

# PRESENTACIÓN PÉLVICA. ANÁLISIS DE 5 AÑOS HOSPITAL ESCUELA

*Dr. Gaspar Vallecillo M. \**

*Dr. Sergio Vargas P, \*\**

*Dra. Elliethe Girón González \*\*\**

## INTRODUCCIÓN

El manejo de la presentación pélvica ha sido controversial! tanto en la primigesta como en la múltipara, así como cuando se trata de productos prematuros como de término. Si a esto se agrega el desconocimiento de la morbi-mortalidad que implica esta presentación de alto riesgo en nuestro medio, y la no existencia de normas que delineen la conducta a seguir en determinados casos, se comprenderá la importancia de una revisión como la actual.

Existe una tendencia que favorece la resolución de la presentación pélvica por vía abdominal, tanto en las primigestas como en los casos con productos prematuros, y mas aún en todos los embarazos con dicha presentación independientemente de la paridad, basándose en el conocimiento de las complicaciones que se observan por la vía vaginal.

Con esta revisión se tendrán estadísticas propias, que permitan sugerir pautas en el manejo de la presentación pelviana para disminuir sus complicaciones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela de Tegucigalpa. La población de referencia está constituida por un total de 1.168 presentaciones pélvicas ocurridas en un período de 5 años y medio, de enero de 1977 a junio de 1982. Con

\* Jefe del Servicio de Obstetricia \*\*

Jefe de la Unidad de Partos

\*\*\* Gineco-obstetra del Dpto. de Ginecología del Hospital-Escuela.

finde de análisis se excluyeron 128 casos por extravío de expedientes o historias clínicas incompletas. Por lo tanto, el total de 1168 se utilizan únicamente de comparación con el total de nacimientos ocurridos en el período. Los 1040 casos de presentaciones pélvicas correspondiente a 1004 nacimientos representan el 100o/o de las presentaciones pélvicas analizadas, y el 82.02o/o de las presentaciones pélvicas totales. Se incluyen productos que murieron antes de iniciar el trabajo de parto y 35 casos de embarazo gemelar.

## RESULTADOS

El total de nacimientos ocurridos en el Hospital Escuela de Tegucigalpa, en el período comprendido de enero de 1977 a junio de 1982, fue de 66.126. En ese mismo lapso, la presentación pélvica ocurrió en 1.168 casos, con una frecuencia de 1.77o/o. El promedio anual de nacimientos fue de 12.023, siendo el de presentación pélvica de 212, que da un porcentaje de 1.76o/o por año. (Tabla 1).

Los extremos de edad materna fueron de 55 y 13 años. El 40.6o/o correspondió a pacientes con 20-25 años, siguiéndole en frecuencia (24.4o/o) las edades comprendidas entre 13 y 19 años, con 215 casos. (Figura 1).

La mayoría de las presentaciones pélvicas se observó en las nulíparas con un 40.2o/o, y en la gran múltipara únicamente en el 10.60/o. (Figura 2).

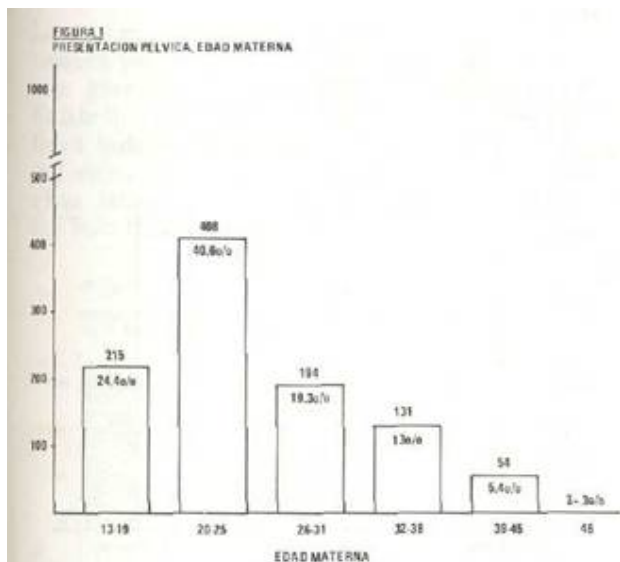
Entre los factores predisponentes maternos y fetales de la presentación pélvica, la prematuridad ocupó el primer lugar con 20.67o/o. El método diagnóstico más utilizado fue el clínico (74.7o/o), el radiológico (3o/o) y el combinado (16.3o/o) estuvieron

