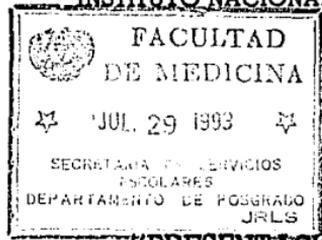


11217
110
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



"PRESENTACION PELVICA :
EXPERIENCIA INSTITUCIONAL 3 AÑOS"

~~DR. SAMUEL KARCHMER K.
DIRECTOR GENERAL
PROFESOR TITULAR~~

~~DR. JESUS PEREZ SEGURA
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA Y
EDUCACION PROFESIONAL~~

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. FROYLAN ORTIZ ELIAS

Tutor: Dr. Francisco Ibarquengoitia Ochoa



INPer

MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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

Introducción	1
Objetivos	11
Material y métodos	12
Resultados	16
Discusión	28
Conclusiones	41
Bibliografía	43

INTRODUCCION

La presentación pélvica es aquella en la que el polo caudal del feto se presenta en la pelvis materna. Su frecuencia general es del 4% de los partos. Dentro de esta se reconocen 3 tipos.

1.- Pura o franca, es cuando los muslos se encuentran intensamente flexionados y las piernas están extendidas hacia arriba o lo largo de la superficie anterior del tronco del feto. Esta es la forma más favorable, pues llena la pelvis razonablemente bien y constituye una buena cuña para la dilatación cervical; es la más frecuente (65%).

2.- Completa, los muslos y las caderas están flexionadas sobre el abdomen, y las nalgas son la porción más pendiente de manera que el producto adopta una posición sentada con piernas cruzadas; se presenta alrededor del 10%.

3.- Incompleta, el feto tiene una o ambas articulaciones de la cadera en extensión de manera que alguna parte de la extremidad inferior fetal más que las nalgas constituye la porción más baja. De ahí que pueda haber presentación de un pie, dos pies, rodilla, etc.; constituye el 25% (6,9,13).

Otros autores incluyendo las normas de nuestra institución utilizan la clasificación en sólo 2 grupos: incompleta o franca de nalgas y completa o variedad de pies y rodillas (6).

Este tipo de presentación tiene una frecuencia aproximada en varios estudios realizados con cifras porcentuales entre 3 y 4%. En un estudio previo realizado en nuestra institución resultó el 4.4% (6,7,15,17).

En relación con otros tipos de presentación en embarazos de término es la siguiente:

Uértice	95%	Pélvica	3.5%
Cara	0.5%	Hombro	0.5%

Dentro de los factores etiológicos que contribuyen a esta presentación sólo podemos hablar de asociaciones ya que cerca del 80 a 85% no existe factor que explique la presentación (2).

Sin embargo, podemos decir que algunas situaciones dan origen a este tipo de presentación y las podemos dividir en uterinas y fetales.

Dentro de las primeras existe un grupo importante de malformaciones uterinas como tabicación, difelfo, bicorne, etc., otras que son

causadas por sobredistención uterina como polihidramnios y gemelares y por obstrucción pélvica diversa dependiendo de la localización placentaria, miomas y otros tumores pélvicos así mismo la multiparidad con relajamiento de la musculatura abdominal y uterina predispone (6,26).

Dentro del segundo grupo, es decir alteraciones fetales, podemos decir que la presencia de malformaciones fetales diversas desde anomalías de SNC (anencefalia, hidrocefalia, etc.) hasta alteraciones cromosómicas y síndromes de anomalías múltiples son un factor causal. Las malformaciones del SNC complican entre el 1.5 al 2X de los productos en esta presentación, así mismo la presencia de hidrocefalia es 5 veces mayor y la de anencefalia 10 veces que en las presentaciones de vértice.

Además el 1X de los productos nacidos con esta presentación tienen una anomalía cromosómica significativa (9,11,17).

Aparte de esto existe una correlación manifiesta entre prematuridad y presentación pélvica. El 20X de los neonatos nacidos en pélvico pesan menos de 2500 grs. en comparación con el 5 a 6X de los que nacen con presentación cefálica.

La razón parece ser doble, en primer lugar muchos de los factores materno y fetales que predisponen a esta presentación también los son para el parto pretérmino y además que muchos de los productos entre la semana 28 y 34 de gestación se colocan temporalmente en esta presentación y si por cualquier motivo la madre entra en trabajo de parto se producirá un nacimiento púlvico (12,15,21,25).

Uno de los factores fundamentales del análisis de esta entidad es el incremento en la morbinortalidad que presenta en relación con las presentaciones de vértice. Aún y cuando únicamente estuviésemos presentando productos a término la mortalidad perinatal es cuatro veces mayor que en las presentaciones cefálicas (1,3,18).

Gran parte del exceso de mortalidad no puede prevenirse ya que el 64% de muertes en esta presentación se deben a malformación e infección.

Entre los nacimientos prematuros en presentación de nalgas, las malformaciones, infección, enfermedades maternas y muertes intrauterinas originan el 56% de la mortalidad y las complicaciones de la premadurez no relacionadas con la forma de parto producen otro 11%. Por tanto, apenas una tercera parte de las muertes perinatales entre las presentaciones de nalgas se debe a factores potencialmente prevenibles como son el traumatismo y asfixia (2,9,14,29).

Los traumatismos de la cabeza fetal constituyen un riesgo significativo en la presentación pélvica tanto a término como prematuro independientemente de la vía del parto, ya que a diferencia de la presentación de vértice, en la cual la cabeza fetal permanece durante días u horas en la pelvis y producir amoldamiento de la cabeza fetal, en la presentación pélvica pasa sin amoldamiento en el momento del nacimiento. A esto se suma el hecho de que la cabeza del neonato prematuro es la parte más grande del feto y que al pasar a través de un cervix insuficientemente dilatado o una inscisión uterina de cesárea pequeña produce atrapamiento cefálico (18,21).

Así mismo puede producirse lesión de los músculos, tejidos blandos y vísceras fetales, independientemente de la vía de nacimiento, cuando el cirujano toma al feto por partes que no son su pelvis ósea. De la misma manera en ambos tipos de parto se pueden producir lesiones de plexo braquial cuando las extremidades superiores no son extraídas de manera adecuada (8).

El otro componente que sería la asfixia, se produce en muchas ocasiones por prolapso de cordón, situación que no es frecuente en la presentación de nalgas franca a término y se ve incrementada en las presentaciones incompletas y prematuros (9).

Otros autores refieren como responsable de la asfixia en estas presentaciones las compresiones de esta estructura, pero gran porcentaje de los neonatos con asfixia sin prolapso en esta presentación son de causa desconocida.

Por todas las anteriores circunstancias muchos autores, incluyendo la normatización de nuestro instituto, proponen practicar cesárea en todas las presentaciones pélvicas, sin embargo, ante esta conducta se deben de pensar en las siguientes condiciones:

1. La cesárea no garantiza un nacimiento atraumático o no asfixiante.
2. La intervención representa un riesgo mayor de morbi - mortalidad materno.
3. Una política general de cesárea produciría nacimientos de productos con malformaciones y síndromes incompatibles con la vida.
4. Existen estudios que indican que con una selección adecuada, cerca de la mitad de esas presentaciones pueden culminar en un parto vaginal seguro (9).

En cuanto a la morbilidad materna por resolución abdominal están las infecciones postquirúrgicas, dehiscencia de herida y eventración, hemorragia y otras (?).

Por otro lado la cesárea se ha incrementado en los Estados Unidos de Norteamérica a un 24.7% en los embarazos ocurridos en 1988 y como causas principales encontramos cesáreas previa, sufrimiento fetal agudo y presentación pélvica (11).

Sin embargo, aún con resultados significativos que apoyan la vía vaginal, muchas de las ocasiones no es posible poner en práctica este programa debido a que cualquier fallo que se presentase en tan sólo un producto, estaría sujeto a demandas legales por práctica médica inadecuada (1,2,18,30).

Por mucho tiempo se ha tomado las calificaciones de Apgar como evidencia de bienestar fetal en el momento del nacimiento y esto también ha sido evaluado en diversos estudios en poblaciones comparativas por vía vaginal y abdominal e incluso de vértice y la mayoría señalan que la media de los Apgares al minuto en las presentaciones pélvicas eran menores que las de vértice, en consideración pudiésemos aventurar que el Apgar está directamente relacionado (en productos sanos sin patología) con la adecuada o inadecuada extracción, ya que aunado a esto los Apgares a los 5 minutos no tuvieron diferencias significativas entre los grupos y además la relación con el pH de sangre arterial del neonato indicaba la no existencia de signos de asfixia (20,27).

