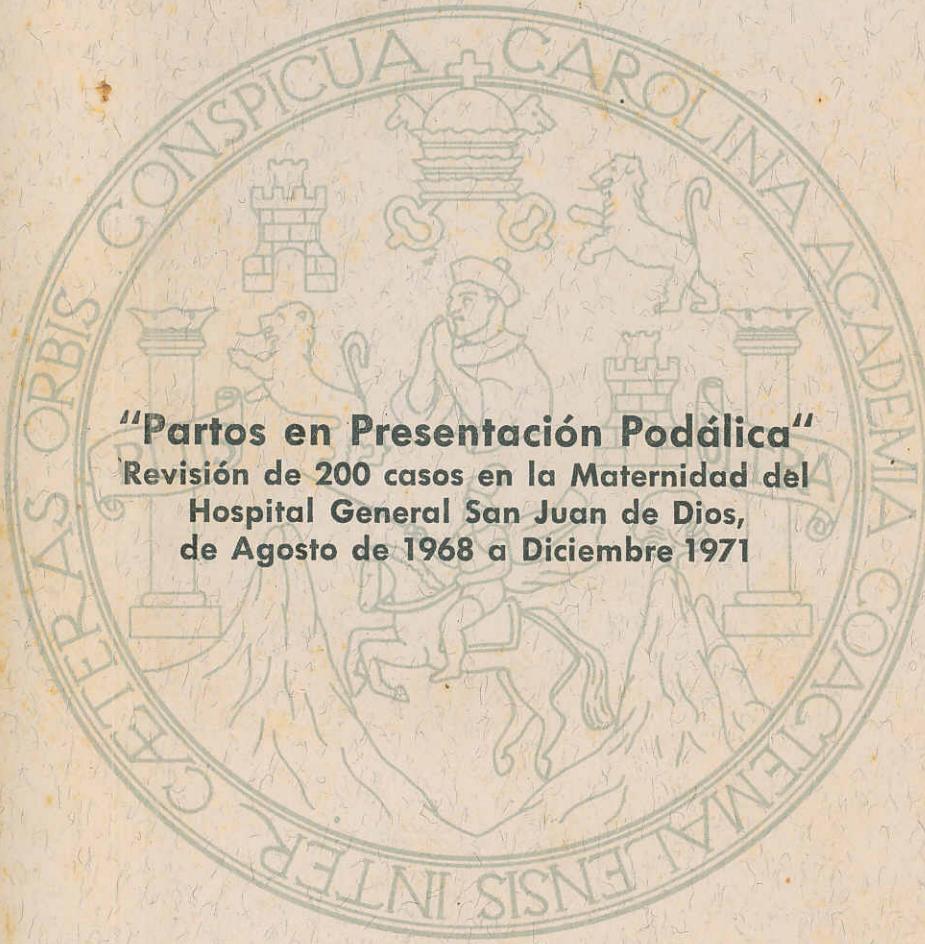


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"Partos en Presentación Podálica"

Revisión de 200 casos en la Maternidad del
Hospital General San Juan de Dios,
de Agosto de 1968 a Diciembre 1971

CARLOS ANTONIO GONZALEZ HERNANDEZ

1972

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. PRINCIPIOS GENERALES

- i Historia*
- ii Estadísticas.*
- iii Etiología*
- iv Descripción del parto.*
- v Complicaciones maternas y fetales.*
- vi Cuidados prenatales*

III. MATERIAL Y METODOS

IV. RESULTADOS

V. CONCLUSIONES

VI. COMENTARIOS.

VII. RECOMENDACIONES

VIII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El parto en presentación podálica es considerado como parto distóxico por su morbi-mortalidad fetal, muy superior a la presentación de vértece. Los esfuerzos realizados para asegurar el producto de la concepción, principalmente en la primípara, han llevado a preconizar la operación cesárea, para solucionar el parto. Esta operación quirúrgica, si bien es cierto, puede disminuir los peligros para el recién nacido; opinión no compartida por todos los obstetras, aumenta la tasa de complicaciones del futuro obstétrico de la mujer.

El objeto de esta tesis y la revisión de los doscientos casos es señalar, ciertos factores que motivan e influyen en dicha presentación y que la hacen bastante diferente, con respecto al parto en presentación cefálica y por lo mismo advertir que la asistencia y manejo de ésta, lleva consigo mayor morbitimortalidad feto-materna, si no se llenan ciertos requisitos mínimos para su adecuada asistencia.

Una de las principales y grandes diferencias entre una presentación de vértece y una presentación podálica, durante un período prenatal, es el dilema en que se encuentra el obstetra para determinar, sobre todo en una paciente primigesta con presentación podálica, si se le da un parto por vía vaginal o se efectúa operación cesárea, ya que en este tipo de presentación no cabe la prueba de trabajo de parto.

PRINCIPIOS GENERALES

Historia:

La presentación podálica siendo tan vieja como la humanidad misma, tiene su primera descripción y reconocimiento con Hipócrates (460-370 a de C.), mencionándola en la siguiente manera: "La presentación más frecuente del feto es por la cabeza y además es la más favorable, si se presenta de otra forma, de nalgas o de espaldas, puede compararse a un hueso de aceituna metido en un frasco de gollete estrecho y que no puede sacar de lado". (29).

Luego no hay referencias de este tipo de parto, hasta encontrarse un diagrama efectuado por el médico anatómista Manzur, grabado persa que representa una mujer embarazada, con feto en presentación podálica, no existiendo referencias de fechas. (16).

Posteriormente a esto se inicia una nueva descripción en el siglo XVI cuando Ambrosio Paré (1510-1590) describe los partos en podálica; Francois Mauriceaux (1637-1709) obstetra francés, ideó la maniobra que lleva su nombre y que se utiliza en la extracción de nalgas. En su obra: "Traité des maladies des femmes grasses", dio orientaciones en cuanto a la asistencia del parto normal, la versión y el tratamiento de la placenta previa. (12-29).

Paul Portal, escribe un tratado obstétrico en 1685, en el cual enseñaba que la presentación podálica puede resolverse tomando al producto de un pie. (12)

Guillaume Mauquet de la Motte (1665-1737) extendió el uso de la versión podálica en las presentaciones de cabeza. Antes de la época de Mauriceaux, Portal y de la Motte el embarazo había sido considerado como una enfermedad de nueve meses, es a ellos que se debe la mejoría del diagnóstico obstétrico por la exploración digital, la normalización de las maniobras necesarias para la versión y sus indicaciones, las substitución de un procedimiento racional expectante para no hacer ninguna intervención instrumental antes de tiempo y el estudio de la pelvis contraída. (12, 16, 29).

John Braxton Hicks de 1825-1897, famoso maestro que tuvo a su cargo varios puestos importantes, hizo época en la historia de la obstetricia con la introducción de la versión podálica, con las maniobras internas y externas combinadas. (12, 16)

Desde este momento la obstetricia toma ya senderos más claros y sería demasiado largo relatar sus siguientes pasos, ya que los obstetras anteriores habían sentado las bases de la obstetricia actual.

ESTADISTICA

La presentación pelviana ocurre en alrededor del seis por ciento de los casos en unidades de maternidad grandes, y esto representa una mayor proporción de lo que espera encontrarse en la práctica general, a causa de que los casos tratados en este tipo de centros especializados, son sobre todo casos referidos. (32).

Tomando en cuenta diferentes estadísticas, como por ejemplo el Hospital de John Hopkins en una base de 50,000 partos, una incidencia de presentación pelviana en 2.8 o/o, esto es sin efectuar versión externa durante el período de control prenatal, ya que en otros lugares donde se ha

efectuado este procedimiento rutinariamente, por ejemplo en Georgia, la incidencia de la presentación podálica, en relación a la presentación de vértice era de 1.9 o/o. Sin embargo existen reportes que el índice de mortalidad fetal, seguido de versión externa, es de 1 o/o. (8-4).

La frecuencia encontrada en la revisión de casos en el Hospital General de Guatemala San Juan de Dios, es de 2.8 o/o, lo cual hace una frecuencia similar, en relación a otros lugares.

Se debe tomar también en cuenta que la maternidad del Hospital General es un centro de referencia de casos departamentales y de la clínica de la capital.

ETIOLOGIA

Sin excluirla de la eutocia, la presentación pelviana no puede considerarse como una presentación perfectamente normal, únicamente la presentación de vértice va a corresponder a la acomodación perfecta de un feto normal, cuando existe una placenta que está insertada normalmente en un útero que está bien constituido y de tonicidad normal. (22, 5, 24) Por ello no hay que considerar que no puede existir presentación de nalgas sin motivo.

En las condiciones de rutina del embarazo a término el lugar donde se encuentran las nalgas está en el fondo del útero; que siendo el polo fetal más voluminoso, va a ocupar la parte más amplia del órgano materno. Para que la pelvis fetal se sitúe hacia abajo, es preciso que exista una anomalía primitiva de la cavidad uterina, siempre que el feto sea normal, o que un exceso de líquido amniótico haga precaria o difícil la acomodación del ovoide fetal. Por lo que se puede inferir que la presentación en podálica es el resultado de un trastorno de acomodación. (22)

Es frecuente que alrededor del quinto mes de embarazo el feto se encuentre en presentación podálica y esto ocurre durante la fisiología y desarrollo de un embarazo normal.

Se considera que hay un pequeño porcentaje en el cual el feto no se acomoda para tomar la presentacióncefálica, quedando en presentación podálica. (22, 24, 18)

Se toman en cuenta tres tipos de condiciones que pueden predisponer a un error de acomodación. (22)

- a) Hipotonía uterina de ciertas multíparas.
- b) Anomalía de forma y trofismo del útero en algunas primíparas.
- c) Un elemento sobreañadido, en el cual entran en cuenta, todo lo que puede producir o predisponer a una presentación podálica.

Multiparidad:

El trastorno de acomodación es debido, principalmente a relajación de las paredes uterinas las cuales en el curso de varios embarazos, han perdido su tono normal. Se considera que la paciente multípara puede presentar un embarazo en podálica con la misma frecuencia que un embarazo en cefálica. (22, 6, 7)

Primípara:

Algunos úteros de las primíparas están mal constituidos. Algunos son estrechos y el fondo no es más ancho que las paredes bajas, las paredes carecen de elasticidad y el feto se encuentra comprimido. El problema de la hipotrofia uterina se va a corregir frecuentemente después del primer parto. (22, 6, 7) Se considera que la primigesta que ha tenido su primer parto en podálica, tiene menos incidencia de partos en esta presentación.