**TABLA 1**  
PRESENTACION PELVICA, FRECUENCIA ANUAL Y GLOBAL.

AÑO	TOTAL DE NACIMIENTOS	NACIMIENTOS PELVICOS	o/o
1977	10780	236	2.19
1978	11481	167	1.45
1979	12266	233	1.89
1980	12426	260	2.09
1981	12538	162	1.29
1982*	6635	110	1.66
<b>TOTAL</b>	<b>66126</b>	<b>1168</b>	<b>1.77</b>
<b>PROMEDIO ANUAL</b>	<b>12023</b>	<b>212</b>	<b>1.76</b>

\* Incluye solo el primer semestre de 1982

La vía de resolución del embarazo fue en su mayoría por vagina, con 560 casos (53.85o/o), y la cesárea se practicó en el 46.15o/o con 480 pacientes. El parto fue espontaneo en 391 pacientes, 69.82o/o, y el fórceps de Piper únicamente se utilizó en 6 casos (1.07o/o). (Figura 3).



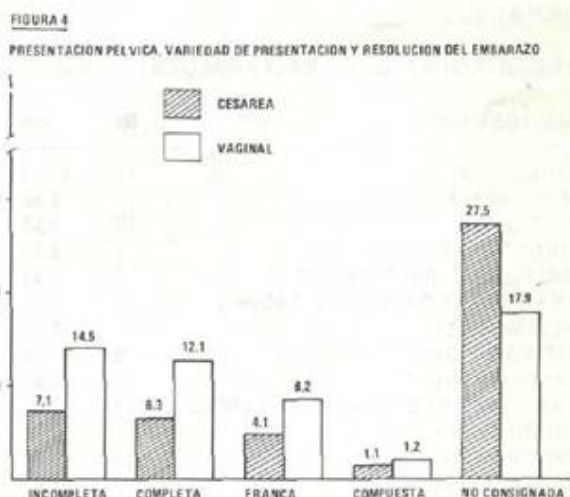
en orden decreciente, y solo en 63 casos (60/0) el diagnóstico se hizo al momento del nacimiento. El porcentaje de error en el diagnóstico de ingreso es de 6.060/0, 57 pacientes ingresaron como presentación cefálica y 6 como situación transversa.

La variedad de presentación consignada fue de 20.07o/o del total de las presentaciones pélvicas diagnosticadas y en 10.96o/o de los casos, se consiguió la variedad de presentación en relación al total de las presentaciones pélvicas. Lo que significa que en un 89o/o no se consignó la variedad de presentación en el ingreso.

En relación a la variedad de presentación pélvica y la vía de resolución del embarazo, hubo predominancia en la vía vaginal con la variedad incompleta, siguiéndole la completa, franca y aún compuesta, no así en los casos de variedad no consignada, donde la cesárea tuvo mayor frecuencia. (Figura 4).

La cesárea se practicó en 480 pacientes y la indica-

ción más frecuente fue la presentación pélvica por si soía en 242 casos (50.4o/o), en segundo lugar (78) estuvo la presentación pélvica con ruptura prematura de membranas con un 16.2o/o. Le



siguen muchas combinaciones con situaciones tanto maternas como fetales que indicaron la operación cesárea. Se practicaron 46 esterilizaciones quirúrgicas al momento de la cesárea, y en 3 pacientes se realizó operación de Porro y en una se practicó histerectomía. La incisión uterina más utilizada fue la segmentaria transversa y solo en 3 casos se practicó la cesárea corporal. (Tabla II).

TABLA II

## PRESENTACION PELVICA, INDICACIONES DE CESAREA.

INDICACION	No.	o/o
PRESENTACION PELVICA	242	50.4
P.P. + RPM.	78	16.2
P.P. + CESAREA ANTERIOR	47	9.8
P.P. + DCP	26	5.4
P.P. + TOXEMIA	17	3.5
P.P. + PROLAPSO CORDON	15	3.1
P.P. + DISTOCIA PARTES BLANDAS	15	3.1
P.P. + EMBARAZO GEMELAR	9	2.0
P.P. + DISTOCIA CONTRACCION	9	2.0
P.P. + PLACENTA PREVIA	3	0.6
P.P. + HIPEREXTENSION CABEZA FETAL	3	0.6
P.P. + SUFRIMIENTO FETAL	2	0.4
P.P. + OTRAS COMBINACIONES	14	2.9
<b>TOTAL</b>	<b>480</b>	<b>100.0</b>

