



Revista del Hospital Materno Infantil Ramón  
Sardá  
ISSN: 1514-9838  
asociacionsarda@yahoo.com.ar  
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá  
Argentina

Lomuto, Celia

Presentación pelviana a termino: ?Cesarea o parto vaginal?

Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 21, núm. 3, 2002, pp. 107-113

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91221303>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Artículo original

# PRESENTACION PELVIANA A TERMINO: ¿CESAREA O PARTO VAGINAL?

**Dra. Celia Lomuto**

Médica Pediatra Neonatóloga. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

La pregunta del título es la que se realizaron los autores de tres trabajos de investigación: uno internacional, uno argentino y otro de la Maternidad Sardá de la Ciudad de Buenos Aires, tratando de resolver la controversia de cuál es la mejor manera de nacer para un niño en pelviana a término, especialmente en las madres multíparas. Se presentan los resúmenes de los trabajos y la conclusión final.

### **I. El trabajo internacional.** **Cesárea electiva versus parto vaginal para la presentación pelviana a término: estudio randomizado, multicéntrico**

**Autores:** Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, William AR.

*Term Breech Trial Collaborative Group.*

*University of Toronto, Canada.*

**Publicado en:**

*The Lancet 2000; 356: 1.375-1.383.*

### **Objetivo**

Realizar un estudio para comparar una política de cesárea programada con una de parto vaginal programado para el nacimiento de algunas presentaciones pelvianas seleccionadas.

### **Material y métodos**

Diseño prospectivo, multicéntrico, randomizado, controlado, que comenzó en enero de 1997 y finalizó, antes de lo planificado, en abril del 2000 por decisión de un Comité externo de monitoreo de seguridad de los datos, por encontrarse diferencias significativas en ambos grupos.

Participaron 121 centros en 26 países (en Argentina: Hospital Posadas-Haedo, Maternidad Martín y Htal. Eva Perón-Rosario, Hospital Lagomaggiore-Mendoza, Htal Ramos Mejía-Buenos Aires), que pudieran asegurar atención experta en parto vaginal en pelviana.

#### *Criterios de inclusión*

Feto único, en presentación pelviana franca o completa a término ( $> 37$  semanas de edad gestacional).

#### *Criterios de exclusión*

Desproporción fetopélvica, peso del niño estimado  $> 4.000$  g. Malformaciones congénitas.

La randomización fue controlada desde la Universidad de Toronto por programa computarizado. Se estratificó por paridad (0 y  $\geq 1$  hijos).

A aquellas embarazadas que les correspondió una cesárea programada, ésta se realizó a las 38 semanas o más. Si correspondía un parto vaginal se esperó el inicio del trabajo de parto espontáneo. Se siguió a las madres y niños por 6 semanas.

Se consideraron dos resultados primarios, el perinatal y el materno.

Se definió *mal resultado perinatal* cuando el embarazo terminó en muerte fetal o neonatal (hasta los 28 días de vida) o en morbilidad neonatal grave (trauma al nacer: hematoma subdural, intracerebral o intraventricular, fractura de base de cráneo, lesión de médula espinal, lesión de nervio periférico, convulsiones que requirieron dos o más drogas para ser controladas, Apgar menor de 4 al 5to. minuto, hipotonía al menos de 2 hs de duración, estupor o coma, intubación y ventilación mecánica por al menos 24 hs y sonda nasogástrica por más de 4 días).

Y se definió *mal resultado materno* cuando el embarazo terminó en muerte materna o en morbilidad materna grave durante las 6 semanas postparto (hemorragia postparto mayor a 1.500 ml o necesidad de transfusión; dilatación y curetage por hemorragia o retención de restos placentarios; histerectomía; desgarro cervical incluyendo el segmento inferior del útero en caso de parto vaginal; incisión uterina vertical o gran extensión de incisión transversa en caso de cesárea, hematoma vulvar o perineal que requiere evacuación, tromboflebitis o embolia pulmonar que requiere terapia anticoagulante; neumonía; síndrome de dificultad

respiratorio del adulto; infección que prolonga la hospitalización o produce reingreso, lesión de uréter o vejiga que requiere reparación, fistula urogenital; etc.).

