

Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas
"Julio Alfonso Medina"

RESULTADOS PERINATALES DEL PARTO EN PRESENTACIÓN PELVIANA, DURANTE 1998

Dr. Jesús Hernández Cabrera,¹ Dr. Danilec Hernández Hernández,² Dra. Silvia Rendón García¹ Dr. Bárbaro Dávila Albuernes¹ y Lic. Roberto Suárez Ojeda³

RESUMEN: Se expusieron los resultados perinatales de un estudio prospectivo realizado durante el año 1998 en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina", con todos los partos ocurridos en presentación pelviana, tiempo mayor de 28 sem y peso mayor de 1 000 g. Se estudiaron variables que demuestran su influencia en los indicadores de morbilidad y mortalidad perinatal. Se recogieron, en un libro registro, datos primarios que después se procesaron en una computadora IBM de la Universidad de Matanzas, se utilizó el sistema MICROSTAT que permitió el hallazgo del porcentaje, las medias aritméticas y la prueba de χ^2 . Se comprobó que de 3 707 nacimientos, ocurrieron en presentación pelviana 179 (4,8 %), transpelviana 187 (48,6 %) y por cesárea, 92 (51,3 %) primitivas. El índice de cesáreas con presentación pelviana fue 16,1 %. La cesárea estuvo elevada en los productos pretérmino y bajo peso, el líquido meconial no guardó relación estadística y los partos en presentación pelviana afectaron los indicadores de morbilidad y mortalidad perinatal, como son puntaje de Apgar bajo a los 5 min, indicador de bajo peso, de cesáreas primitivas y en el componente de fetal tardío.

DeCS: PRESENTACION DE NALGAS; PRESENTACION EN TRABAJO DE PARTO; PUNTAJE DE APGAR; MORTALIDAD PERINATAL (SALUD PUBLICA); RECIEN NACIDO DE BAJO PESO; CESAREA.

El parto en presentación pelviana, a través de la historia de la Obstetricia, ha tenido diferentes enfoques, desde la conducta

obstétrica clásica¹⁻⁵ hasta la interrupción del embarazo por cesárea,⁴⁻¹¹ en él se han valorado múltiples factores (edad, paridad, tipo

¹ Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. FCM Matanzas.

² Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

³ Licenciado en Matemáticas-Computación Universidad de Matanzas.

de presentación pelviana, peso, etc.)^{2-6,8-12} por considerar que este parto tiene características mecánicas propias capaces de actuar de manera adversa sobre su evolución e incrementar la morbilidad y la mortalidad perinatal hasta 5 veces más que el parto cefálico.^{1-5,7,9,11-13} La incidencia de bajo peso en el 25 % de los partos,^{1,3-5,8,9,11-13} además de situaciones favorables para que ocurran accidentes inespecíficos,^{1,3-9,11-13} que incrementan la hipoxia perinatal y sus consecuencias neurológicas,^{1,3,4,7-9,11-13} aumentan su riesgo. Algunos destacan una mayor frecuencia de malformaciones congénitas.^{1,3-5,7,11-15}

Una correcta valoración y conducta en equipo favorecen la feliz terminación de este tipo de parto.

El desarrollo tecnológico al servicio de la Obstetricia y la ultrasonografía,^{11,12,15-17} el uso de oxitócicos,^{10,16} de tocolíticos^{15,16} y de elementos estetoacústicos¹⁸ han permitido, desde la década de los 80, retomar la versión externa del feto en pelviana en los casos que así lo permitan.^{5-7,11,12,14-19}

El parto en presentación pelviana en nuestro medio, nos motivó a discutir cuál debía ser la conducta a seguir, por eso hacemos el presente estudio, trazándonos como objetivos, una vez conocida su incidencia, destacar su influencia en nuestros indicadores perinatales, así como algunas variables importantes: vía del parto, tiempo gestacional y características físicas del líquido amniótico.

Métodos

Se realiza un estudio prospectivo descriptivo, en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas durante el año 1998, de todos los nacimientos ocurridos en presentación pelviana con 28 sem y peso a partir de 1 000 g que tuvieron su parto en este centro.

