

17217  
65  
20j

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto Nacional de Perinatología

DR. JESUS PEREZ SE  
DIRECTOR GENERAL  
EDUCACION PROFESIONAL  
DR. SAMUEL KARCHMER K.  
DIRECTOR GENERAL  
PROFESOR TITULAR

EVALUACION DEL MANEJO DE LA PRESENTACION PELVICA  
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

## T E S I S

Para obtener el Título de Especialista en  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a

DR. JOSE ALFONSO ORTEGA AVILES



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

DESCRIPCION	PAGINA
1 TITULO	1
2 OBJETIVOS	2
3 INTRODUCCION	3
4 MATERIAL Y METODOS	6
5 RESULTADOS	8
6 DISCUSION	10
7 CONCLUSIONES	14
8 ANEXOS	15
9 BIBLIOGRAFIA	27

EVALUACION DEL MANEJO DE LA PRESENTACION PELVICA  
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

#### **OBJETIVOS.-**

- 1. Obtener un conocimiento real del impacto causado por la forma de resolución del embarazo en las presentaciones pélvicas.**
- 2. A partir de los resultados obtenidos, ratificar la norma vigente en el Instituto Nacional de Perinatología para la atención de la presentación pélvica; en caso contrario, proponer modificaciones a la misma.**

## INTRODUCCION.-

En las últimas décadas, la tendencia encaminada hacia la resolución del embarazo con feto en presentación pélvica, se ha incrementado considerablemente ( 12, 16, 20, 22 ). Este aumento se debe a que la morbi-mortalidad que acompaña al nacimiento pélvico por vía vaginal, también ha registrado un índice elevado. Esto ha despertado múltiples inquietudes entre el personal médico, dando origen a gran número de publicaciones, en las cuales se toma muy en cuenta el peso del neonato y la vía de terminación del embarazo ( 1, 6, 9, 10, 13 ).

Quando el peso del feto al momento del nacimiento es menor a 1,499 gr.- y el parto se resuelve por vía vaginal, la mortalidad, de acuerdo a Woods -- ( 23 ), Barrett ( 1 ) y Boves ( 4 ) oscila entre el 26 y 85%. En neonatos -- con peso entre 1,500 y 2,499 gr., la mortalidad reportada para el nacimiento vaginal es del 3 al 29% y del 0 al 11% si es por operación cesárea ( 4, 14, 19, 23 ).

La mortalidad perinatal en neonatos con peso entre 2,500 y 3,499 gr. -- reportada por Bird ( 3 ), Bilodeau ( 2 ), Collea ( 7 ) y O'Leary ( 18 ) es -- del 0.0 al 1.1%, cuando el nacimiento es mediante operación cesárea y del -- 0.0 al 1.9% cuando la terminación de la gestación es por vía vaginal. Por -- otra parte si el peso al nacer es mayor de 3,500 gr., prácticamente no existen estudios comparativos de mortalidad, ya que por regla general, estos embarazos terminan por operación cesárea ( 3, 6, 7, 15 ).

Cruikshank ( 8 ) y Weingold ( 22 ), consideran que las principales causas de muerte en los fetos con presentación pélvica que nacen por vía vaginal, son secundarias a complicaciones tales como el prolapso de cordón en un 6%, trauma obstétrico en un 19.5%, y en esta mencionan como causas más frecuentes a la retención de cabeza y a la hemorragia intracraneana en un 19%. En cuanto a las causas de muerte fetal en la operación cesárea, Collea ( 6 ), establece que son similares a las vaginales, ya que las maniobras que se realizan para extraer al feto, son las mismas. Otras causas de muerte en los fetos en presentación pélvica no relacionadas con la vía del nacimiento son la prematuridad, malformaciones congénitas, complicaciones placentarias e infecciones ( 8, 9, 22 ).

La tasa de morbilidad varía del 1 al 16%. Entre las lesiones que pueden presentarse en el nacimiento vaginal de fetos en presentación pélvica se encuentran: parálisis braquial, fracturas de miembros superiores e inferiores, epifisiolisis, parálisis del nervio facial, daño a tejidos blandos y médula espinal, luxación de vertebrales cervicales, hematoma subdural, cefalohematoma por uso de fórceps, enterocolitis necrotizante por hipoxia, retención de cabeza última con aspiración de meconio, convulsiones por edema cerebral y luxación de hombros ( 2, 3, 4 ). Cerca del 80% de los neonatos nacidos por vía vaginal y con peso menor a 1,499 gr. se obtiene deprimidos a los 5 minutos; en comparación con el 37% de los que nacen de vértice y tienen el mismo peso. La hemorragia peri-intraventricular en neonatos menores de 1,499 gr. es del 46% en los que nacen por vía vaginal y de 34% en los que nacen por operación cesárea. El 57% que nacieron por vagina, pesando menos de 2,499 gr. y que fallecieron tenían evidencia de hemorragia intraventricular. La morbilidad aumenta y es más severa en el nacimiento vaginal conforme disminuye el peso de los neonatos ( 5, 6, 9, 10, 13, 14 ).

