

11217 51
3j-



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"

I. S. S. S. T. E.

**"ANALISIS DE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO Y
RADIOCEFALOPELVIMETRIA EN PELVIS LIMITE, EN
PACIENTES CON EMBARAZO DE TERMINO"**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. LEONARDO GONZALEZ FLORES



México, D. F.

1992.



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

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	3
JUSTIFICACION	10
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	22
DISCUSION	29
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFIA	33
GRAFICAS	37

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

Numerosos trabajos confirman el aumento progresivo con que se efectúa la operación cesárea, en parte por "la mayor seguridad que ofrece" y además por el aumento de sus indicaciones aunque sigue sin justificarse el "abuso" de dicho procedimiento. (18-23)

La desproporción cefalopélvica continúa siendo tema de vibrante interés en obstetricia, porque a pesar de los grandes adelantos de la especialidad en las últimas décadas, este diagnóstico sigue siendo sustentado la mayoría de las veces de una manera subjetiva, sin embargo el procedimiento es causa no despreciable de morbilidad materno fetal. (24,25,26-30)

En el Hospital Regional "20 de Noviembre" del I.S.S.T.E., en un estudio de tesis realizado en 1979, reporta un incremento de más del 100% de 1975 a 1989, en la práctica de la operación cesárea; se reportan 1455

cesareas en un año, el diagnóstico de DCP fué el primer lugar de indicación de dicho procedimiento, esto refleja el probable abuso diagnóstico. (22)

El presente estudio fué motivado por la inquietud de valorar los métodos clínicos y radiológicos con que cuenta el obstetra, para llegar a un diagnóstico preciso en pacientes con embarazo a término en trabajo de parto, con diagnóstico de pelvis límite y establecer un precedente para los criterios de manejo de las pacientes con las características mencionadas en nuestro servicio.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Para Hipócrates, la pelvis no fué una estructura importante para el nacimiento ya que según él, ocurría la expansión natural de esta estructura ósea, permitiendo el libre paso del feto (nadie se opuso a sus conceptos durante 2000 años).

Hasta mediados del siglo XVI (1564), un discípulo de Vesalio llamado Giulio Cesare Aranzi publicó "DE HUMANO FOETE LIBER" donde se efectuó la primera descripción científica sobre la DCP, dependiente de una pelvis estrecha deformada o con escasa posibilidad de parto. (3)

A fines de ese mismo siglo, Scipio Mercurio, propuso la primera operación cesárea para prevenir los peligros asociados a un parto con DCP, en esa misma centuria las parteras aplicaban objetos metálicos o de madera alrededor de la cabeza fetal para tirar de ella a través de una pelvis pequeña. En el siglo XVII se recomienda la inducción del parto prematuro en presencia de pelvis límite con la esperanza de tener hijos

A fines del siglo XVIII, Jean Louis Baudelocque introdujo la pelvimetría externa y el pelvimetro, describió el diámetro externo que lleva su nombre. En esta época G.W. Stein en Alemania inventó un pelvimetro para medir directamente el conjugado verdadero. En el siglo XIX Mackaelis describió el rombo que lleva su nombre, Michaleis y Litman dieron en esta época cimientos a la doctrina moderna, el primero midió la pelvis en mil casos de parto y describió como estrecha a todas las pelvis en que el conjugado verdadero media 7.75 cm., Litman continuó los trabajos de Mackaelis, logró presentar medidas más exactas colocando el límite superior en un diámetro de 9.5 a 10 cm. (8)

En México a fines del siglo pasado el Dr. Juan Duque de Estrada se dedicó a estudiar las pelvis de las mujeres mexicanas, así como al estudio del estrecho inferior de la pelvis, ideó una Barra metálica para la medición del diámetro bisaguiático, descubrió en las pelvis secas que coleccionó lo que llamó "Pelvis

pequeños (no existen registros de técnicas utilizadas ni resultados de madres e hijos). (8)

A finales del siglo XVII Mauriceau afirmó que solo había observado dos parurientas con pelvis estrecha, en 1701 Henricus Deventer discutía la influencia que ejercía la pelvis estrecha sobre el mecanismo de parto. Diones señaló por primera vez la relación causal que tiene el raquitismo sobre las pelvis deformes. (8,31)

En 1752 William Smellie publicó en su tratado "THE THEORY AND PRACTICE MIDWIFERY" una descripción excelente de la pelvis normal, así como las variantes más comunes de deformación, señaló las reglas y prácticas para estimar el grado de estenosis, describió el mecanismo del parto de varios casos e hizo grabados que mostraban la influencia de las pelvis estrechas sobre la cabeza fetal. (8)

En 1763 Jean Rene Sigault sugirió la división de la sínfisis pública o sínfisiotomía, en 1777 puso en práctica su teoría en una mujer viva con el subsecuente nacimiento de un niño sano.

Infundibuliformes', correspondiendo en la clasificación de Cadwell-Molloy a la pelvis androide. Descubrió el triángulo isquiopúbico dándole una importancia clínica, igual a la del rombo de Mickaelis.

El Dr. Alcibiades Marvan en 1950 presentó un estudio sobre los arcos que describen la pelvis su medición y la importancia en el mecanismo del parto, que designo con el nombre asimetría pélvica. (31,25).

En 1906 Dentike observó las características radiológicas de las pelvis ósea. (25)

A partir de 1922 Thoms estudio el estrecho superior de la pelvis efectúa su clasificación desde el punto de vista antropológico. (9,24,16,17).

Cadwell-Molloy, y Swenson en 1934 clasificaron la pelvis en 4 tipos: basándose en la forma del estrecho superior, la longitud, curvatura e inclinación del sacro, anchura y profundidad de la escotadura sacrociática, profundidad de la pelvis desde las tuberosidades hasta la línea iliopectina; el largo, anchura y tipo del arco púbico, los diversos tipos de pelvis que describe Cadwell y Molloy son: androide, ginecoide, platipeloide, antropoide. (17,25)

En 1954 nace la pelvimetría radiológica. (25,9,10). Siendo posible medir exactamente las dimensiones de la pelvis ósea.

