

LA PRESENTACION PELVIANA

Dr. Eduardo Valenti

División Obstetricia.

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Resumen

Se analizaron 53 publicaciones científicas que evaluaron la morbimortalidad perinatal en los embarazos que terminaron con una presentación pelviana.

Se pueden observar las diferentes tendencias y motivos de la indicación quirúrgica como las argumentaciones para el parto vaginal. También se refiere a la prematurez como causa de pelviana y a la prematurez como causa de cesárea. Finalmente se realiza un análisis pormenorizado del debate actual acerca de la vía de terminación en esta presentación para las diferentes edades gestacionales.

Introducción

En 1959 R.C. Wright propuso que todas las embarazadas con presentación pelviana deberían ser intervenidas quirúrgicamente con una operación cesárea. Dicha publicación se titulaba: "Reducción de la mortalidad y morbilidad perinatal en el parto en pelviana mediante el uso rutinario de cesárea".⁽¹⁾

Esta conducta ha llevado a un aumento indiscriminado de operaciones cesáreas que elevó la incidencia total de la misma en todo EE.UU. a una cifra del 24% y si nos referimos a la cesárea en pelviana dicha incidencia llegó al 90% en general y a 100% en pesos menores a 2.000 gramos.⁽²⁾

El razonamiento para inducir a la cesárea estaba basado en la observación de mayor mortalidad perinatal en los partos en pelviana comparados con los partos en cefálica.

Hace 40 años Hall y Kohl publicaron en 1.011 partos en pelviana una mortalidad perinatal 5 veces superior a la de partos en cefálica.⁽³⁾ Y 10 años más tarde, en 16.327 pelvianas Morgan y Kane informaron una mortalidad perinatal de 150.8‰ comparado con un 27.5‰ para la población general y una mortalidad neonatal de 88.4‰ comparada con el 14‰ de la población general.⁽⁴⁾

Entre 1970 y 1985 la incidencia de cesáreas en pelviana en EE.UU. se incrementó 7 veces (de 11.6% a 79.1%)⁽⁵⁾ por lo que en 1986 el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología indicó que "tanto la cesárea como el parto vaginal (en casos cuidadosamente seleccionados) pueden ser indicados para la presentación pelviana incompleta modalidad nalgas de término" y señaló que "las controversias relacionadas con el parto en pelviana no podían ser

contestadas todavía con consenso total".⁽⁶⁾

En Canadá la incidencia de cesáreas aumentó de 5.6% en 1970 a 18.9%⁽⁷⁾ en 1986 y por ello la Conferencia Nacional de Consenso sobre Nacimientos por Cesárea aconsejó "que el parto vaginal planificado debería ser recomendado en pelvianas completas o incompleta modalidad nalgas con 36 semanas o más y/o con un peso estimado entre 2.500 y 4.000 gramos".⁽⁸⁾

Muchas de las publicaciones de esa época eran estudios retrospectivos que no diferenciaban las cesáreas electivas de las intraparto, tomaban de la misma manera las diferentes variedades y/o modalidades y mezclaban fetos pretérmino con los de término, por lo que se hacía difícil el análisis de los resultados.⁽⁹⁾

Objetivo

Mostrar la realidad actual de la presentación pelviana a través del análisis de publicaciones científicas y tratar de ilustrar sobre las propuestas para solucionar el abordaje de esta problemática.

Esta comunicación abarcará los antecedentes, la evolución de las conductas, el porqué de la cesárea, su frecuencia, las alternativas y las soluciones propuestas en diversos lugares.

Tendencias y motivos de la cesárea

Esta tendencia universal de cesárea en pelviana fue responsable del 40% de aumento de la incidencia total de cesáreas en la década pasada. Los partida-

rios de la vía abdominal encontraban mejores resultados neonatales con la cesárea mientras que los partidarios del parto no encontraban diferencias perinatales que justificaran el riesgo de una intervención quirúrgica.

En las recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en 1994 para el manejo de la pelviana se enuncia como comprobado que la morbilidad y la mortalidad perinatal asociada a la pelviana son mayores que las de la presentación cefálica en cualquier edad gestacional. Desafortunadamente el dramático aumento en la incidencia de cesáreas no ha sido asociado con una mejoría importantísima de los resultados neonatales comparados con los resultados de las cefálicas. Por lo tanto, el modo de parto puede no ser el factor crítico en la morbilidad y mortalidad perinatal.⁽⁹⁾

El Comité de la FIGO estudió el manejo de la pelviana en los países desarrollados y en vías de desarrollo pero no encontró trabajos randomizados y controlados como para sacar conclusiones; la mayoría eran retrospectivos y no distinguían por ejemplo entre cesáreas electivas y cesáreas de urgencia. También señalaron que la pelviana puede tener mayor morbilidad y mortalidad perinatal intrínseca independientemente de la vía de parto.

Cheng reafirma –en contestación a una carta de Pollard– que la única forma de determinar el modo apropiado de parto para la presentación pelviana de término es realizar un estudio randomizado de más de 3.000 pacientes y entonces demostrar una diferencia significativa en la mortalidad perinatal. Si esto no se hace, será demasiado tarde, y el arte obstétrico del parto vaginal en pelviana se perderá para siempre.⁽¹⁰⁾

El libro clásico de Obstetricia de Williams en los EE.UU. marca que la cesárea en un muy bajo peso al nacer (VLBW) debe ser tan atraumática que la incisión tiene que ser vertical y casi siempre extendida hasta el cuerpo uterino. Obviamente esta conducta condiciona el futuro obstétrico de la paciente.⁽¹¹⁾ La práctica diaria nos muestra una realidad totalmente distinta, ya que se puede efectuar una extracción cuidadosa del feto pretérmino con una incisión arciforme sobre el segmento inferior.