Los fundamentos para determinar la vía de interrupción del embarazo en presentación pélvica, que deben tomarse en cuenta son principalmente el peso y la mortalidad perinatal. En fetos con menos de 1,000 gr., la vía de nacimiento es indiferente, ya que no existe diferencia importante en cuanto a la mortalidad ( 1, 15, 16 ). Effer ( 11 ) y Kauppila ( 14 ), encuentran que en los fetos que pesen menos de 1,499 gr., la vía de nacimiento es indiferente, sin embargo, Bowes ( 4 ), De Crespigny ( 9 ) y Mann ( 16 ), encuentran que la cesárea ofrece mejores resultados neonatales, ya que registran una sobrevivencia de 71% y señalan que las causas de muerte no son debidas solo a la vía de nacimiento, sino que también la atribuyen a la prematuridad, a enfermedad de membrana hialina y a malformaciones incompatibles con la vida.

En los fetos con más de 1,500 gr. y menos de 2,499 gr., la cesárea tiene mejor pronóstico y disminuye notablemente la tasa de mortalidad ( 4, 9, 11, 19 ). En la categoría de peso de más de 2,500 y menos de 3,499 gr., actualmente se ha considerado una opción al nacimiento vaginal, siempre que se reúnan algunos requisitos, como son: un peso calculado de menos de 3,499 gr., feto en variedad de presentación incompleta, diámetro biparietal ( por ultrasonido ) menor de 95 mm., adecuado trabajo de parto, ausencia de hiperextensión de la cabeza diagnosticada por rayos X durante el trabajo de parto, monitorización estrecha

de la frecuencia cardíaca fetal, que el nacimiento sea atendido por un obstetra experimentado y que la paciente reúna ciertas características, como son multiparidad, embarazo menor de 38 semanas antecedente de un nacimiento pélvico previo. En caso de no reunirse estos requisitos, lo más adecuado es practicar operación cesárea ( 2, 3, 7, 18, 21 ).

En las presentaciones pélvicas completas, sin importar el peso del feto lo más indicado es practicar operación cesárea, ya que por vía vaginal se incrementa el riesgo de retención de cabeza y prolapso de cordón ( 6 ). En los fetos con peso calculado mayor de 3,500 gr. también es indicación de operación cesárea, ya que de lo contrario existe mayor riesgo de distocia fetal y por lo tanto incrementa la mortalidad perinatal ( 3, 6, 18 ). Cada caso debe ser individualizado y tomar en cuenta los padecimientos maternos y fetales, ya que, también influyen importantemente en el manejo de la presentación pélvica ( 1, 21 ).



## MATERIAL Y METODOS.-

Se revisaron en forma replicativa, retrospectiva, transversal y no experimental, 446 nacimientos en presentación pélvica ocurridos en el Instituto-Nacional de Perinatología en el período de Enero de 1978 a Mayo de 1985.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Todas las pacientes con feto vivo en presentación pélvica y que amerita resolución del embarazo.
2. Feto único.
3. Peso al nacimiento mayor de 500 gr.
4. Expediente clínico completo.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

1. Muerte anteparto.
2. Peso menor de 500 gr.
3. Embarazos múltiples.
4. Expediente clínico incompleto.

De los 446 casos revisados, 84 no cumplieron los requisitos, por lo que fueron excluidos del presente estudio.

Las variables revisadas fueron:

- A. Mortalidad perinatal: se incluyen las muertes intraparto y las que ocurrieron antes de los 28 días de vida.
- B. Morbilidad perinatal: incluye las lesiones causadas por trauma obstétrico, prematuridad, las consecutivas a hipoxia al nacimiento y que reúnan los criterios diagnósticos que las confirmen.
- C. Morbilidad materna: complicaciones que se suscitaron por la vía de nacimiento del feto, entre las que se encuentran lesiones del conducto de parto, complicaciones anestésicas, complicaciones transoperatorias en la cesárea, entre las que se incluyen las hemorragias, prolongación de la histerotomía e infecciones durante el puerperio.

