



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CENTRO MEDICO "LA RAZA"

113  
113  
2EJ

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MORBIMORTALIDAD DE PRODUCTOS EN PRESENTACION PELVICA EN EMBARAZOS MAYORES DE 30 SEM. ATENDIDOS POR VIA ABDOMINAL Y/O VAGINAL, EN EL H.GO. 3 DEL CMR.

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. MA. DE LA LUZ PEREZ ROOUE

ASESOR: DR. MARTIN MEZA VARGAS





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

11217

113  
250



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MORBIMORTALIDAD DE PRODUCTOS EN PRESENTACION PELVICA EN EMBARAZOS MAYORES DE 30 SEM. ATENDIDOS POR VIA ABDOMINAL Y/O VAGINAL, EN EL H.GO. 3 DEL CMR.



CENTRO MEDICO LA RAZA  
Hosp. de Ginecología y Obstetricia  
Jefe de Enseñanza e Investigación

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. MA. DE LA LUZ PEREZ ROQUE  
ASESOR: DR. MARTIN MEZA VARGAS



MEXICO, D. F.

FEBRERO 1995

## I N D I C E

	PAGINA
1.- Índice .....	1
2.- Introducción .....	2
3.- Antecedentes Científicos .....	4
4.- Objetivo.....	7
5.- Materiales y Métodos.....	8
5.- Resultados	
5.1.- Edad Gestacional.....	10
5.2.- Vía de interrupción del embarazo .....	12
5.3.- Tipo de Anestesia .....	14
5.4.- Peso .....	16
5.5.- Talla .....	19
5.6.- Apgar .....	20
5.7.- Trauma Obstétrico .....	23
5.8.- Complicación a la extracción.....	25
7.- Conclusiones.....	27
8.- Resumen .....	28
9.- Bibliografía .....	29

A M I E P A D R E S

Ma. Nieves Roque Mojica y Denito Pérez Juárez  
que durante esta difícil tarea con su amor fueron  
mi apoyo, comprensión y estímulo para continuar  
adelante, y ella en este último año al estar tan  
cerca de Dios con sus bendiciones me fortaleció.

## A MIS HERMANOS

Carmen, Benito, Fortunato, Margarita y Rodolfo  
algunos lejos y otros cerca físicamente, pero  
todos unidos en un sentimiento de apoyo incondicional,  
teniendo siempre una palabra de  
aliento que me impulso hacia la meta anhelada  
en los momentos tan difíciles que no  
fueron pocos en estos últimos 3 años.

A M I S S O B R I N O S

Que con una sonrisa inocente o una palabra de  
"te quiero" alegraban mis momentos tristes.

A MI ASESOR DE TESIS:

Dr. Martin Meza Vargas:

Por su apoyo en la elaboracion del presente  
trabajo.



## INTRODUCCION

El manejo intraparto del embarazo de término complicado con presentación pélvica, es un reto en la obstetricia, sin embargo tenemos que la presentación cefálica predomina sobre la pélvica al término del embarazo con una relación de 25:1.

La presentación pélvica, es la presentación inadecuada mejor conocida del producto in utero, teniendo una frecuencia de 3 a 4% en todos los embarazos.

El manejo óptimo de los nacimientos pélvicos no tienen gran discusión, el objetivo de diversos estudios ha sido el determinar los beneficios relativos de la vía vaginal sobre la abdominal, en especial los investigadores se han preocupado acerca de la morbilidad a corto y a largo plazo relacionados con el nacimiento en presentación pélvica, frecuentemente las pacientes rechazan la cesarea por un concepto erróneo de que la operación reduce el número de gestaciones futuras.

Sin embargo la vía de interrupción del embarazo con presentación pélvica, aún permanece sujeto a controversia.

En nuestra unidad se ha tomado como mejor opción la interrupción del embarazo por vía abdominal, tomando en cuenta la amplia información acerca del aumento de la morbilidad del producto cuando éste nace por vía vaginal, no excluyendo que de un parto en una paciente seleccionada en forma correcta, se puede obtener un pro-

ducto en excelentes condiciones siempre y cuando quien lo atiende sea un obstetra debidamente capacitado para la realización de las diversas maniobras que se utilizan en estos procedimientos.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La presentación pélvica es frecuente en los embarazos pretérmino, sin embargo lo habitual es que en algún momento antes del parto, el feto se coloque espontáneamente en presentación de vértice por lo que solo el 3 al 4% de los embarazos persisten en la presentación pélvica (1) y un 27 a 42% de los embarazos gemelares (11), teniendo como complicación de la presentación pélvica, la luxación congénita de cadera en un 15 a 30% (12), además de los factores que parecen predisponer a la presentación pélvica es la relajación uterina, asociada a una gran multiparidad, embarazo múltiple, polihidramnios, hidrocefalia, anencefalia, el antecedente de parto pélvico, anomalías uterinas y tumores, la implantación placentaria en el fondo o cuerno uterino, esto último relacionado en un 73% (1).

