

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PRESENTACION DE CARA. ESTADISTICAS DE LA MATERNIDAD  
DE LA PLATA DESDE LOS ANOS 1936 A 1945.-

PADRINO DE TESIS:

PROFESOR ADJUNTO: Dr. MANUEL TORRES

TESIS DE DOCTORADO:

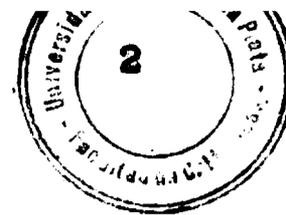
DE

ANA PEREMINSKY DE PODJARNY

1950

AÑO DEL LIBERTADOR GENERAL SAN MARTIN.-

~~\_\_\_\_\_~~



MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR

Prof. Dr. Julio M. Laffitte

VICERRECTOR:

Prof. Ing. Héctor Ceppi

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Ricardo Enrique La Rosa

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Juan F. Muñoz Drake

Prof. Dr. Eugenio Mordegli

Prof. Dr. Roberto Crespi Cherzi

Prof. Ing. Julio H. Lyonnet

Prof. Dr. Hernán D. González

Prof. Ing. César Ferri

Prof. Ing. José M. Castiglione

Prof. Dr. Guido Pacella

Prof. Dr. Osvaldo A. Eckell

Prof. Ing. Héctor Ceppi

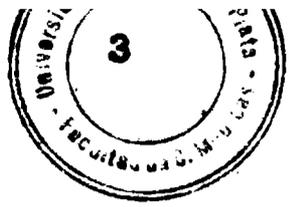
Prof. Ing. Arturo M. Guzmán

Prof. Dr. Roberto H. Marfany

Prof. Arturo Cábours Ocampo

Prof. Dr. Emilio J. Mac Donagh

Cap. de Fragata (R) Guillermo O. Walbrecher



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO:

Prof. Dr. Julio H. Lyonnet

VICEDECANO:

Prof. Dr. Hernán D. González

SECRETARIO

Dr. Héctor J. Basso

PROSECRETARIO

Sr. Rafael G. Rosa

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. Hernán González

Prof. Dr. Diego M. Argüello

Prof. Dr. Inocencio F. Canestri

Prof. Dr. Roberto Gandolfo Herrera

Prof. Dr. Luis Irigoyen

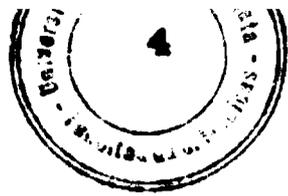
Prof. Dr. Rómulo Lambre

Prof. Dr. Victor A. E. Bach

Prof. Dr. José F. Mgrano Brandi

Prof. Dr. Enrique Votta

Prof. Dr. Erminio L. Zatti



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIS

Dr. Rophile Francisco

Dr. Grego Nicolás V.

Dr. Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M.- Cl. Oftalmológica

" Baldassare Enrique D.- F.F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés E.- Anatomía y EF. Patológicas

" Caeiro José A.- Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F.- Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio F.- Toxicología

" Carreño Carlos V.- Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R.- Cl. Pediátrica y pueric.

" Corazzi Eduardo S.- Patología Médica I.

" Chritsmann Federico E.- Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R.- P. y Cl. de la Tuberculosis

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos.- Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto.- Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto.- Fisiología

" Girardi Valentin C.- Ortopedia y Traumatología

" González Hernán D.- Cl. de E. Infecciosas y E.T.

" Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal.

" Lambre Rómulo R.- Anatomía Descriptiva

" Loudet Osvaldo.- Cl. Psiquiátrica

" Lyonnet Julio H.- Anatomía Topográfica

" Maciel Crespo Fidel A.- Semiología y Cl. Propepéutica

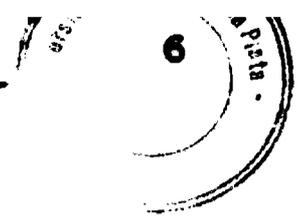


PROFESORES TITULARES

(IIa)

- Dr. Manso Soto Alberto E.- Microbiología
- " Martinez Diego J.J.- Patología Médica IIa.
  - " Mazzei Egidio S.- Clínica Médica IIa.
  - " Montenegro Antonio.- Cl. Genitourrológica
  - " Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica
  - " Obiblio Julio R.A.- Medicina Legal
  - " Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica
  - " Rossi Rodolfo.- Cl. Médica Ia.
  - " Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica Car. Ia.
  - " Sepich Marcelino J. Clínica Neurológica
  - " Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia

-----0-----



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS

Dr. Aguillar Giraldes Delio J.- Cl. Pediatría y Pueric.

" Acevedo Benigno S.- Química Biológica

" Andreu Luciano M.- Clínica Médica

" Bach Victor Eduardo A.- Clínica Quirúrgica Ia.

" Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria

" Baila Mario Raúl.- Clínica de la tuberculosis

" Bigatti Alberto.- Cl. Dermatosifilográfica

" Briasco Flavio J.- Cl. Pediatría y Pueric.

" Calzetta Raul V.- Semiología y Cl. Proped.

" Carri Enrique L.- Parasitología

" Cartelli Natalio.- Cl. Genitourológica

" Castedo César.- Cl. Neurológica

" Castillo Odena Isidro.- Ortopedia y Traumatología

" Ciafardo Roberto.- Clínica Psiquiátrica

" Conti Alcides L.- Cl. Dermatosifilográfica

" Correa Bustos Horacio.- Cl. Oftalmológica

" Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica

" Chescotta Nestor A.- Anatomía descriptiva

" Dal Lago Héctor.- ortopedia y traumatología

" De Lena Rogelio E.A.- Higiene M. Social

" Dragonetti Arturo R.- Higiene y M. Social

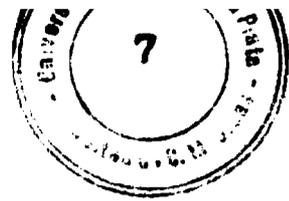
" Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria

" Echave Dionisio.- Física Biológica

" Fernández Audicio. Julio C.- Cl. Ginecológica

" Fuertes Federico.- Cl. de E. Infecciosas y P.T.