Ya habiendo explicado la porción neonatal, es conveniente observar el comportamiento en cuanto a la morbilidad materna, sin que halla mucho que evidenciar, el hecho de la resolución abdominal necesariamente incrementa los riesgos en comparación con la vía vaginal, siendo los principales la infección y las dehiscencias de la herida quirúrgica así como mayor porcentaje de pérdida hemática, sin embargo, en estudios realizados (>) con grupos comparativos de cesárea por presentación pélvica y cesárea por otras indicaciones no hay diferencia significativa en el porcentaje de morbilidad materna (5,11,17).

Es por todo lo anteriormente señalado que existen suficientes datos para demostrar que los productos en presentación pélvica seleccionados de manera adecuada pueden sujetarse con seguridad a un parto vaginal.

Para ello han sido muchas las clasificaciones y factores que se han resumido a manera de protocolizar esta decisión; una de las más utilizadas es el índice de Zatuchini y Andros que describiremos a continuación:

<u>Características</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>
Paridad	Primigesta	Multigesta	-
Edad gestacional	> 39 SOG	38 SOG	< 37 SOG
Parto pélvico anterior	no.	1	2 ó más
Dilatación cervical	2cm	3cm	4 ó más
Plano Hodge	I	II	III

Los autores sugieren que aquellos cuya puntuación es de 3 ó menos sean extraídos por vía abdominal, los de puntuación 4 sean reevaluados cuidadosamente y puede esperarse que aquellos con una puntuación de 5 ó más nazcan por vía vaginal sin dificultad (30).

Como en otras recetas para la solución de problemas clínicos pueden ser de gran ayuda, pero no puede considerarse como sustituto del agudo juicio clínico que se requiere para la evaluación de todas las presentaciones pélvicas.

Inclusive otra corriente conductual ha venido desarrollando técnicas utilizadas antiguamente para realizar versión por maniobras externas en presentaciones pélvicas y permitir su continuación como cefálicas, aunado a ello se utilizan medicamentos uteroinhibidores para facilitar tales maniobras (28).

Naturalmente no son estas últimas fases el motivo a desarrollar esta tesis, sino el poder evaluar y comparar nuestra frecuencia y los resultados que hemos obtenido en base a lo normatizado por la institución.

OBJETIVOS

- 1.- Evaluación mediante estudio retrospectivo frecuencia morbi - mortalidad materno - fetal, factores condicionantes de la presentación pélvica en el INPer.
- 2.- Realizar estudio analítico de cada uno de los elementos mencionados arriba y su correlación entre ellos.
- 3.- Determinar si la conducta establecida en las normas del INPer son adecuadas y en caso contrario proponer las modificaciones pertinentes.

MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un estudio en el Instituto Nacional de Perinatología cuya clasificación es la siguiente:

Replicativo	Estudio de casos
Longitudinal	Retrospectivo
No experimental	Descriptivo
Cerrado	Aplicativo

Por lo que se analizaron todos los casos de pacientes que tuvieron resolución abdominal por presentación pélvica entre 28 y 42 semanas de gestación efectuadas desde enero de 1989 a diciembre de 1991.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- A. Pacientes con nacimiento vía abdominal por presentación pélvica entre 28 y 42 semanas de gestación.
- B. Que cuenten con expediente completo en archivo clínico tanto de paciente como neonato.

Los criterios de exclusión:

- A. Nacimiento vía vaginal en pélvico cualquier edad gestacional.

-
- B. Nacimiento pélvico vía abdominal abajo de 28 semanas de gestación.
 - C. Incompleto los expedientes en archivo clínico.

Las unidades de observación que se tuvieron fueron:

- A. Edad
- B. Antecedentes obstétricos
- C. Edad gestacional en el momento de resolución
- D. Motivo de interrupción
- E. Peso del producto
- F. Apgar, Silverman y Capurro
- G. Factores condicionantes:
 - 1. Anomalías uterinas (tabicado bicorne, etc.)
 - 2. Polihidramnios u oligohidramnios
 - 3. Inserción anómala de placenta
 - 4. Mionatosis
- H. Complicaciones neonatales
 - 1. Respiratorias
 - 2. Traumatismo
 - 3. Neurológicas
 - 4. Infecciosas
 - 5. Malformaciones
 - 6. Otras (hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, etc.)

I. Complicaciones maternas

1. Hemorragia
2. Infecciones
3. Anestésicas
4. Histerectomía
5. Dehiscencias quirúrgicas
6. Otras (descontrol metabólico, ilio reflejo, etc.)

J. Mortalidad materna y neonatal

La técnica de análisis estadístico se realizó mediante presentación de correlación entre variables.

- A. Categóricas con categóricas
- B. Categóricas con numéricas
- C. Numéricas con numéricas (media, mediana, promedio)

Se encuentran durante el periodo de tiempo comprendido un total de 717 pacientes distribuidas de la manera siguiente:

- 1989 242 pacientes
- 1990 237 pacientes
- 1991 238 pacientes

Del total de estas pacientes se obtuvo un número de 296 casos, analizados tanto el expediente materno como el del neonato, excluyéndose aquellos a los cuales faltase cualquiera de los 2 por información incompleta.

Otro de los motivos de pérdida de casos es la baja de ambos expedientes.

RESULTADOS**Frecuencia**

La frecuencia general en la población estudiada es de 3.79%, distribuida de la siguiente manera:

1989	3.91%
1990	3.55%
1991	3.00%

La cifra porcentual de cesáreas en la población estudiada es de 8.52% distribuidas de la siguiente manera:

1989	9.42%
1990	7.78%
1991	8.52%

Es decir, del total de cesáreas realizadas los números antes mencionados corresponden a la indicación por presentación pelvica.

Edad materna

La edad materna tuvo una distribución relativamente uniforme con un rango entre 14 y 43 años, teniendo una media de 27.61, una mediana de 28 años y una desviación estándar de 6.87 años.

Distribución reproductiva

En este rango si existía una diferencia marcada hacia las pacientes primigestas, ocupando el 39.8%, después de ello el 23.3% le correspondía a las secundigestas, por tanto sumando estos 2 grupos nos da un porcentaje de 63.1% correspondiendo el 36.9% para todas aquellas pacientes con más de dos gestaciones.

Dentro de esta misma área el porcentaje de pacientes que eran nulíparas fue de 67.9%, el 16.2% tenía antecedente de una resolución vaginal y tan sólo el 15.9% del total de pacientes estudiadas tenía 2 ó más partos. Por tanto, analizando la media de paridad del grupo fue de 0.62, la mediana 0 y la desviación estándar de 1.16.

Edad gestacional

Se realizó una división en semanas de gestación para su estudio quedando como sigue:

28 a 32 S.O.G.	6.5%
33 a 37 S.O.G.	32.5%
38 a 42 S.O.G.	61.0%

La media fue de 37.35, la mediana de 38 semanas y la desviación estándar de 2.71.

Peso del producto

Este rubro también fue separado para su estudio de la manera siguiente:

abajo de 1000	grs.	0.4%
1001 a 1500	grs.	2.5%
1501 a 2000	grs.	4.0%
2001 a 2500	grs.	13.1%
2501 a 3000	grs.	36.1%
arriba de 3000	grs.	43.9%

Teniendo una media de 2892 grs., una mediana de 2867 grs. y una desviación estándar de 597.0.

Realizamos una correlación entre peso y edad gestacional obteniendo los siguientes resultados:

Semana	Media	Mediana	D.S
28	1412.5	1412.5	159.0
29	1469.2	1300	394.5
30	1486	1510	226.0
31	1800	1800	0
32	1922.6	1900	235.0
34	2403.2	2390	451.1

36	2704.7	2650	494.7
38	3048.5	3000	400.2
40	3259.5	3305	346.3
42	3055	2867.5	742.8

Motivo de la interrupción

Evidentemente aunque la decisión de la vía de interrupción se establece al detectarse la presentación, los motivos de interrupción son diversos y fueron divididos de la siguiente manera:

Trabajo de parto fase latente	34.46%
Trabajo de parto fase activa	18.92%
Trabajo de parto expulsivo	1.35%
Ruptura prematura de membranas	18.58%
Programada	16.22%
Enfermedad hipertensiva gestacional	6.09%
Diabetes Mellitus	1.01%
Otras.....	3.38%

Dentro del rubro de otras indicaciones incluimos electivas no programadas, isoimmunización, cardiopatía, R.C.I.U., etc..

