



11237
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ³⁸_{2y}

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARIA DE SALUD
Dirección General de Enseñanza en Salud
Curso Universitario de Especialidad en Pediatría Médica

**RECIE NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA**

P R E S E N T A :
DR. JUAN FRANCISCO DIAZ SOTELO
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN
PEDIATRIA MEDICA

DIRECTORA DE TESIS,
DRA. MARTA HERNANDEZ ESTRADA



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

	Pag.
I. INTRODUCCION	1
1. MARCO GENERAL DE LA PRESENTACION PELVICA	3
2. EL RECIEN NACIDO DE PRESENTACION PELVICA.	10
II. DESARROLLO	
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	14
DISCUSION Y CONCLUSIONES	18
CUADROS Y GRAFICAS	22
BIBLIOGRAFIA	38

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

El parto en presentación pélvica (PP) es frecuente, y se acompaña de elevada morbilidad a corto y largo plazo como lo demuestran estudios en escolares que presentan coeficientes intelectuales menores cuando, entre sus antecedentes se encuentra la PP. La presentación pélvica alerta al pediatra a las siguientes alteraciones patológicas, solas o asociadas: prematuridad, peso bajo y retraso en el crecimiento, malformaciones, complicaciones obstétricas como, anomalías uterinas, embarazo múltiple, placenta previa y prolapso de cordón, además de una mayor morbilidad aun dadas las dificultades del parto. (17,19)

Para mejorar considerablemente la capacidad de adaptación a -- una vida normal para estos niños, se debe elevar la selección -- cuidadosa de pacientes, para decidir la vía de resolución del parto, sobre todo en aquellas en quienes es inevitable el parto prematuro o, que se considera de alto riesgo. Se ha observado que la mortalidad fetal es menor en las PP obtenidas por cesárea, que en las que se resuelven por vía vaginal. (3,4)

A pesar de que la PP constituye un alto riesgo y representa un problema para el equipo de salud encargado de la atención del binomio madre-hijo, existe escasa información en la literatura médica dedicada a esta situación, por lo que se decidió hacer un seguimiento prospectivo y sistemático de la PP en el Hospital General de Ticomán.

Se darán a conocer las características generales de la presentación pélvica en ésta unidad, así como la vía y forma de resolución practicada por el servicio de Ginec Obstetricia revisando además las características físicas del recién nacido de PP, así como la morbimortalidad neonatal observada en estos productos durante el periodo comprendido de estudio.

MARCO GENERAL DE LA PRESENTACION PELVICA

El pequeño que está en presentación de nalgas ocupa en eje longitudinal, y su polo cefálico está en el fondo uterino; la literatura médica norteamericana clasifica la PP en : presentación franca, cuando los muslos están flexionados sobre las caderas y con las rodillas extendidas; presentación completa, cuando los muslos están flexionados sobre la cadera, con las rodillas flexionadas; presentación incompleta, cuando la parte que se presenta es una o ambas extremidades. En nuestro medio, la clasificación más utilizada es la señalada por Alvarado y Durán, que la dividen en completa e incompleta solamente. (1,3)

En cuanto al parto, se le denomina parto espontáneo cuando el nacimiento es producido por las fuerzas maternas, sin más ayuda que el apoyo del niño; aquí se incluyen las maniobras de Brach y Mauriceau. El parto asistido ocurre cuando a partir del ombligo, el resto del cuerpo es extraído por el médico, llamándose a éste pequeña extracción podálica; a la variante en la que se extrae todo el cuerpo del niño por el obstetra en PP se le denomina gran extracción --podálica, la cual continúa siendo vigente en el manejo del segundo gemelo. (7)

Según cálculos, la PP ocurre en 3 a 4% de todos los partos en forma global, presentándose incluso en 7% de los embarazos a las 32 semanas o en 25% de los embarazos de menos de 28 semanas. (3,5,10)

Los factores etiológicos de tal anomalía incluye tanto características maternas como fetales, siendo característico en el primer caso la gran peridad, edad, tumores pélvicos, contracción de diáme-

tros pélvicos, y todo aquello que altere la "forma polar" normal -
de la cavidad uterina. (13)

En el caso del feto se reconocen la gestación múltiple, polihi-dramnios, macrosomía, malformaciones, premadurez, placenta previa, ruptura prematura de membranas, etc., reconociéndose que cualquier perturbación que altere el tono muscular del feto, incrementará la frecuencia de PP. (12,13)

La mortalidad perinatal global asociada a la PP varía de 9 a 25% si bien dicha mortalidad puede ser tres a cinco veces mayor que la que se observa en la población de neonatos de término que no están en PP. Algunos autores han demostrado que las cifras señaladas son peores, además de índices de Apgar menores con la PP en cualquier etapa de la gestación, advirtiendo otros autores que el exceso de mortalidad pudiera depender, en grna parte, de anomalías mortales propias de feto y complicaciones propias de la premadurez, pudiendo reducirse a cero la mortalidad notificada al excluirse lo anterior en lactantes normales en PP con peso mayor de 2 500 g, sin -- importar el tipo de parto por el cual nacieran. (9,12,17,18)

Si bien es cierto, el producto que está en PP muestra un mayor riesgo antes, durante y después del parto, similar al feto que esta en presentación de vértice. Los principales riesgos son: Muerte durante el parto 16 veces más que el riesgo normal, asfixia durante el parto de 3 a 8 veces más que en presentación de vertice, pro-lapso de cordón desde 5 hasta 20 veces más riesgos, traumatismo -- durante el parto en 13 veces más, de tención de cabeza última en - un 9% más, lesiones de médula espinal y deflecciones en un 21%, mal-formaciones mayores del 6 al 18%, premadurez 16-33%, e hiperexten-sión de la cabeza 5% más (4,9,11,12,15,17,18)

