

La Desproporción Feto-Materna en la Presentación Pélvica

Por
Dr. Gonzalo Rodríguez Montero* Dr. José J. Chaves Quesada**
Dr. Carlos D. Bonilla Campos***

Segunda Parte

CUADRO DECIMOCUARTO

DURACION DEL PRIMERO Y SEGUNDO PERIODOS DEL PARTO

PRIMER PERIODO		
Sin D.C.P.		Con D.C.P.
— 4 horas	12.35 %	10.13 %
5-8 "	47.82 %	30.73 %
9-12 horas	21.01 %	4.34 %
13-16 "	8.69 %	2.09 %
+ 16 "	1.44 %	1.44 %
<i>Sin primer periodo</i>	2.17 %	50.13 %
<i>Ignorado</i>	6.52 %	1.44 %
SEGUNDO PERIODO		
Sin D.C.P.		Con D.C.P.
0-30 minutos	83.64 %	17.53 %
31-60 "	11.02 %	1.44 %
+ 60 "	2.36 %	0.00 %
<i>Sin segundo periodo</i>	2.98 %	81.03 %

COMENTARIOS:

El más alto porcentaje de duración del primer período, se encuentra entre cinco y ocho horas, tanto en los casos que presentaron D.P.C., como en aquellos libres de ella, lo que corresponde a un parto dentro de los límites normales.

* Asistente de Obstetricia, Instituto Materno-Infantil Carit.
** Jefe de Servicio I.M.I.C.
*** Residente I.M.I.C.

Encontramos un 50.13 % de casos sin primer período, correspondientes a aquellos portadores de D.C.P., y que se resolvieron mediante una cesárea electiva.

El segundo período nunca fue mayor de 30', tanto en casos con D.C.P., como en aquellos que no la presentaron. Siendo el porcentaje para los primeros del 17.53 % y para los segundos, del 86.77 %.

CUADRO DECIMOQUINTO

MEDICACION

	Sin D.C.P.	Con D.C.P.
<i>Ocitocina</i>		
inducción	2.23 %	0.00 %
conducción	21.64 %	7.04 %
<i>Demerol</i>	14.92 %	7.04 %
<i>Liranol</i>	5.97 %	0.00 %
<i>Infiltración parametrios</i>	1.49 %	0.00 %
<i>Raquianestesia</i>	65.68 %	92.95 %
<i>Anestesia general</i>	14.17 %	4.22 %
<i>Veritol</i>	1.49 %	1.40 %
<i>Oxígeno</i>	1.49 %	1.40 %

COMENTARIOS:

En el análisis del presente cuadro, nos llama la atención el uso de ocitocina en algunos casos de D.C.P. (7.04 %). Definitivamente son casos que debieron ser bien evaluados, ya que somos convencidos partidarios de la Cesárea electiva en todo caso de Desproporción Céfalo Pélvica en pacientes con producto en presentación pélvica.

Nótese también el uso generoso de la anestesia raquídea, pues creemos es la anestesia ideal, para la resolución de todo tipo de parto en presentación pélvica, sea por vía vaginal o bien mediante operación cesárea.

CUADRO DECIMOSEXTO

RESOLUCION DEL PARTO

	Sin D.C.P.	Con D.C.P.
Cesárea	2.98 %	81.69 %
Espontáneos	2.23 %	0.00 %
Asistidos	44.78 %	10.46 %

Extracción	28.35 %	5.04 %
Gran Extracción	15.70 %	0.00 %
Fórceps Piper	4.47 %	2.81 %
Histerectomía	1.049 %	0.00 %

COMENTARIOS:

Se comprueba nuestra forma de pensar en cuanto a los casos con D.C.P., al analizar este cuadro, ya que creemos son tributarios de operación cesárea. Los casos similares que fueron resueltos por vía vaginal, casi corresponden en su totalidad a pacientes que ingresaron en período expulsivo, o que inicialmente se pensó en fetos pequeños, y que al verificar la céfalo-pelvigrafía retrospectiva, se puso en evidencia la existencia de una D.C.P.