Apgar

Se dividió de la siguiente manera:

	1 minuto	5 minutos
0	0.60%	0.60%
1 a 3	9.12%	0.67%
4 a 6	12.50%	3.37%
7 a 9	77.70%	95.27%

El apgar al minuto tuvo una media de 6.88, con una mediana de 8 y una desviación estándar de 2.01.

A los 5 minutos una media de 8.59, con una mediana de 9 y una desviación estándar de 1.20.

Capurro

El capurro se dividió de la misma manera que la variable de edad gestacional y los resultados fueron como sigue:

28 a 32 S.D.G.	3.38%
33 a 37 S.D.G.	23.99%
38 a 42 S.D.G.	72.64%

Con una media de 38.25, una mediana de 39 y una desviación estándar de 2.37.

Malformaciones fetales

En este grupo el 88.85% estuvo ausente de malformaciones, y el 11.15% con malformaciones se dividieron en dos grupos, el primero de ellos con 6.42% correspondían a malformaciones mayores y el 4.73% a malformaciones menores.

A su vez dentro del grupo de malformaciones mayores el 73.68% correspondían a alteraciones de SNC y el resto a diversos síndromes.

Condicionantes

Como mencionamos en el marco teórico, en la literatura mundial no se ha evidenciado en un alto porcentaje la causa del porque de esta presentación. Resultados similares fueron obtenidos en este estudio siendo el 78.04% sin poder identificar factor causal, el resto se dividió de la siguiente manera:

1. Malformaciones Mullerianas 6.08%
2. Mionatosis 3.72%
3. Polihidramnios 3.04%
4. Oligohidramnios 6.42%
5. Inserción anómala placentaria 2.70%

Como podemos apreciar el grupo de anomalías mullerianas ocupa el mayor porcentaje, pero en este estudio encontramos una presencia de

oligohidramnios que difiere de lo publicado en la literatura mundial pero que de alguna manera puede ser factor condicionante ya que reduce el espacio para movimientos y una presentación pélvica en edades gestacionales pretérmino por falta de espacio impediría su conversión a cefálica. Esto tomando en cuenta que sólo incluimos aquellos con oligohidramnios de moderado a severo y que persistiese en el último USG realizado. Otro de los factores que podemos incluir como condicionante es la prematuridad, ya que como mencionamos muchos de los productos pretérmino se colocan temporalmente en esta presentación y si por cualquier indicación naciese en ese momento, el factor condicionante sería la edad gestacional. Por tanto, tomando en cuenta que tenemos un 38% de productos abajo de la semana 36 pudiera constituirse como un factor condicionante importante.

Complicaciones materna

El rubro de complicaciones maternas fue dividido en 6 partes y la morbilidad materna general del grupo fue de 16.21% distribuida de la siguiente manera:

1. Hemorragia	2.027%
2. Infecciones	6.757%
3. Anestésicas	0.338%
4. Histerectomía	2.365%
5. Dehiscencias herida quirúrgica	1.689%
6. Otras	3.041%

Dentro del rubro de otras complicaciones incluimos, descontrol metabólico en pacientes diabéticas, distención abdominal, etc..

Las estadísticas mundiales en cuanto a morbilidad materna por resolución abdominal varía dependiendo de los estudios, pero se reporta entre un 15 y 42% (9). En un estudio realizado previamente en nuestra institución (24) se reportó un porcentaje de morbilidad materna por vía abdominal del 30%.

Morbilidad neonatal

La morbilidad neonatal general del grupo fue de 26.01% distribuido de la siguiente manera:

1. Respiratorias	15.20%
2. Traumatismos	2.70%
3. Neurológicas	1.01%
4. Infecciosas	3.04%
5. Malformaciones	3.71%
6. Otras	0.33%

Del grupo de neonatos con morbilidad, sólo el 3.8% tenían concomitante otra complicación y estaba distribuida entre complicaciones respiratorias y las infecciosas.

Las complicaciones neurológicas se refiere a síndrome convulsivo de causa no explicada y en los cuales no se encontraba hemorragia intraventricular que estaba englobada en traumáticas.

En otras causas sólo encontramos un paciente con alteraciones metabólicas por ser hijo de paciente diabética.

En estudio previamente realizado en nuestra institución por resolución abdominal se encontró un 23.7% de morbilidad general lo cual coincide con lo que encontramos en este trabajo.

Para realizar un análisis más específico de la morbilidad establecimos un cruce de variables entre la edad gestacional y el tipo de morbilidad presentada encontrando lo siguiente de los tres rubros más importantes:

Respiratorias:

28 - 32 SDG	3.04%
33 - 37 SDG	5.06%
38 - 42 SDG	7.10%

Extrañamente a lo que pudiéramos pensar que presentan menos complicaciones respiratorias entre menor edad gestacional, puede ser

explicada por que el 60% de los neonatos se encuentran en esta edad gestacional (38 - 42 SDG).

Infecciosas:

28 - 32 SDG	0.67%
33 - 37 SDG	1.68%
38 - 42 SDG	0.69%

Malformaciones:

28 - 32 SDG	1.01%
33 - 37 SDG	2.02%
38 - 42 SDG	0.68%

Mortalidad neonatal

El porcentaje de mortalidad neonatal fue de 5.74% equivalente a 17 neonatos.

La relación entre la mortalidad y la edad gestacional quedó distribuida de la siguiente manera:

28 - 32 SDG	3.04%
33 - 37 SDG	2.02%
38 - 42 SDG	0.68%

En este rubro aparentemente queda establecido que a menor edad gestacional mayor es el porcentaje de mortalidad.

Además realizamos una correlación entre mortalidad y malformaciones encontrando que de los neonatos que fallecieron el 52% que corresponde a 9 de ellos tenían malformaciones congénitas mayores y varias de ellas incompatibles con la vida.

En otros resultados quisimos establecer una correlación de variables entre las complicaciones maternas y el motivo de interrupción mostrando lo siguiente en cada rubro:

1. Hemorragia (2.027%)

Trabajo de parto latente	0.67%
Trabajo de parto activa	0.33%
Ruptura prematura de membranas ...	6.67%
Programada	0.33%

2. Infección (6.757%)

Trabajo de parto latente	3.04%
Trabajo de parto activa	0.67%
Ruptura prematura de membranas ...	2.02%
Programada	1.01%

3. Histerectomía (2.36%)

Trabajo de parto latente	0.67%
Trabajo de parto activa	0.33%
Trabajo de parto expulsivo	0.33%
Ruptura prematura de membranas ...	0.33%
Programada	0.67%

4. Deshiscencia (1.68%)

Trabajo de parto latente	1.01%
Trabajo de parto activa	0.33%
Ruptura prematura de membranas ...	0.33%

Así mismo realizamos una correlación entre malformaciones fetales y la paridad encontrando lo siguiente:

Mayores :

Prinigestas	2.71%
Multigestas	2.70%

Menores :

Prinigestas	2.70%
Multigestas	2.22%

DISCUSION

La presentación pélvica tanto aquí como en otras instituciones de salud, continúa siendo una entidad que suscita controversias, principalmente en los que se refiere a su resolución, ya que nos obliga a poner en la balanza la obtención de un producto sano y por otro lado al tomarse la decisión de resolución abdominal incrementar la morbilidad materna. Siendo este el problema fundamental de fondo se agregan a ello muchas otras circunstancias no evaluadas en este trabajo como son la repercusión económica que conlleva la resolución abdominal y el ensombrecimiento del futuro reproductivo de una mujer que a su vez se contrapone con el costo que requiere de los cuidados de un producto con secuelas por trauma o asfixia secundaria al tipo de nacimiento.

Es en gran parte lo anteriormente mencionado aunado al deseo de investigar lo que sucede con esta entidad en nuestra institución y mediante ello analizar nuestro manejo así como retroalimentar para poder ofrecer las mejores perspectivas de resolución al binomio, lo que nos orilló a realizar este trabajo.

Como todo estudio debemos comenzar primariamente por establecer la frecuencia que en nuestro grupo fue del 3.79%, cifra que concuerda en lo reportado por múltiples autores (6,9,11,13,22,24,30). Como podemos

apreciar esta entidad como cifra estadística es significativa y sobre todo por que conlleva factores asociados que son necesarios tomar en cuenta.