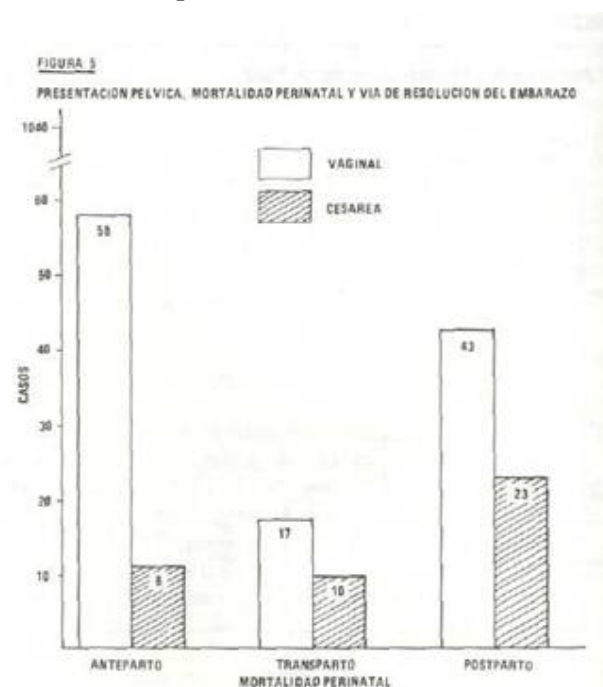
TABLA III

## PRESENTACION PELVICA, MALFORMACIONES CONGENITAS

MALFORMACION	No.	o/o
HIDROCEFALIA	14	13.33
MIELOMENINGOCELE	10	9.52
PIE EQUINO	10	9.52
SINDROME DE DOWN	9	8.58
MALFORMACIONES MULTIPLES	8	7.62
LUXACION CONGENITA DE CADERA	6	5.71
MENINGOCELE	5	4.76
ESPINA BIFIDA	5	4.76
LABIO LEPORINO	4	3.81
LABIO LEPORINO + PALADAR HENDIDO	4	3.81
POLIDACTILIA	4	3.81
CRIPTORQUIDIA	4	3.81
ANENCEFALIA	3	2.87
PALADAR HENDIDO	3	2.87
SINDACTILIA	3	2.87
MICROCEFALIA	2	1.90
HIDROCEFALIA	2	1.90
OTRAS	9	8.58
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100.0</b>

Hubo 105 productos con malformaciones congénitas, siendo las más frecuentes las del sistema nervioso, seguidas por las del sistema músculo esquelético. (Tabla III).

La mortalidad perinatal en relación a la vía de resolución del embarazo está consignada en la Figura 5, el mayor porcentaje corresponde a la vía vaginal y para el grupo con presentación pélvica completa (25.4o/o), y para la vía abdominal (10.5o/o) no se consignó la variedad de presentación. El mayor número de muertes ocurrió en el período anteparto (58 casos). La mortalidad perinatal fue de 105.77 7o/o0 cuando el nacimiento fue vaginal, y de 37.5 5o/o0 para la cesárea.



Durante el período que comprende este estudio la mortalidad perinatal fue de 149 de un total de 1040 casos, dando un índice de 143.27o/o0.

En la Tabla IV, se puede observar la relación entre la vía de resolución del embarazo, peso y mortalidad del producto en presentación pélvica. Los recién nacidos que tuvieron pesos inferiores a 2500 gramos presentaron mayor mortalidad, siendo de un 100o/o en aquellos con peso menor de 1000 gramos. Los productos con pesos entre 3000 y 3499 gramos tuvieron menos mortalidad