## Resultados

Se incluyeron 2.083 mujeres, 1.041 asignadas a cesárea programada y 1.042 a parto vaginal. Dos niños fallecieron por anomalías congénitas graves en el grupo cesárea y tres en el grupo parto vaginal, por lo que se analizaron los resultados perinatales de 1.039 casos en cada grupo. Al considerar el resultado primario perinatal (muerte fetal/neonatal o morbilidad grave neonatal) se observó que el mismo era significativamente menor en el grupo asignado a cesárea programada. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto al resultado primario materno (muerte o morbilidad grave materna) (Ver *Tabla*).

Resultados primarios	Cesárea programada	Parto vaginal	RR (IC 95%)	p
Perinatales	17/1.039 1,6%	52/1.039 5,0%	0,33 (0,19-0,56)	<0,0001
Maternos	41/1.041 3,9%	33/1.042 3,2%	1,24 (0,79-1,95)	0,35

## Conclusiones

- El parto por cesárea programada presenta mejores resultados perinatales que el parto vaginal, en fetos únicos, en presentación pelviana a término.
- Las complicaciones maternas graves son similares en ambos grupos.

## II. *El trabajo argentino. Cesárea vs. parto vaginal en presentación pelviana con feto único a término*

**Autores:** Etcheverry ME, Schwarcz R, Lomuto CC.  
**Unidad Coordinadora y Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales.**  
**Ministerio de Salud. República Argentina.**

### Publicado en:

*Libro de Resúmenes VII Congreso Argentino de Perinatología, VI Congreso Latinoamericano de Perinatología organizado por la Sociedad Argentina de Pediatría y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Buenos Aires, 29 de agosto al 1 de septiembre 2001.*

## Hipótesis

En el embarazo de término con feto único en presentación pelviana, el parto por cesárea electiva reduce el riesgo de morbilidad neonatal severa en comparación con el parto vaginal.

En el embarazo de término con feto único en presentación pelviana, la cesárea electiva no modifica el riesgo de morbilidad materna severa en comparación con el parto vaginal.

En todas las presentaciones pelvianas de fetos únicos a término la indicación de cesárea electiva no aumentará de manera importante el índice general de la misma.

## Material y métodos

Diseño observacional-analítico, caso control anidado, retrospectivo de 318.410 historias clínicas perinatales (SIP, CLAP, OPS/OMS) del período 1990-2000 del sector público de las regiones Centro y Patagonia de Argentina. Esta base de datos incorpora registros de las provincias de Buenos Aires, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego, enviados por los Programas Materno Infantiles provinciales a la Dirección de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación. La misma fue seleccionada por presentar un déficit de llenado menor al 10% de los datos. En este universo la frecuencia de cesáreas fue de 19,8%.

### *Criterios de inclusión*

Embarazo único, de término, en presentación pelviana. Recién nacido con peso entre 2.500 a 4.000 g y sin evidencias clínicas de malformaciones. Se excluyeron partos vaginales inducidos.

De esta manera quedó una muestra de 4.186 historias clínicas, que equivalen el 1,3% de la población; recordemos que la incidencia de pelviana es de 3 a 4% en la población general. En la muestra se compararon dos grupos: partos vaginales (factor de riesgo) y cesáreas (factor protector de riesgo).

En ambos grupos se observó una distribución homogénea de la variable peso al nacer, y se estratificaron según paridad en nulíparas (0 partos) y multíparas ( $\geq 1$  partos).

Se realizó un segundo análisis entre los partos por vía vaginal y las cesáreas electivas, con el fin de disminuir el posible sesgo de indicación de cesárea por otra causa. Esta segunda muestra incluyó 2.341 casos.

