

Hospital Ginecoobstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales"

COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL EN PELVIANA VERSUS CESÁREA

Dr. Carlos Ortiz Lee,¹ Dra. Nayra de Marcos López,² Dr. Jesús Pérez Contreras,³ Dra. Beatriz Moya Martínez⁴ y Dra. Julia Pérez Piñero⁵

RESUMEN: Se realiza un estudio retrospectivo de los nacimientos en presentación pelviana, ocurridos entre 1990 y 1996 en el Hospital ginecoobstétrico docente "Clodomira Acosta Ferrales". En el período se produjeron 566 nacimientos en presentación pelviana: 146 partos transpelvianos y 420 cesáreas. Fueron excluidos los casos con embarazo gemelar y/o muerte fetal anteparto, por lo que se analizan 120 partos y 368 cesáreas. Mediante selección aleatoria, por muestreo sistemático con intervalo fraccional y selección en 2 fases, se obtuvo un número similar de cesáreas. Se comparan diferentes variables, mediante los métodos chi cuadrado y prueba de comparación de proporciones, obteniendo como resultado que algunos factores considerados desfavorables para el parto transpelviano, en pacientes con presentación pelviana, no se relacionaron de modo significativo con la vía del nacimiento; y como aspectos relevantes, que la morbimortalidad perinatal resultó similar en los 2 grupos de pacientes, mientras que se observa un incremento alarmante de la morbilidad materna en el grupo de pacientes que fueron operadas.

Descriptores DeCS: **PRESENTACION DE NALGAS; CESAREA/mortalidad.**

Elegir la vía del parto en las gestantes con presentación pelviana, aun hoy, es una gran disyuntiva para el obstetra.

En los últimos 30 años ha ido incrementándose paulatinamente la cesárea

como vía del nacimiento en estos casos, y en la actualidad hay instituciones donde todas las pelvianas son operadas, con el objetivo de obtener mejores resultados perinatales.^{1,2} Pero ¿realmente el uso de la

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Vicedirector Técnico. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales".

² Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructora. Vicedirectora Docente. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales".

³ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales".

⁴ Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales".

⁵ Especialista de I Grado en Bioestadística. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Ramón González Coro".

cesárea reduce los riesgos de morbilidad y mortalidad perinatal?

Por otra parte, en el deseo de mejorar los resultados neonatales no siempre tenemos en cuenta, en toda su magnitud, los riesgos maternos, y es menester recordar que la operación cesárea tiene un lugar de privilegio entre las principales causas de muerte materna.³

El objetivo de este trabajo es comparar los resultados materno-perinatales del parto vaginal *versus* cesárea, en la presentación pelviana.

Métodos

Se realiza un estudio retrospectivo de los nacimientos en presentación pelviana que ocurrieron en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales" entre 1990 y 1996.

En este período se produjeron 146 partos y 420 cesáreas en pelvianas. De ese total se excluyeron los casos de muertes fetales anteparto y/o embarazos gemelares, por lo que se estudian 120 partos y 368 cesáreas.

Se analizaron los 120 partos, y se realizó una selección aleatoria de un número similar de cesáreas, por muestreo sistemático, con intervalo fraccional y selección en 2 fases.

Comparamos la morbilidad materno-perinatal de ambos grupos y empleamos los métodos chi cuadrado y prueba de comparación de proporciones.

Resultados

La vía del nacimiento, como se puede observar en la tabla 1, no tuvo relación estadísticamente significativa con la paridad de las pacientes, a pesar de que la nuliparidad constituye un factor desfavorable para la vía vaginal;⁴ incluso autores de reconocido prestigio, como el profesor *Botella*, abogan por operar siempre a las nulíparas.⁵

El objetivo de este trabajo es comparar los resultados materno-perinatales del parto vaginal *versus* cesárea, en la presentación pelviana.

TABLA 1. Paridad de las pacientes.

	Partos	Cesáreas
Nulíparas	82(68,3 %)	84(70,0 %)
Múltiparas	38(31,7 %)	36(30,0 %)
Total	120	120

$X^2 = 0,20$ 1 gL p = 0,8888 n/s

Las gestantes operadas tuvieron una proporción significativamente mayor de rotura prematura de las membranas ovulares (tabla 2), demostrándose el valor de este evento obstétrico en la decisión de la intervención.⁴

TABLA 2. Momento de rotura de las membranas.