" Garibotto Román C.- Patología Médica



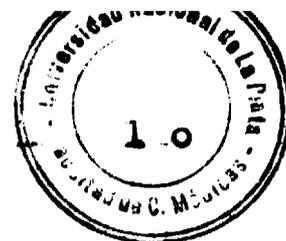
- ~~Dr. García Olivera Miguel Angel.- Medicina Legal~~
- " Giglio Irma C. de.- Cl. Oftalmológica
  - " Giroto Rodolfo.- Cl. Genitoulógica
  - " Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica
  - " Guixá Héctor Luicio.- Cl. Ginecológica
  - " Ingratta Ricardo N.-Cl. Obstétrica
  - " Lascano Eduardo F.- Anat. y F. Patológica
  - " Logascio Juan.- Patología Médica
  - " Loza Julio César.- Higiene y Med. Social.
  - " Lozano Federico S.- Clínica Médica
  - " Mainetti José M.- Cl. Quirúrgica La.-
  - " Manguel Mauricio.- Clínica Médica
  - " Marini Luis C.- Microbiología
  - " Martinez Joaquin D.A.-Semiol.y Cl.Proped
  - " Matusевич José.- Cl. Otorrinolaringológica
  - " Meilij Elías.- Patología y Cl. de la Tuberc.
  - " Michelini Raúl T.- Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
  - " Morano Brandi José.- Cl. Pediatría y Pueric.
  - " Moreda Julio M.- Radiología y Fisioterapia.
  - " Macif Victorio.- Radiología y Fisioterapia
  - " Naveiro Rodolfo.- Patología Quirúrgica
  - " Negrete Daniel Hugo.- P.y Cl. de la Tuberculosis
  - " Pereira Roberto.- Cl. Oftalmológica
  - " Prieto Elías H.- Embiología y H. Normal
  - " Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica
  - " Penín Raul P.- Cl. Quirúrgica
  - " Polizza Amleto.- Medicina Operatoria
  - " Ruera Juan.- Patología Médica
  - " Sanchez Héctor.- Patología Quirúrgica



- Dr. Taylor Gorostiaga Diego J.- Cl. Obstétrica  
" Torres Manuel M.- Cl. Obstétrica  
" Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica Cat.IIa.  
" Tropiano Antonio.- Microbiología  
" Tolosa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica  
" Vanni Edmundo O.- Semiología y Cl.Proped.  
" Vazquez Redro C.- Patología Médica.  
" Votta Enrique A.- Patología Quirúrgica  
" Tau Ramón.- Semiología y Cl.Propéd.  
" Zabludovich Salomón.- Clínica Médica  
" Zatti Erminio L.M.- Cl. E. Infec.y P.T.

-----0-----





PRESENTACION DE CARA. ESTADISTICA DE LA-  
MATERNIDAD DE LA PLATA DESDE LOS ANOS 1936 A 1945.--

Es menester analizar en forma sumaria -- las principales características de esta presentación para tener idea de las distocias que pueden presentarse y hacer luego el estudio de parto eutócicos y distócicos y dentro de estos, cuales han sido las eventualidades más frecuentes y como han sido resueltos en diez años de (de 1936 a 1945) en la Maternidad de La Plata.--

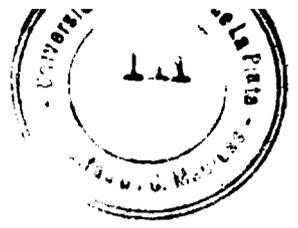
Seguindo a Madame Lachapelle, se entiende por presentación "a la parte del feto que puesta en contacto con la pelvis menor o ya introducida allí es suficientemente voluminosa para llenarla, siendo capaz también de cumplir un mecanismo determinado durante el parto.--

Definiendo así a la presentación, se resumen tres fundamentales: cefálica, pelviana y de tronco.--

Cuando el extremo cefálico es el que se presenta, puede adoptar una actitud flexionada (vértice) o deflexionada (cara, frente o bregma) según la intensidad de la deflexión.--

La presentación de cara, se llama así -- pues es esta la parte de la extremidad cefálica que reúne las condiciones requeridas, y el punto de reparo para hacer el diagnóstico de posición y variedad de posición lo constituye el mentón.--

Las presentaciones de cara, pueden ser-



~~primitivas o secundarias, es decir preexistir al parto o determinarse en ese preciso momento.-~~

Primitivas: Muy rara, negada por Baudeloque, Pinard y aceptada por M. Lachapelle, Ribemont, Dessaigues y entre nosotros por Berman, Boero, Tallaferro, y Chamorro.- Se pueden deber a un quiste congénito de gran volumen, a un higroma quístico de cuello, a dolicocefalia, hidrocefalia y a causas indeterminadas.-

El caso que presenta Tallaferro y Fernandez (Hospital Alvear 1931) fué diagnosticado 14 días antes de iniciarse el parto.- Diagnostico hecho durante el examen obstetrico y confirmado por dos radiografías.- No se intentaron maniobras para su transformación.- El parto fué eutócico.- La causa de presentación de cara primitiva, se debió a la brevedad del cordón; 39 centímetros.-

Enrique Boero, relata un caso de presentación de cara diagnosticado dos días antes del comienzo del trabajo de parto, y durante el mismo, bajo anestesia por cloroformo, por maniobras combinadas, a través de la bolsa íntegra y con facilidad suma se transforma la presentación MIDT que era completamente móvil en OIT, se rompe en este momento la bolsa de las aguas, y se comprueba líquido teñido de medio, consecuencia del sufrimiento fetal ocasionado por distosia uterina consistente en un fuerte y grueso anillo muscular que no se relajaba ni un momento y que era la causa de la presentación de cara. Como no cedía la distosia ni con anestesia profunda, se recurrió a terminar-



el parto con forceps.-El niño nació en estado de asfixia azul pero fué fácilmente reanimado con respiración artificial.-Alumbramiento natural a los 20 minutos.-