Elemento Sobreañadido:

Entre las diferentes causas que se pueden enumerar, se encuentran:

- A. Falta de adaptación: Principalmente, la relación que existe entre el ovoide fetal y la cavidad uterina, está perdida, es decir, que existe un gran continente para un pequeño contenido. Se toma en cuenta el tamaño del feto, ya que existe mayor incidencia de presentaciones pelvianas en niños prematuros y también el tamaño uterino, cuando éste es muy grande en relación al tamaño del feto, como ocurre en el polihidramnios. (5, 6, 32)
- B. Tumores a nivel del cérvix o tumores a nivel del fondo: Sigue frecuentemente que estas formaciones van a evitar la acomodación cefálica normal, haciendo mayor la incidencia de presentaciones podálicas. (30)
- C. Embarazo gemelar: en el cual la acomodación de un feto, puede ser obstaculizada por su hermano gemelo. (10).
- D. Situación de la placenta: Diferentes trabajos y estudios se han

encaminado en relación al sitio de la implantación placentaria en las presentaciones podálicas y la duración del parto (5, 6, 18).

Stevenson y Whitehead establecieron que el sitio de la placenta afectaba la posición del feto en el útero, estableciendo al mismo tiempo que la placenta tiene mayor incidencia de implantación cornofunda en las presentaciones pelvianas y los prematuros (27)

Fell confirmó que este es el sitio en el cual la placenta se encuentra más frecuentemente, en las presentaciones de nalgas. (27)

Kian concluyó que la situación cornofundal de la placenta es una de las causas principales de la presentación en nalgas en los fetos a término. (27)

Little y Friedman establecieron una tendencia a que exista una asociación entre la presentación podálica y la incisión alta de la placenta. (27, 6, 33)

E. Cordón breve: Esto se encuentra en relación a la implantación alta de la placenta, impidiendo la acomodación cefálica del feto. (24)

F. Anomalías fetales: Hay mayor incidencia de anomalías fetales en las presentaciones pelvianas, encontrándose mayor número de hidrocéfalos y anencéfalos, tomando esta situación. (10-6)

G. Capacidad pelviana: No ocurre como en las presentaciones cefálicas en las primigravidas, en las cuales, una falta de encajamiento con embarazo a término, da sospecha de estrechez pélvica. Sigue que una de las causas de presentación podálica es la estrechez pélvica materna, pero puede darse el caso con pelvis aceptable. (5) (8).

H. Circulares al cuello: También en relación con implantación alta de la placenta, pues al existir circular al cuello hay brevedad relativa del cordón. Si en una presentación de nalgas se encuentra que en el cuello existen circulares, se debe sospechar fuertemente que éste es el factor causal (8)

Descripción del Parto

Para lograrse una adecuada descripción, debe comenzarse con la forma de tratamiento de la paciente, desde el momento que se encuentra efectuado el diagnóstico de la presentación, por lo que se ha subdividido esta parte en lo siguiente.

A. Estudio Clínico

1. Durante el embarazo:

-INTERROGATORIO: Tomando en cuenta referencias de la paciente, e n cuanto a su historia obstétrica, con un parto anterior en esta presentación. (22, 30)

-INSPECCION: Va a demostrar que el útero está desarrollado longitudinalmente y que en la primípara, va a tener un aspecto cilíndrico y estrecho, siendo su aspecto característico piriforme. (22)

-PALPACION: Se puede palpar por arriba del estrecho inferior las nalgas completas que se reconocen por sus caracteres habituales y que no peloteen, no palpándose surco que las limite con el dorso fetal. En el fondo del útero, por la mitad o en un cuerno, se va a reconocer la cabeza, por su volumen más pequeño, su contorno redondeado y su dureza característica, encontrándose el peloteo cefálico, separada del dorso por el surco del cuello, siendo el signo más seguro de reconocimiento. Y a un lado sea derecho o izquierdo se va a encontrar el dorso fetal. (5, 22, 24, 30)

-AUSCULTACION: Podemos encontrar que los latidos fetales se van a escuchar la mayor parte de las veces, arriba del ombligo y un poco hacia afuera de éste. Puede existir error en las presentaciones francas de nalgas, pues las piernas por estar extendidas sobre la parte anterior fetal, van a hacer que la presentación se encuentre más descendida y el foco puede ascultarse abajo del ombligo. (5, 22, 24, 30)

-TACTO: Las nalgas completas se van a percibir, a través, de la yema de los dedos, por encima del estrecho superior y el estrecho inferior va a aparecer grueso y mal formado.

Las nalgas incompletas fácilmente se hayan encajadas, con el segmento inferior bien formado y es posible la confusión con el polo cefálico. (5, 22, 24, 30).

2. Durante el Parto:

Cuando se encuentra una dilatación cervical, que permita establecer un diagnóstico por vía vaginal, con lo cual va a permitir un tacto, se puede encontrar entonces: (5, 22, 24, 30).

- Una masa blanda separada en dos por el surco interglúteo, en el centro del cual se encuentra el ano.
- En una de las extremidades del surco se percibe la saliente ósea del

cóccix y la pirámide sacra, reconocible ésta por las salientes óseas en forma de rosario, cuya posición va a determinar la variedad de posición.

- En la extremidad opuesta, la percepción de los órganos genitales carece de nitidez.
- Se puede determinar que en la presentación completa de nalgas, la masa blanda es voluminosa y se puede percibir uno o dos pies.
- En la variedad incompleta la masa es más neta, hundida en cuña en la pelvis.

Al hablar de variedades de presentación o modalidades de presentación, debemos de considerar que de acuerdo con las clasificaciones internacionales, se reconocen dos: (5, 22, 24, 30, 25, 27)

- Variedad de presentación completa.
- Variedad de presentación incompleta.

Completa: Cuando las piernas van a estar flexionadas sobre los muslos y estos a su vez van a estar flexionados sobre el abdomen, de esta manera los miembros inferiores se encuentran replegados delante de la presentación y van a formar parte de ella, aumentando sus dimensiones. (22).

Incompleta o franca de nalgas: Cuando los miembros inferiores van a estar extendidos delante del tronco, con las piernas en extensión total de tal manera que los pies se sitúen a la altura de la cabeza del feto, de esta forma la presentación está constituida únicamente por las nalgas, esta presentación va a ser la más frecuente. (22)

Hay otras diferentes presentaciones que se han descrito, que no son más que variedades de las modalidades anteriores, por orden de frecuencia las podemos situar así: (30).

- | | |
|--|--------|
| i. Modalidad incompleta o franca de nalgas | 70 o/o |
| ii. Incompleta de nalgas con procedencia de pies y franca de pies .. | 25 o/o |
| iii. Completa de nalgas | 5 o/o |

En la variedad de presentación si se toma en cuenta el sacro como guía, por orden de frecuencia se distinguen: (5, 22, 30).

- Sacroiliaca anterior izquierda.
- Sacroiliaca posterior derecha.
- Sacroiliaca posterior izquierda.
- Sacroiliaca anterior derecha.

B. Diagnóstico

El diagnóstico de la presentación podálica, podemos dividirlo en varias partes, como sigue:

- i. Maniobras abdominales.
- ii. Maniobras vaginales
- iii. Maniobras radiológicas
- iv. Ultrasonido.
- v. Electrocardiograma fetal.

i. Maniobras Abdominales:

No son más que las maniobras de Leopold, con las cuales se puede encontrar:

Nalgas en el polo inferior

Cabeza en el polo superior

Dorso fetal en el lado derecho o izquierdo materno.

Pequeñas partes fetales en el lado derecho o izquierdo materno.

Esto se puede establecer con facilidad, cuando se encuentra colaboración de la madre, pero es difícil cuando se encuentran pacientes mal colaboradoras, obesas, pacientes con útero irritable o doloroso, cuando existen deformaciones por tumores, en embarazos gemelares y en fetos anormales. (5-22-24-30)

Dentro de las maniobras abdominales se encuentra también la auscultación de los ruidos cardíacos fetales, en las cuales la frecuencia cardíaca fetal se localiza más alto, que en las presentaciones cefálicas. (5-22-24-30) La posición de las piernas en la presentación podálica es importante conocerla, cuando se efectúan maniobras como son la versión externa, para esto existe una regla que se denomina "sitio de la cabeza", la cual es de ayuda para determinar si las piernas fetales se encuentran extendidas o flexionadas. (27)

ii. Maniobras vaginales:

Es de utilidad para confirmar o establecer un diagnóstico que se ha sospechado o efectuado por maniobras abdominales y como se ha descrito anteriormente lo que se puede encontrar a la palpación vaginal, no se describirá de nuevo.

iii. Maniobras Radiológicas:

Los estudios radiológicos en las presentaciones en podálica son bastante discutidos y es un punto interesante, pues podemos determinar

que en todas las pacientes con esta modalidad de presentación se debe efectuar rutinariamente un estudio radiológico o sea una pelvimetría para determinar la capacidad pelviana en relación con la cabeza fetal. Se ha tomado en cuenta que en vista de cierta incidencia de malformaciones congénitas, en las presentaciones podálicas, debe tomarse pelvimetría rutinariamente a las pacientes, para poder descartar o confirmar un feto anormal, ya que esto hace cambiar la conducta y criterio obstétrico en ciertos casos, tomando en cuenta desde luego otras condiciones. (22-3-4-32-26)

iv. Ultrasonido:

Su aplicación data de 1914 a 1918, cuando el almirantazgo francés y británico, creó un comité para combatir los submarinos alemanes por medio del sonar. (21)

Su uso en el armamentario médico tardó en llegar, y solo durante los últimos 12 años han aparecido reportes. (21)

Se podría definir como que pertenece al mismo espectro del sonido ordinario, pero la frecuencia es tan alta que sobrepasa los límites de la audición humana. (20 kilociclos por segundo). (21)

El diagnóstico por medio del sonar se puede aplicar en las siguientes condiciones, al final del embarazo: (21-28-2).

- i. Presentación
- ii. Embarazo múltiple
- iii. Tamaño de la cabeza fetal
- iv. Hidrocefalia
- v. Hidramnios.
- vi. Localización de la cabeza.

Lo más fácil de determinar en el niño, es la cabeza, que se muestra como un círculo blanco. (21) Puede medirse su tamaño si se cuenta con una escala de centímetros superimpuesta.