Por lo anterior, es probable que el riesgo de traumatismo obstétrico excesivo y la suposición de que el parto vaginal sean la causa de muchas muertes fatales evitables, haya conducido al empleo más liberal de la cesárea para tratar de disminuir al mínimo tales complicaciones. Muchos obstétricos han demostrado una mayor supervivencia perinatal en productos en PP que nacen por cesárea. (4,11,12)

Cuando el feto está en PP y nace sin modificaciones, no existiendo parámetro clínico ni radiológico alguno que garantice su nacimiento seguro e inócuo, las partes del pequeño progresivamente mayores y menores compresibles, son las que deben salir al exterior. Es natural suponer que la extracción por cesárea electiva disminuya la muerte y la lesión por hipoxia y traumatismo obstétrico en todos los grupos ponderables. (5,6)

Se han identificado tres categorías principales de presentación de nalgas con riesgo excesivo, mostrando la práctica de la cesárea que en estos casos se mejora los resultados en cuanto al feto; en primer lugar el prematuro con PP en posición de vértice e hiperextensión con procidencia de pie, que origina cifras extraordinarias de pérdida fetal y complicaciones del parto, siendo el peso de 2 500 g. el signo común de estos productos, lo que complica en una tercera parte las presentaciones de éste tipo. Algunos obstetras recomiendan prueba de trabajo de parto en PP franca en el pequeño con peso estimado de más de 1 500 g, en tanto que otros autores señalan que podría emprenderse tal prueba solo si el feto pesa más de 2 000 g. Es importante señalar que éste grupo muestra un porcentaje menor de PP frances. (6,11,14)

En segundo lugar, están los pequeños con PP y deflexión de la -
cabeza, señalándose que la hiperextensión de la cabeza fetal en --
las PP se acompaña siempre de un 21% de riesgo de lesión de médula
espinal. (17)

Por último, la PP con prociencia de pie muestra un riesgo del
18% de prolapso de cordón y deficiente dilatación del cuello con
atrapamiento de la cabeza. (19)

Sin embargo, la morbimortalidad de la parturienta es mayor en
caso de cesárea, con 50% de morbilidad en el postoperatorio, en -
comparación al 15% observado por parto vaginal, con una mortalidad
de hasta 0.42% . (7)

Zatuchni y Andros en 1965, en un esfuerzo por crear un método -
para elegir los productos en PP que podrían nacer inocuamente por
vía vaginal, cuantificaron seis variables clínicas en el momento -
de la hospitalización, para poder elegir en forma satisfactoria a
las parturientas candidatas a mostrar graves problemas y de éste -
modo anticiparse a planear la intervención adecuada, con el tiempo
éste método se advirtió que era preciso y sensible en hospitales -
de asistencia-docencia, modificándose solo dos parámetros origina
les:

INDICE PRONOSTICO DE ZATUCHNI-ANDROS

Paridad	0 Primigesta	1 Multigesta (+ 5)	2 Multig. (+ 5)
Edad gest. en semanas	-37	38	40
Peso fetal estimado (g)	3 500	3000-3500	3000
Partos pélvicos previos	0	1	2
Dilatación (cm)	2	3	+4
Plano de presentación	1o.	2o.	3o.

En la actualidad, si la calificación es menor de 3 la cesárea es imperativa, si es de cuatro a cinco se revalora la situación y de acuerdo a la experiencia del obstetra se decide la vía de resolución; si la calificación es de 6 a mayor, es deseable la vía vaginal. (1)

Actualmente y según normales establecidas por el Hospital de Ginecología y Obstetricia del centro Médico Nacional del IMSS las indicaciones de la cesárea en productos de PP se han dividido en maternas y fetales. De la madre son: que sea primigesta con pelvis estrecha, disfunción uterina, enfermedad hipertensiva y embarazo previo malogrado. De las causas fetales se encuentran la placenta previa, prociencia de pie, escofocefalia, hiperextensión de la cabeza y productos con peso estimado mayor de 4 00 g. o menor de --- 2 500 g. (21)

Por otro lado se han establecido los siguientes requisitos para seleccionar la vía vaginal en PP : 1) Embarazos de término; 2) que no sea madre nulípara; 3) que el producto se encuentre en PP incompleta o franca de nalgas; 4) que se descarten las contraindicaciones de la resolución vaginal anteriormente expuestas, como la desproporción cefalopélvica, cesárea previa e inserción anormal de -- placenta. (14,21)

Lo ideal programar el parto en éstas condiciones bajo una vigilancia adecuada del trabajo de parto, con membranas integras para una mejor dilatación cervical, recibiendo la madre anestesia epidural oportuna, esto es aproximadamente a los 5 cm. de dilatación, para evitar que la madre puje, lo que provocaría un descenso del -- producto sin dilatación adecuada. Se deben agregar los siguientes factores para una atención de parto vaginal en PP: 1) amplia expe-

riencia del obstetra en la atención del parto pélvico; 2) PP. favorable con contractilidad uterina espontánea; 3) Que no exista - desproporción cefalopélvica; 4) Que la cabeza no esté flexionada; y 5) de ser posible, en forma rutinaria tener disponible un fórceps de Piper. (7,12)

Se puede resumir de lo anteriormente expuesto, que por las características y patrones específicos de la PP, así como sus complicaciones, ésta por sí representa un alto riesgo, incrementando los índices de morbilidad perinatal, representando un problema de salud real.

