

TRABAJOS ORIGINALES

1. PARTO PELVIANO: 100 PARTOS VAGINALES VERSUS 100 OPERACIONES CESAREAS. ANALISIS PERINATAL

Prof. Dr. Pascual A. Taccone, Jefe del Servicio de Clínica Obstétrica II del Hospital "Luis C. Lagomaggiore". Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. José Osvaldo Amodeo, Jefe de la Residencia Médica de Tocoginecología del Hospital "Luis C. Lagomaggiore".

Dra. Graciela Mónica García, Médica Residente del Servicio de Clínica Obstétrica de la Maternidad "José F. Moreno", Hospital "Luis C. Lagomaggiore".

Dra. María Inés Acerete, Médica residente del Servicio de Clínica Obstétrica de la Maternidad "José F. Moreno", Hospital "Luis C. Lagomaggiore".

RESUMEN

Se analizan 100 partos pelvianos vaginales y se los compara con 100 operaciones cesáreas efectuadas con feto en pelviana, a fin de evaluar el riesgo perinatal que tienen esas dos modalidades de atención.

Se concluye que el riesgo obstétrico (traumatismo y asfixia neonatal) es mayor en el parto vaginal que en la operación cesárea. Dicho riesgo se evaluó en términos de mortalidad neonatal que fue de 3 % para la vía vaginal y 0 % para la cesárea; y de morbilidad, mediante la asfixia neonatal, que fue de 5 % para la vía vaginal y 1 % para la cesárea.

Se aconsejan métodos de selección para la vía del parto que aseguren buenos resultados perinatales por ambas vías.

SUMMARY

One hundred vaginal deliveries are studied and compared with one hundred cesarean operations done with fetus that is in pelvic position to evaluate the perinatal risk which these two ways of attention carry.

It is concluded that the obstetric risk (traumatism and neonatal asphyxia) is greater in vaginal delivery than in cesarean operation. Such risk was evaluated in terms of neonatal mortality, being the result 3 % for vaginal way and 0 % for the cesarean operation and considering morbidity by means of the neonatal asphyxia, the result was 5 % for the vaginal way and 1 % for the cesarean operation.

Different methodologies of selection are advised for the delivery via which will ensure satisfactory perinatal results for both ways.

OBJETIVO

El tratamiento de las pacientes con parto en pelviana sigue siendo uno de los problemas más difíciles y que merece mayor atención en obstetricia.⁽¹⁾ La mayoría de los trabajos hacen referencia a la problemática del parto pelviano, analizando el riesgo perinatal en el grupo porcentual habitual de 3 a 5 % de partos pelvianos que generalmente ocurren en toda Maternidad. Nosotros decidimos analizar la situación

evaluando el riesgo perinatal y materno de 100 partos pelvianos que evolucionaron por vía vaginal, frente a 100 operaciones cesáreas efectuadas en partos pelvianos.

MATERIAL

Seleccionamos al azar 100 partos pelvianos y 100 operaciones cesáreas efectuadas con feto en presentación pelviana, atendidos en la Maternidad "José F.

Moreno", Hospital "Luis C. Lagomaggiore" de Mendoza, entre el 17 de setiembre de 1986 y el 17 de setiembre de 1987.

METODO

Como deliberadamente seleccionamos el material en estudio según la vía del parto (vaginal-cesárea), decidimos comparar esas formas de terminación del parto con parámetros que pongan de manifiesto las ventajas o desventajas de tal atención. Esos parámetros fueron: forma de atención del parto vaginal,⁽⁵⁾ indicación de la cesárea, paridad, complicaciones obstétricas, peso del recién nacido, anomalías fetales, morbilidad neonatal, mortalidad perinatal y morbi-mortalidad materna. Estos parámetros, a su vez, fueron evaluados con el peso del neonato según el mismo fuera menor o mayor de 2.500 gramos, ya que la vía del parto y el peso del recién nacido parecen ser los factores que más gravitan en el pronóstico perinatal.

RESULTADOS OBTENIDOS

En el análisis se observará que los neonatos son 101 en cada grupo ya que hubo un embarazo gemelar en cada uno de ellos.