Entre las complicaciones, no se ha podido demostrar todavía ningún daño en los tejidos irradiados por el sonar, ni la fertilidad de los animales irradiados, ni el crecimiento y desarrollo de los embriones de rana que fueron expuestos a este medio. Pero la posibilidad, de daños, debe tenerse en cuenta. (21-28)

v. Electrocardiografía Fetal:

Entre los procedimientos de exploración del feto, la electrocardiografía fetal ha adquirido un lugar importante y entra en dominio de la práctica obstétrica. (22)

La necesidad de obtener una importante ampliación, obliga a poner un pre-amplificador a los trazos electrocardiográficos habituales. Durante el embarazo se utilizan ocho receptores por vía externa, esta multiplicidad se hace necesaria a causa de no poder conocer con exactitud la posición del feto. Durante el trabajo de parto se usan dos electrodos, uno situado en el cuero cabelludo fetal y otro sobre el abdomen materno. Los complejos electrocardiográficos fetales se evidencian en la cúspide de la onda rápida R, el resto de los elementos del ECG fetal son ocultos por los ruidos de fondo. (22-2)

Su aparición a nivel de la onda R es la prueba indiscutible de la vida fetal, pero su ausencia no confirma su muerte. Se puede poner de manifiesto el ECG fetal alrededor de la 18 semana de gestación. Aún con el avance que se ha logrado en este tipo de procedimiento, no es posible establecer el diagnóstico de presentación o edad de gestación.

Unicamente se menciona este tipo de examen para poder determinar vida fetal en útero y como una forma que posiblemente dentro de poco tiempo, va a poder determinar la variedad de presentación, de acuerdo con la forma de los componentes del ECG fetal.

Descripción del Parto.

Mientras que en las presentaciones cefálicas el parto se va a reducir únicamente a la cabeza, en las presentaciones podálicas se pueden considerar que ocurren tres partos: (3-8-13)

- i. Parto de las nalgas
- ii. Parto de los hombros
- iii. Parto de la cabeza última

Cada uno con sus mecanismos y dificultades, va a tener por turno sus diferentes fases de encajamiento, descenso y desprendimiento, por lo tanto, la forma de descripción sera tomándolo en este orden:

i. Parto de las nalgas

a) *Encajamiento: El diámetro bitrocanterico se orienta siguiendo un diámetro oblicuo de la pelvis materna, sin necesidad de acortamiento dada su pequeñez; esto constituye la primera fase del parto en podálica y debe separarse, en relación a que las piernas se encuentren flexionadas o extendidas. Se encuentra que las piernas flexionadas son más frecuentes en pacientes multíparas (3) las cuales van a tener la tendencia que uno o ambos pies van a descender antes que se encuentre dilatación completa del cérvix, cuando ocurre esto existe una regla de oro en obstetricia que dice "esperar", vigilando problemas y dilatación completa para resolver el parto (8)*

La presentación franca de nalgas, más frecuente en primíparas, (7) la situación es menos seria, aquí una de las preocupaciones del obstetra, es lograr una buena relajación del perineo y para esto se puede recurrir a varios tipos de anestesia como son pudenda, raquídea y epidural, las cuales van a brindar excelentes condiciones de relajación perineal. (13-11-20)

- b) *Descenso y rotación: La rotación de las nalgas se va a efectuar en espiral o solamente después que este opoyándose sobre el perineo y no es nunca mayor que un octavo de círculo. Lo que hace esta rotación es conducir el diámetro bitrocanterico, al diámetro anteroposterior del estrecho inferior. (22-8)*
- c) *Desprendimiento: La cadera anterior es la que se va a desprendir en primer lugar y se coloca bajo la sínfisis, luego la cadera posterior recorriendo la concavidad sacrococcigea efectúa su desprendimiento. Este tipo de movimiento va a efectuarse fácilmente en una presentación completa de nalgas, pero en las presentaciones incompletas, en las cuales uno o los dos miembros inferiores se encuentran elevados, sobre la parte anterior fetal, va a suceder que pueden efectuar el efecto de férula y la flexión lateral del dorso fetal para desprendimiento de la cadera posterior, va a ser más difícil. (22-8)*

ii. Parto de los hombros: (13)

- a) *Encajamiento: Puede tomar tres formas.*

La más simple en la cual los hombros están en relación anteroposterior, en el estrecho inferior. (8) El hombro anterior va a pasar bajo el estrecho inferior del arco púbico naciendo y efectuándose después por elevación del nacimiento del hombro posterior. Cuando sucede que el hombro anterior no puede efectuar desprendimiento se debe efectuar la maniobra de Rojas, la cual puede efectuarse fácilmente usando anestesia regional. (8-13) Si los brazos se encuentran extendidos, una formal maniobra de extracción de brazos es requerida, esta va a disminuir los chances de sobrevivencia del niño a la mitad. (22).

- b) *Descenso y rotación: El descenso y la rotación son simultáneos o sucesivos, la rotación va a conducir el diámetro biacromial, al diámetro anteroposterior en el estrecho inferior, los hombros se van a orientar sobre su diámetro transversal. (22)*
- c) *Desprendimiento: Los hombros se orientan longitudinalmente, el anterior se coloca bajo la sínfisis y el posterior recorre la*

longitud del periné posterior, hasta la comisura vulvar.

iii. Parto de la cabeza última: (22-24-6-5-30)

- a) Encajamiento: La cabeza se va a orientar sobre un diámetro oblíquo de la pelvis, occipucio hacia adelante, y se encaja flexionada.
- b) Descenso y rotación: El occipucio rota hacia adelante para llegar a ponerse anteroposterior en el estrecho inferior.
- c) Desprendimiento: El suboccipucio va a tomar punto de apoyo bajo la sínfisis. La cabeza se flexiona progresivamente, la cara, la frente y el cráneo se desprenden progresivamente de la comisura posterior.

Diferentes Maniobras Obstétricas:

Para el parto de cabeza última pueden usarse varios métodos, uno de estos es el de:

- i. Mauriceaux-Smillie-Viet: (MSV) En este método el cuerpo del niño es puesto sobre el antebrazo del obstetra, antebrazo derecho, el dedo índice de la mano derecha es puesto en su boca para producir flexión de la cabeza. Y la mano izquierda del obstetra efectuará tracción sobre los hombros del niño, de tal manera que esté dividida por igual sobre ambos hombros. Una tracción suave de la mano izquierda del obstetra, manteniendo la flexión de la cabeza fetal con el dedo en su boca, la cabeza es pasada directamente de la cavidad pélvica al piso pélvico y se tracciona, hasta el momento que el suboccipucio fetal se ha puesto en relación con la cara inferior del pubis, en este momento el desprendimiento es efectuado por flexión del cuerpo fetal hacia arriba, con lo cual la cabeza fetal efectúa un pivoteo sobre el arco púbico, el mentón y la boca fetal aparecen primero, la cara y frente subsecuentemente sobre el periné. Cuando la boca aparece en el periné, se puede efectuar succión, para limpiar la nasofaringe evitando en esta forma las precipitaciones. (8).

El principal peligro de este método, consiste en el factor tracción, que se efectúa sobre el cuello del niño. Esto puede producir daño de los nervios y sus ramas en el cuello, dando, parálisis de Erb o de Klumtke, de las extremidades superiores.

Esto ocurre cuando hay tracción que produce daños bilateralmente, cuando la tracción es excéntrica, se puede producir daños nerviosos de un solo lado. (8-22-24-30) Para evitar estas complicaciones se debe considerar el método de:

- ii. Wigand-Martin: En el cual el feto es puesto sobre el antebrazo derecho del obstetra, como se describió anteriormente, la mano

izquierda se utiliza para efectuar presión suprapública, esto es para evitar la tracción excesiva sobre el cuello fetal. (8-22)

- iii. Aplicación de forceps para cabeza última: Es probablemente un método bastante difícil y laborioso. La forma de aplicación de la flexión es aplicada a través de las ramas del forceps, precisamente en el lugar que es requerida. No se efectúa tracción sobre la nuca o el cuello fetales. El nacimiento es bien controlado. La aplicación de las ramas puede ser difícil y va a necesitar la asistencia de una segunda persona, para elevar el cuerpo del niño, mientras se aplican las ramas. Este procedimiento, puede efectuarse usando bloqueo pudendo, pero en ocasiones puede requerir anestesia general. (5-8-22-24-30-23-26).

En general se recomienda que el obstetra poco experimentado debe efectuar el desprendimiento de la cabeza última por medio de la maniobra de Mauriceax-Smillie-Viet, si este método es difícil, debe efectuarse la aplicación de los forceps. (8)

Se han descrito diversas maniobras para la resolución de partos en presentación pélviana, dentro de estas se encuentran:

- a. Maniobra de Bracht.: Fue descrita por Bracht por primera vez en 1935. En este método de parto de nalgas se espera el nacimiento espontáneo hasta arriba del ombligo. En este momento el cuerpo y las piernas extendidas, son tomadas por ambas manos por el tocólogo manteniendo una tracción y rotación hacia arriba, en esta forma el cuerpo del niño es expulsado sin presión bajo la sínfisis pubiana.

El mantenimiento de esta posición, ayudado por la gravedad, la influencia de las contracciones uterinas y moderada compresión suprapública por un asistente, va a completar el nacimiento en una forma espontánea. Los pies pasan rápidamente por el perineo y son expulsados fácilmente, se efectúa entonces una curva lordótica sobre la sínfisis materna. Los codos, seguidos de las manos, brazos y hombros se expulsan en posición transversa. En el momento de la expulsión de los hombros se efectúa una extrema extensión, produciendo curvatura de la espalda fetal con lo cual la cabeza va a pasar a través del diámetro materno más favorable. Esta técnica se efectúa con la paciente en litotomía. El tamaño del recién nacido o del feto no va a afectar el mecanismo de parto, se puede efectuar esta maniobra en prematuros, niños de bajo peso y a término. La maniobra de Bracht debe de abandonarse por la técnica de extracción pélviana, si el feto presenta intentos vigorosos de respirar antes de su desprendimiento. (19).

b. Maniobra de Pinard: Para flexionar las extremidades inferiores extendidas, en las presentaciones pélvicas incompletas, se va a practicar mejor si no hay encajamiento. Se introduce una mano en la vagina (la derecha si el dorso fetal se encuentra del lado derecho materno y la izquierda, si el dorso está del lado izquierdo, para desplazar la presentación de la pelvis. Ubicado el muslo anterior del feto, se va a deslizar los dedos por la cara interna hasta alcanzar el hueco poplíteo, en este momento se hace la abducción del muslo para que la pierna se flexione en la rodilla. La flexión se efectúa flexionando el hueco poplíteo con el pulgar, se toma entre el tercero y cuarto dedo la tibia y peroné, después se toma el pie y se tira hacia abajo en dirección del eje vaginal. El segundo pie debe de tratar de descenderse de manera semejante. (5-22-30)

c. Extracción Pelviana Parcial: En este tipo de maniobra se deben cumplir todos los requisitos, para una extracción de nalgas, como son: (30)