EL RECIEN NACIDO DE PRESENTACION PELVICA

Con respecto al recién nacido, en general, en los productos mayores de 34 semanas en PP, las fuerzas externas (útero) que actúan sobre él, le dan un aspecto característico que lo identifica fenotípicamente como un recién nacido de presentación de nalgas, éstas características físicas son: escafocefalia, cráneo con un accipucio prominente al igual que el frontal, retrognatia y veces deformidad en ángulo de la mandíbula por compresión del hombro; los recién nacidos tienen los primeros días una actitud característica, que puede variar desde la semiflexión de extremidades inferiores, hasta una franca abducción con muestra de "confort", presentando incluso llanto al modificarse la postura. Se puede encontrar edema de vulva o equimosis en el producto femenino, o hidrocele en el sexo masculino, siendo ésto consecuencia de que los genitales son la parte expuesta. (1,10)

En el prematuro, por la disposición angulada de la vena subependimaria, es muy fácil el sangrado que condiciona hemorragia cerebral intraventricular, que justo con la sección de la arteria vertebral, son condicionantes de la mayoría de los fallecimientos y de las secuelas neurológicas. (9)

Se deben descartar intencionadamente luxación congénita de cadera, fractura de clavícula o extremidades y equimosis si la extracción a sido difícil. Se puede presentar parálisis de Erb o de Klumpke o del nervio facial. Se deberán considerar anticipadamente la presencia de malformaciones mayores, principalmente del desarrollo del tubo neural. (2,5)

En relación a lo escrito, la literatura mexicana describe 37 -- recién nacidos prematuros nacidos por vía vaginal, mostrando el 56% apnea neonatal al nacer, 40% trauma obstétrico, fundamentalmente -- equimosis en extremidades; a los 2 años se encontró retraso en el -- área adaptativa en 30% de los casos, con afectación en el 46% en el área personal social, 76% en el lenguaje y en el 50% área motora, -- demostrándose con ésto que el parto pelvico en el prematuro, se relaciona con un lato índice de secuelas neurológicas a corto plazo.

(23)

El servicio de Perinatología y Pediatría de Centro Médico Nacional, IMSS en 1982 encontró una frecuencia de 1.6% de partos en PP, de los cuales 156 se atendieron por vía vaginal y el restante grupo por cesárea (176), siendo la PP la cuarta indicación de cesárea. De todos los partos, fallecieron el 8%, siendo todos ellos -- prematuros o inmaduros. La inmadurez (30%) y la hemorragia cerebral (45%), ocurrida entre el cuarto y sexto día de vida extrauterina, como complicación de la insuficiencia respiratoria, fueron responsables del 75% de los fallecimientos. El traumatismo obstétrico se encontró en 2 casos (7.5%). Se observaron 32 casos con patología, equimosis en miembros inferiores (47%), fracturas --- (9%), luxación de cadera (9%), parálisis braquial (6%), malformaciones congénitas (19%) y un caso de retención de cabeza última. Se reporto 80% de traumatismo obstétrico en todos los casos obtenidos por vía vaginal. Estos resultados se compararon un año después por la misma institución, sin observar diferencia significativa. (1,2)

Resumiendo, la PP por motivos que se desconocen, se relaciona frecuentemente con prematuridad, malformaciones congénitas, retraso en el crecimiento y desarrollo intrauterino, lo que incrementa -- aún más la morbilidad parinatal en estos casos.

DESARROLLO

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 154 recién nacidos en presentación pélvica en el Hospital General de Ticoman, en el período comprendido entre el 10 de febrero de 1989 al 31 de enero de 1990.

La terminología utilizada es la aceptada por los servicios de Ginecología y obstetricia, así como por el servicio de Pediatría de ésta unidad. A la revisión se hizo especial énfasis en los datos de sufrimiento fetal agudo y crónico y las dificultades para la extracción del producto. La edad gestacional se calculó de acuerdo a la fecha de última menstruación mediante regla obstétrica, -- confirmandose por la valoración de Dubowitz modificada y clasificandose de acuerdo a edad gestacional y somatometría en las curvas de Colorado. (16,20)

Se realizó búsqueda intencionada de las características fenotípicas de los productos en presentación pélvica. (1)

Se detectaron las malformaciones menores y mayores, observando además la morbimortalidad asociada, con seguimiento intrahospitalario, hasta su alta.

Se realizan cuadros y gráficas de los resultados.

RESULTADOS

Durante el periodo mencionado nacieron 4 213 niños, de los --
cuales, 154 fueron en presentación pélvica (3.6%). fig. 1

La edad materna fué de 15 a 40 años, con media de $27\frac{1}{2}$ 6 años --
El 37.7% de las madres fueron nulíparas, 55.2% multíparas y el --
7.1% grandes multíparas. grafica 1

La resolución mediante cesárea en las nulíparas fué en el 43.6%
y en las multíparas del 56.4% grafica 2

En solo 4 casos el embarazo fué gemelar, en un caso el primer pro-
ducto cefálico y el segundo fué pélvico, en otro caso el primer --
producto fué pélvico y el segundo cefálico, y en los otros 2 casos
ambos productos mostraron la presentación pélvica. De el total de
gemelos en presentación pélvica, uno fué prematuro y el resto pe-
queños para edad gestacional.

Hubo ruptura de membranas en 30 casos (19.4%), con corioamnio-
ítis en 3 casos (10% del grupo). grafica 3

Del total de pacientes estudiadas, 133 productos tuvieron pre-
sentación pélvica completa (86.3%), y 21 casos presentación pé-
lvica incompleta (13.7%). grafica 4

El cuadro 1 representa la vía de resolución y su distribución
en los diferentes grupos ponderales. La vía de resolución se rea-
lizó de manera vaginal en 60 casos (38.9%), 44 de ellas con em-
barazo de término, 12 de pretérmino y 4 con embarazo inmaduro. Se
realizó pequeña extracción en 48 casos, el resto fueron espontá-
neos. Hubo retención de cabeza última en 3 casos, utilizando for-
ceps de Piper.