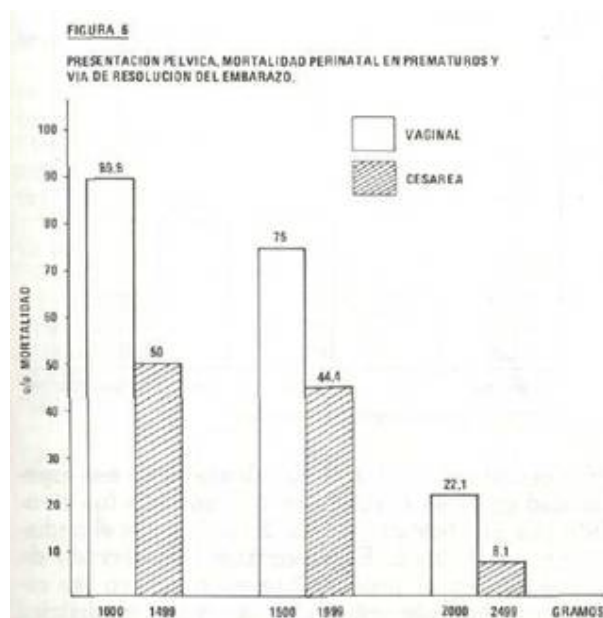
TABLA IV

PRESENTACION PELVICA, VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO, PESO Y MORTALIDAD PERINATAL

PESO (gramos)	VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO							
	VAGINAL				CESAREA			
	No.	MUERTES	a/o	No.	MUERTES	a/o	No.	a/o
1000	8	8	100	0	0	0	8	0.8
1000-1499	29	26	90	2	1	50	31	3.0
1500-1999	40	30	75	9	4	44.4	49	4.7
2000-2499	86	19	22	49	4	8.2	135	13.0
2500-2999	146	19	12	155	12	7.7	304	29.2
3000-3499	155	6	4	155	6	3.9	310	29.8
3500-3999	81	9	9	89	9	10.1	170	16.3
4000-4499	10	1	10	11	0	0	21	2.0
4500	2	0	0	10	3	30	12	1.2
TOTAL	560	118	21.1	480	39	8.1	1040	100.0

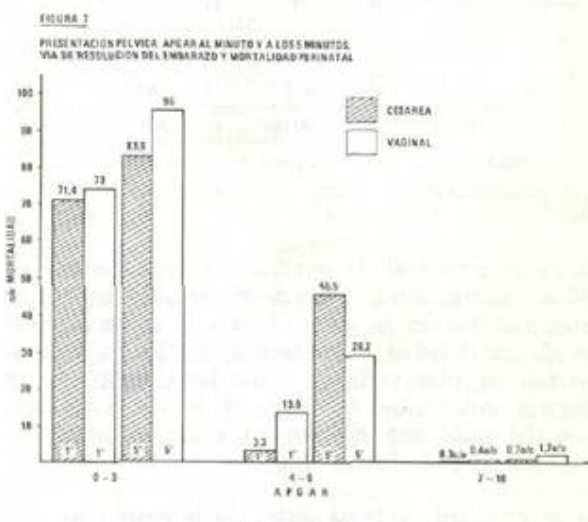
y se observó un incremento con los de peso superior a ese rango.

La gran mayoría de los niños que se obtuvieron por cesárea pesaron entre 2000 y 2499 gramos, y en este grupo se encontró una mortalidad más baja. Existe una relación inversa entre el peso y la mortalidad independientemente de la vía de resolución del embarazo. Del total de las presentaciones pélvicas estudiadas el 20.6o/o eran prematuros y el 0.77o/o inmaduros. (Figura 6).



El índice de Apgar de 7-10 al minuto y a los 5 minutos tanto para la vía vaginal como para la

cesárea fue el más frecuente. La calificación de 0 a 3 sigue significando una mortalidad alta independientemente de la variedad de presentación pélvica. También se encuentra un incremento de muerte en el grupo con Apgar 4-6, con porcentaje entre el 20 y 60o/o. (Figura 7).



Independiente de la vía de resolución, los productos con peso menor a 2500 gramos y Apgar de 0-3 a los 5 minutos, la mortalidad fue de 1000/0.

Se practicaron maniobras de resucitación a 241 recién nacidos, así: respiración artificial a 188, maniobras cardíacas a 2, en 14 hubo corrección metabólica y una combinación de las medidas anotadas en 37 casos. Se presentaron complicaciones en 212 casos (20.4o/o) de la población estudiada. La retención de cabeza última se presentó más frecuentemente en productos con peso menor a 2500 gramos. En los recién nacidos con peso mayor o igual a los 2500 gramos la complicación más frecuente fue el trabajo de parto prolongado, seguido de retención de cabeza última.

