

ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL PARTO PELVICO POR VIA VAGINAL VRS. CESAREA SU REPERCUSION SOBRE LA MORBIMORTALIDAD FETAL

Ana Rosa Cordero F. * Adolfo Broutin P. **

INTRODUCCION:

El manejo del parto pélvico en nuestros días, sigue siendo un tema controversial⁶⁻¹⁰⁻¹³⁻²¹. De las presentaciones anormales, la de nalgas es la más frecuente, con las siguientes incidencias¹³:

- 3 - 4% si es de término
- 17% entre 28-38 semanas
- 40% si es menos de 28 semanas.

La mortalidad perinatal global que conlleva la presentación pélvica varía de 9 a 25%⁵⁻¹³. El deseo de asegurar un buen desarrollo perinatal, ha conducido a muchos obstetras a realizar más y más cesáreas, en las presentaciones de nalgas. Debido a lo anterior, nos pareció interesante realizar este trabajo, con el fin de determinar si existe justificación o no, a esta actitud.

MATERIAL Y METODOS:

El presente reporte es el resultado de un estudio retrospectivo de productos en presentación pélvica. Se analizaron 200 casos, cuyos expedientes se obtuvieron del Archivo de este Hospital; fueron divididos en 100 partos vaginales y en 100 partos por cesárea. Se revisaron además, los expedientes de los recién nacidos de estas madres; cuando el niño ameritó traslado al Hospital Nacional de Niños, se fue a revisar los expedientes a dicho centro. Todos los embarazos complicados en el anteparto por hemorragia, o toxemia fueron excluidos;

también cuando se presentaba algún problema que predispusiera a la asfixia se excluían, como sufrimiento fetal agudo, desprendimiento prematuro de placenta. Esto con el fin de eliminar factores que pudieran influir en un pobre resultado, siendo ajeno al método del parto. Se correlacionaron una serie de variables, con el fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las dos poblaciones en estudio, sobre todo en Apgar y morbilidad fetal. De acuerdo al Apgar al minuto, se clasificó el grado de asfixia,³

- Leve..... con Apgar de 507
- Moderada..... si era de 3-4
- Severa con Apgar de 0-2

Se tomaron como productos de pretérmino a los niños de menos de 2500 gramos o menos de 36 semanas de gestación. Para determinar si las diferencias eran estadísticamente significativas, se utilizó el método recomendado por STEEL y TORRIE²⁴.

RESULTADOS:

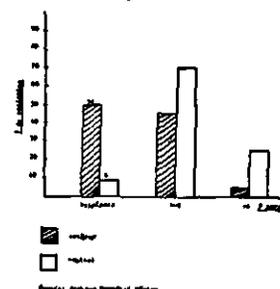
Observamos que a las pacientes que se les realizó cesárea, las edades gestacionales fueron similares con las que se les dio parto vaginal. (Cuadro No.1). Un 58% de las pacientes que se les dio vía alta eran primíparas al contrario de las que tuvieron parto vaginal, en donde fueron sólo un 8%. (Gráfico No.1). De ese 8%, en 6% los productos pesaron más de 2500 gramos, de los cuales un 2% presentaron hipoxia leve con recuperación adecuada. El 2% restante tuvieron productos de menos de 2500 gramos, en donde el 14% tuvo asfixia leve.

CUADRO No.1
Distribución de las pacientes por edad gestacional
Según: vía de parto

EDAD GESTACIONAL	VIA VAGINAL	VIA ALTA
> 36 semanas	86	90
< 36 semanas	14	10
TOTAL:	100	100

FUENTE: Archivo Hospital México.

GRAFICO No.1
Distribución de las pacientes según paridad:
Vía vaginal vs. Cesárea



* Residente de Gineco-Obstetricia, Hospital México, C.C.S.S.
** Jefe de Servicio de Obstetricia, Hospital México, C.C.S.S.