En el análisis encontramos casos de cesáreas practicadas en no portadoras de D.C.P., estos corresponden a situaciones especiales que acompañan a este tipo de presentación, trátase de prolapsos de cordón, hiperdinamia sostenida, ruptura prematura de membranas practicadas en cuellos verdes.

El gran porcentaje de casos sin D.C.P., 47.01 % corresponde a partos espontáneos o asistidos, en que la intervención obstétrica fue mínima, y simplemente encaminada a que la resolución del parto siguiera el mecanismo normal del mismo. Creemos que esta conducta, bastante conservadora, es ideal en el parto podálico sin D.C.P.

CUADRO DECIMOSETIMO

MEDIDAS DEL PERIMETRO CEFALICO

Sin D.C.P.		Con D.C.P.	
32 centímetros	20.78 %	5.72 %	
		40.82 %	10.02 %
33 "	20.40 %	4.30 %	
34 "	23.50 %	19.58 %	
35 "	18.65 %	49.12 %	72.47 %
36 "	8.97 %	28.59 %	
37 "	8.06 %	13.05 %	
			17.51 %
38 "	0.00 %	4.46 %	

COMENTARIOS:

Como es lógico, cuando los perímetros cefálicos variaron entre 32 y 33 cm., la incidencia de D.C.P., fue mínima, dando una relación del

40.82 % sin D.C.P., contra 10.22 % con D.C.P. Entre 34 y 36 cm., los porcentajes aumentaron sensiblemente, dándonos un 72.47 % con D.C.P., contra un 49.12 % sin D.C.P. Con perímetros de 37 y 38 cm., la D.C.P. se presentó en el 17.51 % contra un 8.06 % sin D.C.P.

Debemos pues ser muy cuidadosos en la evaluación del tamaño de la cabeza fetal para la decisión de la vía ideal en la resolución del parto, ya que existen casos en que productos cuyo perímetro cefálico fue de 32 y 33 cm., presentaron D.C.P., de origen materno.

CUADRO DECIMO OCTAVO

PESO FETAL

	Sin D.C.P.		Con D.C.P.
— de 2500 gramos		9.65 %	7.04 %
2501-3000 "		36.56 %	29.57 %
3001-3500 "		36.56 %	42.25 %
3501-4000 "		14.92 %	16.90 %
4001-4500 "		2.21 %	1.40 %
+ de 4500 "		0.00 %	2.84 %

COMENTARIOS:

Llama la atención en este cuadro, el hecho de que productos con peso menor de 2500gr presentaron en ocasiones D.C.P. No debemos pues, confiarnos del tamaño fetal en la presentación pélvica. Nótese que tenemos el 7.04 % de casos con D.C.P., contra un 9.65 % sin ella. Esto es llamativo definitivamente y debe de tomarse muy en cuenta para así evitar incurrir en errores, máxime si recordamos que el producto pequeño es muy frágil, y por lo tanto, cualquier tipo de intervención difícil en su ejecución le traumatizaría indefectiblemente

Debemos considerar también los fetos con pesos que no llegar al promedio, en nuestro país que es el de 3140 gramos, y que también nos presentan cifras semejantes de 36.56 % sin D.C.P., contra 29.57 % con D.C.P.

CUADRO DECIMO NOVENO

	Sin D.C.P.		Con D.C.P.
— de 44 centímetros		1.49 %	2.87 %
44		2.98 %	1.42 %
45		2.98 %	2.87 %

46	5.96 %	2.87 %	
		43.13 %	42.93 %
47	7.46 %	8.60 %	
48	8.20 %	8.60 %	
49	14.16 %	15.70 %	
50	28.20 %	25.70 %	
51	13.22 %	7.18 %	
		54.64 %	46.90 %
52	8.00 %	11.84 %	
53	5.22 %	5.18 %	
54	2.23 %	4.70 %	
		2.23 %	7.17 %
+ de 54	0.00 %	2.87 %	

TALLA FETAL

COMENTARIOS:

La talla fetal no nos da luz alguna sobre la existencia de D.C.P. Nótese que las cifras son para-iguales, en fetos con tallas menores de 49 cm. (42.43 % con D.C.P. contra el 43.13 % sin ella).