Cibils opina que el uso extendido de la cesárea no está basado en un estudio que mejore la chance de sobrevivida. Es la consecuencia de la enseñanza clásica de que la pelviana es peligrosa para el feto y que cuanto más joven (y más liviano) sea éste, peor será el pronóstico.⁽¹²⁾

Robertson en 1995 y 1996 estudió 453 pelvianas entre 24 y 36 semanas y muestra las formas de terminación según edad gestacional que figuran en la *Tabla 1*.^(13,14)

El análisis de la tabla nos muestra un aumento en la frecuencia de cesáreas en las edades gestacionales entre 28 y 32 semanas con un pico de 97% a las 29-30 semanas para luego disminuir a un 66% llegando al final del embarazo.

A pesar que la mayoría de los estudios no muestran ventajas neonatales en la aplicación rutinaria de cesárea en los MBPEG (VLBW) muchos obstetras argumentan que hay mayor frecuencia de dificultad en la extracción de la cabeza en los partos vaginales y ello justificaría la indicación.

Tabla 1. Terminación del parto en presentación pelviana según edad gestacional.^(13,14)

Edad Gestacional (semanas)	n	vaginal (%)	cesárea (%)
24	29	69	31
25	25	28	72
26	41	22	78
27	37	19	81
28	39	5	95
29	30	3	97
30	36	3	97
31	31	6	94
32	37	8	92
33	34	18	82
34	27	26	74
35	37	35	65
36	50	34	66

Amon y Penn en encuestas realizadas a especialistas sugieren que la preferencia por la cesárea se debe a una combinación de motivos intelectuales, emocionales y legales más que a causas racionales o científicas.⁽¹⁵⁾ Más del 80% de los encuestados modificarían su conducta si estudios randomizados (hechos por otros) mostraran que la cesárea no tiene ventajas.⁽¹⁶⁾

En otra encuesta Penn encontró que solo el 35% de los obstetras consideraban valedera la indicación de cesárea en la pelviana aunque el 76% (más del doble) la utilizaban de rutina. En todos los casos el temor a la retención de cabeza condicionaba la indicación.⁽¹⁷⁾

Muchos han sido los procedimientos empleados para reducir las pérdidas perinatales en la presentación pelviana; entre ellos podemos citar la versión cefálica externa, la pelvimetría radiológica, la aplicación del fórceps de Piper y la operación cesárea.

Althabe señala que deberíamos recordar la poca evidencia científica con la que se cuenta para eliminar el parto vaginal como forma de nacimiento de las pelvianas de término y que mientras se manten-

gan argumentos endebles solo se contribuirá a cerrar un círculo vicioso poco beneficioso para las madres, sus hijos y la ciencia.⁽¹⁸⁾

Prematurez como causa de cesárea

Goldemberg⁽¹⁹⁾ se refirió a la presentación pelviana no esperada en el parto y señaló que la toma de decisión debe hacerse en un corto tiempo por lo que, a una situación de por sí difícil se le agrega una más difícil todavía. Considera tres razones que aumentan el *riesgo de asfixia* en un feto pretérmino en pelviana:

- 1) a menor edad gestacional mayor posibilidad de presentación pelviana anómala (pie, rodilla) con una incidencia de prolapso de cordón del 10 al 20%;
- 2) a menor edad gestacional mayor es la cabeza en relación al cuerpo permitiendo la salida del polo pelviano con una dilatación insuficiente; y
- 3) hay mayor incidencia de insuficiencia placentaria y de desprendimiento durante el parto.⁽²⁰⁾

A la asfixia se agrega el *traumatismo* durante el parto y la mayor frecuencia de *malformaciones congénitas* que explicarían algunos de los malos resultados neonatales en los RN pretérmino.⁽¹⁹⁾ Sin embargo, las causas principales de morbilidad en el prematuro son el síndrome de membrana hialina, la enterocolitis necrotizante y la hemorragia ventricular que no son específicamente causadas por la presentación pelviana en el parto.⁽²⁰⁾

Al referirse a los fetos de término sigue la tríada asfixia-traumatismo-malformación, aunque la primera es generalmente debida a dificultad en la extracción de la cabeza y a prolapso de cordón.⁽²¹⁾

El prolapso de cordón ocurre tan solo en 0.5% de las presentaciones cefálicas como así también en las incompletas modalidad nalgas, pero se presenta en el 4-5% de las completas y en el 10% de las incompletas modalidad pie.⁽²²⁾

La dificultad en la extracción de la cabeza se presenta en el 87.8% de los partos en pelviana según Fischer-Rasmussen.⁽²³⁾ Los hallazgos de Robertson⁽¹³⁾ indican que la dificultad en la extracción de la cabeza ocurrió en menos del 10% de los casos tanto en la vía vaginal como en la abdominal. Cuando se comparó dicha incidencia entre partos vaginales y cesáreas para distintas edades gestacionales la diferencia resultó no significativa tanto en el grupo de 24 a 28 semanas como en el de 29 a 36 semanas. Por lo tanto sugieren que el uso de cesárea no disminuye la incidencia de dificultad en la extracción cefálica en gestaciones menores de 37 semanas.