Con respecto a la pelvimetría, un 42% de los partos vaginales, no se realizó, en algunos casos porque las pacientes ingresaban en expulsivo y en otros, si estaba la indicación de realizar dicho examen, pero no se anotó en el expediente si fue valorado. (Cuadro No.2). El 80% de las pacientes tuvieron su labor de parto en un período de 1 a 6 horas y el expulsivo entre 5 a 15 minutos. Estos rangos se encuentran dentro de la normalidad en la curva de Friedman.⁸ (Cuadro No.3). De los productos que presentaron período expulsivo mayor

de 15 minutos, en 5 tuvieron asfixia leve, 1 asfixia moderada y 3 asfixia severa. Se observaron diferencias, aunque no significativas ($\alpha = 0.05$) en cuanto a los productos que presentaron asfixia leve por parto vaginal, en relación con los que se les realizó cesárea. Sin embargo, para las otras complicaciones no hubo diferencias manteniéndose proporcionalidad similar. (Gráfico No.2). La aplicación de fórceps en nuestro Servicio, en productos en presentación pélvica es baja (7%). (Gráfico No.3).

CUADRO No.2
Porcentaje de pelvimetrías en mujeres con productos en presentación pélvica según: vía de parto

PELVIMETRIA	CESAREA	VAGINAL
Adecuada.....	8	54
Inadecuada.....	22	4
No se realizó.....	70	42
TOTAL:	100	100

FUENTE: Archivo Hospital México.

CUADRO No.3
Tiempo de labor de parto y período expulsivo en mujeres con productos en presentación pélvica

TIEMPO DE LABOR (horas)	No. Ptes.	PERIODO EXPULSIVO (min)	No. Ptes.
1-3	41	5-10	49
+3-6	39	+10-15	23
+6	14	+15-20	13
No se especifica	6	+20	11
		No se espec.	4
TOTAL:	100		100

FUENTE: Archivo Hospital México.

GRAFICO No.2
Comparación de las complicaciones en los productos en presentación pélvica según vía de parto

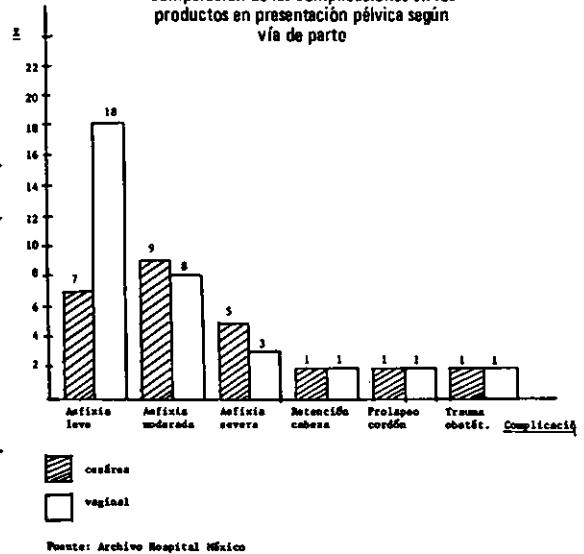
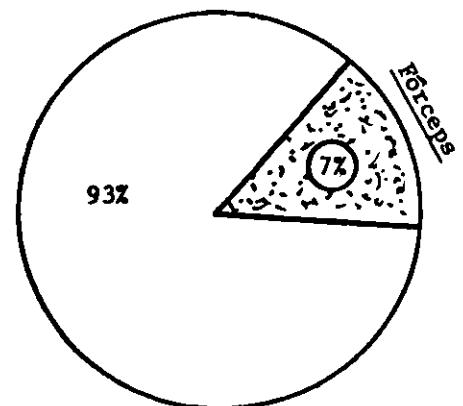