Los *resultados primarios* (daño) fueron:

- a) neonatales: asfixia grave (puntaje de Apgar 0-3 al 1er. minuto y al 5to. minuto), reanimación (con intubación endotraqueal y con máscara) y patología neurológica del recién

nacido (convulsiones, coma, hiper e hipotonía, parálisis)

b) maternos: hemorragia puerperal e infecciones puerperales.

No se consideraron otras variables de morbilidad neonatal y materna ni de mortalidad, por su bajo porcentaje de llenado en las historias clínicas perinatales básicas.

#### Análisis estadístico

Se calcularon los odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

#### Resultados

En la primera comparación –casos que terminaron el parto por vía vaginal vs. los que terminaron por cesárea- se encontró que el riesgo fue significativamente mayor en el grupo parto vaginal para todas las variables de morbilidad del recién nacido. En cuanto a la morbilidad materna se encontró mayor riesgo de hemorragia puerperal para el parto vaginal y no así para la infección puerperal (*Tabla 1*).

Al analizar la misma muestra según paridad, se encontró que el riesgo fue mayor en los niños nacidos por vía vaginal que por cesárea en ambos subgrupos y que no hay diferencias sustanciales entre multíparas y nulíparas, para las mismas variables materno-neonatales analizadas. En algunas variables, en nulíparas, por la disminución de casos, no se alcanzó la significación estadística (*Tabla 2*).

En el segundo análisis –partos por vía vaginal vs. cesárea electiva- se encontraron resultados similares a los arriba señalados. Al disminuir el número de casos se pierde la significación en hemorragia puerperal (*Tabla 3*).

Al analizar este grupo según paridad, se mantiene el riesgo aumentado en parto vaginal sin diferencias según paridad pero, por un número reducido de casos no se alcanza la significación en algunas variables en el grupo de nulíparas (*Tabla 4*).

Por último se estimó que el porcentaje de cesáreas de 19,8% encontrado en el presente estudio, sólo se hubiera incrementado en 1,3% de haberse practicado cesárea a todas las presentaciones pelvianas, en los casos de fetos únicos a término.

**Tabla 1:** *OR crudos para diferentes resultados perinatales según terminación del parto en pelviana: parto vaginal o cesárea (n= 4.186).*

Morbilidad neonatal	Terminación				Odds Ratio (IC 95%)	0	0,1	0,5	1	2	3	4	5	10	20	
	Parto vaginal		Cesárea													
	N	%	N	%												
	979	23	3.207	77												
Apgar 0-3 min 1	85/973	8,74%	65/3.197	2,03%	4,61 (3,31- 6,42)											
Apgar 0-3 min 5	16/973	1,64%	9/3.197	0,28%	5,92 (2,61-13,45)											
Nec. de reanimación	224/864	25,93%	364/3.010	12,09%	2,54 (2,11 - 3,06)											
R. c/tubo	15/655	2,29%	9/2.655	0,34%	6,89 (3,00-15,82)											
R. c/máscara	209/849	24,62%	355/3.001	11,83%	2,43 (2,01 - 2,94)											
Pat. neurológica	27/976	2,77%	30/3.201	0,94%	3,01 (1,78 - 5,09)											
Morbilidad materna																
Hemorragia puerp.	8/976	0,82%	7/3.206	0,22%	3,78 (1,37-10,46)											
Infección puerperal	7/976	0,72%	42/3.205	1,31%	0,54 (0,24-1,21)											

## Conclusiones

- En el embarazo de término con feto único en presentación pelviana, el parto vaginal se asocia significativamente con mayor riesgo de morbilidad neonatal severa y hemorragia puerperal materna, en comparación con el parto por cesárea, tanto en multíparas como en nulíparas.
- Si en esta población se hubiese practicado la cesárea en toda presentación pelviana de feto único a término la tasa general de cesárea de 19,8% se hubiese elevado en 1,3%.