En la presentación pélvica incompleta se encontró el mayor número de las complicaciones y la mayor mortalidad perinatal global. El prolapso de cordón se observó en un 10.4o/o, en productos con peso de 1500 a 1999 gramos.

El porcentaje de mortalidad más elevado se dio en la gran múltipara cuando el embarazo se resolvió por vía vaginal (41.5o/o) y el más bajo se observó en la nulípara por cesárea con un 7.1o/o (Tabla V).

TABLA V

PRESENTACION PELVICA, VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO, PARIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL

PARIDAD	VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO					
	VAGINAL		CESAREAS		TOTAL	
	No. CASOS	a/o M	No. CASOS	a/o M	No. CASOS	a/o M
NULIPARAS	206 (38) *	18.4	198 (14) *	7.1	404 (52) *	12.9
PRIMIPARAS	58 (12) *	20.7	121 (11) *	8.4	189 (23) *	12.2
MULTIPARAS	233 (51) *	21.2	72 (8) *	11.1	305 (59) *	19.3
GRAN MULTIPARA	41 (17) *	41.5	66 (6) *	9.1	107 (23) *	21.5
TOTAL	538 (118) *	21.9	467 (39) *	8.3	1005 (157) *	15.1

[ ] \* = No. MUERTES

a/o M = a/o MORTALIDAD

La causa principal de morbilidad neonatal fue de índole respiratorio, asfixia moderada, severa y broncoaspiración en un 88.58o/o de todas las causas de morbilidad encontradas, y 28.37o/o de la morbilidad observada en todas las presentaciones pélvicas independientemente de la vía de resolución del embarazo. El porcentaje global de morbilidad encontrado fue de 32o/o.

La morbilidad materna antes de la resolución del embarazo fue de 9.46o/o, siendo la preeclampsia leve (1.9o/o) la más frecuente. Cuando el nacimiento fue vaginal, la causa de morbilidad materna más frecuente estuvo relacionada con problemas hemorrágicos (hipotonía uterina y retención de restos placentarios) en un 47.1o/o. Para esa vía se encontró un 10.5o/o de morbilidad materna global. En la operación cesárea, el porcentaje global fue de 8.75o/o, siendo la causa más frecuente la infección combinada con dehiscencia de herida quirúrgica.

Se investigó el nivel profesional de atención obstétrica en las pacientes con presentación pélvica, observando que el residente II y I fueron los que más partos pélvicos atendieron, 239 y 236 respectivamente.

El menor número fue atendido por el interno de pregrado seguido por el médico especialista con 9 casos. El porcentaje de partos pélvicos espontáneos atendidos por residentes, va descendiendo con el nivel jerárquico de los mismos. (Figura 8).

El mayor número de productos pélvicos no recibió atención pediátrica, significando el porcentaje más alto de mortalidad. (Figura 9).

En la operación cesárea el residente II tuvo la mayor participación practicando el 50o/o, y la aten-

FIGURA 8

PRESENTACION PELVICA, MORTALIDAD PERINATAL Y NIVEL DE ATENCION PROFESIONAL OBSTETRICO.

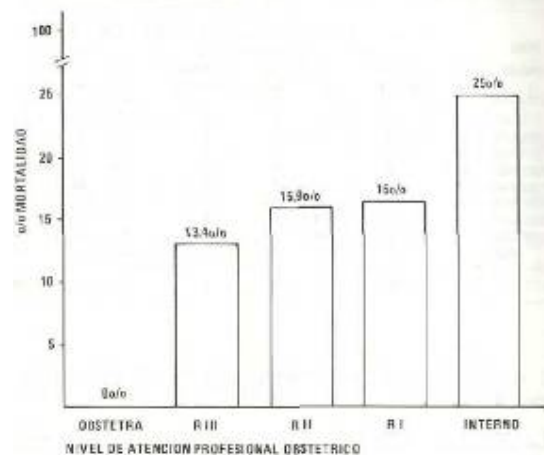
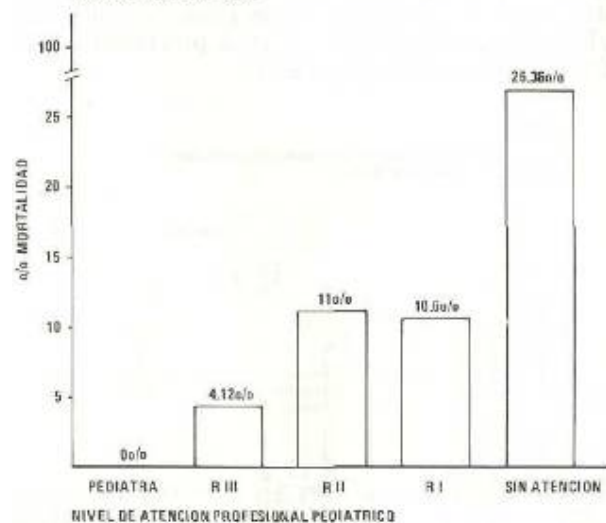


