



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL  
México • La Ciudad de la Esperanza

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA

“ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA PRESENTACION PELVICA EN EL  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE INGUARAN ”

TESIS PRESENTADO POR  
DR. LEON BENITO MENESES LADINO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA.

DIRECTOR DE TESIS:  
DR. TOMAS OCTAVIO PEREZ HERNANDEZ

m 346717

2005



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

“ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA PRESENTACION PELVICA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE INGUARAN”

DR. LEON BENITO MENESES LADINO



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

Vo. Bo. .

DR. JOSE ANTONIO MEMIJE NERI

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: MENESES LADINO  
Leon Benito  
FECHA: 10 Agosto - 05  
FIRMA: [Handwritten Signature]



Vo.Bo.

DR ROBERTO SANCHEZ RAMIREZ

DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS  
E INVESTIGACION  
UNAM

DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION



Vo.Bo.

DR TOMAS OCTAVIO PEREZ HERNANDEZ

---

DIRECTOR DE TESIS  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA  
Y OBSTETRICIA

## INDICE

<b>ASPECTOS CONCEPTUALES</b> .....	<b>2</b>
ANTECEDENTES .....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
JUSTIFICACIÓN .....	5
HIPÓTESIS Y CONSECUENCIAS VERIFICABLES .....	5
OBJETIVOS .....	6
<i>General</i> .....	6
<i>Específicos</i> .....	6
<b>ASPECTOS METODOLOGICOS</b> .....	<b>7</b>
<b>DISEÑO DE ESTUDIO</b> .....	<b>7</b>
<b>DEFINICION DEL UNIVERSO</b> .....	<b>7</b>
<b>DEFINICION DE UNIDADES DE OBSERVACION</b> .....	<b>7</b>
<b>UBICACION TEMPORAL Y ESPACIAL</b> .....	<b>7</b>
<b>DISEÑO DE LA MUESTRA</b> .....	<b>7</b>
<b>TAMAÑO DE LA MUESTRA</b> .....	<b>7</b>
<b>TIPO DE MUESTREO</b> .....	<b>7</b>
<b>DETERMINACION DE VARIABLES</b> .....	<b>8</b>
<i>Definición conceptual de las variables</i> .....	8
<i>Independientes:</i> .....	8
<i>Definición operativa de las variables</i> .....	8
<i>Variables a controlar (de confusión)</i> .....	8
PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	9
FUENTES E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	9
<b>ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD</b> .....	<b>9</b>
RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
COBERTURA DE ASPECTOS ÉTICOS .....	9
MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS SUJETOS DE ESTUDIO .....	9
MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS INVESTIGADORES O PERSONAL PARTICIPANTE .....	9
OTRAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS .....	9
<b>PROCESAMIENTO ESTADISTICO</b> .....	<b>10</b>
PLAN DE TABULACIÓN .....	10
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO: .....	10
ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA: .....	10
<b>ASPECTOS LOGISTICOS</b> .....	<b>10</b>
ETAPAS DEL ESTUDIO .....	10
CRONOGRAMA .....	10
RECURSOS HUMANOS .....	11
RECURSOS MATERIALES .....	11
RECURSOS FÍSICOS .....	11
FINANCIAMIENTO: .....	11
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>12</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>18</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>19</b>

## ASPECTOS CONCEPTUALES

### *Antecedentes*

La resolución del embarazo en la presentación pélvica continua siendo motivo de un gran número de publicaciones. Girando todo ello alrededor de que la morbilidad y mortalidad fetal es bastante mayor, que en la presentación cefálica.(1,2)

Hay diferencias fundamentales en el trabajo de parto y el parto en las presentaciones cefálicas y pelvianas. En el caso de una presentación cefálica, una vez que ha salido la cabeza, típicamente el resto del cuerpo le sigue sin dificultad. En cambio, en el caso de una presentación pélvica, salen partes del feto sucesivamente más grandes y mucho menos comprimibles.

Se han tomado como elementos de juicio, para emitir opiniones respecto al manejo obstétrico, diferentes datos estadísticos, así como la valoración de la experiencia personal. El obstetra ante el diagnóstico de feto en presentación pélvica, para lograr un buen manejo, debe conocer la variedad de presentación, antecedentes de cesárea anterior o parto pélvico previo, ruptura o no de saco amniótico, condiciones del cervix y la existencia de desproporción cefálico pélvica.

Algunos autores están de acuerdo con la atención de parto pélvico, mencionando que hay factores a considerar en el manejo del mismo y son: el adiestramiento obstétrico y la capacidad para resolver la emergencia que se pueda presentar o que se origine de mala atención del parto; favoreciendo así el aumento de la morbilidad materno fetal.