En cambio, similar a lo que sucede en los perímetros cefálicos, los fetos con mayores tallas, aumentan la D.C.P. Encontramos un porcentaje del 7.17 % con D.C.P., contra un 2.23 % sin D.C.P., en fetos con tallas de 54 o más centímetros.

CUADRO VEINTIAVO

COMPLICACIONES INTRAPARTO

	Sin D.C.P.	Con D.C.P.
Prolapso de cordón	8.14 %	2.87 %
Sufrimiento fetal	5.96 %	7.18 %
Hiperdinamia	2.98 %	4.30 %
Hemorragia intraparto	3.23 %	0.00 %
Desprendimiento placentario	1.49 %	0.00 %
Rup. premat. membranas	5.22 %	2.23 %
Parto prolongado	2.82 %	1.42 %
Infección post partum	2.23 %	7.18 %
Retención placentaria	3.72 %	1.42 %
Prolapso de brazo	0.00 %	1.42 %
Retención cabeza última	0.74 %	7.18 %
Retención de hombros	0.74 %	0.00 %
Normal	62.70 %	64.80 %

COMENTARIOS:

En el análisis del presente cuadro encontramos como hechos de importancia los siguientes:

a) *Prolapso de cordón:*

Este accidente se presentó en el 8.14 % que no presentaron D.C.P., y en el 2.87 % de las portadoras de D.C.P. Evidentemente este hecho llama la atención a primera vista, pero no debemos olvidar, que somos partidarios de la cesárea electiva en toda gestación con D.C.P., y con presentación pélvica. Sin embargo, a pesar de la no existencia de D.C.P., es esta complicación muy digna de tomarse en cuenta, sobre todo en pélvicos cuya variedad fue la *completa* o bien *incompleta de pies*. Lo cual explica por si mismo, el peligro de este accidente, al no haber un polo completo que llene el estrecho superior en forma total, dejando espacio y condicionando de esta manera, procubitos o prolapsos del cordón umbilical.

b) *Sufrimiento fetal:*

El mismo se presentó en igual porcentaje en los casos con D.C.P. Siendo para los primeros, el 7.18 % y para los segundos el 5.96 %.

c) *Trastornos de la contractilidad uterina:*

El trastorno de la contractilidad uterina que presentó mayor frecuencia fue la hiperdinamia. Con un porcentaje del 4.30 % para las portadoras de D.C.P., contra un 2.98 % sin D.C.P.

d) *Retención de cabeza última:*

Es este sin duda, el más grave de todos los hechos aquí analizados. El mismo se presentó en un 7.18% en pacientes portadoras de D.C.P., y en un 0.74 % en aquellas que no fueron portadoras de la misma (D.C.P.). Esto es concluyente, pues el pequeñísimo porcentaje que se presentó en las sin D.C.P., fue sufrido por pacientes a las cuales por causas diversas, fue necesario practicarles maniobras vaginales en forma prematura o intempestiva, con cuellos no del todo completamente borrados y dilatados, obligados por la emergencia que nos impuso el producto (sufrimiento fetal agudo, prolapso de cordón, etc.).

CUADRO VEINTIUNAVO

MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL

Sin D.C.P.		Con D.C.P.
Ruptura uterina	2.98 %	0.00 %
Desgarro de cérvix	23.12 %	5.75 %
Desgarro vagino-perineal	5.22 %	1.42 %
Traumatismo uretro-vesical	0.74 %	1.42 %
Hemorragia intracraneana	2.98 %	1.42 %
Traumat. plexo braqueal	0.00 %	7.18 %
Traumatismo óseo	1.49 %	1.42 %
Muerte fetal	3.72 %	0.00 %
Muerte materna	0.74 %	0.00 %
Hemorragia post partum	6.70 %	4.30 %
Cianosis fetal	4.48 %	4.18 %
Eventración	0.00 %	1.42 %
Normal	47.83 %	68.50 %

COMENTARIOS:

Al analizar detenidamente este cuadro, encontramos que en forma evidente el parto pélvico debe ser manejado en condiciones óptimas locales y generales, quiere esto decir, un cuello totalmente borrado y dilatado, anestesia regional, feto en buenas condiciones, con estudio radiopelviográfico previo y en un medio adecuado. Teniendo a mano los recursos que en caso de emergencia imprevista, puedan auxiliar en forma positiva a nuestra paciente y su producto. Es obvio repetir que se debe actuar sobre gestantes que no presenten ningún tipo de D.C.P.