Uno de ellos es el número de resoluciones abdominales que se llevan a cabo por esta indicación, que en el actual trabajo resultó un porcentaje global del 8.52%, cifra poco menor a lo reportado por Stephen y col. en 1986 quien encontró hasta un 15% y por Ophir en 1989 con 11%. Este aspecto tomándolo como series aisladas probablemente no revierta mucha significación, mas cuando se trata de realizar o reunir series poblaciones mayores resulta realmente de magnitudes considerables como posteriormente veremos. Así pues vemos a pesar de la normatización establecida en nuestro instituto de que toda presentación pélvica se resuelva abdominalmente la cifra de cesáreas por esta presentación es menor que en otras publicaciones.

En cuanto a la edad materna la distribución de los grupos etéreos en cuanto a número de pacientes fue uniforme encontrado una mediana de 28 años, resultados similares a lo reportado por Marrufa y cols. (22) quien en 1989 encontró una media de 26 años y una distribución por grupos etéreos similar. Por ello pudiéramos concluir que esta variable no guarda relación alguna con la presentación.

Los antecedentes reproductivos del grupo de pacientes al parecer guarda de cierta manera asociación con este problema como lo reportan Esperanza y cols. en 1972 que encontró predominio en las pacientes con más de una gestación, así mismo encontramos nosotros para aquellas pacientes primigestas un porcentaje de 39.8% y 60.2% para aquellas pacientes con más de una gestación. Sin embargo, en cuanto a la paridad se refiere el porcentaje de nulíparas fue de 67.9% y cifras concuerdan con las reportadas por Ophir y cols. en 1989 (23) quien encontró un 66.2% de nuliparidad en su grupo de estudio.

En cuanto a la edad gestacional promedio, la distribución se vió marcadamente inclinada hacia embarazos de término teniendo como mediana 38 semanas. Esto a su vez concuerda con lo reportado por Hill y cols. en 1990 (15) y que por tanto nos coloca ante la situación de que la mayor parte de los embarazos salvo aquellos que tienen anomalías congénitas o tienen patología materna son fetos sanos que como tal debiesen de otorgar productos sanos al nacimiento. Sin embargo, muchos autores (4,12,29) señalan así como nosotros mismos en este estudio una de las características del pélvico que es el incremento en la obtención de productos prematuros. En este estudio encontramos una frecuencia de 39.1% de productos por abajo de 36 semanas.

Sin embargo y a pesar de lo anteriormente señalado en relación a la morbilidad neonatal en general correlacionando la edad gestacional encontramos que el mayor porcentaje lo ocupa el grupo entre 38 y 42 semanas con un 10.47% en comparación con el 7.77% y 5.40% de los grupos de 33-37 y 28-32 semanas respectivamente aquí encontramos controversia en la literatura ya que algunos autores (2,5,9) están acorde con lo aquí encontrado y en otros reportes (4,7,13) presentan diferencias, esto puede ser explicado por la concentración de pacientes en cada grupo de división, como en nuestro caso el mayor porcentaje correspondía a productos arriba de 38 semanas.

Quizá esto también pueda explicar la correlación entre las calificaciones de Apgar y la edad gestacional que en nuestro estudio resultó de la siguiente manera en relación a calificación por abajo de 5:

Edad gestacional	1 minuto	5 minutos
38 - 42	9.12%	1.41%
33 - 37	5.75%	1.89%
28 - 32	4.74%	1.41%

Como podemos apreciar existe un mejoramiento evidente de las calificaciones a los 5 minutos que puede estar condicionado por la atención oportuna del servicio de neonatología así como de la esperada

recuperación de productos de término y sanos más no deja de llamar la atención que es precisamente este grupo quien presenta calificaciones en mayor porcentaje disminuidas que probablemente estén asociadas a extracciones inadecuadas.

Esto difiere de lo publicado por la Dra. Luterkot (26) y el Dr. Tanura (27) quienes encuentran que a mayor edad gestacional mejor calificación de Apgar.

Por tanto esto nos pudiera permitir aventurar que las calificaciones Apgar bajas en productos de término y sin patología de base está directamente relacionada con una inadecuada extracción y que la resolución abdominal para este tipo de presentaciones no garantiza un nacimiento atraumático y no asfixiante, resultados similares reporta Bodmer y cols. (4).

Este hallazgo en nuestra institución nos debe llevar a reflexionar sobre el conocimiento y la eficiencia con que se llevan a cabo las medidas para extracción del producto pélvico por el personal médico del instituto.

Mas el grueso de la población en el rubro de Apgar se encuentra por arriba de 7 correspondiendo un 77.7% al minuto y a los 5 minutos de 95.2% cifras que corresponden con los autores anteriormente

mencionados (20,27) y que como se decía nos situa ante una población de neonatos relativamente estable en cuanto a esta variable.

Una variable no encontrada en la literatura fue la calificación de capurro que correspondió en su correlación con la edad gestacional, teniendo una media de 38.25, una mediana de 39 con una desviación estándar de 2.37.

El peso de los productos en nuestro grupo de estudio mostraba en su gran mayoría neonatos con peso superior a 2500 grs. correspondiéndole un 79.05%, otro 13.1% tenían peso entre 2000 y 2500 grs., por tanto sólo el 7 a 8% de los neonatos estaban por abajo de 2000 grs.. Estos resultados están en desacuerdo con un trabajo publicado por la Dra. Lutekot en 1986 quien reporta como generalidad que el producto pélvico tiene disminución en su crecimiento en comparación con los productos cefálicos, asimismo está acorde con lo reportado por otros autores (21,25).

En cuanto al motivo de interrupción predominó la indicación de trabajo de parto en fase latente y activa, contabilizando entre los 2 grupos el 53.3% de la población estudiada, si a esto agregamos el 18.5% de R.P.M. y el 16.2% de las pacientes programadas nos deja con un 88% de pacientes que virtualmente pudiesen haberse evaluado mediante los índices ya mencionados para ofrecer la posibilidad de

vía vaginal y tan sólo un 12% de las pacientes tenían indicación anexa en la cual la interrupción abdominal se indicaba no por la presentación pélvica primariamente, sino que predominaba la indicación subyacente. Esto anteriormente mencionado lo hacemos conscientemente de que en su momento y hasta la actualidad no es posible debido a diversas circunstancias institucionales, primeramente por que no existe una protocolización para la atención por vía vaginal de estos productos, además de que implicaría contar con un servicio ultrasonográfico durante las guardias para evaluar el peso fetal estimado, aunado a que requeriría también de entrenamiento especial para médicos residentes por personal calificado para la atención vaginal de productos en pélvico y probablemente el factor más importante es lo ya mencionado anteriormente que cualquier falla o complicación en los productos estuviese sujeto a demandas legales por práctica médica inadecuada, convirtiéndose este tipo de protocolos en un riesgo III de acuerdo a la Ley General de la Salud.

De las malformaciones congénitas presentadas por los productos en este estudio, concuerda con la literatura internacional (6,9) más no con un estudio previo (2,4) realizado en esta institución ya que reportaba 24.1% y en este trabajo sólo encontramos un 11% general, dividiéndose en 6% para mayores y 5% para malformaciones menores. Un rubro interesante de presentar es que de la mortalidad neonatal general (5.74%) el 52.9% presentaban alguna malformación congénita y

la mayor parte de ellos con anomalías incompatibles con la vida (anencefalia, atresia esofágica, agenesia renal y diversos síndromes con malformaciones múltiples). Por tanto, de la mortalidad general sólo 47.1% corresponde a la morbilidad neonatal.

En relación a la mortalidad fetal sólo encontramos 2 casos, uno de ellos presentaba malformación congénita múltiple, pero la desecisión de interrupción abdominal se llevó a cabo por enfermedad hipertensiva gestacional severa, en un caso y por cesárea iterativa en otro de ellos.

Tradicionalmente se menciona en la literatura que (6,9,22) esta presentación tiene asociación con diversos factores que por tanto, los podemos considerar como condicionantes, pero al igual que los reportado en otros estudios el mayor grupo correspondió a aquellos sin ninguna de estas condiciones (79%) y el 21% presentaba alguna de ella, la mayor parte de ellas correspondió a malformaciones uterinas de tipo mullerianos (6%) y extrañamente, como habíamos mencionado, tuvimos la presencia de una gran cantidad (6%) de pacientes con oligohidramnios, situación poco frecuente y por lo tanto poco reportado como factor condicionante, sin embargo aunque la fisiopatología del, cómo esta entidad cause esta presentación, es clara (reducido espacio para permitir movimientos fetales) no podemos descartar que este sea tan sólo un hallazgo casual en nuestro

estudio. Raramente en este trabajo el polihidramnios tan sólo representó el 3%, igual cantidad para alteraciones en la inserción placentaria (previas o marginales) y el grupo de mionatosis un 4%.