- i. El cuello uterino debe de estar completamente dilatado. Ya que no es válida en la obstetricia actual, el hecho de seccionar el cuello uterino para efectuar la extracción pelviana, ya que se puede recurrir a la operación cesárea.
- ii. El estrecho pélvico superior debe ser amplio. Va a impedir que ocurra este accidente, la radiografía y la estimación pélvica clínica.
- iii. El estrecho pélvico inferior debe ser suficiente, puede existir el peligro que el niño muera, en casos de estrechez de la parte inferior de la pelvis y la necesidad de tener más espacio puede causar desgarros perineales extensos.
- iv. Se va a necesitar episiotomía, la episiotomía debe efectuarse amplia, para evitar retención de cabeza última o dificulte las maniobras del obstetra, debe efectuarse rutinariamente, excepto en pacientes multiparas que tengan un perineo bastante relajado o muy relajable.
- v. La vejiga debe encontrarse vacía.
- vi. El recto debe estar igualmente vacío.
- vii. La paciente debe colocarse sobre la mesa de partos, en posición de litotomía.
- viii. Se va a necesitar un ayudante, para ayuda en la extracción de nalgas, ya que no se sabe si va ser necesaria la extracción pelviana o la aplicación de forceps a la cabeza última.

ix. Va a ser necesario tener en el momento, de iniciarse el parto en podálica, la presencia de anestesista. Para el nacimiento espontáneo o con ayudas, posiblemente no se va a necesitar ninguna anestesia o puede utilizarse las locales o regionales.

En la extracción pelviana parcial, el obstetra espera la expulsión espontánea del feto, hasta que aparece el ombligo. (5) En este momento se toma una aza del cordón umbilical, que tiene por objeto evitar el elongamientos de este y vigilar la frecuencia cardíaca fetal por palpación. Si se encuentra frecuencia normal o regular y aún si no late no es necesario apresurar la extracción. (5-22) Se inicia entonces una tracción y rotación hacia abajo, hasta que se observa el hombre anterior bajo el arco del pubis, en este momento si es necesaria la extracción del brazo, se introducen el dedo índice y medio a lo largo del brazo hasta el codo y el brazo, se hace resbalar sobre el tórax. Se inmoviliza el brazo entre el pulgar y el índice y se hace tracción únicamente sobre el codo, para impedir la fractura del húmero. En caso de tropezarse con alguna dificultad, es conveniente la extracción primero del brazo posterior. Después que se efectúa el nacimiento del brazo anterior, se va a elevar el cuerpo del niño para que el brazo posterior, descienda en la pelvis. Después no introduce la mano extrayendo el brazo posterior en la misma forma que se extrajo el brazo anterior. (5-22-30)

Cuando el brazo anterior no se extrajo en primer lugar vuelve a intentarse extraerlo en este momento. Posterior al nacimiento de los hombros el cuerpo del niño se coloca cabalgando sobre el brazo del obstetra, efectuando la maniobra de Mauriceaux-Smillie-Viet o la de Wigand Martin.

d. Gran Extracción de Nalgas: Para la gran extracción de nalgas se deben cumplir también las mismas indicaciones requeridas para la maniobra anterior. (5-22-24) Se debe efectuar entonces la verificación del diagnóstico y el estado perineal. La operación debe hacerse muy lentamente, para permitir que el útero recupere su flexibilidad incluso aunque sufra el feto. La extracción precipitada va a favorecer el retorno de sangre fetal hacia el encéfalo, aumentando el riesgo de hemorragia cerebromeningea. (22)

1. Primer tiempo: Se va a efectuar, descenso de un pie. Las maniobras para lograr esto van a ser diferentes según el tipo de modalidad de presentación. En la presentación completa de nalgas va a ser más sencillo. Introduciendo la mano en la vagina y tomando el buen pie, que se encuentra en relación con el pubis, es decir: el anterior. En la presentación incompleta de nalgas se va a efectuar la maniobra de Pinard, para obtener los pies. (5-22-24-31)

ii. **Segundo tiempo: Parto de las nalgas:** Estando la rodilla en la vulva el muslo se va tomar por medio de una compresa, se orienta si es necesario, el diámetro bitrocántérico, en un diámetro oblicuo de la pelvis, efectuando al miembro inferior un movimiento de rotación. Posterior a esto se tira hacia abajo, sobre el pie tomado, el feto gira el dorso hacia adelante, la mayor parte de las veces. Debe seguirse este movimiento sin forzarlo. En el momento del desprendimiento, se debe orientar el diámetro bitrocántérico en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior. A estas alturas, se encuentra distendido el periné y es el momento de hacer o practicar la episiotomía electiva, siempre en la primigesta. Tirando hacia arriba se logra el desprendimiento de la cadera posterior. El otro miembro inferior se desprende entonces. Si se habla en este momento de desprendimiento del otro miembro inferior, es porque en esta maniobra únicamente se extrae al inicio el miembro superior o anterior, manteniendo la otra pierna en extensión. (22)

iii. **Tercer tiempo: Parto de los hombros:** La tracción se va a efectuar ahora sobre la pelvis del feto, que se rodea por una compresa, el objeto de esto es para lograr un mejor agarre, evitando que las manos del obstetra resbalen. Se orienta entonces el diámetro biacromial, sobre el diámetro oblicuo del estrecho superior. La tracción se hace entonces hacia abajo y va a permitir de inmediato encajar y luego desprender los hombros. Cuando aparece el ombligo, se efectúa un asa del cordón umbilical, incluso si este no late se evita precipitar la extracción. (23) De aquí en adelante los pasos que se siguen son los mismos que se hacen en la pequeña extracción pélvica.

e. **Liberación de los Brazos según D'eventher-Mueller:** Esta maniobra se va a iniciar cuando se hace visible el borde inferior del omóplato inferior. No debe olvidarse que debe tenerse anestesia satisfactoria, comprensión del fondo uterino y en las primiparas, episiotomía. En este método se libera primero el brazo anterior. La maniobra se va a desarrollar en dos tiempos. (24-26)

i. **Primer tiempo: Extracción del brazo anterior:** Se toma al feto con fuerza de la extremidad pélvica, se colocan los pulgares paralelos sobre la parte carnosa de las nalgas, y los demás dedos de ambas manos rodean por completo los muslos, en este momento se va traccionar lentamente, con fuerza y regularidad, hasta que aparezca el hombro y el brazo anterior. Si el diámetro biacromial, no está completamente orientado según el diámetro anteroposterior de la pelvis, debe llevarse por completo hacia este último, al mismo tiempo se va a realizar la tracción hacia abajo. (24-26)

ii. **Segundo tiempo: Extracción del Brazo posterior:** En este momento se levanta el tronco del feto, en dirección opuesta, es decir: tirando hacia arriba y con fuerza hacia el abdomen materno, hasta que aparezca el brazo y hombro posteriores. En ocasiones uno y otro brazo no salen espontáneamente, sino que permanecen dentro de la vulva. Se debe efectuar entonces, la introducción de dos dedos dentro de la vulva y se saca el brazo con suavidad. Luego la extracción de la cabeza última con las maniobras descritas anteriormente. (24-26)

f. **Método de liberación de los brazos según Rojas:** (24) Se va a iniciar también cuando se va hacer visible el borde inferior del omóplato anterior. No hay que olvidarse estas maniobras necesitan anestesia regional o general, comprensión desde arriba y la episiotomía en las nulíparas. En este método se va a liberar primero el brazo posterior. Al igual que en la maniobra anterior, el tocólogo va a tomar la extremidad pélvica del niño, aplicando la tracción en la misma forma. Con esta maniobra el feto se va a hacer girar como un tornillo sobre su eje longitudinal. Consta de dos tiempos:

i. **Primer tiempo: Liberación del brazo posterior:** Mediante esta maniobra el niño es traído hacia abajo y al mismo tiempo girado 180 grados en sentido opuesto a las agujas del reloj, en la primera presentación pélvica y el sentido de las agujas del reloj en la segunda presentación pélvica. De esta manera el hombro que está situado hacia atrás en la cavidad sacra, (el derecho en la primera presentación pélvica y el izquierdo en la segunda presentación pélvica) van a venir hacia adelante y al mismo tiempo hacia afuera, por delante de la sínfisis, con lo cual el brazo correspondiente suele caer hacia afuera por sí mismo, si no sucede así, entonces se puede extraer fácilmente con los dedos.

ii. **Segundo tiempo. Extracción de brazo dirigido hacia atrás:** La misma maniobra de girar al niño 180 grados en forma de tornillo, el hombro en el primer tiempo se había girado hacia delante, se gira nuevamente hacia atrás, siguiendo exactamente el mismo camino.

El dorso queda otra vez dirigido hacia la sínfisis. Hay que fijarse con sumo cuidado, que la maniobra de Rojas, la rotación del dorso, se realiza siempre hacia adelante y el dorso fetal queda siempre hacia la sínfisis.