Al no cumplirse en su integridad las condiciones anteriormente expuestas, nos vemos abocados a problemas y complicaciones que en esencia perjudican tanto a la madre como al producto, y cuyos porcentos analizaremos de inmediato:

a) *Ruptura uterina:*

Se presentó este accidente en pacientes no portadoras de D.C.P., en un porcentaje del 2.98 % contra un 0.00 % de pacientes portadoras de la misma.

b) *Desgarro cervical:*

Se presentó el mismo, en el 23.12 % sin D.C.P., contra el 5.74 % con D.C.P.

c) *Desgarro vagino-perineal:*

Los porcentos fueron de 5.22 % para las sin D.C.P., contra el 42.00 % para las portadoras de D.C.P. Llamamos la atención sobre

la necesidad casi absoluta de practicar una episiotomía amplia en forma rutinaria, al abocarnos a la resolución de un parto pélvico, sin importarnos la paridad de la gestante.

d) *Traumatismo del plexo braquial:*

Se presentó este accidente fetal en un 7.18 % con D.C.P., contra un 0.00 % para pacientes sin D.C.P.

e) *Cianosis fetal:* 7.18% para pacientes con D.C.P., contra el 4.48% sin D.C.P.

Después de analizar detenidamente esta serie de accidentes presentados ante ustedes, nos aferramos a la idea definitiva, de que cuando las condiciones de relación feto-pélvicas no son óptimas, el parto pélvico deberá ser resuelto por una operación cesárea electiva.

RESUMEN

- 1) Se revisan 205 expedientes de partos pélvicos atendidos en el I.M.I.C., durante un plazo de dos y medio años.
- 2) El número total de partos atendidos en el I.M.I.C., durante ese plazo fue de 10.058, lo que nos da un porcentaje del 2.03 % correspondiente a la presentación pélvica.
- 3) La D.C.P. (desproporción céfalo-pélvica) representó el 34.63 % del lote estudiado (71 pacientes).
- 4) En nulíparas, el porcentaje de D.C.P., y no D.C.P., fue semejante. Correspondiente el 33.8 % para la D.C.P. y el 31 % para la no D.C.P. A partir de la cuarta gestación, el porcentaje fue del 39.52 % sin D.C.P., y el 25.35 % con D.C.P.
- 5) Se presentaron a la Institución período expulsivo (2º período) el 9 % de las gestaciones portadoras de D.C.P., y el 2.8 % sin D.C.P.
- 6) El diagnóstico de la variedad de presentación en consulta prenatal fue difícil y las cifras certeza fueron similares en Consulta Externa e intraparto.
- 7) La variedad de presentación más frecuente fue la INCOMPLETA y en fetos en situación transversa, la D.C.P., se presentó en un 5.65 % contra el 1.49 % sin D.C.P.
- 8) La multiparidad fue causa probable de la presentación pelviana en un 55.3 % de los casos, entre los mismos el 38 % con D.C.P., y el 17.38 % sin D.C.P.

La D.C.P., fue responsable de la presentación pélvica en un 68.60 % de los casos.

- 9) Se encontró un 27 % de pacientes con historia de cesárea anterior y D.C.P., actual contra un 1.6 % con igual historia y sin D.C.P., actual.

Un 8.36 % de pacientes con historia de partos distócicos anteriores fue portador de D.C.P., actual contra un 2.23 % sin D.C.P.

- 10) El mayor porcentaje de D.C.P., en partos pélvicos fue a nivel del estrecho medio con un total del 62.29 %.
- 11) No hubo primer período del parto en el 50.13 % de las pacientes debido a que su parto se resolvió por una operación cesárea ya que las mismas fueron portadoras de D.C.P.
- 12) La anestesia de preferencia fue la raquídea en un porcentaje muy elevado de los casos tanto portadores de D.C.P., como asimismo para la resolución del parto pélvico por vía vaginal en pacientes no portadoras de D.C.P.
- 13) El parto se resolvió mediante la operación cesárea en un porcentaje del 81.69 % en pacientes portadoras de D.C.P., y en el 2.98 % sin D.C.P.

