

11217
65
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES**

**FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA PRESENTACION
PELVICA Y FORMA DE RESOLUCION DEL MISMO
EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA
SECRETARIA DE SALUD**

S. S. A.
"HOSPITAL DE LA MUJER"
DEPTO. DE ENSEÑANZA MEDICA

T E S I S

Que para obtener el Título de:
**ESPECIALISTA EN
GINECO-OBSTETRICIA**
P r e s e n t a:
**ROBERTO GUADALUPE
GUZMAN MARTINEZ**

**ASESORES: DR. JOEL RIZO SANTIAGO
DR. MIGUEL ZAMORA GARZA**

México D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1991



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSION Y COMENTARIOS.	25
RESUMEN	29
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFIA.	32

INTRODUCCION

Desde el inicio de la humanidad, a través de los siglos y hasta nuestros días, la gestación de productos en presentación pélvica se ha considerado como una variante natural de presentación del producto al nacimiento, por fortuna no es la más frecuente.

Aproximadamente un 50% (4), de los partos pélvicos son distócicos con complicaciones frecuentemente severas que elevan la morbimortalidad del binomio madre-hijo (5, 6, 7, 14, 24), algunos autores mencionan que el éxito depende del tamaño fetal y dimensión pélvica de la madre (23), otros comparten de algún modo este criterio y seleccionan la vía de resolución del parto siguiendo el índice pronóstico de Zaturchni Andros (2, 11, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 27), y otros investigadores en estudios prospectivos con pacientes portadoras de gestación a término siendo difícil obtener pruebas firmes de la superioridad de la cesárea (18, 19), aún en los productos de bajo peso (peso superior a 1500 Grms. e inferior a 2500 Grms.), (20), pero con peso inferior a 1500 Grms. hay mayor incidencia de hemorragia cerebral comparada con la presentación cefálica y se recomienda la operación cesárea (20). No dejaremos de mencionar el regreso a la actualidad de la versión cefálica externa con monitoreo continuo (12, 15).

CLASIFICACION:

De acuerdo a diferentes escuelas obstétricas se han efectuado varias denominaciones con semejante connotación, ejm: Presentación podálica (comunmente usada por la escuela norteamericana); así como presentación de nalgas. La manejaremos en este trabajo como presentación pélvica.

Asimismo existen varias clasificaciones en relación con la variedad de presentación pélvica, se mencionan las mas frecuentes:

La manejada en Norteamérica:

a) **FRANCA DE NALGAS:** Se presenta en el 65-70% de los casos (22, 26). Los muslos se encuentran flexionados y las piernas están hacia arriba a lo largo de la superficie anterior del tronco del producto (Fig. 1-A).

b) **PELVICA COMPLETA:** Se presenta en el 5-10% de los casos. Los muslos están flexionados sobre el abdomen, las rodillas también están flexionadas, adoptando el producto una posición de sentado con las piernas cruzadas (Fig. 1-B) (22, 26).

c) **PELVICA INCOMPLETA O PELVICA CON PROLAPSO DE PIE. (S):** Se encuentra aproximadamente en un 25% de los casos. En esta presentación uno o ambos pies están por debajo del sacro fetal. (22, 26, 28), (Fig. 1-C).

Escuela Francesa:

a) **PRESENTACION DE NALGAS COMPLETA:** Es decir, con los muslos en flexión moderada sobre la pelvis, y las piernas muy dobladas sobre los muslos: el feto se encuentra en una posición muy parecida a la del sastre - sentado (1), corresponde a la pélvica completa ya mencionada (Fig. 1-B).

b) **PRESENTACION DE NALGAS INCOMPLETA:-** Variedad de nalgas.- Los miembros inferiores están doblados por delante del plano anterior del cuerno, de tal modo, que los pies se encuentran a la altura del cuello del feto. (1), corresponde a la presentación franca de nalgas de la clasificación manejada en Norteamérica (Fig. 1-A). - Variedad de pies.- Los miembros inferiores están extendidos; los pies descienden primero. - Variedad de e



- FIG. 1 - B



- FIG. 1 - A



- FIG. 1 - C

- rodillas.- Los muslos están extendidos con relación a la pélvis, y las piernas dobladas sobre los muslos. Algunos autores mencionan en sus obras que no es posible admitir estas variedades de presentación incompleta (de pies, rodillas Etc), ya que sólo son posibles durante el momento del parto. (25).

La manejada en nuestro medio y ampliamente difundida (28), que será la que utilizaremos en este estudio.

a) PRESENTACION PELVICA COMPLETA: Los muslos del producto se encuentran flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. (Fig. 1-B).

b) PRESENTACION PELVICA INCOMPLETA: En este caso uno o ambos pies, o una o ambas rodillas son las partes mas bajas (Fig. 1-C).

c) PRESENTACION PELVICA PURA: Los muslos se encuentran flexionados sobre el abdomen y las piernas extendidas sobre el abdomen (Fig. 1-A).

FRECUENCIA:

Una de las frecuencias consideracas más altas en la literatura es la reportada por Casanova y Cols. (5), de 6.2% en 34,612 pacientes excluyendo productos menores de 30 semanas o peso inferior a 1000 grms., así como embarazos múltiples. Sin embargo la mayoría de los autores coinciden e n reportan una frecuencia que fluctúa entre 2.5 y 4% (17, 23, 24, 28) -- considerando únicamente los productos a término y embarazos únicos.

ETIOLOGIA:

Al intentar diversos autores de explicar los factores etiológicos de

- la presentación pélvica, destacan las afirmaciones que: cualquier factor que altere la ley de la acomodación favorece esta condición obstétrica (8). Se mencionan los siguientes factores:

Anomalías uterinas, anormalidades fetales, pelvis con disminución de sus diámetros, placenta previa, oligo-hidramnios, hidramnios, brevedad de cordón umbilical, multiparidad, prematuréz, (10, 17, 25), quedando la mayoría ignoradas.

