

Factores asociados al valor de Apgar en recién nacidos extraídos en presentación pélvica

Juan Antonio Vázquez,¹ Luis Alberto Villanueva,² Gerardo Lara-Figueroa,³ Hugo Martínez-Ayala,⁴ Enrique García Lara⁵

RESUMEN

Se analizó la morbi-mortalidad materna y neonatal precoz de 343 embarazos con presentación pélvica y se establecieron las variables asociadas con un valor de Apgar menor de 7 a los 5 minutos del nacimiento. La morbilidad materno-neonatal en los casos atendidos por cesárea es baja, independientemente de la modalidad de presentación pélvica. La mortalidad fue ausente. Las variables asociadas significativamente con el valor de Apgar a los 5 minutos de nacimiento fueron la edad gestacional y el peso al nacimiento. Esta asociación se demostró en la totalidad de pacientes y cuando fueron analizadas por separado de acuerdo a la vía de interrupción del embarazo. El resultado perinatal de los atendidos por vía vaginal con presentación pélvica completa e incompleta franca de nalgas no mostraron diferencias con los atendidos por cesárea.

Palabras clave: Parto pélvico, calificación de Apgar, morbilidad perinatal.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se ha considerado que la morbilidad y mortalidad perinatales en la presentación pélvica son mayores que en la presentación cefálica.¹ A pesar de la escasez de estudios aleatorios que comparen la

ABSTRACT

The analysis for the present study was derived from 343 singleton pregnancies with a breech presentation. The variables associated with an Apgar score < 7 at 5 minutes were, gestational age and birth weight. This association was observed in all patients and when they were analyzed separately according to route of delivery. The intrapartum and early neonatal mortality was absent in both groups. The perinatal outcome among the vaginally delivered frank breech infants at term was not statistically different compared with the group delivered by caesarean section.

Key words: Breech delivery, Apgar score, perinatal morbidity.

atención por vía vaginal con la cesárea electiva, la aceptación de la cesárea sistemática por presentación pélvica ha aumentado de manera progresiva y constituye cerca del 15% de la indicación de dicho procedimiento en reportes internacionales y del 23.4% en diferentes instituciones mexicanas.²

Sin embargo, existe poca controversia en que la cesárea electiva como procedimiento quirúrgico mayor aumenta la mortalidad y morbilidad maternas con respecto a la del parto vaginal. Entre las entidades asociadas a la operación cesárea se incluyen: endometritis, infección urinaria, infección de herida quirúrgica, necesidad de transfusión sanguínea, y en los casos más graves embolia pulmonar y atonía uterina requiriendo histerectomía de urgencia con las complicaciones inherentes a este procedimiento.³ Los objetivos de nuestro estudio fueron evaluar la morbi-mortalidad materna y neonatal temprana relacionada a la

¹ Médico residente Ginecología y Obstetricia

² Subdirector de Investigación.

³ Médico adscrito. Ginecología y Obstetricia

⁴ Jefe del Departamento de Obstetricia.

⁵ Subdirector de Ginecología y Obstetricia.

Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Secretaría de Salud.

Correspondencia:

Dr. Luis Alberto Villanueva. Subdirección de Investigación.
Hospital General "Dr. Manuel Gea González". SSA. Calzada de Tlalpan No. 4800 Col. Toriello Guerra. Delegación Tlalpan. CP 14000. Tel. 56-66-60-21.

presentación pélvica y determinar las variables asociadas al resultado perinatal en esta condición.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional, prospectivo y transversal en el que se incluyeron 343 pacientes embarazadas con producto único en presentación pélvica que ingresaron para su atención en la Unidad Toco-Quirúrgica del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en el periodo comprendido del 1° de marzo de 1996 al 30 de noviembre de 1998. Los criterios clínicos para asignar la vía de interrupción del embarazo fueron los considerados por los médicos tratantes en cada caso. Los casos de muerte fetal y de malformaciones congénitas fueron excluidos. Se consideró muerte neonatal temprana a la que ocurre en recién nacidos con peso ≥ 1000 g o edad gestacional ≥ 28 semanas, ocurridas durante los primeros 7 días de vida posnatal. No se consignó la duración del trabajo de parto debido a que la decisión de interrumpir el embarazo vía cesárea se adoptó al momento de su ingreso al servicio de urgencias y en el caso de las pacientes atendidas por vía vaginal acudieron en el periodo expulsivo del trabajo de parto.

Fueron consideradas las siguientes variables independientes: edad materna, edad gestacional, paridad, modalidad de la presentación pélvica, peso y sexo del recién nacido y como variable dependiente se consideró la calificación de Apgar al 5° minuto del nacimiento.

Todos los casos fueron atendidos por o bajo la supervisión de un obstetra con experiencia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la descripción y síntesis de los datos, se calcularon la media, desviación estándar y porcentajes. Para determinar la presencia de asociaciones entre las variables del estudio se empleó el análisis de regresión lineal multivariado y para medir su magnitud y dirección se calculó el Coeficiente de Correlación de Pearson (r). Se consideró una asociación como estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Del total de pacientes, el embarazo se resolvió por cesárea en 312 (90.96%) y por parto vaginal en 31

(9.03%). La presentación del feto fue pélvica completa en 108 casos (31.48%) e incompleta en 235 (68.51%), de los que 154 correspondieron a la modalidad franco de nalgas (*Cuadro I*).

