

ESTUDIO COMPARATIVO DEL PARTO PELVICO EN EL HOSPITAL MEXICO

Dr. HECTOR GARCIA BOLAÑOS (*)
Dr. ALVARO GUASCH CONEJO (*)

RESUMEN

Se revisan 326 casos de productos pélvicos en el Servicio de Obstetricia del Hospital México, durante los años 1979 y 1980, obteniendo una incidencia de 3 o/o de casos en la presentación pélvica.

Se revisan variables maternas importantes, muchas de las cuales se comparan con un estudio previo en el mismo Servicio, del año 1973.

Se expone la mortalidad perinatal global y corregida, según edad gestacional, peso y vía de parto, lo cual nos lleva a concluir que la decisión sobre la vía de parto por cesárea, debe ser muy liberal y se demuestra que así ha sido para obtener productos con adecuado desarrollo psicomotor.

SUMMARY

Medical records having breech presentation delivery were reviewed from January 1979 through December 1980. We had 326 singleton deliveries presented as breech, wich makes a 3 percent of all deliveries.

We reviewed the perinatal mortality and morbidity for weigh, gestational age and method of delivery. We found a corrected perinatal mortality of 7.7 o/oo for all breech presentation weighing more than 2500 gr. and less than 4500 gr., and decreed dramatically with vaginal delivery in those fetuses weighing less than 2500 gr., or more than 4500 gr. but avoided with cesarean section.

We do belief than cesarean section must be more liberally used in circumstances where complications can be anticipated by a diligent search for any risk in breech presentation and doing so perinatal mortality and morbidity can be reduced.

The rate of cesarean section in this study wass 65.64 o/o for all breech deliveries.

INTRODUCCION

A pesar de que el parto pélvico se considera eutócico para algunos autores, y su mecanismo de parto está bien establecido, sabemos que se caracteriza por dar lugar a distocias frecuentes, por lo consiguiente aumenta la morbimortalidad materno-fetal.

En la práctica obstétrica toda presentación pélvica representa un dilema para elegir la vía del parto.

Esta debe de tener una valoración amplia y una sólida experiencia del obstetra, pues vale cada caso en particular la decisión que se tome y la vía que se elija es de vital importancia para el binomio madre-feto.

Este ha sido uno de los temas más controversiales en la práctica obstétrica, ya que varios estudios han demostrado el incremento de la morbilidad neonatal precoz y tardía en los niños nacidos por parto vaginal, lo que ha llevado a un incremento de la vía del parto por cesárea.

Se efectuó una revisión en nuestro Servicio sobre el manejo en los últimos años de la presentación pélvica y se comparan los resultados con un estudio similar realizado en el año 1973 en nuestro Servicio.

MATERIAL Y METODOS

Se efectúa la revisión de 326 casos de presentación pélvica, durante los años 1979-1980.

* Servicio de Obstetricia, Hospital México, 1981.

Se excluyeron del presente trabajo productos menores de 500 gramos, así como productos de embarazos múltiples.

Durante este período se atendieron 10.853 partos, lo que representa una incidencia de 3.00 ‰.

Se analizaron los siguientes parámetros:

1. Edad.
2. Paridad.
3. Edad gestacional.
4. Control prenatal.
5. Complicaciones del embarazo.
6. Pélvicos anteriores.
7. Pelvigrafía.
8. Variedad de presentación.
9. Tipo de parto (método de resolución).
10. Tipo de anestesia.
11. Duración del trabajo de parto.
12. Causa de cesárea.
13. Peso del producto.
14. Apgar del producto al 1' y 5'.
15. Complicaciones del parto.
16. Morbimortalidad fetal.
17. Morbimortalidad materna.
18. Malformaciones congénitas.

Nota: La mayoría de los parámetros estudiados están comprendidos en el estudio previo de este mismo Servicio.