Se practicó cesárea en 94 pacientes (61.1%), todas ellas tipo Kerr; 85 casos fueron embarazos de término (90%), 7 más en embarazos de pretérmino (7.4%) y tan sólo hubo 2 casos de inmaduros solucionados de ésta manera (2.6%). grafica 5

Se implantó anormalmente la placenta en 9 casos (5.8%), observándose en todos los casos implantación baja. Hubo antecedente de producto previo en presentación pélvica en 2 pacientes (1.2%); - circular de cordón a cuello en 20 casos (12.9%) y datos de sufrimiento fetal agudo en 24 pacientes (15.6%), 14 de ellos por prociencia de extremidad franca, 6 con prociencia de cordón umbilical al cuello apretada y en 4 no se encontró la causa etiológica. grafica 6

Nacieron 72 hombres (46.7%) y 81 mujeres (52.6%), con un solo caso de intersexo en un recién nacido multimalformado que falleció. grafica 7

Veinticinco productos (16.3%) resultaron pequeños para edad gestacional, de los cuales 10 fueron hombres y 15 mujeres. El 78.5% (121 pacientes) de los recién nacidos fué de término. correspondiente el 84% del total de pequeños para edad gestacional. Resultaron 27 recién nacidos prematuros (17.5%) con 16% de éstos pequeños para edad gestacional. Solo se encontraron 6 pacientes inmaduros (4%). grafica 8

Hubo 14 casos de óbito fetal anteparto (9%), cinco con a necefalia, 2' prematuros macerados, 2 inmaduros, 2 casos de prociencia de cordón, un caso de intersexo con malformaciones múltiples, 2 casos de sufrimiento fetal con circular de cordón. Dos óbitos - fetales intraparto por retención de cabeza última. En el cuadro - 2 se presenta el análisis de las presentaciones pélvicas resuel--

tas por vía vaginal, se programaron 9 de éstos (5.7%), ocho por -- óbito y uno más por cumplir con los requisitos para nacimiento vaginal. El 94.3% restante se atendió por vía vaginal por presentarse en su totalidad en período expulsivo tardío. Con un respecto a éste último dato, se documentó que 35 casos (58.3%) no fueron -- diagnosticados, en su totalidad de las unidades de referencia, teniendo significancia en el índice de mortalidad, pues éstos fallecieron el 28.5% (9casos).

Hubo 3 casos de dificultad en la extracción por vía vaginal por retención de cabeza última, así como en 6 casos por la vía abdominal, falleciendo todos ellos ya fuera en el intraparto o en el período postnatal.

La morbilidad fue significativa, con equimosis en 58.3% del total de pacientes, ya fuera por maniobras de extracción o por tiempo de presentación prolongado, el 85% de estos pacientes tuvieron hiperrbilirrubinemia, sin requerir exanguino transfusión, 5% casos de fracturas, al igual que 5% de adema cerebral. El trauma obstétrico se presentó en 62 casos, (40.2%), de los cuales 45 pacientes mostraban equimosis por maniobras de extracción, 2 casos de -- fractura de fémur, 2 de húmero y 2 de clavícula, sumándose a éstos 2 casos de parálisis braquial, 6 casos de hidrocele, sin encontrar se diferencias en cuanto a vía de resolución. grafica 9

Hubo malformaciones en 15 productos (9.7%), 10 de ellos de tipo mayor (66.6%), predominando las del sistema nervioso central. Cinco más (33.4%) tuvieron malformaciones menores. cuadro 3

Se vieron deformaciones condicionadas por la presentación pélvica en 15 niños (9.7%), 7 de ellos con dorsiflexión del antepie. (46.6%), 3 con luxación congénita de cadera, 3 con pie equinovarus y 2 más con deformación cefálica.

cuadro 4

En el cuadro 5 se presenta la calificación de Apgar y Silverman obtenida a los cinco minutos del nacimiento de acuerdo a grupos de edad y vía de resolución. En los productos de término no hay diferencia estadística, ya sean obtenidos por vía vaginal o por cesárea, mientras que en los pretérmino obtenidos por vía vaginal, la calificación fué más baja en comparación con los obtenidos por cesárea.

Los productos que nacieron vivos y que posteriormente fallecieron, mostraron calificaciones de Apgar bajas de silverman elevadas. La evolución neonatal se complicó en 13 pacientes (8.4%), siendo el síndrome de insuficiencia respiratoria el padecimiento más frecuente (100%), relacionandose a 9 neonatos con dificultad en su extracción, fuera vaginal o abdominal. De estos recién nacidos, 10 presentaron hiperrbilirrubinemia (77%) siendo en estos casos multifactorial, manejados solamente con fototerapia. Todos estos pacientes mostraron más de un padecimiento, falleciendo 3 extraídos por vía vaginal (22.8%) y 6 cesárea (68.4%). El 60% de fallecimientos correspondieron a prematuros, 20% de término y 20% más inmaduros. Resulta de ésto una mortalidad perinatal total de 16.2% - con una morbilidad del 85% . Grafica 10

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La frecuencia de presentación pélvica en la unidad fué de 3.6% lo cual corresponde con lo encontrado en la literatura tanto nacional como norteamericana. (1,2,3,5,12,17,23)

La distribución de la edad materna es similar a la esperada en la población gral. (1,2,19)

