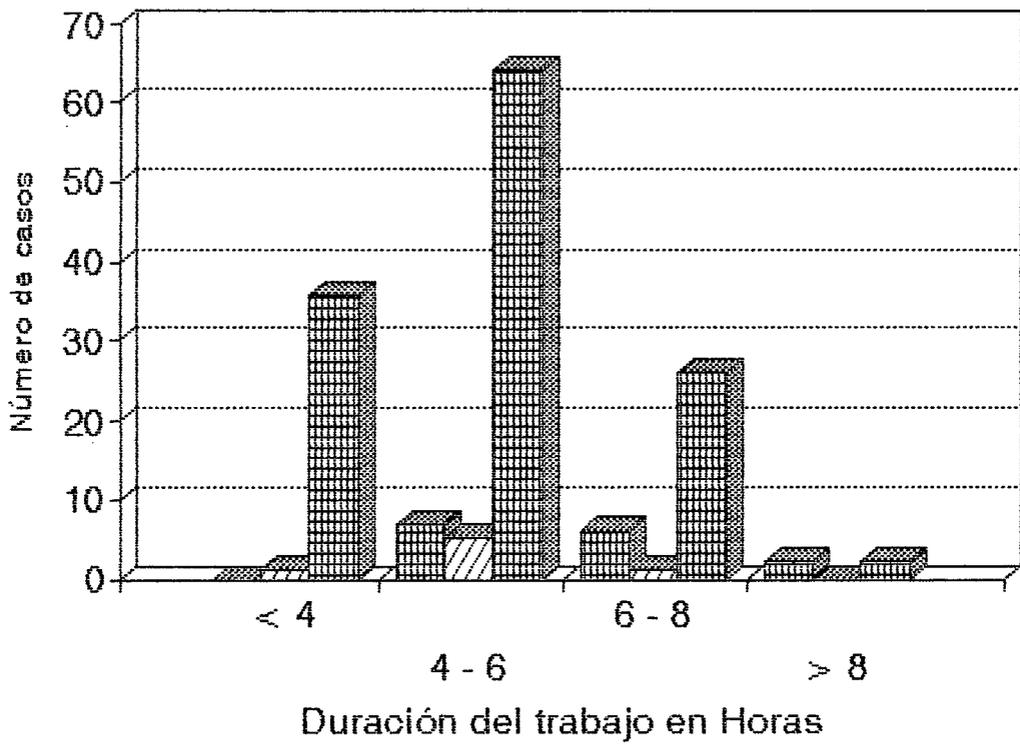
CUADRO IX

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO POR PERIODOS

PERIODOS DEL PARTO	PARTO PODALICO			PARTO CEFALICO			S/F
	X	DST.	R.	X	DST.	R.	
FASE LATENTE (hrs.)	2.13'	0.7	2-5	2.16'	0.7	1-4	P=0.000792
FASE ACTIVA (Hrs.)	2.24'	0.8	1-4	1.72'	0.6	1-3	P=0.000077
FASE EXPULSIVA (Min.)	17.92'	15.4	5-120	10.04"	4.7	5-40	P=0.000161
FASE ALUMBRAMIENTO (Min)	9.35'	3.25	5.20	7.4"	2.89	5-80	P=0.057828
TOTAL HORAS	5.54'	1.4	3-10	4.48'	1.34	2-8	P=0.000055