GRAFICO No.3
Porcentaje de productos pélvicos a los que se les aplicó fórceps



Fuente: Archivo Hospital México

No se encontraron diferencias significativas en los Apgar de los niños nacidos por vía vaginal y los nacidos por cesárea (Cuadro No.4). Tampoco en los productos que requirieron intubación, según vía de parto ($\alpha = 0.005$) (Cuadro No.5). De acuerdo a las normas de este Hospital, a los productos de menos de 2500 gramos o de menos de 36 semanas de gestación en presentación pélvi-

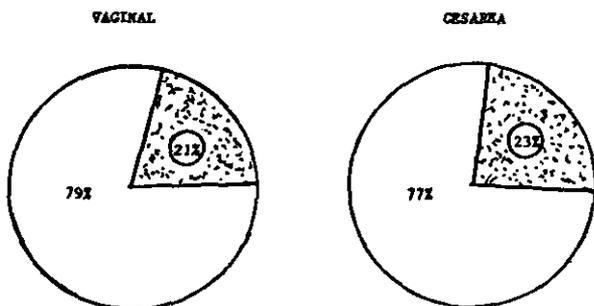
ca, se les realiza cesárea. Sin embargo, en este estudio no se observan diferencias en productos de menos de 2500 gramos, según la vía del parto. De estos niños, 19 nacieron por vía vaginal; 4 presentaron asfixia leve con recuperación adecuada a los 5 minutos y 3 tuvieron asfixia moderada; uno de ellos fue trasladado al H.N.N., falleciendo por inmadurez.

CUADRO No.4
Apgar al minuto y 5 minutos en productos en presentación pélvica, según vía de parto.

APGAR		8-10	5-7	3-4	0-2	TOTAL
1 Min.	Cesárea.....	76	10	9	5	100
	Vaginal.....	67	21	7	5	100
5 Min.	Cesárea.....	89	10	0	1	100
	Vaginal.....	92	5	3	0	100

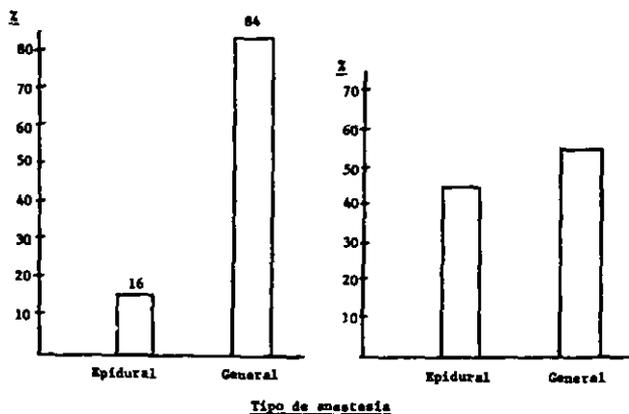
FUENTE: Archivo Hospital México.

GRAFICO No.4
Clasificación de los R.N. de acuerdo edad gestacional según vía del parto



Fuente: Archivo Hospital México.

GRAFICO No.5
Tipo de anestesia utilizado según vía de parto



Fuente: Archivo Hospital México

CUADRO No.5
Porcentaje de productos que requirieron intubación
Según: vía de parto

	INTUBACION		TOTAL
	SI	NO	
Cesárea	13	87	100
Vía vaginal	19	81	100

FUENTE: Archivo Hospital México.

Si comparamos con los nacidos por cesárea, que en total fueron 23,4 presentaron asfixia leve, siendo trasladado 1 al H.N.N. por síndrome de insuficiencia respiratoria; 3 con asfixia moderada, y 3 con asfixia severa, de los cuales uno falleció por hipoxia neonatal y síndrome de insuficiencia respiratoria. No hubo diferencias entre los productos de pretérmino, nacidos por vía vaginal, con respecto a los nacidos por cesárea (Gráfico No.4). Hubo mayor proporcionalidad de morbilidad en los productos nacidos por vía alta, con respecto a los nacidos por vía vaginal; sin embargo, no son estadísticamente significativas. (Cuadro No.7). El porcentaje de malformaciones en estos niños, fue mayor que para la población general (100/o). (Cuadro No.8). Del gráfico No. 5

CUADRO No.6
Distribución de los recién nacidos según peso,
de acuerdo a vía de parto

TIPO PARTO	1000	+1500	+2000	+2500	+3000	+3500	+4000
	1500	2000	2500	3000	3500	4000	
Cesárea.....	4	6	13	22	31	21	3
Vaginal.....	4	4	11	30	34	16	1

FUENTE: Archivo Hospital México.