Se observó una alta incidencia de nulíparas con presentación pélvica resueltas por vía vaginal, resultado de la inadecuada valoración prenatal de unidades de referencia de primer nivel, que no elaboran el diagnóstico, así como consecuencia de la inadecuada preparación cultural de la mayor parte de éstas mujeres, que buscan ocasiones - la atención del parto por parteras empíricas y en algunas ocasiones por no contarse con personal capacitado y adiestrado en la selección y captación de éstas mujeres por el servicio de urgencia. En centros hospitalarios de referencia de tercer nivel, éste problema es menor porque se cuenta con métodos diagnósticos completarios que apoyan -- un mejor diagnóstico. (1,2,3,21,22,23)

Con respecto a la resolución abdominal, se demostró un 6.3% de dificultad en la extracción, lo que contribuyó a el 68.4% de la mortalidad neonatal, siendo más importante la cifra en prematuros, se podría considerar al respecto, que en todos estos casos se practico -- cesárea Kerr; la literatura recomienda la incisión segmentocorporal, pues ésta es más amplia y la presentación más directa, facilitando - las maniobras de extracción sobre todo de rupturas de membranas. - - (1,2,17)

Con respecto a la incidencia de productos gemelares, ésta resulto ser baja (3.8%), pero se debe considerar que la alta incidencia reportada por otros autores está en relación de ser unidades de - referencia de ginecobstetricia. (10,12,13)

Hubo ruptura de membranas en 19.4% de los casos con 10% de co----rioamniofítis, lo cual es muy similar a lo documentado. (1,2)

La variedad de presentación fué incompleta en el 13.7% de los con presentación completa en el 86.3%, es de considerar que estas cifras son completamente inversas a lo notificado por el IMSS, -- Centro Médico Nacional, tomando en cuenta el alto riesgo que se - atiende en ésta forma de presentación en ésta unidad, pues la presentación completa se asocia con un alto porcentaje de prolapso - de cordón. (1,2,3)

La presencia de sufrimiento fetal agudo significativo (15.6%) - hacen ver la necesidad del diagnóstico y tratamiento oportuno de éste problema. (6,7,18)

Se valoraron las características fenotípicas del recién nacido de presentación pélvica sin diferencias significativas a lo ya escrito. Sin embargo, se encontró a la dorsiflexión del antepie como - la deformación más frecuente, contrario a lo que se considera como más importante la incidencia de luxación congénita de cadera. (3,12,15,17,19)

Se pudo concluir que el 40.2% mostraron trauma obstétrico, cifra 6 veces máyor a lo reportado, pudiendose explicar ésto por la -- dificultad para la extracción de éstos productos, diagnóstico y asistencia tardía, con alta frecuencia de prociencia de alguna extremidad, lo que también contribuye a la morbimortalidad encontrada. (2,3)

La mortalidad perinatal se encontró altamente influenciada por la presencia de malformaciones (3.8%), que contribuyeron con ---- 42.8% de óbitos y en menos importancia la prematurez, ésta fre--- cuencia de malformaciones resulta más alta que lo reportado inclu so en el país, incluso se puede comentar que es muy alta la fre-- cuencia de malformaciones del sistema nervioso central en ésta -- unidad.

La alta frecuencia de presentación pélvica no diagnosticada de -- resolución vaginal (58.3%) fue la causante del 8% de las defuncio nes, que representaron las causadas por retención de cabeza últi-- ma.

Uno de los aspectos importantes determinados, fue la baja morbimor talidad que se presentó al número de productos nacidos por vía va ginal en período expulsivo (94.3%), ésto influenciado por que el - 73.3% de ellos tenían peso adecuado para edad gestacional.

No se encontró diferencia significativa en la valoración del Apper de los neonatos de término, sin embargo, éstas fueron bajas en los prematuros obtenidos por vía vaginal, contrario a lo observado en los nacidos por cesárea, situación que se asemeja a lo reportado - por algunos autores. (4,6,7,8,11)

La mortalidad perinatal observada del 16.2% fue semejante a lo des crito en la literatura.

Se puede concluir que se fundamental establecer el diagnóstico tem prano de presentación pélvica, por estar ésta frecuentemente aso-- ciada con embarazo de pretérmino, gemelar, malformaciones uterinas inserción anómala de placenta y malformaciones congénitas, lo que caracteriza a la alta frecuencia de morbimortalidad perinatal. Se consedera necesario el adiestramiento adecuado del personal del --

servicio de urgencias con respecto a éste problema, así como el -
contar con medios auxiliares de diagnóstico las 24 hrs. del día,
parte del estudio complementario de éstas pacientes tanto en la -
supervisión prenatal, como en el momento de la atención del parto
para disminuir a lo más mínimo las tazas de mortalidad perinatal.
(14)

El pediatra debe estar informado de cada uno de los casos y contar
con un adecuado equipo de reanimación, confirmar edad gestacional
y clasificar a los neonatos en las curvas de colorado, descartando
intencionadamente traumatismo obstétrico, malformaciones y deforma-
ciones condicionadas por la presentación pélvica, con el objeto de
otorgarle a estos niños un manejo más oportuno.

La presentación pélvica en el Hospital General de Ticomán si tiene
repercusión en la morbimortalidad neonatal del hospital, mostrando
características y patrones particulares en su frecuencia que debe-
ran incrementar el interés por el estudio de el binomio madre-hijo
para su mejor atención, así como el tomarse en cuenta la necesidad
de estudios de laboratorio y gabinetes complementario, que en nues-
tro medio se encuentran inadecuadamente distribuidos.