En 1956 el Dr. Emanuel E Fridman realiza investigaciones que aportan estándares de la progresión del parto y la importancia de los patrones anormales y los métodos de expulsión que son consecuencia de los mismos. Empleo análisis gráficos del trabajo de parto, permitiendo un enfoque más funcional de éste fenómeno y una mayor explicación clínica. (6,7,4)

Stewart y Coles. realizan investigaciones sobre los efectos de las radiaciones en los fetos, reportando que menos del 1 en 1000 exploraciones radiológicas abdominales conducían al desarrollo de leucemia o tumor maligno en el niño antes de los primeros 10 años de vida; sin embargo Macmahon y Brown en 1962 realizan diferentes investigaciones descubriendo que el número de los casos con tumores malignos y leucemias aparecidos durante los primeros 10 años de vida, no era más elevada de los que cabría esperar basándose en el cálculo de probabilidad estos autores

hacen observar que no está demostrado el peligro de inducción de tumores malignos y leucemia. (14,15)

Sin embargo las estadísticas recientes confirman que un pequeño porcentaje de las gestantes sometidas a irradiaciones tienen fetos malformados, además les pueden producir retardo de crecimiento, retraso psicomotor, así como un número impreciso de efectos tardíos (depresión neural, infertilidad, hipoplasia hística, neoplasias, etc.) (3,11,12,17,25)

El pronóstico del feto irradiado depende la edad gestacional (período crítico de las 2 semanas a las 6 semanas), así como de la dosis absorbida. (5,11,15,25).

El Dr. Carrera y cols. establecen los siguientes criterios pronósticos para producto irradiados:

- Una dosis inferior a 1 rads no parece tener efecto teratogénico alguno durante la gestación.
- Entre 1 y 10 rads, solo existen posibilidades de malformación si la irradiación a tenido lugar en las dos primeras semanas.
- Entre 10 y 25 rads son posibles pero poco probables lesiones fetales, unicamente si la irradiación tiene lugar entre las dos y seis semanas.

- Si la dosis es superior a 25 rads, la embriopatía es casi segura entre las 2 y 6 semanas, después es discutible.

- A partir de 100 rads, son de esperar malformaciones o lesiones fetales en cualquier época de la gestación.

Por lo tanto no está justificada la interrupción del embarazo ya que las dosis empleadas para un exámen radiológico son bajas.

Una radiografía simple de partes blandas irradia 10 mrad.

Una radiografía ósea irradia 100 mrad.

Un exámen de contraste irradia 1 - 5 rads.

J U S T I F I C A C I O N

El diagnóstico de pelvis límite es meramente subjetivo dando un crédito total a la exploración manual (pelvimetría interna) generando problemas con mucha frecuencia en la toma de decisiones obstétricas, haciendo caer frecuentemente en el abuso o en el retraso de un diagnóstico preciso, por un lado originan un número importante de cesares 'innecesarias' y por otro incrementar los trabajos de parto prolongados e infructuosos, entendemos que el trabajo de parto por ser dinámico esta lleno de situaciones imprecisas; sin embargo no podemos continuar con una valoración clínica subjetiva. Por otro lado confiamos demasiado en la radiocefalopelvimetría que por si sola y por ser costosa y a veces inespecífica no puede brindar toda la información que quisiéramos (3).

Lo inespecífico de los métodos anteriores nos conllevan a errores que repercuten en la salud materno-fetal, obtención de productos en malas condiciones y finalmente y no menos importante provoca el aumento en los costos de hospitalización.

Suponemos que la prueba de trabajo de parto (5,6,7) puede despejar nuestra duda a la vez que omite el riesgo de irradiación al producto. por otro lado pensamos que la radiocefalopelvimetría es de apoyo diagnóstico en pelvis límite y DCP en pacientes con embarazo de termino en trabajo de parto. (1,3,9,25,4).

O B J E T I V O S

- 1.- Conocer la sensibilidad y especificidad de la radiocefalopelvimetría en el Hospital Regional "20 de Noviembre" en la división de Ginecología y Obstetricia; para el diagnóstico de desproporción cefalopélvica.
- 2.- Evaluar un procedimiento alternativo no ionizante predictivo y de fácil aplicación clínica como es la prueba de trabajo de parto.

MATERIAL Y METODOS

En la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "20 de Noviembre" del I.C.S.S.T.E. se realizó un estudio clínico y radiológico, observacional, longitudinal prospectivo y descriptivo en las pacientes con embarazo de término en trabajo de parto en un periodo de 3 hrs., independientemente de la vía de obtención del producto, durante un tiempo comprendido entre el 1ero de Abril de 1991 al 30 de Septiembre de 1991.

Se captaron 42 pacientes para estudio, aplicando como criterios de inclusión, todas las pacientes primigestas o multigestas (las multigestas que se incluyeron con antecedentes de productos anteriores, no mayor de 2500 grs. de peso, así como abortos).

Con embarazo de término (37-41 SDG), en fase activa de trabajo de parto con diagnóstico de pelvis límite, con valoración de cuando menos 3 médicos del servicio (valoración subjetiva)

La valoración clínica o pelvimetría interna se realiza mediante el tacto vaginal, analizando los siguientes datos:

A.- El primer dato es si el promontorio es o no accesible al dedo medio, se introduce éste y el índice profundamente en el canal vaginal, (en pelvis normales no debe alcanzarse el promontorio).

B.- Para medir el diámetro conjugado verdadero, con la punta del dedo índice de la otra mano se marca en el índice explorador en las pelvis normales solo es posible palpar los tres últimas vertebrae sacras el sitio en el cual éste se adosa al borde inferior de la sínfisis, se saca el índice sin modificar la postura de ambas manos y con cinta métrica se mide la distancia que hay desde el sitio marcado hasta la punta del dedo. Esta medida corresponde a la longitud del conjugado diagonal, y es posible calcular el conjugado verdadero, deduciendo de ésta medida 1.5 cm.

- C.- Deslizando los dedos hacia ambos lados, recorrer las paredes pélvicas tratando de apreciar la forma que tiene el estrecho superior, con objeto de verificar si tiende a ser ginecoide o algún otro tipo de pelvis.
- D.- Al descender los dedos, identificar las espinas ciáticas, valorando la morfología y el tamaño de las mismas.
- E.- Al recorrer el dedo hacia atrás de la espina ciática, se valora la amplitud de la escotadura ciática; asimismo se confirma la concavidad del sacro al recorrer los dedos sobre la línea media de la parte posterior.
- F.- Valoración del ángulo subpúbico, tratando de apreciar si sus ramas están cerradas o abiertas (mal pronóstico si es menor de 90°).
- G.- Apreciar el grado de convergencia de las paredes pélvicas.
- H.- Valorar el diámetro bisquiático, tratando de presionar las partes blandas con el puño de la mano. Desde la cara interna y más inferior de las tuberosidades bisquiáticas, generalmente esta medida es superior a 8 cm.