- D. Categorías de peso y vías de nacimiento: se conformaron los siguientes grupos de peso: menos de 1,499 gr., de 1,500-2,499, de 2,500---3,499 y mayores de 3,500 gr. En cada una de estas categorías de peso, se obtuvo el número de cesáreas y nacimientos vaginales ocurridos.
- E. Otros: Se revisaron las edades de las pacientes, paridad, control prenatal, complicaciones existentes en la presentación pélvica, así como la frecuencia y tipo de malformaciones congénitas.

Se usaron tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

## RESULTADOS.-

De los 364 nacimientos estudiados en presentación pélvica, 22 de ellos fueron obtenidos por vía vaginal y 342 mediante operación cesárea. La edad gestacional y la vía de terminación del embarazo se muestran en la tabla 1.

Las causas que condicionaron el nacimiento pre-término en 91/364 embarazos, se observan en la tabla 2.

Las causas que motivaron la atención por vía vaginal se especifican en la tabla 3.

En la tabla 4 se presenta la frecuencia de los nacimientos, vía de nacimiento y la categoría de peso.

En la tabla 5 se muestra la calificación de Apgar al 1 y 5 minutos, -- tanto de los nacimientos por vía vaginal como de los obtenidos por operación cesárea.

La frecuencia de trauma obstétrico por vía de nacimiento se expone en la tabla 6.

La morbilidad perinatal se especifica en la tabla 7.

La frecuencia de malformaciones congénitas y el número de muertes secundarias a éstas, se detallan en la tabla 8.

Por lo que respecta a la mortalidad perinatal, según la vía de resolución del embarazo en las categorías de peso ya especificadas se refieren en la tabla 9.

En cuanto a las causas de muerte en la presentación pélvica, es analizada en la tabla 10 y las malformaciones causantes de muerte en 14 neonatos, son especificadas en la tabla 11.

En los que se refiere a las complicaciones maternas que ocurrieron, se detallan en la tabla 12.

Entre otros resultados obtenidos, sobresale el que entre los antecedentes obstétricos de las pacientes, 207 ( 56.9% ) fueron nulíparas, y 72 - -- ( 19.8% ) fueron primíparas. Solamente 39 ( 10.7% ) de las embarazadas tuvieron un adecuado control prenatal y 86 ( 23.6% ) no tuvieron ninguna consulta prenatal, siendo 239 ( 65.7% ) las que asistieron a un control en forma inadecuada.

Las condiciones obstétricas de las pacientes que tuvieron nacimiento pélvico por vía vaginal y en las que ocurrió muerte perinatal fueron: 8 - con trabajo de parto avanzado, 5 con ruptura prematura de membrana, 3 de las cuales cursaron con corioamniotitis. Todos estos neonatos pertenecieron a la categoría de peso de menos de 1,499 gr.

## DISCUSION.-

El manejo de la presentación pélvica, aún continua siendo un desafío para el obstetra. La finalidad de un adecuado manejo, es prevenir el daño que esta causa, tanto a la madre como al infante. En algunas ciudades de los Estados Unidos, la frecuencia de la práctica de cesáreas se ha incrementado desde un 21 a un 75%, a causa del elevado número de presentaciones pélvicas ( 12, 16, 20, 22 ).

En el Instituto Nacional de Perinatología el índice registrado es de 94%, existiendo solamente un 6% de nacimientos vaginales. Es de considerarse que en esta institución, se tiene por norma que: " toda presentación pélvica en trabajo de parto, es motivo de cesárea por si sola, siendo la técnica de elección, la cesárea segmentaria transversa. También en toda paciente con cesárea anterior y feto en presentación pélvica, deberá de efectuarse cesárea ". El hecho de que en nuestro instituto ocurriesen 22-casos de nacimiento vaginal, fué debido a que las pacientes ingresaron con trabajo de parto avanzado, lo que impidió que se efectuara cesárea en 17 de los casos y que en 5 se optara por el nacimiento vaginal, en virtud de ser embarazos de menos de 27 semanas.

Se han considerado la morbi-mortalidad y el peso calculado del embarazo como las variables más adecuadas para evaluar la vía de nacimiento en las presentaciones pélvicas ( 9 ). Las tasas de morbilidad que han sido reportadas oscilan entre el 1 y 16% en las presentaciones pélvicas ( 15, 22 ). Nuestros resultados en relación al Apgar demuestran que un 22.5% de los que nacieron por cesárea fueron calificados entre 1-3 al minuto, un 20.3% entre 4-6 a los 5 minutos, por lo cual se infiere que, aún al brindarles la seguridad de un nacimiento menos traumático, nacen con asfixia perinatal, sin embargo, no es posible efectuar una comparación con el Apgar de los nacidos por vía vaginal debido al reducido número de éstos. Por otro lado, la hemorragia intracraneana ha sido reportada en el 46% de los neonatos que nacen por vagina y con peso menor a 1,499 gr. y en un 34% en los nacidos por cesárea. Nuestra frecuencia fué de 4/28 ( 12.2% ) dentro de esta categoría de peso y que nacieron por cesárea.