DIAGNOSTICO:

Es eminentemente clínico y se logra ejerciéndola en forma sistematizada la propedéutica obstétrica existiendo métodos paraclínicos complementarios como son la radiología y la ultrasonografía.

1. DIAGNOSTICO CLINICO:

a) Interrogatorio: Cuando la paciente refiere sensación dolorosa o de pesantéz a nivel de los cuadrantes superiores del abdomen puede deberse al polo cefálico de mayor consistencia haciendo presión en el fondo uterino. Es un dato de presunción.

b) Inspección: Es difícil detectar un signo de inspección abdominal que sugiera la presentación.

c) Palpación: Siguiendo las 4 maniobras de Leopold encontraremos lo siguiente:

1a. Se palpa el polo cefálico en el fondo uterino, de características: Redondo, Robotante, Regular y Resistente (R, R, R, R).

2a. Escalón y partes fetales pequeñas se palpan a los lados y en -

-- y en situación longitudinal.

3a. El polo pélvico blando y a menudo mal definido, se palpa sobre el estrecho superior.

-- 4a. Es de poca utilidad en la presentación pélvica.

La palpación abdominal se complementa con la palpación o tacto vaginal, detectando que la parte del producto que se presenta es irregular y carece de la simetría firme y redondeada de la presentación cefálica, ayudándonos además a precisar con exactitud la variedad de posición al determinar la ubicación del sacro fetal con respecto a los cuadrantes de la -
pélvis materna. También se identifica el tipo de presentación ya sea completa o incompleta. Se estudian además el estado de las membranas y otros parámetros.

d) Auscultación: Es frecuente que en la auscultación el foco fetal - se localiza en los cuadrantes superiores del abdomen materno.

DIAGNOSTICO PARACLINICO:

a) Radiología: Aunque su empleo en la gestante se ha restringido en la actualidad a aquellos casos en que se considere indispensable, la placa simple de abdomen nos puede confirmar el diagnóstico de presentación pélvica después de la semana 32 de gestación, ya que antes podemos esperar razonablemente un cambio espontáneo a presentación de vértice (7).

b) Ultrasonografía (USG): Es el otro método paraclínico que nos establece el diagnóstico de certeza de presentación pélvica, considerándose hasta la fecha el más inocuo y capaz de detectar con gran precisión el -
diámetro biparietal (13).

TRATAMIENTO:

Para elegir la vía de nacimiento del producto en presentación pélvica, clásicamente se han propuesto 4 formas: El parto espontáneo; el parto con ayuda manual; el parto con aplicación de fórceps sobre cabeza última y la operación cesárea.

1. Parto Pélvico Espontáneo:

El parto ocurre en su totalidad en forma natural, siguiendo el mecanismo de parto propio en forma natural, siguiendo el mecanismo propio de la presentación pélvica y el obstetra se limita a sostener al producto, seccionar el cordón umbilical, atender el alumbramiento, revisar y reparar el canal del parto.

2. Parto Pélvico Asistido:

En este caso el parto se efectúa espontáneamente hasta el ombligo - y posteriormente el obstetra, puede realizar una o varias de las maniobras que se han ideado para la exteriorización de los brazos, entre las que se encuentran las de Rojas, Müller, Louset, etc, o bien para exteriorizar la cabeza ejemplo la de Maurice-Veit-Smellie, maniobra de Wigand, - Bracht, etc.

3. El parto Pélvico con Aplicación de Fórceps Piper sobre cabeza - última:

El parto puede ser espontáneo o empleando cualquiera de las maniobras

- descritas hasta el nacimiento de los hombros posteriormente se aplican los forceps Piper con fines profilácticos o bien por retención de cabeza última.

4. Operación Cesárea:

Es la terminación quirúrgica del embarazo por vía abdominal y extracción del producto a través de una incisión uterina.

En los últimos años se ha efectuado una mayor frecuencia de operación cesárea para la resolución de la gestación con productos en presentación pélvica, sin embargo es aún un tema controversial y dista de ser aceptada en forma unánime como el método rutinario en el manejo de esta entidad. Sin embargo no dejaré de mencionar la tendencia hacia un aumento continuo de nacimiento por cesárea en casos de presentación de nalgas (9).

Se ha publicado que el feto en presentación pélvica se deteriora más rápidamente durante el trabajo de parto que el producto en presentación de vértice (acidosis, trazos anormales) (3), de la misma manera se han descrito múltiples complicaciones (6, 7) que varían del 18 a 177%, mencionándose la distocia de hombros, la retención de cabeza última con aspiración de líquido amniótico, lesiones con parálisis de Erb, fracturas de clavícula, húmero, fémur y de cráneo, hemorragia cerebral, convulsiones por edema cerebral, luxación de hombro, equimosis, lesiones de columna cervical etc., lo que sugiere que la "morbilidad fetal debida al parto pélvico vaginal es también iatrogénica".

Además de la morbilidad fetal perinatal, existe la morbilidad a posteriori, la cual puede no manifestarse al momento del nacimiento y consi

-te en disfunciones cerebrales mínimas o bien lesiones neurológicas mayores caracterizadas por parálisis cerebral, epilepsia, retraso mental, problemas de conducta, problemas psíquicos, etc.

La morbilidad materna según Casanova y Cole. (5), está dada por lesiones del canal del parto durante la atención del mismo o por las complicaciones quirúrgicas de la cesárea, que pueden ser hemorragia severa e hipovolemia, accidentes anestésicos (15), etc.

