



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## **Pelvimetría para presentaciones cefálicas fetales a término o cerca del término para decidir el modo de parto (Revisión)**

Pattinson RC, Cuthbert A, Vannevel V

Pattinson RC, Cuthbert A, Vannevel V.

Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term for deciding on mode of delivery

(Pelvimetría para presentaciones cefálicas fetales a término o cerca del término para decidir el modo de parto).

*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD000161.

DOI: [10.1002/14651858.CD000161.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000161.pub2).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

**Pelvimetría para presentaciones cefálicas fetales a término o cerca del término para decidir el modo de parto (Revisión)**

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

**WILEY**

[Revisión de intervención]

# Pelvimetría para presentaciones cefálicas fetales a término o cerca del término para decidir el modo de parto

Robert C Pattinson<sup>1</sup>, Anna Cuthbert<sup>2</sup>, Valerie Vannevel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Pretoria, Pretoria, South Africa. <sup>2</sup>Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, Department of Women's and Children's Health, University of Liverpool, Liverpool, UK. <sup>3</sup>SAMRC Maternal and Infant Health Care Strategies Unit/University of Pretoria, Pretoria, South Africa

**Dirección de contacto:** Valerie Vannevel, [valerie.vannevel@gmail.com](mailto:valerie.vannevel@gmail.com).

**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

**Estado y fecha de publicación:** Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 12, 2020.

**Referencia:** Pattinson RC, Cuthbert A, Vannevel V. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term for deciding on mode of delivery (Pelvimetría para presentaciones cefálicas fetales a término o cerca del término para decidir el modo de parto). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD000161. DOI: [10.1002/14651858.CD000161.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000161.pub2).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

La pelvimetría evalúa el tamaño de la pelvis de una mujer con el objetivo de predecir si podrá dar a luz por vía vaginal o no. Este procedimiento se puede realizar mediante un examen clínico o mediante rayos X convencionales, tomografía computarizada (TC) o imagenología de resonancia magnética (IRM).

### Objetivos

Evaluar los efectos de la pelvimetría (realizada antes de o intraparto) sobre el método del parto, la mortalidad y morbilidad perinatales y en la morbilidad materna. Esta revisión se centra exclusivamente en las mujeres cuyos fetos están en presentación cefálica.

### Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (31 de enero 2017) y en listas de referencias de los estudios obtenidos.

### Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos controlados aleatorizados (incluidos los cuasialeatorizados) que evaluaron el uso de la pelvimetría versus ninguna pelvimetría o que evaluaron diferentes tipos de pelvimetría en mujeres con presentación cefálica a término o cerca del término. Fueron elegibles para inclusión los ECA grupales, aunque no se identificaron ensayos de este tipo.

### Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión evaluaron de forma independiente los ensayos para la inclusión y el riesgo de sesgo, extrajeron los datos y verificaron su exactitud. La calidad de la evidencia se evaluó mediante los criterios GRADE.

### Resultados principales

Se incluyeron cinco ensayos con 1159 mujeres. Todos utilizaron la pelvimetría de rayos X para evaluar la pelvis. La pelvimetría de rayos X versus ninguna pelvimetría o la pelvimetría clínica es la única comparación incluida en esta revisión debido a la falta de ensayos identificados que examinen otros tipos de pelvimetría radiológica, o que comparen la pelvimetría clínica versus ninguna pelvimetría.

En general, los ensayos incluidos presentaron un alto riesgo de sesgo. Existe un alto riesgo general de sesgo de realización debido a la falta de cegamiento de las mujeres y el personal. Dos estudios también tuvieron un alto riesgo de sesgo de selección. Se utilizó el programa

informático GRADEpro para calificar la evidencia de los resultados seleccionados; para la cesárea la evidencia se calificó como de calidad baja, y todos los demás resultados (mortalidad perinatal, sepsis de la herida, transfusión de sangre, dehiscencia de la cicatriz e ingreso en la unidad de cuidados especiales de recién nacidos) se evaluaron como de calidad muy baja. La disminución de la calidad se debió al riesgo de sesgo relacionado con la falta de ocultación y cegamiento de la asignación, y a la imprecisión de las estimaciones de los efectos.

Las mujeres sometidas a pelvimetría de rayos X tuvieron más probabilidades de que se les realizara una cesárea (riesgo relativo [RR] 1,34, intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,19 a 1,52; 1159 mujeres; cinco estudios; *evidencia de calidad baja*). No hubo diferencias claras entre los grupos en cuanto a los resultados perinatales: mortalidad perinatal (RR 0,53; IC del 95%: 0,19 a 1,45; 1159 lactantes; cinco estudios; *evidencia de calidad muy baja*), asfixia perinatal (RR 0,66; IC del 95%: 0,39 a 1,10; 305 lactantes; un estudio) e ingreso en la unidad de cuidados especiales de recién nacidos (RR 0,20; IC del 95%: 0,01 a 4,13; 288 lactantes; un estudio; *evidencia de calidad muy baja*). Otras medidas de resultado evaluadas fueron la sepsis de la herida (RR 0,83; IC del 95%: 0,26 a 2,67; 288 mujeres; un estudio; *evidencia de calidad muy baja*), transfusión de sangre (RR 1,00; IC del 95%: 0,39 a 2,59; 288 mujeres; un estudio; *evidencia de calidad muy baja*) y la dehiscencia de la cicatriz (RR 0,59; IC del 95%: 0,14 a 2,46; 390 mujeres; dos estudios; *evidencia de calidad muy baja*). Una vez más, no se encontraron diferencias claras para estos resultados entre las mujeres que recibieron pelvimetría de rayos X y las que no la recibieron. La puntuación de Apgar menor de siete a los cinco minutos no se informó en los estudios.