Los criterios para diagnóstico de pelvis límite por valoración clínica fueron:

- 1.- Sospecha de estrecho superior reducido: Posibilidad aparente de tocar promontorio.
- 2.- Sospecha de plano medio reducido: Espinas ciáticas prominentes, paredes pélvicas laterales convergentes o con sacro rectificado.
- 3.- Estrecho inferior.- Diámetro intertuberoso estrecho (normal ≤ 8 cm.) arcada pubiana baja o reducida.
- 4.- Falta de progresión del encajamiento fetal en el parto.

En cada una de las pacientes se registraron las siguientes variables anotadas en la hoja de recolección de datos: datos generales, edad, así como los antecedentes ginecoobstétricos.

Datos de la gestación: edad gestacional calculada por fecha de última regla, USG o clínicamente.

Valoración clínica: pelvimetría interna, situación, presentación FCF, FV, así como dilatación y borramiento, altura de presentación y variedad de posición.

Se indicaron los siguientes requisitos para el inicio de la prueba de trabajo de parto, entendiéndose como tal a la observación cuidadosa del trabajo de parto durante un cierto periodo de tiempo aproximadamente de tres a cuatro al efecto de determinar la posibilidad de la expulsión fetal por vía vaginal:

- 1.- 4 cm. de dilatación o más.
- 2.- Membranas rotas.
- 3.- Actividad uterina regular.
- 4.- Presentación cefálica.
- 5.- Analgesia obstétrica.

El seguimiento de las pacientes del grupo en estudio, se llevó a cabo mediante el cervicograma de Friedman, representado por una curva sigmoidea, se anotaron los parámetros en la hoja de recolección de datos.

La curva sigmoidea que sigue el trabajo de parto, se ha analizado y se han examinado cada una de sus partes en forma independiente; en base a esto la curva se ha dividido en fases funcionales, ya que claramente definen la duración, alteración, complicaciones y factores que pueden alterarla.

A.- Fase de Latencia.

Se inicia con la actividad uterina regularmente establecida, y termina cuando inicia la fase de dilatación activa, generalmente a los 3 ó 4 cm. de dilatación cervical. En promedio está fase dura 6.4 hrs. en nulíparas y 4.8 en múltiparas. La fase latente normal no excede de 20 hrs. en nulíparas y 14 hrs. en múltiparas.

B.- Fase de Dilatación Activa:

Se inicia cuando en la curva graficada, se presenta un punto fácilmente identificable a partir del cual, la inclinación de la curva bruscamente se hace más vertical; la velocidad promedio de dilatación en centímetros es de 1.2 cm. por hora, en nulíparas y 1.5 cm. por hora en múltiparas.

Un intervalo breve de la fase activa (fase de aceleración), comprende la aceleración de la dilatación desde un ritmo insignificante o inexistente en la fase de latencia, hasta alcanzar su máximo. Se conserva éste ritmo máximo de dilatación (fase inclinación máxima), hasta que

alcanzan 8 a 9 cm. de dilatación. Para este momento el ritmo de dilatación aparentemente se lentifica (fase de desaceleración). En realidad no se lentifica, y con mayor frecuencia hay un incremento apreciable en la contractilidad. El comienzo de la fase de desaceleración que denota el fin de la primera etapa del trabajo de parto, no denota el momento en todo este fenómeno en que el proceso del descenso fetal llega al máximo (fase de transición).

C.- Fase de Descenso.

Se inicia el descenso de la presentación prácticamente desde la etapa de desaceleración, sin embargo, su progresión en forma continua y clara, se inicia cuando se ha completado la dilatación cervical. Su duración es de una hora, sin embargo, se le puede considerar un límite máximo de 3 hrs.

El ritmo de progresión es de aproximadamente 1 cm. hora, considerando los planos de Hodge, como parámetros para cuantificar la progresión del descenso, será de un plano por hora, a partir de encontrarse en el primer plano.

Previo al inicio de la prueba de trabajo de parto se solicitó a cada una de las pacientes la radiocefalopelvimetría, la cual se etiquetó y se guardó para su interpretación posterior a la obtención del producto independientemente de la vía, así como del diagnóstico, se evaluó la radiocefalopelvimetría mediante el índice de Mc CONNELL (donde es necesaria la toma de Thomas AP y lateral). (1,9,10,13,26,27)

El índice de Mc CONNELL se obtiene mediante la fórmula siguiente:

$$(EP - OF) - (TM + Cobs) \times 0.3 - 2$$

Donde los diámetros maternos y fetales son:

EP: Biparietal

OF: Occipito-Frontal

TM: Transverso mayor

Cobs: Conjugado obstétrico

y CA indica la constante para corregir la refracción de los rayos X.

Considerando los siguientes parámetros:

Pelvis límite 15 cm.

Pelvis normal > 15 cm.

Probabilidad de DCP 1.0 a 1.5 cm.

Desproporción cefalopélvica 1.0 cm.

Se excluyeron del estudio pacientes con alteraciones óseas de la pelvis, distocia de presentación, las que no aceptaron ser incluidas en el estudio, así como las que presentaron cualquier contraindicación para llevar a cabo la prueba de trabajo de parto.

Se eliminaron aquellas que a pesar de cumplir los criterios de inclusión presentaron alguna condición médica u obstétrica desfavorable: DCF Franca, estados hipertensivos y gestosis, enfermedad de origen sistémico, embarazo prolongado, DFFM, placenta previa, presentaciones desfavorables, etc.

Todas las pacientes en estudio eran sanas.

Todas las pacientes se manejaron con oxitocina desde respuesta con inicio de 2.5 mg o m.m. y a todas se les aplicó a su ingreso a labor el bloqueo peridural.

RESULTADOS

En el periodo de estudio de 42 pacientes primigestas y multigestas con diagnóstico de pelvis límite, 13 productos obtuvieron por operación cesárea y 29 por vía vaginal. (Tabla 1) (Gráfica 7)

Se obtuvo un promedio general de edad de 25 años.

La edad general de las pacientes, fluctúa entre los 18 y 30 años encontrándose mayor frecuencia entre los 18 y 20 años. (Tabla 1)

Las semanas de gestación fluctúan entre 38 y 41.3.

