

PELVIANA EN SARDA EN 1996

Dr. Eduardo A. Valenti

Obst. Sandra Voiro

División Obstetricia.

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Resumen

Se analizaron las historias clínicas de los 265 nacimientos en pelviana que se realizaron en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá durante el año 1996.

Fueron evaluadas la edad materna, los antecedentes obstétricos, la amenorrea, la forma de terminación del embarazo, las indicaciones de cesárea, la existencia de trabajo de parto previo a la misma, el peso al nacer, el score de Apgar al 1ro. y 5to. minuto, y la edad gestacional por Capurro.

Se analizaron estas variables en la población general de pelvianas, luego agrupadas en más o menos de 36 semanas cumplidas y posteriormente en los partos vaginales y las cesáreas.

Introducción

La vía de terminación del embarazo en presentación pelviana sigue siendo actualmente motivo de controversia⁽¹⁻³⁾. Si bien no está científicamente probado⁽⁴⁻⁶⁾ (excepto en algunos grupos) que la cesárea mejore los resultados perinatales, la tendencia mundial es elegir la vía abdominal⁽⁷⁾. Publicaciones reconocidas señalan una frecuencia de cesáreas de más del 80% en el ámbito público que se acerca al 100% en instituciones privadas^(8,9).

La presente publicación tiene por objeto mostrar la realidad actual de la presentación pelviana en el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" durante el año 1996.

Material y métodos

Se analizaron las historias clínicas de las pacientes que llegaron al parto con una presentación pelviana y con una edad gestacional mayor de 24 semanas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1996.

Se obtuvieron de las mismas los siguientes datos: a) edad materna, b) antecedentes obstétricos, c) amenorrea, d) forma de terminación del embarazo, e) indicación de la cesárea, f) existencia de trabajo de parto previo a la cesárea, g) peso al nacer, h) Score de Apgar al 1º y 5º minuto, i) edad gestacional por Capurro.

Resultados

En ese período nacieron 7.188 RN vivos de los cuales 265 (3,68%) fueron en embarazadas que terminaron su embarazo con una presentación pelviana.

La edad promedio materna fue de $27,25 \pm 7,3$ años y la distribución puede observarse en la *Figura 1*.

Figura 1. Distribución de pelvianas según edad materna. Sardá 1996.

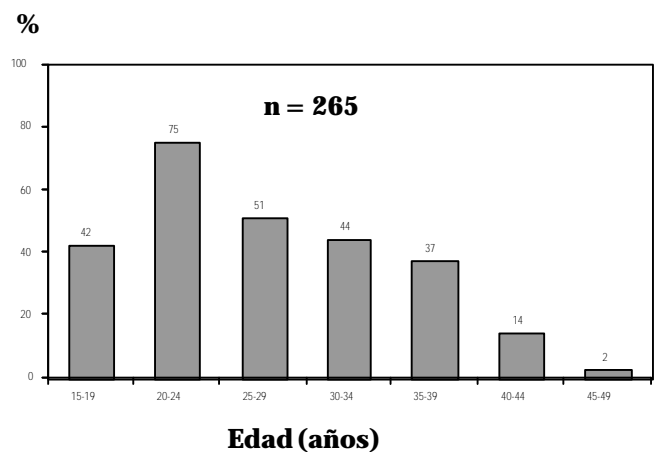
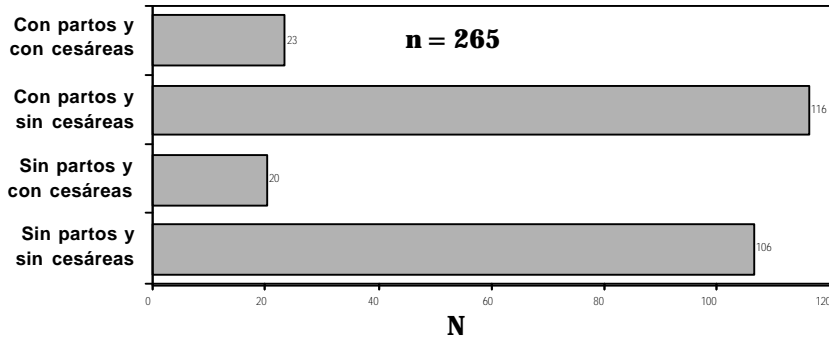
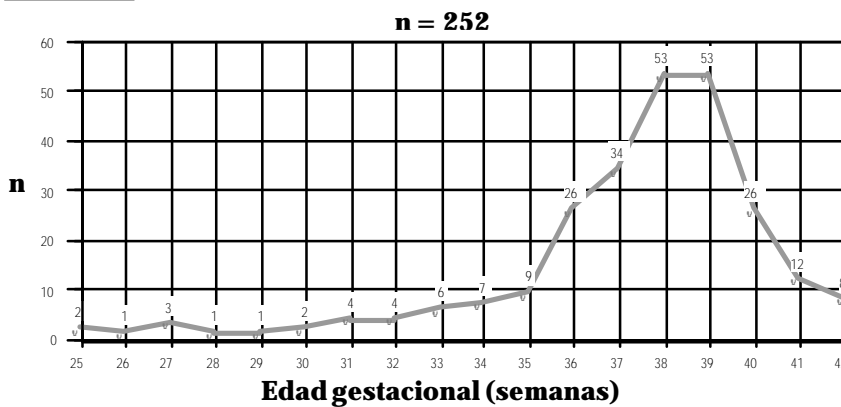