El trauma obstétrico, se presentó en un 9.1% en todos los neonatos que nacieron por cesárea y en un 22.8% en los nacidos por vía vaginal, lo cual nos permite considerar que, aunque se intenta brindar a estos fetos la seguridad del nacimiento por cesárea, están expuestos a presentar trauma. No obstante, no ocurrieron muertes atribuibles a esta causa en el nacimiento por cesárea. La alta frecuencia de trauma obstétrico en el nacimiento por cesárea es atribuible a la falta de experiencia de los cirujanos, ya que la mayoría de estas operaciones, son efectuadas por especialistas en formación.

Los otros tipos de morbilidad encontrados y que se mencionan en la tabla 7, no son atribuibles al hecho de que se efectue cesárea o bien a que se permita el nacimiento vaginal, ya que más bien están condicionados a presentarlas -- debido a la prematuridad.

La frecuencia de prolapsos de cordón, no difiere a la reportada en la literatura y en nuestros casos, no ocasionó muertes. Woods ( 23 ), encuentra que la ruptura prematura de membranas es 21 veces más frecuente en las presentaciones pélvicas; por nuestra parte encontramos que, 93/141 mujeres presentaron esta complicación, habiéndose agregado corioamniotitis clínica en 12 casos, asociándose en 5/13 muertes que ocurrieron en nacimiento vaginal. La causa de este fenómeno no es posible determinarla.

En cuanto a la mortalidad perinatal, algunos autores ( 1, 4, 15, 23 )- encuentran en los neonatos que pesan menos de 1,499 gs. una frecuencia promedio de 36.6% para los que nacieron por cesárea y de 53.8% en los nacidos por vía vaginal. Nosotros detectamos una frecuencia de 79.1 y 100% respectivamente dentro de esta misma categoría de peso. En general, no atribuimos el alto índice de mortalidad a la vía de nacimiento, sino más bien a otros factores- como son las malformaciones congénitas incompatibles con la vida, la prematuridad extrema, complicaciones pulmonares determinadas por la prematuridad e -- infecciones neonatales principalmente. Solamente se registraron 4 casos de muerte transparto, los cuales estuvieron asociados a prematuridad ( pesos de - 900, 1,050, 1,130 y 1,400 gr. ) y además en 2 de estos 4 casos ocurrió retención de cabeza.

En la categoría de peso de 1,500 a 2,499 gr., se ha reportado una mortalidad de 3.3 y 12.6% para los neonatos que nacieron por cesárea y vagina respectivamente ( 4, 14, 19, 23 ). En este rango, nuestro resultado fue de 9.5 y 0%

respectivamente. Solamente se registraron 5 nacimientos vaginales en esta categoría de peso; las muertes que ocurrieron al practicar cesárea se debieron a malformaciones congénitas incompatibles con la vida en 3 casos, a prematuridad en 2 y a eritroblastosis fetal y púrpura congénita en un caso. Esto confirma que a medida que aumenta el peso de los productos, disminuye la mortalidad. Entre los 2,500 a 3,499 gr. se ha reportado una frecuencia de 0.27 y 0.75% para los nacidos por cesárea y vagina respectivamente ( 2, 3, 6, 18 ). Nuestros resultados arrojan una frecuencia de 1.5% ( 3 de 198 ) en los nacidos por cesárea y solamente hubo 2 nacimientos por vagina sin que ocurriera muerte, mientras que en el caso de las cesáreas, las 3 muertes fueron atribuibles a malformaciones congénitas incompatibles con la vida, como se reportó en la tabla 9. En cuanto a neonatos mayores de 3,500 gr. -- Watson ( 21 ) en 21 nacimientos vaginales no encuentra muertes; generalmente se practica cesárea en esta categoría de peso, por el riesgo posible de distocia fetal ( 22 ).

En 2 nacimientos vaginales de nuestro estudio, no ocurrieron muertes y solamente hubo una en 47 nacimientos por cesárea y ésta se debió a malformaciones.

Cabe considerar que las muertes ocurridas en neonatos que pesaron más de 2,500 gr. en general son debidas a malformaciones y a otras causas bien determinadas, que no tienen relación con el hecho de que se practique o no cesárea. Otro hecho importante de reafirmar es que numerosas malformaciones se asocian a la presentación pélvica ( 24.1% en total ) y que en un 32.5% son causas de muerte, principalmente en neonatos menores de 2,500 gr. por lo que si esto se pudiese detectar antes de efectuar una cesárea, se evitarían los riesgos potenciales a que son sometidas las madres.