Se observó un peso de los productos promedio en general de 3285 gms. teniendo como peso máximo de 4300 gms. y un peso mínimo de 2850 gms.

Con respecto al AFGAR en forma general, se obtuvo un promedio de 8 al minuto y 9 a los 5 min. teniendo como máximo 8-9 y como mínimo 3-6. (Tabla 1)

Se dividieron a las 42 pacientes para su análisis estadístico (con las variables dilatación-tiempo) en dos grupos, primigestas y multigestas a su vez en dos grupos, dependiendo de la vía de resolución (cesárea o vaginal). (Tablas 3,4,5) (Gráficas III,IV,V)

Se clasificaron para su análisis de la siguiente manera:

Grupo I, primigestas vía cesárea.

Grupo II, primigestas vía vaginal.

Grupo III, multigestas vía cesárea.

Grupo IV, multigestas vía vaginal.

Se realizó el análisis estadístico mediante la prueba de diferencia mínima significativa de Fisher en relación con dilatación tiempo en cada uno de los grupos, obteniendo los siguientes valores de media y error estándar.

	Media (X)	Error Estándar (E.E.)
Grupo I	6.75 cm	.498 cm
Grupo II	6.46 cm	.271 cm
Grupo III	5.66 cm	.491 cm
Grupo IV	6.93 cm	.246 cm

Mediante el análisis de supuestas medias entre grupos, se obtuvo una diferencia significativa entre el Grupo III (multigestas vía cesárea) y el Grupo IV (multigestas por vía vaginal), de menos 1.270 cm.

Las combinaciones de grupos no presentaron diferencias significativas.

TABLA DE DIFERENCIAS

	I	II	III	IV
I		.283 cm	1.033 cm	.187 cm
II			.865 cm	.745 cm
III				1.170 cm
IV				

Diferencia significativa (F = .05)

El análisis estadístico en cuanto a peso del producto-dilatación tiempo de las 42 pacientes, se realizó por medio de la prueba de diferencias mínimas de Fisher, donde clasificaron los grupos de la forma siguiente:

Grupo A Peso-Primigestas vía cesárea

Grupo E Peso-Primigestas vía vaginal

Grupo C Peso-Multigestas vía cesárea

Grupo D Peso-Multigestas vía vaginal

Se obtuvieron los siguientes valores de media y error estándar en cuanto a peso de los productos de éstos grupos:

	Media (\bar{x})	Error Estándar (E.E.)
Grupo A	3111 gm	95.844 gm
Grupo B	3267 gm	96.393 gm
Grupo C	1403 gm	115.190 gm
Grupo D	2550 gm	171.731 gm

Mediante el análisis de supuestas medias entre grupos, se obtuvo una diferencia significativa de peso de los productos entre el Grupo A (primigestas por vía cesárea) y el Grupo B (primigestas por vía vaginal), de 438.46 gms.

El análisis de las diferentes combinaciones de los demás grupos en cuanto a peso de los productos, no reportaron diferencias significativa estadística.

TABLA DE DIFERENCIAS

	A	B	C	D
A		438.48 gm	110.00 gm	262.01 gm
B			-291.57 gm	-155.64 gm
C				135.92 gm
D				

* Diferencia significativa ($F \leq .05$)

Entre los demás grupos estudiados no se encontró diferencia significativa en cuanto a peso de los productos.

Los grupos estudiados no presentaron diferencia significativa estadística en cuanto a edad materna, edad gestacional, así como fondo uterino.

La calificación de APGAR, para ambos grupos primigestas y multigestas, independientemente de la vía de resolución al minuto, y a los 5 minutos del nacimiento no mostraron diferencia significativa; por lo que no se realizó análisis estadístico. (Tabla I)

Las horas del trabajo de parto para las 13 primigestas que obtuvieron sus productos por vía vaginal en su mayoría fué de 7 hrs., 6 llegaron a 7 hrs. y 1 a 8 hrs.

No hubo complicaciones en éste grupo.

La edad promedio general en éste grupo, fué de 24 años. (Tabla 3) (Gráfica III)

Las horas de trabajo de parto para las 16 multi-gestas que obtuvieron sus productos por vía vaginal en su mayoría fué de 6 hrs., 11 llegaron a 7 hrs. y 4 a 8 hrs.

La edad promedio general de éste grupo, fué de 25 años, no hubo complicaciones en éste grupo. (Tabla 4) (Gráfica IV)

Las horas de trabajo de parto para las 15 pacientes que obtuvieron sus productos por vía abdominal, independientemente de la paridad, fué de 5 hrs. en su mayoría, 9 llegaron a 6 hrs., 3 a 7 hrs. y 1 a 8 hrs. (Tabla 5) (Gráfica V)

Los diagnósticos de las indicaciones para la interrupción del embarazo por vía abdominal fueron: 6 pacientes con diagnóstico ECP, 4 por dilatación estacionaria y 3 por falta de descenso.

De estas cuatro eran primigestas y nueve multigestas. APGAR promedio fue de 7.8.

No se presentaron complicaciones en los productos ni en las madres.

La edad promedio de éste grupo fué de 24 años.

De las 42 radiocefalopelvimetrías que se solicitaron solamente 10 cumplían con los requisitos "mínimos", para su interpretación. Las restantes carecían de técnica en la toma o faltaba la placa de Thoms, por lo que el estudio carece de validez estadística, así como su valoración como método de apoyo diagnóstico en las pacientes con pelvis límite.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

D I S C U S I O N

Después de analizar los resultados presentados, es indudable que la prueba de trabajo de parto, es el arma más valiosa que dispone el obstetra en el diagnóstico de desproporción cefalopélvica, así como las alteraciones en los patrones de normalidad del trabajo de parto, ya que éste es el camino en que verdaderamente se enfrentan la cabeza fetal y la pelvis materna, ésta prueba rutinaria tiene la ventaja de ser dinámica y aunada a otros datos puede demostrar en forma efectiva la desproporción cefalopélvica.

Los resultados obtenidos están en una proporción similar a la reportada en la literatura nacional e internacional. Pero es indudable que el grupo en estudio fué pequeño y que no se pudo evaluar en forma más integral a éstos.