Figura 2. Distribución de pelvianas según paridad. Sardá 1996.



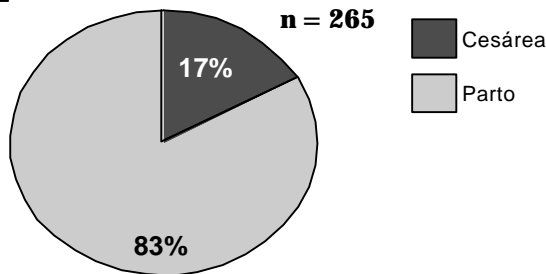
Entre los antecedentes obstétricos encontramos un importante número de nulíparas (126) o sea el 47,5% del total, de las cuales 120 son nulíparas genuinas o puras (sin partos vaginales ni cesáreas). La distribución de la paridad se muestra en la *Figura 2*.

Figura 3. Distribución de pelvianas según amenorrea. Sardá 1996.



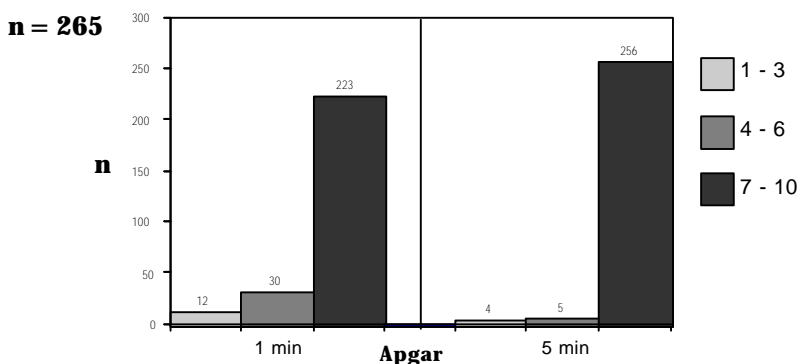
La edad gestacional con que llegaron al parto se consigna en la *Figura 3* y está expresada en semanas de amenorrea o en semanas de edad gestacional estimada por ecografía temprana. Su promedio fue de $37,6 \pm 3,0$ semanas.

Figura 4. Distribución de pelvianas según terminación. Sardá 1996.



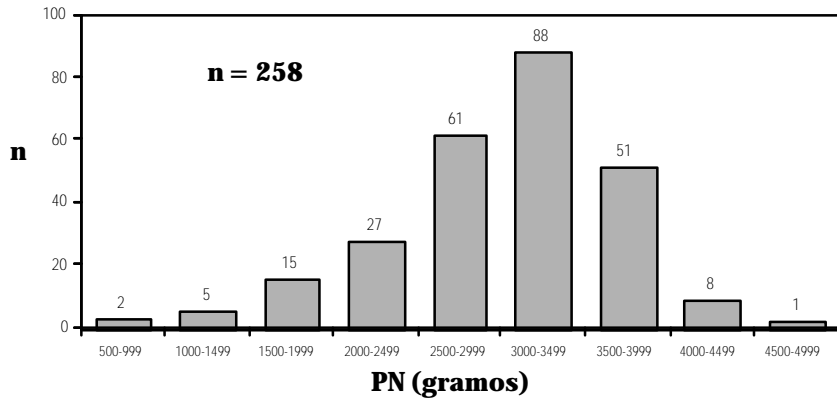
La terminación del embarazo muestra la impactante cifra de 83% de cesáreas (*Figura 4*).

