

115
20y

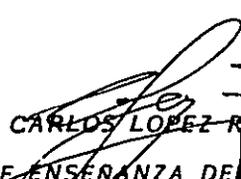
TRABAJO DE INVESTIGACION

AUTORIZADA POR:


DR.: CARLOS LOPEZ ROSALES
ASESOR


DR. JORGE HUGO CISNEROS LUGO

**JEFE DEL SERVICIO Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE GINECO-OBSTETRICIA**


DR. CARLOS LOPEZ ROSALES SUB-DIRECCION GENERAL MEDICA
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL

**PESTIS CON
FALLA DE ORIGEN**



1988

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION



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 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.

RESUMEN

El manejo de 73 pélvicos fueron analizados, para ver si la cesárea y maniobras adecuadas, mejoran los resultados maternos y fetales. De 33 a 36 semanas fueron 19.2%, de 37 a 42 semanas el 80.8%. Nullíparas 53.4%, multíparas 46.6%. Morbilidad materna del 15%, mortalidad de cero. Peso de los productos de 2500 a 3500 gr. 69.9%, Apgar a los 5 minutos de 7 o más 90.5%, Maniobras trans-cesárea adecuadas correlacionadas con Apgar de 7 o más 97%, maniobras inadecuadas 62%. La morbilidad fué del 9.5%, mortalidad de cero. Malformaciones fetales 6.8%. Se concluye que la cesárea y maniobras adecuadas mejoran el pronóstico perinatal del pélvico.

SUMMARY

The management of 73 Breech presentation are reviewed, for see if cesarean section and fit maneuver betterment, maternal or fetal outcome. Of 33 to 36 weeks of gestational age were 19.2%, of 37 to 42 weeks 80.8%. Nulliparous 53.4%, multiparous 46.6%. Maternal morbidity is the 15%, mortality of zero. Fetal weight 2500 to 3500 gm 69.9%. Apgar scores the five minutes of 7 or plus were 90.5%. Fit maneuver during cesarean section with apgar scores of seventh o more; 97%, inadequate maneuver 62%. The fetal morbidity were 9.5%, zero mortality. Congenital abnormalities of 6.8%. In conclusion, that cesarean and fit maneuver, to birth, improvement perinatal outcome, in the breech presentation.

INTRODUCCION

Se puede definir la presentación pélvica; cómo el feto que ocupa un eje longitudinal, con polo cefálico en el fondo uterino y polo pélvico en el estrecho superior de la pelvis materna.

Tiene una frecuencia del 2 al 4%, existiendo en dos variedades pélvico completo, y pélvico incompleto. Etiología múltiple, en - globándose en causas; maternas (anomalías uterinas, tumores), fe - tales (anomalías, prematuridad) y desconocidas. (3,9,16).

El pélvico tiene 3 características por las cuales su morbilidad y mortalidad son elevadas, éstas características son: 1.- Pre - maturidad, 2.- Anomalías congénitas, 3.- Manejo inadecuado durante el nacimiento (1,2,8, 15,21).

El pélvico tiene un mecanismo de trabajo de parto, que consiste en: 1.- Expulsión de miembros inferiores y cadera, 2.- Brazos, hombros, y 3.- Cabeza última, existiendo diversas maniobras para ello (4,16,17), la vía de extracción del producto en presentación pélvica, continúa siendo tema de controversia mundial, hay quienes se inclinan por parto vaginal bajo ciertos criterios (3,4,10,20) Hay quienes sugieren efectuar versión externa (11,14) otros que la condenan (3,10), un tercer grupo; el cual efectúa ce - sárea a todos estos pélvicos. Los reportes de muchos autores parecen indicar que la cesárea mejora la morbilidad y mortalidad perinatal en esta presentación (5,6,9,16). Sin embargo otros reportes son controversiales (7,8,18,20).

Por ello surgió la pregunta ¿Ha mejorado la cesárea la morbilli - dad y mortalidad fetal, así cómo la materna en el pélvico? De esto nos evidenció la hipótesis; probablemente no, porque no efectuamos durante la cesárea las maniobras propias para la extrac -

ción. Si se demuestra la hipótesis se disminuiría el número de cesárea, los días cama y los gastos de hospital, pero, si la cesárea ha disminuido la morbilidad y mortalidad fetal, se seguirá recomendando ésta, por el bienestar del binomio.