La morbilidad en el recién nacido básicamente depende de la hemorragia cerebral o hipoxia con las consecuencias posteriores a corto y largo plazo como son: epilepsias parálisis espástica y otras lesiones de sistema nervioso central.(6,7,8,9)

Los órganos que más se lesionan con frecuencia en el feto son el cerebro, el hígado, las glándulas suprarrenales, el bazo y la médula espinal, menos frecuentes las lesiones de vejiga.

La presentación pélvica va siempre asociada con mortalidad perinatal y coeficientes de morbilidad tres veces mayores, que aquellas encontradas en la presentación de vértice.(2,3,13,10,15) El riesgo de lesiones traumáticas a los fetos con presentación pélvica es el doble que con la presentación cefálica.(2,3,4)

La forma mas común de traumatismo fetal es la hemorragia cerebral asociada a laceraciones de tienda de cerebelo, un manejo excesivo y rápido de la cabeza es el responsable de este tipo de lesión. Las lesiones de la médula espinal, son ocasionadas por tracción excesiva. Los órganos mas a menudo lesionados posterior a cerebro y médula espinal son los abdominales: las lesiones hepáticas se manifestaron por rupturas de hematomas y el sangrado intra peritoneal. Estas rupturas hepáticas pueden ocurrir varias veces hasta el décimo día de nacimiento.(1,5)

Durante el parto pélvico, todos los órganos parenquimatosos abdominales se congestionan por compresión de las extremidades inferiores. Si se toma al feto del tronco en lugar de la pelvis, para facilitar la salida de hombros, el hígado, el bazo y las adrenales se lesionan. La presión directa sobre estos órganos origina la lesión intraparenquimatosa sin ruptura de la cápsula, es por esto, que la ruptura se puede presentar hasta 10 días después. El obstetra debe estar conciente de la acción y reacción de las presiones que aplica durante la extracción del feto, debe tomar en cuenta cuando, cuanto y como aplicar la fuerza en cada uno de los pasos de este proceso.

La pelvis debe tomarse en lugar del tronco para evitar las lesiones intraabdominales. También se debe tener extremo cuidado para extracción de cabeza última. Se puede ocasionar lesiones de médula espinal o hemorragia cerebral si no se hace una tracción moderada, en la extracción del feto con presentación pélvica.

Por otra parte de acuerdo a la fisiología obstétrica, está comprobado que durante el trabajo de parto, la presión que ejerce la fuerza de contracción sobre la cabeza del producto, tienen un carácter lesivo en la misma. Esto por el triple gradiente descendente. Aumentado a un trabajo de parto prolongado, con un feto en presentación pélvica condiciona a hipoxia fetal severa.

Estos conceptos relacionados a mecanismo de trauma fetal en la presentación pélvica, deben ser profundamente meditados, con objeto a mejorar el manejo de la presentación que resulte en la disminución de índice de morbilidad y mortalidad fetal.(5)

Por otra parte este problema ha dado lugar a diferentes autores que argumenten a favor de una mayor liberación en las indicaciones de la operación cesárea tomando en cuenta no únicamente el peligro fetal inminente si no el daño potencial tardío para la madre y feto.(1, 2, 4, 9)

El problema se agudiza mas, cuando se presenta en una primigesta, sin embargo no se puede exagerar la importancia de un solo dato a estimar, pues se puede caer en la conducta rutinaria de resolver todo caso de presentación pélvica mediante operación cesárea. (10)

Si bien es cierto que sus resultado son buenos en la morbilidad y mortalidad fetal, el hecho mismo de la operación quirúrgica, de dejar una cicatriz uterina, los riesgos inherentes de anestesia, deben ser motivos de importantes reflexiones, sobre todo si te toma en cuenta que hay otros autores con actitudes menos rígidas que reportan buenos resultados.

La presentación pélvica es aquella en que la pelvis del feto está en relación con la pelvis de la madre. La pelvis fetal constituye el polo conductor del parto, y el punto toconómico es el sacro del feto. Se reconocen dos variables de presentación pélvica: completa e incompleta. En la completa los muslos del feto están flexionados sobre el abdomen y la piernas flexionadas sobre los muslos, de manera que la exploración vaginal palpa la pelvis y los pies del feto; esta presentación tiene dos variantes con uno o dos pies descendidos, en la incompleta se presenta la pelvis del feto, los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas se encuentran en extensión.