Figura 5. Distribución de pelvianas según Apgar. Sardá 1996.



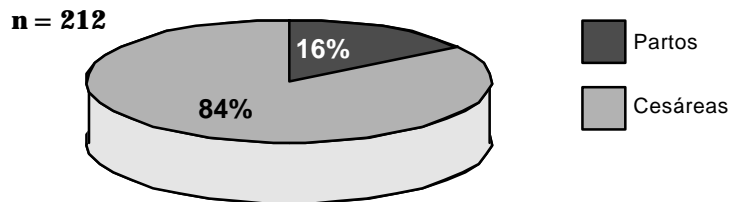
El Apgar al 1^{er} minuto muestra un promedio de $7,92 \pm 1,7$ y el correspondiente al del 5^o minuto fue de $9,43 \pm 1,3$ (*Figura 5*).

Figura 6. Distribución de pelvianas según PN. Sardá 1996.



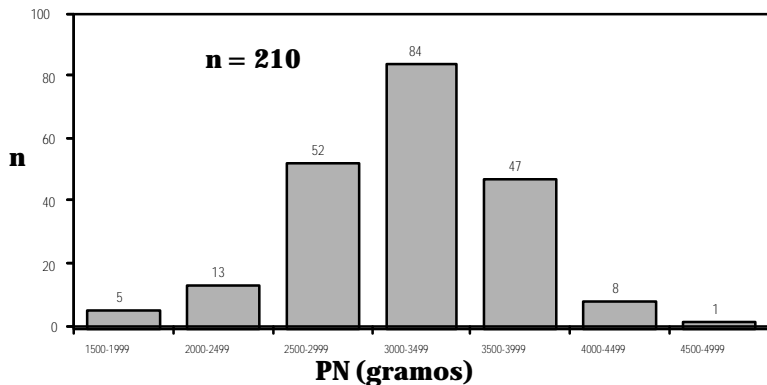
El peso promedio de los neonatos fue de 2.997 ± 663 gramos y su distribución en intervalos de 500 gramos se observa en la *Figura 6*.

Figura 7. Distribución de pelvianas de más de 36 semanas según terminación. Sardá 1996.



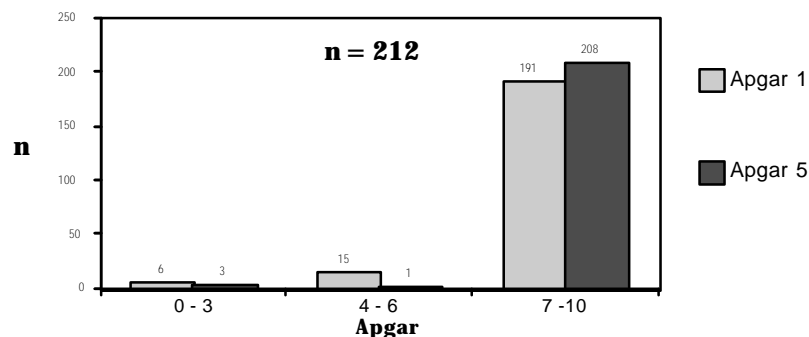
Si nuestro informe toma en cuenta solamente aquellas pacientes que tienen su nacimiento luego de haber cumplido las 36 semanas de amenorrea el número de la muestra se modifica ($n = 212$) y algunos resultados perinataológicos también. La terminación del embarazo se mantiene similar como podemos verlo en la *Figura 7*.

Figura 8. Distribución de pelvianas de más de 36 semanas según PN. Sardá 1996.



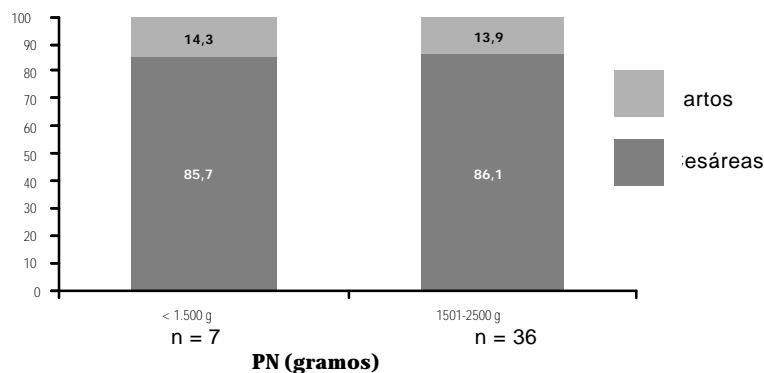
El peso al nacer obviamente se mejora como vemos en la *Figura 8* y su promedio pasa a ser de 3.163 ± 522 gramos.