Con una pelvis estrecha no debe emplearse la maniobra de Rojas, pues se ha observado casos de fractura de vértebras cervicales por excesiva rotación del cuello, cuando la cabeza está firmemente retenida.

g. **Método de Liberación Clásica de los brazos:** (22-24-30) Despues de la salida de las nalgas y hacerse visible el borde inferior del omóplato anterior, al contrario de los métodos anteriores, en la liberación clásica de los brazos debe de realizarse, sin excepción, con las manos del operador, dentro de la

cavidad sacra, ya que sólo en ella va a existir espacio suficiente para permitir maniobrar a la mano del tocólogo. Por consiguiente, hay que liberar primero el brazo posterior situado en la cavidad sacra. Tomando este con comodidad, mientras que al brazo anterior no se le puede llegar en absoluto. Se trabaja con las dos manos, una toma los pies y los eleva, la otra se introduce en la vagina, llevando a cabo la liberación de los brazos. Este tipo de técnica requiere tres tiempos:

i. **Primer tiempo: Liberación del brazo posterior en la cavidad sacra:** Se inicia siempre tomando los pies. La mano izquierda los toma con fuerza y los eleva, con esta maniobra se deja libre la parte posterior de la entrada de la vagina, para que pueda penetrar la mano que soltará los brazos. Algunas veces el brazo posterior sale en forma espontánea, de lo contrario se extrae con la mano derecha. Se debe tomar el brazo a la altura del pliegue del codo y resbalarlo sobre el tórax del feto, evitando tracción excesiva por facilidad para producir fractura del húmero.

ii. **Segundo tiempo: Rotación del feto en 180 grados con cortos movimientos de rotación:** Para poder soltar el brazo anterior, hay que llevarlo primero hacia atrás, a la cavidad sacra. Para ello el feto debe girar 180 grados, de tal manera que el dorso fetal gire hacia el lado opuesto alrededor y por debajo de la sínfisis. El tronco hay que tomarlo con las dos manos y el miembro superior ya extraído, se adosa con fuerza a la parte lateral del cuerpo del feto. No debe rodearse o rotarse tomado del abdomen por el peligro de romper alguna víscera y muerte del feto. La rotación debe efectuarse no mediante un solo movimiento de 180 grados, sino por medio de una serie de cortos movimientos de rotación.

iii. **Tercer tiempo: Liberación del segundo brazo:** Este ha sido llevado hacia atrás, a la cavidad sacra. Para utilizar la misma técnica que con el brazo anterior.

h. **Maniobra de De Lee o de la Valva:** (26) Esta maniobra se efectúa sobre todo cuando se está efectuando la extracción de la cabeza última. Después que el operador ha introducido los dedos en la boca del niño, un ayudante introduce en la vagina una valva grande, separando hacia abajo el periné y pared posterior vaginal, dejando en esta forma libres la nariz y la boca del feto. Si la vagina es bastante amplia puede obtenerse el mismo resultado, si el ayudante en lugar de intervenir una valva, introduce dos o tres dedos en la vagina y separa con fuerza hacia abajo. Si la extracción de la cabeza fetal, es difícil, la maniobra de la valva de De Lee ha salvado la vida del feto. Son numerosos los fetos en presentación pélvica, que han muerto por asfixia, a causa de que la extracción de la cabeza última duró demasiado.

i. **Extracción por la cadera anterior:** En la presentación pura de nalgas, cuando éstas están situadas firmemente en el estrecho inferior, siendo visibles en la profundidad de la vulva.

En este caso ya no pueden movilizarse y debe renunciarse, desgraciadamente, a la cómoda extracción por los pies. No queda más remedio que extraer al feto en presentación pura de nalgas, lo cual se realiza por la maniobra de extracción de la cadera anterior. (24-30)

Técnica: Se necesita una anestesia que produzca relajación del periné (13-7). En la ingle anterior, que es la hendidura que se produce entre el tronco y el muslo en intensa flexión, se introduce el dedo índice. En la presentación derecha se introduce el dedo índice derecho y en la presentación izquierda, se introduce el dedo izquierdo. La otra mano del operador va a tomar con fuerza a la altura de la muñeca de su propia mano, que tira. Debe tenerse un ayudante que efectúe presión sobre el fondo del útero. Con la mano que tira se efectúa tracción verticalmente hacia abajo, hasta que la cadera anterior aparezca bajo la sínfisis. El pulgar de la mano que tira se aplica sobre la parte carnosa de la nalga que acaba de salir y entonces se tira verticalmente hacia arriba, hasta que aparezca la cadera posterior.

Se aplica entonces el otro dedo índice en la ingle de la cadera posterior y se traciona ya con las dos manos hacia arriba y de esta manera se efectúa la extracción de las caderas y el parto continúa como se ha descrito en partes anteriores.

j. **Forceps en las nalgas:** En la presentación pura de nalgas, cuando no están bien introducidas en el estrecho inferior, pero si están situadas profundamente, de tal manera que no se pueden llevar hacia arriba para la extracción de pies y tampoco es posible la extracción por tracción a nivel de ingle, pues aún está demasiado alta para el dedo. Para este caso, el método de elección es la aplicación de forceps en las nalgas.(24) El forceps se va a aplicar en las nalgas transversa y oblicuamente, según el diámetro bi-iliaco. En ningún caso debe aplicarse la cuchara del forceps en el abdomen del feto. En las nalgas profundamente situadas, puede aplicarse bien el forceps de Maegelle, pero mejores resultados se han obtenido con el forceps de Kjelland. La tracción se realiza hasta la aparición de ambas caderas. Luego se retira dicho instrumento y la tracción se lleva a cabo, con los dedos en las ingles.(24)

K. **Técnica para la extracción de los brazos elevados:** La elevación de los brazos va a constituir siempre una complicación desagradable, todo porque su tratamiento va a prolongar el tiempo de la expulsión. (24-22)

Técnica: Si el feto no es demasiado grande, se consigue liberar los brazos, mediante el método usual, usando toda la mano.(22) Si el brazo anterior está dirigido hacia arriba, debe llevarse primero hacia atrás a la cavidad sacra, mediante cortos movimientos de rotación, pues solamente en dicha cavidad puede liberarse con toda la mano.

La liberación del brazo puede facilitarse levantando al niño por las piernas. Si este procedimiento no da resultado debe emplearse el método de Sellheim.

I. Método de Sellheim: Existen varias posibilidades. (24-30)

i. **Primera posibilidad:** El brazo anterior está dirigido hacia arriba y hacia la nuca. Se libera el brazo posterior de la forma usual, luego mediante rápidos movimientos se va a girar al feto sobre su eje longitudinal, en la dirección que señala el brazo del niño. El giro se efectúa en contra de la regla usual que cuando se hace versión de los fetos, pues el vientre rebasa la sínfisis. Se suspende el giro cuando el brazo viene a parar a la cara del feto. Entonces se desprende de la manera típica en la cavidad sacra. Con el brazo llevado hacia arriba Brindeau recomienda otro procedimiento. Se toma el brazo posterior descendido, efectuando tracción hacia abajo y atrás, produciendo rotación del cuerpo fetal, al mismo tiempo no solo se lleva hacia atrás el brazo anterior situado arriba sino se le hace descender, de modo que se puede liberar desde la concavidad sacra.

ii. **Segunda posibilidad:** El brazo posterior está dirigido hacia atrás y hacia la nuca.(24).

Técnica: Se va a llevar primero el brazo anterior hacia atrás, extrayéndolo como de costumbre, después se sigue girando en la misma dirección y el brazo que estaba atrás va girando lentamente hasta colocarse finalmente sobre la cara fetal, extrayéndose con el procedimiento típico.

iii. **Tercera Posibilidad:** Los dos brazos están dirigidos hacia arriba, es un caso bastante difícil y muy raro (24).

Técnica: En primer lugar, se va a liberar por rotación el brazo anterior, girándose hacia atrás con lo cual desciende, luego mediante rotación en sentido opuesto, se lleva el otro brazo junto a la cara del feto y se libera en la concavidad sacra.

El índice de fracturas ya sea de clavícula o de fémur y de húmero aumenta en los niños que se presentan con los brazos en la nuca.

M. Método de Praga. (5-22-24-25-8) Es de poca recomendación, va a consistir en el nacimiento del feto, por tracción de las piernas extendidas.

La línea de tracción es inicialmente hacia abajo en el axis pélvico y subsecuentemente el cuerpo del niño y las piernas, son traccionadas hacia arriba y sobre al abdomen materno, para que la cabeza se expulse por extensión. Si esta maniobra se efectúa antes que la cabeza se apoye sobre el piso pélvico, la nuca puede ser rota, con desastrosos resultados.

Método de Bruce y Marshall: Se permite la expulsión espontánea del feto, maniobras para la extracción de brazos en el momento de la extracción de cabeza última, se permite que el cuerpo del feto cuelgue para que la cabeza descienda traccionada únicamente, por el peso del feto hasta apoyarse en el piso pélvico y que la región suboccipital aparezca bajo el arco púbico, en este momento el nacimiento de la cabeza es completado en manera similar a la maniobra de Praga, (19, 8)

En general, es recomendado para el nacimiento de la cabeza última, la maniobra de Mauriceaux-Smeille-Viet.

Técnica de Liverpool: Esta técnica es usada tradicionalmente en la Escuela Británica. Descrita por COX en 1955. (19). En este tipo de técnica, se logra que la madre con esfuerzos propios efectúe la expulsión desde cualquier posición.

En el momento que la presentación inicia la distensión del perineo, se coloca a la paciente en posición de litotomía.

Después de efectuar episiotomía, el niño nace espontáneamente hasta arriba del ombligo, únicamente en este estadio es permitido tocar al niño, extraer las piernas si están extendidas y efectuar un asa del cordón, se tracciona al feto para lograr una extracción de los hombros de la manera clásica. Luego se efectúa pequeña rotación para poner el dorso del niño hacia arriba dejando luego que cuelgue de la vulva traccionando la cabeza por su propio peso. (similar a la maniobra de BRUCE Y MARSHALL). Cuando el cabello de la nuca del niño aparece bajo el arco público, considerando que la cabeza ya ha bajado lo suficiente, se tracciona el niño hacia arriba y se empuja sobre el abdomen materno. De esta manera la cabeza nace espontáneamente. Esta maniobra puede causar desplazamiento de la columna cervical fetal, por efectuar la técnica cuando la cabeza se encuentra fija en la cavidad pélvica (19).

Operación Cesárea: De igual manera que en otras complicaciones importantes del embarazo o del trabajo de parto, que va a constituir una indicación de cesárea, para lograr un mejor producto en presentación de vértice es aún más válida en casos de presentación pélviana. La cesárea va a estar indicada para extraer un producto en presentación pélvica en los siguientes casos: (2-3-4-5-18-22-25-26-27-28-32).

- A) Desproporción Fetopélvica definida.
- B) En trabajos de parto irregulares y prolongados.
- C) Prolapso del cordón, la cual es relativa, pues la distocia funicular es menos severa que en las presentaciones de vértece.
- D) Desprendimiento prematuro de placenta.
- E) Placenta previa total, en el caso de placenta previa marginal, la cual esté sangrando, es indicación de cesárea pues no puede efectuarse la maniobra de PUZOS.
- F) Primigrávida añosa con presentación pelviana, con un producto a término relativamente grande.

El manejo de la presentación podálica va a requerir la aplicación de las normas fundamentales obtétricas, a causa, de la alta mortalidad fetal (140/o). (4) Nunca debe efectuarse cesárea por la indicación exclusiva de presentación pelviana. Sumada esta causa a otra sobre añadida, puede forzar a efectuar operación cesárea.

La indicación de cesárea va a ser absoluta en casos de distocia ósea. En las pelvis denominadas o catalogadas como límites, cuando existe una presentación de nalgas, no es permitido ni indicada la prueba del trabajo de parto. Exacta apreciación de la pelvis se apoyará en las medidas de la pelvimetría, que encuentra aquí una de sus óptimas indicaciones.

La indicación de cesárea va a ser relativa es la primípara añosa (22) prefiriéndose con frecuencia recurrir a la prueba dinámica de trabajo de parto para efectuar operación cesárea a la menor dificultad.