El caso que presenta Tomás Chamorro (Hospital Salaberry), es una presentación de cara primitiva por feto grande; 4, kilos-600 gramos.-La posición de la presentación era MII, la parturienta era primigesta, pelvis normal.-Se resuelve el caso por cesaria segmentaria transperitoneal; por sufrimiento fetal, feto grande y presentación de cara.- En nuestra estadística existe un caso de presentación de cara primitiva que evolucionó perfectamente sin ninguna intervención.-

Año 1939

Historia clínica N° 45

E.M.D.S 36 años

Ingresó a la Clínica el 6/1/39, 18 horas.-

Ingresó a la Sala de Partos el 7/1/39 a las 8 horas

Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia.-

Antecedentes obstetricos: Dos embarazos de término dos hijos sanos, un aborto provocado de un mes.---

Embarazo actual: normal.-Pelvis: normal.-

Examen: obstetrico: Embarazo de término, vientre globuloso.-Presentación: MIDT (Móvil).-Presentación de cara primitiva, se palpa golpe de hacha.-

Foco de auscultación: Más alejados. Rotura de bolsa tempestiva.-Duración del parto: 29 horas 5 minutos.

~~Desprendimiento en MP.-Alumbramiento natural a los-  
20'.-Femenino; 3 Kg 550 grs.-Cordón umbilical:55 cms.~~

Parto eutócico.-

Consideramos este caso como presentación de cara primitiva, porque su diagnóstico fué hecho durante el embarazo, si bien con un día de anterioridad al parto.- La causa de la presentación no pudo ser determinada, el parto fué natural y el estado de la madre y del niño, bueno.-

Las causas secundarias de presentación de cara pueden ser clasificadas en:

Causas maternas: Multiparidad por lo poco que exige a la cabeza para acomodarse en la preñez y por lo que pueden sorprenderla en actitud indiferente las contracciones iniciales del parto.- La estrechez pelviana principalmente en lo que afecta al diametro anteroposterior y pelvis plana.- La oblicuidad del útero por lo que pone en contacto el occipucio con la pared de la pelvis y al detenerlo allí, favorece el descenso de la frente en la cavidad uterina.- Vientre péndulo.  
Tumores del canal genital.-

Causas fetales: Dolicocefalia primitiva, la que es así por la forma originaria del feto. Feto grande. Malformaciones del feto. Situaciones fetales oblicuas.- Feto obliq, <sup>feto</sup> gémelares,-

Causas ovulares: Brevedad aparente y real del cordón,- Movilidad excesiva de la cabeza en el estrecho superior al iniciarse el parto por hidramnios.- Ruptura primitiva de la bolsa de las aguas con salida rápida del lí-

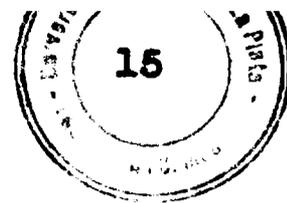


quido,.-Placenta previa.-Oligoamnios.-

Factores todos que al impedir que perturban la buena acomodación actual para que la cabeza se deflexione.

Diagnostico: Dificil de realizarlo durante el embarazo; es posible cuando se logra palpar en el hipogastrio el polo cefalico que posee en un lado un relieve de tanta magnitud que no se descubre jamás en la presentación de vértice, y la de un surco de mucha profundidad por arriba del relieve anotado, el signo clásico de "golpe de hacha" de Tarnier; - que no es sino el ángulo que forma la cabeza hiperextendida y el dorso cóncavo. Al continuar la palpación notamos que el "dorso huye de la mano que palpa" y su reconocimiento es difícil. Los latidos fetales se auscultan mejor en la región del pecho del feto, que en el dorso.

En la exploración interna el diagnostico de la presentación de cara, se establece por el conjunto de partes blandas y oseas tactables, para ello se procede en orden reconociendo sucesivamente la frente con la sutura frontal, más abajo los globos oculares tensos, por encima de los cuales se palpan los bordes orbitarios arqueados y duros y entre ellos la raíz de la nariz con la punta de la misma movable y el mentón que se encuentra debajo unido a la cara formando ángulo con la misma. La radiografía es un excelente método de diagnostico.



Mecanismo de parto: son los seis tiempos clásicos.

- 1) Acomodación de la cabeza al estrecho superior.
- 2) Encaje y descenso de la cabeza.
- 3) Acomodación al estrecho inferior.
- 4) Desprendimiento de la cabeza.
- 5) Acomodación de los hombros al estrecho inferior.
- 6) Desprendimiento de los hombros y el resto del cuerpo.

Siguiendo a D. Taylor Gorostiaga y R. Lede los analizaremos suscintamente:

- 1) Acomodación de la cabeza al estrecho superior:

La cabeza que se halla generalmente en sentido transversal se deflexiona para así ofrecer el diámetro menor submento-bregmático de  $9\frac{1}{2}$  cms. De esta manera pueden originarse las distintas posiciones y variedades de posiciones: M.I.D.A. - M.I.D.T. - M.I.D.P. - M.I.I.A. - M.I.I.T. - M.I.I.P.

La cabeza deflexionada se orienta en uno de los oblicuos, generalmente en el izquierdo.

- 2) Encaje y descenso de la cabeza.

Se efectúa por progresión. Durante este tiempo, la cabeza se deflexiona totalmente y hay que considerar un nuevo diámetro: el occipito esternal. El descenso está limitado con el largo del cuello.