RECIBEN NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA



% DE PRESENTACION PELVICA
EN 4 213 NACIMIENTOS

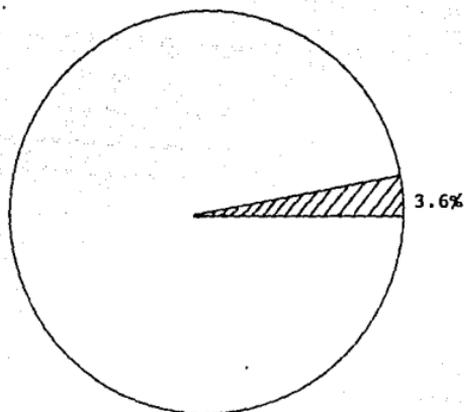
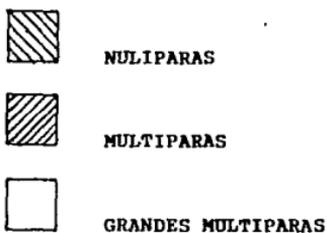
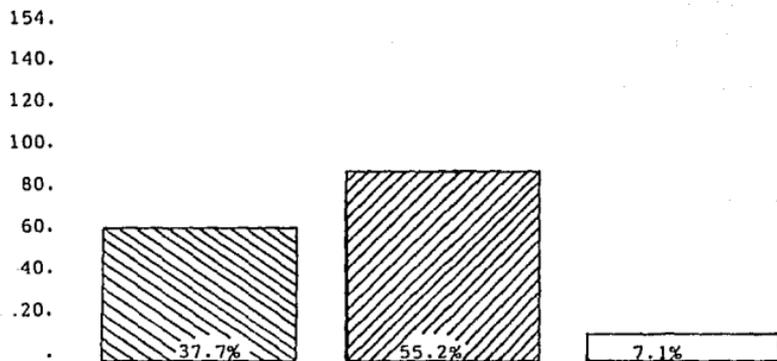


FIGURA NUMERO 1:
UNIVERSO DE TRABAJO, 154 NACIMIENTOS EN PRESENTACION PELVICA.

RECIENTE NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA



No. DE PACIENTES

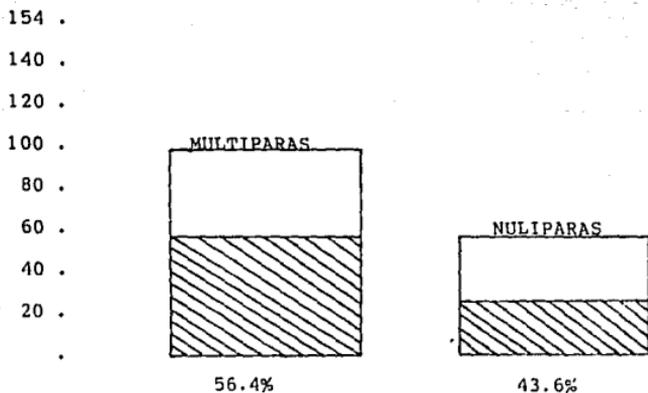


GRAFICA NUMERO 1:
GRADO DE PARIDAD EN 154 MUJERES EMBARAZADAS CON PRESENTACION
PELVICA.

RECIBEN NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA



% DE CESAREAS



GRAFICA NUMERO 2 :

PORCENTAJE DE CESAREAS SEGUN EL GRUPO DE PARIDAD

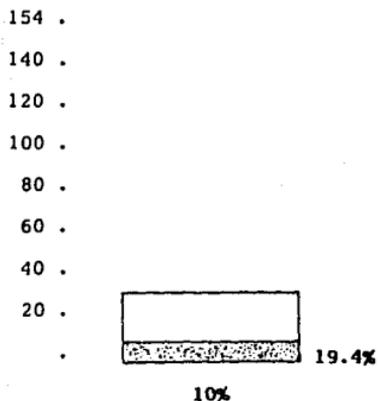
RECIEN NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA



% DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS



% DE CORIOAMNIOITIS



GRAFICA NUMERO 3 :

FRECUENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y CORIOAMNIOITIS.

RECIEN NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA

CUADRO 1

VIA DE RESOLUCION EN RELACION A LA VALORACION
DEL PRODUCTO EN 154 RN EN PP

	Cesárea	Vaginal	T o t a l
Inmaduro adecuado	2	4	6
Pretérmino bajo	2	2	4
Pretérmino adecuado	7	20	27
Término bajo	7	14	21
Término adecuado	75	20	95
Término grande	1	0	1
T O T A L :	94	60	154

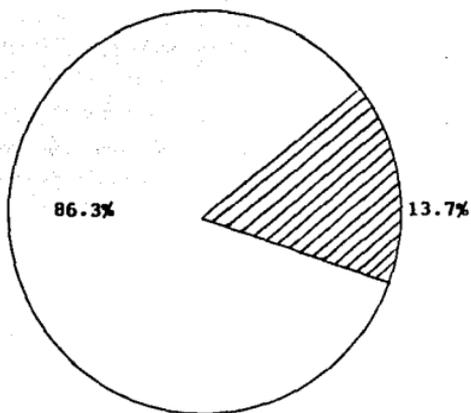
**RECIEN NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA**



% DE PRESENTACION PELVICA COMPLETA



% DE PRESENTACION PELVICA INCOMPLETA



GRAFICA NUMERO 4 :

FORMAS DE PRESENTACION PELVICA .

