

Pelvimetría, ¿caso cerrado?

Pelvimetry: a closed case?

Alexis Corrales Gutiérrez

Especialista de II Grado. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular Obstetricia y Ginecología. Hospital universitario "Mariana Grajales". Universidad de Ciencias Médicas. Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

Wilhelm Conrad Röntgen (Lennep, 27 de marzo de 1845-10 de febrero de 1923) fue un físico alemán, de la Universidad de Würzburg, que el 8 de noviembre de 1895 produjo radiación electromagnética en las longitudes de onda correspondiente a los actualmente llamados Rayos X. Gracias a este descubrimiento recibió el primer Premio Nóbel de Física en el año 1901.¹

Muy poco tiempo después comenzó a utilizarse este estudio en el embarazo y pasados más de 60 años comenzaron los reportes del peligro que significaba para el feto y el futuro recién nacido el efecto de los rayos X. *Stewart* y otros, 1956 y *MacMahon*, 1962, informaron mayor incidencia de leucemias en niños que habían sido sometidos a radiaciones intraútero.^{2,3} Aún así ha continuado utilizándose, sobre todo en el trabajo de parto con el objetivo de medir los diámetros de la pelvis y valorar la posibilidad o no del parto transpélvico, ya sea en el diagnóstico de la disproporción cefalo-pélvica o permitir esa vía en las presentaciones pélvicas.

En el año 1985, *Parsons* y *Spellacy*⁴ en un estudio de los ensayos disponibles sobre pelvimetría con rayos X encontraron un incremento de los índices de cesárea pero ninguna ventaja en términos de reducción de la morbilidad neonatal.

Richards también en 1985 encontró un significativo aumento del índice de cesáreas en el grupo de mujeres sometidas a pelvimetría en el trabajo de parto y en 1996 la OMS clasificó a esta dentro de las prácticas utilizadas en el seguimiento del trabajo de parto, como categoría B que deben ser eliminadas por perjudiciales e ineficaces.^{5,6}

Una revisión Cochrane del año 2008 ⁷ sobre el uso de la pelvimetría en embarazos a término con presentación cefálica, concluyó que existe poco apoyo para el uso de rayos X para este estudio con el objeto de pronosticar la necesidad de una operación cesárea en mujeres con fetos con presentación cefálica y la práctica puede ser dañina para las madres, ya que aumenta significativamente el riesgo de ser sometida a cesárea, sin aumentar los beneficios para el feto o recién nacido.

Otra revisión Cochrane ⁸ del pasado año pero en este caso sobre la presentación pelviana concluye "que los estudios clínicos revisados indican que una política de cesárea programada, en comparación con el parto vaginal programado conforme al protocolo clínico para presentación podálica de feto único a término, se asocia con una disminución en la mortalidad perinatal o neonatal y/o la morbilidad neonatal aunque con un leve aumento en la morbilidad materna a corto plazo". Teniendo en cuenta esta conclusión y que los embarazos a término con presentación pelviana representan menos del 5 % del total, aun cuando se les practique cesárea a todas, no es el indicador que compromete la alta incidencia de esta intervención en la práctica obstétrica actual, por lo que no resultaría útil tampoco el uso de la pelvimetría.

La indicación de una pelvimetría en la presentación cefálica ha estado asociada a la detención del parto o cuando el avance de la dilatación es inferior a 1 cm por hora. No siempre se evalúan adecuadamente los aspectos de la clínica del parto, pues esta detención muchas veces es producto de una inadecuada dinámica uterina. La DCP se puede diagnosticar clínicamente por la falta de progreso del parto y una pelvimetría clínica interna asociada a la apreciación de signos llamados "de lucha" como son la presencia de una bolsa serosanguínea, el edema del cuello, hiperdinamia y si existen dificultades en el seguimiento del trabajo de parto, puede llegar a los signos de inminencia de rotura uterina. El uso del partograma ha sido preconizado por la OMS, pero no ha tenido una aceptación general aunque en los centros donde el trabajo de parto es atendido por personal no especializado puede ser de utilidad.