La mortalidad materna y neonatal fueron ausentes. Los casos de morbilidad materna asociada a la presentación pélvica, representaron el 2.3% de los casos ($n = 8$). Las complicaciones encontradas fueron las siguientes: desgarros en las comisuras de la histerotomía ($n = 4$), desgarros cervicales ($n = 2$), hipotonía uterina transitoria ($n = 1$), atonía uterina ($n = 1$) y punción húmeda como complicación del procedimiento anestésico ($n = 1$).

La morbilidad neonatal se observó en 7 recién nacidos con asfixia en diferentes niveles de gravedad. La presencia de prolapso del cordón umbilical ocurrió en el 2.09% ($n = 10$) y todos ocurrieron en asociación a la presentación pélvica incompleta variedad podálica y atendidos por vía vaginal.

Aun cuando la proporción de embarazos con presentación pélvica atendidos por vía vaginal correspondieron a menos del 10% del total, se realizó el análisis por separado de acuerdo a la vía de interrupción del embarazo.

Considerando como variable dependiente la calificación de Apgar a los 5 minutos, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple utilizando las siguientes variables independientes: edad materna, edad gestacional, peso al nacimiento, paridad, modalidad de la presentación del feto (completa o incompleta) y sexo del recién nacido. En ambos

Cuadro I. Características clínicas de acuerdo a la vía de interrupción del embarazo

	Vaginal (n=31)	Cesárea (n=312)
Edad materna (años)	27.30 $\pm$ 7.42	23.60 $\pm$ 6.2
Paridad	3.26 $\pm$ 1.5	1.92 $\pm$ 1.3
Edad gestacional (semanas)	38.5 $\pm$ 1.53	38.80 $\pm$ 2.78
Variedad (%)		
Completa	46	29.8
Podálica	13.3	24.4
Franco de nalgas	40	45.8
Peso (gramos)	2912 $\pm$ 659	3008 $\pm$ 552
Apgar 5'	8.26 $\pm$ 1.3	8.56 $\pm$ 1.3
Sexo (%)		
Masculino	56.7	44.6
Femenino	46.6	55.4

grupos, las únicas variables asociadas positivamente con el valor de Apgar fueron la edad gestacional y el peso al nacimiento ($p < 0.001$). Los coeficientes de correlación de Pearson fueron en el caso de los atendidos por cesárea de 0.326 para el peso y de 0.350 para la edad gestacional con un valor de $p < 0.0001$. En los atendidos por vía vaginal fueron de 0.438 para el peso ($p = 0.015$) y de 0.662 para la edad gestacional ($p < 0.0001$) (*Cuadro II*).

DISCUSIÓN

La vía de interrupción del embarazo con el feto en presentación pélvica ha constituido materia de debate desde hace varias décadas. Se han establecido criterios de asistencia que varían notablemente desde aquellos que recomiendan la operación cesárea en todos los casos de presentación pélvica hasta quienes propugnan por la espontaneidad total del parto.⁴ Estudios recientes conducidos en grandes poblaciones han demostrado un incremento significativo en la mortalidad intraparto del recién nacido en los casos atendidos por vía vaginal en comparación a los atendidos vía cesárea.^{5,6}

En un estudio realizado en Suecia en el que se incluyeron los resultados obtenidos de 6542 embarazos en presentación pélvica, encontraron una asociación significativa entre una calificación de Apgar a los 5 minutos menor de 7 y parto vaginal.⁷

En nuestro estudio, las variables asociadas con el resultado perinatal en ambos grupos (cesárea y parto vaginal) correspondieron a la edad gestacional y el peso al nacimiento.

Al no existir un criterio universal que defina la ruta del nacimiento en presentación pélvica, entre las recomendaciones que se adopten se deberán considerar de manera importante la edad gestacional y el peso calculado del feto. Existe un consenso entre los

Cuadro II. Variables asociadas con el valor de Apgar 5'.

	Cesárea	Vaginal
Peso al nacimiento	$r = 0.326^*$	$r = 0.438$
Edad gestacional	$r = 0.350^*$	$r = 0.662^*$

Coeficiente de correlación de Pearson (r)

* $p < 0.0001$

** $p = 0.015$

diferentes autores en relación al riesgo marcado del nacimiento por vía vaginal en presentación pélvica y embarazo pretérmino.⁸

Es deseable la realización de estudios que permitan adquirir mejores criterios para seleccionar la ruta del nacimiento en los embarazos de término con presentación pélvica.

REFERENCIAS

1. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 605-18.
2. García-Benitez CQ, Neri-Méndez CJ, Ahued-Ahued JR, et al. Operación cesárea: ciencia o ansiedad? Once años de experiencia institucional. *Ginecol Obstet Mex* 1997; 65: 247-53.
3. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5-year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 750.
4. Albrechtsen S, Rasmussen S, Reigstad H, et al. Evaluation of a protocol for selecting fetuses in breech presentation for vaginal delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 586-92.
5. Thorpe-Beeston JG, Banfield PJ, Saunders NJS. Outcome of breech delivery at term. *BMJ* 1992; 305: 746-7.
6. Krebs L, Langhoff-Roos J, Weber T. Breech at term-mode of delivery? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 702-6.
7. Lindqvist A, Nordén-Lindeberg S, Hanson U. Perinatal mortality and route of delivery in term breech presentations. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1288-91.
8. Weiner CP. Parto vaginal en presentación pélvica durante el decenio de 1990. En: *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Interamericana, México 1992; 3: 535-544. (traducido de *Clinical Obstetrics & Gynecology Vol. 35 No.3*).