## ***Planteamiento del problema***

Dado que la presentación pélvica tiene una incidencia de 3-4% de todos los parto de término, no obstante conviene señalar que entre las semanas 26 a la 28 de la gestación se observa en 25 a 28% de los casos. (1,15)

La morbilidad materna esta entre el 15 a 20% de los casos, se produce lesiones en el canal de parto que pueden llegar hasta la ruptura uterina y se deben a maniobras bruscas de extracción, Kristeller, presión suprapúbica, aplicación de forceps. La mortalidad materna es tres veces mayor en el parto pélvico que en el cefálico resultado de hemorragias choque o infecciones derivadas del trauma intraparto. (2,3,4,10,11)

La morbilidad fetal, oscila entre 18 y 75% y se relaciona con retención de hombros, retención de cabeza, aspiración de líquido amniótico, fractura de clavícula, húmero, Fémur, o cráneo, parálisis de Erb, hemorragia cerebral, convulsiones, luxaciones de cadera de hombros,

La mortalidad perinatal de 10 a 12% y se atribuye a hemorragia cerebral, hipoxia, anoxia, bronconeumonía por aspiración etc. (5, 6, 7, 8, 13)

Por lo dicho anteriormente se hace resaltar la importancia de detectar y manejar la presentación pélvica con un criterio uniforme al final del embarazo o durante el trabajo de parto sea este de término o pretermino.

¿Cuál será el método de resolución del embarazo mas adecuado para la disminución de las causas de morbilidad y mortalidad materno fetal en el hospital materno infantil de Inguarán?



## ***Justificación***

El producto en presentación pélvica, representa un riesgo alto y por muchos motivos constituye un reto para el obstetra.

Los problemas inherentes al tratamiento de la presentación pélvica, no solo se refieren a los asociados con la incertidumbre y la mecánica que implica la presencia de una cabeza ulterior. En comparación con el parto cefálico, el pélvico tiene características y patrones específicos, así como complicaciones que se manifiestan por el incremento de los índices de morbilidad y mortalidad fetal. (12,13,14)

Muchos estudios muestran que la morbilidad y mortalidad fetal es inferior y las puntuaciones de Apgar son mas altas en los recién nacidos con presentación pélvica extraídos por operación cesárea que en los nacidos por vía vaginal.(12,14, 15)

El estudio sobre la problemática que implican la presentación pélvica, redundará en el mejoramiento de la atención del binomio materno fetal, mediante el abatimiento de los índices de morbilidad y mortalidad para ambos.

## ***Hipótesis y consecuencias verificables***

El parto vaginal con presentación pélvica independientemente de la edad gestacional, se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad materno fetal.

El parto vaginal con presentación pélvica independientemente de la edad gestacional, se asocia a una menor morbilidad y mortalidad materno fetal.

La resolución mediante la operación cesárea en mujeres con Presentación Pélvica se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad materno fetal

La resolución mediante la operación cesárea en mujeres con Presentación Pélvica se asocia a una menor morbilidad y mortalidad materno fetal

## **Objetivos**

### **General**

Determinar el impacto de la presentación pélvica en gestantes que son ingresadas a UTQ en Hospital materno infantil de Inguarán y determinar la mejor vía de resolución del embarazo en esta unidad.

### **Específicos**

Realizar estudio epidemiológico de la presentación pélvica en gestantes que son ingresadas a UTQx. en el Hospital Materno Infantil Inguarán en el primer trimestre del 2003 en las cuales se llevo la resolución del embarazo.

Determinar la frecuencia de la presentación pélvica.

Determinar vía de resolución

Determinar el factor etiológico de esta presentación.

Determinar la morbilidad y mortalidad materna tanto por parto vaginal como la cesárea.

Determinar la morbilidad y mortalidad fetal tanto por parto vaginal como cesárea.

Determinar en que semana de gcestación que se resolvió embarazo

Determinar los factores etiológicos mas frecuente en la presentación pélvica

Identificar grupo de edad más afectado con la presentación pélvica

## **ASPECTOS METODOLOGICOS**

### **DISEÑO DE ESTUDIO.**

Descriptivo retrospectivo transversal.

### **DEFINICION DEL UNIVERSO**

Toda mujer embarazada que ingreso a unidad tocó quirúrgica del Hospital Materno Infantil de Inguarán, donde se llevo a cabo la resolución del embarazo.

### **TIPO FINITO**

### **DEFINICION DE UNIDADES DE OBSERVACION**

#### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Todo expediente de paciente embarazada que ingreso a la unidad tocó quirúrgica en donde se realizo la interrupción del embarazo.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Todo expediente de paciente con embarazo menor a 20 semanas en el momento de la resolución del embarazo.