Entrando de lleno en la morbilidad neonatal, encontramos un porcentaje global del 26.01% del grupo estudiado, ocupando de ello un 15.20% para el rubro de complicaciones respiratorias en general, dividiéndolo a su vez en un 7.20% de alteraciones inherentes a la prematuridad (enfermedad de membrana hialina, etc.) y el resto para complicaciones de tipo taquipneas transitorias del recién nacido, que por lo general no causan mayor secuela pero que son causa importante de ingresos a la unidad de cuidados intermedios neonatales. El siguiente rubro en importancia es el de las anomalías congénitas que ya desglosamos y posterior a ello las infecciosas y los traumatismos con 3.04% y 2.70% respectivamente. En relación a las complicaciones respiratorias es similar la cifra por nosotros reportada a la de otros que han analizado esta presentación (5,8,21,25), sin embargo los dos últimos porcentajes son mucho menores que lo que se reporta en estudio previamente realizado aquí (24), en el que las infecciosas ocupan un 7.25% y los traumatismos al nacer un 9.1%, quizá esta disminución se deba al mejoramiento de la atención en las salas de recién nacidos y asimismo una mejor atención obstétrica en el momento del nacimiento, sin embargo, lo que se busca con la resolución

abdominal es evitar al máximo estas complicaciones: es necesario poner mayor énfasis en los anteriormente señalado.

Esto último, antes mencionado de alguna manera, tiene relación con el porcentaje de mortalidad neonatal, el cual también disminuyó en relación al estudio anteriormente realizado (24) que de un 11.7% baja hasta 5.74% en el trabajo actual. Además consideramos que de ese grupo de mortinatos (17) nueve tenían malformaciones y siete de ellos incompatibles con la vida o por lo menos mayores, los restantes 8 productos fallecieron como complicación directa de la prematuridad, dos por complicación infecciosa y otro por isoimmunización.

Este hallazgo como lo reportado por Dwight y cols. (9) nos indica que aunque la mortalidad perinatal en los productos de presentación de nalgas es mayor comparada con la de vértice aún y cuando se trate de productos a término, está de cierta manera explicada por el alto porcentaje de malformaciones con que se asocia esta entidad, así mismo Kaupilla y cols. (17) en un estudio realizado en 1957, encuentra que el 64% de las muertes en esta presentación se deben a malformación o infección, otro 11% está causado por complicaciones directamente relacionadas con la prematuridad y tan sólo una tercera parte se puede deber a factores previsibles que son por tanto traumatismo y asfixia neonatal.

En cuanto a la morbilidad materna general encontramos un 16.21%, cifras similares reportan Marrufó y cols. (22) en 1989 que encontraron un 15% y Blingham y cols. (2) en 1987 que los dividen en indicación de urgencia y programadas obteniendo un 11% y 6% respectivamente. Dentro del tipo de complicación, en nuestro trabajo predominó el rubro de las infecciones con un 6.7%, Ortega y cols. (24) en 1986, encontró para este tipo un 9.8%. Para la dehiscencia de herida quirúrgica este mismo autor encuentra un 5.5% y en el actual trabajo sólo 1.6%. Un aspecto interesante es el número de histerectomías que se realizan en este tipo de presentación, Bingham y cols. (2) en 1987 recopila una gran serie de diversas instituciones hospitalarias reuniendo 17,632 casos teniendo una cifra de 1.9 por cada 1000 cesáreas, en nuestro trabajo encontramos una cifra mucho mayor ya que arrojó una cifra porcentual del 2.36%.

Así pues teniendo como uno de los factores principales para no sistematizar la cesárea en todas las presentaciones pélvicas el incremento en la morbilidad materna lo anteriormente señalado evidencia que tal riesgo no es mayor que el de las presentaciones de vértice, sin embargo Stephen y cols. en 1987 (26) realiza una consideración de costos por resoluciones abdominales "innecesarias" que va del monto de los 200'000,0000 de dólares por año tan sólo para

esta presentación y que no incluye honorarios médicos ni de personal, sino únicamente costo hospitalario.

Es este trabajo no encontramos ninguna muerte materna, pero algunos autores como Bowen en 1979 (5) reporta para esta presentación un riesgo de 0.4 por 1000 cesáreas realizadas.

Asimismo es importante correlacionar la mortalidad neonatal con los grupos de edad gestacional encontrando evidentemente que el mayor porcentaje 3.04% correspondió al grupo de 38 a 42 semanas. Esto está de acuerdo con los resultados publicados por Fortney y cols (11) y por Kaupilla (17) en dos amplias series publicadas.

Por lo anteriormente expresado podemos evidenciar que a menor edad gestacional mayor es la mortalidad neonatal, por complicaciones principalmente inherentes a la prematuridad y en ocasiones en combinación con malformaciones congénitas.

De esta manera es como hemos tratado de describir y analizar esta entidad que forma parte integral de nuestra vida cotidiana hospitalaria y que como mencionamos sigue siendo controversial en su manejo, pero probablemente lo más importante es que persiste causando repercusión materno - fetal en cuanto a morbilidad y que es precisamente el beneficio que nos deben de otorgar estos

trabajos ya que mediante retroalimentación y reevaluación de nuestro manejos es como podemos obtener la meta del máximo beneficio para el binomio.

CONCLUSIONES

1. La presentación pélvica continua siendo un problema frecuente y de manejo controversial en cuanto a su resolución.
2. La morbilidad neonatal, en este trabajo por lo general estuvo directamente relacionado con la prematuridad y pensamos que la morbilidad atribuible a este tipo de presentación, se deba tan solo a dos factores: hipoxia al nacimiento y traumatismo.
3. El Apgar bajo en productos sanos y de término está directamente relacionado con una inadecuada extracción en la presentación pélvica.
4. La resolución abdominal, en esta presentación no garantiza un nacimiento atraumático y no asfijante, por tanto, es imperativo establecer el conocimiento y buen desempeño de las maniobras de extracción por el personal médico del Instituto.
5. Como pudimos apreciar, la mortalidad neonatal está ligada en gran parte a malformaciones congénitas incompatibles con la vida, es por tanto fundamental que esto sea detectado por estudio ultrasónico con el fin de que estos productos sean resueltos por vía vaginal.

6. Para la morbilidad materna, encontramos cifras por abajo de lo reportado en la literatura para esta presentación y el mayor porcentaje correspondió a infecciones probablemente por la alta asociación con ruptura de membranas en esta entidad.

7. En cuanto a los factores condicionantes la gran mayoría de las pacientes no tuvo ninguna, pero específicamente en este trabajo encontramos un alto porcentaje de oligoamnios, que quizás sólo pueda ser un hallazgo casual o tener una asociación directa con esta presentación.

8. Creemos que la norma institucional deba permanecer sin modificarse y solo evitar los nacimientos de productos con malformaciones por vía abdominal.

9. Un estudio prospectivo sobre el nacimiento por cesárea o vaginal en la presentación pélvica, permitirá evaluar de una manera mas completa, cual de estas dos vías es la más adecuada.

BIBLIOGRAFIA

1. Barlow K, Larson G; Results of a five years prospective study using a fetopelvic scoring system for term singleton breech delivery after uncomplicated pregnancy.

Act Obstet Gynecol Scand 65; 315; 1986

2. Bingham p, Lilford R; Management of the selected term breech presentation: an analysis of the risk of selected vaginal delivery versus cesarean section for all cases.

Obstet Gynecol 69; 965; 1987

3. Bingham P, Hird U, Lilford R; Management of the selected breech presentation: an analysis based on intended method of delivery.

British J Obstet Gynecol 94; 746; 1987

4. Bodner B, Benjamin A, McLean HF; Has use of cesarean section reduce the risks of delivery in preterm breech presentation ?

Am J Obstet Gynecol 154; 244; 1986

5. Bowes AW, Taylor SE, Bowes C; Breech delivery: evaluation of the method of delivery on perinatal results and maternal morbidity.