RESULTADOS

Edad (cuadro # 1). Encontramos que este parámetro no ha tenido variación importante, ya que 199 casos (61.3 ‰) tenían entre 20–29 años de edad y 38 casos (11.5 ‰) la edad fluctuó entre 15–19 años. En el estudio anterior la edad presentaba un 59.5 ‰ y 13.3 ‰, respectivamente.

Paridad (cuadro # 2). La frecuencia mostró franco predominio en la múltipara (54.9 ‰), siendo en la primípara un 36.19 ‰. Dichos porcentajes no han tenido variación entre un estudio y otro.

Control prenatal. Fue practicado en 298 casos (91.41 ‰) y sin control 21 casos (6.44 ‰) y hubo 7 (2.14 ‰) no consignados. En el estudio que comparamos se llevó control prenatal en 88 ‰ de los casos.

Edad gestacional (cuadro # 3). La mayoría de los casos, 285 (87.41 ‰) correspondió al grupo de 33–34 semanas, un 9.5 ‰ tenían menos de 28 semanas.

Complicaciones del embarazo. Se dio un 23 ‰ de complicaciones en el transcurso del embarazo, siendo las más frecuentes:

Hipertensión arterial inducida por el embarazo	4.6 ‰
Amenaza de parto pretérmino	3.98 ‰
Amenaza de aborto	3.37 ‰
Diabetes gestacional	2.45 ‰

Pélvicos anteriores. Sólo se encontró en 30 casos (9.2 ‰).

CUADRO N° 1
PARTO PELVICO: EDAD – 326 casos

Quinquenio	N° casos	%
15 – 19	38	11.65
20 – 24	103	31.59
25 – 29	96	29.44
30 – 34	55	16.87
35 – 39	23	7.05
40 – 44	8	2.45
45 o más	3	0.92
TOTAL:	326	100.0%

SERVICIO OBSTETRICIA, Hospital México.

CUADRO N° 2
PARTO PELVICO: PARIDAD – 326 casos

Paridad	N° casos	%
0	118	36.19
1 a 3	179	54.90
Más de 3	29	8.89
TOTAL:	326	100%

SERVICIO DE OBSTETRICIA, Hospital México.

CUADRO N° 3
PARTO PELVICO
EDAD GESTACIONAL: 326 CASOS

Semanas	N° casos	%
Menos de 27	8	2.45
28 – 32	23	7.05
33 – 36	34	10.42
37 – 42	251	76.99
Más de 42	10	3.06
TOTAL:	326	100%

SERVICIO DE OBSTETRICIA, Hospital México.

Pelvigrafía. Se practicó en 185 casos (56.74 ‰) de los casos. En el estudio anterior, un 75,5 ‰ de los casos tenían estudio radiológico.

Variedad de presentación. Sólo se consignó en 41 casos (12.56 ‰) y un 87.42 ‰ no se consignó la variedad. Siendo la más frecuente la variedad incompleta. En el estudio que comparamos, no se consignó en un 10.5 ‰, incompleta en 78 ‰ de los casos.

CUADRO N° 4
PARTO PELVICO: TIPO DE PARTO – 326 casos

Método de resolución	N° casos	%
Vaginal	112	34.35
Cesárea electiva	140	42.94
Cesárea intraparto	74	22.69
TOTAL:	326	100%

SERVICIO DE OBSTETRICIA-Hospital México.

CUADRO N° 5
PARTO PELVICO
DURACION TRABAJO DE PARTO: 186 casos

Duración (hrs.)	N° casos	%
8 o menos	164	88.17
8 a 12	14	7.52
12 a 16	5	2.68
No consignados	3	1.61
TOTAL:	186	100%

SERVICIO DE OBSTETRICIA, Hospital México.