MATERIAL Y METODOS

Es un estudio observacional, transversal, comparativo y abierto. Realizado en la ciudad de México, D.F., en el hospital Dr. Darfo Fernández del ISSSTE, en la sección de ginecoobstetricia, del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1987. El material utilizado fueron mujeres embarazadas y productos pélvicos obtenidos por cesárea, ya sea de término o pretérmino viables. Los parámetros a revisar: edad materna, semanas de gestación, paridad, control prenatal, trabajo de parto o no, amnios roto o no, anestesia utilizada, maniobras utilizadas, incidentes transoperatorios, evolución puerperal; del recién nacido: sexo, peso, apgar, evolución neonatal. Se analizarán éstos resultados con los obtenidos en un estudio realizado en 1977, en éste mismo hospital. Los recursos son médicos, paramédicos, área tocoquirúrgica, expedientes clínicos, estadística, y literatura mundial. Las maniobras utilizadas en el servicio, para la extracción pélvica; localización polo pélvico, orientación caderas, asa de cordón, orientar hombros, dirigir polo cefálico, y levantar el cuerpo del feto hacia el tórax materno.

RESULTADOS

Del 10. enero al 31 diciembre de 1987, se atendieron 2885 partos en el hospital Dr. Darío Fernández del ISSSTE, encontrando a 78 en presentación pélvica lo que dió un porcentaje del 2.7%.

De los 78 pélvicos nacieron vía vaginal 5, por llegar las pacientes en período expulsivo y ser multiparas, los restantes 73 productos nacieron por cesárea y representó el 93.5%, éste último, fué el grupo de estudio, fig.1.

Las nulíparas (N) 39, las Multiparas (M) 24, la variedad de presentación pélvica fué: pélvico completo 40 y pélvico Incompleto 33. cuadro 1.

La edad de las pacientes: de 16 a 19 años 7, de 20 a 24 años 19 de 25 a 29 años 25, 30 a 34 años 10,, de más de 35 años 12, siendo más frecuente en la paciente joven, fig. 2. Por semanas de gestación de 33 a 36 s 14 (19.2), de las cuales 6 (N) y 8 (M), de 37 a 42 s 59 (80.8), (N) 33 y (M) 26 cuadro 1. Control prenatal lo llevaron regularmente 38; (N) 25 (M) 13, Irregularmente 16; N 4, M 12, las que no llevaron control 19; N 10, M9, llevando control prenatal más del 50% de las pacientes. Cuadro 1.

El fondo uterino de 29 cms. o menos 14, de 30 a 33 cms. 55, de 34 cms. o más 4. Pacientes en trabajo de parto: regular 23, Irregular 35, sin trabajo de parto 15 (20.6%) y lo que representa las pacientes a las que se programó para cesárea. Cuadro 1. El estado del amnios roto en 3, siendo nulíparas 2. El tipo de anestesia utilizada; el bloqueo peridural en 71, general I.V. 2.

Las maniobras utilizadas para la obtención, de los pélvicos en 60 de ellos se describió la técnica de extracción, siendo ésta la expulsión polo pélvico, hombros, cabeza última, asa de cordón

y levantamiento del tronco fetal hacia el tórax materno, en el restante grupo no se llevó esta técnica. Cuadro II.

Complicaciones transoperatorias, e incidentes no ocurrieron, durante el puerperio las complicaciones indicativas de morbilidad materna fueron 11 (15%), entre ellas; urosepsis 4, anemia 3, absceso de pared 1, dehiscencia herida quirúrgica 1, flebitis 2. Los días hospitalarios 4. Cuadro III. La mortalidad fué de 0.