	Partos	Cesáreas
Rotura prematura	28(23,3 %)	54(45,0 %)
Rotura en la labor de parto	92(76,6 %)	66(55,0 %)
Total	120	120

$X^2 = 11,578$ 1 gL p = 6,675.10⁻⁴ S

El riesgo de desproporción cefalopélvica, siempre latente, y en estos casos difícil de demostrar con antelación, precisamente por la presentación fetal, ha llevado al establecimiento de límites a la hora de permitirles el parto a estas pacientes.^{1,4,5}

En esta serie, la vía del nacimiento no tuvo relación estadística con la realización del estudio radiológico (tabla 3). Seis pa-

cientes tuvieron parto transpelviano con diámetro promontorretropúbico menor de 11 cm, y otras 52 lograron la vía vaginal, con éxito, sin estudio radiológico previo. Por otra parte, llama la atención que 72 gestantes fueron operadas sin conocer las características radiológicas de la pelvis.

TABLA 3. Valor del diámetro promontorretropúbico en los casos en que se realizó estudio radiológico.

	Partos	Cesáreas
PRP ≥ 11 cm	62(91,17 %)	37(77,09 %)
PRP < 11 cm	6(8,82 %)	11(22,91 %)
Total	68	48

$X^2 = 3,413$ 1 gL p = 0,0647 n/s

El conteo de Apgar, a pesar de que la práctica ha demostrado que no es fiel traductor del daño posterior que podría sufrir el neonato^{6,7} sigue siendo un punto de comparación frecuente. Las tablas 4 y 5 muestran que no existen diferencias considerables según la vía del nacimiento y son similares, además de escasos, los conteos de Apgar inferiores a 7, tanto al minuto como a los 5 minutos, en ambos grupos. Existen trabajos nacionales que reportan exactamente lo contrario^{2,8-10} y esto, lógicamente, aumenta la preferencia hacia la operación cesárea en estos casos.

TABLA 4. Valor del test de Apgar al minuto según vía del parto.

	Partos	Cesáreas
Apgar 7 - 10	110(91,7 %)	112(93,3 %)
Apgar < 7	10(8,3 %)	8(6,7 %)
Total	120	120

$X^2 = 0,060$ 1 gL p = 0,8064. n/s

TABLA 5. Valor de Apgar a los 5 minutos según vía del parto.

	Partos	Cesáreas
Apgar 7 - 10	114(95,0 %)	117(97,5 %)
Apgar < 7	6(5,0 %)	3(2,5 %)
Total	120	120

$X^2 = 0,462$ 1 gL p = 0,4968 n/s

Cheng y Hannah¹¹ en un metaanálisis de la literatura, presentado en 1993, reportan que la morbimortalidad perinatal en el parto vaginal de las podálicas es 3-4 veces mayor que cuando estos terminan en cesárea; en nuestro medio algunos autores han reportado resultados similares.^{9,10,12}

Cuando analizamos la tabla 6, entramos en contradicción con estos investigadores, pues no encontramos justificación para el excesivo uso que se le está dando a la operación cesárea como solución de estos casos. Nosotros coincidimos con Stafford¹³ que tampoco encontró diferencias significativas en la morbimortalidad perinatal en su trabajo, destacando la importancia de una adecuada selección de los casos.

TABLA 6. Morbimortalidad perinatal.

	Partos	Cesáreas	p
Muerte neonatal	1	1	0,5000 n/s
Fractura de clavícula	1	0	0,1582 n/s
S. distress respiratorio	4	3	0,3506 n/s
Broncoaspiración de LA	2	0	0,0778 n/s
Bronconeumonía	2	3	0,3257 n/s
Bloqueo aéreo	0	2	0,0778 n/s
Anemia aguda	0	2	0,0778 n/s
Impétigo	0	2	0,0778 n/s
Neumotórax	0	1	0,1582 n/s
Conjuntivitis	0	1	0,1582 n/s
Síndrome convulsivo	0	1	0,1582 n/s
Total	10	17	0,0764 n/s

El problema consiste, precisamente, en analizar individualmente cada caso que va a ser sometido a intento de parto vaginal, porque lo que sí está claro es que la morbilidad materna es mucho mayor en la operación cesárea. En la tabla 7 se muestra la alta significación estadística de estas variables en nuestra investigación.