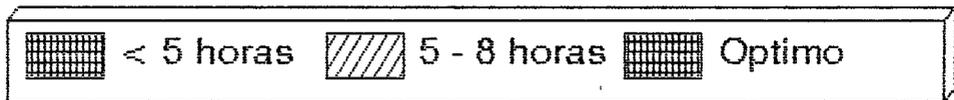
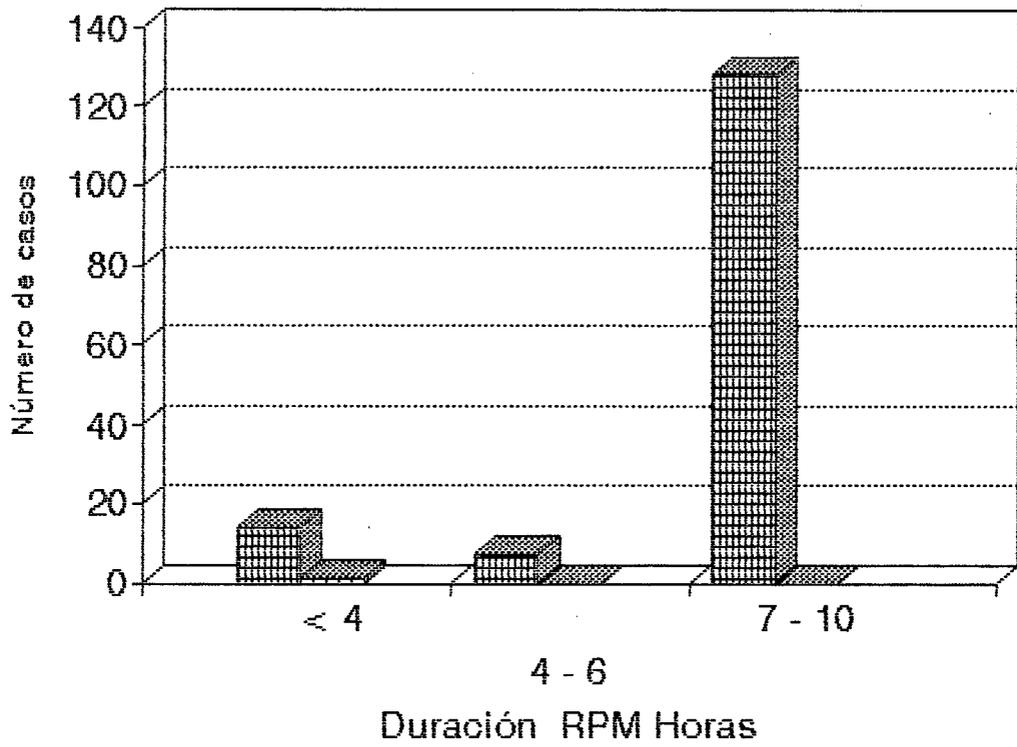
En el cuadro IX se aprecia que el tiempo de trabajo de parto en todos los períodos resultó significativo es decir que las pacientes con presentación pelviana experimentaron un tiempo mayor de trabajo de parto que aquellas con presentación cefálica; es decir que la presentación condiciona la duración del tiempo del trabajo de parto; pero al relacionarlo con el puntaje de Apgar no se encuentra relación directa determinante.

POLIGONO DE FRECUENCIA 3
DURACION TRABAJO PARTO SEGUN APGAR



En cuanto al Polígono de Frecuencia Nº 3, se encuentra la duración del trabajo de parto en relación con el APGAR, todos los del grupo control nacieron con APGAR óptimo los que experimentaron mayor tiempo de trabajo de parto, aunque los tiempos promedio fueron muy bajos y en el que se puede decir que en Iquitos las mujeres tienen un promedio de trabajo de parto acelerado o más rápido que en otras ciudades.

POLIGONO DE FRECUENCIA 4 TIEMPO DE RPM SEGUN APGAR



En el Polígono de Frecuencia Nº 4 es lógico suponer que una RPM se asocia a algún grado de hipoxia y es más fuerte con RPM prolongado, caso que en el estudio no se tuvo ninguno de éste.

Lo alarmante son los 15 Recién Nacidos con hipoxia severa que se asocia a un grado alto de sufrimiento fetal.

CUADRO X

DISTRIBUCIÓN SEGÚN DÍAS DE PERMANENCIA EN NEONATOLOGÍA

DÍAS DE PERMANENCIA	APGAR - PUNTOS						TOTAL	
	0 - 3		4 - 6		7 - 10		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
G. ESTUDIO:								
< 4 DÍAS	14	93.3	5	71.4	51	96.2	70	93.3
4 A 6 DÍAS	-	-	2	28.6	1	1.9	3	4.0
> 6 DÍAS	1	6.7	-	--	1	1.9	2	2.7
TOTAL	15	100.0	7	100.0	53	100.0	75	100.0
G. CONTROL:								
< 4 DÍAS	-	--	-	--	74	98.7	74	98.7
4 - 6 DÍAS	-	--	-	--	1	1.3	1	1.3
TOTAL	-	-	-	-	75	100.0	75	100.0
X 3.37								

En el cuadro X, se encontró que el promedio de días de permanencia en neonatología del Recién Nacido de parto cefálico fue de 1.20 días, y observamos que los Recién Nacidos con presentación pelviana fueron aquellos que permanecieron más días en la unidad de neonatología por alguna patología o lesión que padecieron. De ahí la inversión económica que demanda estos tipos de parto tanto para la familia e institución, ya que la literatura refiere que el parto podálico se asocia a mayor morbilidad y mortalidad. Los investigadores tanto nacionales como extranjeros afirman que la morbilidad y

mortalidad en el parto podálico está asociado a la vía del parto, pues en todos los estudios la hipoxia neonatal estuvo asociada a la neumonía por aspiración, seguido luego por el traumatismo ocurrido al momento del nacimiento.

Estudios realizados muestran una tasa de mortalidad en partos podálicos de 23 a 22.1%.

CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de partos podálicos encontrado en el hospital de apoyo César Garayar García de Iquitos fue de 1/38, es decir que por cada 38 partos cefálicos (vértice), puede ocurrir un parto podálico.
- 2.- Los factores asociados al parto podálico fueron:
 - Peso materno (menor de 45 y mayor de 60 Kg)
(P = 0.0000)
 - Grado instrucción analfabeta y primaria incompleta (P = 0.024)
 - Primiparidad (P = 0.02560)
 - Prematuridad (P = 0.00000)
 - Patologías asociadas como toxemias e ITU (P = 0.07540).
- 3.- El parto podálico influye directamente en el APGAR del Recién Nacido (\bar{X} = 71.26, P = 0.00000).
- 4.- Los factores de riesgo que influyen en el APGAR del Recién Nacido son:
 - . Peso del Recién Nacido mayor de 3500 g.
 - . Tiempo de trabajo de parto mayor de 12 horas.
 - . Presentación incompleta.
 - . Vía de parto vaginal.
 - . Ingreso al hospital en fase activa avanzada y período expulsivo.

RECOMENDACIONES

- 1.- Se incida en investigaciones que lleven a identificar los riesgos y su antagonismo para decidir la vía adecuada del parto.
- 2.- Se debe potenciar el manejo de la historia clínica perinatólogica, así como el carnet para identificar a la mujer con riesgo desde que ingresa al hospital.
- 3.- Cuando se tenga al frente el manejo de un parto podálico se debe monitorizar adecuadamente, tener especial cuidado en la atención del parto y la atención inmediata del Recién Nacido ya que de éste depende el daño posterior que pueda padecer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- BENSON R.: **Diagnóstico y tratamiento Gineco-
Obstetricia** 4ta. Edic. México Edit. el Manual
moderno 1991 pág. 955-969.
- 2.- NEVILLE F.: **Compendio de Ginecología y
Obstetricia** 1ra. edic. México Edit.
Interamericana 1989 pág. 195-201.
- 3.- PRITCHAR JA. MC DONALD PC.: **Obstetricia de William**
3ra. Edic. Barcelona. edit. Salvat 1986. pág
631-639.
4. BOTERO JU; JUBIS A, HENAO G.: **Obstetricia y
Ginecología** 4ta Edic. Colombia Edit. Carbajal
S.A. 1989 pág. 169-170.
- 5.- NERIDA P.; RÍOS M.M.: **Incidencia de parto en
presentación podálica en el Hospital de Apoyo
Hipólito Hunanue Tacna.** Rev. Materno Infantil
Vol. I 1991 : 5-7.
6. SELWYN C. J. JUDITH B.: **Simposyum sobre analgesia
y anestesia obstétrica en presentación de
nalgas.** Rev. Ginecol y Obstet. temas actuales
1992.
- 7.- MONGRUT S.A.: **Tratado de Obstetricia.** Lima Perú
Edit. Científica 1989 3ra. edic. pág. 445.

- 8.- SAAVEDRA B.D.: **Morbimortalidad del recién nacido por parto podálico en el Hospital Regional de Amazonas.** Tesis para optar el título profesional de Obstetrix UNSM 1992.
- 9.- REYNA C.: **Parto podálico.** Acciones materno fetal Tesis Bach. UNT Perú 1993.
- 10.- KANASHIRO A. Y Cols.: **Parto podálico en el Hospital Apoyo Santa Rosa de Lima 1983-1989:** Rev. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología 34 (6) JO-7 1988.
- 11.- CIFUENTES B.R.: **Obstetricia de alto riesgo.** Cali Colombia Edit. Talleres Gráficos 2da. Edic. 1988 Pág. 400-403.
- 12.- NISWANDER K.R.: **Manual de Obstetricia.** Barcelona 3ra. Edic. 1991 pág. 424-425.
- 13.- PACHECO R. J.: **Manual de Obstetricia.** Lima Perú Impreso en M. San Miguel 4ta. Edic. 1993. Pág. 137.
- 14.- ROVISNKY J.J.: **Managemen of breech presentation term** am J. Obstetet Ginecol 115:497,1988.
- 15.- GÓMEZ N. GOCHER E. ZARCO D.: **Caracterización de la presentación pélvica.** Vol. Med. Hospital Infantil México.
- 16.- KLUFO C.A.: **Presentación and delivery p.n.g. med** Pág. 95 1991.