Dentro de los resultados obtenidos con valor significativo es el relacionado a dilatación tiempo, observando que el grupo comprendido entre las pacientes multigestas que obtuvieron sus productos por vía cesárea,

así como las multigestas que lo obtuvieron por vía vaginal, es de menos 1.27 cm de dilatación. Cabría dentro de la clasificación de "retrazo de la dilatación durante la fase activa" ya descrita por el Dr. Emanuel Friedman. (2,7)

Lo que respaldaría el diagnóstico de desproporción cefalopélvica en un 30% de los casos aproximadamente o se tomarían medidas efectivas para evitar complicaciones materno-fetales, en cuanto a las operaciones cesáreas que se efectuarán en el grupo de estudio fueron bien documentadas.

Otro punto importante fue el valor significativo obtenido en cuanto a la relación tiempo-dilatación-resp. En donde se observan entre los grupos de primigestas que obtuvieron su producto por vía vaginal así como las primigestas que lo obtuvieron por operación cesárea, la diferencia fue de 436.46 gms.

Aparentemente se cumplió con el propósito del estudio al encontrarse ambos valores significativos, pero hay que considerar que contamos con gran cantidad de

variables para éste estudio por lo cual no fué posible analizarlas por la dispersión de datos obtenidos y contar con una muestra pequeña de pacientes. En cuanto al estudio de la pelvimetría, aunque sabemos que la única forma de medir la pelvis media, así como de conocer el tipo antropológico de la misma, ya que proporciona una medición exacta de dos diámetros importantes que de otra manera no se pueden medir: el diámetro transverso de la entrada pélvica y el diámetro entre las espinas isquiáticas.

Actualmente el uso de este método no es rutinario, por lo que el personal técnico y médico del servicio de radiología no está capacitado para la toma e interpretación del mismo.

CONCLUSIONES

- 1.- La prueba de trabajo de parto, es un marcador excelente para determinar un diagnóstico más preciso en pacientes con pelvis límite.
- 2.- El buen manejo e interpretación del cervicograma de Friedman, resultó importante en la toma de decisiones para resolver la vía de obtención del producto.
- 3.- La variación clínica en la evolución en la prueba de trabajo de parto, es esencial para el diagnóstico de pelvis límite o DCF.
- 4.- La radiocefalopelvimetría, no es ya un método de ayuda para el diagnóstico clínico de falta de relación feto-pélvica en nuestro hospital, ya que como se mencionó anteriormente el personal médico y técnico no está capacitado para la toma e interpretación del mismo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Philpot R. H. Reconocimiento de la desproporción cefalopélvica. Clin. Obst-Gy. Temas actuales. 1982; 3: 505.
- 2.- OTT William. Relación entre los patrones normales y anormales de la segunda fase del parto y mortalidad perinatal. Clin Obst Gynecol. 1982; 1: 109.
- 3.- Walss E. P. Assesment of ray X pelvimetri in the management of la bor the West Virginia. Med. J. 1973; 74: 267.
- 4.- Gibb DNA Comparative study of methods of oxytocin administration for induction of labor Br. J. Obst Gyn. 1985; 92: 688
- 5.- Earn A. A. The parthographic labor board. An inter-native for earlier decison regarding managemet during labor Am J. Obst Gyn. 1992; 144: 256.
- 6.- Friedman EA. The fuctional divisions of labor. Am J. Obst Gyn. 1971; 109: 274.

- 7.- Fridman E. A. La curva de evolución del parto.
Clinicas de perinatología. Vol. 1. 1985: 15-25.
- 8.- Nixon W. C. The Bad Obstetric History. J. Obst Gyn
Brit. EMP 39 p; 55: 800-889.
- 9.- Castelaño Ayala L. Pelvimetría Sta. ed. Mendez Oteo
1978: 128-153
- 10.-Benavides J. Anda L. La radiocefalopelvimetría en
obstetricia Med Mex: 8 (2). 1958: 33-41.
- 11.-Obrien W. F. Cefalo F. C. Evolución de la
pelvimetría radiológica y el parto normal. 1982;
1: 169.
- 12.-Lezama F. C. Diagnóstico radiológico en obstetrica
Gin. y Obst. Asc. Mex. actualidades en la atención
obstetrica. 1984: 1: 107.
- 13.-Lee E. Lusted MD Atlas of Roentgenographic measure
ment 3a. ed. 1973: 271-285.
- 14.-Fragoso L. Radiología en obstetrica-lecciones de
obstetrica 4a. ed. 1970: 206-215.
- 15.-Okaser, Borell W. Fernstrom I. Diagnóstico
radiológico en obstetrica. Tomo II. 1974: 252-
279.
- 16.-Carrera J. M. Protocolos de Obstetrica. radiología
y embarazo; Salvat 2a. ed. 1988: 221-222.

- 17.-Williams. Obstetricia. Salvat 3era. ed. 1988; 215-226.
- 18.-Angeles S. D. Villalobos M. Estado actual de la cesárea en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo A.". su evolución en cuatro décadas Gineco-obst. Mexico 1986; 54: 67-71.
- 19.-Castro R. C. Operación cesárea, indicaciones y complicaciones. Tesis de postgrado C.H. "20 de Noviembre" 1986; 1: 38.
- 20.-Ahued A. J. R. Mortalidad Materna, causas y factores predisponentes. Actualidades en ginecología y obst. Vol, III 1978; 653.
- 21.-Ahued A. J. R. Cesárea hysterectomía Gineco-obst. 1987; 47-51.
- 22.-Martínez C. R. Morbimortalidad de la operación cesárea en la división de G-O del H. R. 20 de Nov. Tema Tesis: 14-33.
- 23.-Amirika H. Zarewych E. A. 15 years review of changing incidence, indications and risk Am J. Obst. Gyn. 1981; 140: 81-9.

- 24.-Castelazo A. Espinoza E. Incidencia y tipos de estenosis pélvica en México Gineco-obst. México 1958: 15-165.
- 25.-Arcaransa S.J. Morrison L.J. Utilización de la pelvimetría radiológica en Estados Unidos. Clin de Gineco-obst. M. Iberoamericana Vol I. 1962; 179.
- 26.-Salas V. D. Castillo R. G. Revaloración del índice cefalopélvico para el estrecho superior en la presentación cefálica. Tema tesis AMERHGOU 1973.
- 27.-Salas V. D. Fuga P. F. Peña N. D. Cefalopelvimetría radiológica en la presentación cefálica valoración del estrecho medio. Tema tesis. 1970: amerhgouc.
- 28.-Porreco R. High cesarean section rate: a new perspective Obs-Gyn. 1985; 63: 307-311.
- 29.-Chávez A. J. Soberon J. Castelazo A. Operación cesárea y mortalidad materna factores predisponentes. Gineco-obst. México 1970; 22: 163.
- 30.-Karchmer S. Vargas I. Ramirez S. Operación cesárea análisis de 1000 casos REV MED. 1966; 8: 23.
- 31.-Rebago Chávez. Evolución de la asistencia de los partos en los últimos 35 años Gineco-obst. 1960; 88: 466-469.