La lesión obstétrica durante el parto vaginal se presenta en el 6.7% de los casos y es 13 veces

superior a la asociada con las presentaciones cefálicas.⁽²⁴⁾ Entre ellas citaremos cefalohematomas, daño en la médula espinal, daño en el plexo braquial, parálisis facial, fractura de clavícula o de huesos largos, hematomas o desgarros del esternocleidomastoideo y lesión de órganos abdominales.

Prematurez y otras causas de pelviana

La prematurez es una de las causas de pelviana ya que el 20-32% de las pelvianas son menores de 2.500 g mientras que solo el 8-10% del total de partos tiene ese peso.^(3,4) En realidad la prematurez no es una causa, ocurre que cuanto más temprano se desencadena el parto es más probable encontrar al feto en presentación pelviana.

La incidencia de pelviana fue estudiada en el Estado de Washington en 127.171 nacimientos excluyendo solamente los embarazos gemelares. En la tabla 2 se muestran los resultados de 3 estudios de incidencia, entre ellos el de Washington.⁽²⁵⁾

Tabla 2. Frecuencia relativa de presentación pelviana según edad gestacional.⁽²⁵⁾

Duración del embarazo (en semanas)	Scheer y Nubar (n = 2.276)	Hill (n = 4.024)	Washington State (n = 127.171)
25 - 26	31.8	sin datos	20.6
27 - 28	24.9	24.4	21.7
29 - 30	16.0	18.7	11.5
31 - 32	12.7	13.3	7.4
33 - 34	10.8	9.4	6.3
35 - 36	7.0	6.8	4.9
37 - 38	7.0	3.7	3.6
39 - 40	6.1	sin datos	2.6
> 40	sin datos	sin datos	1.7

La modalidad más frecuente de esta presentación es la de *nalgas franca*, la cual se observa en el 38% de los RN de menos de 2.500 g, y el 50-70% de los de más de 2.500 g. La variedad *completa* corresponde al 12% de los de menos de 2.500 g y al 5-11% de los de más de 2.500 g. Por último la modalidad *pie* se presenta en el 50% de los de menos de 2.500 g y en el 20-24% de los mayores de 2.500 g.⁽²²⁾

Amon publicó una encuesta entre perinatólogos mostrando que la incidencia de cesáreas en pelviana pretérmino fue de 14% a las 24 semanas, 22% a las 25 semanas y 90% a las 26 semanas.⁽²⁶⁾

Tomkins sugirió que los fetos con malformaciones neuromusculares o esqueléticas tienen incapacidad para mover las piernas y esto contribuye a la presentación pelviana.⁽²⁷⁾ Como las malformaciones congénitas contribuyen a la ocurrencia de pelviana no debe sorprender que la frecuencia de las mismas sea de 6%, es decir 2 a 3 veces mayor que la observada en cefálica.^(21,27)

Otras causas que predispondrían a la pelviana serían: anomalías uterinas, polhidramnios, gestación múltiple, placenta previa, anomalías fetales, estrechez pelviana y tumores previos.⁽²²⁾

Parto espontáneo vs. cesárea

Las propuestas para llegar a un acuerdo en la toma de decisiones pasaron por la normatización cautelosa con criterios de inclusión y de exclusión determinados y la creación de scores que muchas veces eran el núcleo de las normatizaciones.

La polémica sobre la *terminación* de la presentación pelviana lleva más de 35 años y en todo este tiempo han aparecido defensores a ultranza de ambas vías como también posiciones neutrales que contemplan la posibilidad de la vía vaginal como de la abdominal con criterios equilibrados. A continuación se da una reseña de las principales publicaciones aparecidas con las conclusiones a que han arribado.

En 1965 Zatuchni y Andros⁽²⁸⁾ publicaron el score que fue usado posteriormente por diferentes escuelas (Tabla 3). Ellos tomaron 182 pacientes y mostraron que el score permite reconocer, en una etapa temprana del trabajo de parto, las potenciales dificultades que pudieran aparecer. Los casos de desproporción fetopélvica categórica y algunos de desproporción subclínica se manifiestan con score < de 4 (0-3). Cuanto mayor es el score mayor es la probabilidad de parto vaginal y menor la frecuencia de complicaciones. Los scores de 4 a 9 suelen no tener dificultades.

El score representa un indicador de juicio clínico. No ha sido creado para reemplazar el conoci-

miento obstétrico, solamente pretende mostrar el panorama de fenómenos que determinan la decisión de continuar con el trabajo de parto o indicar una cesárea en una pelviana de término.

Bilodeau en 1978 tuvo un 40% de pelvianas en embarazos menores de 28 semanas, un 17% entre 28 y 38 y solamente 3 a 4% en embarazos de término. En su Servicio de Neonatología, durante 10 años, tuvieron 4 veces más prematuros nacidos por pelviana que nacidos por otras presentaciones. El señala que cuando se hace una correcta evaluación de la vía vaginal en el comienzo del trabajo de parto (con radiología, ecografía y score de Zatuchni-Andros) y cuando es controlada la vitalidad fetal durante el trabajo de parto, la presentación pelviana no debería tener mayor morbimortalidad que la cefálica.⁽²⁹⁾

Perales en ese mismo año estudió retrospectivamente 13 casos de hiperextensión de la cabeza fetal con ángulo > de 90° en 12 de ellos. Señalan que la existencia de un ángulo \geq 90° en el comienzo del período activo del parto es de mal pronóstico, por lo que recomiendan una cesárea.⁽³⁰⁾