En cuanto a la morbilidad materna que se presenta en el manejo de la presentación pélvica, Collea ( 7 ) registra una frecuencia de 49.3% en las mujeres a las que se practica cesárea y solamente un 6.7% en las mujeres que tuvieron un nacimiento vaginal, siendo la deciduendometritis la complicación más frecuente. Nuestros resultados reportan que 80/342 ( 23.3% ) tuvieron una o más complicaciones, como se muestra en la tabla 12, y que la

frecuencia de infección puerperal, sobre todo la deciduodometritis ( diagnóstico clínico ) fué de 10.5%, lo que ocasionó una histerectomía obstétrica. Este hecho es explicable por la frecuencia tan alta en que se presentó la ruptura prematura de membranas y no porque se haya practicado cesárea -- por presentación pélvica. Solamente en 4 nacimientos vaginales hubo complicaciones y que en todos los casos fueron desgarros perineales.

En base a los resultados obtenidos en nuestro estudio, proponemos el modificar la norma del Instituto Nacional de Perinatología, exclusivamente en embarazos menores de 32 semanas o con peso calculado de menos de 1,500 - gr., dándose una opción a nacimiento vaginal, ya que en estos casos, la -- morbi-mortalidad elevada, no se modifica con la practica de la cesárea.

Consideramos que un estudio prospectivo permitiría evaluar de manera más integral y con bases, si la cesárea o la vía vaginal.

Un estudio prospectivo, permitirá evaluar si en realidad es aplicable la norma del instituto, mientras tanto, estamos de acuerdo en que se practique cesárea en fetos con peso mayor de 1,500 gr.

Como último punto se sugiere que en toda mujer embarazada en la que se detecte feto en presentación pélvica, deberá de efectuarse estudio de -- ultrasonido, a fin de detectar malformaciones congénitas incompatibles con la vida, lo cual redundaría en una disminución en la práctica de cesárea.



## CONCLUSIONES.-

- 1.- En los embarazos menores de 32 semanas o bien cuando el peso calculado sea menor de 1,500 gr., puede decidirse el nacimiento por cualquiera de las dos vías de nacimiento, individualizando cada caso en particular, ya que la morbi-mortalidad es alta.
- 2.- En los embarazos mayores de 32 semanas o con peso calculado mayor de 1,500 gr. se practicará cesárea.
- 3.- Los neonatos que se obtienen por cesárea no están exentos de presentar trauma obstétrico.
- 4.- En los neonatos que pesan menos de 2,500 gr., la mortalidad perinatal en las presentaciones pélvicas es elevada.
- 5.- Las principales causas de muerte en las presentaciones pélvicas -- son secundarias a malformaciones congénitas incompatibles con la vida, a la prematuridad y a sus complicaciones.
- 6.- La morbilidad materna de tipo infeccioso se incrementa en mujeres a quienes se les practica cesárea por presentación pélvica y este ascenso puede ser atribuible a la mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas que acompaña a estas presentaciones.
- 7.- En toda mujer embarazada en la que se detecte al feto en presentación pélvica, es aconsejable practicar estudio ultrasónico con el fin de descartar malformaciones congénitas incompatibles con la vida.
8. Un estudio prospectivo sobre el nacimiento por cesárea o vaginal -- en la presentación pélvica, permitirá evaluar de una manera más completa, cuál de estas dos vías es la más adecuada.

**T A B L A 1**  
**SEMANAS EN QUE FINALIZA EL EMBARAZO EN 364**  
**NACIMIENTOS PELVICOS**

SEMANAS	CESAREA	%	VAGINAL	%	TOTAL
24 - 27	4	1.1	12	3.3	16
28 - 36	78	21.5	4	1.1	82
37 - 42	255	70.0	6	1.6	261
MAS 42	5	1.4	0	0.0	5
<b>TOTAL</b>	<b>342</b>	<b>94.0</b>	<b>22</b>	<b>6.0</b>	<b>364</b>

Arch Clín INPer.

TABLA 2

CAUSAS QUE CONDICIONARON NACIMIENTO  
PRETERMINO EN 91/364 PRESENTACIONES  
PELVICAS

CAUSA	No. CASOS	PORCENTAJE
2° PERIODO DE TRABAJO DE PARTO	50/91	54.9
RPM	36/91	39.6
CESAREA PROGRAMADA	2/91	2.2
CORIOAMNIOTIS	1/91	1.1
PLACENTA PREVIA SANGRANTE	1/91	1.1
PTO POSITIVA	1/91	1.1

Arch Clín INper.