## III. *El trabajo de la Maternidad Sardá, Buenos Aires.*

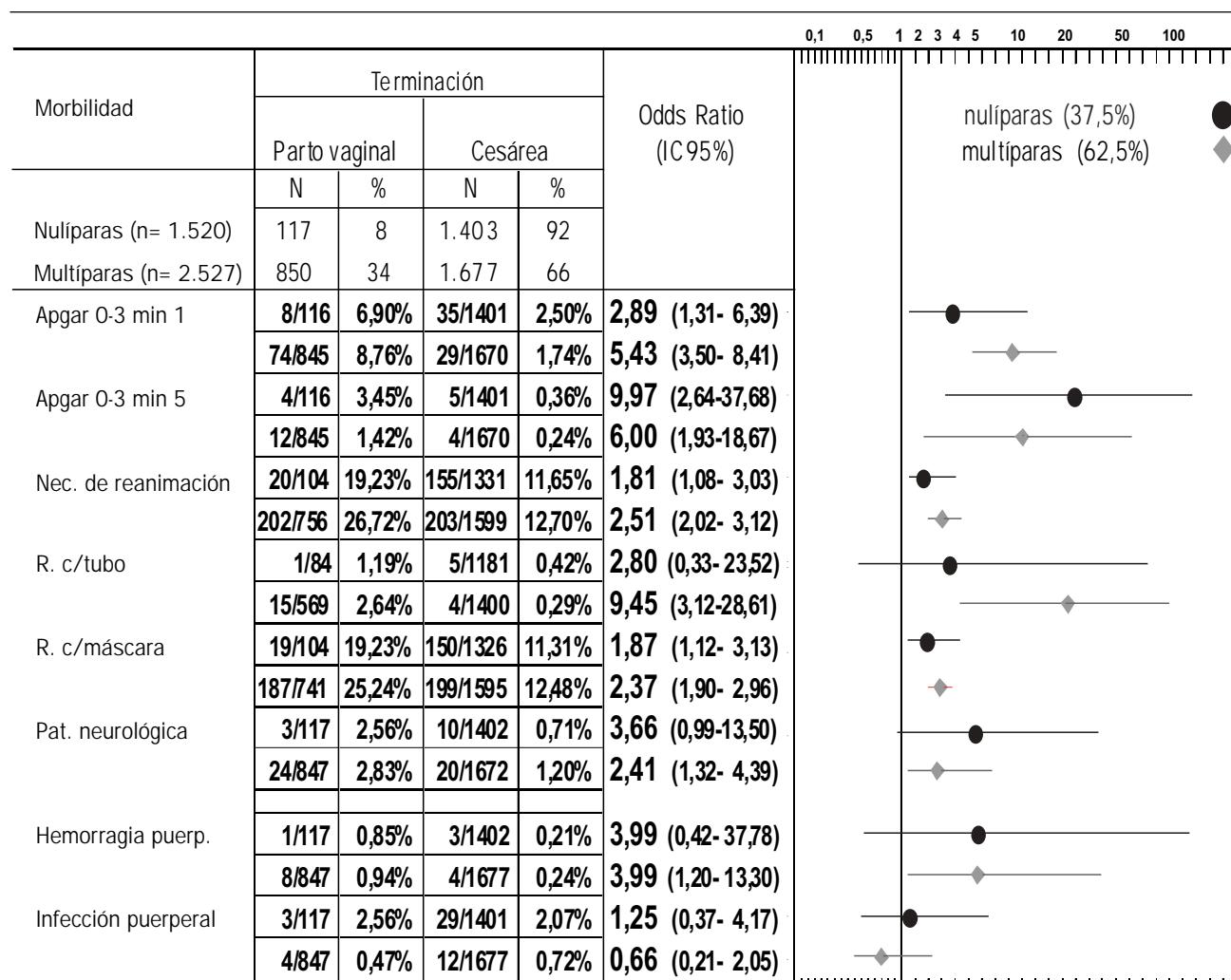
### Presentación pelviana: resultados neonatales en nacidos por cesárea vs. parto vaginal.