#### **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

Todo expediente de paciente embarazada con embarazo múltiple.  
Todo expediente de paciente incompleto.

### **UBICACION TEMPORAL Y ESPACIAL**

Hospital Materno Infantil de Inguarán del 1 de enero al 31 marzo 2003

### **DISEÑO DE LA MUESTRA**

No aplica.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

No aplica

### **TIPO DE MUESTREO**

No aplica

## DETERMINACION DE VARIABLES

### Definición conceptual de las variables

Dependientes:

Incidencia: como el número total de pacientes las cuales al momento de la resolución del embarazo se encontraban con presentación pélvica entre el número de nacimientos en el periodo de 3 meses en hospital materno infantil de Inguarán.

Apgar : al método de exploración del recién nacido con el fin de establecer los efectos secundarios al manejo obstétrico. La exploración al minuto es muy útil como guía para valorar asfisia neonatal.

Morbilidad fetal o materna: Número proporcional de pacientes o fetos que presentaron alguna enfermedad a causa de presentación pélvica en el periodo de 1 enero 31 de marzo de 2003.

Mortalidad fetal o materna: Número proporcional de fallecimientos ocasionados en las pacientes o fetos a causa de la presentación pélvica ya sean estos maternos o fetales en el periodo 1 de enero al 31 de marzo de 2003.

### Independientes:

Cesárea: como la interrupción del embarazo por vía abdominal a través de una incisión uterina con la extracción de un producto mayor a 27 semanas de gestación

Parto: como la expulsión del feto y sus anexos por vía vaginal, posterior a 27 semanas de gestación.

### Definición operativa de las variables

VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Apgar del recién nacido	Puntaje	Cuantitativa numérica
Morbilidad fetal	Tipo de complicación	Cuantitativa nominal
Morbilidad materna	Tipo de complicación	Cuantitativa nominal
Mortalidad fetal	cuantitativa	Cualitativa nominal
Mortalidad materna	cuantitativa	Cualitativa nominal
Cesárea	numérica	Cuantitativa numérica
Parto	numérica	Cuantitativa numérica

### Variables a controlar (de confusión)

No aplica

## ***Procedimientos para recolección de datos***

Se revisaron las libretas de atención de partos obteniéndose el número de expedientes clínicos, posteriormente se acudió al archivo clínico del HOSPITAL Materno Infantil de Inguarán se vaciaron los datos en las hojas de recolección.

Prueba piloto: SÍ ( ) NO ( x )

## ***Fuentes e instrumentos para recolección de datos***

Acudir al archivo clínico del hospital materno infantil de Inguarán, y recolectar expedientes de mujeres a las cuales se llevo a cabo la resolución del embarazo durante el periodo del 1 de enero al 31 marzo del 2003.

3.6.1. Instrumentos validados: SÍ (X) NO ( )

## **ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD**

### ***Riesgo de la Investigación***

Sin riesgo

### ***Cobertura de aspectos éticos***

Se recolectará información retrospectiva en base a expediente clínico

### ***Medidas de seguridad para los sujetos de estudio***

No requiere

### ***Medidas de seguridad para los investigadores o personal participante***

No aplica

### ***Otras medidas de seguridad necesarias***

No aplica

## PROCESAMIENTO ESTADISTICO.

### ***Plan de tabulación***

Describir procedimiento para recuento de datos y esquemas de tabulación

### ***Plan de análisis estadístico:***

Mencione el tipo de medidas de resumen, gráficos y pruebas que se ocuparán de acuerdo al tipo de variables

### ***Estadística Descriptiva:***

Se obtendrá por porcentajes

## ASPECTOS LOGISTICOS

### ***Etapas del estudio***

Recopilación bibliográfica: recabar artículos sobre el tema, metaanálisis, revisión, estudios clínicos.

Elaborar protocolo: elaboración en base a formato predestinado

Estudio de campo: aplicación de la metodología de estudio en el área hospitalaria

Análisis de resultados: recabar resultados, y realización de análisis con asesoramiento

Elaborar informe final.

### ***Cronograma***

Actividad	septiembre	octubre	noviembre
Elección del tema	XXXXXX		
Recopilación bibliográfica	XXXXXX		
Elaboración de protocolo		XXXXX	
Estudio de campo			XXXXX
Análisis de resultados			XXXXX
Elaboración informe final			XXXXX

### ***Recursos humanos***

Médicos residentes de ginecología y obstetricia que se encuentren rotando en esta unidad, médicos adscritos a este servicio.