La misma indicación de cesárea relativa es aplicable en el caso de niños grandes, pero cuando sucede unión de niño grande con primigrávida añosa la indicación de cesárea es absoluta. (22-4).

En la ruptura prematura de la bolsa de las aguas, que es un accidente de más pronóstico en la podálica. La cesárea es relativa, pero está justificada, si el parto no se desencadena en las diez horas siguientes. En los casos de placenta previa, la cesárea se observa con mayor frecuencia que en las presentaciones de vértece, por la mayor incidencia de inserción de la placenta en las paredes laterales. La indicación de la operación por vía alta está en relación por la inserción viciosa de la placenta. En caso de procedencia del cordón umbilical el peligro que corre el feto es menor que en la presentación de vértece pues es más rara la compresión funicular. Las indicaciones de la vía abdominal y de la vía baja están en relación con la procedencia del cordón en general, de la época de embarazo, de la edad de la parturienta; y del grado de dilatación cervical. La cesárea va a adquirir una importancia cada vez mayor, en esta complicación, sobre todo en la

primípara y en la multigesta si la dilatación cervical se encuentra aún en sus inicios. (22).

CUIDADOS PRENATALES

Se va aceptar que la atención prenatal es el método óptimo para asegurar la salud de la madre y el niño que está por nacer. (8) La historia clínica y la explotación física cuidadosas, al principio de la gestación, condicionan la base para el diagnóstico y el tratamiento de las alteraciones que pueden comprometer el embarazo. (5) El conocimiento de los problemas generales de la salud de la paciente permiten al obstetra interpretar correctamente la sintomatología que sobrevenga y corregir de inmediato las complicaciones. La atención prenatal correcta, constituye un aspecto de gran importancia en la medicina preventiva. (30) Esta vigilancia debe comenzar poco después del primer período menstrual omitido, y se deberá tomar en consideración los diferentes aspectos. (5-30).

1. Dieta
2. Peso
3. Los intestinos
4. Cuidado de los riñones
5. Cuidado de los dientes
6. Ropas
7. Ejercicio y reposo
8. Cuidado de las mamas
9. Coito
10. Higiene mental
11. Visitas ulteriores
12. Síntomas y signos de peligro
13. Clases prenatales
14. Visitas prenatales al hospital

El interrogatorio de la paciente puede brindar muchos datos útiles para la asistencia prenatal y el parto. Hablar del interrogatorio prenatal,

sería detallar concienzudamente todo el bosquejo de un tratamiento prenatal, lo cual en el trabajo presente no se entrará a considerar sino únicamente, se hará énfasis en las pacientes que tienen una presentación pelvica y que ha sido descubierta ésta durante las entrevistas previas con el obstetra. (5-22).

Al encontrarse una paciente primípara con un caso de presentación podálica, el obstetra se debe efectuar la siguiente pregunta: "Podrá la cabeza del niño pasar a través de la pelvis de la paciente". Para esto se debe efectuar una estimación clínica de la pelvis materna y además una pelvimetría radiológica. Estas investigaciones van a reportar al obstetra tres posibilidades:(8).

Primera: Que la pelvis es favorable y que puede producirse un parto sin muchos riesgos por vía vaginal.

Segundo: Que la escala de valoración puede revelar que la pelvis es pequeña para dar un parto vaginal, a niños en representación podálica y debe considerarse cesárea en el momento de iniciarse trabajo de parto.

Tercero: En la cual se encuentra una pelvis estrecha y debe efectuarse el nacimiento por vía alta.

Otro caso sería la paciente multípara con una presentación en podálica.(8). La multípara puede dar la historia obstétrica en la cual se puede encontrar nacimientos normales de niños de peso promedio, y se tiene entonces más chance que se pueda esperar un parto vaginal sin problemas. Esta confianza que da al obstetra la paciente multípara, es engañosa, pues debe tenerse igual cuidado que si se tratara de una paciente primigesta. Hay índice que el porcentaje de complicaciones en las multíparas con presentación en vértece es alto, siendo similar a las primíparas. Para esto existen dos principales razones, y esta en relación con la actitud flexionada que usualmente toman los fetos en podálica en la multípara. En estas circunstancias un pie puede presentarse alrededor del cérvix, las membranas en el momento de trabajo de parto están soportando la parte que se presenta y tienen a romperse tempranamente en la labor o aun antes de iniciarse ésta, y puede resultar un prolusión del cordón umbilical, con todos los peligros. Si esto ocurre, la segunda posibilidad es que descienda la pierna a través del cérvix, y aunque el pie salga fuera de la vulva, sin dilatación completa.

El obstetra con poca experiencia, puede traccionar este pie y esto puede resultar en un gran número de desastres incluyendo extensión de los brazos, atrape de la cabeza en el cérvix sin dilatación completa.(8)

Algo que es completamente diferente al prenatal que se efectúa en las presentaciones en vértece, es la versión externa,(8) para convertir una presentación podálica en cefálica. Este procedimiento es relacionado con mínimo riesgo para el feto(22), y se debe efectuar alrededor de la 34 semana de gestación'(8). Es más fácil de efectuar cuando el niño tiene las piernas flexionadas. Hay diferentes y variados escritos acerca de esto, y se puede hablar de Holland, 1955; Morris, 1962; Clayton, 1965; Johnstone & Kellar, 1968.(27). El conocimiento que las piernas están flexionadas o extendidas puede ser de ayuda para el obstetra, en la decisión para efectuar una versión externa (1). La "Regla del sitio de la cabeza"(27) puede ayudar para determinar si las piernas están flexionadas o extendidas. Esta regla indica que si la cabeza fetal está sobre el mismo lado que la espina fetal, las piernas posiblemente están extendidas, si la cabeza está en el lado opuesto de la espina fetal, las piernas posiblemente están flexionadas. Estudio efectuado por J.G.B. Russell en 1969, usando esta regla, encontró que se puede tener acierto en el 67 o/o de los casos.(27) Existe el caso que una pierna está extendida y se incluye en el grupo de franca de nalgas, se concluye entonces que la regla del "sitio de la cabeza" da algunas indicaciones del sitio de las piernas fetales, pero no es completamente exacta. Existen casos que los niños cambian constantemente la posición de las piernas, movimientos que no son frecuentes en las últimas semanas de la gestación, pero puede ocurrir en un cuarto de las pacientes. Algunas indicaciones de la posición de las piernas fetales en la presentación podálica pueden ser obtenidas por palpación abdominal, en relación a la cabeza fetal y la espina materna. El feto frecuentemente altera la posición de sus piernas, por lo que un examen radiológico tiene valor únicamente momentáneo (27).

Varios accidentes pueden tenerse con la versión externa (8).

- a. Compresión del cordón omblícal
- b. Circularea y nudos del cordón umbilical.
- c. Separación accidental de la placenta.
- d. Ruptura uterina.
- e. Ruptura de membranas.

En algunos hospitales existe la tendencia a efectuar versión externa, sin anestesia, alrededor de la 34 semana de gestación. Cuando se efectúa esto, la paciente es hospitalizada por algunas horas para observación siendo reevaluada a la semana, en la mayoría de los casos la presentación de vértece persistente.

En vista del alto índice de mortalidad fetal (14%) (4), incluyendo la muerte prematura, a término y neonatal, como consecuencia de partos pélvicos, comparado con el 3% que se observa en las presentaciones de vértece, resulta muy ventajosa desde el punto de vista técnico.

Después de la 32 semana, alrededor de la 34 semana con mayor éxito las maniobras externas logran su objetivo en el primer intento en un 70%. La versión externa se asocia con una incidencia de muerte fetal, alrededor de 1%, debido a accidentes placentarios o del cordón. El riesgo para la madre es insignificante, pero se debe considerar que la versión espontánea puede ocurrir durante el último trimestre (1).

La versión por maniobras externas bajo anestesia, obtiene un 90% de éxitos y la proporción de presentaciones pélvicas se reduce de 3-4% a 1.5 a 2%, pero la tasa de muertes fetales atribuibles a este procedimiento se eleva al 2% o más, y ocasionalmente ocurre la muerte de la madre por ruptura uterina(1). Raramente se efectúa la versión externa bajo anestesia, por el peligro que significa la facilidad de excederse en la fuerza.(1).

Entre las contraindicaciones para efectuar maniobras de versión externa se encuentran, absolutas y relativas.

Contraindicaciones absolutas:

- i. Encajamiento de la presentación
- ii. Tetanía uterina.
- iii. Desproporción feto pélvica.
- iv. Antecedentes de herida uterina.
- v. Tumores pélvicos grandes.

Contraindicaciones relativas:

- i. Placenta previa
- ii. Oligohidramnios.
- iii. Eclampsia.
- iv. Estrechez vaginal.
- v. Obesidad.

Esta maniobra se efectúa fácilmente durante el control prenatal de la madre, sin anestesia, por medio de maniobras a través de las paredes abdominal y uterina, se consigue frecuentemente invertir la polaridad fetal.

Técnica: La paciente se coloca en posición de Trendelenburg forzada y se aplican talcos al abdomen para que las manos no resbalen. Entonces se intenta la inversión del feto, sin poner fuerza excesiva, empujando la pelvis hacia arriba al mismo tiempo que se presiona el occipucio en dirección opuesta. Así se mantiene la flexión cefálica y el feto puede evolucionar en un giro de 180 grados. Es fácil comprender que esto requiere relajación uterina.

Cuando los tonos cardíacos fetales indican sufrimiento, se debe suspender los intentos, y si el corazón fetal no mejora, se regresará al feto a su posición inicial. La brevedad del cordón o la existencia de angulaciones o nudos del mismo puede afectar la circulación fetal durante la versión.

Hablar de otro tipo de versiones, como sería la versión por maniobras internas, sería hablar de una obstetricia antigua, ya que en la obstetricia actual este tipo de procedimientos están abolidos. Únicamente se acepta este tipo de procedimientos en el parto del segundo gemelo.

Complicaciones Materno-fetales: (5-22-24).

Hablar de las complicaciones materno-fetales, sería entrar a describir todas las complicaciones que pueden suceder en un parto en cualquier presentación. Por lo tanto se describirán las complicaciones más frecuentes y que pueden suceder en partos en presentación podálica.