Las diversas relaciones existentes entre las extremidades inferiores y las nalgas del feto dan lugar a las categorías de presentación pélvica pura, presentación pélvica completa y presentación pélvica incompleta (1) en la primera las extremidades inferiores se encuentran flexionadas por las caderas y mantienen las rodillas extendidas de forma que los pies quedan próximos a la cabeza. En la presentación completa, esta difiere de la primera en que ambas rodillas están flexionadas y no extendidas. En la presentación pélvica incompleta una o ambas rodillas están en posición más baja que las nalgas o sea que la parte inferior del canal de parto es ocupado por un pie o una rodilla (1).

El diagnóstico, como sabemos se realizará y confirmará con la realiza-

ción de las maniobras de Leopold y el tacto vaginal al tocar sus componentes característicos (clínica), confirmando el diagnóstico radiológicamente o por ultrasonido (11).

Durante los últimos 20 años, han tenido cambios significativos en el manejo del trabajo de parto, observándose un incremento significativo en lo índice de operación cesarea, que tiene como objetivo prevenir las complicaciones a la madre y el feto del alto riesgo, disminuyendo en su lugar la utilización del fórceps (12).

Actualmente la vía óptima de nacimiento para el embarazo con producto en presentación pélvica, permanece sujeto a controversia; en 1968 se concluyó que es razonable permitir el parto vaginal en casos cuidadosamente seleccionados (8), sin embargo muchos médicos obstetras están de acuerdo en que existe un alto riesgo perinatal asociado con el parto pélvico (3), otras además seleccionan pacientes para parto vaginal en base a la paridad, edad gestacional, radio pelvométrica, estimación del peso del producto y progreso durante el primero y segundo periodo del trabajo de parto (10, 14), agregándose algunos otros estudios que incluso la presentación pélvica en presencia de cicatriz uterina no parece influenciar en la posibilidad de un trabajo de parto exitoso, por lo que puede ser razonable dejar en trabajo de parto con una adecuada vigilancia a pacientes con cesaria previa (7, 8, 1).

En un análisis realizado en 314 pacientes que tuvieron parto, el 25% de los productos nacidos tuvieron una alta mortalidad en comparación a 924 productos nacidos por cesaria (9).

Se menciona que una de las complicaciones más importantes del parto pélvico son las alteraciones neurológicas, que muy frecuentemente se asocia a una mala elongación del mismo parto (7,10), otros investigadores sugieren que el principal problema del parto pélvico es el aumento de la morbimortalidad neonatal como resultado del trauma o asfixia relacionado con la compresión del cordón umbilical, dificultad en la extracción de los brazos seguida por la cabeza, hiperextensión del del cuello (10).

Es necesario señalar la mayor incidencia de complicaciones en los partos pélvicos en relación con los atendidos por vía abdominal, en un estudio (5), realizado analizaron 17,578 neonatos nacidos por parto y cesárea en presentación pélvica, concluyendo que el riesgo de muerte neonatal en infantes nacidos por parto fue significativamente mayor que en aquellos nacidos por cesárea, así también que el incremento de operación cesárea, en productos únicos en presentación pélvica puede asociarse a un incremento en la sobrevivencia neonatal (5); estas conclusiones están de acuerdo con otros investigadores de los Emiratos Arabes que dicen que la mortalidad perinatal es menor en el grupo de pacientes sometidas a cesárea electiva (6,15).

En lo que respecta a la morbilidad y mortalidad materna se observa una mayor incidencia en el grupo de cesárea de urgencia, encontrándose infecciones, y sangrados que en algún momento amerita laparotomía exploradora (4).

**O B J E T I V O :**

Analizar la mortalidad de los productos pélvicos mayores de 30 semanas atendidos por vía vaginal y abdominal en un periodo de 6 meses

## MATERIAL Y METODOS

## 1.- MATERIAL

En el Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del C.M.R. se atendieron 2,247 nacimientos en un período de 5 meses, de los cuales solo 33 (0,95%) tuvieron presentación pélvica, dichos expedientes fueron analizados para la realización de este estudio.