CUADRO No.7
Morbilidad fetal en productos pélvicos nacidos por vía
vaginal vs. cesárea

PATOLOGIA	VAGINAL	CESAREA
Ictericia por inmadurez	4	9
Edema de vulva o escroto	3	0
Convulsiones	1	0
Paro respiratorio	1	1
Síndrome insuficiencia respiratoria	1	3
Hipoglucemia	0	1
Sépsis	0	1
Narcosis leve	0	1
Luxación de rodilla derecha	0	1

FUENTE: Archivo Hospital México.

CUADRO No.8:
Porcentaje de malformaciones congénitas en productos en
presentación pélvica, según vía de parto

MALFORMACION	Vaginal	MALFORMACION	Cesárea
Lux. cong. cadera.....	1	Pie both derecho.....	1
Ple valgo postural.....	1	Agnesia 1er. dedo mano	
Criptorquidea der.....	1	derecha.....	1
Año imperforado.....	1	Labio leporino.....	1
Ple varo derecho	1		
Hipospadias	1		
Polidactilia mano Izq.....	1		
TOTAL:	7		3

FUENTE: Archivo Hospital México.

se desprende que la utilización de anestesia epidural en los productos en presentación pélvica que se les da vía vaginal, es menor del 500/o. El porcentaje de mujeres a las que se les realizó cesárea, que presentaron morbilidad, fue mayor comparado con las que tuvieron su parto vaginal (Cuadro No.9). Del total de niños estudiados, 6 fueron trasladados al H.N.N., (cuadro No.10). De éstos, 2 fallecieron; uno nacido por vía vaginal, por síndrome de insuficiencia respiratoria y el otro nacido por cesárea, por hipoxia neonatal e inmadurez. Debido a que el tipo de presentación pélvica de los productos estudiados no se anotó en el 710/o de los casos, no fue posible hacer ninguna correlación.

CUADRO No.9
Morbilidad materna según vía de parto

PATOLOGIA	Cesárea	Vaginal
Desgarro perineal	0	3
Hematoma vulva	0	2
Anemia	2	4
Endometritis	7	1
HTA + SOD	1	0
Absceso pared	4	0
Paro cardlo-respiratorio	1	0
Sin morbilidad	85	90

FUENTE: Archivo Hospital México.

CUADRO No.10
Traslados de recién nacidos al Hospital Nacional de Niños
y su causa, según vía de parto

A no imperforado	2	1	3
Hipoxia neonatal	1	1	2
TOTAL:	4	2	6

COMENTARIO:

Muchos obstetras usan de rutina la cesárea en el manejo de productos en presentación pélvica a término. Esta política no es universal y el uso selectivo con protocolos de manejo, generalmente es reconocido y aceptado como una alternativa.⁶⁻⁸⁻²⁵⁻²⁰⁻²¹ En el Servicio de Obstetricia del Hospital México, no se tienen protocolos de manejo para dichos productos. Se acepta el realizar cesárea a toda paciente primípara con producto pélvico. Algunos autores consideran que no existen diferencias en la morbimortalidad fetal en relación con la paridad⁶⁻⁹⁻¹⁵⁻²². Sin embargo, hay reportes que sugieren que la nulípara tiene mayor peligro que la múltipara⁶. En este estudio no se puede correlacionar estas variables, debido a que sólo un 80/o de las 100 pacientes estudiadas eran primíparas. También se acepta como norma en nuestro Servicio, que se le realice cesárea a toda paciente con producto en presentación pélvica y con menos de 36 semanas de gestación. Esto sustentado por una serie de artículos en que se anota una mayor morbimortalidad