CUADRO N° 6
PARTO PELVICO: CAUSA DE CESAREA – 214 casos

CESAREA ELECTIVA	N° casos	%
DCP absoluta	24	17.14
DCP relativa	28	20.00
Dos cesáreas anteriores	11	7.85
Cesárea anterior	27	19.28
Insuf. feto -placentaria	17	12.14
Distocia partes blandas con RPM	18	12.85
Primigesta tardía	4	2.85
Pre-eclampsia	5	3.57
P. previa	1	0.71
D.P. placenta	3	2.14
Herpes genital	1	0.71
Cirugía ginecológica previa	1	0.71
Prolapso de cordón	10	13.51
Distocia partes blandas con RPM	29	39.18
Placenta previa	3	4.05
No progreso de labor	16	21.62
Sufrimiento fetal	14	18.91
Cesárea anterior en labor	2	2.70
TOTAL:	74	100%

SERVICIO DE OBSTETRICIA, Hospital México.

Tipo de parto (Método de resolución). Se practicó cesárea en 214 casos (65.63 0/o) de las cuales 42.94 0/o fueron electivas y 22.69 0/o cesáreas intraparto. Fueron atendidos por vía vaginal 112 casos, (34.35 0/o). Con respecto al anterior estudio, el parto vaginal se efectuó en 176 pacientes (88 0/o) y el parto por cesárea fue de 12 0/o.

Tipo de anestesia. En 61 casos (18.71 0/o) la anestesia fue practicada por el obstetra (bloqueo de pudendos) y el resto fue practicada por el médico anestesista. En el estudio anterior, el 31.5 0/o de los casos la anestesia fue practicada por el obstetra, lo que guarda relación con el porcentaje mayor de partos vaginales.

Duración del trabajo de parto. De 8 horas o menos correspondió a 164 casos (88.17 0/o) y 19 casos una labor mayor de 8 horas, (10.2 0/o). Se tomó la duración del trabajo de parto en el parto vaginal y cesárea intraparto, que correspondió a 186 casos (57.05 0/o). Comparativamente en el estudio anterior se dio un 51.5 0/o una labor de parto de 8 horas o menos, lo cual corresponde con alto porcentaje de la vía vaginal, lo que incrementó la duración del trabajo de parto.

Causa de cesárea. (Cuadro #6).

Peso de producto. La distribución de los 326 casos fue como sigue:

Peso	No.	0/o
500- 999	14	4.29
1000-1499	15	4.60
1500-1999	16	4.90
2000-2499	23	7.05
2500-2999	91	27.91
3000-3499	102	31.28
3500-3999	52	15.95
4000-4499	11	3.37
Más de 4500	2	0.61
Total:	326	100.0 0/o

En 258 casos el peso del producto fue superior a 2.500 gramos, (79.14 0/o, el resto fue de pretérmino por peso. No varió prácticamente respecto al estudio anterior, en donde el 79.5 0/o de los productos pesaron más de 2.500 gramos.

Paridad y método de parto. (Cuadro #7). Para las primíparas, la vía de parto fue por cesárea en un 83.89 0/o, de los cuales 59 casos (50 0/o) fue cesárea electiva y en 40 casos (33.89 0/o) fue cesárea intraparto. En el caso de las multíparas, la vía de parto más frecuente en el estudio fue la vaginal, con 79 casos (44.13 0/o), como también lo fue en el grupo de las grandes multíparas: 48.27 0/o.

Tipo de parto y correlación de Apgar (Cuadro #8). Encontramos los puntajes más bajos en los partos vaginales, tanto al minuto como a los cinco minutos, mientras que puntajes arriba de 7, se ven en mayor porcentaje en los productos por cesárea electiva.

Complicaciones del parto. Sólo se describen dos casos en que hubo retención de cabeza última, que fue resuelto con aplicación de fórceps Piper, maniobra que fue dificultosa.