### ***Recursos materiales***

Escritorio, lápiz, goma, sacapuntas, libreta, calculadora, hojas de tamaño carta, computadora con programación office, bibliografía médica, artículos de revisión expedientes clínicos.

### ***Recursos físicos***

Instalaciones intra hospitalaria: unidad toco quirúrgica, archivo hospitalario

### ***Financiamiento:***

Interno a cargo del investigador

## RESULTADOS

En el presente estudio epidemiológico se revisó el total de ingresos a esta unidad durante el periodo de 1 de enero de 2003 al 31 de marzo de 2003 fue de 2021 gestantes, donde se detectaron 113 expedientes de pacientes con presentación pélvica de las cuales se eliminaron 6 casos por ser embarazos múltiples, de los 107 expedientes restantes se realizó la interrupción del embarazo por vía vaginal o abdominal con un porcentaje de 5.6 %.

De acuerdo a grupo de edad, se encontró un mayor número de embarazo entre los 16 a 30 años de edad lo cual esta de acuerdo con el periodo de mayor reproducción en la mujer. Ver tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia de la presentación pélvica de acuerdo a grupo de edad.

Edad Materna	Frecuencia	%
10 a 15	3	2,8
16 a 20	40	37,4
21 a 30	46	43
31 a 40	16	15
41 a 50	2	1,87

Se encontró mayor frecuencia de presentación pélvica en multigestas que en primigestas, resultando en 61.7% para multigestas y 38.3% para primigestas. Ver tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia de la presentación pélvica de acuerdo a primigesta o multigesta.

	frecuencia	%
multigestas	66	61,7
primigestas	41	38,3

Se encontraron 16 embarazadas (15%) con antecedentes de cesárea anteriores.

La edad gestacional fue de 26 a 42 SDG. Sin embargo el embarazo a término fue el más frecuente. Se observó que entre la semana 37 a la 41, hubo mayor número de casos con esta presentación consistiendo en 77 pacientes (72%). Ver tabla 3.

Tabla 3. Frecuencia de la presentación pélvica de acuerdo a edad gestacional.

	frecuencia	%
26 a 30 semanas	6	5,61
31 a 36 semanas	19	17,8
37 a 41 semanas	77	72
mas de 42 semanas	5	4,67

El embarazo con presentación pélvica, complicado con trabajo de parto prematuro, fue frecuente encontrándose en 25 casos con un porcentaje de 23.4% ver tabla 3.



Observamos enfermedades asociadas al embarazo y encontramos con mayor frecuencia a la Enfermedad Hipertensiva inducida por el Embarazo con 8 casos (7.48%), en segundo lugar Ruptura prematura de membranas con 3 casos (2.8%), tercer lugar Malformaciones uterinas 2 casos (1.87%), Miomatosis uterina 2 casos (1.87%). Ver tabla 4.

Tabla 4. Frecuencia de complicaciones del embarazo que se asocio a la presentación Pélvica.

Complicación	Frecuencia	%
EHIE	8	7.48
Ruptura Prematura de Membranas	3	2.8
malformación congénita del útero	2	1,87
miomatosis uterina	2	0,93

En el momento del ingreso en la unidad toco quirúrgica se llevo a cabo una revisión del estado cervical a las pacientes encontrándose dilatación completa en 23 casos (21%), de los cuales se resolvieron vía vaginal. Ver tabla 5.

Tabla 5. Estado cervical al ingreso de Unidad Tocó Quirúrgica.

Dilatación	frecuencia	%
0 a 2	27	25,2
3 a 9	57	53,3
10	23	21,5

Los oxitócicos se utilizaron en 9 pacientes para la inducción o conducción de trabajo de parto en 6 embarazos con producto único óbito que fueron ingresados a esta unidad y en pacientes las cuales llegaron con Ruptura prematura de membranas con productos inmaduros. La duración del trabajo de parto ya sea en la inducción o conducción fue en promedio de 1 a 10 hrs. en un 94.4%, el trabajo de parto prolongado fue de un 5.6%. Ver tabla 6.

Tabla 6. Duración del Trabajo de parto en las pacientes desde su ingreso Hasta la resolución del Embarazo.

Horas	frecuencia	%
1 a 5	37	34,6
6 a 10	64	59,8
11 a 15	5	4,67
mas de 15	1	0,93

La Resolución del embarazo.

En los 107 casos estudiados, se realizo de la siguiente manera: se practico cesárea en 74 casos (69.7%) y por vía vaginal se resolvieron 33 casos (30.3%). El número de embarazos resueltos por vía abdominal, supera en más del doble al número de embarazos resueltos por vía vaginal. Ver Tabla 7.