Complicaciones maternas: (5)

Entre estas complicaciones tenemos:

- i. Laceraciones del canal del parto y laceraciones o rasgaduras del cuello uterino.
- ii. Hemorragia del alumbramiento.
- iii. Infección subsecuente, usualmente esto ocurre posterior a un parto pélvico, sobre todo si hubo intervención quirúrgica como sería una extracción pélvica.
- iv. Una complicación poco frecuente, pero muy grave, es la ruptura uterina que se ha observado en la madre, cuando se efectúan maniobras de versión interna y aun en maniobras de extracción de cabeza última (14-17-31).

La importancia de la versión interna es obstetricia, y su frecuencia que es muy escasa, con una impresionante tasa de mortalidad fetal y mortalidad y morbilidad materna que produce, es el hecho por el cual se le menciona.

Las más altas tasas de mortalidad materna, en obstetricia tienen directa e íntima relación con las maniobras de versión interna, y esto es particularmente grave en los casos de ruptura uterina, dando una cifra de mortalidad materna alta como es el 9.2 en mil. Se tiene un estudio de la maternidad "Concepción Palacios", de Venezuela, que se efectuó de los años 1939 a 1964 inclusive.(31), resultando una incidencia de 6.2 en mil de rupturas uterinas, calculadas sobre 14,529 partos en podálica o sea una por cada 161 partos podálicos. Llama la atención que en la mayor parte de los casos de ruptura uterina presentados, se trata de multiparas, y de ello se puede decir, que se trata de un exceso de confianza al creer en una feliz evolución del parto, por el simple hecho de haber parido antes. Respecto a la versión interna en primer lugar y luego la gran extracción pélviana que ocupaba el segundo lugar en cuanto a la ruptura uterina traumática. La alta mortalidad perinatal, los graves riesgos a que se expone la madre, será siempre un acicate de superación para el obstetra. Se debe insistir en que todo caso de podálica, sea cual sea su paridad, debe considerarse como distóxico, y en consecuencia debe hacerse un estudio concienzudo recurriendo al estudio radiológico con más frecuencia. A la conducta prenatal corresponde el estudio de estos casos y amerita su hospitalización temprana. (31), evitándose de esta manera irregularidades como cesáreas anteriores que pueden ingresar en trabajo de parto y aun pacientes, que llegan en expulsión, avanzada, o con retención de cabeza última.(31)

Es importante tomar decisiones oportunas, pues ante las complicaciones que este tipo de parto presenta no es posible retroceder; por ello el criterio y la experiencia obstétrica son de valor inestimable.

Complicaciones fetales:

Entre las complicaciones fetales se incluyen la asfixia y trauma del nacimiento.(5).

El prolapsus del cordón acontece en el 5 o/o de las presentaciones pélvicas, o sea unas 10 veces mayor que en las presentaciones cefálicas. Entre las complicaciones graves que suceden en las presentaciones de pelvis, se dan:(30)

i. *Distocia de hombros.(15)*

ii. *Apresamiento de los brazos por arriba del estrecho.*

superior (enlace en la nuca).(24)

iii. *Distocia de cabeza última. (5-22-24-30).*

Sin embargo el cráneo fetal de tamaño y plasticidad normales, no es causa de distocia en la presentación pélvica.

La fractura de cráneo, clavícula y húmero, luxación coxofemoral, separación epifisiaria, lesiones nerviosas por hemorragia, estiramientos espinales y del plexo braquial, ocurren con mayor frecuencia en los partos pélvicos que en los cefálicos.

El peso óptimo para un producto en presentación pélvica es entre 2700 y 3400 gramos. Los fetos más pequeños o más grandes corren mayor riesgo de lesionarse durante el parto.(26).

La neumonía por aspiración, la onfalitis, y la septicemia son a menudo resultado de ruptura prematura de las membranas o de manipulaciones muy repetidas en casos problemáticos de presentación pélvica.(5-22).

Puede originarse una torticollis permanente, como complicación de parto pélvico. En algunos casos se produce hemorragia en el músculo esternocleidomastoideo que produce fibrosis y contractura.

Como complicaciones especiales podemos considerar la retención de cabeza última en los hidrocefálos en estos casos lo que debe efectuarse es el drenaje del líquido cefalorraquídeo que es lo que produce el aumento de la cabeza, pues al disminuir ésta de volumen puede extraerse con facilidad. (5-22-10)

Para efectuar esto se extrae el cuerpo del niño y se encaja lo más profundamente posible la cabeza, entonces se localiza por palpación el agujero occipital y en él se introduce un trocar grueso y largo para el drenaje del líquido cefalorraquídeo, luego se procede a la extracción de la cabeza, cuando ésta ha disminuido su volumen.(10)

III. MATERIAL Y METODOS

Para efectuar este trabajo se siguió el siguiente procedimiento:

a. **Investigacion de casos clínicos:**

1. Se revisó el libro de partos de la Maternidad del Hospital General San Juan de Dios, el número de pacientes que tuvo partos en presentación podálica en el período comprendido entre el primero de Agosto de 1968 y el 31 de Diciembre de 1971 y se encontró que en ese tiempo se atendieron 368 partos en presentación podálica en un total de 9565 partos.
2. Se obtuvo únicamente 200 papeletas, de el número total, por lo cual se efectuó este trabajo sobre dicho número, las cuales fueron proporcionadas por el Departamento de Archivo.

b. **Revisión Bibliográfica:**

Se utilizaron libros de obstetricia y artículos provenientes de revistas especializadas, escogidas con ayuda del Index Medicus y obtenidos gracias a la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.

IV. RESULTADOS

**CUADRO NUMERO UNO
FRECUENCIA DE EMBARAZO EN PODALICA**

	Casos	o/o
Número total de partos:	5679	100
Número de partos en podálica:	200	2.8

Se observa que en el estudio de 9565 partos ocurridos entre el primero de Agosto de 1968 al 31 de Diciembre de 1971 en la Maternidad del Hospital General San Juan de Dios se atendieron 368 partos pélvicos, lo cual nos da una frecuencia de 3.8 o/o.

Los 200 partos estudiados ocurrieron entre Agosto de 1968 y

Diciembre de 1970, sobre un número de 5679 partos, dando una incidencia de 2.8 o/o. Esto indica una frecuencia similar a la enunciada por diferentes escuelas como son:

	o/o
Hospital John Hopkins (50,000 partos)	2.8
sin efectuar versión externa previa.(4)	
Georgia, efectuando versión externa previa	1.9 (4)
Obstetricia de Beck, incluyendo partos prematuros	3.5 (30)
Manual de Obstetricia (Robert Merger) en base a 30,000 partos ...	3.7 (22)
Kraussold	3 (8)
William A. Boyson et al.	3.6 (7)
Perinatal Mortality Survey (Butler & Bonham, 1963)	2.2 (26)

Se toma en cuenta en este estudio la base de 200 partos en presentación podálica para establecer porcentajes.

**CUADRO NUMERO DOS
EDAD MATERNA**

Edad	Casos	o/o
15-20 años:	60	30
21-25 años:	80	40
26-30 años:	31	15
31-35 años:	20	10
36-40 años:	6	3
Arriba de 40 años:	3.	1.5

Mayor edad: 42 años

Menor edad: 15 años

PROMEDIO DE EDAD: 24.14 años

Nuestra edad promedio va a ser de 24 años, teniendo la mayor frecuencia entre las edades de 21 a 25 años, correspondiéndole el 40 por ciento del total. Esta edad se va a relacionar principalmente con la incidencia de embarazos a corta edad en las mujeres, del nivel social que van a ingresar al hospital General San Juan de Dios. Se relaciona esto además con a mayor proporción de pacientes primigestas.

**CUADRO NUMERO TRES
TALLA MATERNA**

Talla	Casos	o/o
100-150 cms:	39	61.9
151-200 cms:	24	38.1
<i>Con datos de talla:</i> 63		
<i>Sin datos de talla:</i> 137		
<i>Mayor talla:</i> 166 cms.		
<i>Menor talla:</i> 113 cms.		
PROMEDIO DE TALLA: 147 cms.		

Hablar de porcentajes y datos ciertos con estos pocos casos, no tiene ningún valor estadístico, pero consideramos que la baja incidencia de datos de peso, se debe principalmente, a que estos datos son tomados durante estudios de prenatal, y con estos pocos datos se evidencia que la mujer que asiste a nuestros servicios de maternidad es de baja estatura, por lo cual el tamaño de la pelvis puede estar en relación a la estatura.

**CUADRO NUMERO TRES A
PESO MATERNO**

Peso	Casos	o/o
50-100 lbs.	7	77.7
101-150 lbs.	7	55.5
arriba de 151 lbs.	6	6.8
<i>Con datos de peso:</i>	90	
<i>Sin datos de peso:</i>	110	
<i>Mayor peso:</i> 161 lbs.		
<i>Menor peso:</i> 90 lbs.		
PROMEDIO DE PESO: 125.3 lbs.		

Este cuadro únicamente se presenta para efectuar una interpretación del peso promedio de nuestra paciente.

**CUADRO NUMERO CUATRO
PARIDAD**

GESTAS	Casos	o/o
1	78	39
2	44	35
3	35	17.5
4	10	5
5	14	7
6	12	6
7	0	0
8	3	1.5
9	1	0.5
10	3	1.5
11	1	0.5

PROMEDIO DE PARIDAD: 2.6 partos.

Se tiene un promedio de paridad de 2.6 partos en nuestro estudio, siendo la mayor proporción en pacientes primigestas con un 39 o/o, encontrándose menor incidencia en pacientes multíparas. Hay un porcentaje de 83.5 o/o de pacientes por debajo de cuatro gestas, en relación a una incidencia de 16.5 o/o de grandes multíparas, por arriba de cinco gestas.

Se encuentra entonces que el embarazo en presentación podálica es mucho más frecuente en primiparas, cosa que está en relación con numerosos tratados obstétricos. (26).

**CUADRO NUMERO CINCO
CONTROL PRENATAL**

	Casos	%
A. Asistencia prenatal:		
SI	77	38.5
NO	123	61.5
B. Diagnóstico de presentación Podálica en el Prenatal	13	16.9
C. Antecedentes obstétricos		
1. Embarazo anterior en podálica	8	1
2. Cesárea anterior	10	12.9
3. Sin importancia	59	76.6
D. Complicaciones prenatales:		
1. Toxemia	8	
2. Hemorragia vaginal	4	
3. Muerte fetal in utero	9	
4. Edemas	7	
E. Versión externa efectuada durante el prenatal	0	

- A. Asistencia prenatal: Se encontró una incidencia de asistencia a control prenatal de 38.5 % de las pacientes. No se puede relacionar, pues diferentes trabajos sobre partos en esta presentación, no hacen referencia a sus estadísticas de control prenatal.
- B. Diagnóstico de la presentación podálica durante el prenatal: Se encuentra una incidencia del 16.9 % de las pacientes con control prenatal. Se considera esto como bastante bajo, ya que si se quiere establecer como parte de la asistencia prenatal, la versión externa, el diagnóstico se debería efectuar con mayor exactitud.
- C. Antecedentes obstétricos: Se tomó en cuenta principalmente pacientes que han presentado un embarazo anterior en podálica, ya que hay una frecuencia del 21 % de segundo embarazo en esta presentación,(26) en referencia a la paciente primigesta. Además cuadros de cesárea anterior por la mayor incidencia de inserción baja de placenta, asociándose con presentación podálica.