En las variedades anteriores el largo es suficiente para que el mentón alcance al pubis y puedan efectuarse los tiempos siguientes. En las posteriores nunca es suficiente para alcanzar el suelo perineal y completar el descenso. El diámetro occi-

pito-esternal no puede penetrar en la pelvis. En este segundo tiempo hay que considerar la rotación de descenso en las variedades posteriores, rotación que lleva el mentón a la eminencia iliopectínea. La falta de rotación hacia adelante crea una seria distocia, pues impide la continuación del mecanismo del parto.

3) Acomodación al estrecho inferior:

El diámetro submento bregmático se orienta en el máximo del estrecho inferior; coxi-pubiano. El mentón rota hasta situarse debajo del pubis, rotación llamada de desprendimiento.

4) Desprendimiento de la cabeza:

El mentón situado debajo del pubis hace punto de apollo en él y la cabeza se desprende por flexión.

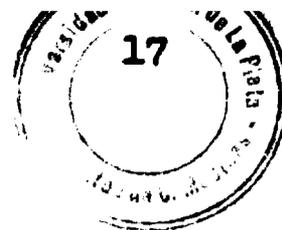
5) Acomodación de los hombros al estrecho inferior:

El diámetro biacromial se orienta en el coxipubiano y en la forma clásica se efectúan el desprendimiento.

6) Desprendimiento de los hombros y del resto del feto:

Primero aparece el hombro anterior, aparece y desprende el hombro posterior, termina de desprenderse el anterior y el resto del cuerpo.

Visto rápidamente el mecanismo del parto y dentro de él las principales causas de distocia, nos quedan por mencionar algunas otras que entorpecen el desarrollo normal del parto; que según Taylor Gorostiaga y R. Lede se realiza espontáneamente en un 80%, /



Martius 78%, Steimbüchel 87% y Peralta Ramos 90%.

- 1) Ruptura precoz de la bolsa de las aguas.
- 2) Falta de la "cuña sólida", cabeza del feto en la dilatación del cuello, que se hace más lenta.
- 3) El no lleno en la pelvis por la presentación, favorece las procidencias del cordón.
- 4) El alargamiento del parto puede traer aparejado sufrimiento fetal y materno, que indican la necesidad de intervenir. Además como es lógico pueden presentarse la gama común a todas las presentaciones.

#### ESTADÍSTICAS:

En términos clásicos se admiten 1/200 como frecuencia del parto en presentación de cara, Maygrier acepta 1/250 VJaschke 0,36 al 0,56%, Schröder el 0,6% Pinard 0,4%, J. Stratico recoge solo 68 casos que corresponden a la presentación de cara sobre un total de 37.167, en el curso de 7 años en el Instituto de la Maternidad de la Soc. Beneficencia de la Capital, es decir el 0,17%, E. Martins Passos en la Maternidad de San Paulo, Brasil, en 11 años sobre 64.855 partos solo encuentra 66 casos o sea el 0,1%, nosotros en 10 años de 1936 a 1945 sobre 15.372 partos cuyas historias hemos revisado solo hallamos 26 casos de presentación de cara lo que da un porcentaje de 0,16% o en otros términos uno de cara sobre 591 de otras presentaciones, cifras muy inferiores a la de los autores europeos pero que se asemeja a la estadística de J.R. Stratico y E.M. Passos; por lo que podemos

afirmar que en las casuísticas europeas es mucho mayor la frecuencia de las presentaciones de caras que en las americanas. Mayoría que creemos poder atribuir a la gran existencia de estrechez pelviana en europa (por las condiciones económicas reinantes allí), y que al no existir dicha distocia en la misma medida en los países americanos restringe uno de los factores importantes que condicionan dicha presentación.

En nuestra estadística hemos encontrado cuatro primíparas es decir el 15,3%, secundíparas, siete o sea el 26,9% y múltiparas 15, el 57,6% predominando francamente las múltiparas. J.R.Stratico encuentra 42,7 % primíparas, 32,3 % secundíparas y 25 % múltiparas. Devraigne nos da un 40 % de primíparas y 60 % de múltiparas.

Respecto a la frecuencia de posiciones se considera clásicamente más la común La M.I.D.P. siguiendo en orden M.I.I.A., M.I.D.A., M.I.E.P.; considerando que la cara corresponde a la de vértice deflexionado. Las posiciones transversas existen cuando a una cabeza no se ha encajado o en pelvis patológica. La anterior o posterior en el momento de desprendimiento o en pelvis viciadas.

Debemos hacer la diferenciación clara entre la variedad de posición anterior y posterior, pues son generalmente estas últimas las que plantean la distocia y la necesidad de intervenir.

E. Martins Passos nos da la siguiente frecuen-

cia de las distintas posiciones:

|        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|
| M.I.A. | M.D.A. | M.D.P. | M.I.P. |
| 21     | 1      | 33     | 6      |

y 5 no diagnosticadas sobre un total de 66 casos.

A. Charpentier sostiene la mayor frecuencia de las posiciones transversales. J. De Lee y P. Greenhill sostiene el siguiente orden en las posiciones 1) M.T.D. 2) M.A.I., 3) M.P.D., 4) M.A.D., 5) M.T.I., 6) M.P.I. Sobre los 26 casos nosotros encontramos el siguiente orden:

|          |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| M.I.D.T. | M.I.I.T. | M.I.I.A. | M.I.I.P. | M.I.D.P. |
| 11       | 9        | 1        | 1        | 1        |

dos casos de presentación de frente, que sin intervención se transforman en cara

N.I.I.P. Desprendimiento M.P.

N.I.I.A. Desprendimiento M.P.

y un caso sin diagnóstico. En 17 partos sobre 26 se hizo el diagnóstico cuando a una cabeza no se había encajado, lo que da un mayor porcentaje a las posiciones transversales.

Respecto al tiempo de duración del parto la casuística no puede ser exacta por el hecho de que entran enfermas en trabajo de parto con datos confusos sobre su iniciación y eso vicia su exactitud. En términos generales puede decirse que es muy variable.