Se organizó una base de datos primarios que después se procesaron en una computadora IBM de la Universidad de Matanzas y, con el empleo del Sistema MICROSTAT, hallamos el porcentaje, las medias aritméticas, χ^2 donde $\alpha \leq 0,01$ para percentil prefijado.

Las variables estudiadas fueron:

- Vía del parto: Se tuvieron en consideración el parto vaginal (con maniobras o sin ellas) y la cesárea.
- Semanas de gestación: Se tomó a partir del primer día de la última regla, 28 sem en adelante.
- Peso del producto: Pesado en gramos y según los rangos de peso propuestos por nuestros procederes,¹ $< 2\ 000$ g, de $2\ 001$ a $3\ 600$ g, $> 3\ 600$ g.
- Características físicas del líquido amniótico: Se clasificó en claro, meconial (sin precisar intensificación) y de otro color.

Se compararon los resultados obtenidos de los partos en presentación pelviana con los generales ocurridos en el Centro.

Resultados

En la tabla 1, al estudiar la incidencia, vemos que de 3 707 nacimientos ocurridos, tuvieron presentación pelvianas 179 (4,8 % de incidencia). De ellos, 87 fueron transpelvianos para un 48,6 %.

Estudiando en la tabla 2 la relación del peso con la vía del parto, observamos que 134 para 74,8 % tuvieron su parto entre 37 y más y el resto de las 28 a las 36,6 con 45 pacientes para el 25,1 %.

Cuando estudiamos en la tabla 3 el peso de los productos y su relación con la vía del parto, está acorde a los rangos de peso de nuestras normas, nos encontramos

TABLA 1. Incidencia de la presentación pelviana

Características del nacimiento	No.	%
Cefálico	3 336	(89,9)
Pelviano	179	(4,8)
a) Transpelvianos	87	(48,6)
- Con maniobras	10	-
b) Cesáreas	92	(51,3)
- Primitivas	68	(16,1)
- Iteradas	24	(8,4)
Situaciones anómalas y deflexiones	192	(5,1)

Total de nacimientos: 3 707.

Fuente: Departamento de archivo y estadística. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas

que el 13,4 % de los partos pretérminos ocurrieron por cesárea, lo cual coincide con lo expresado en bibliografía estudiada.^{4-8,11,12,17,19}

En el rango de 2 001-3 600 ocurrieron 138 partos para el 77,0 % y predominó el parto eutócico, con 65 casos.

En la tabla 4 expresamos, las características físicas del líquido amniótico en cuanto a su color, vemos que predominó el líquido claro sobre el meconial, lo cual fue dado de forma porcentual y ratificado al aplicar el χ^2 .

La influencia que tuvo el parto en presentación pelviana como entidad en los

TABLA 2. Relación del peso con el tipo de parto

Peso (gramos)	Tipo de parto						\bar{X}
	Eutócico		Cesárea				
	No.	%	Primitiva		Iterada		
No.	%	No.	%	No.	%		
< 2 000	18	(20,6)	4	(5,9)	4	(16,6)	1 481,2
2 000 - 3 600	65	(74,7)	55	(80,9)	13	(54,2)	3 320,5
Más de 3 600	4	(4,6)	9	(13,2)	7	(29,2)	3 771,8
Total	87	-	68	-	24	-	

Fuente: Historias clínicas. Departamento de archivo y estadística. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas.

TABLA 3. Relación del tiempo gestacional con el tipo de parto

Parto (semanas)	Tipo de parto								
	Eutócico		Cesárea				Total		X en semanas
	No.	%	Primitiva		Iterada		No.	%	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
28 a 36,6	22	(25,2)	18	(26,4)	5	(20,8)	45	(25,1)	32,4
37 y más	65	(74,7)	50	(73,5)	19	(79,1)	134	(74,8)	38,5
Total	87	-	68	-	24	-	179	-	

Fuente: Historias clínicas. Departamento de archivo y estadística. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas.