**RECIEN NACIDOS DE PRESENTACION
PELVICA**



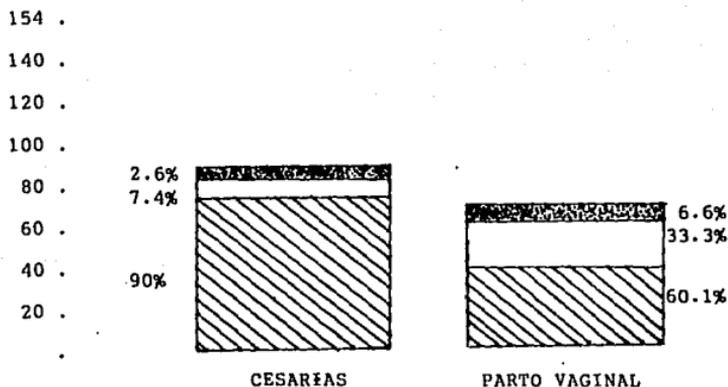
% DE RECIEN NACIDOS DE TERMINO



% DE RECIEN NACIDOS DE PRETERMINO



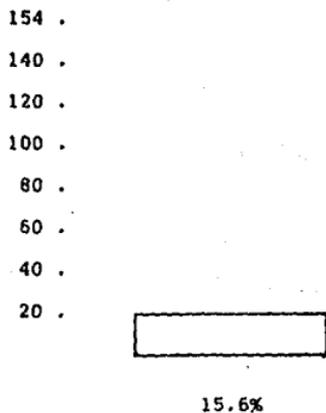
% DE INMADUROS



GRAFICA NUMERO 5 :

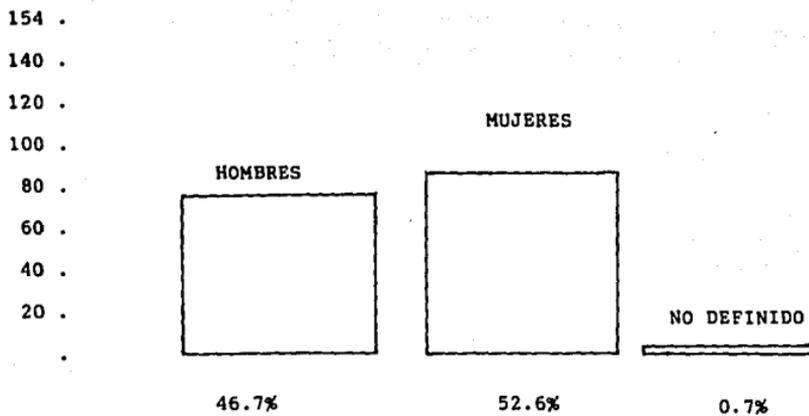
PORCENTAJES POR GRUPOS DE EDAD EN RECIEN NACIDOS CON
PRESENTACION PELVICA .

**RECIBEN NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA**



GRAFICA NUMERO 6 :
PORCENTAJE DE SUFRIMIENTO FETAL EN 154 NACIMIENTOS CON
PRESENTACION PELVICA .

**RECIENTE NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA**



GRAFICA NUMERO 7 :

DISTRIBUCION DEL SEXO EN 154 NEONATOS DE PRESENTACION PELVICA.

RECIEN NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA

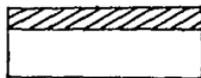


MUJERES



HOMBRES

154 .
140 .
120 .
100 .
80 .
60 .
40 .
20 .



16.3%

GRAFICA NUMERO 8:

PORCENTAJE DE PRESENTACION DE PESO BAJO PARA EDAD
GESTACIONAL .

RECIEN NACIDO DE PRESENTACION

PELVICA

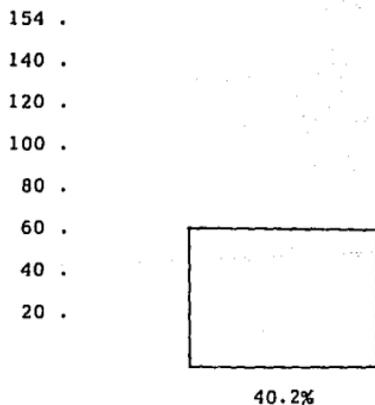
CUADRO 2

ANALISIS DE LOS PRODUCTOS EN PP OBTENIDOS POR PARTO VAGINAL

		Programados 5.7%	94.3% Expulsivo	No. Dxs. 58.3%	
		Sin problemas	Obitos Def.	vivos	Def.
Inmaduros	N		1	2	1
	M			2	
Pretérmino	N			4	1
adecuado	M			8	1
Pretérmino	N			0	1
bajo	M		3	1	
Término ade	N		2	6	1
cuado	M	1	2	13	
Término	N			4	
bajo	M			10	
T O T A L :		1	8	50	5

RECIEN NACIDO DE PRESENTACION

PELVICA



GRAFICA NUMERO 9 :
FRECUENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN 154 NACIMIENTOS CON
PRESENTACION PELVICA .

**RECIEN NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA**

CUADRO 3

% DE MALFORMACIONES EN RELACION A L VALORACION DEL PRODUCTO

	Mayores (+)	Menores
Inmaduro adecuado	1	
Pretérmino bajo	1	
Pretérmino adecuado		2
Término bajo	2	1
Término adecuado	5	2
Término grande	1	
T O T A L :	10	5

RECIENTE NACIDO DE PRESENTACION

PELVICA

CUADRO 4

% DE DEFORMACIONES EN RELACION A LA VALORACION DEL PRODUCTO

	Cesárea	vaginal	T o t a l
Inmaduro adecuado			
Pretérmino bajo			
Pretérmino adecuado			
Término bajo	2	2	4
Término adecuado	4	5	9
Término grande		1	1
T O T A L :	6	8	14