DR. LEONARDO GONZALEZ FLOREZ

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PELVIOMETRIA Y LA PRUEBA DE TdP EN EMBARAZO A TERMINO

PACIENTE	EDAD	EMPH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEXO	PESO	APGAR 1'	APGAR 5'
	18													4300	7	8
	27		4	4	6	5	7	6	8	8			F	3000	8	9
	21		4	5	5	6	6	6					F	3600	8	9
	34		4	5	6	6	7	7					M	3600	7	9
	11		4	5	5	4	6	7					M	3478	8	9
	21		5	6	7	7	7	7					F	3250	8	9
	27		4	4	5	6	6	6					F	3250	7	9
	31		5	5	6	7	8	8	8				F	3425	6	9
	36		4	5	6	7	8						F	3025	8	9
	24		4	5	6	7							M	3250	3	6
	1E		4	5	6	6							M	3600	7	9
	2C		5	5	6	6	6						M	3625	8	9
	1E		4	5	6	7	8	9	10				F	2900	8	9
	26		4	5	6	7	8	10					M	2975	8	9
	22		4	5	6	7	8	10					M	3300	8	9
	26		4	5	6	7	8	9	10				M	3100	8	9
	39		4	5	6	7	8	8	9	10			F	3925	8	9
	30		5	6	7	8	9	10					M	3300	8	9
	27		4	5	6	6	7	8	9	10			M	3475	8	9
	27		4	5	6	7	8	9	10				F	2870	8	9
	18		5	6	7	8	9	10					F	2875	8	9
	29		4	5	6	7	8	9	10				M	3650	8	9
	22		4	6	7	9	10						M	3025	7	9
	22		4	6	8	8	9	10					M	3475	7	9
	31		4	5	6	7	7	8	10				F	3250	8	9
	35		4	5	5	6	8	9	10				M	3350	8	9
	39		4	5	6	7	8	9	10				M	2950	6	9
	23		4	5	6	7	8	9	10				F	3000	8	9
	22		4	5	6	7	8	9	10				F	4000	8	9
	35		3	5	6	8	8	9	10				M	2900	7	9
	18		5	6	7	9	9	10					F	2950	8	9
	19		4	6	7	8	9	10					F	3600	7	8
	21		5	6	7	8	9	10					F	3200	8	9
	29		5	6	7	8	9	10					F	2850	8	9
	22		4	5	6	8	9	10					F	2900	8	9
	34		4	5	6	8	9	10					F	2850	8	9
	18		4	5	6	6	8	9	10				F	2900	8	9
	22		5	6	7	7	8	9	9	10			F	2900	8	9
	18		4	6	8	8	9	9	10				F	3150	8	9
	18		4	6	8	8	9	9	10				F	3800	8	9

PROMEDIO EDAD GRAL 25.0
 EDAD MINIMA GRAL 18
 EDAD MAXIMA GRAL 39

DIL. FROM. 4.3 5.2 6.2 6.9 7.8 8.3 6.9 9.6 F= 23
 HORAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PESO PROM 3295.31
 PESO MAX 4300
 PESO MIN 2650

CALIF. APGAR
 1' 7.53
 5' 3

TABLA 1

PROTOCOLO DE INVESTIGACION																		
GRUPO PACIENTES RESOLUCION VAGINAL																		
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PELVIMETRIA Y LA PRUEBA DE TUP EN EMBARAZO A TERMINO Y PELVIS LIMITE																		
PACIENTE	EDOG	EXPED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEDA	FLSO	MPGAR	1°	MPGAR	2°
18		4	5	6	7	8	9	10					F		2300	0	9	9
26		4	5	6	7	8	10						H		2375	0	9	9
26		4	5	6	7	7	8	9	10				M		3100	0	9	9
39		4	5	6	7	8	8	9	10				F		3325	0	9	9
30		5	6	7	8	9	10						M		3300	0	9	9
27		4	5	6	6	7	8	9	10				H		3475	0	9	9
21		4	5	5	6	7	8	9	10				F		2370	0	9	9
27		4	5	6	7	8	10						F		2375	0	9	9
18		5	6	7	8	9	10						M		3350	0	9	9
25		4	5	6	7	8	9	10					M		3125	0	9	9
22		4	6	7	8	9	10						M		3475	0	9	9
22		4	6	8	8	9	10						F		3250	0	9	9
31		4	5	6	7	7	8	10					M		3350	0	9	9
35		4	5	5	6	8	9	10					M		3350	0	9	9
39		4	5	6	7	8	9	10					M		2350	0	9	9
23		4	5	6	7	8	9	10					F		4100	0	9	9
22		5	6	7	8	9	9	10					F		4100	0	9	9
30		3	5	6	8	8	9	10					M		2300	0	9	9
16		5	6	7	8	9	10						F		2350	0	9	9
19		4	6	7	8	9	10						F		3200	0	9	9
21		5	6	7	8	9	10						F		3200	7	8	8
25		5	6	7	8	9	10						F		2350	0	9	9
22		4	5	6	8	9	10						F		2400	0	9	9
34		5	5	6	7	8	9	10					F		2350	0	9	9
18		4	5	6	6	8	9	10					F		2400	0	9	9
22		5	6	7	7	8	9	9	10				F		3150	0	9	9
18		4	6	8	8	9	9	10					F		3200	0	9	9
25.3																		
18																		
39																		
DIL. FROM 4.2 5.3 6.3 7.3 8.3 8.0 9.1 10 F: 16														PESO FROM 3209.64		PROMETIO		
HORAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11: 13														PESO MAX 4300		MM(170)		
														PESO MIN 2450		MIN(170)		
														CIN. IF. MPGAR		1° 2°		
																7.62 8.96 42		
																0		
																6		