Paridad y parto pelviano

	PARTO PELVIANO VAGINAL			OPERACION CESAREA		
	-2.500	+2.500	Total(%)	-2.500	+2.500	Total (%)
Nulíparas	4	3	7	9 (*)	51	60
Múltiparas	21	73 (*)	93	7	34	40

(*) Gemelar

Las múltiparas (93 %) son las pacientes que más utilizaron la vía vaginal para el parto, quizás dada la confiabilidad que supone un parto anterior. En los

Parto pelviano vaginal

	-2.500	+2.500	Total(%)
Con ayuda manual	10 (*)	54	64
Parto enteramente espontáneo	15	22	36

(*) Gemelar

En este grupo observamos que más de la tercera parte de los partos fue enteramente espontánea, con una buena proporción de fetos pequeños. Vemos además una tendencia a la ayuda manual en los de mayor peso, los que habitualmente originan la mayoría de las anomalías mecánicas del parto pelviano.

Operación cesárea

	-2.500	+2.500	Total(%)
Electiva	1 (*)	9	10
Intraparto	15	76	90

(*) Gemelar

Este grupo demuestra una clara vocación hacia la vía natural que, por supuesto, no se concretó, dado que 90 % de las operaciones fueron intraparto. Tan sólo 10 % de las cesáreas fueron programadas o electivas.

Complicaciones obstétricas

	PARTO PELVIANO VAGINAL			OPERACION CESAREA		
	-2.500	+2.500	Total(%)	-2.500	+2.500	Total(%)
Desprendimiento prematuro de placenta	—	—	—	—	1	1
Placenta previa	—	—	—	1	—	—
Prolapso de cordón	1	1	2	—	4	4
R.P.M.	6	13	19	9	38	47
H.I.E.	2	9	11	1	11	12
Feto muerto	7	—	7	—	1	1
Sufrimiento fetal	—	1	1	1	1	2
Cesárea previa	2	—	2	2	11	13
Embarazo gemelar	1	—	1	1	—	1
Polihidramnios	1	—	1	—	—	—

Llama la atención la alta incidencia de R.P.M. en ambos grupos (vía vaginal, 19 %; cesárea, 47 %). Este accidente es seguido del comienzo del parto a corto plazo en la mayoría de los casos, frustrando la versión espontánea a cefálica y consolidando la presentación pelviana. La hipertensión inducida por el embarazo (H.I.E.) también registra una incidencia mayor que la habitual (12 %) (en nuestra Maternidad es de 5,6 %). Esta complicación al reducir el gasto

útero placentario por vasoespasmo, posiblemente reduzca la motilidad fetal necesaria para la versión espontánea a cefálica. Respecto del feto muerto como complicación, de 8 casos, 7 fueron de muy bajo peso y por razones obvias el parto fue vaginal. Finalmente, el antecedente de cesárea previa fue la indicación de 13 % de las cesáreas efectuadas, ya que el útero con una cicatriz en su pared es considerado como factor de riesgo a los fines del parto vaginal.⁽²⁾

Bajo peso al nacer

Parto pelviano vaginal, 25 %; operación cesárea, 16 %.

El bajo peso al nacer está muy asociado al embarazo de pretérmino y a la presentación pelviana.⁽²⁾ La estimación del peso fetal puede determinarse durante el embarazo por métodos clínicos o ultrasonícos,^(2, 7) y es un criterio muy importante para evaluar rápidamente si la paciente es candidata al parto vaginal. En nuestro estudio registramos una manifiesta relación del parto vaginal con el bajo peso al nacer (25 %); de ellos, 3 casos fueron pequeños para la edad gestacional.

Morbilidad neonatal

	PARTO PELVIANO VAGINAL			OPERACION CESAREA		
	-2.500	+2.500	Total (%)	-2.500	+2.500	Total (%)
Depresión neonatal (D.N.)	3	5	8	4	1	5
Síndrome depresión respiratoria (S.D.R.)	3	5	8	4	1	5
Pequeña edad gestacional (P.E.G.)	3	—	3	—	—	—

Analizando el cuadro precedente registramos un aumento de la D.N. en la vía vaginal (5 %) frente a 1 % registrado en los casos de cesárea en neonatos de más de 2.500 gramos.