Figura 9. Distribución de pelvianas de más de 36 semanas según Apgar. Sardá 1996.



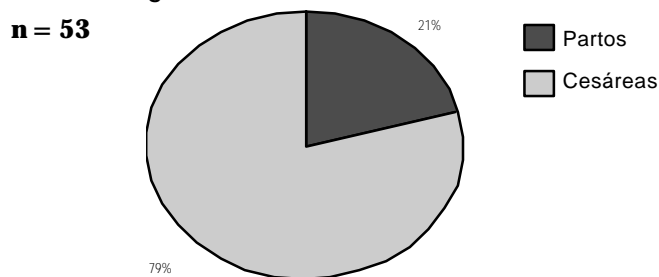
El promedio del Apgar se incrementa tanto al 1^{er} minuto (8,22) como al 5^{to} minuto (9,62) (*Figura 9*).

Figura 10. Distribución de pelvianas según terminación y PN. Sardá 1996.



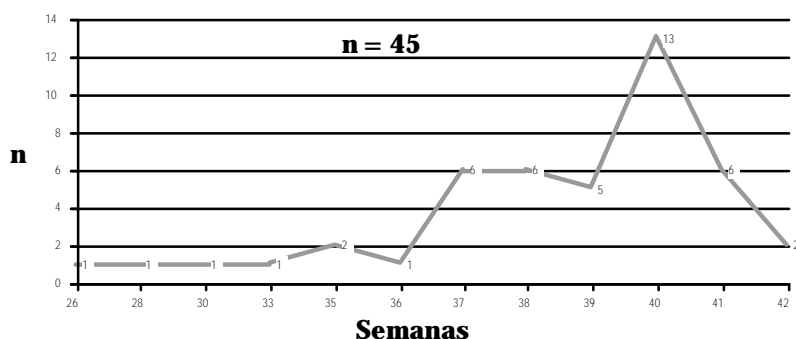
Si tomamos en cuenta el peso al nacer y consideramos la división aceptada internacionalmente de < de 1.500 gramos y de 1.501-2.500 gramos la terminación del parto en estos neonatos es similar y se presenta en la *Figura 10*.

Figura 11. Distribución de pelvianas de menos de 36 semanas según terminación. Sardá 1996.



En cambio si tomamos todas las pacientes que terminan su embarazo antes de la semana 36 de amenorrea el parto vaginal se da en el 20,8% de los casos como muestra la *Figura 11*.

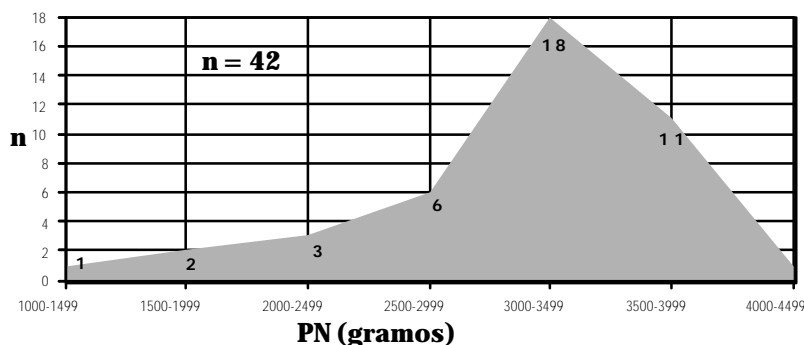
Figura 12. Distribución de partos vaginales en pelviana según EG (Capurro). Sardá 1996.



Ahora vamos a analizar por separado la población de partos vaginales y la población de cesáreas.