FIGURA 9

PRESENTACION PELVICA, MORTALIDAD PERINATAL Y NIVEL DE ATENCION PROFESIONAL PEDIATRICO.



ción pediátrica la dio el Residente II de esa especialidad en el 41.6o/o. El menor número fue atendido por el obstetra con un 2.1o/o, y por el pediatra en un 0.62o/o. El porcentaje más elevado de mortalidad en el producto se encontró en las cesáreas en donde no hubo atención pediátrica (17.02o/o). El obstetra fue el que menos participó en la atención de la presentación pélvica (1.83o/o), siendo el residente II el que más contribuyó con

un 46.05o/o). La atención pediátrica por especialista correspondió al 0.5o/o (6 casos) y sin atención alguna de parte de pediatría fueron 330 casos que da un porcentaje de 31.73o/o, siguiéndole el residente I con un 30.96o/o y el residente II con 7.02o/o. (Tabla VI y VII).

TABLA VI

PRESENTACION PELVICA. NIVEL DE ATENCION OBSTETRICO Y PEDIATRICO Y MORTALIDAD PERINATAL EN LA OPERACION CESAREA.

NIVEL DE ATENCION PROFESIONAL	No. CASOS	No.M	o/o	o/o TOTAL DE ATENCION
OBSTETRA	10	0	0	2.1
RESIDENTE III	160	13	8.12	33.3
RESIDENTE II	240	20	8.33	50.0
RESIDENTE I	70	6	8.57	14.6
<b>TOTAL</b>	<b>480</b>	<b>39</b>	<b>8.13</b>	<b>100.0</b>
PEDIATRA	3	0	0	0.62
RESIDENTE III	83	2	2.17	13.12
RESIDENTE II	199	16	8.04	41.46
RESIDENTE I	168	13	7.74	35
SIN ATENCION	47	8	17.02	9.8
<b>TOTAL</b>	<b>480</b>	<b>39</b>	<b>8.13</b>	<b>100.0</b>

TABLA VII

PRESENTACION PELVICA. NIVEL DE ATENCION OBSTETRICO Y PEDIATRICO

NIVEL DE ATENCION	No. CASOS	o/o
RESIDENTE II	479	46.05
RESIDENTE I	306	29.42
RESIDENTE III	232	22.31
OBSTETRA	19	1.83
INTERNO	4	0.38
<b>TOTAL</b>	<b>1040</b>	<b>100.0</b>
SIN ATENCION	330	31.73
RESIDENTE I	322	30.96
RESIDENTE II	309	29.71
RESIDENTE III	73	7.02
PEDIATRA	6	0.58
<b>TOTAL</b>	<b>1040</b>	<b>100.0</b>

### COMENTARIO

La frecuencia global de embarazos con presentación pélvica en el presente estudio es de 1.76o/o, inferior a lo informado en la literatura que oscila entre el 3 y 5o/o (1,3,7,11,12).

A pesar de lo esperado a que el mayor número de nacimientos pélvicos ocurriera a una edad gestacional menor de 37 semanas, correspondiendo a productos prematuros, la revisión actual mostró que solo en un 13.5o/o estaban en esa categoría.

La distribución porcentual de las variedades de presentación pélvica es de difícil comparación con los datos de otros autores, ya que el 45.4o/o de todos los embarazos con presentación pélvica, la variedad de presentación no fue consignada, sin embargo, la más frecuente fue la incompleta (21.6o/o), correspondiéndole el 2.2o/o a la compuesta, la franca de nalgas significó el 12.3o/o y la completa el 18.5o/o, esta secuencia difiere a la informada por otros estudios, donde la franca de nalgas es la más frecuente con un 60.65o/o (3,6).