CUADRO N° 7
PARTO PELVICO: PARIDAD Y METODO DE PARTO – 326 casos

PARIDAD	TIPO DE PARTO							
	VAGINAL		CESAREA				TOTAL	
	Nº	%	ELECTIVA		INTRAPARTO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 ...	19	16.10	59	50	40	33.89	118	100
1 a 3 ...	79	44.13	71	39.66	29	16.20	179	100
+ de 3 ...	14	48.27	10	34.48	5	17.24	29	100

SERVICIO DE OBSTETRICIA, Hospital México.

CUADRO N° 8
PARTO PELVICO: TIPO DE PARTO Y CORRELACION DE APGAR, 286 casos

TIPO DE PARTO	PUNTAJE DE APGAR										
	AL MINUTO				A LOS 5 MINUTOS				TOTAL		
	= 0 – de 7		más de 7		= 0 – de 7		más de 7				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
VAGINAL ...	46	16.08	44	15.38	17	5.94	73	25.52	90	31.46	
CES. ELECTIVA ...	28	9.79	106	37.06	14	4.89	120	41.95	134	46.85	
CES. INTRAPARTO ...	19	6.64	43	15.03	9	3.14	53	18.53	62	21.67	
									TOTAL:	286	100.0%

SERVICIO DE OBSTETRICIA, Hospital México.

CUADRO N° 9
PARTO PELVICO:
EDAD EMBARAZO Y MORTALIDAD PERINATAL, 326 CASOS

SEM. GESTAC.	Casos	MORTALIDAD PERINATAL					
		GLOBAL			CORREGIDA		
		Nº	%	o/oo	Nº	%	o/oo
Menos 27	8	6	75	750	4	50	500
28–32	23	14	60.86	608.6	4	8.69	86.9
33–36	34	8	23.52	235.2	1	2.94	29.4
37–42	251	4	1.59	15.9	2	0.79	7.9
Más de 42	10	–	–	–	–	–	–
TOTAL:	326	32	9.81	98.1	11	3.34	33.4

SERVICIO DE OBSTETRICIA, Hospital México.

CUADRO N° 10
PARTO PELVICO:
MORTALIDAD PERINATAL Y VIA DE PARTO: 326 CASOS

TIPO PARTO	MORTALIDAD PERINATAL						
	Casos	GLOBAL			CORREGIDA		
		N°	%	o/oo	N°	%	o/oo
VAGINAL	112	23	20.53	205.3	8	7.14	71.4
CESAREA ELECTIVA	140	5	3.57	35.7	1	0.71	7.1
CES. INTRAPARTO	74	4	5.40	54	2	2.70	27.0
TOTAL:	326	32	9.81	98.1	11	3.37	33.7

SERVICIO OBSTETRICIA, Hospital México.

En otro caso la paciente hizo una broncoaspiración, complicándose posteriormente con una bronconeumonía.

Morbimortalidad materna. Encontramos básicamente la morbilidad propia de la cesárea, teniendo 5 casos (6.75 o/o) de endometritis post-cesárea intraparto y sólo un caso con endometritis post-cesárea electiva (0.71 o/o). También hubo 4 casos que se complicaron con absceso de pared. En la vía vaginal, además del caso de la paciente que presentó bronconeumonía por aspiración, hubo 2 casos de endometritis y uno de dehiscencia de la episiorrafia. No hubo muertes maternas.

Mortalidad perinatal. Respecto a la edad de embarazo (cuadro # 9), se observa, como era de esperar, la mayor incidencia en productos entre las 27 y 32 semanas de gestación, teniéndose una mortalidad perinatal corregida total de 33.4 o/oo nacidos vivos mayores de 500 gramos. Los productos entre las 37 y 42 semanas, se encontró una mortalidad perinatal del 7.9 o/oo.

Vía de parto (cuadro # 10). Encontramos una mortalidad perinatal corregida de 71.4 o/oo para la vía vaginal y de sólo un 7.1 o/oo para la cesárea electiva.