Resultados perinatales; el sexo de los productos 37 masculinos, 36 femeninos, sin un significado aparente, ya que estudios actuales indica que nacen cantidades similares de ambos sexos. El peso de los recién nacidos: menores de 2500 gr 9 (12.3), de 2500 a 3500 gr. 51 (69.9), mayores de 3500 gr 13 (17.8). Cuadro IV. El Apgar de los recién nacidos al minuto con calificaciones: 0 a 3 tuvimos 6, de 4 a 6 fueron 11, de 7 o más puntos 56 (76.7%) fig. 4. A los 5 minutos: calificación 0 a 3; 2, de 4 a 7; 5, y calificación de 7 puntos o más 66 que representa el 90.4. Cuadro IV. Los neonatos con calificación de 6 o menor, fallecieron 4. Estos cuatro productos fallecidos fueron por malformaciones fetales múltiples incompatibles con la vida, y representó la mortalidad neonatal del 5.4% fig. 5, pero excluyendo estas causas la mortalidad se acercó a cero en los pélvicos. La frecuencia de malformaciones congénitas fueron de 5, y haciendo un porcentaje éste es del 6.8%, fig. 5 entre las malformaciones encontradas tenemos: Hidrocefalia, meningocele, espina bífida, sexo indeterminado, anencefalia. Se presentó un producto hidrocefalo (1.3%), con aspiración de líquido amniótico.

CUADRO I
RESULTADOS MATERNOS

PARAMETROS	CESAREA 1987 %	CESAREA 1977 %
33-36 s*	19.2 (14)	11 (11)
37-42 s*	80.8 (59)	89 (89)
Núlíparas	53.4 (39)	54 (54)
Multíparas	46.6 (34)	46 (46)
P. Incompleto	45.2 (33)	60 (60)
P. Completo	54.8 (40)	40 (40)
T. de parto	79.4 (58)	
Sin T de parto	20.6 (15)	
Control prenatal	74.0 (54)	
Sin Control P.	26.0 (19)	

*s (semanas de gestación)

CUADRO II
MANIOBRAS TRANSCESAREA

PARAMETROS	ADECUADAS (60)	INADECUADAS (13)
Calificación	%	%
0-3 apgar '1	3.0 (2)	31.0 (4)
4-6 apgar '1	9.0 (5)	46.0 (6)
7 o más '1	88.0 (53)	23.0 (3)
Calificación		
0-3 apgar '5'	0 (0)	15.0 (2)
4-6 apgar '5'	03.0 (2)	23.0 (3)
7 o más '5'	97.0 (58)	62.0 (8)

CUADRO III

COMPLICACIONES MATERNAS

PARÁMETROS	CESAREA 1987	CESAREA 1977
	%	%
Urosepsis	5.0 (4)	10 (10)
Anemia	4.0 (3)	18 (18)
Flebitis	3.0 (3)	7 (7)
Hematoma pared	1.5 (1)	3 (3)
Dehiscencia herida	<u>1.5 (1)</u>	<u>6 (6)</u>
Totales	15. (11)	44 (44)
Días Hospital	4	6
Mortalidad	0	0

CUADRO IV

RESULTADOS NEONATALES

PARAMETROS	CESARÍA 1987	CESAREA 1977	VAGINAL
	%	%	%
Peso < 2500 gr	12.3 (9)	18 (18)	
2500 - 3500 gr	69.9 (51)	62 (62)	
más de 3500 gr	17.8 (13)	20 (20)	
Calificación			
0 a 3 apgar	2.7 (2)	1 (1)	
4 a 6 apgar	6.8 (5)	14 (14)	
7 o más	90.5 (66)	85 (85)	
Malformaciones	6.8 (5)	-	
Morbilidad	9.5 (7)	15 (15)	32 (32)
Mortalidad*	0 (0)	1 (1)	6 (6)

* representa la mortalidad ya depurada, excluyendo las malformaciones congénitas múltiples.