Am J Obstet Gynecol 135; 965; 1979

6. Brenner EW, Bruce DR, Hendricks HC; The characteristics and perils of the presentation.

Am J Obstet Gynecol 118; 700; 1974

7. Casanova RN, Vera GD, Manzanillas SR, Lascano AJ; Morbimortalidad en la presentación pélvica.

Ginec Obstet Mex 41; 69; 1977

8. Croghan MS, Digman JW, Gordis L; Morbidity among breech infants according to method of delivery.

Obstet Gynecol 75; 5, 821; 1990

9. Dwight P, Cruikshank; Presentación de nalgas.

Clinic Obstet Ginecol. Ed Interamericana, México 325, 1986

10. Esperanza AR, Coutino MR, Alvarado DA, Guerrero BC; El problema de la presentación pélvica en primigesta por vía vaginal.

Ginec Obstet Mex 31; 561; 1972

11. Fortney RJ, Higgins EJ, Kennedy EK; Delivery type and neonatal mortality among 10,749 breeches.

Am J Public Health 76; 980; 1986

12. Goldenber LR, Nelson BA: The premature breech.

Am J Obstet Gynecol 127: 240; 1977

13. Gomez BM, Jiménez BA: Resolución del embarazo en presentación pélvica.

Bol Med Hosp Inf Mex 40: 586; 1983

14. Green EJ, Smith FM: Has an increased cesarean section rate for term breech delivery reduced the incidence of birth asphyxia, trauma and death ?

Am J Obstet Gynecol 162: 6, 1459; 1990

15. Hill LM: Prevalence of birth presentation by gestational age.

Am J Perinatol 7: 1, 92; 1990

16. Kassan M: Breech delivery: a critical evaluation of the mode of delivery and outcome labor.

Int J Gynecol Obstet 27: 17; 1988

17. Kaupilla O: The perinatal mortality in breech deliveries and observations on affecting factors: a retrospective study of 2227 cases.

Ac Obstet Gynecol Scand (Suppl) 39: 1; 1957

18. Kjell B, Larsson G; Results of a five year prospective study using a feto pelvic scoring system for term singleton breech delivery after uncomplicated pregnancy.

Acta Obstet Gynecol Scand 65; 315; 1986

19. Luterkot M, Polberger S, Weidner BM; Growth in breech presentation.

Acta Obstet Gynecol Scand 65; 157; 1986

20. Luterkot M, Marsall K; Umbilical cord acid base state and Apgar score in term breech neonates.

Acta Obstet Gynecol Scand 66; 57; 1987

21. Main MA, Main KE, Maurer MM; Cesarean section versus vaginal delivery for the breech fetus weighing less than 1500 grs.

Am J Obstet Gynecol 146; 584; 1983

22. Marrufo A, López RS; Presentación pélvica: manejo en el hospital Darío Fernández, ISSSTE

Ginec Obstet Mex 57; 189; 1989

23. Ophir Ella, Moshe O; Breech presentation after cesarean section;
always a section ?

Am J Obstet Gynecol 161; 25; 1989

24. Ortega AJ; Evaluación del manejo de la presentación pélvica en
el Instituto Nacional de Perinatología
México, 1986

25. Smith M, Spencer AC; Mode of delivery and survival in babies
weighing less than 2000 grs. at birth.

Br Med J 281; 118; 1980

26. Stephen A, Myers DO, Gleicher M; Breech delivery: Why dilemma ?

Am J Obstet Gynecol 156; 6; 1986

27. Tamura RK, Socol LM; Apgar scores and umbilical cord arterial pH
in the breech neonate.

Int J Gynecol Obstet 27; 37; 1988

28. Weingold DR; Manegment breech presentation.

Operative perinatology 1a edición; McMillan; 1984

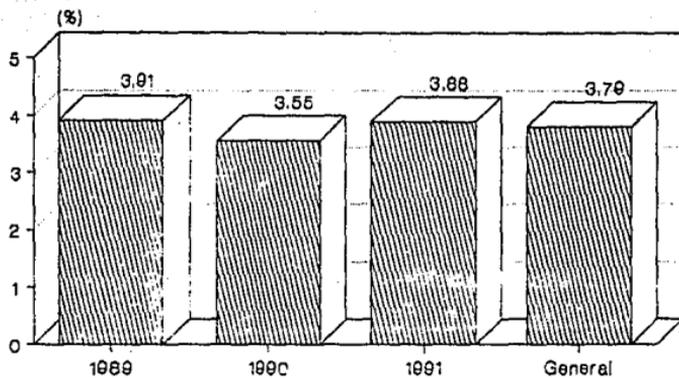
29. Westgreen RM, Songster G; Preterm breech delivery: another retrospective study.