**Autores:** Enríquez D, Lomuto C.  
*Datos no publicados. Octubre 2001.*

#### Objetivo

Comparar la morbimortalidad de los recién nacidos en pelviana, de término, nacidos por vía vaginal o cesárea en la Maternidad Sardá de Buenos Aires.

**Tabla 2:** *OR crudos para diferentes resultados perinatales según terminación del parto en pelviana (parto vaginal o cesárea) y según paridad (n= 4.047).*



## Material y método

Se realizó un estudio con diseño observacional-analítico, de caso control anidado, retrospectivo de 68.578 historias clínicas perinatales (SIP, CLAP, OPS/OMS, versión Agustina 2000) del período 1990-2000 de los recién nacidos en la Maternidad Sardá.

### Criterios de inclusión

Embarazo único, de término, en presentación pelviana. Recién nacido con peso entre 2.500 a 4.000 g y sin evidencias clínicas de malformaciones.

La muestra incluyó 1.668 historias clínicas (2,4% de la población general) en las que se compararon dos grupos: cesáreas (factor protector de riesgo) y partos vaginales (factor de riesgo).

En el grupo parto vaginal (n: 316) las nulíparas (0 partos) eran sólo 2 casos y el resto (n= 314) multíparas ( $\geq 1$  parto).

Los *resultados primarios* (daño) neonatales fue-

ron: asfixia grave (puntaje de Apgar 0-4 al 5to. minuto), reanimación con intubación endotraqueal y con máscara, patología neurológica del recién nacido y muerte neonatal.

## Resultados

El riesgo fue claramente superior en todos los resultados de aquellos recién nacidos por parto vaginal (*Tabla 5*). En la patología neurológica y la mortalidad, a pesar de observarse un riesgo elevado, no alcanzaron significación estadística debido probablemente al escaso tamaño muestral. Prácticamente todos los casos de parto vaginal eran hijos de madres multíparas.