En las Guías de Práctica Clínica para la Cesárea del Hospital Ramón Sardá de Buenos Aires, Argentina se destaca que: "La pelvimetría no es útil para valorar una *falta de progreso* del trabajo de parto y no debe ser usada para tomar decisiones sobre el tipo de parto. El tamaño del zapato, la estatura materna y las estimaciones del tamaño fetal por ecografía no son predictores válidos de DCP y no tienen valor para el diagnóstico de *falla del progreso* del trabajo de parto". ⁹

En nuestra Maternidad desde hace 15 años (casi 100 000 nacimientos) no se indica la pelvimetría para el diagnóstico de DCP. Si se aprecian signos claros de desproporción, se indica la cesárea y ante la sospecha se da una prueba de trabajo de parto de 3 a 4 h, que puede ser apoyada por oxitocina con el lógico seguimiento del bienestar materno fetal. De esta conducta se desprende o el avance del parto, o confirmar el diagnóstico.

Este tipo de manejo no aumentó la indicación de cesárea por desproporción. Con el uso de pelvimetría el 18,1 % de estas tenían ese diagnóstico, sin embargo con el uso de la clínica disminuyó el mismo como veremos a continuación en datos tomados del Comité de Cesáreas de nuestro Centro: ¹⁰

A partir del año 1993 se dejó de indicar la pelvimetría y así tenemos que en el año 1996 las cesáreas por DCP eran un 12,3 %, en el año 2000 11,3 % y en el 2006 12,8 % lo que representa una importante disminución del porcentaje por esta causa.

Como señalamos al inicio, pasó más de medio siglo para que la comunidad médica descubriera los efectos nocivos de los rayos X. Hasta ahora no se ha reportado ningún tipo de efecto adverso con el uso del ultrasonido. Sin embargo su uso indiscriminado en mujeres de bajo riesgo ha incrementado las inducciones del parto y los índices de cesáreas.¹¹ No dudemos que con el decursar del tiempo aparezca algún estudio que señale alteraciones por su aplicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilhelm Conrad Röntgen. 2008. Consultado: 12 de febrero de 2009. Disponible en: <http://www.wikipedia.org>
2. Stewart A, Webb J, Giles D, Hewitt D. Malignant disease in childhood and diagnostic irradiation in utero. *Lancet*.1956;12:447.
3. MacMahon B. Prenatal X-ray exposure and childhood cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1962;28:1173-91.
4. Parsons MT, Spellacy WN. Prospective randomized study of X-ray pelvimetry in the primigravida. *Obstet Gynecol*. 1985;66:76-9.
5. Richards A, Strang A, Moodley J, Philpott H. Vaginal delivery following caesarean section- is X- ray pelvimetry a reliable predictor?. In: *Proceedings of 4th Conference on Priorities in Perinatal Care in South Africa*. South Africa: Natal; 1985. p. 62-5.
6. OMS. Uso de pelvimetrías mediante rayos X. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra; 1996.
7. Pattinson RC. Pelvimetría en las presentaciones cefálicas a término (Cochrane Review). *Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 3 ; 2008. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php?lang=es>
8. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Cesárea programada para parto en presentación podálica a término (Cochrane Review). *Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 3 ; 2008. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php?lang=es>
9. Guías para la Práctica Clínica. Operación cesárea. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/>
10. Indicaciones de la cesárea. Comité de Cesáreas. Años 1992-2006. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara.
11. Bricker L, Neilson JP, Dowswell T. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD001451.

Recibido: 13 de abril de 2009.
Aprobado: 29 de abril de 2009.

Dr. *C Alexis Corrales Gutiérrez*. Hospital universitario "Mariana Grajales".
Universidad de Ciencias Médicas. Santa Clara. Villa Clara, Cuba.
E-mail: acorrales@capiro.vcl.sld.cu