En cuanto al S.D.R. consignamos un incremento (8 %) a expensas de los niños nacidos por vía vaginal con más de 2.500 gramos, que fueron casos de taquip-

Anomalías fetales

Las anomalías fetales están muy relacionadas a la presentación pelviana. En nuestros casos encontramos 7 casos en la vía vaginal y en neonatos de más de 2.500 gramos (1 síndrome de Down, 1 cardiopatía congénita, 2 malformaciones múltiples, 1 artrogriposis, 1 clindactilia y 1 hemangioma de labio superior). En las cesáreas sólo se registró un caso de clindactilia en un neonato de más de 2.500 gramos. El defecto congénito siempre debe investigarse en casos de presentación pelviana a fin de evaluar, en ellos, en lo posible, siempre la vía vaginal.

nea transitoria que evolucionaron favorablemente. Hubo 3 casos (3 %) de P.E.G. en la vía vaginal en neonatos de menos de 2.500 gramos que responden a cifras no incrementadas.

Al considerar la mortalidad perinatal, es menester depurar las estadísticas globales y considerar sólo la mortalidad obstétrica, es decir las muertes que ocurren

Mortalidad perinatal

	PARTO PELVIANO VAGINAL			OPERACION CESAREA		
	-2.500	+2.500	Total (%)	-2.500	+2.500	Total (%)
Mortalidad fetal tardía	7	—	7	—	1	1
Mortalidad neonatal precoz	4	3	7	—	—	0
Mortalidad perinatal	11	3	14	—	—	1

como consecuencia del parto y de las maniobras practicadas en el mismo, con exclusión de los fallecimientos no imputables al parto y determinados, por ejemplo, por prematuridad, malformaciones importantes, enfermedades maternas, etc.⁽³⁾ Tan sólo una tercera parte de las muertes perinatales en la presentación de nalgas se deben a factores potencialmente prevenibles, que son básicamente dos: el traumatismo y la asfixia.⁽²⁾ Por estos motivos las estadísticas publicadas sobre mortalidad oscilan ampliamente entre 3 a 25 %.⁽¹⁰⁾

En nuestros casos, de las 14 muertes perinatales en el parto vaginal 11 ocurrieron en neonatos de muy bajo peso (entre 800 a 1.310 g), que no serán tomados en cuenta para el análisis por las razones ya apuntadas precedentemente. Por lo tanto, consideraremos como mortalidad íntimamente ligada al parto pelviano (mortalidad obstétrica o depurada) las tres muertes (3 %) neonatales en el parto vaginal (1 asfixia severa y 2 traumas obstétricos: fórceps en cabeza última y maniobra de Moriceau laboriosa), contra ninguna (0 %) en los partos por cesárea, todas ocurridas en neonatos de más de 2.500 gramos.

Morbimortalidad materna

En los partos vaginales hubo un caso de rotura uterina en una paciente con cesárea previa. En los partos por cesárea hubo sólo morbilidad infecciosa con baja incidencia: 2 % de endometritis y 3 % de absceso de pared abdominal. No hubo muertes maternas.

DISCUSION

La presentación pelviana ha originado siempre criterios divergentes respecto de la vía del parto. Desde siempre se sabe que este parto implica un riesgo en la vía vaginal, representado por el traumatismo y la asfixia neonatal.⁽⁹⁾ Esta realidad ha determinado que en algunos centros se practique la cesárea en todas las presentaciones pelvianas como medio para evitar los citados problemas.⁽²⁾ La presentación pelviana tiene un entorno representado por malformaciones fetales, complicaciones maternas, muertes intrauterinas anteparto, prematuridad, etc., que gravita sobre ambas formas de atención del parto. Por estos motivos, en muchos centros utilizan criterios preestablecidos⁽⁶⁾ para elegir o seleccionar⁽⁴⁾ la vía del parto al nacer.