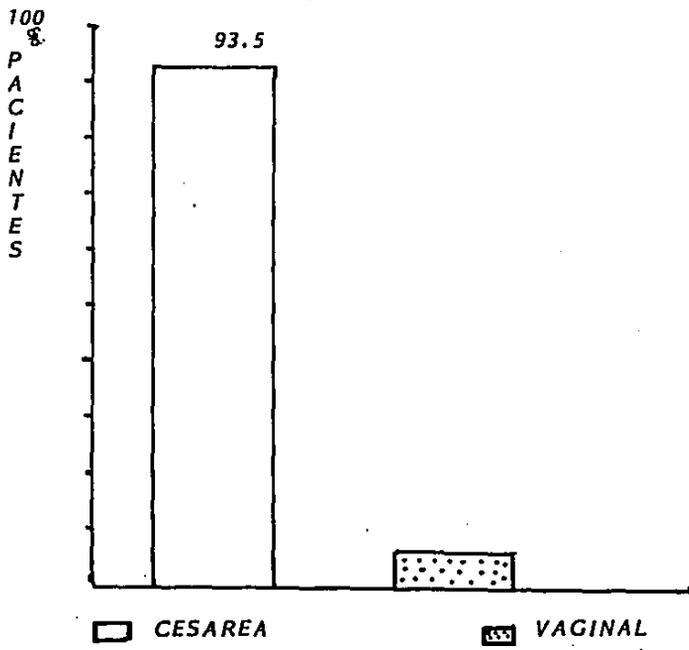


Fig. 1. Vía de nacimiento del p^{er}vico.

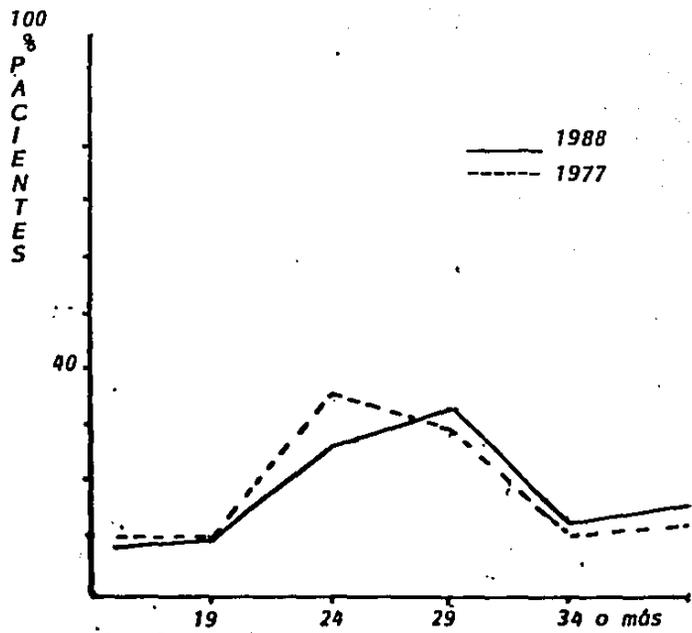


Fig. 2. Edad materna en años.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

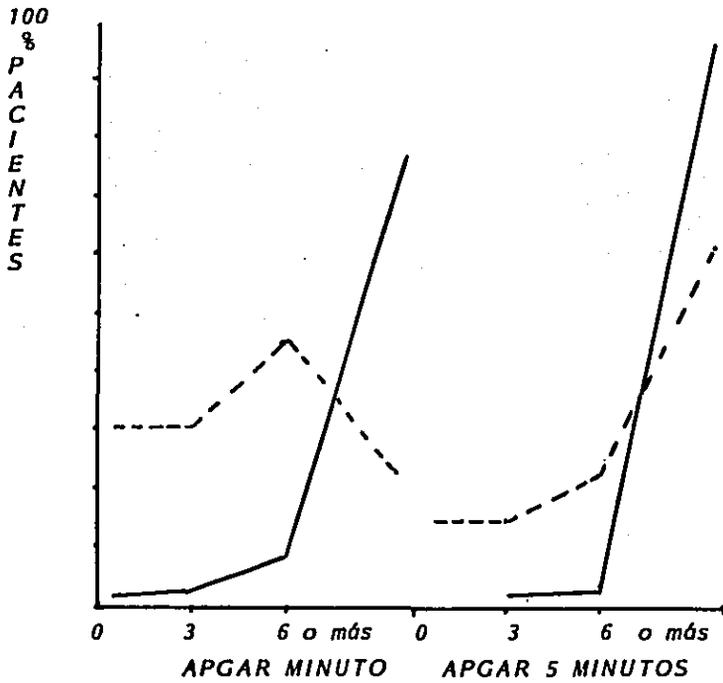


Fig. 3 Correlación calificación del apgar al minuto y 5 minutos, con maniobras adecuadas o inadecuadas....