Presentamos un caso de presentación de cara primitiva (ya analizado) y el resto, 25 casos son debidos a varias causas y entre ellas se puede precisar uno por hidramnios, otro por parto gemelar, la multiparidad en 15 casos y el resto por causas no determinadas.

Sobre 26 casos, cifra en que hemos eliminado los fetos muertos antes del parto (un solo caso) existen 18 partos eutócicos 69,2 % y 8 distócicos 30,7%. Analizaremos los primeros (ver historias detalladas al final).

- 1) Historia Nº 1476 Año 1943 Parto Gemelar. El 2º feto nace en presentación de cara.
- 2) Historia Nº 1070 Año 1943 Presentación de frente que se transforma en cara.
- 3) Historia Nº 870 Año 1945 Presentación de frente que se transforma en cara.
- 4) Historia Nº 1348 Año 1938 Hidramnios 4 litros. El resto de los partos se desarrollaron sin ninguna particularidad. No hay mortalidad materna ni fetal.

Partos distócicos. 8 ocho.

- 1) Historia Nº 488 Año 1941 Se efectúa craneoclasia en feto muerto .
- 2) Historia Nº 790 Año 1941 Feto nace muerto y macerado de primer grado. Circular del cordón.
- 3) Historia Nº 615 Año 1945 Asfixia intrauterina. Versión y gran extracción pelviana. Feto muerto.
- 4) Historia Nº 1.326 Año 1936 Sufrimiento fetal por prociencia de cordón. Feto vivo .
- 5) Historia Nº 1.507 Año 1938 Falta de progresión M.I.I.T.. Forceps feto muerto maceración 2º grado.
- 6) Historia Nº 397 Año 1939 Sufrimiento fetal Versión interna y gran extracción pelviana. Feto vivo.
- 7) Historia Nº 619 Año 1939 Circular de cordón. Feto muerto.

8) Historia Nº 1481 Año 1940 Presentación de cara que se transforma en frente. Sufrimiento fetal. Versión interna y gran extracción pelviana.

No hay mortalidad materna. Fetal 5 casos .

De estas 8 historias, hay 4 por sufrimiento fetal o sea un 50 %, un caso por falta de progresión el / 12,5 %, dos casos por circular del cordón es decir un 25 % y un caso sin datos, 12,5 % .

La mortalidad fetal es de 5 casos sobre 26 lo que da un porcentaje de 19,2 %. De los cuales en tres casos hubo intervención y 2 casos han fallecidos sin mediar maniobra alguna; comparando nuestra estadística de mortalidad fetal con otras, vemos que Döderlein considera una mortalidad fetal de 13 a 17 %, M. Perez 12 % Steinbüchel el 11 % si nacieron espontaneamente y / 50 % si se tubo que recurrir a su extracción artificial. Thies el 7 a 8 %, Winckel el 7 ½ %; V. Jaschke el 5 a 6 % y Peralta Ramos el 2 % si es anterior y el 13% si es posterior. La causa de la muerte fetal varía; unas veces se debe al retraso del mecanismo de salida, otras a la consecuencia de la intensa presión de la sínfisis y la rama ascendente del pubis sobre las venas cervicales superficiales y profundas, por lo cual sobrevienen ectacia en el cerebro y hemorragias meningeas y cerebrales. Si hay circular del cordón esta puede ser comprimida facilmente entre la nuca y el occipucio dandonos la asfixia intrauterina y la asfixia prolongada en partos laboriosos. Sobre la mortalidad materna felizmente no hay ningún caso.

Peralta Ramos considera un 3 % de mortalidad materna lo mismo que Martius; V. Jaschke la considera igual que en las presentaciones de vértices

Sobre la forma de terminar el parto diremos que en 20 casos fue espontáneo o sea el 76,9 % y en 6 casos el 23 % se tuvo que recurrir a la extracción artificial. Sobre los 20 casos espontáneos hubo dos fetos muertos lo que da un porcentaje del 10 % y sobre los 6 restantes nos da tres fetos fallecidos, 50%. Como vemos la mortalidad es inmensamente mayor en los casos en que media una intervención. Las intervenciones que han sido practicadas fueron:

4 casos por versión y gran extracción pelviana.

1 por forceps.

1 por craneoclasia.

#### Tratamiento:

Durante el embarazo hecho el diagnóstico de presentación de cara se puede recurrir a las maniobras de Schatz, pero sus resultados son dudosos. En el momento del parto con presentación móvil, en estrecho superior se puede intentar las maniobras de Thorn o de Pinard, ambas manuales o al forceps de ramas invertidas. Todas estas intervenciones son serias por los peligros que acarrearán y sus resultados no son muy alentadores, por eso si no hay distocia la expectación es la conducta a seguir. En la mente posteriores Döderlein aconseja el forceps para rotar a mento anterior si no se lograra, rechazar la presentación al estrecho superior y de allí extraer al feto por versión podá-

lica y en caso de no ser factible, cesarea segmentaria abdominal.

Sin género de duda las presentaciones de cara son patológicas por el índice de mortalidad y morbilidad que acarrearán; de lo cual deducimos la importancia de un diagnóstico precoz y de una conducta oportuna.

-----0-----

#### HISTORIAS CLINICAS

1) Año 1936 Historia clínica Nº 776

H.V. de C. 27 años primípara

Embarazo normal - Pelvis normal.

M.I.I.A. (Cabeza encajada) desprendimiento M.P.

Duración del parto 14 horas 30 minutos.

alumbramiento natural 5 minutos. Bolsa rota precoz.

Sexo femenino. peso 3Kg. 400 grs. Parto eutócico.

-----

2) Año 1936 Historia clínica Nº 1326

N.S. 26 años múltipara

Antecedentes personales sin importancia.

Embarazo normal de término. Pelvis normal.

M.I.I.T.(móvil) desprendimiento S.P.