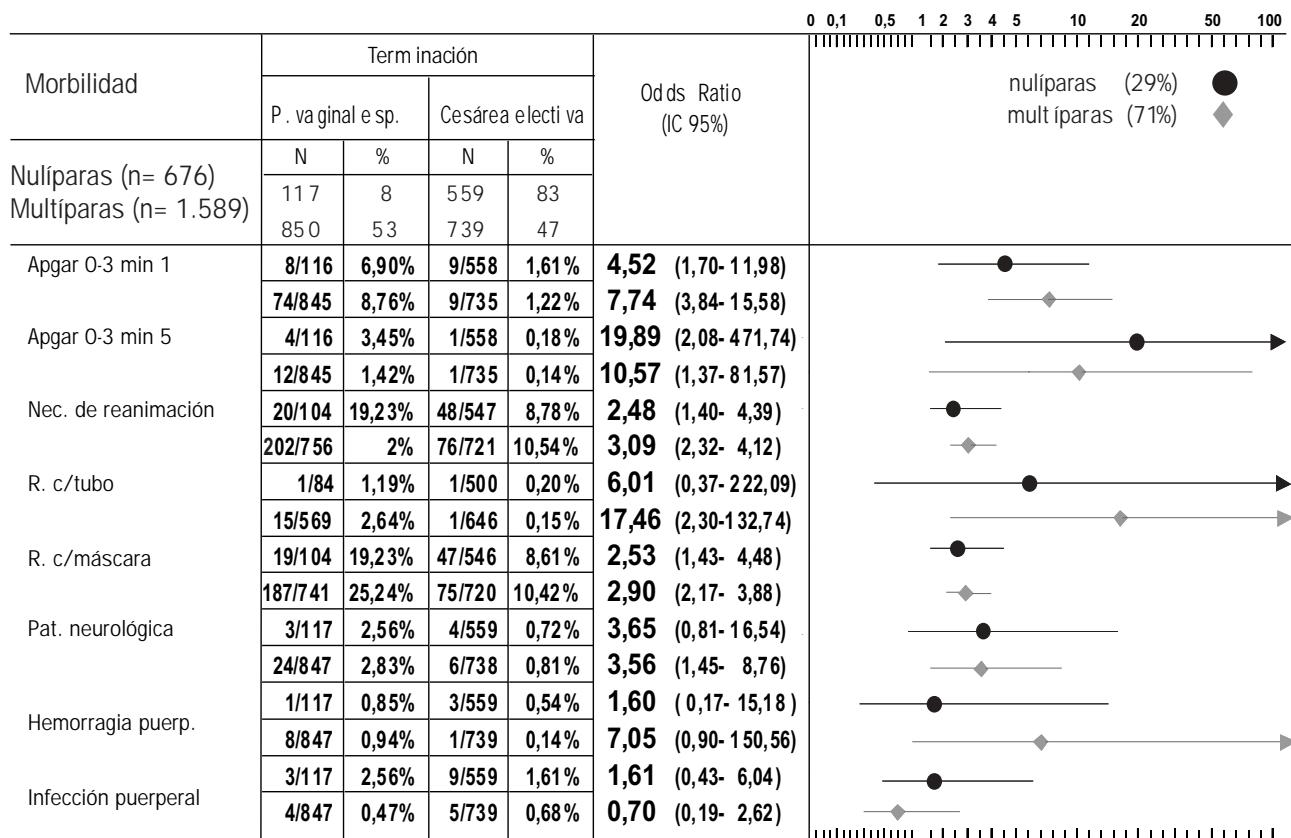
## Conclusión

En presentación pelviana, el parto por vía vaginal aumenta el riesgo de varios resultados neonatales adversos en RN de término hijos de madres multíparas.

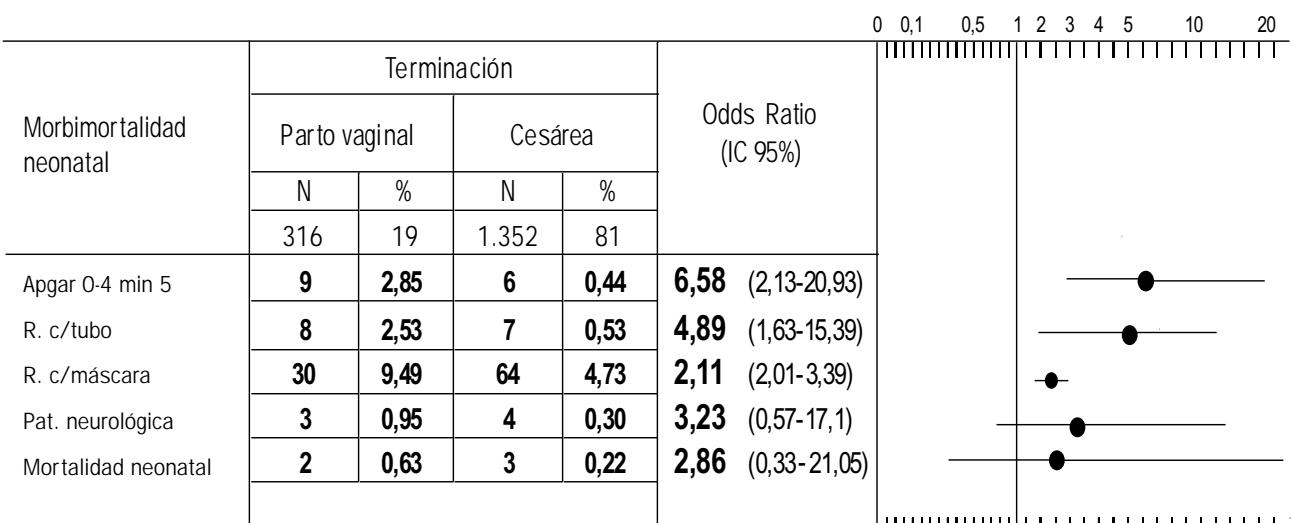
**Tabla 3:** OR crudos para diferentes resultados perinatales según terminación del parto en pelviana: parto vaginal o cesárea electiva (n= 2.341).