para los productos de pretérmino⁵⁻¹³⁻¹⁶⁻¹⁸⁻²³. Sin embargo, en la mayoría de estas citas el parámetro que se tiene en cuenta para la realización de la cesárea, es la estimación del peso fetal; para algunos debe ser menor de 2000 gramos, para otros igual o menor a 1500 gramos. En este trabajo no se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad gestacional, en los productos nacidos por vía vaginal o por cesárea. Tampoco se encontraron diferencias importantes en los pesos de los productos. Los niños con pesos de menos de 2500 gramos que nacieron por cesárea, tuvieron mayor morbilidad con respecto a los nacidos por vía vaginal; estas diferencias no son estadísticamente significativas. Estos datos son contrarios a los que se citan en la literatura.⁵⁻⁹⁻¹³⁻¹⁶⁻¹⁸ La importancia de la asfixia perinatal sobre el S.N.C. reside en que puede llegar a producir daño neurológico, que puede tener diferentes grados de severidad llegando hasta el P.C.I. BANKER ha señalado la vulnerabilidad del cerebro de los recién nacidos prematuros y a término, para la falta de oxígeno².

La asfixia grave durante el parto, indicada por valores bajos de Apgar al nacimiento, se ha relacionado con la presencia de coeficientes de inteligencia bajos a los 4 años de edad¹. El puntaje de Apgar a los cinco minutos tiene mayor valor pronóstico, respecto a la morbimortalidad neonatal y posibles secuelas³¹⁻³². En nuestro estudio el objetivo principal era establecer si existía diferencias significativas en los Apgar de los niños en presentación pélvica, según la vía del parto. Sin embargo, no se observó que hubiesen diferencias importantes. Si bien en los Apgar al minuto sí hubo un mayor número de casos con Apgar menor o igual a 7 para los nacidos vaginalmente, a los cinco minutos la recuperación fue notable, quedando un porcentaje bajo con Apgar que pudieran tener implicaciones neurológicas para el futuro y los cuales son comparables a los obtenidos de los niños nacidos por cesárea. Estos resultados también han sido reportados por algunos autores.⁵⁻⁸ Como el grado de asfixia al momento del nacimiento fue dado en base al Apgar, tampoco encontramos diferencias importantes, según la vía del parto⁶⁻⁸. En diferentes estudios se citan porcentajes similares en la morbimortalidad fetal en los productos nacidos por vía vaginal, en relación a los nacidos por cesárea⁸. Algunos hacen la salvedad de los productos con pesos menores de 2000 gramos y mayores de 4000 gramos,²³. Se ha mencionado que los factores de riesgo de la extracción del producto pélvico por cesárea, es similar a la que se asocia con el parto por vía vaginal¹⁰. La injuria en el feto nacido por cesárea existe y se describen fracturas y laceraciones⁴⁻⁸⁻⁹⁻¹³. En nuestro estudio, las complicaciones en el momento del parto en cuanto a extracción fueron similares. Sin embargo, de los productos que presentaron trauma obstétrico (dos), uno nacido por cesárea, tuvo Apgar de 8 y evolucionó bien, mientras que el nacido por vía vaginal presentó asfixia severa, tuvo que recibir tratamiento anticonvulsivante; este producto pesó 3800 gramos y no se le realizó pelvimetría por ingresar en labor de parto avanzado. En relación con la morbilidad, sí fue mayor en los productos nacidos por

cesárea, como fue el S.I.R. y la ictericia por inmadurez. GIMOWSKY observó un mayor riesgo de membrana hialina en los productos nacidos por cesárea⁸. La morbilidad materna fue mayor para las pacientes que se les realizó cesárea; esto coincide con los diferentes reportes en la literatura⁴⁻⁸⁻⁹.