NORMAS DE ATENCION:

Por la alta frecuencia de morbilidad materna fetal por parto pélvico con respecto a la presentación cefálica, es necesario establecer un procedimiento óptimo para seleccionar la vía de nacimiento. Es requisito tener en cuenta que la cesárea aumenta la morbilidad materna la cual puede ser frecuentemente controlable, ejm., hemorragia, infecciones de herida quirúrgica, accidentes anestésicos etc., etc. En tanto que la morbilidad fetal, que es mas elevada en el parto pélvico vaginal, aunque tiene un origen frecuentemente iatrogénico, no es frecuentemente controlable en un gran número de casos por el médico pediatra, neurólogo o especialista determinado, mucho menos por el obstetra, una vez que se ha establecido la lesión, además la morbilidad fetal puede dejar secuelas de por vida, lo que no sucede con la morbilidad materna.

La gran mayoría de los datos fueron obtenidos de autores extranjeros, por lo que considero importante el efectuar una revisión de la frecuencia de la Presentación Pélvica en nuestro medio, de las normas y procedimientos, por lo que se efectuó este trabajo retrospectivo, longitudinal en el Hospital de la Mujer de la S.S. para manejar nuestra realidad en nuestras pcientas obstétricas.

O B J E T I V O S

1. Determinar la frecuencia de la presentación pélvica en el Hospital de la Mujer de la S.S.
 2. Conocer los factores etiológicos y/o complicaciones del embarazo con producto en presentación pélvica.
 3. Análisis del manejo del Embarazo con producto en presentación pélvica en el Hospital de la Mujer de la S.S.
 4. Establecer conclusiones, orientadas hacia una atención óptima del binomio, una vez revisada la literatura y la experiencia de nuestro hospital.
-

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se analizaron 1843 casos de Embarazos con Productos en Presentación Pélvica que fueron ingresados a la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud, efectuándose una revisión retrospectiva de 5 años que comprenden del 1.º de enero de 1981 al 31 de diciembre de 1985, obteniendo los datos a través del servicio de Estadística, Informática y Archivo Clínico de la Unidad Hospitalaria.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Presentación Pélvica, producto vivo, peso mayor de 1000 gramos y edad gestacional mayor de 30 semanas.

Las variables fueron: Edad materna, número de gestaciones, partos, cesáreas abortos, edad gestacional por fecha de última menstruación, morbilidad materno-fetal, factores asociados a la presentación Pélvica y forma de atención de la paciente gestante o el producto en Presentación Pélvica.

También se buscaron complicaciones del embarazo tales como - Enfermedades Hipertensivas del Embarazo, Sufrimiento Fetal, Prolapso o circular de Cordón Etc.

R E S U L T A D O S : De 68235 pacientes obstetricas ingresadas en el Hospital de la Mujer, 1843 correspondieron a Productos en Presentación Pélvica (2.68%), cifra que se encuentra acorde a lo reportado en la literatura, en cuanto a los factores etiológicos, la premadurez se presentó en 314 casos y las anomalías del cordón en 313, que correspondieron al 17.03 y 16.98% respectivamente.

En cuanto al grupo de edad predominó de los 21 a los 25 años con 614 casos y de los 16 a los 20 años con 602, con 33.31 y 32.66%, es decir en la época de mayor reproductividad. En cuanto a la paridad fué mas frecuente en la nulípara con 892 casos contra 566 de las multíparas con 48.39 y 30.71% respectivamente, no se encontró a la multiparidad entonces como factor etiológico principal.

Revisando los antecedentes principales encontrados, la Ruptura prematura de membranas se encontró en 566 casos con un 30.71% y la cesárea anterior con 221 casos correspondiendo al 11.99%.

En nuestra casuística encontramos mayor porcentaje de presentaciones Pélvica Completas con 837 casos y un porcentaje de 45.41% contra 713 casos con 38.68 de la variedad Incompleta, y no se conoció la variedad de presentación en 293 casos (15.89%).

Llama la atención que la Ruptura Prematura de Membranas predominó ampliamente asociada a la Presentación Completa con 362 casos contra los 204 de la variedad Incompleta con 63.95 y 36.04% respectivamente (566 casos de Ruptura Prematura de Membranas).

El 90.83% de los casos ó sea 1674 se resolvieron por operación cesárea, el resto correspondió a casos que ingresaron en período expulsivo y rara vez parto vaginal seleccionado. Respecto a la morbimortalidad fetal presentaron depresión absoluta (Apgar de 0) 12 casos con 0.65%, mientras que se reportaron gravemente deprimidos 76 productos (Apgar de 1 a 4) con 4.12%, se considera esta cifra dentro del rango normal.

Respecto a la morbilidad materna predominó la Pre-Eclampsia con 110 casos con 5.96%, 23 casos de absceso de pared con 1.24%, el resto: Endometritis, hematoma de pared, y dehiscencia de herida quirúrgica no alcanzaron el 1%, lo que habla de una tasa baja de complicaciones en cuanto a la morbilidad y no se atribuye a la Presentación Pélvica; la Pre-Eclampsia sin relación alguna y el resto relacionadas con el acto quirúrgico.

Los dos casos reportados de fallecimiento se atribuyen a complicaciones del acto operatorio y una paciente presentó como factor predisponente Pre-eclampsia severa. Los diagnósticos fueron Coagulación Intra vascular Diseminada y Edema Agudo de Pulmón.

1.- FRECUENCIA :

De 68,235 expedientes de partos estudiados, se encontraron 1,843 en presentación pélvica y que reunieron los requisitos señalados que corresponden a una frecuencia de 2.68%.

CUADRO 1 - 1

Frecuencia global de productos con presentación pélvica y por año.