De estos 33 nacimientos, se excluyeron 4 por no cubrir en un 100% con los criterios de inclusión seleccionados para el presente estudio, los cuales son los siguientes:

## 2.- CRITERIOS DE INCLUSION

- A.- Embarazos mayores de 30 semanas
- B.- Productos en presentación pélvica.
- C.- Embarazos únicos.
- D.- Productos vivos.

### 3.- METODOS

Los 27 expedientes fueron analizados en base a los siguientes --  
datos:

- A.- Edad gestacional.
- B.- Via de interrupción del embarazo.
- C.- Tipo de anestesia.
- D.- Peso del producto.
- E.- Talla.
- F.- Aparar.
- G.- Trauma obstétrico del producto.
- H.- Complicación al momento de la extracción del producto.



## R E S U L T A D O S

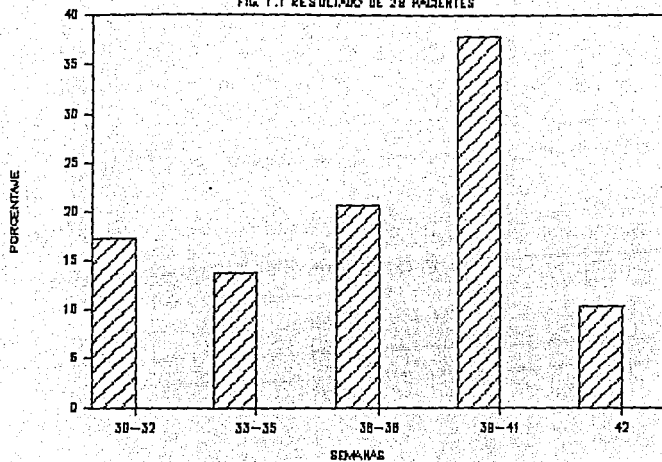
## 1.- EDAD GESTACIONAL:

De las 29 pacientes incluídas, 5 (17.24%) tuvieron una edad gestacional entre las 30 - 32 semanas, 4 (13.79%) entre las 33 - 35 semanas, 6 (20.69%) entre las 36 - 38 semanas, 11 (37.93%) de 39-41 semanas y 3 (10.35%) mayores de 42 semanas.

EDAD GEST.	No. NAC.	%
30 - 32	5	17.24
33 - 35	4	13.79
36 - 38	6	20.69
39 - 41	11	37.93
+ 42	3	10.35
		-----
		100.00

## 1.- EDAD GESTACIONAL

FIG. 1.1 RESULTADO DE 28 PACIENTES



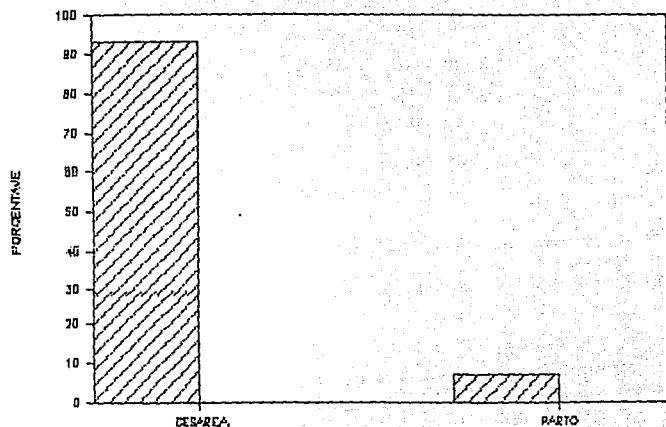
## 2.- VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

Del total de nacimientos analizados, 27 (93.10%) fueron atendidos por via abdominal y solo 2 (6.9%) se atendieron por parto, de los cuales uno fue fortuito atendido en el servicio de admision y el segundo la paciente llego en periodo expulsivo.

De las pacientes atendidas por cesárea, además de la indicación de presentación pélvica, 3 de los productos presentaban sufrimiento fetal agudo, otra indicación fue un oligohidramnios severo.