De los casos analizados en el presente trabajo, observamos la ya mencionada vocación vaginalista, dado que 90 % de las cesáreas fueron intra-parto. El antecedente de un parto anterior parece que fue el criterio que más aconsejó la vía vaginal (93 % de multíparas), mientras que en la cesárea predominaron las nulíparas (60 %). También era de esperar que los neonatos de bajo peso fueran más frecuentes en la vía vaginal (25 %) que en la cesárea (16 %). Estos datos que acabamos de mencionar influyen en el pronóstico de ambos grupos, como dijimos antes; pero son el traumatismo y la asfixia neonatal los factores potencialmente prevenibles que, ligados al parto vaginal, influyen en la morbilidad neonatal. Así es como 5 % de los neonatos de más de 2.500 gramos nacidos por vía vaginal desarrollaron asfixia neonatal contra 1 % en la cesárea y además registramos una mortalidad neonatal de 3 % (de origen traumático y asfíctico) en el parto vaginal contra 0 % en los partos por cesárea, también en neonatos de más de 2.500 gramos.

CONCLUSIONES

Es evidente que de acuerdo con lo planteado en los objetivos de este trabajo, la vía vaginal resultó de mayor riesgo perinatal que por cesárea. Estos resultados no nos autorizan a aconsejar sistemáticamente la cesárea en los partos pelvianos, ya que no podemos ignorar la existencia de partos vaginales espontáneos y atraumáticos, inclusive en nulíparas y con neonatos de peso normal y sanos. Por lo tanto es aconsejable utilizar criterios para las pacientes candidatas al parto vaginal. Somos partidarios de la vía vaginal en los partos pelvianos de término, siempre que la pelvis sea ginecoide, el feto no sea macrosómico y la cabeza no se encuentre deflexionada. Entendemos que la nuliparidad no es un factor excluyente, ya que el polo cefálico debe modelarse rápidamente en su expulsión tanto en las nulíparas como en las multíparas; si no están presentes estas condiciones debe efectuarse cesárea. En los embarazos de pretérmino preferimos la vía vaginal, indicando cesárea sólo por otras razones obstétricas.

Estos criterios aseguran excelentes resultados perinatales, tanto por vía vaginal como por operación cesárea. (4, 11)

BIBLIOGRAFIA

1. Brennen, E. W.: "Presentación de nalgas". *Clínicas Obstétrica y Ginecológica*, vol. 2, pág. 545. Ed. Interamericana, México, 1978.
2. Cruikshank, P. P.: "Presentación de nalgas". *Clínicas Obstétrica y Ginecológica de Norteamérica*, vol. 2, pág. 325. Ed. B. Ateneo, Buenos Aires, 1986.
3. Schwarcz, R. L., y col.: "Obstetricia", pág. 545. Ed. B. Ateneo, Buenos Aires, 1986.
4. Martín, R., y Taccone, P.: "Morbilidad y mortalidad perinatal asociada a la presentación pelviana".
5. Ron, M., y col.: "Taquicardia fetal durante el parto de nalgas". *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 6:96-97, oct. 1985.
6. Watson, W. J., y col.: "Parto vaginal para fetos en presentación pelviana incompleta. Variedad de nalgas a término". *Obstet. and Gynecol.*, 6:638-649, nov. 1984.
7. Goldemberg y col.: "La presentación de nalgas no esperada en el parto". *Clínicas Obstétrica y Ginecológica*. Ed. Interamericana, vol. 1, pág. 123, 1984.
8. Perkins y col.: "Distocias fetales". *Clínicas Obstétrica y Ginecológica*, vol. 1, pág. 53. Ed. Interamericana, 1987.
9. Weingold, A. B.: "El tratamiento de la presentación pelviana". *Perinatología operatoria*, pág. 561, 1986.
10. Pritchard y col.: "Williams Obstetricia", pág. 631. Salvat, Barcelona, España, 1986.
11. Myers, S. A., y col.: "Bruch Delivery: Why the dilemma?". *Amer. J. of Obstet. and Gynecol.*, 156 (1):6-10, Ref. 16, 1987.