**TABLA 3**

**MOTIVOS POR LOS CUALES OCURRE NACIMIENTO  
VAGINAL EN PRESENTACION PELVICA**

<b>MOTIVO</b>	<b>No. CASOS</b>	<b>No. MUERTOS</b>
<b>TRABAJO DE PARTO AVANZADO</b>	<b>17</b>	<b>8</b>
<b>EMBARAZO MENOR DE 25 SEMANAS</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

**Arch Clin INPer.**

TABLA 4

FRECUENCIA DE NACIMIENTOS POR CESARÍA Y  
VAGINA EN 364 PRESENTACIONES PELVICAS

	PESO EN GRAMOS			
	MENOS 1499	1500-2499	2500-3499	TOTAL
<b>CESAREA</b>				
NUMERO	24/342	73/342	245/342	342/364
POR CIENTO	7.0	20.0	67.4	94.0
<b>VAGINAL</b>				
NUMERO	13/22	5/22	4/22	22/364
POR CIENTO	3.5	1.4	1.1	6.0

Arch Clin INPer.

TABLA 5  
CALIFICACION DE APGAR AL 1 Y 5  
MINUTOS EN NACIMIENTOS PELVICOS

	PESO EN GRAMOS						TOTAL
	MAS IGUAL 1499		1500 - 2499		MENOS IGUAL 2500		
	V	C	V	C	V	C	
<b>APGAR 1'</b>							
1 - 3	12	20	2	26	1	27	88
4 - 6	1	2	1	20	0	52	76
7 - 10	0	2	2	27	3	166	200
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>73</b>	<b>4</b>	<b>245</b>	<b>364</b>
<b>APGAR 5'</b>							
1 - 3	11	12	0	7	0	4	34
4 - 6	1	3	1	11	1	15	32
7 - 10	1	9	4	55	3	226	298
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>73</b>	<b>4</b>	<b>345</b>	<b>364</b>

C: CESAREA  
V: VAGINAL

Arch Clín INPer.

TABLA 6

TRAUMA OBSTETRICO EN 364 NACIMIENTOS  
EN PRESENTACION PELVICA

TIPO DE TRAUMA	CESAREA*	%	VAGINAL**	%
DIFICULTAD EN LA EXTRACCION	21	6.1	1	4.5
EQUIMOSIS DE EXTREMIDADES INFERIORES	2	0.6	1	4.5
HEMATOMA VULVAR	0	0.0	1	4.5
LESIONES DERMICAS POR BISTURI O TIJERA	3	0.9	0	0.0
LESION DEL NERVI0 CIATICO	1	0.3	0	0.0
RETENCION DE CABEZA	2	0.6	1	4.5
FRACTURA DE FEMUR	1	0.3	0	0.0
FRACTURA DE MAXILAR INFERIOR	0	0.0	1	4.5
RUPTURA DE CORDON UMBILICAL	1	0.3	0	0.0
* 342 CESAREAS	31	9.1	5	22.5
** 22 VAGINALES				

Arch Clin INPer.

TABLA 7

MORBILIDAD PERINATAL EN 364 NACIMIENTOS  
EN PRESENTACION PELVICA

TIPO MORBILIDAD	CESAREA	%	VAGINAL	%
<b>PREMATUREZ 91/364</b>				
HEMORRAGIA INTRACRANEANA	4/82	4.8	0/16	0.0
<b>HIPOXIA AL NACER 164/364</b>				
ENTEROCOLITIS NECROZANTE	5/147	3.4	4/17	23.5
EDEMA CEREBRAL	5/147	3.4	0/17	0.0
<b>COMPLICACIONES AL NACER 44/364</b>				
ASPIRACION MECONIO	8/342	2.3	0/22	0.0
TRAUMA OBSTETRICO	31/342	9.0	5/22	22.7
<b>COMPLICACIONES NEONATALES 4/364</b>				
CONVULSIONES	3/342	0.8	1/22	4.5

Arch Cl'n INPer.



TABLA 8

FRECUENCIA DE MALFORMACIONES CONGENITAS Y  
MUERTES SECUNDARIAS POR ESTAS EN 364 NA -  
CIMIENTOS EN PRESENTACION PELVICA

CATEGORIA DE PESO	No. NEONATOS MALFORMADOS	%	No. DE MUERTES	%
MENOS 999	2/10	0.5	2/2	0.5
1000 - 1499	12/27	3.3	5/12	1.4
1500 - 1999	12/26	3.3	2/12	0.5
2000 - 2499	17/52	4.7	1/17	0.3
2500 - 2999	16/104	4.3	1/16	0.3
3000 - 3499	17/96	4.7	1/17	0.3
MAS 3500	12/49	3.2	2/12	0.5
<b>T O T A L</b>	<b>88/364</b>	<b>24.1</b>	<b>14/88</b>	<b>3.8</b>

Arch Clin INPer.