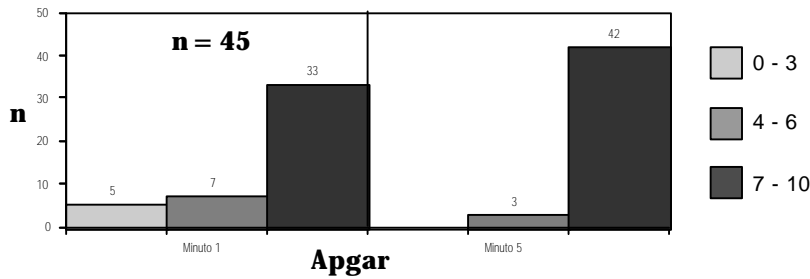
Terminaron en *parto vaginal* 45 pacientes con una edad gestacional promedio por Capurro de $38,18 \pm 3,3$ semanas. Su distribución se observa en la *Figura 12*.

Figura 13. Distribución de partos vaginales en pelviana según PN. Sardá 1996.



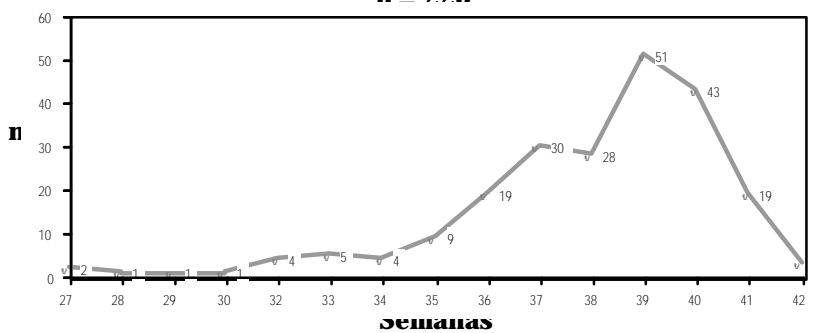
El peso al nacer de los partos vaginales tuvo un promedio de 3.125 ± 640 gramos y se muestra en la *Figura 13*.

Figura 14. Distribución de partos vaginales en pelviana según Apgar. Sardá 1996.



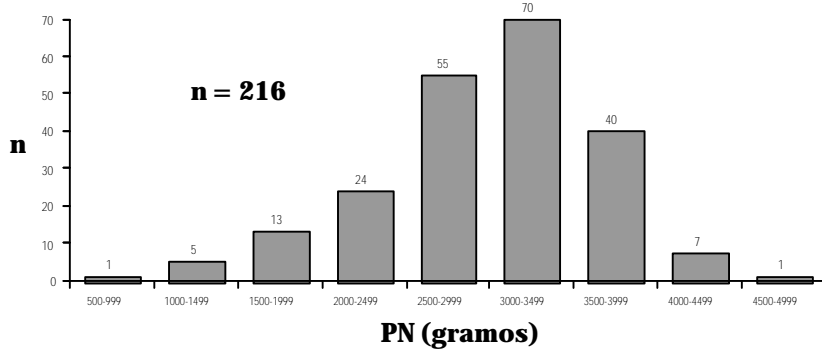
El score de Apgar muestra un promedio de $7,29 \pm 2,1$ al 1^{er} minuto y $9,16 \pm 1,4$ al 5^{to} minuto. Ambos se observan en la *Figura 14*.

Figura 15. Distribución de cesáreas en pelviana según EG (Capurro). Sardá 1996.



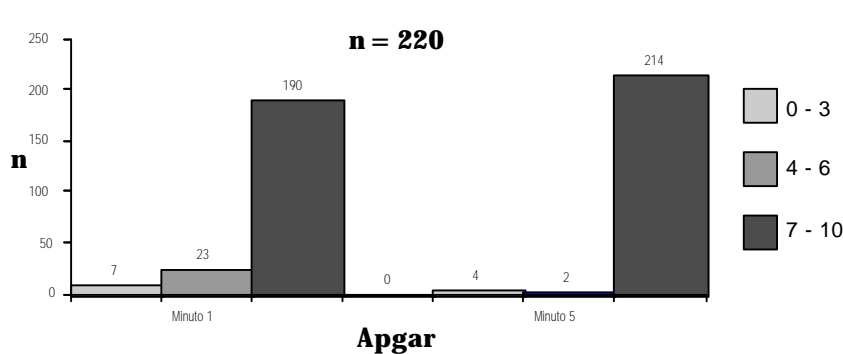
La operación cesárea fue efectuada en 220 pacientes con un promedio de edad gestacional por Capurro de $37,99 \pm 2,5$ semanas (*Figura 15*).

Figura 16. Distribución de cesáreas en pelviana según PN. Sardá 1996.



El promedio de peso al nacer de las cesáreas fue de 2.972 ± 665 gramos y los mismos se distribuyeron según la *Figura 16*.