### Conclusiones de los autores

La pelvimetría de rayos X versus ninguna pelvimetría o la pelvimetría clínica es la única comparación incluida en esta revisión debido a la falta de ensayos identificados que utilicen otros tipos de pelvimetría (otro examen radiológico o pelvimetría clínica versus ninguna pelvimetría). No hay evidencia suficiente que apoye el uso de la pelvimetría de rayos X para decidir el modo del parto en mujeres con fetos en presentación cefálica. Las mujeres que se someten a una pelvimetría de rayos X pueden tener más probabilidades de que se les realice una cesárea.

Los estudios de investigación adicionales se deben dirigir a definir si existen situaciones clínicas específicas en las que la pelvimetría pueda demostrar su valor. Los métodos más recientes de pelvimetría (TC, IRM) se deben someter a ensayos aleatorizados para evaluar su valor. Sería útil realizar más ensayos de pelvimetría de rayos X en presentaciones cefálicas si son lo suficientemente grandes como para evaluar el efecto sobre la mortalidad perinatal.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### Pelvimetría para presentaciones cefálicas fetales a término o cerca del término para decidir el modo de parto

#### ¿Cuál es el problema?

¿El uso de la pelvimetría para evaluar el tamaño de la pelvis de la mujer mejora los resultados para el recién nacido y la madre? La pelvimetría podría identificar a los fetos cuyas cabezas son demasiado grandes para la pelvis de la madre. En este caso, una cesárea electiva podría mejorar el resultado. Las formas de pelvimetría incluyen la pelvimetría radiológica (rayos X, tomografía computarizada [TC] o imagenología de resonancia magnética [IRM]) y el examen clínico de la mujer. Se planificó incluir todos los estudios que compararon el uso de pelvimetría clínica o radiológica (rayos X, TC o IRM) con ninguna pelvimetría, o con diferentes tipos de pelvimetría.

#### ¿Por qué es esto importante?

En ocasiones, el trabajo de parto normal no progresa porque la cabeza del feto es demasiado grande, o la pelvis de la madre es demasiado pequeña, para que el feto pueda pasar. A lo anterior se le denomina "desproporción cefalopélvica" o "trabajo de parto obstruido", que puede dar lugar a una cesárea de urgencia con posibles riesgos para la madre y para el bebé. A la embarazada o a su cuidador les puede preocupar que se produzca una desproporción y, por este motivo, la pelvimetría se puede realizar antes o durante el parto. Se puede realizar mediante examen clínico, rayos X, examen de TC o IRM. La pelvimetría mide los diámetros de la pelvis y la cabeza del feto. Sin embargo, hacer una pelvimetría también tiene implicaciones: el examen clínico puede ser muy incómodo para la madre, los rayos X y el examen con TC pueden ser perjudiciales para el feto y la IRM es muy costosa. Todas estas técnicas las deben realizar de manera meticulosamente profesionales experimentados y capacitados para que tengan algún valor real.

Si fuera posible diagnosticar la desproporción con exactitud antes del parto mediante la pelvimetría, se podría reducir la necesidad de una cesárea de urgencia y planificar un procedimiento electivo, con mejores resultados para el recién nacido y menos complicaciones para la madre.

#### ¿Qué evidencia se encontró?

Se buscó evidencia el 30 de noviembre 2016 y se identificaron cinco ensayos con 1159 embarazadas. Los cinco ensayos utilizaron la pelvimetría de rayos X en comparación con ninguna pelvimetría de rayos X.

Las mujeres que recibieron pelvimetría de rayos X tuvieron más probabilidades de que se les practicara una cesárea (*evidencia de calidad baja*). Independientemente de que una mujer se sometiera a una pelvimetría o no, no se encontraron diferencias en el número de niños que murieron (*evidencia de calidad muy baja*), que no tuvieron suficiente oxígeno durante el trabajo de parto o que ingresaron en unidades de cuidados especiales de recién nacidos (*evidencia de calidad muy baja*). En el caso de las mujeres, no se encontraron diferencias entre el

número de mujeres con sepsis en las heridas, las que recibieron una transfusión de sangre o aquellas cuya cicatriz de la cesárea comenzó a romperse (*toda evidencia de calidad muy baja*). La puntuación de Apgar menor de siete a los cinco minutos no se informó en los estudios.

### ¿Qué significa esto?

Hay muy poca evidencia (la mayoría de calidad baja) que demuestre si la medición del tamaño de la pelvis de la mujer (pelvimetría) es beneficiosa y segura cuando el feto está en posición de cabeza. El número de mujeres que se someten a una cesárea aumentó cuando las mujeres se sometían a una pelvimetría de rayos X, pero no hubo suficiente evidencia de buena calidad para demostrar si la pelvimetría mejora los resultados para el recién nacido. Se necesitan más estudios de investigación.