VIA INTERUP.DEL EMB.	No. PTES.	%
Via abdominal	27	93.10
Via vaginal	2	6.90
		-----
		100.00

## 2.— VIA INTERRUPCION DEL EMBARAZO



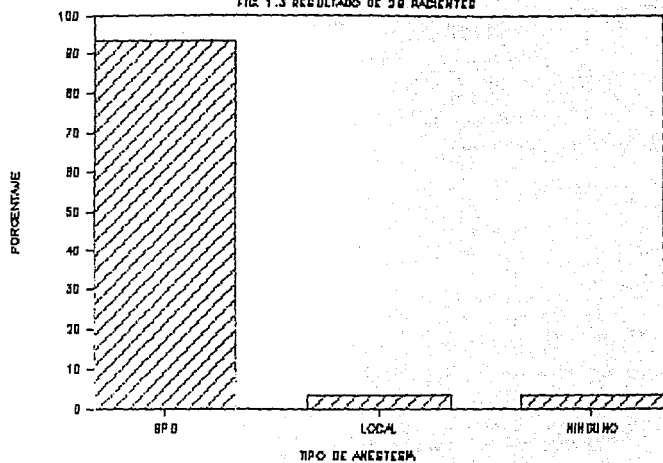
## 3.- TIPO DE ANESTESIA

A 27 pacientes (93.10%) se les aplico DPD, de esta a una se le administro sedacion con ketamina, de las 2 restantes que corresponden a los partos, a una (3.45%) se le aplico solamente anestesia local y a la otra (3.45%) no se le aplico ningun anestésico.

TIPO DE ANESTESIA	No. PTES.	%
R.P.D.	27	93.10
LOCAL	1	3.45
NINGUNA	1	3.45
		<u>100.00</u>

## 3. — TIPOS DE ANESTESIA

FIG. 1.3 RESULTADO DE 30 PACIENTES



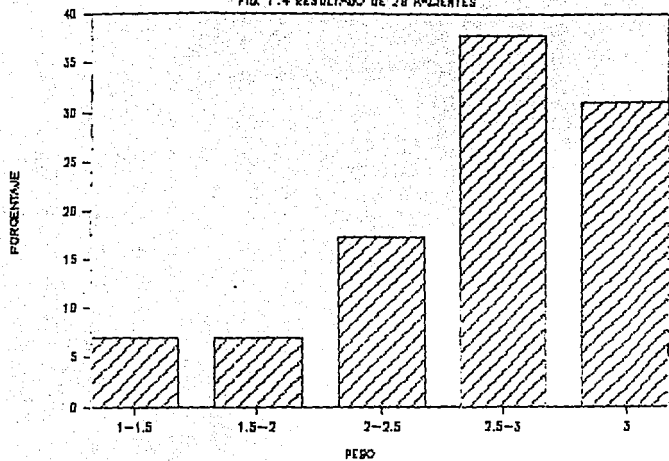
## 4.- PESO DEL PRODUCTO.

De los 29 productos, 11 (37.93%) tuvieron un peso de 2.5 - 3 Kg, --  
 7 (24.14%) pesaron más de 3 Kg, 5 (17.24%) pesaron entre 2 - 2.5Kg,  
 2 (6.89%) tuvieron un peso de 1.5 a 2 Kg y las 2 restantes (6.89%)  
 pesaron de 1 a 1.5Kg, con una media de 2.7% que corresponde a un  
 peso de 2.5 a 3 Kg.

PESO Kg	Nu. PRODUCTOS	%
1 - 1.5	2	6.89
1.5 - 2	2	6.89
2 - 2.5	5	17.24
2.5 - 3	11	37.93
+ 3	7	24.05
		<hr/> 100.00

## 4.- PESO DEL PRODUCTO

FIG. 1.4 RESULTADO DE 28 PACIENTES





## 5.- TALLA DEL PRODUCTO.

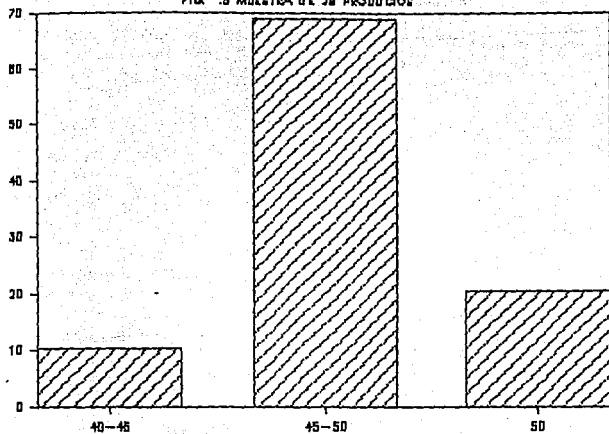
De los productos obtenidos, la talla fue de 45 a 50 cm. en 20 mayores de 50cm. en 5 (20.87%) y de 40 a 45cm solo 3 (10.34%).