Año	Nó. de pacientes obstétricas	Nó. de presentación pélvica	% anual
1981	12,773	337	2.63%
1982	13,187	292	2.21%
1983	13,763	353	2.56%
1984	14,075	408	2.89%
1985	14,437	453	3.13%
TOTAL	68,235	1843	2.68% promedio

+Periodo del 1o. de enero de 1981 al 31 de diciembre de 1985

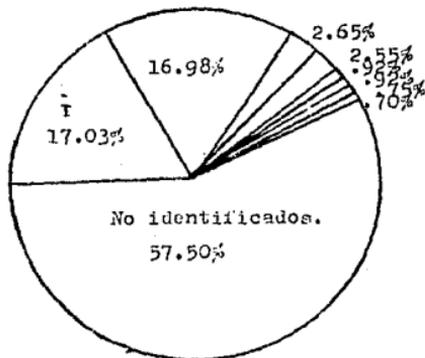
Como se observa la Prematuréz y las anomalías del cordón fueron los factores etiológicos observados con mayor frecuencia correspondiendo a un 17.03 y 16.98% respectivamente.

CUADRO 2.1

FACTORES ETIOLÓGICOS EN LA PRESENTACION PELVICA IDENTIFICADOS EN 1843 CASOS.

FACTOR	NUMERO	PORCENTAJE
PREMATUREZ	314	17.03%
ANOMALIAS DEL CORDON	313	16.98%
PLACENTA PREVIA	49	2.65%
MALFORMACIONES DEL UTERO	47	2.55%
CANTIDAD ANORMAL DE LIQUIDO AMNIOTICO	17	0.92%
HIDROCEFALIA	17	0.92%
DEFECTOS DE CIERRE DEL TUBO NEURAL	14	0.75%
TUMORES PELVICOS	13	0.70%
TOTAL	784	42.50%

GRAFICA 2-1



EDAD:

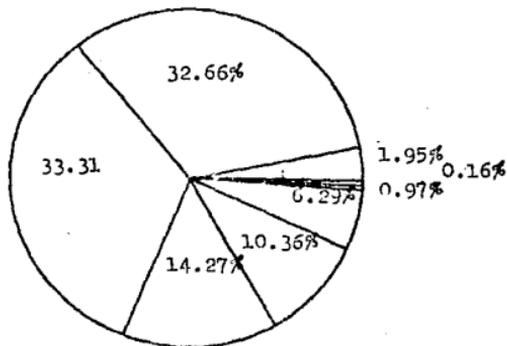
La edad en que mas frecuentemente se presentó la producto en Presentación Pélvica fué de los 21 a los 25 años, con un 33.31%, - seguido el grupo de los 16 a 20 años de edad con un 32.66%, correspondiendo a ambos grupos el 65.97%, y el 34% restante a los otros grupos de edad.

CUADRO 3-1

Pacientes con Presentación Pélvica en relación a su edad.

GRUPO DE EDAD	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Menos de 16 años	36	1.95%
16 a 20 años	602	32.66%
21 a 25 "	614	33.31%
26 a 30 "	263	14.27%
31 a 35 "	191	10.36%
36 a 40 "	116	6.29%
40 a 45 "	18	0.97%
mas de 45 años	3	0.16%
TOTAL	1843	99.97%

GRAFICA 3-1



PARIDAD:

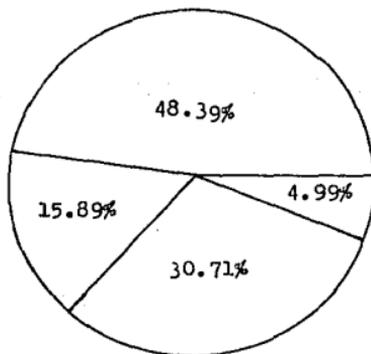
Como puede observarse en el cuadro 4-1, las nulíparas ocu
ren un 48.39% con 892 casos de presentación pélvica; las primi
paras un 15.89% con 293 casos; las múltiparas un 30.71% c o n
566 pacientes y las grandes múltiparas el 4.99% con 92 pacien
tes.

CUADRO 4 - 1

La presentación pélvica respecto a la paridad

GRUPO DE PARIDAD	NÓ.DE CASOS	PORCENTAJE
NULIPARA	892	48.39%
PRIMIPARA	293	15.89%
MULTIPARA	566	30.71%
GRAN MULTIPARA	92	4.99%
TOTAL	1843	99.98%

GRAFICA 4 - 1



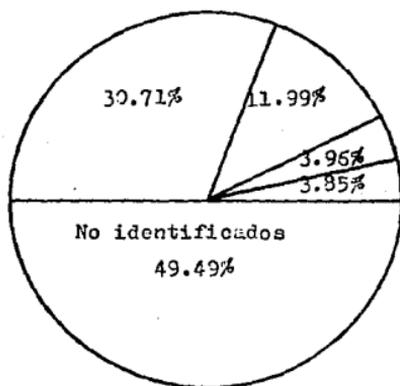
La Ruptura Prematura de Membranas y la cesárea anterior fueron los antecedentes encontrados con mayor frecuencia con 30.71 y 11.99% respectivamente. El antecedente de producto pélvico previo sólo se encontró en un 3.96% de los casos.

CUADRO 5-1

PRINCIPALES ANTECEDENTES ENCONTRADOS EN 1843 CASOS DE PRESENTACION - PELVICA

ANTECEDENTES	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	566	30.71%
CESAREA ANTERIOR	221	11.99%
PARTO PELVICO PREVIO	73	3.96%
PROLAPSO DEL CORDON UMBILICAL	71	3.85%
TOTAL	931	50.51%

GRAFICA 5-1



VARIEDAD DE PRESENTACION

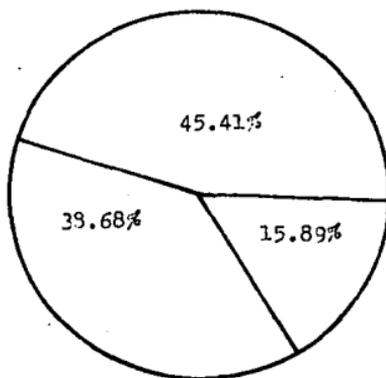
A la variedad de Presentación Pélvica completa correspondieron 837 casos, que es el 45.41% contra los 713 casos (38.68%) de la presentación incompleta, en tanto que el 293 casos (pura?) no se especificó, o sea un 15.89%.