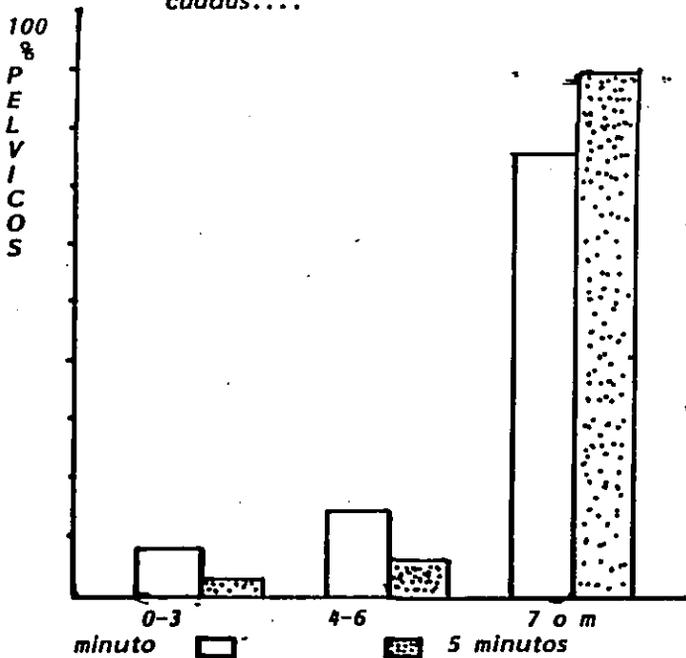


Fig. 4 Comparación de calificación de apgar al min. y 5 minutos.

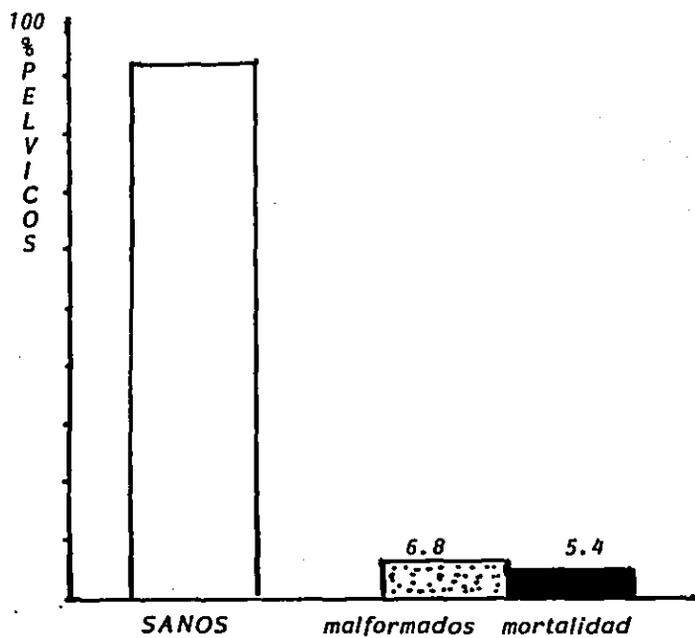


Fig. 5. *Porcentaje de productos sanos, y de malformados, así como la mortalidad de los malformados.*

La frecuencia de la presentación pélvica que tuvimos es similar a la reportada por la literatura mundial y que vá del 2 al 4%, según los diversos autores (4,6,9,14,16).

El porcentaje de cesárea realizada en el hospital, es alta según unos estudios, ver fig. 1, y similar en algunos reportes, (10,19,20). Los americanos tienen un alto índice de cesárea para ésta presentación, (11,14), y los europeos con más inclinación por atención vaginal (10,19,20).

La paridad, fué similar en ambos grupos de nulíparas y multíparas, contrario algunos investigadores quienes indican que la multípara es un factor predisponente a la presentación pélvica, ver cuadro 1, (6,9,10).

La edad de las pacientes siendo más frecuentes entre; los 20 a 29 años, lo que es de esperar siendo la etapa reproductora de la mujer, ver fig. 2. En cuanto a semanas gestacionales, los de 36 semanas o menos con una frecuencia del 19.2%, ver cuadro 1, representó a los productos pretérmino, lo que confirma que en la presentación pélvica es frecuente la prematurez (1,2,8,21).

De las 37 a 42 semanas fueron el 80.8%, cifras similares a otros reportes, y baja según la revisión efectuada en éste hospital en 1977, ver cuadro 1, (5,11).