TABLA 9

MORTALIDAD PERINATAL POR PESO Y VIA DE  
RESOLUCION DEL EMBARAZO

	PESO IGUAL O MENOS 1499 GRAMOS		
	VAGINAL	CESAREA	TOTAL
MUERTES	13	19	32
SOBREVIVIENTES	0	5	5
TOTAL	13	24	37

  

	PESO DE 1500 A 2499 GRAMOS		
	VAGINAL	CESAREA	TOTAL
MUERTES	0	7	7
SOBREVIVIENTES	5	66	71
TOTAL	5	73	78

  

	PESO DE IGUAL O MAS 2500 GRAMOS		
	VAGINAL	CESAREA	TOTAL
MUERTES	0	4	4
SOBREVIVIENTES	4	241	245
TOTAL	4	245	249

TABLA 10  
CAUSAS DE MUERTE EN LA PRESENTACION  
PELVICA

CAUSA	No. CASOS	PORCENTAJE
MALFORMACIONES	14	32.6
INMADUREZ ORGANICA	13	30.3
COMPLICACIONES PULMONARES	7	16.3
MUERTE TRANSPARTO	4	9.3
INFECCION	3	6.9
PURPURA CONGENITA	1	2.3
ISOINMUNIZACION A RH	1	2.3
<b>T O T A L E S</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

Arch Clin INPer.

TABLA 11

TIPOS DE MALFORMACIONES CAUSANTES DE MUERTE EN  
364 NACIMIENTOS EN PRESENTACION PELVICA

No.	PESO	VIA NACIMIENTO	TIPOS
1	1215	CESAREA	SINDROME DE VACTER (FISTULA TRAQUEOESOFAGICA, ATRESIA DE ANO, MALFORMACIONES DE EXTREMIDADES). INTERSEXO.
2	1150	CESAREA	ANENCEFALIA, MIELOMENINGOCELE. HIPOPLASIA PULMONAR. HIPOPLASIA SUPRARRENAL.
3	1225	CESAREA	ANENCEFALIA. AUSENCIA DE SUPRARRENALES.
4	2970	CESAREA	HIPOPLASIA PULMONAR. RIÑON POLIQUISTICO.
5	1025	CESAREA	ATRESIA ESOFAGICA. MALFORMACION DE COLUMNA Y EXTREMIDADES.
6	2080	CESAREA	RIÑON EN HERRADURA Y POLIQUISTICO. DIVERTICULO DE MECKEL.
7	1979	CESAREA	DISPLASIA QUISTICA RENAL. HIPOPLASIA PULMONAR.
8	1940	CESAREA	HIPOPLASIA PULMONAR. DISPLASIA RENAL.
9	3075	CESAREA	HIDROCEFALIA Y MENINGOCELE.
10	970	CESAREA	ANENCEFALIA, ACRANEA. AGENESIA SUPRARRENAL. MALROTACION INTESTINAL.
11	3730	CESAREA	HIDROCEFALIA Y MIELOMENINGOCELE.
12	3000	CESAREA	HIDROCEFALIA Y MIELOMENINGOCELE.
13	1000	CESAREA	AGENESIA DE LOBULO PULMONAR. RIÑON IZQUIERDO POLIQUISTICO. MALFORMACION HEPATICO. FOCOMELIA.
14	805	CESAREA	COARTACION DE LA AORTA.

TABLA 12

## MORBILIDAD MATERNA EN 364 NACIMIENTOS PELVICOS

TIPO	CESAREA N=342 **	%	VAGINAL *** N=22	%
INFECCION PUERPERAL	36*	10.5		
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	11	3.2		
DEHICENCIA DEHERIDA QUIRURGICA	19	5.5		
FIEBRE DE CAUSA NO DETERMINADA	10	2.9		
COMPLICACIONES TRANSCESARIA	22	6.4		
LESION DE CONDUCTO DE PARTO	0	0.0	4	18.1
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	1	0.2		
COMPLICACIONES ANESTESICAS	3	0.8		
TROMBOFLEBITIS PELVICA	2	0.5		
		30.0		18.1