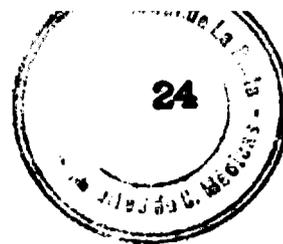
Sufrimiento fetal por prociencia del cordón y presentación de cara. Líquido amniótico teñido de meconio. Bolsa rota precoz. Duración del parto 5 hs.55 ms.

Alumbramiento natural a los 20 ms. Parto artificial.

Versión interna y gran extracción podálica.

Feto vivo. Peso 2 Kg. 900 grs. Sexo masculino.

Parto distócico.



3) Año 1937 Historia clínica Nº 493

E.S. 28 años multigesta primípara

Antecedentes obstétricos: dos abortos uno provocado, uno espontáneo. Embarazo normal de término.

Pelvimetría externa normal.

M.I.D.T. (incinuada) desprendimiento M.P.

Bolsa rota prematura . Duración del parto 23 hs. 20 ms.

Alumbramiento natural a los 40 ms.

Sexo femenino 4 Kgs. 200 grs. parto eutócico.

-----

4) Año 1937 Historia clínica Nº 612

M.C. 42 años múltipara

Embarazo normal de término. Pelvimetría normal

M.I.D.T. (incinuada) desprendimiento M.P.

Duración del parto 5 hs. 50 ms. Alumbramiento natural 20 ms. Enferma que ingresa en trabajo de parto y bolsa rota.

Sexo femenino peso 3 Kgs. 800 grs. Parto eutócico.

5

-----

5) Año 1938 Historia clínica Nº 667

V.T. de L. 44 años secundípara

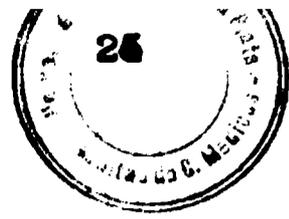
Embarazo normal de término. Pelvimetría normal.

M.I.D.T. (móvil) desprendimiento M.P.

Duración del parto 5 Hs. 50 ms. alumbramiento natural a los 10 ms. Enferma que ingresa en trabajo de parto y bolsa rota.

Sexo masculino 3 Kgs. 150 grs. Parto eutócico.

-----



6) Año 1938 Historia clínica Nº 1348

S.L.deM. 35 años multípara (9 embarazos)

Pelvimetría normal. Embarazo normal de término.

Cabeza móvil, durante el parto no se alcanza al tacto la presentación.

Desprendimiento en M:P.

Duración del Parto 2 horas. Alumbramiento natural a los 10 minutos. Hidramnios 4 litros.

Sexo masculino Peso 3 Kgs. 550 gs. Parto eutócico.

)-----

7) Año 1938 Historia clínica Nº 1507

M.R. 30 años multípara

Antecedentes sin importancia .

Embarazo normal de término. M.I.I.T. (móvil) M.P.

Forceps por presentación de cara por falta de progresión. Niño nace muerto y macerado de 2º grado.

Rotura de bolsa precoz. Líquido fétido.

Duración del parto 21 hs. 35 ms.

Alumbramiento natural a los 25 ms.

Sexo masculino peso 3 Kgs. Parto distócico.

-----

8) Año 1939 Historia clínica 45

E.M. 36 años multípara

M.I.D.T. (móvil) desprendimiento M.P.

Presentación de cara primitiva.

Duración del parto 29 hs. 25 ms. Alumbramiento a los 20 minutos.

Sexo femenino Peso 3 Kgs. 550 grs. Parto eutócico.

-----



9) Año 1939 Historia clínica Nº 397

C.M. 28 años multípara

Antecedentes sin importancia.

Pelvimetría normal. Embarazo normal de término.

M.I.D.T. (móvil) desprendimiento S.P.

Rotura de bolsa precoz. Líquido amniótico teñido de meconio. Circular del cordón.

Versión interna y gran extracción pelviana. por presentación de cara.

Duración del parto 16 hs. 45 ms. Alumbramiento natural 5 . feto vivo

Sexo femenino 2 Ks. 950 Grs. Parto distócico.

-----

10) Año 1939 Historia Clínica Nº 455

C.M. Multípara 24 años

Antecedentes sin importancia. Embarazo normal.

Pelvimetría normal. M.I.I.T\* (insinuada) desprendimiento M.P.

Duración del parto 5 Hs. 11 ms. Alumbramiento natural a los 20 ms. Ingresar del público en trabajo de parto y bolsa rota.

Sexo masculino 3 Kgs. 600 Grs. Parto entócico.

-----

11) Año 1939 Historia Clínica Nº 619

M.F. 17 años Primípara

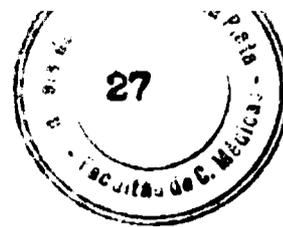
Antecedentes sin importancia.

Embarazo normal de término. Pelvimetría ext. normal

Líquido amniótico teñido de meconio .

M.I.I.T? (móvil) M.P.(desprendimiento)

Duración del parto 5 hs. Alumbramiento natural a 15'



Muerte del feto por circular del cordón (3)

Ingresar en trabajo de parto y bolsa rota.

Sexo masculino Peso 2 Kgs. 600 grs. Parto distócico.

-----

12) Año 1939 Historia clínica Nº 685

M.B. 25 años multigesta secundípara.

Antecedentes sin importancia.

Antecedentes obstétricos ( 2 abortos) Pelvis normal.

Embarazo actual normal de término.

Rotura de la bolsa prematura.

M.I.D.T. (móvil) desprendimiento M.P.

Duración del parto 14 hs. 30 ms. Alumbramiento natural a los 15 ms.

Sexo femenino, peso 2 Kgs. 700 Grs. Parto eutócico.

-----

13) Año 1940 Historia clínica Nº 1374

E.E. 26 años multípara

Embarazo normal de término.

Bolsa rota tempestiva. Pelvimetría normal.