QUADRO 6-1

Variedad de la Presentación Pélvica.

VARIEDAD	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
PELVICA COMPLETA	837	45.41%
PELVICA INCOMPLETA	713	38.68%
DESCONOCIDA	293	15.89%
TOTAL	1843	99.98%

GRAFICA 6-1



RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y VARIEDAD DE PRESENTACION:

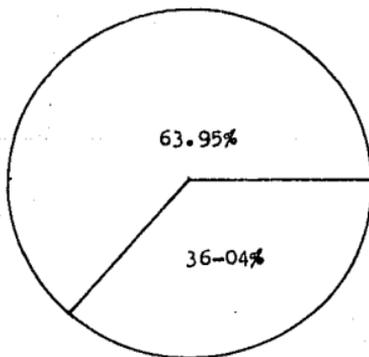
Se efectuó una relación de la Ruptura Prematura de Membranas y la variedad de presentación, encontrando una frecuencia mayor - en la pélvica completa.

CUADRO 7 - 1

Ruptura prematura de membranas y variedad de presentación:
566 casos.

VARIEDAD	NÓ. DE CASOS	PORCENTAJE
I PELVICA COMPLETA	362	63.95%
II PELVICA INCOMPLETA	204	36.04%
TOTAL	566	99.99%

GRAFICA 7 - 1



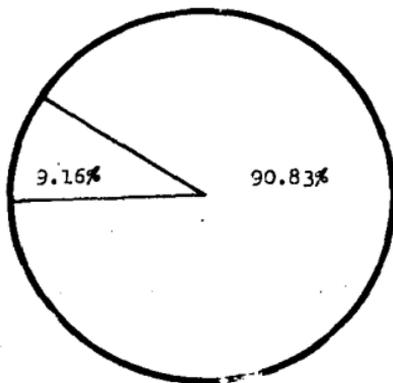
La forma de atención de la Presentación Pélvica fué en forma casi absoluta por operación cesárea, correspondiendo ésta a un 90.83% contra un 9.16% de parto.

CUADRO 8-1

FORMA DE ATENCION DE LOS EMBARAZOS EN PRESENTACION PELVICA.

TIPO DE ATENCION	NUMERO	PORCENTAJE
OPERACION CESAREA	1674	90.83%
PARTO PELVICO ASISTIDO	169	9.16%
TOTAL	1843	99.99%

GRAFICA 8-1



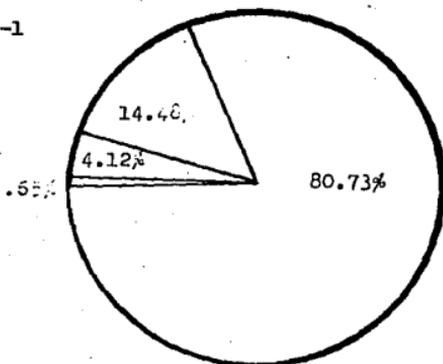
Se reportaron 12 casos de depresión absoluta correspondiendo a 0.65%, y depresión grave 76 casos o sea 4.12%, y poco más de un 80% de productos reportados en buen estado.

CUADRO 9-1

MORBIMORTALIDAD FETAL POR PRESENTACION PELVICA.

GRUPO	APGAR	No. DE CASOS	PORCENTAJE
I DEPRESION ABSOLUTA	0	12	0.65%
II GRAVEMENTE DEPRIMIDOS	1 a 4	76	4.12%
III MODERADAMENTE DEPRIMIDOS	5 a 7	267	14.48%
IV BUEN ESTADO	8 a 9	1488	80.73%
TOTAL		1843	99.98%

GRAFICA 9-1



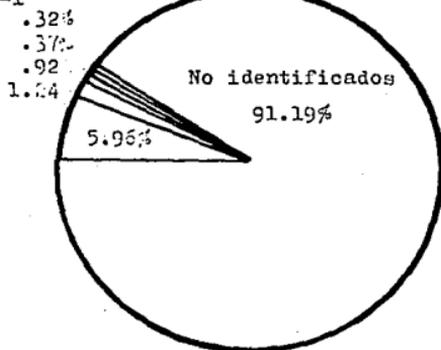
La mayor morbilidad correspondió a pre-eclampsia con un 5.96% no asociada con la presentación ni la vía del nacimiento, el resto que no alcanzaron el 1%, corresponden a complicaciones propias del acto quirúrgico y se consideraron prácticamente insignificantes.

CUADRO 10-1

MORBILIDAD MATERNA EN 1843 CASOS POR PRESENTACION PELVICA.

MORBILIDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
PRE-ECLAMPSIA	110	5.96%
ABSCESO DE PARED	23	1.24%
ENDOMETRITIS	17	0.92%
HEMATOMA DE PARED	7	0.37%
DEHISCENCIA DE H.Q.	6	0.32%
TOTAL	163	8.81%

GRAFICA 10-1



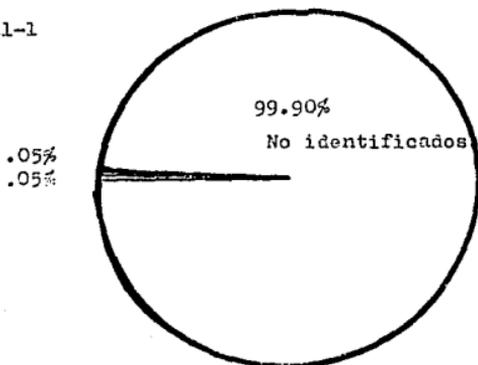
Se lamentaron dos defunciones correspondiendo a un 0.10% y que no se relacionaron con la presentación pélvica, sino con la vía del nacimiento seleccionada un caso y el otro con pre-eclampsia severa.