En el 53.85o/o de los casos la vía de resolución fue la vaginal y la cesárea ocurrió en el 46.15o/o, con una mortalidad de 21o/o y 8o/o respectivamente. Existe una tendencia a practicar cesárea con más liberalidad, y hay informes que dan hasta un 71,3o/o (5). Esto pudiera indicar que en el Hospital Escuela se están utilizando parámetros más conservadores para resolver los embarazos con esta presentación, sin embargo, el índice de mortalidad perinatal está dentro de lo descrito en la literatura (1,2). El alto porcentaje de mortalidad en la cesárea con productos con peso de 2500 a 2999 gramos está influenciado por los óbitos fetales, en cuyos casos se practicó histerotomía, teniendo como indicación otras causas independientes de la presentación pélvica. En forma global los productos con peso menor de 2499 gramos cursaron con mayor mortalidad.

La frecuencia de retención de cabeza última, prolapso de cordón y trabajo de parto prolongado fue ligeramente menor a lo informado por otros trabajos (4,5,10,13). De las variedades de presentación pélvica independientemente del peso de los productos, la que mostró mayores complicaciones y una mortalidad más elevada fue la incompleta (3,5,8,9).

La paridad de las pacientes y la variedad de presentación, sin considerar la vía de resolución del embarazo no significó un incremento en la mortalidad, pues se mantuvo casi constante, pero si se toma en cuenta la vía de nacimiento, se observa que esta mortalidad se eleva cuando es vaginal.

A pesar de la tendencia ampliamente aceptada de considerar la presentación pélvica en la gran mu-

## BIBLIOGRAFÍA

1. BRENNER W.E. "Breech Presentation". *Clinical Obstetrics and Gynecology*. High Risk Obstetrics. 21(2): 2511-31.1978
2. BENNER W.E. BRUCE R. L. and HENDRICHS CH. "The Characteristics and Perils of Breech Presentation" *Am. J. Obstet. Gynecol.* 118(5): 700-12. 1974.
3. BONICA J.J. "Breech Delivery". *Clinical Anesthesia Obstetrics complications*. 5: 156-78.1965.
4. COLLEA J.V. "Asistencia Obstétrica en la Presentación de Nalgas" *Clínica de Perinatología. Parto y Expulsión difíciles*. Vol. 1.173-81.1981.
5. COLLEA J.V. "Current Management of Breech Presentation" *Clinical Obstetrics and Gynecology Prolactin. Updatr on Operative Obstetrics*. 30(2): 525-531,1980.
6. DANFORTH D.N. *Obstetrics and Gynecology*. N.Y. Hayper thirdEdition. 1977.
7. HELLMAN L.M. andPRICHARD. *Obstetrics Williams*. USA Appleton Century. Crofts Educational División Meredith, Corporation. 14 Edition. 1971.
8. JENKINS D.M. "Parto de Nalgas". *Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales*. 3:553-73, 1980.
9. FIANU S. and JOELSON I. "Minimal Brain Dysfunction in children born in Breech Presentation". *Acta Obstet. Gynecol. Scand*, 58 (3): 295-9.1979.
10. PERLASCA E.E., NAVARRETE F.H. y BENITEZ L.H. "Presentación Pélvica y Trabajo de Parto". *Ginec-Obstet. México*, 35(211): 52341,1974.
11. Seminario Presentación Pélvica. Parto vrs Cesárea. Pasantía de Ginecología y Obstetricia. V Año. Grupo B. 1979.
12. URANGA I.F. *Obstetricia Práctica*. Buenos Aires, Editorial Intermédica. 1977.
13. WOODS J.R. "Effect of Low-Birth Breech delivery on neonatal Mortality". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 53 (6): 73540. 1979.
14. MARTÍNEZ B.C., MENDOZA A.M., ESPERANZA A.R. y col. "El problema de la Presentación Pélvica en la paciente multípara". *Gine-Obstet. México*, 35 (211): 471-79.1974.
15. DUENHOELTER J.H., WELLS CE., REISH J.S. and cois. "A Paired controlled study of vaginal ando abdominal delivery of the Low Birth Weight Breech Fetus". *Obstetrics and Gynecology*, 54(3): 310-13,1979.
16. LYONS E. R. and PAPSIN F.R. "Cesarean section in the Management of the Breech Presentation" *Am. J. Obstet. Gynecol.* 130: 558-6. 1978.