Con una media de 45 a 50cm con un 69.97%.

TALLA	No. PRODUCCIONES	%
40 - 45 cm	3	10.34
45 - 50 cm	20	69.97
+45 cm	6	20.69
		<u>100.00</u>

FIG. 5 TALLA DEL PRODUCTO

FIG. 5 MUESTRA DE 28 PRODUCTOS



## 6.- APGAR .

De los 29 neonatos, se obtuvieron calificaciones de apgar al minuto de 1 a 3 en 4 (13.73%), de 4 a 6 en 7 (24.15%) y de 7 a 9 en 18 (62.12%).

y a 1

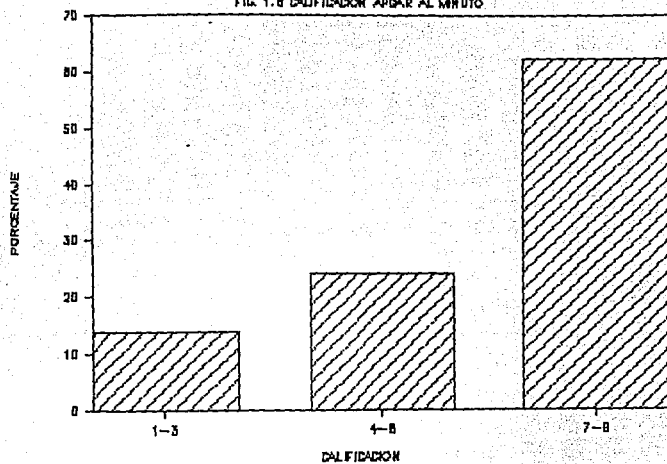
7 a 9 en 26 (89.65%).

APGAR AL MINUTO	No.	%
1 a 3	4	13.73
4 a 6	7	24.15
7 a 9	18	62.12
		<u>100.00</u>

APGAR A 5 MIN.	No.	%
1 - 3	0	0
4 - 6	3	10.35
7 - 9	26	89.65
		<u>100.00</u>

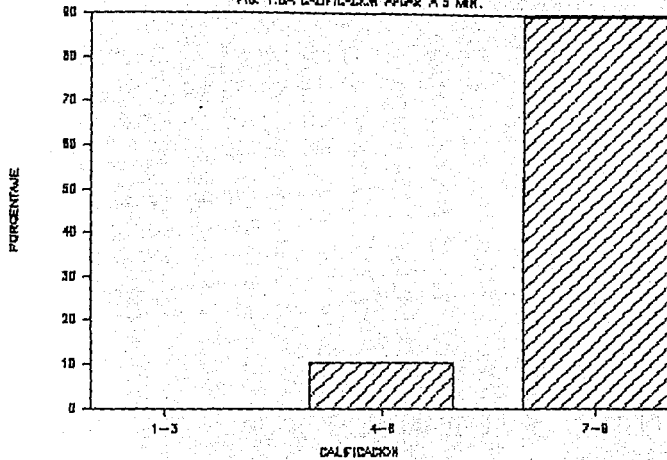
## 6. — APGAR

FIG. 1.8 CALIFICACION APGAR AL MINUTO



## 6. — APGAR

FIG. 1.54 CALIFICACION APGAR A 5 MIN.



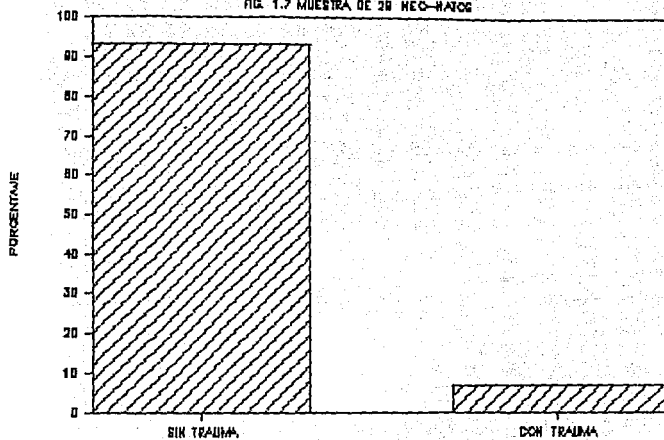
## 7.- TRAUMA OBSTETRICO

De los 29 neonatos, solo 2 (2.9%) se les diagnosticó trauma obstétrico, uno de ellos con hemorragia intracraneana, teniendo además macrocefalia y el segundo, se le diagnosticó por ultrasonido lesión hipóxico isquémica intracraneana.