TABLA 7. **Morbilidad materna.**

	Partos	Cesáreas	p
Anemia	2	30	5,278.10 ⁻⁸ S
Endometritis	1	6	0,0276 S
Cefalea posraquídea	0	8	2,009.10 ⁻³ S
Sepsis de la herida	0	5	0,0119 S
Atonía uterina	0	1	0,1582 n/s
Desgarros	2	0	0,0778 n/s
Total	5	50	9,388.10 ⁻¹² S

El incremento de la frecuencia de la cesárea en la presentación pelviana, está privando a las nuevas generaciones de obstetras de la práctica del arte que constituye asistir un parto de nalgas por la vía vaginal.

Nadie en estos momentos sería capaz de dudar de la facilidad con que aprendemos a hacer cesáreas, pero los secretos de las muchas veces subestimada Obstetricia clásica se van perdiendo, tanto, que en unos años no sólo no va a haber quien los aprenda, sino que tampoco tendremos quien los enseñe.

Para esa fecha, nadie podrá hablar ya de diferentes vías de nacimiento en la presentación pelviana, porque entonces la cesárea habrá ganado la pelea.

¿No vale la pena luchar por impedirlo?

SUMMARY: A retrospective study of the breech deliveries occurred from 1990 to 1996 at the "Clodomira Acosta Ferrales" Gynecobstetric Hospital was conducted. 566 breech births took place during that period: 146 transpelvic deliveries and 420 cesarean sections. Those cases with twin pregnancy and/or fetal death before delivery were excluded, so 120 deliveries and 368 cesarean sections were analyzed. A similar number of cesarean sections was obtained by random selection through a systematic sampling with fractional interval and selection in 2 phases. Different variables were compared by the chi square method and the test for the comparison of proportions. Among the results it was observed that some factors that were considered as unfavorable for the transpelvic delivery, in patients with breech presentation, were not significantly related to birth path way. Perinatal morbimortality proved to be similar in both groups of patients. There was a remarkable increase of maternal mortality in the group of patients that were operated on.

Subject headings: **BREECH PRESENTATION, CESAREAN SECTION/mortality.**

Referencias bibliográficas

1. Jimeno JM, Botella JM. Cincuenta años de operación cesárea. Acta Gin 1990;47:48-58.
2. Sarmiento G, Valles JL, Ramos F, Llanes E. Estudio de 101 partos en presentación pelviana. Rev Cubana Obstet Ginecol 1990;16(2):237-44.
3. Cabezas E. Vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Rev Cubana Obstet Ginecol 1993;19(2):78-91.
4. Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. Presentación Pelviana. En: Manual de Procedimientos de Diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ciencias Médicas, 1991:188-93.
5. Botella JM. La tocurgia actual. Acta Gin 1993;50:256-69.
6. Mesa Riquelme L. Certezas e incertidumbres en la asfixia perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 1995;21(1-2):59-64.

7. Nelson KB, Ellemborg JH. Apgar scores as predictors of chronic neurologic disability. *Pediatrics* 1981;68:36-44.
8. Pérez Santos R; Pagola Prado V; Fernández Ragi R; Mederos Planch R. Morbilidad de la presentación pelviana según la vía del parto. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1979;5(1):39-47.
9. Robainas Jorge F; Novo Soto A; Iglesias F. Morbimortalidad perinatal en la presentación podálica. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1975;1(1):39-49.
10. De Jong J, Rosales F, González PL, Montero F, Campos S. Morbilidad del recién nacido según la vía del parto en la presentación pelviana. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1975;1(2-3):97-9.
11. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: A critical review and meta-analysis of published studies. *Am J Obstet Ginecol* 1993;168:SPO 437.
12. Bordión B. Morbimortalidad perinatal en el parto en presentación pelviana. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1981;7(1):4.
13. Stafford RS. The impact of nonclinical factor repeat cesarean section. *JAMA* 1991;265:59-63.

Recibido: 22 de agosto de 1998. Aprobado: 19 de septiembre de 1998.

Dr. *Carlos Ortiz Lee*. Apartado Postal 4936. Correo 23 y 12. Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.