CUADRO 11-1

MORBILIDAD MATERNA.

CAUSA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
C.I.D.	1	0.05%
EDEMA AGUDO DE PULMON.	1	0.05%
TOTAL	2	0.10%

GRAFICA 11-1



DISCUSION Y COMENTARIOS

La presente tesis reúne la experiencia sobre los Factores Etiológicos de la Presentación Pélvica en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, al mismo tiempo evaluación de Normas y Procedimientos en nuestro Hospital para la elección de la vía del nacimiento de productos con tal presentación.

Los expedientes revisados comprenden del primero de enero de 1981 al 31 de diciembre de 1985. Durante este tiempo se atendieron 68,235 pacientes obstétricas en la Unidad Tocoquirúrgica, de las cuales 1343 presentaron productos en Presentación Pélvica, o sea un 2.68% que fué el promedio del tiempo mencionado (5 años), cifra semejante a lo reportado por otros autores. (2, 17, 23, 24, 28).

La edad materna es que más frecuentemente se presentó el embarazo con producto en presentación pélvica, fué de los 16 a los 30 años de edad, época de mayor actividad sexual y reproductividad, por lo que considero no exista relación entre la presentación pélvica y la edad.

En lo referente a la paridad, las nulíparas y las multíparas tienen el mayor porcentaje en Pélvicas en este estudio, predominando las primíparas con un 48.33% contra un 30.71% de las multíparas. El factor multiparidad mencionada por algunos autores como predisponente de tal presentación (23), y admiten que es ligeramente más frecuente en la nulípara que en la multípara y se debe a que la atonía de éstas últimas facilita la versión por maniobras externas. (23), sin embargo otros autores no la mencionan en sus publicaciones (8,17)

En lo que concierne a los antecedentes obstétricos relacionados comúnmente con la Presentación Pélvica, el más común fué la ruptura-prematura de membranas, seguida de la cesárea anterior y el parto - pélvico previo, similar a lo encontrados en algunos trabajos (6, 7).

La presentación Pélvica Completa fué mayor (45.41%) que la Incompleta (38.63%), algunos autores han reportado sin embargo como - mas frecuente la variedad Incompleta (23).

La relación entre Presentación Pélvica Completa y ruptura premature de membranas fué mayor que la P. Incompleta y ruptura premature de membranas (53.95 y 36.04% respectivamente).

Respecto a la forma de atención del embarazo con producto en - P. Pélvica 1674 que corresponde al 90.83% fueron por operación cesárea, mientras que 163, o sea el 9.16% fueron por vía vaginal. La cifra de operación cesárea contrasta con lo reportado por algunos autores que mencionan un porcentaje de 38.79 (11), otros 31% (21), recientemente la cifra se ha incrementado hasta un 75% (9), sin embargo aún el porcentaje de resolución de la vía de nacimiento por ésta vía es mayor en nuestro hospital.

Publicaciones recientes abogan fuertemente por la selección de casos para normar la forma de resolución del embarazo con producto - en P. Pélvica, considerando a la vez la gran diferencia en morbilidad materna entre el parto vaginal y la cesárea, siendo mayor en ésta última entre lo que se incluye hemorragias, infección accidentes anestésicos, costo, etc. y que seleccionando de acuerdo protocolos - establecidos no hay diferencia en morbilidad fetal al nacer por vía vaginal. Como es obvio los criterios de selección son muy estrictos y éstos incluyen en forma óptima: Edad gestacional de 36-42 semanas, peso fetal estimado (variable de acuerdo a varios autores) e n

.. un rango de 2500 a 3500 Grms., algunos hasta 4000 Grms., evidencia de pelvis adecuada por clínica y/o por Rx, ninguna complicación materna u- obstétrica, anomalías fetales congénitas excluidas hasta donde sea - posible, pruebas de bienestar fetal normales, no hiperextensión de la ca- beza fetal (13, 15, 18, 21, 27). Aunque de acuerdo a otros autores la ten- dencia es a aumentar los nacimientos por cesárea, ya que el feto en Pre- sentación de Nalgas de cualquier peso tiene un riesgo discutible (9).

Es importante mencionar que en nuestro medio a pesar de los esfuer- zos de las autoridades del Sector Salud no es posible un control óptimo dado el volúmen de pacientes, intervienen además factores culturales, el poco entrenamiento de los médicos en formación en quienes cumplen con los protocolos publicados y que en hospitales de enseñanza año con año con el ingreso de personal nuevo, el cambio de jerarquía de residentes que aunque sean supervisados activamente por médicos adscritos la atención brindada a la paciente no será la óptima y sería muy alto quizá el tributo que se pague desde el punto de vista de morbilidad neonatal. Debemos de -- partir de una base: La inmensa mayoría de pacientes acuden a su atención obstétrica sin control prenatal o iniciando éste en etapas tardías de la gestación, médicos en formación sin experiencia en atención de partos va- ginales, gran volúmen de pacientes con la probabilidad muy alta de expo- ner al binomio a resultados catastróficos. No ignoramos las complicacio- nes de la operación cesárea, sin embargo son susceptibles de combatir, - ejemplos: Infección, atonía uterina, prolongación de histerotomía, hipo- volemia aún en estado de choque Etc. No es así en el caso de productos- con traumatismo importante con complicaciones a corto, mediano y largo- plazo a quienes sólo se les podrá ofrecer educación especial y rehabili- tación que van a ocasionar un mayor costo. Sin embargo es probable que en el futuro con mejoras en el programa del control prenatal, sin res- tricciones económicas ni médicas podamos efectuar un criterio de se- lección excelente es decir llevar a los pacientes con el menor riesgo

... posible en el momento de permitirles un parto vaginal en la presentación pélvica aunado a lo anterior el progreso en el factor cultural que influirá a que las pacientes comprendan la importancia de un control prenatal adecuado y llevado a cabo desde las etapas tempranas de la gestación.