Mann, un año después analizó 457 pelvianas y publicó que los fetos de más de 2.000 g o de más de 34 semanas no necesitan de la cesárea de rutina para mejorar la morbimortalidad perinatal. Solamente si se comprobaba hiperextensión de la cabeza fetal, desproporción fetopélvica o falta de progresión en el trabajo de parto debería indicarse la cesárea.⁽³¹⁾

Bowes, también en 1979, en un análisis de 460 pelvianas encontró un aumento de cesáreas del 13 al 54% en RN de más de 2.500 g. con un aumento de la morbilidad materna del 7 al 15% y sin diferencia en los resultados neonatales. En los de menos de 2.500 g. las cesáreas aumentaron de 5 a 55%; de 1.500 a 2.500 g los resultados perinatales no mejoraron pero en los menores de 1.500 g hubo mayor sobrevida en los nacidos por cesárea.⁽³²⁾

En 1980 –en el trabajo histórico de esa década– Collea publicó uno de los estudios prospectivos más importantes en relación a la vía de parto en presentación pelviana incompleta modalidad nalgas. Tomó 208

Tabla 3. Score de Zatuchni-Andros.

Puntaje	0	1	2
Paridad	0	1 o +	—
Edad gestacional	39 sem. o más	38 sem.	37 sem. o menos
Peso fetal estimado	> 8 libras (> 3.630 g)	< 8 y > 7 libras	< 7 libras (< 3.175 g)
Parto anterior en pelviana (término)	0	1	> 1
Dilatación	2 cm.	3 cm.	más de 4 cm.
Altura presentación	< 3cm	< 2cm	< 1cm

pacientes con embarazos de término en pelviana incompleta modalidad nalgas y randomizó 115 para parto vaginal y 93 para cesárea.

Los criterios para parto vaginal establecidos por Collea⁽³³⁾ fueron:

- 1) edad gestacional mayor o igual a 36 semanas,
- 2) peso fetal estimado entre 2.500 y 3.800 g
- 3) cabeza fetal flexionada,
- 4) pelvis materna adecuada determinada por pelvimetría radiológica:
 - estrecho superior:
 - transverso \geq 11,5 cm
 - anteroposterior \geq 10,5 cm
 - estrecho medio:
 - transverso \geq 10 cm
 - anteroposterior \geq 11,5 cm,
- 5) ausencia de indicación materna o fetal para operación cesárea.

De las 115 para parto se efectuó pelvimetría radiológica en 112, dando inadecuada en 52 pacientes que fueron llevadas a cesárea. En las 60 restantes el parto fue vaginal en 49 (82%) y en las 3 que no hicieron pelvimetría como en 3 con pelvimetría inadecuada también el parto fue vaginal. En las randomizadas para cesárea 88 de las 93 siguieron el protocolo y 5 comenzaron el trabajo de parto muy rápidamente terminando en forma vaginal. Dos de los 60 RN vaginalmente tuvieron lesión del plexo braquial (ambos tenían brazos deflexionados sugiriendo apuro en las maniobras obstétricas), mientras 73 (49%) de las cesáreas tuvieron morbilidad postoperatoria. Se midió el tiempo desde que se ve el ombligo hasta que sale la boca y se mostró que cuando era menor de 240 segundos el Apgar al 5º minuto era 7 ó más. Basados en estos datos parece razonable permitir el parto vaginal en casos cuidadosamente seleccionados en pelvianas incompletas modalidad nalgas.⁽²²⁾

Gimovski en 1983 llegó a los mismos resultados.⁽³⁴⁾

En 1983 en la Maternidad Sardá⁽³⁵⁾ se aplicó el score de Zatuchni-Andros en 21 partos en pelviana y se compararon los resultados con 21 cesáreas por pelviana (tomadas al azar) y 21 partos en cefálica. Los autores no encontraron relación entre paridad previa y morbilidad neonatal, o sea que no había diferencia entre 1, 2, 3 ó más partos previos (excluyendo las nulíparas). Tampoco fue determinante la edad gestacional como se la interpreta en el score sino que el corte útil sería mayor o menor de 36 semanas. En relación a los partos se encontró buen resultado perinatal cuando se mantenía la bolsa íntegra hasta el final. Los puntajes de Apgar al 5º minuto fueron similares en los tres grupos estudiados.

Dilts en 1987 señaló que a pesar de la mejora en los resultados al nacimiento los fetos de partos en pelviana continuaban teniendo una tasa elevada de injuria y muerte.⁽³⁶⁾

En 1994 Cheng revisó 24 trabajos que evaluaban resultados perinatales en relación a la vía de parto en pelviana y mostró que la morbilidad neonatal por trauma estaba aumentada en forma significativa en los grupos de partos vaginales con una odds ratio de 3.86 (IC 95% 2.22-6.69). Ellos sugirieron que mientras no haya trabajos randomizados que demuestren lo contrario, debería considerarse fuertemente la vía abdominal. Desafortunadamente 14 de los 24 estudios era retrospectivos y solo 2 randomizados.⁽³⁷⁾