TABLA 2

PACIENTE	PROCEDLO DE INVESTIGACION										PESO	ANAR 1'	ANAR 5'		
	DR. LEONARDO GONZ GPO. PACIENTES	PARTO VAGINAL					PRIMITIVAS								
EDAD	C-APED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEXO			
18		4	5	6	7	8	9	10				F	2900	8	9
26		5	5	6	7	8	10					M	2975	8	9
24		4	5	6	7	7	8	9	10			M	3100	8	9
18		5	6	7	8	9	10					F	3650	8	9
22		4	6	7	9	10						M	3475	7	8
22		4	6	8	8	9	10					F	3250	8	9
25		4	5	5	6	8	9	10				M	3350	6	9
23		4	5	6	7	9	9	10				F	3000	8	9
25		3	5	6	8	8	9	10				M	2900	7	9
18		5	6	7	9	9	10					F	2950	8	9
21		5	6	7	8	9	10					F	3200	8	9
25		5	6	7	8	9	10					F	2850	8	9
24		5	5	6	7	8	9	10				F	2850	8	9
<hr/>															
PROMEDIO EDAD GEARL	24														
EDAD MINIMA GEARL	18														
EDAD MAXIMA GEARL	25														
DILATACIONES PROMEDIO		11.3	13	13	13	13	12	8	2	8	5				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	F=	0	PESO PRM	3111.53
		13	13	13	13	13	12	8	2	8	5			PESO MAX	3650
														PESO MIN	2850
														PROMEDIO	7.69
														MAXIMO	8.92
														MINIMO	6
															0

TABLA 3

PROTODCO DE INVESTIGACION

PACIENTE	DR. LEONARDO GONZALEZ: GPU. PACIENTES MULTIGRAVIDAS CON RESOLUCION URGENTE										SEXO	PESO	HOGAR	I*	HOGAR S*	
	EDAD	FEMEN	1	2	3	4	5	6	7	8						9
25		4	5	6	7	8	8	10				M	3300	8		9
25		4	5	6	7	8	8	9	10			F	3950	8		9
27		5	6	7	8	9	10					M	3300	8		9
27		4	5	6	6	7	8	9	10			M	3475	8		9
27		4	5	6	7	8	10					M	2875	8		9
21		4	5	5	6	7	8	9	10			F	2870	8		9
29		4	5	6	7	8	9	10				M	3025	8		9
31		4	5	6	7	7	8	10				M	3250	8		9
25		4	5	6	7	8	9	10				M	2550	8		9
22		5	6	7	8	9	9	10				F	4000	8		9
18		5	6	7	9	9	10					F	2750	8		9
19		4	5	7	8	9	10					F	3600	7		8
22		4	5	6	7	9	10					F	2700	8		9
18		4	5	6	6	8	9	10				F	2800	8		9
22		5	6	7	7	8	9	9	10			F	3150	8		9
10		4	5	6	8	8	9	9	10			F	5000	8		9
PROMEDIO EDAD GRAL	25.															
EDAD MINIMA GRAL	10															
EDAD MAXIMA GRAL	39															
DILATACIONES PROMEDIO		DILAT	4.2	5.1	6.3	7.2	8.1	9	9.6	10	F= 9	PESO PROM	3267.18	PROMEDIO	7.9375	8.9375
		NUMERO	1	1	3	4	5	6	7	8	M= 7	PESO MAX	4000	MAXIMO	8	9
		No PACIENTE	16	1	16	16	16	16	11	4		PESO MIN	2700	MINIMO	7	8

TACI

PROTOCOLO DE INVESTIGACION
GRUPO DE PACIENTES DE CÉSAREA
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PELVIOMETRIA Y LA PUNERA DE TUP EN EMBARAZO A TERMINO Y PELVIS LIMITE

PACIENTE	EDAD	EXPMI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEXO	PESO	APGAR 1*	APGAR 5*
18	4	4	6	5	7	8	8	8					M	4300	7	9
19	4	5	6	6	6	6							F	3300	8	9
23	4	5	5	6	6	6							F	3060	8	9
36	4	5	6	6	7	7							M	3600	7	9
19	4	5	5	4	6	7							M	3478	8	9
21	5	6	7	7	7	7							F	3250	5	8
22	5	5	5	6	6	6	7						F	3251	7	9
31	4	4	5	6	6	6							F	3425	6	9
30	5	5	5	7	8	8	8	0					F	3025	8	9
29	4	5	5	7	8								F	3725	8	9
29	5	6	7										M	3250	3	6
18	4	5	5	6									M	3600	7	9
20	5	5	5	6	6								M	3625	8	9

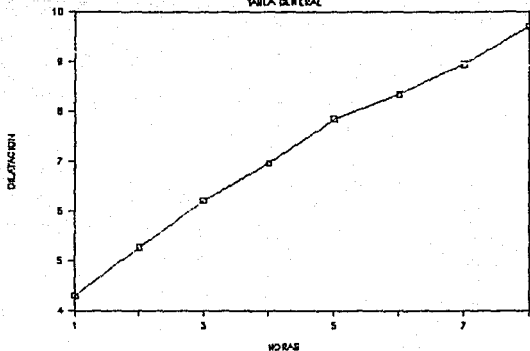
PROMEDIO EDAD GRAL 24,3
 EDAD MINIMA GRAL 18
 EDAD MAXIMA GRAL 36

										CULIF. APGAR				
										1*	5*			
DI. 1980M	4,3	5	5,8	6	6,6	6,7	7,6	8	F= 7	PESO PROM	3440,307	PROMEDIO	6,92	8,61
MAYIS	1	2	3	4	5	6	7	8	M= 6	PESO MAX	4300	MAXIMO	8	9
										PESO MIN	3000	MINIMO	3	6

TABLA 5

CURVA DE EVOLUCION DE TRABAJO DE PARTO

TABLA GENERAL

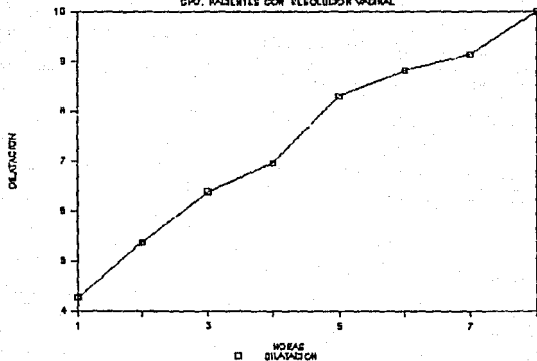


Evolucion grafica segun el cervicogram de Friedman en relacion a tiempo-dilatacion tanto en pacientes primigestas como multigestas sin sin tomar en cuenta la via de resoluci3n.