Respecto a la mortalidad fetal perinatal o intraparto no debidas a la presentación pélvica y/o vía de nacimiento encontramos como principal causa de mortalidad las anomalías congénitas incompatibles con la vida, entre las que destacan la anencefalia, anomalías congénitas múltiples e inmadurez orgánica generalizada. La mortalidad fué de 12 con un porcentaje de 0.65%.

Estudiando la morbilidad fetal a corto plazo se registraron 76 productos gravemente deprimidos con un Apgar de 1 a 4, 267 productos moderadamente deprimidos que corresponden a un 4.12 y 14.48% respectivamente valorados a los 5 minutos del nacimiento, encontrando como principal factor la prematuréz, precisamente uno de los factores asociados a la presentación pélvica, y un 80.73% con Apgar de 8 a 10 también valorados a los 5 minutos del nacimiento.

La morbilidad materna en 1674 casos de presentación pélvica resueltos por cesárea fué de 8.81%, siendo la principal la Preeclampsia (110) con 5.96%, y el Absceso de pared con 23 casos o sea el 1.24%.

Se lamentaron dos decesos maternos. Uno por Coagulación Intravascular Diseminada y Edema Agudo de Pulmón, que correspondió al 0.10% ambas relacionadas con la vía del nacimiento, en este caso la operación cesárea.

En el presente trabajo se documentó la experiencia del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud sobre Factores Etiológicos de la Presentación Pélvica y evaluación de la vía del nacimiento de tales productos.

La experiencia de 5 años (lo. Enero de 1981 al 31 de Dic. de 1985) de nuestro hospital fué la siguiente: Fué más frecuente de los 16 a los 30 años, ocupando el mayor porcentaje las nulíparas, el antecedente obstétrico más frecuentemente observado fué la Ruptura Prematura de Membranas, seguida de la Cesárea Anterior y Parto Pélvico - Previo. La presentación Pélvica Completa fué más frecuente que la Incompleta y la Ruptura Prematura de Membranas se observó con mayor frecuencia en la primera. La forma de resolución de la Presentación pélvica es mediante operación cesárea, excepto aquellas que ingresan en período expulsivo, productos con malformaciones, óbitos, y raras veces parto vaginal seleccionado.

Publicaciones recientes abogan en favor de parto vaginal seleccionado, utilizando criterios y parámetros ya establecidos, entre ellos: Edad gestacional de 36-42 semanas, peso de 2500 a 3500 gramos, pelvis adecuada, producto vivo sin malformaciones mayores, sin complicaciones maternas u obstétricas Etc. No ignoramos que la tendencia de nacimientos por operación cesárea por ésta indicación es hacia el aumento

Hablando de morbilidad perinatal las cifras se encuentran en rangos normales (4.12 y 14.48% de productos gravemente y moderadamente deprimidos respectivamente, predominando la prematuréz, se encontró 0.65% de mortalidad sobre todo por anomalías congénitas incompatibles con la vida e inmadurez orgánica generalizada).

... Respecto a la Morbimortalidad materna, la principal fué la Pre-eclampsia con 5.96% sin relación alguna con el tipo de presentación, seguida por el absceso de pared con 1.24%. Se lamentaron dos decesos maternos correspondientes a 0.10%, un caso de Congulación Intravascular Diseminada teniendo ésto como factor predisponente Pre-eclampsia Severa, el otro caso por Edema Agudo de Pulmón.

PRESPECTIVAS:

Es difícil predecir con claridad una forma de resolución en forma contundente a futuro. En el medio del Sector Salud, a pesar de los enormes esfuerzos de las autoridades, no es posible llevar a cabo un control óptimo de nuestras pacientes en la fase prenatal, debido a muchos factores, entre ellos el gran volumen de pacientes, acuden a control prenatal en etapas tardías de la gestación, factores culturales por parte de las pacientes, factores económicos, ya que en muchos centros es probable que se necesite un mayor número de médicos adscritos para supervisión más estrecha de los médicos en formación, poca experiencia en atención de partos vaginales, Etc. Todo lo anterior haría pagar quizá un tributo muy alto a los pacientes, ya que existe la probabilidad muy alta de exponer al binomio a resultados catastróficos. No ignoramos las complicaciones de la cesárea, sin embargo son susceptibles de combatir, tales como infección, atonía uterina, prolongación de histerotomía etc, etc. No es así en productos con traumatismo importante con secuelas de por vida, a quienes sólo se les podrá ofrecer educación especial, rehabilitación con mayor costo a largo plazo etc. Sin embargo es probable que el futuro con mejoras en los programas de control prenatal, educación de la población, mayor desarrollo de nuestro países sin restricciones de ningún orden para la salud se podrá efectuar un criterio de selección excelente, es decir llevar a las pacientes con el menor riesgo posible en el momento de permitirles un parto vaginal en la Presentación Pélvica.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de la Presentación Pélvica en el Hospital de la Mujer es de 2.68%.
 2. Únicamente se identificó un 42.50% de los factores etiológicos de la Presentación Pélvica, correspondiendo un 17.03% a la Prematuréz y un 16.98% a las anomalías del cordón umbilical, como los factores etiológicos más importantes.
 3. Actualmente en el Hospital de la Mujer, el nacimiento del Producto en Presentación Pélvica se resuelve por operación cesárea, excepto los casos con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, óbitos, productos no viables, y en período expulsivo.
 4. De acuerdo a la literatura consultada, la vía óptima de nacimiento para los productos en Presentación Pélvica debe ser cuidadosamente seleccionada, tomando en cuenta únicamente a las pacientes multiparas, adecuado control prenatal, infraestructura hospitalaria excelente. De no cumplirse cualquiera de estos requisitos -- ampliamente todos los casos deberán ser sometidos a operación cesárea.
-