El control prenatal lo llevaron el 74%, programándose para cesárea 20.6%, cuadro 1, éste porcentaje es bajo, si se toma cómo base que en el hospital el pélvico debe nacer por vía abdominal, se debería programar un número mayor de cesáreas, y no dejar que entren en trabajo de parto, ya que así aumentarían los riesgos perinatales con el trabajo del parto, por los motivos siguientes

mayor posibilidad de ruptura del amnios, prociencia de pie, prolapso de cordón, hiperextensión de la cabeza fetal, según lo escrito por algunos investigadores (1,4,15,17).

En cuanto al fondo uterino de 29 cms. o menos encontramos 19% que parece corresponder al porcentaje de prematuridad, (2,21).

El amnios afortunadamente en 96% se encontró íntegro, lo que favorece un mejor pronóstico para el resultado perinatal (4,6,11). El tipo de anestesia, el bloqueo peridural en la mayoría de nuestras pacientes es el ideal, según los reportados en la literatura ya que favorece una relajación en la paciente sin efectos adversos en el producto (4,5,10,19).

Las maniobras utilizadas para la extracción pélvica durante la cesárea, fueron adecuadas en 60 pacientes, e inadecuadas en 13, cuadro II y corroborando esto con el apgar de los productos al minuto; el 88% tenían una calificación de 7 o mayor, y a los 5' el 97% en los que se describió la técnica de extracción, y calificaciones de apgar muy bajo en los que la técnica no se llevó adecuadamente, mejorando éste a los 5' en el 62% únicamente, fig. 3. Es de mencionar que el apgar al minuto, refleja si la atención obstétrica fue buena o mala, por lo que redundando, cuando la técnica se llevó correctamente el apgar al minuto fue bueno en el 88% con técnica inadecuada el apgar fue bueno en el 23% al minuto fig. 3, (4,17).

La morbilidad materna del 15% es baja, ya que en la literatura se mencionan índices del 40 al 60%, incluso es más baja que el estudio realizado en 1977, donde se reportó un 44%, cuadro III, esta morbilidad quizá se explique, porque durante 1987, la mayoría de las pacientes llevó control prenatal, con mejores indica-

ciones higienico-dietéticas, el uso de antibióticos posterior al procedimiento quirúrgico. Los días de estancia hospitalarios fueron similares a otros procedimientos quirúrgicos, y bajos comparados con la literatura en la cual se reportan de 5 a 20 días (8,10, 16,18). La mortalidad materna fué de cero, la cual es buena y similar al estudio de 1977, cuadro III, en reportes mundiales se mencionan mortalidad materna desde el 3 al 15% (3,5,11,14)

Los resultados neonatales, sexo y peso sin variaciones en cuanto a la literatura, cuadro IV aunque hay reportes donde indican que los pesos estimados de 2500 a 3500 gr. deberían darse la oportunidad de parto vaginal (3,10,11) en nuestro estudio todos estos fueron por cesárea y más adelante analizaremos cómo les fué a estos productos en lo referente a morbilidad y mortalidad. Analizando el apgar de los recién nacidos considerados a los 5 minutos y con calificación de 6 o menos, lo consideramos como índice de morbilidad del 9.5 por ciento cuadro IV, la cual es una cifra baja si se compara con otros investigadores (2,7,12,13) incluso con el estudio de 1977 donde la morbilidad perinatal fué del 15%, lo que es de mencionar también es que en el apgar al minuto el 76.7%, tenían calificación de 7 o mayor, y que a los 5 minutos representaba el 90.4%, lo cual habla en favor de una cesárea comparada con estudios realizados comparando vía vaginal y abdominal, fig. 4, (8,11).

La frecuencia de malformaciones congénitas del producto fué del 6.8% fig. 5, la frecuencia de malformaciones congénitas en los pélvicos es elevada y vá del 15 al 40% esto es lo que dan los investigadores como Bingham y otros (6,8,15,20).

La mortalidad en estos productos fué del 5.4% fig 5, es de es-

perar esta cifra, ya que 4 de estos malformados, se caracterizaron por tener, anomalías mayores y letales (6,8).

La morbilidad de los productos pélvicos, valorando el índice de apgar fué del 9.5%, bajo comparado con el estudio de 1977, cuadro IV, pero si se compara con morbilidad propia del recién nacido o adquirida durante el nacimiento, esta fué del 1.3% (hidrocefalia con aspiración de líquido amniótico), la cual aún es baja comparada con algunos reportes (7,12,21).