Las malformaciones son de 3 a 5 veces mayores en los productos en presentación pélvica con respecto a los de vértice⁵⁻⁷⁻⁹⁻¹³⁻¹⁷. En nuestro trabajo el porcentaje de malformaciones, aunque menores, fue de 50/o. La analgesia epidural es una técnica excelente para la presentación pélvica. Permite una menor depresión neonatal e inclusive hay autores que la relacionan con mejores Apgar⁵⁻¹⁰⁻¹³. Esto es importante de considerar, ya que en nuestro estudio sólo a un 470/o de las pacientes se les aplicó esta analgesia. El prolapso de cordón se presenta en 3.8 a 5.20/o de los pélvicos. La incidencia se incrementa de 10.3 a 180/o cuando la presentación es incompleta⁵⁻⁷⁻¹³⁻¹⁴⁻²³. En este sentido, la incidencia fue del 10/o y no hubo mortalidad por dicha causa. Para muchos autores el que un producto esté en presentación pélvica que no sea franca, es indicación de cesárea; esto por considerarse que tienen mayor riesgo de morbilidad y dentro de ésta, mayor incidencia de prolapso de cordón⁴⁻⁸⁻¹³⁻¹⁴⁻²³. Lamentablemente, a nosotros no nos fue posible realizar dicha correlación, por no indicarse en el expediente en el 740/o de los casos, el tipo de presentación. La valoración de la pelvimetría se encuentra en todos los protocolos que evalúan la vía del parto en la presentación pélvica⁷⁻⁹⁻¹⁰. Se ha determinado que una causa importante de morbimortalidad de estos productos, es por no reconocer que hay desproporción feto-pélvica,²⁵ Ultimamente la utilización del ultrasonido para medición del diámetro biparietal, se le ha dado importancia en el manejo de esta presentación²⁵. En nuestro estudio en un 420/o de las pacientes que tuvieron parto vaginal, no se solicitó o no se valoró la pelvimetría. En relación con la utilización de fórceps paiper profiláctico en productos en presentación pélvica, MILNER considera que disminuye la morbimortalidad neonatal¹⁹. Para ROVINSKY su utilización aumenta la morbilidad traumática²³. En este trabajo, los fórceps paiper profilácticos se utilizaron en un 70/o. Se ha mencionado que la asfixia de menos de 12 minutos de duración no suele producir lesión del cerebro¹. En este estudio, cuando el período expulsivo fue mayor de 15 minutos, hubo un aumento en la incidencia de productos con asfixia. En la literatura se correlaciona una mayor labor con mayor morbimortalidad¹⁰⁻²³⁻²³.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

1. No existen diferencias significativas en los Apgar de los productos en presentación pélvica, según vía de parto, entre los pesos > 2500 gramos a < 3800 gramos.
2. Se deben crear protocolos de manejo para las pacientes con productos pélvicos, con indicaciones es-

pecíficas para cesárea, con el fin de minimizar el riesgo de morbimortalidad, tanto para la madre como para el producto.

3. Toda paciente con producto pélvico debe ser evaluada adecuadamente, de acuerdo a los diferentes protocolos de manejo. Si no es posible realizar esto por labor avanzada, es mejor realizar una cesárea.