M.I.I.T. (fija) desprendimiento M.P.

Duración del parto 2 hs. 35 ms. Alumbramiento normal a los 10 ms.

Enferma que ingresa en trabajo de parto.

Sexo masculino Peso 3 Kgs. 400 Grs. Parto eutócico.

-----

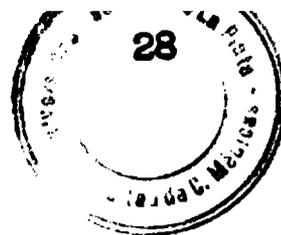
14) Año 1940 Historia Clínica Nº 1481

M.H. de F. 19 años Secundípara.

Antecedentes personales sin importancia.

Pelvimetría externa normal. Embarazo normal de término.

M.I.I.T. (móvil) que se transforma en el curso del



trabajo de parto en N.I.I.T. Desprendimiento S.P.  
Bolsa rota precoz. Se hace versión interna y gran  
extracción pelviana.

Duración del parto 10 hs. 15 ms. Alumbramiento arti-  
ficial a los 5 ms.

Sexo femenino. Peso 3Kgs. 900 Gs. Parto distócico.

-----

15) Año 1941 Historia Clínica N° 115

M.R. 35 años multípara

Antecedentes personales sin importancia. Pelvis normal.

Embarazo de término.

M.I.D.T. (móvil) desprendimiento M.P.

Rotura de la bolsa espontánea precoz.

Duración del parto 3 hs. 30 ms. Periodo expulsivo 10( minutos Alumbramiento natural a los 20 ms.

Sexo masculino. Peso 3Kgs. 850 Gs. Parto eutócico.

-----

16) Año 1941. Historia clínica N° 589.

L.H.de G. 36 años multípara.

Antecedentes personales sin importancia.

Embarazo normal de término.

M.I.I.T. (móvil) desprendimiento M.P.

Bolsa Precoz.

Duración del parto 13 hs. 30 ms. Alumbramiento a los 15 minutos.

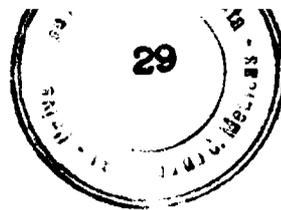
Sexo femenino. Peso 2.Kgs. 820 Grs. Parto eutócico.

-----

17) Año 1941 Historia Clínica N° 790

S. de B. 26 años multigesta secundípara

Antecedentes personales: Hipertensa: Mx.19 Mn. 12



~~Antecedentes Obstétricos: un aborto espontáneo, y un embarazo de término, hijos sanos.~~

~~Pelvimetría externa normal.~~

~~M.I.D.P. desprendimiento M.P.~~

~~Bolsa prematura. Líquido amniótico fétido.~~

~~Duración del parto 7 hs. 50 ms.~~

~~alumbramiento natural a los 15 ms.~~

~~Circular de cordón (2)~~

~~Feto nace muerto y macerado de 1er. grado.~~

~~Sexo masculino. Peso 3Kgs. 100 Grs. Parto distócico.~~

-----

18) Año 1941 Historia clínica Nº 488

A.C. de G. 39 años múltipara.

Antecedentes personales: sin importancia, Hipertensión

Mx. 17 Mn. 11

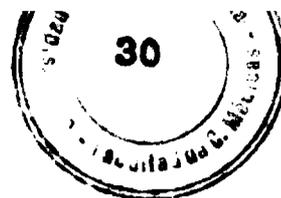
Embarazo actual normal de término. Ingresó el 22 de mayo a las 14 y 30 Hs.

Latidos fetales positivos.

" 23 de mayo a las 4 hs. 50 ms. dificultad en la auscultación. Latidos fetales irregulares. Temperatura 37,6º  
23 de mayo a las 9 hs. no se ausculta latidos fetales  
M.M.D.T. (móvil-) no hubo circular del cordón. Ruptura de bolsa precoz. Líquido amniótico teñido de meconio.  
Duración del parto 14 hs. Alumbramiento espontáneo 5 ms.  
Se hace craneografía en feto muerto a las 11 hs. del /  
23 de mayo.

Sexo masculino. Peso 3Kgs. Parto distócico.

-----



~~19) Año 1941 Historia Clínica Nº 1206~~

~~D.T. de A. 24 años múltipara~~

~~Antecedentes personales: sin importancia.~~

~~Embarazo actual normal de término.~~

~~Pelvimetría externa normal.~~

~~M.I.D.T. (móvil) desprendimiento M.P.~~

~~Rotura de bolsa tempestiva.~~

~~Duración del parto 12 hs. 45 ms. Alumbramiento natural a los 15 ms.~~

~~Sexo masculino. Peso 3Ks. 300 Gs. Parto eutócico.~~

-----

20) Año 1942 Historia Clínica Nº 1070

E.P.de G. 32 años secundípara

Antecedentes personales: sin importancia

Embarazo normal de término.

Presentación de frente que se transforma en cara.

N.I.I.P. (móvil) Desprendimiento M.P.

Bolsa rota tempestiva.

Duración del parto 15 hs. Alumbramiento natural 15'.

Sexo masculino. Peso 3 Ks. 150 grs. Parto eutócico.

-----

21) Año 1942 Historia clínica Nº 1249

G.D. 31 años secundípara

Embarazo normal de término.

Bolsa rota tempestiva.

Duración del parto 3 hs. 26 ms. Alumbramiento natural 15'.

Sexo femenino. Peso 3 Ks. 700 grs. Parto eutócico.

-----

*Reunusky Rodary*

22) Año 1942 Historia clínica Nº 1419

C.M. 25 años múltipara

Embarazo normal de término. Pelvimetría normal.

M.I.I.T. (incinuada). desprendimiento M.P.

Bolsa rota tempestiva.

Duración del parto 10 hs. alumbramiento natural 15'

Sexo femenino. Peso 2Kgs. 700 grs. Parto eutócico.