Obstet Gynecol 66: 481; 1985

30. Zatuchini IG, Andros JG; Prognostic index for vaginal delivery in breech presentation at term.

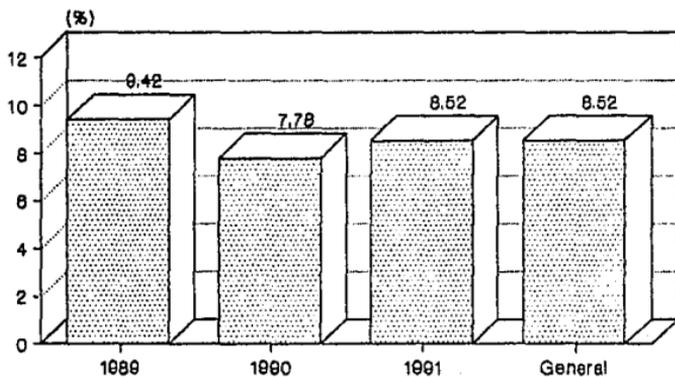
Am J Obstet Gynecol 98: 854; 1977

FRECUENCIA PELVICO



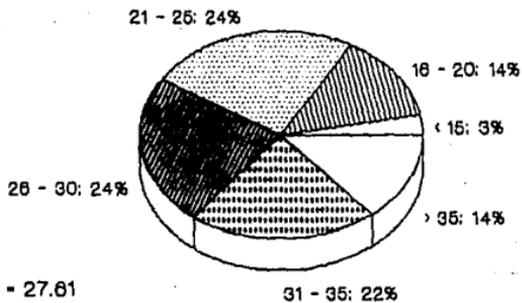
INPer

PORCENTAJE DE CESAREAS POR PELVICO PELVICO



INPer

EDAD MATERNA PELVICO



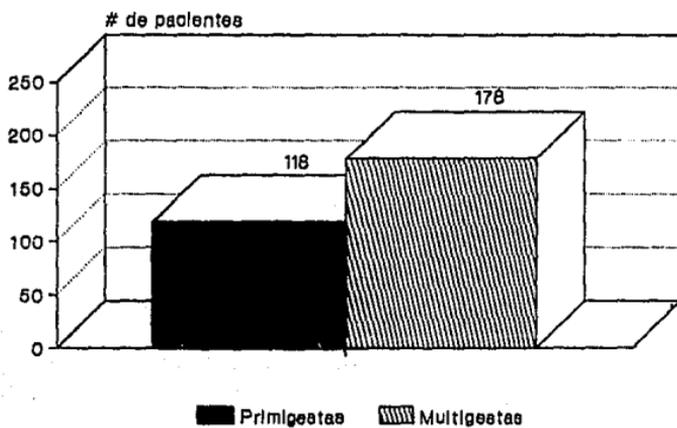
Media = 27.61

Desviación Estandar = 6.87

Mediana = 28

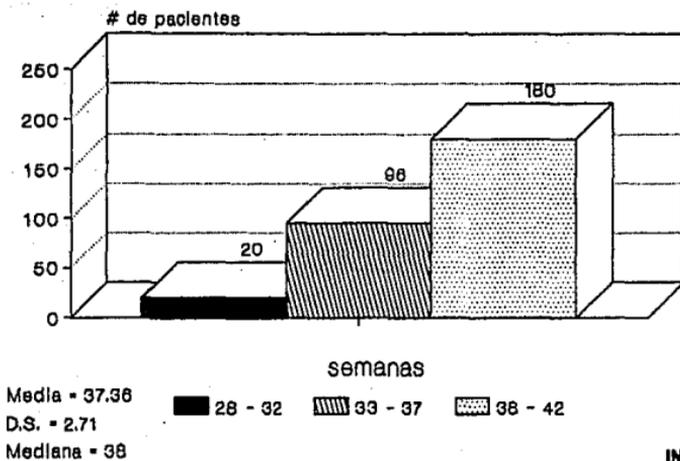
INPer

DISTRIBUCION REPRODUCTIVA PELVICO



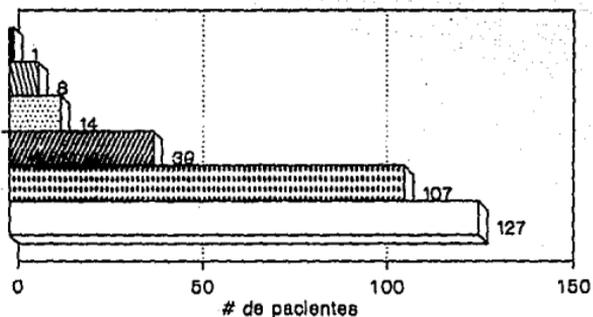
INPer

EDAD GESTACIONAL PELVICO



PESO PELVICO

gramos



■ < 1000

▨ 1001 - 1500

▤ 1501 - 2000

▧ 2001 - 2500

▩ 2501 - 3000

□ > 3000

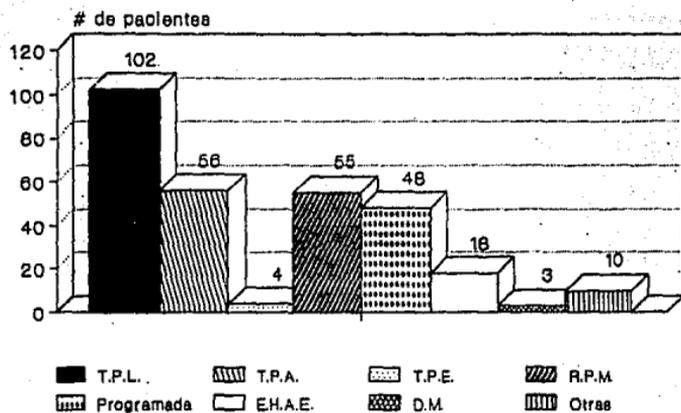
Medla = 2892

D.S. = 597.897

Mediana = 2967

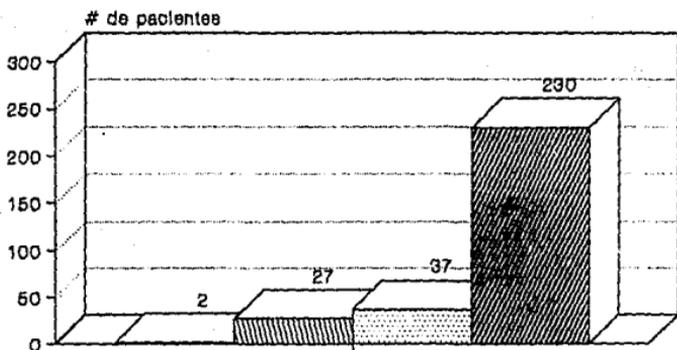
INPer

MOTIVO DE INTERRUPCION PELVICO



INPer

APGAR AL MINUTO PELVICO



Media = 6.68

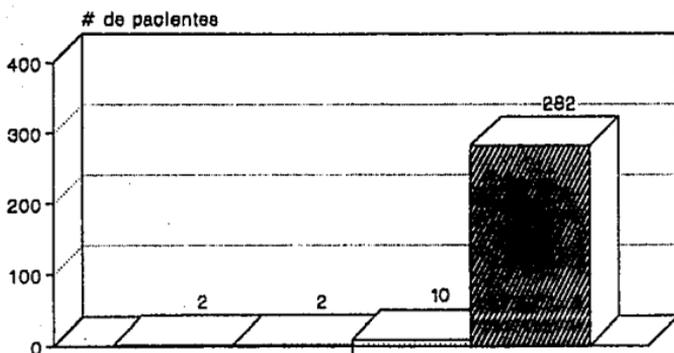
D.S. = 1.20

Mediana = 8



INPer

APGAR A LOS 5 MINUTOS PELVICO



Media = 8.59

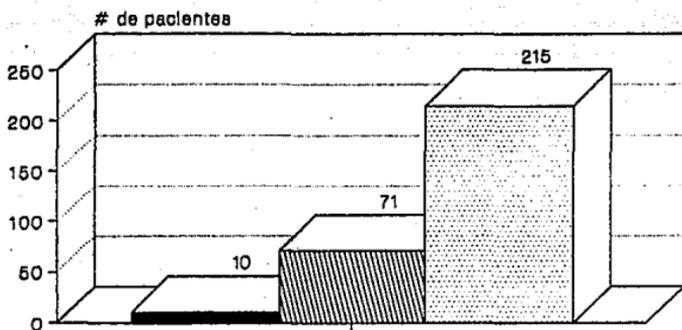
D.S. = 1.2

Mediana = 8

■ 0 ▨ 1-3 ▩ 4-6 ▤ 7-9

INPer

CAPURRO PELVICO