\* UN CASO TERMINA EN HISTERECTOMIA OBSTETRICA

\*\* 80 MUJERES CON UNA O MAS

\*\*\* 4 MUJERES CON UNA

Arch Clin INPer.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Barret JM, Boehm FH, Vaughn WK. The Effect of Type of Delivery on Neonatal Outcome in Singleton Infants of Birth Weight of 1,000 g or Less. *JAMA* 250:625,1983.
2. Bilodeau R, Marier R: Breech presentation at Term. *Am J Obstet -- Gynecol* 136:555,1978.
3. Bird CC, McElin TW: A six-year prospective Study of Term Breech-Deliveries Utilizing the Zatuchni-Andros prognostic Score Index.- *Am J Obstet Gynecol* 121:551,1975.
4. Bowes WA, Taylor AS, O'Brien M, Bowes C: Breech Delivery. Evaluation of the Method of Delivery on perinatal Results and Maternal-Morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 135:965,1979.
5. Brenner WE, Bruce RD, Hendricks CH: The characteristics and perils of Breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 118:700,1974.
6. Collea JV, Rabin SG, Weghort GR, Quilligan EJ: The randomized management at Term Frank Breech presentation: Vaginal Delivery vs Cesarean Section. *Am J Obstet Gynecol* 131:186,1978.
7. Collea JV, Chein C, Quilligan EJ: The randomized Management of -- Term Frank Breech presentation: A Study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol* 137:235,1980.
8. Cruishank DP, Pitkin RM: Delivery of premature Breech. *Obstet Gynecol* 50:367,1977.
9. De Crespigny LJC, peppereil RJ: perinatal Mortality and Morbidity in Breech presentation. *Obstet Gynecol* 53:141,1979.
10. Duenholster JH, Wells E, Reish JS, Santos-Ramos R, Jiménez J: A - Paired Controlled Study of Vaginal and Abdominal Delivery of the-Low Birth Weight Breech Fetus. *Obstet Gynecol* 54:310,1979.

- Effer SB, Saigal S, Rand C, Hunter DJS, Stoskope B, Harper AC, Nimrod C, Milner R: Effect of Delivery Method on Outcomes in the very-low -- Birth Weight Breech Infant: Is the improved Survival Related to Cesarean Section or other perinatal Care Maneuvers?. *Am J Obstet Gynecol* - 145:123, 1983.
12. Gilstrapp III LC, Hauth JC, Toussaint S: Cesarean Section: Changing - Incidence and Indication. *Obstet Gynecol* 63:2-5,1984.
  13. Green JE, Smith MF: Has an Increased Cesarean Section Rate for Term - Breech Delivery Reduced the Incidence of Birth Asphixia, Trauma and - Death? A, *J Obstet Gynecol* 142:683,1985.
  14. Kauppila O, Gronroos M, Aro P, Aittoniemi P, Kuoppala M: Management - of Low Birth Weight Breech Delivery: Should Cesarean Be Routine?. *Ob- stet Gynecol* 57:289,1981.
  15. Main DM, Main EK, Maurer M: Cesarean Section vs Vaginal Delivery for- the Breech Fetus Weighing Less Than 1 500 g. *Am J Obstet Gynecol* 134: 611, 1979.
  16. Mann LI, Gallant JM: Modern Management of the Breech Delivery. *Am J - Obstet Gynecol* 135,437,1979.
  17. Normas y procedimientos de Obstetricia. Instituto Nacional de Perina- tologfa, 1983, México, D.F.
  18. O'Leary JA: Vaginal Delivery of the Term Breech. *Obstet Gynecol* 53: - 341,1979.
  19. Patterson SP, Mulliniks RC, Scheirer P: Breech presentation in the -- primigravida. *Am J Obstet Gynecol* 98:404,1967.
  20. Russell JK: Breech Vaginal Delivery or Cesarean Section?. *Br Med J --* 285:830,1982.
  21. Watson WJ, Benson WL: Vaginal Delivery for the Selectis Franck Breech Infants a Term. *Obstet Gynecol* 164:638,1984.
  22. Weingold AB: Management Breech presentation. En: Easy L, Charles D: - Operative perinatology. McMillan Publishing. primera Edición, 1984.
  23. Woods JR: Effects of Low Birth Weight Breech Delivery on Neonatal Mor- tality. *Obstet Gynecol* 53:135,1979.

## FE DE ERRATAS

En la página 19, tabla 5, primera columna dice "MAS, IGUAL 1499", debe decir "MENOS IGUAL 1499".

En la página 19, tabla 5, en la quinta columna dice "MENOS IGUAL 2500" y debe decir "MENOS IGUAL 1499".

En la página 19, tabla 5, en la sexta columna referente al APGAR a los 5 minutos, el total dice "345" y debe de ser - "245".

En la página 26, tabla 12, en el quinto renglón dice "COMPLICACIONES TRASNCESARIA" y debe de decir "COMPLICACIONES-TRANSCESAREA".