En una intención por revisar la literatura Gifford en 1995 publicó un meta-análisis para estimar el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal asociada a intento de trabajo de parto y cesárea electiva en pelvianas de término. Se incluyeron trabajos randomizados o estudios de cohorte que especificaran criterios de selección para parto vaginal, que proveyeran datos detallados de resultados y que permitieran el análisis por modo de parto. Se tomaron 217 artículos, se preseleccionaron 32 y se incluyeron 9 que cumplimentaban todos los requisitos. No pudieron analizar la morbimortalidad materna pero sí la morbimortalidad neonatal. Se calculó el riesgo absoluto y el riesgo atribuible o diferencia de riesgo para el parto vaginal en cada una de las patologías neonatales (hemorragia intracraneana, daño al plexo braquial, fractura de clavícula, daño al nervio facial, laceración y apgar al 5º minuto). El meta-análisis dió como resultado un riesgo de lesión neonatal del 1.00% (IC 95% 0.0-2.19) cuando la madre era llevada a un parto vaginal y un 0.09% (IC 95% 0.0-0.26) si se le realizaba una cesárea. La diferencia de riesgo de lesión con parto vaginal fué de 0.89% (IC 95% 0,02-1,75) o sea que de cada 1.000 pelvianas de término que tienen su parto por vía vaginal hay 8.9 más neonatos con lesiones que el promedio de RN con lesiones que aparecen en una cesárea. Como conclusión señala que a la hora de tomar decisiones debe considerarse el potencial riesgo de morbilidad neonatal del parto vaginal en relación al riesgo materno de una cesárea.⁽³⁸⁾

Los hallazgos del estudio de Robertson entre 1995 y 1996 indican que la dificultad en la extracción de la cabeza ocurrió en menos del 10% de los casos tanto en la vía vaginal como en la abdominal. Cuando se comparó dicha incidencia entre partos vaginales y cesáreas la diferencia resultó no significativa tanto en el grupo de 24 a 28 semanas como en el de 29 a 36 semanas. Recordemos que fueron 453 pelvianas entre 24 y 36 semanas. Por lo tanto los

autores sugieren que el uso de cesárea no disminuye la incidencia de dificultad en la extracción cefálica en gestaciones menores de 37 semanas.^(39,40)

Schiff explica en 1996 que las discrepancias entre las diferentes publicaciones que muestran aumento en la morbimortalidad neonatal en el parto vaginal y las que señalan que no hay diferentes resultados con la operación cesárea deben ser atribuidas al menos en parte al método usado para analizar los datos (análisis retrospectivos no experimentales). El revisó los partos en pelviana realizados en un hospital de Tel-Aviv durante 7 años y analizó los resultados maternos y fetales en pacientes programadas para parto vaginal y para cesárea electiva (Tabla 4).

Las embarazadas tuvieron una morbilidad de 0.9% en los partos vaginales y de 11.6% en las cesáreas y el promedio de días de hospitalización fue de 2 en los partos y de 6 en las cesáreas. Hubo 8 muertes neonatales, 6 de ellas eran malformaciones incompatibles con la vida y las 2 restantes sucedieron luego de un parto y de una cesárea. No hubo diferencias significativas para score de Apgar, necesidad de intubación, ni para admisión en UTI. Hubo 3.4% de complicaciones traumáticas neonatales en los partos vaginales, 2.5% en las cesáreas de urgencia y 0.4% en las cesáreas programadas. Concluyen los autores que algunos resultados pueden parecer

menos favorables en el parto vaginal según los análisis retrospectivos pero no es suficiente para justificar la cesárea de rutina en las pelvianas de término.⁽⁴¹⁾

El análisis de estos trabajos muestra que existe una contradicción aparente entre lo que se publica y lo que se realiza, teniendo en cuenta el notable incremento del número de cesáreas en los últimos años. Juegan –por supuesto– un papel importante las consideraciones médico legales a que nos referiremos más adelante.

Parto prematuro

Si nos referimos al parto prematuro en pelviana los estudios retrospectivos son de interpretación confusa. Bowes en 1979⁽⁴⁾ y Main en 1983⁽⁴²⁾ encontraron que los neonatos nacidos por cesárea tuvieron un mejor pronóstico, mientras que otros autores como Rosen,⁽⁴³⁾ Olshan⁽⁴⁴⁾ y Westgren⁽⁴⁵⁾ concluyeron que los neonatos nacidos vaginalmente no tuvieron un aumento significativo de la mortalidad perinatal.

En 1991 Mallory estudió 437 pelvianas de muy bajo peso (< de 1.500 g) y la odds ratio para hemorragia ventricular y para muerte neonatal no dieron diferencias significativas en relación al modo de parto.⁽⁴⁶⁾

Tabla 4. Resultados maternos y fetales en pelvianas.

	Preseleccionadas vía vaginal			Cesárea electiva
	Todas (n = 604)	Vaginales (n = 322)	Cesáreas (n = 282)	Todas (n = 230)
Datos Maternos				
Morbilidad Total (%)	6,4 (a)	0,9 (b;c)	12,5 (d)	11,6
Morbilidad febril (%)	5,5 (e)	0,3 (b;c)	11,5 (d)	9,4
Días de estada (rango)	4 (1-13) (c)	2 (1-7) (b;c)	6 (3-13) (d)	6 (4-10)
Datos Neonatales				
Apgar 5 min < 7 (%)	1,3 (f)	1,6 (f;g)	1,1 (f)	0,0
Ingreso en UTI (%)	3,5 (f)	4,7 (f;g)	2,1 (f)	2,2
Trauma (%)	3,0 (h)	3,4 (i)	2,5 (f)	0,4
Intubación (%)	1,3 (f)	1,6 (f;g)	1,1 (f)	0,9
Sepsis (%)	1,7 (f)	0,9 (f;g)	2,5 (f)	0,4

(a) p = 0,02, versus cesárea electiva

(b) p < 0,001, versus cesáreas.

(c) p < 0,001, versus cesárea electiva.

(d) No significativo, versus cesárea electiva.

(e) p = 0,04, versus cesárea electiva.