Media = 38.25

D.S. = 2.37

Mediana = 38

■ 20 - 32

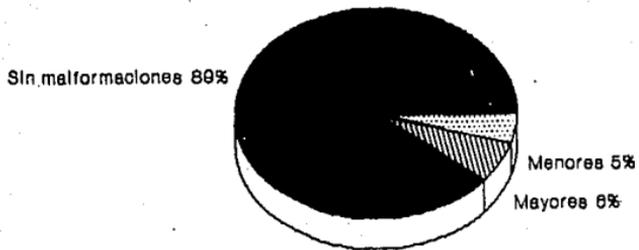
▨ 33 - 37

▤ 38 - 42

semanas

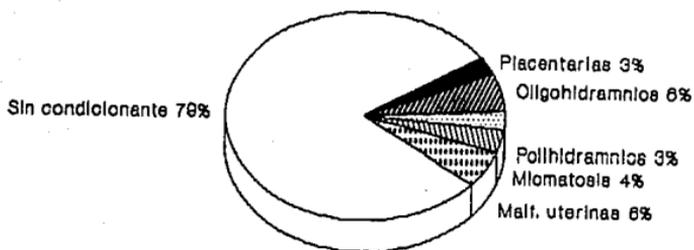
INPer

MALFORMACIONES PELVICO



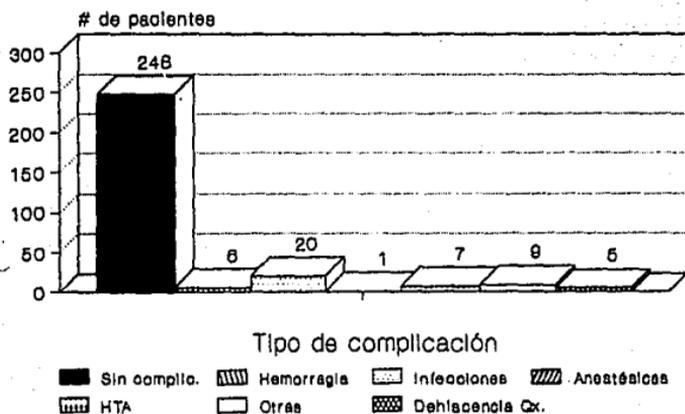
INPer

CONDICIONANTES PELVICO



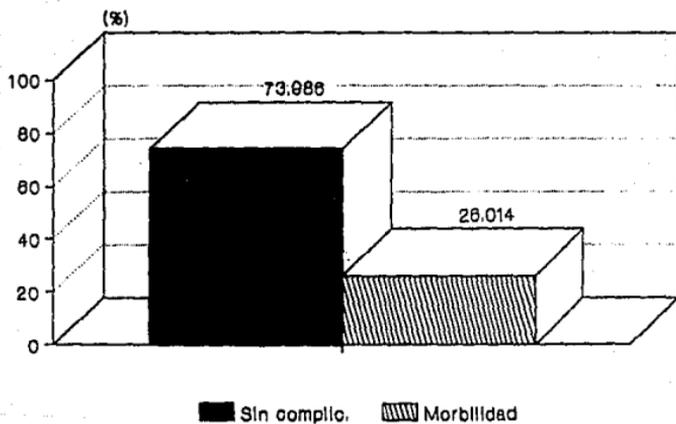
INPer

COMPLICACIONES MATERNAS PELVICO



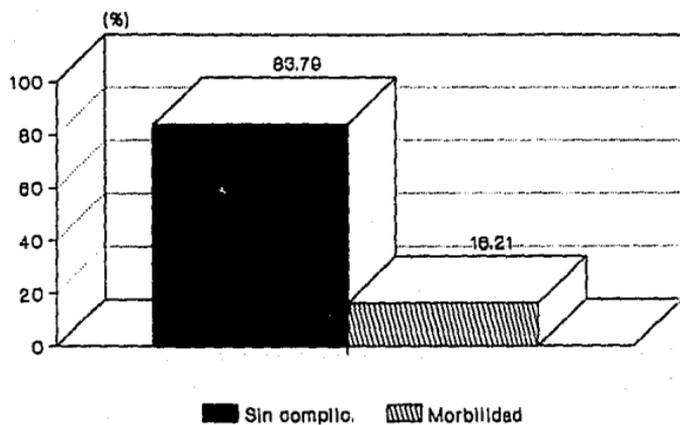
INPer

MORBILIDAD NEONATAL GENERAL PELVICO



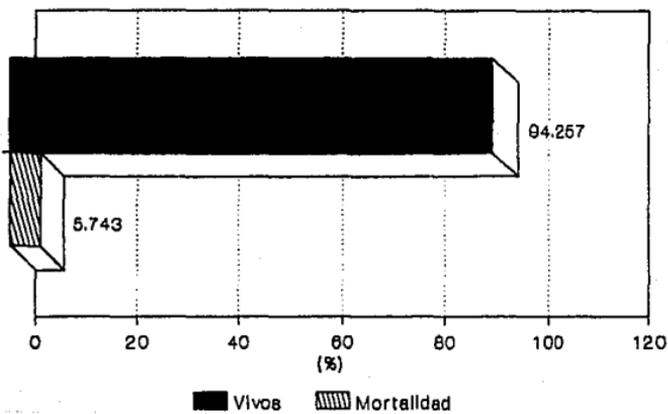
INPer

MORBILIDAD MATERNA GENERAL PELVICO



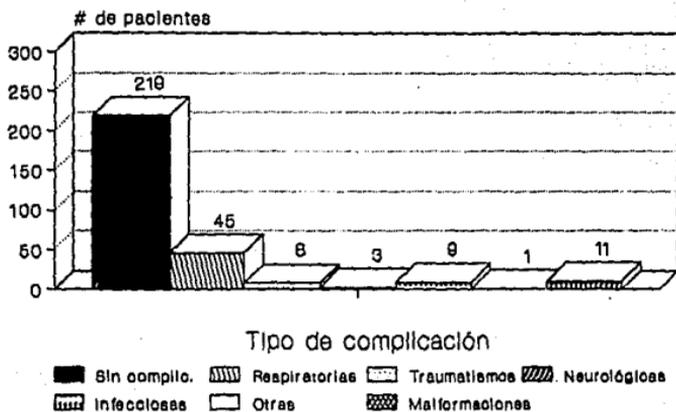
INPer

MORTALIDAD NEONATAL GENERAL PELVICO



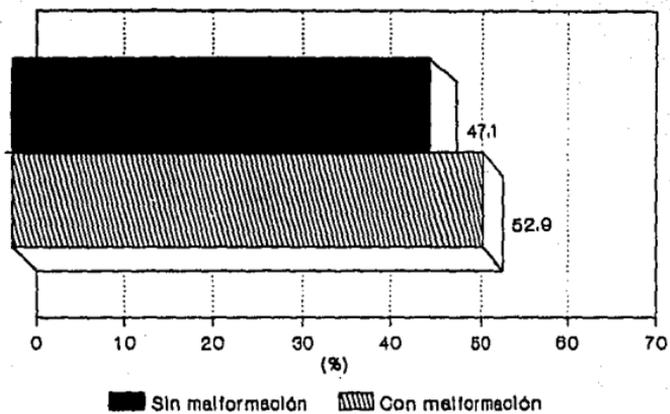
INPer

COMPLICACIONES NEONATALES PELVICO



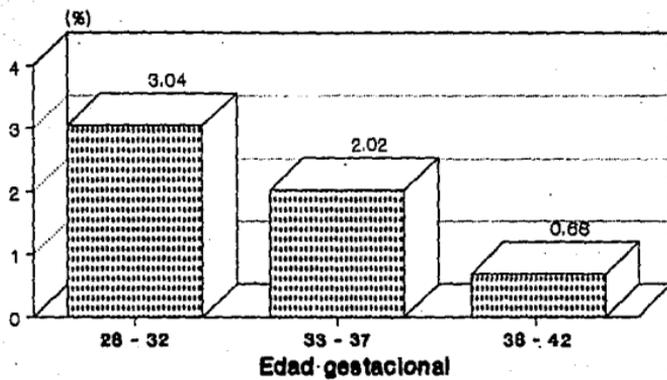
INPer

MORTALIDAD VERDADERA PELVICO



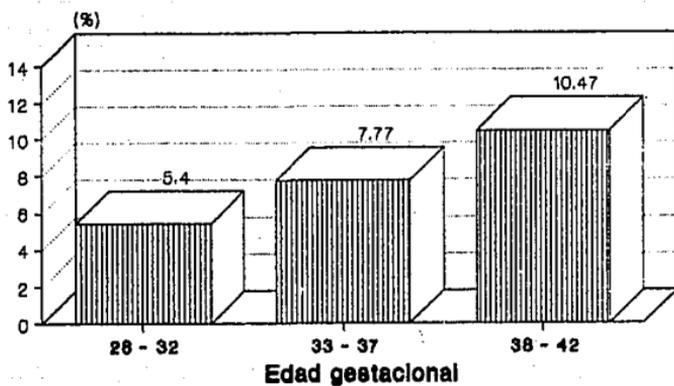
INPer

MORTALIDAD NEONATAL (5.74%) PELVICO



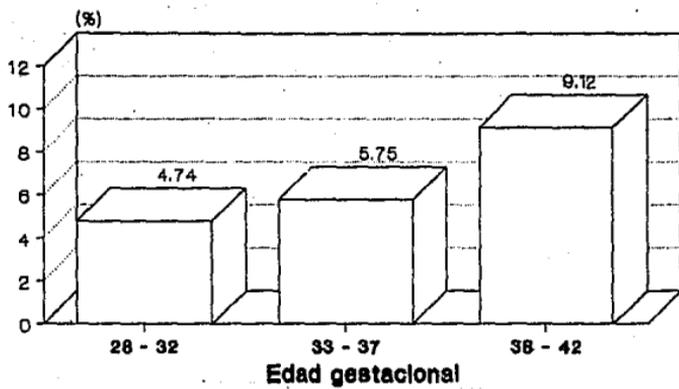
INPer

MORBILIDAD GENERAL PELVICO



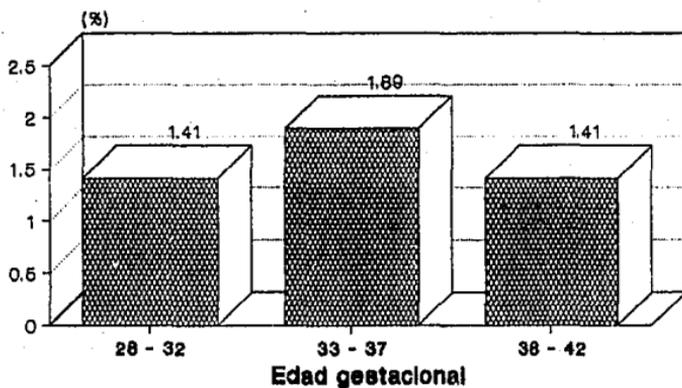
INPer

APGAR MENOR DE 5 AL MINUTO PELVICO



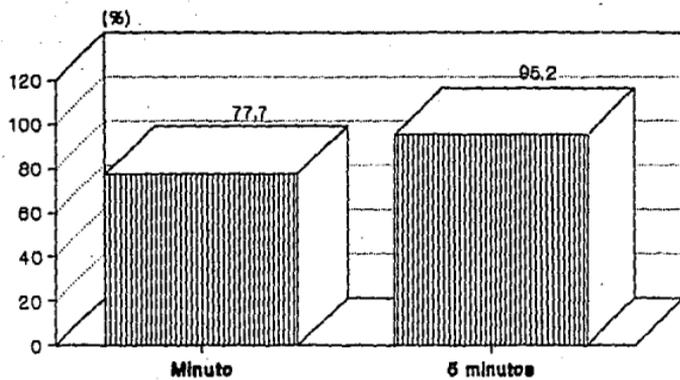
INPer

APGAR MENOR DE 5 A LOS CINCO MINUTOS PELVICO



INPer

APGAR ARRIBA DE 7 PELVICO



INPer