1. Ribemont, A., Lepage, Dessaignes, G. Tratado de Obstetricia tomo I sexta edición, 1904, Pag. 475.
2. Bird, CC., Mc. Elin, TW: A six year prospective study of a term breech deliveries utilizing the Zaturchni - Andros prognostic scoring index. A.J. Obstet. Gynecol. 121 (3): 551, 1975.
3. Eilen, Bonnie., Fleischer, Adiel MD., Shulman, Harold. MD and Jagani, Naseem. MD. Fetal Acidosis and the abnormal fetal heart rate tracing: The term breech fetus. Vol. 63, No. 2 february 1984. Obstetrics and Gynecology.
4. Casanova, A.H. Obstetricia. Editor: Francisco Méndez Cervantes, 321-322, 1983.
5. Casanova, A.H., Vera, G.D., Manzanilla, S.R., Lazcano, A.L. Morbimortalidad en la presentación pélvica. Ginec. y Obstet. de México., Vol. 41; 69-75, 1977.
6. Casanova, A.H., Manzanilla, S.R., Reyes, G.R., Suárez, C. Morbimortalidad materno-fetal y parto pélvico, Rev. Méd. I.S.S.S.T.E. Vol. 6 No. 3, mayo-junio, 205-21, 1971.
7. Casanova, A.H., Suárez, C.M. Morbimortalidad materno-fetal en el parto pélvico de la gran múltipara. Ginec. y Obstet. de México. Vol. 31 No. 188; 625-37 Jun. 1972.
8. Castelazo Ayala, L. Obstetricia Segunda Edición. 1952. Pags. 370-72.
9. Philinson, E., Rosen, Fortiner. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas .Vol. 4; 871-72, 1985.

10. Cotton, D. Manual of Obstetrics. Abnormal Labor and Delivery Pag. 347, 1980.
11. F.J. Nohales, A., J.J. Santoja-Luces y Sandra, M. El parto en presentación de nalgas. Criterios asistenciales y resultados perinatales. Acta ginecológica, Vol. XLIII, Pag. 659 (1986).
12. Hofmeyers, G. J., Ernest, T., Sonnendecker, W.W. Cardiotocographic - changes after external cephalic version. Br. J. Obstet - Gynaecol. 90: 914-018 Oct. 1983.
13. Hill, L.M., Breckie, R.: Current uses of ultrasound in obstetrics: Primary care 1983, junio 10 (2): 205-23.
14. Izquierdo, J., López Madrazo, J.L., Aguarón, A. y Clavero-Márquez, J.A. Mortalidad perinatal y morbilidad neonatal en las presentaciones pélvicas asistidas por vía vaginal. Acta Ginecológica, Vol. XLIII página 669 (1986).
15. Collea, J.V. M.A., Chein, C. M.A., Quilligan, E. J., MD. The randomized management of a term breech presentation: A study of 208 cases. Am J Gynecol 137: 235-44, mayo 15, 1980.
16. Gómez Gómez, E., Jiménez-Balderas, E.A., Zerco Díaz, D., De la Luna-Olsen, E., Mendoza Pérez, A. M. Resolución del embarazo en presentación pélvica. Bol. Méd. Hospital Infantil de México. Vol. 40 Num. 10, octubre de 1983.
17. Luterkort, M., MD., Person, P., MD. and Waldner, B.M. R.N. Maternal and fetal factors in breech presentation. Vol. 64, L. July 1984. Obstetrics and Gynecology.

18. Gimousky, M. L., MD., Wallace, R. L., CD., Shifrin, B. S., MD., Paul, R. H., MD. Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: A preliminary report. Am J Obstet. Gynecol 946; 34-40, mayo 1, 1983.
19. Rosen, M. G., MD., Debanne, Sara., PHD., Thompson, K., LPN. and Bilenker, R. M., MD. Long-term neurological morbidity in breech and vertex births. Volume 151 No. 6, march 15, 1985. J Obstet - Gynecol.
20. Kauppila, Olavi., MD., Gronroos, N., MD., Aro, P., MD., Aittoniemi, P., MD. and Kuoppala, E., MD. Management of a low birth weight breech delivery: Should cesarean section be routine?. Obstet Gynecol. 57; 389-94 march 1981.
21. Bingham, P., MB, BS. and Liford, R. J., PhD, MRCP. Management of the selected breech presentation: Assesment of the risks of selected vaginal delivery versus cesarean section for all cases. Obstetrics and Gynecology Vol. 69, No. 6, june 1987.
22. Benson, R. O. Diagnóstico y tratamiento Ginecobstétrico, cuarta edición 1986, Pag. 955-68.
23. Schwarzcz, R. Obstetricia, tercera edición (tercera reimpración), 1975 Pag. 269-73.
24. Recasens, S.R. Tratado de Obstetricia, octava edición 1979, Pag. 275.
25. Recasens, G. Sebastian. Quinta edición de 1925, Pag. 246-47.

26. Taylor, E. S. *Obstetricia de Beck. Editorial Interamericana*, 19; 238-51, 1973.
27. Watson, W. J., MD. and Benson, W. L., MD. Vaginal delivery for the selected frank breech infant at term. Vol. 64 No. 5, november 1984. *Obstetrics and Gynecology*.
28. Williams. *Obstetricia. Tercera edición. Pags. 227, 631-39, 1986.*