Tabla 7. Vía de resolución del embarazo con presentación pélvica.

Vía resolución	Frecuencia	%
Vaginal	33	30,3
Abdominal	74	69,7

La resolución del embarazo en las primigestas, fue casi en su totalidad por vía abdominal encontrándose un porcentaje de cesárea de 88.3%, contra 11.7% de partos vaginales en el mismo grupo. En las multigestas el número de cesárea supero al parto vaginal en un 15.6%. Ver Tabla 8.

Tabla 8. Frecuencia y vía de resolución de embarazo de acuerdo a los antecedentes obstétricos.

Primigesta	frecuencia	%
vía vaginal	5**	11,7
Vía abdominal	36	88,3
Multigesta		
vía vaginal	28**	42,2
vía abdominal	38	57,8

\*\*Mas de la mitad de las pacientes ingresaron en periodo expulsivo.

En cuanto a las complicaciones presentadas durante el Trabajo de parto fueron en el siguiente orden. Ruptura prematura de membranas con 7 casos, retención de cabeza ultima l caso.

Uno de los parámetros más importantes en este estudio fue, la evaluación ponderal de los fetos, con el objeto de determinar, el índice de peso mayor o menor de 2000grs.

Se encontró que el porcentaje mas alto correspondió a productos con peso de mas de 2000grs con un porcentaje de 88.73%. Por debajo de 2000grs se encontró un porcentaje de 11.27%. Ver Tabla 9.

Tabla 9. Resultado obtenido sobre el peso de productos

peso	frecuencia	%
500 a 1000	3	2,8
1001 a 2000	9	8,41
2001 a 2500	21	19,6
2501 a 3900	73	68,2
mas de 3901grs	1	0,93

Se realizó una evaluación, sobre el tipo de resolución del embarazo y el peso de fetos obtenidos.

De un total de 74 embarazos resueltos por vía abdominal se extrajeron un total de 69 fetos mayores de 2000grs con un porcentaje de 93.2% y 5 fetos con peso menor de 2000grs con un porcentaje de 6.8%. Por vía vaginal se obtuvo 26 fetos con peso mayor a 2000grs con un porcentaje de 78.8% y 7 fetos con peso menor a 2000grs con un porcentaje 22.2%. Ver tabla 10.

Tabla 10. Relación del peso de fetos previa presentación pélvica de acuerdo a vía de resolución.

Peso del Feto	vía abdominal	vía vaginal
500 a 1000	1	2
1001 a 2000	4	5
2001 a 2500	9	12
2501 a 3900	59	14
mas de 3901grs	1	
Total	74	33

Se hizo una valoración sobre la puntuación del Apgar obtenido en los fetos de acuerdo a su vía de resolución encontrándose, un porcentaje del 81.1% cuando tuvieron una calificación de 7 a 10 por vía abdominal y un porcentaje del 42.4% los que se obtuvieron por vía vaginal. Ver tabla 11.

Tabla 11. Valoración Apgar de los fetos al minuto de nacimiento de acuerdo a la vía de resolución que se utilizo.

calificación	vía vaginal	%	vía abdominal	%
0	7*	21.21	1	1.35
1 a 3	3	9.09	3	4.05
4 a 6	9	27.27	10	13.51
7 a 10	14	42.42	60	81.08
total	33	100	74	100

\* Se ingresaron 6 productos con diagnóstico de óbito fetal los cuales si se excluyen

#### Morbilidad fetal.

Se encontró un alto índice de asfixia siendo esta ocasionada por síndrome de dificultad respiratoria: encontrándose 12 casos por enfermedad de membrana hialina, 6 casos por bronco aspiración en productos de término.

Con estos resultado se encuentra que el total de las causas de morbilidad en la resolución vía vaginal se encuentra un 48% y para la vía abdominal se encontró un 9.58%. Ver Tabla 12.

Tabla 12. Principales causas de morbilidad fetal de acuerdo a vía de resolución que se utilizo.

Causa	vía vaginal		vía abdominal
Asfixia	8		4
broncoaspiración	3		3
lesión braquial	1		
fractura de clavícula	1		
Total	13*	48%	7

- recordando que de los ingresos con diagnóstico de óbito fetal los cuales se resolvió vía vaginal fueron 6, total de 27 embarazos con productos vivos.
- Recordando que un embarazo con producto óbito se resolvió vía abdominal por indicación materna (preeclampsia severa)

#### Resultados de mortalidad

De los 107 casos revisados en este trabajo, se presento un total de 12 muertes de las cuales 7 eran productos muertos al ingreso a la unidad, 2 murieron intraparto los cuales eran productos inmaduros menores a 28 semanas de gestación y 3 muertes posparto. Ver tabla 13.