Partos espontáneos o asistidos, en un porcentaje del 47.01 % sin D.C.P.

- 14) Con perímetros cefálicos de 32 a 33 cm., se presentó D.C.P., en un 10.02 % y con perímetros de 37 y 38 cm., un 17.5 % de desproporción
- 15) Fetos menores de 2500 gramos presentaron el 7.04 % de D.C.P.
- 16) Fetos menores de 44 cm., de talla, presentaron D.C.P., en un 2.87 %.
- 17) Se presentó retención de cabeza última en un 7.18 % con D.C.P.
- 18) El porcentaje de traumatismo del plexo braquial fue del 7.18 % en pacientes portadoras de D.C.P.

CONCLUSIONES

Después de valorar detenidamente el estudio realizado, podemos concluir:

- 1) Que la presentación pélvica se presenta en gestantes de todas las edades.
 - 2) Que en primigestas el porcentaje de D.C.P., y no D.C.P., fue similar.
 - 3) Que el índice de D.C.P., disminuye conforme aumenta la paridad, sin que lo anterior descarte la posibilidad de que exista D.C.P., en una multipara.
-

- 4) La D.C.P., aumenta a partir de la semana 37, y alcanza el máximo a nivel de las 39 y 40 semanas.
 - 5) Debe de instruirse a la gestante en Consultas Prenatales sobre la variedad anormal de presentación de su producto, con el fin de que ingrese a un medio hospitalario durante su pre-parto.
 - 6) Deben extremarse los cuidados en Consultas Prenatales, para así evitar errores de diagnóstico.
 - 7) La variedad *incompleta* es la más frecuente. No olvidar que la situación fetal transversa, responde en un 5 a 1, a Desproporción Céfalo-pélvica.
 - 8) Se debe pensar ante la presencia de una presentación pélvica, en la posibilidad de la existencia de una D.C.P., hasta que no se pruebe lo contrario.
 - 9) Debe de valorarse cuidadosamente toda aquella gestante portadora de un producto en presentación pélvica, la cual tenga en su historia obstétrica, partos distócicos anteriores, o bien una cesárea. Es muy alta la incidencia de D.C.P., encontrada en estos casos.
 - 10) El único medio de valorar la D.C.P., en la presentación pelviana, es la Radio-céfalo-pelviografía mediante el método utilizado en el I.M.I.C., anotando la proporción *Feto-Pelvis en ambos estrechos*.
 - 11) La *D.C.P.R. - EM*, es la más frecuente en nuestro estudio, por lo cual deberá ser valorada con toda certeza.
 - 12) Está indicada la amniorrexis en casos sin D.C.P., entre los 4 y 6 cm., de dilatación cervical. Si se comprueba la existencia de D.C.P., no debe ser practicada.
 - 13) Todo parto en presentación pélvica, debe ser resuelto bajo los efectos de la raquianestesia.
 - 14) Todo parto en presentación pelviana sin D.C.P., debe dejarse evolucionar en la forma espontánea y menos intervencionista.
 - 15) Perímetros cefálicos reducidos, no descartan la posibilidad de una D.C.P.
 - 17) Fetos de poca talla (— de 44 centímetros), no descartan la posibilidad de una D.C.P.
 - 18) Para abordar la resolución de un parto pélvico por vía vaginal, deben guardarse los siguientes requisitos:
 - a) No D.C.P.
 - b) Anestesia raquídea.
 - c) Personal médico entrenado.
 - d) Dilatación y borramiento completos de nivel cervical.
 - e) Un medio hospitalario.
 - 19) Todo parto en presentación pelviana con D.C.P., debe ser resuelto mediante operación cesárea.
 - 20) *El Índice Céfalo-pélvico*, ideado, propiciado y practicado por el personal médico del I.M.I.C., es un buen auxiliar y el método ideal para la valoración radiológica feto-materna, en toda paciente portadora de un producto en presentación pélvica.
-