-----

23) Año 1943 Historia Clínica Nº 1476

I.de F. 28 años múltipara

Parto gemelar Bivitelino. 2º feto M.I.D.T.

Duración del parto 12 hs. 50 ms. Alumbramiento natural.

Sexo femenino. Peso 2 Kgs. 400 grs.

1er. feto en S.I.I.T. Femenino 3Kgs. Parto eutócico.

-----

24) Año 1944 Historia clínica Nº 1670

N.G. 21 años secundípara

Embarazo normal de término.

M.I.I.T. (incinuada) Desprendimiento M.P.

Rotura de bolsa Precoz.

Duración del parto 5 hs. 20 ms. Alumbramiento 15'

Sexo femenino. Peso 3Ks. 400 grs. Parto Eutócico.

-----

25) Año 1945 Historia Clínica Nº 43.

M.F. 45 años múltipara

M.I.I.T. Desprendimiento M.P.

Feto muerto antes del parto, macerado de 3er. Grado

Duración del parto 7 hs. 50 ms. Alumbramiento natural 25'

Sexo femenino.

25) Año 1945 Historia Clínica Nº 615

A.C. de A. 40 años Primípara

Antecedentes personales: sin importancia

Embarazo normal de término. Pelvimetría normal.

M.I.D.T. (móvil) Desprendimiento S.P.

Rotura de bolsa precoz. Líquido amniótico con abundante meconio.

Se interviene por sufrimiento fetal.

Versión interna y gran extracción pelviana.

Duración del parto. 11 Hs. 30 ms. Alumbramiento artificial 5 ms.

Beto nace muerto por asfixia intrauterina.

Sexo femenino. Peso 3 Kgs. Parto distócico.

-----

26) Año 1945 Historia Clínica 870

D.de R. 33 años. múltipara

Embarazo normal de término.

Presentación de frente que rota y se transforma en cara.

N.I.I.A. (móvil) Desprendimiento M.P.

Rotura de bolsa tempestiva.

Duración del parto 6 hs. Alumbramiento a los 20 ms.

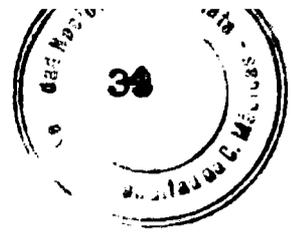
Sexo femenino. Peso 3 Kgs. Parto eutócico.

-----

*Reumus y Lopez*

-BIBLIOGRAFIA-

- Borton A. El parto en presentación de cara. La Obstetricia en el campo. Cap. 3 Pag. 37 1923.
- DODERLEIN A. Tratado de Obstetricia. Tomo I Pag. 424  
Tomo III Pag. 137 Año 1938.
- PASSOS E.M. Rev. Obstetricia y Ginecología Latino Americana. Aplicaciones de fórceps nas apresentacoes de face. Pag. 259 Año 1946.
- JASCHKE R.T.H. Tratado de Obstetricia Pag. 244 Año 1943
- DEVRAIGNE L. Manual de Obstetricia Pag. 219 Año 1943
- BOERO E. y BERMANN Dos casos de presentación de cara primitiva. Bol. de la Soc. de Obst. de Bs. As. Pags. 201 y 204 Año 1921.
- DE LEE J. y GREENHILL J. Principios y práctica de Obst. Año 1947 T. II Pag. 779.
- BOERO E.A. Presentación de cara por distocia uterina Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Bs. As. Año 1928 Pag. 128
- LIEPMANN G. Clínica Obstétrica Pag. 162.
- FERNANDEZ U. y TALLAFERRO F. Presentación de cara primitiva. Bol. de la Soc. de Gin. y Obst. de Bs. As. Pag. 530 y 566 Año 1930.
- CHAMORRO T.A. A propósito del diagnóstico en las presentaciones de cara. La semana médica. T. I. Pag. 1427 Año 1931.
- MAYGRIER C. Manual de Obstetricia. Año 1928 Pag. 217.
- PERALTA RAMOS. La Presentación en deflexión. El día médico. Pag. 118. Año 1931-1932.



- TALLAFERRO F. y BAYONA E.** Presentación de cara primitiva.  
Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Bs.  
As. Pag. 803 Año 1932.
- SCHWARCZ R. y MORGANTINI H.** Presentación primitiva  
de cara. transformación espontánea en  
vértice durante el embarazo. Bol. de la  
Soc. de Obst. y Gin. de Bs. As. Pag. 623  
Año 1932.
- BAYONA E. FERNANDEZ R. y TALLAFERRO R.** Comentario so-  
bre una presentación de cara primitiva  
Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Bs. As.  
Pag. 857 Año 1933.
- STRATICO J.** Las presentaciones en deflexión en el  
Instituto de la Maternidad. Pag. 372 1937
- MORAGUES Y BERNAT.** Clínica Obstétrica Pag. 97 Año 1937
- TAYLOR GOROSTIAGUE y LEDE R.** Distocia en la presenta-  
ción de cara. La Prensa médica Argentina  
Pag. 143. Año 1949
- PEREZ M.L.** Tratado de Obstetricia. T. I y II. Pag. 411  
Año 1943.
- LAVARELLO** Presentación primitiva de cara. Revista  
médica de Rosario. Pag. 115. Año 1938.
- Farabeuf l.h.** Introducción al estudio clínico y a la  
práctica de los partos. Año 1923.
- FERRAZZINI P.** Presentación de cara primitiva. Rev.  
Méd. de Rosario Pag. 539 Año 1932.
- LARGUIA DAVILA A.** A propósito de la comunicación so-  
bre dos casos de presentación de cara. Bol.  
de la soc. de Gin. y Obst. de Bs. As. Pag. 240.  
Año 1928.-

son 34 fajas -  
✓  
47h



  
GABRIEL G. ROSA  
PROSECRETARIO

  
19/6/95