Tabla 13 frecuencia de muertes observadas en fetos durante el estudio en la presentación pélvica .

ingresaron muertos	7
intraparto	2
postparto	3

Las principales causas de mortalidad fueron en el siguiente orden.

Los productos que se ingresaron con diagnóstico de producto óbito, la principal causa fue la interrupción de la circulación materno fetal.

En los fetos vivos en su ingreso a esta unidad la primer causa fue con 3 fetos pretérmino en el englobamos las ocasionadas por complicaciones relacionadas al tratamiento o directamente al síndrome de dificultad respiratoria (ocasionados por enfermedad de membrana hialina).

La interrupción de la circulación materno fetal fue la segunda causa con 2 muertes intraparto, de estas causas de muerte fue mas frecuente en vía vaginal con 4 casos y un porcentaje del 12.12% (corregido al excluir a los fetos en su ingreso diagnosticados como óbito), siendo esta mayor que el porcentaje que fue obtenidos por vía abdominal siendo este de 1.35%. Ver tabla 14 y 15.

Tabla 14. Instante en el cual ocurrió la muerte perinatal.

Momento	vía vaginal	vía abdominal
intraparto	2	0
Posparto	2	1
Preparto	6	1
Total	10	2

Tabla 15. Causas de Mortalidad Fetal.

Causa	vía vaginal	vía abdominal
Síndrome de Dificultad Respiratoria	2	1
interrupción de la circulación materno fetal	8	1

Morbilidad materna en el manejo de la presentación Pélvica.

Se realizo una evaluación sobre la frecuencia de las causas de morbilidad materna resultante de la resolución del embarazo por vía vaginal y abdominal. Las complicaciones se dividieron en tempranas y tardías.

En la vía vaginal la complicaciones fueron tempranas: laceraciones perineales (3 casos), prolongaciones de episiotomía (6 casos), desgarros cervicales (2 casos) y hemorragia por hipotonía uterina transitoria (2 caso). El porcentaje de complicaciones inmediatas fue de 39.19% para esta vía. Ver tabla 16<sup>a</sup>

En la vía abdominal se presento una complicación temprana que correspondió lesión vejiga (1 caso), deciduitis (5 casos) y dehiscencia de herida quirúrgica a nivel de piel y tejido celular subcutáneo (4 casos) con un porcentaje de 16.22%. ver tabla 16 b.

Tabla 16<sup>a</sup> . Principales causas de morbilidad materna en la vía de resolución vaginal.

Causa	frecuencia	%
prolongación de episiotomía	6	18,18
laceración perineal	3	9,09
desgarro cervical	2	6,06
hipotonía uterina	2	6,06
total	13	39,39

Tabla 16b. Principales causas de morbilidad materna en la vía de resolución Abdominal.

Causas	frecuencia	%
lesión vejiga urinaria	1	1,35
deciduitis	6	8,11
dehiscencia de herida quirúrgica	5	6,76
total	12	16,22

Mortalidad materna

En ninguna de las dos vías de resolución se suscito ninguna muerte materna.

## CONCLUSIONES

Se encontró en el periodo de estudio una frecuencia del 5.6 % de presentación pélvica en gestantes a las cuales se interrumpió el embarazo siendo esta ligeramente elevada a las referidas por las bibliografías explicable por ser esta unidad de concentración.

Siendo representado en primigestas con 38.3% y multigestas con 61.7%.

La edad gestacional en la cual se llevo a cabo la interrupción del embarazo fue 3-1 siendo mayoría fetos de término. Siendo el trabajo de parto pretermino uno de los factores mas frecuente encontrándose un porcentaje del 23.4%.

En el presente estudio se observa una disminución en la utilización de oxitócicos, lo que consideramos explicable, por la tendencia actual, en nuestra institución de la vía abdominal, como vía de resolución para evitar el trauma provocado por la contracción en la relación polo cefálico –fondo uterino, con lo que esta de acuerdo con diversos autores.

La resolución de la presentación pélvica por vía abdominal fue del 69.7% contra 30.3% por vía vaginal. Correspondiendo del total de primigestas 88.3% y de multigestas del 57.8%, lo que refleja la tendencia actual del criterio prevaleciente en este hospital, la utilización de la vía abdominal para la interrupción del embarazo en la presentación pélvica. Tratamiento llevado a cabo por la mayoría de los autores basados en obstetricia moderna y perinatología.