RECIE NACIDO DE PRESENTACION

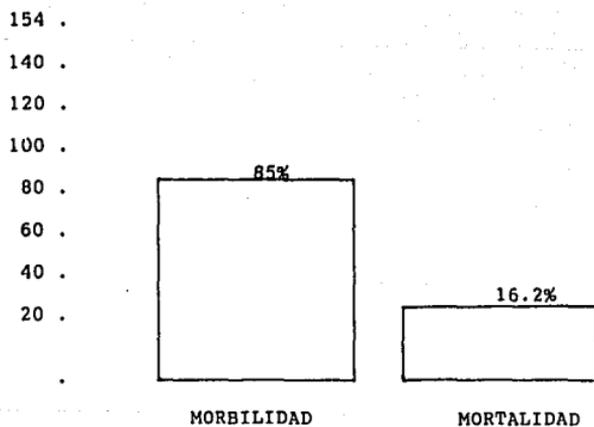
PELVICA

CUADRO 5

VALORACION NEONATAL EN 154 RECIE NACIDOS EN PP

	No.	VAGINALES APGAR	SILVERMAN	No.	CESAREAS APGAR	SILVERMAN
INMADURO	4	2 _± 0	7 _± 1	2	2 _± 0	8 _± 1
PRETERMINO BAJO	3	6 _± 2	3 _± 1	1	7	2
PRETERMINO ADECUADO	17	6 _± 2	4 _± 2	5	7 _± 2	3 _± 2
TERMINO BAJO	14	8 _± 2	3 _± 2	7	8 _± 2	1 _± 1
TERMINO ADECUADO	22	8 _± 2	1 _± 1	78	8 _± 2	1 _± 1
TERMINO GRANDE				1	9	0
T O T A L :	60			94		

RECIBEN NACIDO DE PRESENTACION
PELVICA



GRAFICA NUMERO 10 :
INDICES DE MORBIMORTALIDAD PERINATAL .

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Gómez-Gómez M, Jiménez- Balderas E.A., Zarco-Díaz D. De la Luna-Olsen E., Mendoza-Pérez A.M. : Resolución del embarazo en presentación pélvica. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 1983; 40: - 586-591.
- 2.- Gómez-Gómez M, Gocher-Díaz E, Zarco-Díaz D, Jiménez-Balderas E, A. Tudón-Garces H.: Caracterización de la presentación pélvica. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 1985; 42: 107-113.
- 3.- Seeds J. W. Céfalo R.C.: Presentaciones anormales Clin. Obsten. Ginecol. 1982; 1: 155-167.
- 4.- Green J.E. Mclean F. Smith L.P. Usher R: Has an increased cesarean section rete for term breach delivery reduced the incidence of birth asphixia, trauma and death? Am. J. Obstet. Ginecol. 1982- 643-648.
- 5.- Díaz del Castillo E: Aspectos biológicos y sociales, de la gestación. En: Pediatría Perinatal. 2a. ed Méx. Ed. Interamericana 1985: 12-33.
- 6.- Schuterman E. B. Grimés D.A.: Comparative safety of the low --- transverse versus the low vertical uterine incisión for cesarean delivery of breech infants. Obstet. Gynecol 1983: 61: 593-597.
- 7.- Collea J. V: Asistencia Obstretica en la presentación nalgas Clin. Perinatal. 1981: 1: 173-181.
- 8.- Kelsick F, Minkof F.H: Management of the breech second twin delivery. Clin. Perinatol. 1982: 1: 77-94.
- 9.- Geirsson R.T. Namunkangula R. Calder A.A. Lunan C. B: Preterm - singleton breech presentación: the impac of traumatic intraca-

- neal haemorrhage on neonatal mortality J. Obstet. Gynecol. 1982-,
2: 219-233.
- 10.- Smith D.W. Breech presentation sequence. En: Recognizable patterns of human deformation. Philadelphia: W. B. Saunders Co. - 1981: 66-75.
 - 11.- Collea J.V: Current management of breech presentation clin Obstet Gynecol. 23 (2): 525, 1980.
 - 12.- Graves H. E. Dennen E.H. Breech delivery in twenty year of practice. Am. J. Obstet. Gynecol. 137 (2): 229 1980.
 - 13.- Pritchard J.A, MacDonald P.C: Dystocia caused by abnormalities in presentation, position or development of the fetus. En: Williams, Obstreticia. New York, Appleton-Century-Crofts. Salvat Ed. Méx. 1985.
 - 14.- Gimosky M.L. Paul R.H: Singletón breech presentation in labor. Am. J. Obstet Gynecol. 1982: 143: 733-739.
 - 15.- Brener W.E: Presentación de nalgas. Clin. Obstet. Gynecol. --- 1978: 2: 545-567.
 - 16.- Ballard J. L. Kasmaier-Novak, Driver M: A simplified score for assesment of fetal maturation of newly born infants. J. Pediatr. 1979; 95: 769-774.
 - 17.- Dunn P.M. Breech delivery: perinatal morbidity and mortality. Proceedings 5th European congres of perinatal Medicine, Upsalla, Sweden, 1976:54.
 - 18.- Haberken C.M. Smith D.W, Jones K.L.: The breech he ad and its relevance. Am. J. Dis. Child. 1979; 133: 154-156.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

19.- Casanova-Alvarez N, Vera-Gaspar D, Manzanilla-Sevilla R. Lázcano-Almedia J. A: Morbimortalidad en la presentación pélvica. Revisión de 2148 embarazos. Ginecol. Obstet. Méx. 1977; - 41: 69-75.

20.- Battaglia F.C.Lubchenco L.O: A Practical classification of -- newborns infants by weight and gestational age J. Pediatr. -- 1967; 71: 159-163.