GRAFICA I

CURVA DE EVOLUCION DE TRABAJO DE PARTO

GPO. PACIENTES CON RESOLUCION VAGINAL

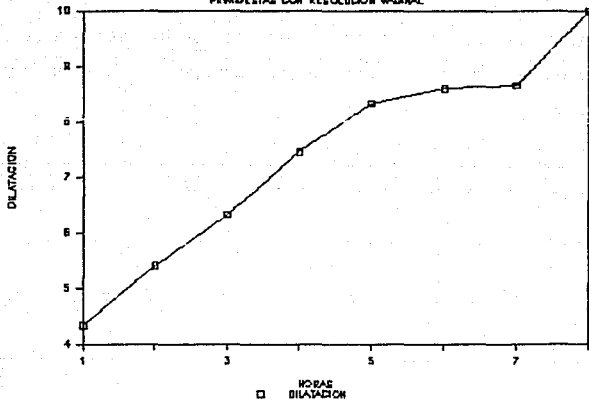


GRAFICA GENERAL (Pacientes que obtuvieron su producto por via vaginal)

Representacion grafica de dilatatacion-tiempo de pacientes con resolucion vaginal.

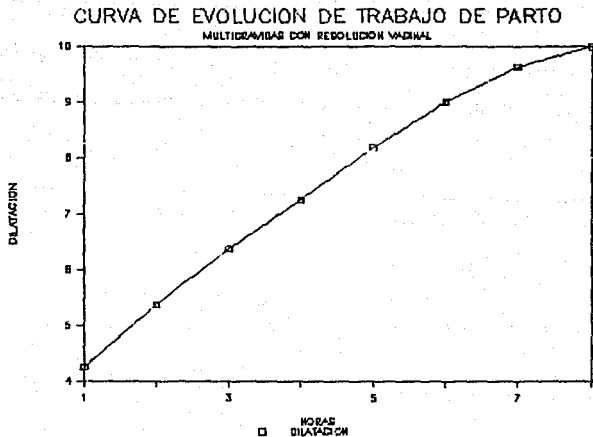
GRAFICA II

CURVA DE EVOLUCION DE TRABAJO DE PARTO
PRIMIGESTAS CON RESOLUCION VAGINAL



Representacion grafica de la evolucion del trabajo de parto en
pacientes primigestas con resolucion por via vaginal.

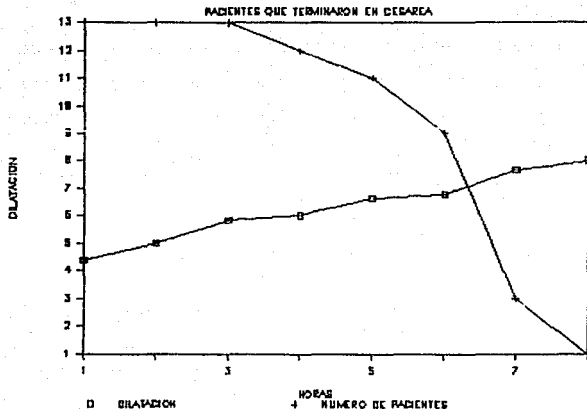
GRAFICA III



Representacion grafica de la evolucion de trabajo de parto en pacientes multigestas con resolucion del mismo por via vaginal.

GRAFICA IV

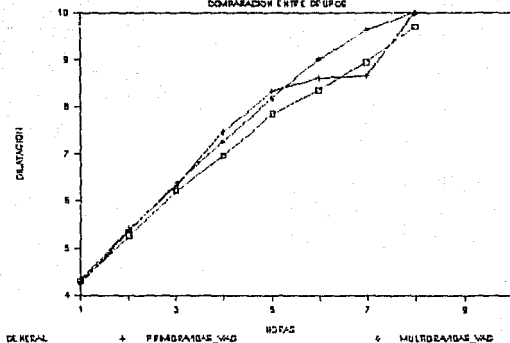
CURVA DE EVOLUCION DE TRABAJO DE PARTO



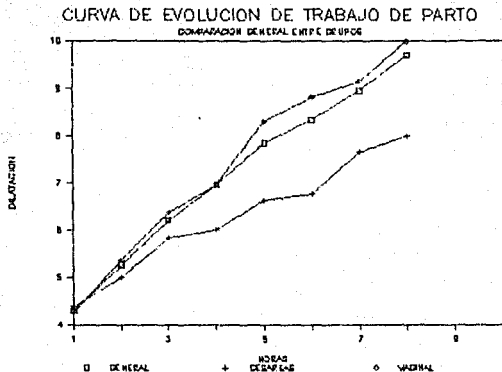
gráfica de la evolución de trabajo de parto según el cervicograma de Friedman en pacientes que terminaron en cesarea. tanto primigestas como multigestas.

GRAFICA I

CURVA DE EVOLUCION DE TRABAJO DE PARTO
COMPARACION ENTRE GRUPOS



Representación gráfica final del cervicograma de Friedman obtenida de las que obtuvieron su producto por vía vaginal del Grupo de primigestas y multigestas.



Representación grafica final del cervicograma de Friedman obtenida en el estudio de las pacientes que obtuvieron su producto por via vaginal y las que lo obtuvieron por cesarea. (obteninedose en la comparacion de ambas la gráfica general).

GRAFICA VII

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

NOMBRE:

EDAD:

EXPEDIENTE:

H. Ingreso:

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

MENARCA: _____ RM: _____ IVSA: _____ FUR _____ SDG

G _____ P _____ A _____ C _____ FUP _____ IP _____

VALORACION CLINICA:

SITUACION: _____ PRESENTACION: _____ FCF: _____ FU: _____

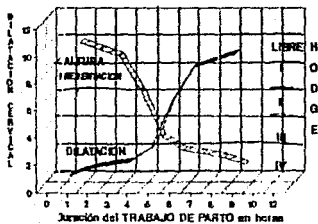
DILATACION: _____ BORRAMIENTO: _____ ALTURA: _____ VARIEDAD: _____

COMPLICACIONES: _____

DIAGNOSTICO: _____

VIA _____ DE _____ RESOLUCION: _____ PESO _____

CURVA DE EVOLUCION DEL PARTO



Hn:
SEXO

APGAR