TRAUMA OBSTETRICO	No.	%
NO	27	93.10
SI	2	<u>6.9</u>
		100.00

## 7.- TRAUMA OBSTETRICO

FIG. 1.7 MUESTRA DE 28 NEC-NACOS



B.- COMPLICACIONES AL MOMENTO DE LA EXTRACCION DEL PRODUCTO.

De los 27 neonatos, 7 (24.14%) presentaron complicaciones al momento de la extracción, de estos 7, 3 (42.86%) se les diagnosticó hipoxia severa, de los cuales uno de estos tenía como diagnóstico preoperatorio a la cesarea, prolapso de cordón con sufrimiento fetal agudo y otro fue un nacimiento por parto fortuito en el servicio de admisión, teniendo además alteración congénita que fue bloqueo auriculoventricular.

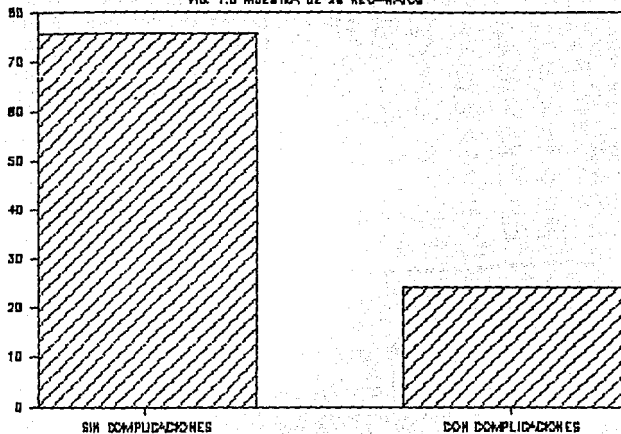
A otros 3 (42.86%) se les diagnosticó asfisia neonatal moderada.

COMPLIC. A LA EXT.	No.	%
NO	22	75.86
SI	7	24.14
		<u>100.00</u>



## 8.— COMPLICACIONES EN LA EXTRACCION

FIG. 1.8 MUESTRA DE 28 NEG-NATOS



## C O N C L U S I O N E S

- 1.- La incidencia de embarazos con presentación pélvica en el Hospital de Gineco - obstétrica No. 3 del Centro Medico "La Raza", en un período de 5 meses fue de 0.75%.
- 2.- La edad gestacional promedio de los embarazos con presentación pélvica fue de 37 a 41 semanas (37.73%).
- 3.- De los 7 productos que presentaron complicaciones al momento de la extracción, 3 presentaron asfixia severa, otros 3 con asfixia moderada y uno con asfixia leve.
- 4.- Existe una alta incidencia de cesárea con indicación de presentación pélvica (93.10%), así como también una alta calificación de espina en la mayoría de los productos (52.12%) con calificación de 7 a 9.

## R E S U M E N

Observamos un alto número de nacimientos en nuestra unidad, que fue de 3,547 y de estos solo 33 (0.95%) con presentación pélvica de los cuales solo se incluyeron 29 (0.79%) que cumplieron con los criterios de inclusión, debemos tomar en cuenta que esta unidad es de tercer nivel y solo se ingresan pacientes de alto riesgo, no tomándose en cuenta como población en general.

De 14 pacientes incluidas, encontramos una media de edad gestacional de 37 a 41 semanas con un 37.93% de incidencia, la interrupción de los embarazos fue de 27 (93.10%) por vía abdominal y 2 (6.9%) por vía vaginal, en cuanto al peso de los productos este fluctuó desde 1,330 gr hasta 4,050 gr, con una media entre 2.5 a 3 kg (37.93%).

La talla menor encontrada fue de 40 cm y la mayor de 55 cm con una media de 45 a 50 cm (68.97%), el apgar con los que fueron calificados fue desde 1 a 9 al minuto con una media de 7 a 9 (82.12%) y de 5 a 9 a los 5 minutos con una media de 7 a 9 (89.65%), solo dos neonatos fueron diagnosticados con trauma obstétrico, y de las complicaciones al momento de la extracción del producto fueron 7 (24.14%) de los cuales 3 (42.85%) presentaron hipoxia severa y un igual número con asfixia moderada.