Malformaciones congénitas. La más frecuente encontrada fue la luxación congénita de cadera en 9 casos (2.76 o/o) además se documentan malformaciones congénitas múltiples (síndrome dismorfológico en 5 casos, 1.53 o/o) y otras como mielomeningocele, hidrocefalia y enanismo acondroplásico. En general, se encontraron 23 casos de malformaciones congénitas (7.05 o/o).

CONCLUSIONES

La incidencia obtenida en el presente estudio, fue de 3.00 o/o de casos en la presentación pélvica, lo que está de acuerdo con la mayoría de los autores, donde la incidencia varía entre 2 y 5 o/o (1, 2, 7, 9, 10). Hubo un franco predominio de esta presentación en la tercera década de la vida (61.03 o/o) y la mayoría de las mujeres eran de baja paridad (1 a 3) y primíparas: 54.90 o/o y 36.19 o/o, respectivamente, para un total de 91.09 o/o en este grupo. Cifras que no guardan relación con la multiparidad, como factor

causal de la presentación pélvica.

Observamos que el 76.99 o/o de los productos fueron de término, entre 37 y 42 semanas de gestación y entre las 32 y 36 semanas, sólo presentó el 10.42 o/o de los casos.

Por edad gestacional se tuvo 65 productos de pretérmino (menores de 37 semanas), de los cuales 32 (49.2 o/o) se atendieron vía vaginal y los restantes 33 por cesárea. En general, el Servicio tiene como norma hacer cesárea en pélvicos menores de 36 semanas, pero casos donde la labor de parto se encuentra muy avanzada, no se precipita una intervención quirúrgica y éstos se atienden vía vaginal. También aquellos casos limítrofes (36-37 semanas), que llevan una labor de parto sin problemas, se atienden vía vaginal.

La razón de lo anterior es la alta morbimortalidad del pélvico de pretérmino que se le da vía vaginal (1, 2, 4, 6, 9, 11). Aún cuando no existan contraindicaciones para el parto vaginal, el pélvico de pretérmino debe operarse sin más razón que su prematuridad.

El peso de los productos que tuvo franco predominio fueron aquéllos arriba de 2.500 gramos, que representaron el 79.15 o/o de los 326 casos. Aunque los productos menores de 2.500 gramos y de 32 a 36 semanas de gestación representa un porcentaje bajo, es el grupo de más alta mortalidad perinatal, encontrando que los productos entre 32 y 36 semanas tienen una mortalidad perinatal corregida de 29.4 o/oo, mientras que los productos entre 37 y 42 semanas fue de 7.9 o/oo. (Cuadro # 11).

Respecto al peso se repite el mismo fenómeno, encontrando que los productos menores de 2.500 gramos, la mortalidad perinatal corregida fue de 130.4 o/oo y de peso superior a 2.500 gramos fue de 7.7 o/oo. Si comparamos estas cifras con las tasas de mortalidad perinatal general en el Servicio, que fueron de 15.35 o/oo y de 7.4 o/oo, respectivamente, vemos la gran mortalidad que se da en el pélvico menor de 2.500 gramos, mientras que para el pélvico mayor de 2.500 gramos es similar. Debe mencionarse que los grupos de más alta mortalidad prenatal corregida en este estudio, corresponden a aquellos con peso de 500 a 1.000 gramos: 357.1 o/oo y los de peso superior a 4500 gramos: 500 o/oo. Tanto las tasas de mortalidad perinatal según peso y edad

CUADRO N° 11
PARTO PELVICO:
MORTALIDAD PERINATAL Y PESO – 326 CASOS

Peso	Casos	MORTALIDAD PERINATAL					
		GLOBAL			CORREGIDA		
		Nº	%	o/oo	Nº	%	o/oo
500 – 999	14	11	78.57	758.7	5	35.71	357.1
1000 – 1499	15	8	53.33	533.3	2	13.33	133.3
1500 – 1999	16	4	25.0	250	1	6.25	62.5
2000 – 2499	23	4	17.39	173.9	1	4.34	43.4
2500 – 2999	91	2	2.19	21.9	1	1.09	10.9
3000 – 3499	102	1	0.98	9.8	0	–	–
3500 – 3999	52	1	1.92	19.2	0	–	–
4000 – 4499	11	0	0	0	–	–	–
+ de 4500	2	1	50	500	1	50	500
TOTAL:	326	32	9.81	98.1	11	3.34	33.4