(f) No significativo, versus cesárea electiva.

(g) No significativo, versus cesáreas.

(h) p = 0,052, versus cesárea electiva (O R: 6,85; IC 95%: 0,92-51,05).

(i) p = 0,04, versus cesárea electiva (O R: 7,86; IC 95%: 1,02-60,44).

En Holanda en 1993 analizaron 899 neonatos, sin anomalías, menores de 32 semanas y menores de 1500 gramos mostrando una mortalidad neonatal disminuida en aquellos nacidos por cesárea pero señalando que sólo era una tendencia y que al no haber significación estadística no se podía ser concluyente.⁽⁴⁷⁾

En 1994 Grandi estudió retrospectivamente 21.723 RN vivos en Buenos Aires de los cuales 60 constituyeron el grupo de 1.000 a 1.500 gramos que nacieron en pelviana: 29 fueron partos vaginales y 31 fueron cesáreas. No se encontraron diferencias significativas entre la mortalidad neonatal precoz de los nacidos por vía vaginal con los nacidos por cesárea aunque el riesgo de morir fue menor en la vía abdominal [RR = 0,34 (IC 95% 0,1-1,08)] concluyendo que la cesárea podría tener un "efecto protector" en RNMBP.⁽⁵³⁾

Cibils en 1994 estudió 262 fetos en pelviana menores de 1.500 gramos de los cuales el 60% nació por parto vaginal y señaló que: 1) los pobres resultados se deben a un alto número de muertes antenatales y de malformaciones congénitas, 2) la prematurez y el muy bajo peso al nacer son responsables de la alta mortalidad neonatal y alta morbilidad residual, 3) la mortalidad neonatal corregida no es diferente de la observada en presentaciones cefálicas de pesos comparables, 4) la vía de parto no influenció significativamente los resultados perinatales entre las completas y las incompletas nalgas; por lo tanto una buena práctica obstétrica permitiría a estas pacientes parir vaginalmente, 5) la indicación de cesárea será reservada para la modalidad pie y para las

Como se puede observar, la presentación pelviana tiene una serie de ingredientes que permiten inferir que para el tratamiento de la misma debemos asociar otras eventualidades obstétricas tanto o más importantes que la presentación en sí.

otras patologías pero la pelviana por sí sola no es una indicación, 6) la vía vaginal mejora la morbilidad materna periparto, y 7) no se debe condicionar el futuro obstétrico de la paciente. Finalmente muestra que la odds ratio de muerte neonatal para parto vaginal comparado con cesárea no fue significativamente diferente (odds ratio: 1.4; IC 95%: 0.6-3.5). A continuación se presenta el gráfico de mortalidad neonatal según peso al nacer de partos vaginales en pelviana y total de partos (Figura 1).⁽¹²⁾

Las conclusiones de Cibils son por demás razonables y por la serie-

dad del trabajo deberían ser tenidas en cuenta en la práctica diaria.

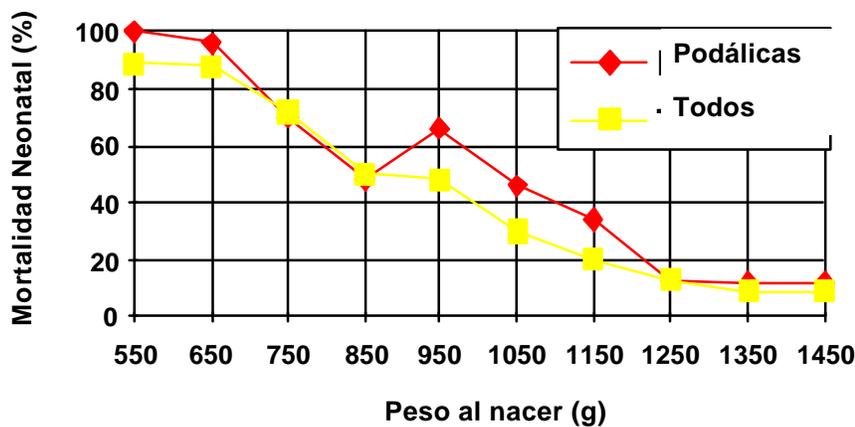
Gases en sangre

Gordon en 1985 demostró que los valores de gases en sangre de cordón de fetos nacidos por parto vaginal son una manera precisa de valorar el estado respiratorio y estas mediciones determinan la presencia o ausencia de acidemia fetal e identifican si la acidosis es de origen respiratoria o metabólica.⁽⁴⁸⁾

En 1988 Illia comparó el estado ácido-base neonatal en un grupo luego de realizada la asistencia en pelviana (n=9) con el de un grupo de RN de parto espontáneo en cefálica (n=9) y un grupo de RN de cesárea por pelviana (n=10). No se encontraron diferencias en el pH de cordón, ni en la pO₂ ni en el bicarbonato. La pO₂ fue mayor en la cefálica seguida por la pelviana y la más baja fue la cesárea, que fue significativamente diferente a los dos anteriores. En la saturación de O₂ no hubo diferencias entre pelviana y cesárea, y sí la hubo entre éstos y el parto en cefálica. Los scores de Apgar al 1' y 5' no mostraron diferencias entre cesárea y parto en pelviana. Los autores muestran que el estado ácido-base de un RN de término no muestra diferencias en relación a la vía de parto.⁽⁴⁹⁾

Algunos autores, como Eilen y Brady, comparan los gases de cordón de las pelvianas nacidas por vía vaginal con los gases de cefálicas nacidas por la misma vía. Señalan que podría ser un error interpretar

Figura 1. Mortalidad Neonatal según peso al nacer y presentación.



como valores patrón de las pelvianas a los valores de las cefálicas aunque sea la misma vía de parto.^(50,51)

Schupp Christian en 1991 estableció en un grupo de estudio los valores normales de gases en sangre de cordón en 30 partos vaginales en pelviana que no tuvieron complicaciones ni en el trabajo de parto ni en el parto. Incluyeron embarazos de 37 a 42 semanas, presentación de nalgas franca, peso estimado entre 2.000 y 4.000 g, cabeza fetal no hiperextendida y pelvis normal por tomografía computada. Los valores promedio obtenidos se muestran en la *Tabla 5*.