## C O M M E N T A R I O

Al concluir con la elaboración de este estudio se observa que en nuestra unidad, existe un alto índice de realización de operación cesarea con indicación de presentación pélvica que es de un 27.10%, así también que las complicaciones de producto tanto de trauma obstétrico como al momento de la extracción son mínimas 24.14%, reflejado esto en una alta calificación de apgar al minuto, que fue de 7 a 9 en un 82.17% al minuto, también tomando en cuenta que las mas bajas calificaciones de apgar se obtuvieron de un parto fortuito que fue atendido en el servicio de admisión, con una calificación de 3 al minuto y de una cesarea que ademas de la indicación de presentación pélvica presento prolapso de cordón con bradicardia fetal cuya calificación fue de 3 al minuto.

Teniendo en cuenta estos resultados, estamos de acuerdo en que el incremento de operación cesarea, este asociado a un incremento de sobre brevida neonatal.

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

- 1).- Williams, Jack A. Fritchard, Paul C. Mac Donald, Norman F. Sant.-  
Obstétrica.
- 2).- O'Roughan S.M., Petit D.D., Gordis L., and Goldith. MORBIDITI  
AMONG BREECH INFANTS ACCORDING TO METHOD OF DELIVERY. *Obstet Gyn-  
ecol* 1990;75:1921.
- 3).- Lamm D. et. al., EXTERNAL CEPHALIC VERSION AFTER PREVIOUS CESA-  
REAN SECTION. *Am J. Obstet Gynecol.* 1991;155:170-2.
- 4).- Bingham P. MANAGEMENT OF THE SELECTED TERM BREECH PRESENTATION:  
ASSESSMENT OF SELECTED VAGINAL VERSUS CESAREA SECTION FOR ALL  
CASES. *Obstet Gynecol* 1997; 69(6):965.
- 5).- Krelj J. MODE OF DELIVERY AND NEONATAL DEATH IN 17,527 INFANTS  
PRESENTING BY THE BREECH. *B. Journal of Obstet Gynecol.* 1991;51  
575-504.
- 6).- Vlacovic Kova V. et al., BREECH DELIVERY IN A MIDDLE EAST HOSPITAL.  
*Am J. Gyn Obstet.* 1999;50:241-44.
- 7).- May Albert P Sarno, Jr USA Jeffrey. VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN  
DELIVERY. *The Journal Of Reproductive Medicine.* 1999;34(10):39.
- 8).- Ella Ophir, MD, Mosher Hettlinger, MD, y cols., BREECH PRESENTA-  
TION AFTER CESAREAN SECTION: ALWAYS A SECTION. *Am J. Obstet* 1999  
161:25-H.
- 9).- Mary S. y et. al MORBIDITY AMONG BREECH INFANTS ACCORDING TO ME-  
THOD OF DELIVERY. *Gynecol and Obstet.* 1990;75(15):321-5.

- 10).- Kassam Mahomed BREECH DELIVERY: A CRITICAL EVALUATION OF THE MODE OF DELIVERY AND OUTCOME OF LABOR. Int. J. Gynecol. Obstet 1988;27:17-20.
- 11).- J. H. Drew, et. al. SECOND TWIN: QUALITY OF SURVIVAL IF BORN BY-BREECH EXTRACTION FOLLOWING INTERNAL PODALIC VERSION.- Aust N.Z Obstet. Gynecol. 1991;31(2):111-4.
- 12).- Mortimer G. et al. LONG TERM NEUROLOGICAL MORBIDITY IN BREECH AND VERTEX BIRTHS. Am J. Obstet. Gynecol. 1985;151:718-20.
- 13).- Clausen H. BREECH POSITION, DELIVERY ROUTE AND CONGENITAL HIP DISLOCATION. Act. Obstet. Gynecol. Scand. 1988;67:595-7.
- 14).- Roumen Frans et al. SAFETY OF TERM VAGINAL BREECH DELIVERY. European Journal of Obstet and Gynecol and Reproductive Biology. 1991;40:171-7.
- 15).- Hofmeyr G. EXTERNAL CEPHALIC VERSION AT TERM: HOW HIGH ARE THE STAKES? Br Journal Obstet. Gynecol. 1991;93:4-7.