BIBLIOGRAFIA

1. ADAMSONS, K. and MYERS, R.: *Asfixia perinatal*. Clin. Pediatr. de N.A. Mayo: 464, 1973.
2. AVERY, E.M.: El pulmón del recién nacido y sus enfermedades. Editorial Científica Médica. Barcelona, 2da. edición: 295, 1970.
3. CHOHESTY, JP; START, A.: Manual of Neonatal Care. 2da. Edición: 73, 1985.
4. COLLEA, J.; QUEEN, C. and QUILLIGAN, E.: *The randomized management of term frank breech presentation*. Am. J. obstet. Gynecol. 137: 235, 1980.
5. CRESPIGNEY, L.J.; PEPPERELL, R.J.: *Perinatal mortality and morbidity in breech presentation*. Obstet. and Gynecol. Vol. 53, Febrúary: 141, 1979.
6. GIMOWSKY, M.; PETRIE, R.: *Neonatal performance of the selected term vaginal. Breech delivery*. Obstet. Gynecol. 56: 687, 1980.
7. GIMOWSKY, M.; PAUL, R.: *Singleton breech. Presentation in labor: Experience in 1980*. Am. J. Obstet. Gynecol. 143: 733, 1982.
8. GIMOWSKY, M.; WALLACE, R.: *Randomized management of the non-frank breech presentation at term*. Am. J. Obstet. Gynecol. 146: 34, 1983.
9. GIMOWSKY, M. and PETRIE, R.: *"Breech Delivery"*. Management of high-risk pregnancy. Second. Ed. 601, 1985.
10. GREEN, J.; Mc. LEON, F.: *Has an increased cesarean section rate for term breech delivery reduced the incidence of birth asphyxia, trauma and death?* Am. J. Obstet. Gynecol. 142: 643, 1982.
11. HELFERICH, M.; FARRER, J.: *Breech delivery*. Am. J. Obstet. Gynecol. 40:58, 1971.
12. HELLMAN, L.; PRITCHARD, J.; WYNN, R.: *Curso clínico del parto*. Williams Obstetricia. Salvat, Mexicana de Ediciones. 14.ed. 336, 1978.
13. JAMES, F.: *Anesthetic considerations for breech or twin delivery*. Clinics in Perinatology. Vol. 9. February: 77, 1982.
14. KARP, L.; DONY, J.; Mc. CARTHY: *The premature breech. Trial of labor or cesarean section?* Obstet. and Gynecol. Vol. 53, No. 1:88, 1979.
15. KARP, L.: *Breech presentation and parity. The Proof of the pelvis*. JAMA. Febr. 4, No. 5:249, 1983.
16. KAUPPILA, O. Lavi; GRONSOON, M.: *Management of low birth weight. Breech delivery: Should cesarean section be routine?* Obstet. Gynecol. 57: 289, 1981.
17. LUTERKORT, M.; PERSSON, P. and WILDNER, B.: *Maternal and fetal. Factors in breech presentation*. Obstet. Gynecol. 64: 55, 1984.
18. MAIN, D.; MAIN, E.: *Cesarean section vs. vaginal delivery for the breech fetus weighing less than 1500 gram*. Am. J. Obstet. Gynecol. 146: 580, 1983.
19. MILNER, R.: *Neonatal mortality of breech delivery with and without forceps to the aftercoming head*. British Journal of Obstet. and Gynecol. October: 783, 1975.
20. OHLSEN, H.: *Outcome of term breech delivery in primigravidae a fetopelvic. Breech index*. Act. Obstet. Gynec. Scand. 54: 141, 1975.
21. O'LEARY, J.: *Vaginal delivery of the term breech*. Obstet. and Gynecol. Vol. 53, No. 341, 1979.
22. PEREZ SANCHEZ, A.: *Reanimación del recién nacido*. Perinatología. Ed. Mediterráneo. Santiago, Chile: 134, 1984.
23. ROVINSKY, J.; MILLER, J.: *Management of breech presentation at term*. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 115. February 15: 497, 1973.
24. STEEL, R. and TORRIE, J.: *Test of hypothesis II: Introduction to Statistics*. Editorial McGraw-Hill Book. Company: 218, 1976.
25. ZATUCHNI, G.; ANDRAS, G.: *Prognostic index for vaginal delivery in breech presentation at term*. Am. J. Obstet. and Gynecol. Vol. 98. July 15: 854, 1967.