En relación al peso y edad de los fetos con presentación pélvica siendo estos pretermino tienen una mayor morbilidad y mortalidad cuando son extraídos por vía vaginal que por la vía abdominal, ya que la inmadurez del producto, se agrega la hipoxia transitoria del parto y el peligro de traumatismo por lo que se recomienda realizar mayor número de cesárea.

Se realizo valoración de calificación Apgar y vía de resolución concluyendo que la mejor vía para la resolución es la abdominal encontrándose calificaciones superior a 7 en 81% de los fetos y por vía vaginal únicamente el 42.42%.

En cuanto a causas de morbilidad son mas altas en la vía de resolución vaginal 5 veces que la vía abdominal, la principal causa para ambas son originadas por la presencia de síndrome dificultad respiratoria por ser productos pretérmino.

En cuanto a la mortalidad se encontró la principal causa relacionada al tratamiento o complicaciones de síndrome de dificultad respiratoria (membrana hialina).

La mortalidad es mayor 1 a 10 comparada la vía vaginal contra la vía abdominal.

Morbilidad materna de acuerdo a la vía de interrupción tenemos que es mayor en la vía de resolución vaginal en relación 3 a 1 contra la abdominal. Siendo inmediatas todas ellas. En la vía abdominal se encontró principalmente complicaciones mediatas a tardías. En ninguna de las dos vías de resolución se suscito la muerte materna.

El beneficio de la resolución de la presentación pélvica por vía abdominal, se refleja en la baja morbilidad y mortalidad perinatal observada en este grupo, en que resulto menos de la mitad tanto la morbilidad como la mortalidad y analizando el motivo en relación a las muertes fetales este fue menor que por vía abdominal 1.35% contra 12.12 % vía vaginal.

Basados en la baja frecuencia de morbilidad y mortalidad fetal en la vía abdominal en relación a la vía vaginal, podemos concluir que la vía de elección para la resolución de

la presentación pélvica debe ser la vía abdominal y solo sería discutible en casos particulares considerados como no viables.

Cuando se trate de productos pretermino, se aconseja la utilización de vía abdominal que la vaginal.

En relación a la morbilidad materna observada únicamente en la vía abdominal, debemos concluir que esta no es atribuible a la presentación pélvica en si, si no a la intervención que lleva intrínseco, la incidencia de factores, que contribuyen a complicar un acto quirúrgico. Esto no debe limitar la utilización de la operación en la presentación pélvica.

## Bibliografía

1. Cunningham F G, MacDonal P C, et al, Williams Obstetricia 20'a. Edición. Buenos aires, Editorial médica Panamericana, 1998 498-495.
2. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375-1383.
3. Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
4. Watson WJ, Benson WL. Vaginal delivery for the selected frank breech infant at term. *Obstet Gynecol* 1984;64:638-40.
5. Dag Moster MD, Rolv T. Lie PhD. The association of Apgar score with subsequent death and cerebral palsy: A population-based study in term infants. *Journal of Pediatrics* , Volume 138 • Number 6 • June 2001
6. Herder GA. Cerebral parese hos barn i Nordland 1977-91. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998;118:706-9.
7. Peliowski A, Finer NN. Birth asphyxia in the term infant. In: Sinclair JC, Bracken MB, editors. *Effective care of the newborn infant*. Oxford: Oxford University Press; 1992. p. 249-79.
8. Perlman JM, Risser R. Can asphyxiated infants at risk for neonatal seizures be rapidly identified by current high-risk markers? *Pediatrics* 1996;97:456-62
9. Albrecht Giuliani MD , Wolfgang M.J. Schöll MD . Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 187 • Number 6 • December 2002
10. Weiner CP. Vaginal breech delivery in the 1990s. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35:559-69.
11. Schiff E, Friedman SA, Mashiach S, Hart O, Barkai G, Sibai BM. Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries: Seven-year experience at a single center. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:18-23.
12. Scorza WE. Intrapartum management of breech presentation. *Clin Perinatol* 1996;23:31-49.
13. Croughan-Minihane MS, Pititti DB, Gordis I, Golditch I. Morbidity among breech infants according to method of delivery. *Obstet Gynecol* 1990;75:821-5.
14. Brown L, Karrison T, Cibil LA. Mode of delivery and perinatal result in breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:28-34
15. Albrechtsen S, Rasmussen S, Reigstad H, Markestad T, Irgens LM, Dalaker K. Evaluation of a protocol for selecting fetuses in breech presentation for vaginal delivery or cesarean section. *Am*