SERVICIO OBSTETRICIA, Hospital México.

gestacional resultantes de este estudio, coinciden con los reportados por la mayoría de autores consultados (1, 2, 4, 5, 6, 9, 11).

Es interesante mencionar un hecho observado en otros trabajos similares (2, 3, 5, 6, 9, 11), cual es la diferencia de la mortalidad perinatal corregida respecto a la vía de parto que se dio a las diferentes presentaciones pélvicas, sin importar peso ni edad gestacional, donde vemos que la vía vaginal tuvo una mortalidad de 71.4 ‰, la cesárea intraparto de 27 ‰ y la cesárea electiva de sólo un 7.1 ‰, la diferencia entre las dos últimas cifras es fácil explicarla, ya que la cesárea intraparto se lleva a cabo para resolver situaciones de emergencia, en un parto donde mantener la vía vaginal significa un riesgo elevado para el producto.

Todas estas observaciones han llevado a un consenso en que la mejor vía para resolver un parto en presentación pélvica, que tenga algún factor de riesgo para el feto, sea la cesárea electiva, ya que todo acto que no se lleve a cabo con precisión, redundará en el futuro biológico del producto.

La corriente actual es ser liberal respecto a terminar un embarazo por cesárea (1, 4, 6, 9) y ello lo vemos si comparamos los índices de cesáreas entre el presente estudio (65.64 ‰) y su antecesor que fue de 12 ‰ (3). Este mismo fenómeno de aumento de la incidencia cesárea, se dio en el grupo de Pritchard, donde en 1956 reportan una incidencia de cesárea de 19.7 ‰ y en el año 1980 de 75 ‰ (9).

Es importante tomar en cuenta que las escuelas que tienen como rutina operar todos los pélvicos, no muestran cifras significativamente superiores (1, 4), que aquéllas don-

de la vía vaginal es valorada minuciosamente, para asegurar un parto vaginal exitoso y una observación estricta en el avance de la labor de parto, documentado por borramiento, dilatación y descenso de la presentación.

BIBLIOGRAFIA

- Brenner, W.E.: Breech presentation. Clin. Obst. and Gynec., 1978, 21, : 511.
- Graves, W.K.: Breech delivery in twenty years of practice. Am. J. Obst. Gynec., 1980, 137, : 229.
- Guash, A.; Aranda, C.: Parto pélvico. Servicio de Obstetricia, Hospital México. 1973. (No publicado).
- Hobel, C. J.: Special considerations in the management of preterm labor. Clin. Obst. and Gynec., 1980, 23, : 159.
- Lewis, B.V.: Vaginal breech delivery or cesarian section, Am. J. Obst. & Gynec., 1979, 134, : 615.
- Mann, L. I.: Modern management of the breech delivery. Am. J. Obst. Gynecol., 1979, 134: 511.
- Mora, C.: Partos Pélvicos. Rev. Médica de C.R., 1979, 46, : 103.
- Perlasa, E., et al: Presentación pélvica y trabajo de parto Ginec. Obst. Mex., 1974, 35, : 535.
- Pritchard, J. A.: McDonald, P.C.: William's Obstetrics. Appleton-Century-Crofts, New York, 1980, pp. 797.
- Schwancz, R., et al: Obstetricia. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina, 1973, pp. 269.
- Torres, C.A.: Morbilidad y mortalidad neonatal precoz en niños nacidos de parto pélvico. Servicio Neonatología Hospital México. (No publicado).