Figura 17. Distribución de cesáreas en pelviana según Apgar. Sardá 1996.



El score de Apgar muestra para la cesárea un promedio de $8,05 \pm 1,6$ en el 1^{er} minuto y $9,48 \pm 1,3$ en el 5^{to} minuto, indicados en la *Figura 17*.

Las indicaciones de las cesáreas se muestran en la *Tabla 1* notándose la gran influencia de los antecedentes obstétricos.

Discusión

Es importante remarcar el alto número de nulíparas (47,5%) que terminan su embarazo con una presentación pelviana. Afortunadamente solo el 20% (n = 53) de las pacientes tienen su parto antes de la semana 36. La frecuencia de cesáreas es alta (83%) y si bien es similar a la que refieren la mayor parte de los servicios de Obstetricia de tercer nivel, pensamos que la misma puede ser mejorada. El 23% de los RN pesó menos de 2.500 gramos y el 2,7% pesaron menos de 1.500 gramos. La vía de terminación fue similar tanto en los MBPN (cesáreas: 85,7%) como en los de 1.501 a 2.500 gramos (cesáreas: 86,1%) y sin diferencias con la de la población general (83%).

La edad gestacional por exámen físico (Capurro) fue ligeramente menor en las cesáreas (37,9 sem.) que en los partos vaginales (38,1 sem.). El peso al nacer muestra similar tendencia con un promedio mayor en la vía vaginal (3.818 gramos) que en la abdominal (3.799 gramos).

Tabla 1. Indicaciones de cesárea en pelviana.

Indicaciones	N	%
Nuliparidad	106	52,7
Cesárea anterior	39	17,7
Falta de Progr. y Desc.	11	5,0
RPM	10	4,5
Pelviana	9	4,0
Pretérmino	6	2,7
Oligoamnios	5	2,2
Emb. Cron. Prolongado	4	1,8
Feto muerto anterior	4	1,8
Procidencia de cordón	4	1,8
Procidencia de miembro	4	1,8
Polhidramnios	3	1,3
Varias	15	6,8
Total	220	100,0

El Apgar al 1^{er} minuto fue de 7,3 en los vaginales y 8,0 en las cesáreas, trepando a 8,2 en las pacientes con amenorrea mayor de 36 semanas. Al 5^{to} minuto el Apgar de la población de pelvianas fue en promedio 9,4 correspondiendo un 9,5 a las cesáreas y un 9,2 a los partos vaginales.

El análisis de las indicaciones de las 220 cesáreas evidencia una gran influencia de los antecedentes obstétricos ya que el 52,7% fue por nuliparidad y el 17,7% por cesárea anterior, que sumados dan un 70,4%.

Seguramente se pueden hacer muchas mas deducciones a partir de estos datos y ello indica que la presentación pelviana sigue siendo motivo de controversias necesitando un debate profundo con excluyente rigor científico.

El análisis de las indicaciones de las 220 cesáreas evidencia una gran influencia de los antecedentes obstétricos ya que el 52,7% fue por nuliparidad y el 17,7% por cesárea anterior, que sumados dan un 70,4%.

Bibliografía

1. Consensus Conference Report. Indications for cesarean section: Final statement of the panel of the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth. Can Med Assoc J 1986; 134: 1348-52.
2. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term; a critical review of the literature. Obstet Gynecol 1993; 82: 605-18.
3. Pollard JK, Bernstein IM, Cherouny PH. Letters. Obstet Gynecol 1994; 83: 478-9.
4. Cibils LA, Karrison T, Brown L. Factors influencing neonatal outcomes in the very-low-birth-weight fetus (< 1.500 grams) with a breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 35-42.
5. Amon E, Sabai BM, Anderson GD. How perinatologists manage the problem of the presenting breech. Am J Obstet Gynecol 1988; 5: 247-50.
6. Althabe O. Presentación pelviana durante el embarazo y el parto. Clin Perinatol Arg 1996/1997; 1: 7.
7. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term; a critical review of the literature. Obstet Gynecol 1993; 82: 605-18.
8. Green JE, McLean F, Smith LP, et al. Has an increased cesarean section rate for term breech delivery reduced the incidence of birth asphyxia, trauma, and death? Am J Obstet Gynecol. 1982; 142: 643-8.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of the breech presentation. ACOG technical bulletin no. 95. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1986.