TABLA 4. Relación entre las características físicas del líquido amniótico (color) y la vía del parto

Características del líquido amniótico (color)	Eutócico	Tipo de parto		Total	(%)
		Primitiva	Cesárea Iterada		
Claro	63	47	19	129	(72,0)
Meconial	23	21	5	49	(27,3)
Vinoso	1	0	0	1	(0,5)
Total	87	68	24	179	

$\chi^2=19,357$. $\alpha=1,02$.

Fuente: Historias clínicas. Departamento de archivo y estadística. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas.

TABLA 5. Influencia de la presentación pelviana en los indicadores principales de morbilidad y mortalidad perinatal del año 1998

	Total de ocurrencia global	Con participación de pelviana	(%)
Puntaje de Apgar bajo a los 5 min	89	15	(16,8)
Indicador de bajo peso	299	35	(11,7)
Indicador de cesárea primitiva	420	68	(16,1)
Indicador de cesárea iterada	286	24	(8,4)
Muerte fetal intermedia	24	5	(20,8)
Muerte fetal tardía	65	12	(18,4)
Muerte neonatal precoz	17	1	(5,9)

$\chi^2=164,8$. $\alpha=0,01$.

Fuente: Departamento de archivo y estadística. Anuario 1998.

indicadores generales del centro, se muestran en tabla 5, donde notamos los indicadores de asfixia perinatal en el puntaje de Apgar bajo, el indicador de bajo peso, así como el de cesárea primitiva y el componente de mortalidad fetal tardía, resultados que concuerdan con los alcanzados por otros autores revisados.^{3-9,11,12,14-19}

Discusión

La incidencia de la presentación pelviana, según nuestros procedimientos (3 %),¹ está acorde con la expresada por otros au-

tores como: Ramos (4,2 %),⁵ Botella (5,8 %),² Mekbid (4 %)¹² y Acien (3,8 %).¹¹

Muchas escuelas, desde la década de los 80, amparadas por el desarrollo tecnológico, abogan por la versión externa del feto en pelviana en los casos que se pueda.^{5-7,11,12,14-19}

En la bibliografía consultada se destaca la importancia del tiempo gestacional, sobre todo en la gestación pretérmino, que es donde mayor riesgo de morbilidad y mortalidad puede ocurrir y si a la presentación pelviana se le suma, en esta edad, alguna patología obstétrica, los criterios de elegir la vía alta son mayores.^{1-9,11-13}

Hasta el presente, la vía alta en fetos con peso entre 1 000 y 1 200 g no ha dado

buenos resultados en cuanto a la disminución de la morbilidad y la mortalidad.^{1,4,6-9,12}

Los trabajos revisados destacan la presencia de líquido meconial, sobre todo su cambio de coloración, sin estar en trabajo de parto,^{1,3,4,11} así como su intensificación durante el mismo, otros autores, sin embargo, no le dan mucho valor.^{6,10,12,14,16,19}

Concluimos que la incidencia de la presentación pelviana concuerda con lo plan-

teado y tiene una incidencia negativa en nuestros indicadores perinatales, a expensas del puntaje de Apgar bajo, el bajo peso, la cesárea primitiva y la mortalidad fetal tardía. Existe una elevada incidencia de cesáreas, principalmente en recién nacidos antes del término, con pesos comprometidos y que las características físicas del líquido amniótico en cuanto a su color no tuvieron significación.

SUMMARY: The perinatal results of a prospective study conducted with all the breech deliveries occurred after the 28th week of gestation and with a weight over 1 000 g at "Julio Alfonso Medina" Gynecobstetric Teaching Hospital, in Matanzas, during 1998, were explained. Variables showing their influence on the indicators of morbidity and perinatal mortality were also studied. Primary data were registered and processed later in an IBM computer at the University of Matanzas. The MICROSTAT system was used to find the percentage, arithmetical means and the χ^2 test. It was proved that of the 3 707 deliveries, 179 (4.8 %) were breech deliveries, 187 (48.6 %) were transpelvic deliveries, and 92 (51.3 %) were caesarean sections. The index of caesarean sections with breech presentation was 16.1 %. The caesarean section was high in the preterm and low weight births. The meconium had no statistical relation and the breech deliveries affected the perinatal morbidity and mortality indicators, such as low Apgar score at 5 min., the indicators of low birth weight and of primitive caesarean sections and the late fetal component.