- 17.- HILL M. Prevalence of. Breech presentation by gestacional age. Am-J perinatal Pág. 3 1990.
- 18.- CHÁVEZ S. Y LAZO V.: Aspectos epidemiológicos de la presentación podálica en el Hospital apoyo Chepén 1983-1991. Tesis para optar el título profesional de Obstetrix UNSM 1992.
- 19.- FIANU S. VACLAVINKEVAS: The siti of placentall Allachment As factor in the Achology of Breech presentation acta Obstetri Ginecol Scand Pág. 371 1988.
- 20.- ESTACIO P.N.: "Incidencia de morbimortalidad en presentación podálica" Hospital de Apoyo IPSS Tarapoto.
- 21.- VÁSQUEZ J.V: "Parto podálico en el Hospital Daniel Alcides Carrión" Callao 1990.
- 22.- ESPERANZA A.: "El problema de presentación pélvica en pacientes múltiparas y gran múltiparas resolución por vía vaginal" Rev. Ginecol. y Obstet. México Vol. 35.1989
- 23.- NELSON W.E.; VANGLERS ; MCKUY RJ.: "Tratado de pediatria" 9na. edic. Barcelona Edit. Salvat 1989 pág. 334--371.
- 24.- RAMIREZ S.E.; PADILLA H.R.: "Presentación pélvica, incidencia morbimortalidad materna perinatal según la vía del parto" Hospital de Especialidades médicas Belén de Trujillo Tesis de Bach UNT 1985-1992.

FORMATO DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO..... FECHA

NOMBRE Y APELLIDOS

DIRECCIÓN

GRUPO EXPERIMENTAL 1

GRUPO CONTROL 2

II. DATOS MATERNOS:

EDAD..... años TALLA.....cmt. PESO Kgs.

PROCEDENCIA:		ESTADO CIVIL:	
Urbano	1	soltera	1
Rural	2	Casada	2
Urbano marginal	3	Conviviente	3
Otro	4	Otro	4

Distancia entre domicilio y Hospital Kmts

Tiempo que ocupa en llegar al Hospital..... Hrs.

GRADO DE INSTRUCCIÓN		OCUPACIÓN:	
Analfabeta	1	Ama de casa	1
Primaria incompleta	2	Estudiante	2
Primaria completa	3	Empleada Pública	3
Secundaria incompleta	4	Comerciante	4
Secundaria completa	5	Lavandera	5
Superior	6	Otro	6

Número de hijos vivos..... Edad gestacional...

Número de embarazos

Número de partos

ESTADO SOCIO-ECONÓMICO:

Bajo 1
 Medio 2
 Alto 3
 Ingreso familiar promedioNuevos soles
 Número de integrante de familia... Hemoglobina gr.
 Número de controles pre-natales

Preparación psicoprofiláctica:

SI 1
 NO 2

ANTECEDENTES MATERNOS

PATOLG. CONCOMITANTES

Antecedente p. podálico	1	CON EMBARAZO ACTUAL:	
Anomalías uterinas	2	Oligoamnios	1
Antecedentes de cesárea	3	Polihidramnios	2
Antec.placenta previa	4	Toxemias	3
Interv.Quirúrgica uterina	5	I.T.U.	4
		Otro	5

LE PASARON ECOGRAFIA:

SI 1
 NO 2

Ubicación placentaria

Variedad de presentación:

Completo 1
 Solo pies 2
 Solo nalgas 3

Ingreso al Hospital	Tiempo trabajo de parto
Pródromo	Fase latentehrs
Fase latente.....	Fase activahrs
Fase activa.....	ExpulsivoMn.
Expulsivo.....	Alumbramiento.....mn.
	Total.....

Complicaciones trabajo de parto:

Hipodinamia	1
Hiperdinamia	2
Alt. F.C.F.	3

Tiempo de rotura de membranas:

.....Hrs.

Medicamentos utilizados en el embarazo:

Depresores.....	1
Antihistaminicos.....	2
Otros	3

Tipo de parto:	Color líquido amniótico
Vaginal espontáneo	1 Normal 1
Vaginal inducido	2 Verde claro 2
Vaginal conducido	3 Puré de arveja 3
Cesárea	4 Amarillo 4
Otro	5 Otro 5

Peso de recién nacido:	Sexo del recién nacido:
Peso	Masculino 1
	Femenino 2

Apgar al minuto..... **Apgar a 5 minutos.....**

Complicaciones del parto:

Enclavamiento del hombro	1
Extensión del brazo hacia arriba	2
Retención cabeza última	3
Muerte fetal	4
Otros	5

Cordón umbilical:

№ visitas a sobadoras:

Longitud.....		
Circular simple	1	Situación fetal al tac.	
Circular doble	2	Sacro púbica	1
Circular múltiple	3	SII A	2
Presencia de nudos	4	SII P	3
Presencia falsos nudos	5	SID A	4
Otros	6	SID P	5
		SII T	6
		SID T	7
		Otros	8

Patologías del recién nacido:

Hidrocefalia	1
Anencefalia	2

Complicaciones del recién nacido:

Fractura de clavícula	1
Dislocación cadera	2

Días de permanencia en neonatología:

.....días.