Morbilidad neonatal	FRECUENCIA DEL DAÑO EN:				Odds Ratio (IC 95%)			
	EXP. RIESGO		NO EXPUESTOS					
	Parto vaginal esp.		Cesárea electiva					
	N	%	N	%				
	979	42	1.362	58				
Apgar 0-3 min 1	<b>85/973</b>	<b>8,74%</b>	<b>18/1357</b>	<b>1,33%</b>	<b>7,12</b> (4,25- 11,93)			
Apgar 0-3 min 5	<b>16/973</b>	<b>1,64%</b>	<b>1/1357</b>	<b>0,07%</b>	<b>22,67</b> (3,00-171,42)			
Nec. de reanimación	<b>224/864</b>	<b>25,93%</b>	<b>128/1313</b>	<b>9,75%</b>	<b>3,24</b> (2,55- 4,11)			
R. c/tubo	<b>15/655</b>	<b>2,29%</b>	<b>2/1187</b>	<b>0,17%</b>	<b>13,89</b> (3,16-60,98)			
R. c/máscara	<b>209/849</b>	<b>24,62%</b>	<b>126/1311</b>	<b>9,61%</b>	<b>3,07</b> (2,41- 3,91)			
Pat. neurológica	<b>27/976</b>	<b>2,77%</b>	<b>10/1361</b>	<b>0,73%</b>	<b>3,84</b> (1,85- 7,97)			
Morbilidad materna								
Hemorragia puerp.	<b>8/976</b>	<b>0,82%</b>	<b>3/1362</b>	<b>0,22%</b>	<b>3,74</b> (0,99-14,14)			
Infección puerperal	<b>7/976</b>	<b>0,72%</b>	<b>15/1362</b>	<b>1,10%</b>	<b>0,65</b> (0,26- 1,60)			

**Tabla 4:** *OR crudos para diferentes resultados perinatales según terminación del parto en pelviana (parto vaginal o cesárea electiva) y según paridad (n= 2.265).*



**Tabla 5:** *OR crudos para diferentes resultados neonatales según terminación del parto en pelviana: parto vaginal o cesárea. HMIRS, Buenos Aires, 1990-2000 (n= 1.668).*



### **Recomendación**

La evidencia muestra que la cesárea es la mejor manera de nacer para los niños a término, únicos, en presentación pelviana irreductible, tanto en madres nulíparas como multíparas.

### **Agradecimientos**

Al Dr. *Ricardo Schwarcz*, por haber compartido un año y medio de trabajo en el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud, disfrutando de su calidad humana y profesional, que entre muchas otras cosas permitió realizar el segundo trabajo presentado.

Al Dr. *Diego Enríquez*, que con su entusiasmo habitual, recopiló los datos del SIP de la Maternidad Sardá para poder investigar qué había sucedido

do con los recién nacidos en pelviana en nuestro Hospital.

Al Dr. *Carlos Grandi* por la corrección del original.

### **Bibliografía**

1. Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, Williams MA, Daling JR. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population based study. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:851-852.
2. Schwarcz R, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. *Obstetricia*. Buenos Aires: El Ateneo, 1995:441.
3. Hannah ME, Hannah WJ, Amankwah K. The Canadian consensus on breech management at term. *J SOGC* 1994; 16:1839-58.
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. *Lancet* 2000; 356:1375-1383.