Los autores compararon estos valores con valores de gases en sangre de cordón de 60 partos en cefálica y notaron que las pelvianas tenían menor pH arterial, mayor pCO₂ arterial, menor HCO₃ arterial y mayor HCO₃ venoso. Como no hubo evidencia de acidosis ni metabólica ni respiratoria según los valores del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), los autores concluyen que los valores normales de gases en sangre de cordón de los fetos nacidos en pelviana por vía vaginal no son necesariamente los mismos que los usados para cefálicas por la misma vía.⁽⁵²⁾

Discusión

Como se puede observar, la presentación pelviana tiene una serie de ingredientes que permiten inferir que para el tratamiento de la misma debemos asociar otras eventualidades obstétricas tanto o más importantes que la presentación en sí.

Si consideramos solamente la *experiencia científica* con el aval de trabajos randomizados o estudios serios prospectivos son pocas las pacientes que tendríamos que operar y hasta deberíamos cuestionarnos seriamente la indicación de cesárea en la nulípara pelviana.

Tabla 5. Valores de gases de cordón en parto vaginal en pelviana.⁽⁵²⁾

Gases en sangre de cordón (n=30)	Arterial	Venosa
pH	7.23	7.32
pCO ₂ (mmHg)	51.20	37.88
pO ₂ (mmHg)	18.85	22.88
HCO ₃ (mmol/l)	19.42	25.92
Déficit de bases	- 5.86	- 4.90

Si, por otra parte, comparamos la escasa morbilidad materna y neonatal de la cesárea con el aumento del riesgo neonatal de los partos vaginales en pacientes no seleccionadas previamente, nuestra conducta se hace mucho más quirúrgica.

No puede ni debe haber conductas absolutas; las normas rígidas no conducen a nada y pueden traer aparejadas implicancias legales desfavorables tanto en uno como en otro sentido.

El justo medio lo deben dar los especialistas agrupados en sus sociedades científicas.

Tanto en lo nacional como en lo internacional estas instituciones (pese al esfuerzo) no han podido ser

categorías; nos queda entonces la conducta basada en los consejos que las mismas declaman: "Efectuar una evaluación obstétrica en la paciente con presentación pelviana. Si luego del examen aparece una indicación de cesárea se debe comunicar a la madre y consignar en la historia clínica. Si por el contrario, no se encuentra indicación quirúrgica, se debe dejar evolucionar el trabajo de parto con el control del mismo".

En resumen: debemos dar oportunidad vaginal a las pelvianas y operar cuando haya una indicación de cesárea. La presentación pelviana, por sí sola, no es indicación absoluta de cesárea.

Bibliografía

1. Wright RC. Reduction of perinatal mortality and morbidity of breech delivery through routine use of cesarean section. *Obstet Gynecol* 1959; 14: 758-63.
2. Green JE, Mc Lean 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.
3. Hall JE, Kohl SG. Breech presentation. *Am J Obstet Gynecol*. 1956; 72: 977.
4. Morgan HS, Kane SH. An analysis of 16.327 breech births. *JAMA*. 1964; 187: 262.
5. Croughan-Minihane MS, Petitti DB, Gordis L et al. Morbidity among breech infants according to method of delivery. *Obstet Gynecol*. 1990; 75: 821-5.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of the breech presentation. ACOG technical bulletin N° 95. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1986.