Subject headings: **BREECH PRESENTATION, LABOR PRESENTATION; APGAR SCORE; PERINATAL MORTALITY (PUBLIC HEALTH); INFANT, LOW BIRTH WEIGHT; CAESAREAN SECTION.**

Referencias bibliográficas

1. Presentación pelviana: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:219-25.
2. Pelaez Mendoza J. Adolescente embarazada, características y riesgo. Rev Cub Obstet Ginecol 1997;23(1):13-7.
3. Botella Llusia J. Distocia de los elementos del parto: Tratado de Ginecología Patológica Obstétrica. Barcelona: Editorial Científico Médica, 1986:575-99.
4. Sarmiento Brooks G, Valles Atanay J, Ramos Manes F, Llanes Navarro E. Estudio de 101 partos en presentación pelviana, Rev Cub Obstet Ginecol 1990;16(2):237-44.
5. Ramos López JG, Costa Sergio HM, Trindade R, Manske D, Motta P. Análisis de partos en presentación pelviana en el Hospital de Clínicos de Porto Alegre. Rev Bras Ginecol 1996;18(3):225-30.
6. Silva F, Amadeu Ramos da: Parto en presentación pelviana: 25 años de asistencia. Rev Bras Ginecol 1996; 18(4):313-20.
7. Robertson PA, Toran CM, Croughm-Minihane MS, Kilpatrick SJ. Head entrapment and neonatal outcome by mode of delivery in breech deliveries from twenty four to twenty seven weeks of gestation. Am J Obstet Gynecol 1995;173(4):1171-6.
8. Spellacy N W. Point/counter point I.A viable fetus presenting as a breech in labor needs a caesarean delivery. Obstet Gynecol Surv 1995;50(11):761.
9. Cibils A. Point / counter point II. Management of full terms fetus presenting by the breech. Obstet Gynecol Surv 1995;50(11):762.

10. School P, Riethmuller D, Rabenja CD, Maillet R. ¿Es justificada la inducción del trabajo de parto en casos con cicatriz uterina, presentación pelviana y embarazos múltiples? *J Gynecol Obstet Reprod Biol* (París) 1995;24(Suppl.1):57-61.
11. Acien P. Presentación pelviana en España 1992, estudio colaborativo. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;62(1):19-24.
12. Mekbid TA. Breech delivery and fetal outcomes; a review of 291 cases. *Ethiop Med J* 1995;33(3):175-82.
13. Chauhm SP, Roberts A, Mc Laren RH, Roach H, Morrison JC, Martin JN Jr. Delivery of the nonvertex second twin; breech extraction versus external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(4):1015-20.
14. Cantu Esquivel MG, Benavides de la Garza L, Escobedo Lavaton JM, Benavides de Anda L. Versión cefálica externa (VCE) en presentación pélvica. *Ginecol Obstet Mex* 1996;64(10):474-6.
15. Pommier M. Valor de la versión cefálica externa en presentación podálica y embarazos a término, bajo el empleo de tocolíticos: una alternativa. *Rev Latinoam Perinatología* 1988;8(4):117-26.
16. Megory E, Ohel G, Fisher O, Ruach M. Mode of delivery following external cephalic version and induction of labor at term. *Am J Perinatol* 1995;12(6):484-6.
17. Chauhm SP, Magann EF, Nolf RW, Martin JM Jr, Morrison JC. Sonographic assessment of health weight among breech presentations. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995;6(1):54-7.
18. Johnson RH, Strong TH, Radin TG, Elliot JJ. Fetal acoustic stimulation as an adjunct to external cephalic version. *J Reprod Med USA* 1995; 40 (10):696-8.
19. Ray J, Gibson PJ, Hickok DE. A population based case-control study of risk factors for breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(1):28-32.

Recibido: 8 de octubre de 1999. Aprobado: 23 de enero del 2001.

Dr. *Jesús Hernández Cabrera*. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina", Matanzas, Cuba.