La mortalidad neonatal incluyendo a los malformados fallecidos fué del 5.4% fig. 5, pero si se excluyen, la mortalidad bajo a cero, lo cual habla en favor de la cesárea, y ésta realizada con maniobras adecuadas.

CONCLUSIONES

DE TODO LO REVISADO SE PUEDE CONCLUIR QUE:

1. La cesárea en sí ha disminuído la morbilidad fetal a un 9.5%, ya que con la vía vaginal esta se presentaba más alta.
2. La cesárea ha disminuído la mortalidad perinatal, no así cuando el producto tiene anomalías congénitas mayores.
3. La morbilidad y mortalidad materna fué baja comparada con otros reportes.
4. Las maniobras realizadas durante la cesárea, son adecuadas en la mayoría de los casos, hechos evidente por los resultados presentados.

Como conclusión final diremos; que la cesárea es la mejor ruta para la obtención del feto en presentación pélvica, aunado a unas maniobras adecuadas durante la extracción, se disminuye la morbilidad y mortalidad del recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson G. *The premature breech: cesarean section or trial labor.*
J. Med Ethics 14 (1) 18-24, 1988.
2. Auzelle P. *L'accouchement prématuré en présentation du siège.*
J. Gynecol Obstet Biol Reprod 15(8) 1101-4, 1986.
3. Barlov K and Larsson. *Feto-pelvic scoring for term singleton breech delivery.* *Acta Obstet Gynecol Scand* 65: 315-19, 1986.
4. Berland M. *Conduite á tenir devant une présentation de siège.*
J. Gynecol Obstet Biol Reprod 15 (8) 1097-100, 1986.
5. Bingham P. and Hird. *Management of the mature breech presentation.*
Br J. Obstet Gynecol 94: 746-52, 1987.
6. Bingham P and Lilford. *Management of the selected term breech presentation.* *Obstet Gynecol*, 69(6) 965-76, 1987.
7. Bodling B. *Breech birth in small obstetrics.* *J Rev-Wien Med Wochensche*
136 (11-12) 272-80, 1986.
8. Bodmer B. *Has of cesarean reduced the risks in preterm breech presentation?* *Am J. Obstet Gynecol.* 154(2) 244-50, 1986.
9. Castelazo L. *Procedimientos en obstetricia del H.G.O. 4 del I.M.S.S. Presentación pélvica.* 389-97, 1988.
10. Chattopadhyay S. *Trend in breech delivery in Saudi Arabia.*
Aus NZ J Obstet Gynecol 27; 111-14, 1987.
11. Flanagan T. *Management of term breech presentation.* *Am J. Obstet Gynecol;* 156(6) 1492-502, 1987.
12. Gocher E. *Caracterización de la presentación pélvica.* *Bol Med Hosp. Infant Mex;* 42 (2) 107-13. 1985.
13. Gómez M. *El pélvico, reporte de un año.* *Bol Med Hosp Infant Mex* 42 (11) 721-3, 1985.

14. Marchick R. *Antepartum external cephalic version with tecolysis: in breech presentation.* *Am J. Obstet Gynecol*; 158 (1) 1339-46, 1988.
15. Mecke H. *Perinatal morbidity of breech in relation to mode of delivery.* *Geburtshilfe Frauenheilkd* 48(1), 41-6, 1988.
16. *Normas y procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología. Presentación pélvica;* 620-22, 1988.
17. Myers S.A. *new technique for flexion of the aftercoming head during breech delivery.* *Am J. Obstet Gynecol* 155 (1) 33-4, 1986.
18. Myers S and Gleicher. *Breech delivery Why the dilemma?* *Am J. Obstet Gynecol* 156 (1) 6-10, 1987.
19. Spencer J. *Synphysiotomy for vaginal breech delivery.* *Br J. Obstet Gynecol* 94 (7) 718-19. 1987.
20. Volgt S, *Delivery in breech presentation: Retrospective review.* *Ugeskr Laeger* 14: 150(11) 660-2, 1988.
21. Westgren M. *Preterm breech delivery: Retrospective study.* *Obstet Gynecol* 66(4) 481-4, 1986.