7. The Cesarean Birth Quality Assurance Committee. Cesarean birth in Ontario. Appropriate use of cesarean section: Recommendations for a quality assurance program. Toronto, Canada: Ministry of Health of Ontario, 1991: 6-7.
8. 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.
9. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term; a critical review of the literature. Obstet Gynecol 1993; 82: 605-18.
10. Pollard JK, Bernstein IM, Cherouny PH. Letters. Obstet Gynecol 1994; 83: 478-9.
11. Cunningham FG, Mc Donald PC, Gant NF et al. Williams Obstetrics 19th ed. Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange, 1993: 486-97.
12. 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.
13. Robertson PA, Foran CM, Croughan-Minihane MS et al. Head entrapment and neonatal outcome by mode of delivery in breech deliveries from 24 to 27 weeks of gestation. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 1171-6.
14. Robertson PA, Foran CM, Croughan-Minihane MS et al. Head entrapment and neonatal outcome by mode of delivery in breech deliveries from 28 to 36 weeks of gestation. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1742-9.
15. Amon E, Sabai BM, Anderson GD. How perinatologists manage the problem of the presenting breech. Am J Obstet Gynecol 1988; 5: 247-50.
16. Penn ZJ, Steer PJ. Reasons for declining participation in a prospective randomized trial to determine the optimum mode of delivery of the preterm breech. Controlled Clin Trials 1990; 11: 226-31.
17. Penn ZJ, Steer PJ. How obstetricians manage the problem of preterm delivery with special reference to the preterm breech. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98: 531-4.
18. Althabe O. Presentación pelviana durante el embarazo y el parto. Clin Perinatol Arg 1996/1997; 1: 7.
19. Goldemberg RL, Nelson KG. La presentación de nalgas no esperada en el parto. Clin Obstet Ginecol 1984; 1: 123-35.
20. Kauppila O, Gronroos M, Aro P. et al. Management of low birth weight breech delivery: Should cesarean section be routine? Obstet Gynecol 1981; 57: 289.
21. Brenner WE, Bruce RD, Hendricks CH. The characteristics and perils of breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1974; 118: 700.
22. Collea JV. Tratamiento actual de la presentación de nalgas. Clin Obstet Ginecol 1980; 2: 531-7.
23. Fischer-Rasmussen W, Trolle D. Abdominal versus vaginal delivery in breech presentation. Acta Obstet Gynecol Scand. 1967; 46: 69.
24. Rubin A, Grimm G. Results in breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1963; 86: 1048.
25. Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA et al. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: A large population-based study. Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 851-2.
26. Amon E, Shyken JM, Sibai BM. How small is too small and how early is too early: a survey of American obstetricians specializing in high-risk pregnancies. Am J Perinatol 1992; 9: 17-21.
27. Tompkins P. An inquiry into the causes of breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1946; 51: 595.
28. Zatuchni GI, Andros GJ. Prognostic index for vaginal delivery in breech presentation at term. Am J Obstet Gynecol 1965; 93: 237-42.
29. Bilodeau R, Marier R. Breech presentation at term. Am J Obstet Gynecol 1978; 130: 555-7.
30. Perales A, Parrilla Paricio JJ, Fuster Cortina V et al. Hiperextensión de la cabeza fetal en la presentación podálica. Rev Esp Obst y Gin 1978: 595-601.
31. Mann LI, Gallant JM. Modern management of the breech delivery. Am J Obstet Gynecol 1979; 134: 611-4.
32. Bowes WA, Stewart Taylor E, O'Brien M et al. Breech delivery: Evaluation of the method of delivery on perinatal-results and maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol 1979; 135: 965-73.
33. Collea JV, Rabin SC, Weghorst GR et al. The randomized management of term frank breech presentation: Vaginal delivery vs. cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1978; 131: 186-95.
34. Gimovsky ML, Petrie RH, Todd WD. Neonatal performance of the selected term vaginal breech delivery. Obstet Gynecol 1980; 56: 687-92.
35. Galceran R, Valenti EA, Illia RH et al. Resultados perinatales de la asistencia en pelviana. V Jornadas de Obstetricia y Ginecología. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires. 1984.
36. Dilts PV. Abnormalities and complications of labor and delivery. In: Berkow R, Fletcher AJ, eds. The Merck manual of diagnosis and therapy. Rahway, New Jersey: Merck, 1987: 1785-6.
37. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term; a critical review of the literature. Obstet Gynecol 1993; 82: 605-18.
38. Spelliscy Gifford D, Morton SC, Fiske M et al. A meta-analysis of infant outcomes after breech delivery. Obstet Gynecol 1995; 85: 1047-54.
39. Robertson PA, Foran CM, Croughan-Minihane MS

- et al. Head entrapment and neonatal outcome by mode of delivery in breech deliveries from 24 to 27 weeks of gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1171-6.
40. Robertson PA, Foran CM, Croughan-Minihane MS et al. Head entrapment and neonatal outcome by mode of delivery in breech deliveries from 28 to 36 weeks of gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1742-9.
 41. Schiff E, Friedman SA, Mashiach S et al. Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries: Seven-year experience at a single center. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 18-23.
 42. Main DM, Main BK, Maurer MM. Cesarean section versus vaginal delivery for the breech fetus weighing less than 1,500 grams. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 46: 580-4.
 43. Rosen NG, Chik L. Effect of delivery route on outcome breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 48: 909-14.
 44. Olshan AF, Shy KK, Luthy DA et al. Cesarean birth and neonatal mortality in very low birthweight infants. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 267-70.
 45. Westgren LMR, Songster G, Paul RH. Preterm breech delivery: another retrospective study. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 481-4.
 46. Mallory MH, Onstad L, Wright E et al. The effect of cesarean delivery on birth outcome in very low birth weight infants. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 498-503.
 47. Gravenhorst JB, Veen S, Verloove-Vanhorick SP et al. Breech delivery in very preterm and very low birthweights infants in the Netherlands. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 411-5
 48. Gordon A, Johnson JWC. Value of umbilical blood acid-base studies in fetal assessment. *J Reprod Med* 1985; 30: 329-36.
 49. Illia RH, Valenti EA, Galceran R et al. Estado ácido base al nacer por vía vaginal en presentación pelviana. *Rev Obstet Ginec Latinoam* 1988; 46: 90-5.
 50. Eilen B, Fleischer A, Schulman H et al. Fetal acidosis and the abnormal fetal heart rate tracing: The term breech fetus. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 233-6.
 51. Brady K, Duff P, Read JA et al. Reliability of fetal buttock blood sampling in assessing the acid-base balance of the breech fetus. *Obstet Gynecol* 1989; 74: 886-8.
 52. Schupp Christian S, Brady K. Cord blood acid-base values in breech-presenting infants born vaginally. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 778-81.
 53. Grandi C, Larguía AM and Questa U. Mortalidad en cesárea y bajo peso. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 1994; XIII (Nº 1): 28-35.