- D. Complicaciones prenatales: Toxemia se encontró en 8 pacientes, no se hace referencia a porcentajes, pues existen dentro de estas pacientes algunas que no asistieron a control prenatal, efectuándose el diagnóstico al ingreso. No hay referencia de mayor incidencia de toxemia con pacientes con presentación podálica, siendo esta la misma incidencia con pacientes en presentación de vértece. Hemorragia vaginal se describe en 4 pacientes relacionándose con inserciones bajas de placenta. Muerte fetal in utero se observó en 9 pacientes, estando esto en relación con fetos que presentaban anomalías congénitas. Edemas se relaciona a estado nutricional deficiente de la madre
- E. Versión externa durante el prenatal: Se ha mencionado bastante este tipo de procedimiento, para disminuir los riesgos de un parto en podálica.(20) En nuestro hospital no se efectuó en ninguna paciente este procedimiento.

**CUADRO NUMERO SEIS
MOTIVO DE CONSULTA**

Motivo	Casos	%
Trabajo de parto	188	94
Ruptura de Membranas	6	3
Hemorragia vaginal	3	1.5
Toxemia	2	2
Parto en ambulancia	1	0.5

Se menciona esto solamente para mencionar el motivo por el cual consultan las pacientes al servicio de admisión de nuestra maternidad. No hay una relación entre partos o embarazos en presentación podálica y el motivo de consulta. El caso atendido en ambulancia ingresó con retención de cabeza última y por consiguiente muerte fetal.

CUADRO NUMERO SIETE
EDAD DE GESTACION AL INGRESO
Semanas por UR) — (Semanas por AU)

Edad de embarazo	Casos	o/o	o/o
Por UR	111		55.5
Por AU	86		43
No tienen referencia	3		1.5
28-36 semanas	32		16
37-40 semanas	134		67
Arriba de 41 semanas	31		15.5

Menor tiempo de gestación: 32 semanas por última regla
 Mayor tiempo de gestación: 41 semanas por última regla
 PROMEDIO TIEMPO DE GESTACION: 37 semanas X UR

La edad de gestación fue determinada por última regla y por altura uterina en nuestras pacientes. Considerando que un parto a término es el que ocurre entre las 38 y 42 semanas de gestación. Se obtuvo un promedio de 37 semanas de gestación, estando esto de acuerdo con mayor número de pacientes en presentación podálica que tienen su parto moderadamente antes de tiempo.

CUADRO NUMERO OCHO
TIPO DE EMBARAZO

Tipo de embarazo	Casos	o/o
Embarazo simple	177	88.5
Embarazo gemelar	23	12.5

Se menciona embarazo gemelar por encontrarse que uno de los dos gemelos van a tener presentación podálica, en dos embarazos gemelares se encontró presentación podálica en ambos fetos.

CUADRO NUMERO NUEVE
MODALIDAD DE PRESENTACION

Modalidad	Casos	o/o
Nalgas	50	47
Pies	38	36
Completa	17	16
Rodillas	1	0.9

Con referencia de modalidad de presentación: 106
 Sin referencia de modalidad de presentación: 94

Se encuentra mayor frecuencia en presentaciones francas de nalgas con 47 o/o de un total de 106 pacientes que tienen referencia de la modalidad de presentación. Esto se encuentra en relación con referencias internacionales que dan mayor frecuencia de presentaciones francas de nalgas, y con la asociación que existe entre estas presentaciones y la paciente primigesta.(26) Sigue en frecuencia la presentación de pies con 36 o/o. Luego la presentación completa de nalgas con 16 o/o bastante en relación con la frecuencia de esta modalidad de presentación y multiparidad que es un 16.5 o/o.(26)

La variedad de rodillas se menciona como bastante rara y en nuestro estudio únicamente se presentó un caso de esta modalidad.

CUADRO NUMERO DIEZ
VARIEDAD DE PRESENTACION

Variedad	Casos	o/o
Sacrailiaca izquierda anterior	114	57
Sacrailiaca izquierda posterior	9	4.5
Sacrailiaca izquierda transversa	3	1.5
Sacrailiaca der. anterior	47	23.5
Sacrailiaca der. posterior	5	2.5
Sacrailiaca der. transversa	4	2

Con referencia de variedad de presentación: 182:
 Sin referencia de variedad de presentación: 18:

La frecuencia de variedad de presentación se encuentra en la siguiente relación de frecuencia:

i.	Sacroiliáca izquierda anterior	57.0/o
ii.	Sacroiliáca derecha anterior	23.50/o
iii.	Sacroiliáca izquierda posterior	4.50/o
iv.	Sacroiliáca derecha posterior	2.50/o
v.	Sacroiliáca izquierda transversa	1.50/o
vi.	Sacroiliáca derecha transversa	2 o/o

Encontrando que hay mayor frecuencia de presentaciones anteriores en relación con presentaciones posteriores y transversas. Evidenciando que hay relación en cuanto a estadísticas ajenas, que señalan una mayor frecuencia en presentaciones sacroiliácas izquierdas anteriores.

CUADRO NUMERO ONCE PRIMER PERÍODO DEL PARTO

	Casos	o/o
A. Duración del Período del parto:		
1 a 6 horas	51	34.8
7 a 12 horas	48	32.8
13 a 18 horas	29	19.8
19 a 24 horas	12	8.2
25 a 30 horas	4	2.7
Más de 30 horas	2	1.3
No indicado	15	
<i>Menor duración 50 minutos</i>		
<i>Mayor duración: 36 horas.</i>		
<i>PROMEDIO: 9 horas 11 minutos.</i>		
B. Procedimientos efectuados durante el primer período:		
1. Pelvimetría		
i. Primigestas	45	56.25
Rel. Porcentaje de primigestas		57.6
ii. Embarazo gemelar	8	10.0
Rel. porcentaje de gemelares		34.8
iii. Mujeres con mas de un hijo	27	33.75
Rel. con porcentaje en estas pacientes		30.33
C. Complicaciones durante el primer período:		
1. Sufrimiento fetal	26	1.3
2. Prolapso del cordón	15	7.5
3. Prolapso de pie	9	4.5
4. Inercia uterina secundaria	2	1
5. Trabajo de parto prolongado	1	0.5
6. Trabajo de parto precipitado	1	0.5
7. Distocia por anillo de contracción	1	0.5

A. Duración del primer período del parto: La duración promedio del primer período del parto es para la primigesta en presentación de vértice de 12 horas aproximadamente y para la multipara de 8 horas. No difiere esto grandemente de nuestra casuística pues se encontró un promedio de 9 horas 11 minutos para el primer período del parto. Se encuentra dos extremos los cuales son un menor tiempo de 50 minutos, que correspondió a un parto precipitado y un mayor tiempo de 36 horas que es tiempo más que todo registrado por referencias de la paciente.

Se encuentra 15 casos en los cuales no hay indicación de la duración del primer período del parto, excluyendo las cesáreas.

B. Procedimientos efectuados durante el primer período: Se menciona únicamente la pelvimetría, por considerarse una forma de confirmar el diagnóstico en la presentación podálica y determinar si es factible el parto por vía vaginal.

Se hace en este cuadro una relación del número de pelvimetrías tomadas con más de un hijo, dando los porcentajes de 57.6 o/o de pacientes primigestas que se les tomó pelvimetría, aunque es obligado tomar pelvimetría en pacientes primigestas con embarazo a término

C. Complicaciones durante el primer período: La principal complicación que se observó fue el sufrimiento fetal, con un porcentaje del 13 o/o. Se observa la segunda complicación que es prolusión del cordón en 15 casos dando 7.5 o/o, se observa en la presentación de vértice una frecuencia de prolusión del cordón umbilical de 0.4 o/o, aumentando en la presentación pélvica a 6.6 o/o. En nuestro trabajo se encontró una frecuencia ligeramente mayor posiblemente por la mayor incidencia de presentaciones de pie.

El prolusión del pie ocurrió en nueve pacientes dando una incidencia del 8.5 o/o siendo las pacientes:

a.	Multipara	niño 5.4 lbs.	APGAR bueno	Parto vaginal
b.	Primigesta	niño 5.5 lbs.	APGAR 5	Parto vaginal
c.	Primigesta	niña 7.2 lbs.	APGAR 7	Cesárea
d.	Multipara	niño 6 lbs.	APGAR 10	Cesárea
e.	Multipara	niña 7 lbs.	APGAR 2	Parto vaginal
f.	Primigesta	niño 3.14 lbs.	APGAR 0	Gran extracción pélvica
g.	Multipara	niño 7 lbs.	APGAR 7	Cesárea
h.	Multipara	niña 5 lbs.	APGAR 8	Cesárea
i.	Multipara	niño 6 lbs.	APGAR 10	Cesárea

Se observa mayor incidencia de operación cesárea efectuada por prolapsio de cordón, ya que este se acompaña la mayor parte de las veces con presentaciones de pies y sufrimiento fetal, las pacientes atendidas por vía vaginal presentaban dilatación completa.

**CUADRO NUMERO DOCE
SEGUNDO PERIODO DEL PARTO**

	Casos	%
A. Tipo de parto.		
1. Parto eutóxico:	126	63
2. Parto distóxico:	74	37
B. Sexo de los recien nacidos:		
1. Femenino	117	58.5
2. Masculino	85	42.5
C. Duración del segundo periodo del parto:		
1 a 30 minutos	93	69.9
31 a 60 minutos	39	25.8
61 a 90 minutos	4	2.7
91 a 120 minutos	4	2.7
Más de 120 minutos	6	4
Sin dato de tiempo	53	26.5
<i>Menor tiempo: 3 minutos</i>		
<i>Mayor tiempo: 6 horas 55 minutos</i>		
<i>Promedio: 23 minutos 40 segundos</i>		
D. Complicaciones del segundo periodo:		
1. Retención de cabeza última	17	8.5
2. Falta de descenso	12	6
3. Circulares de cordón (al cuello)	4	2
4. Desprendimiento parcial de placenta	1	0.5
E. Peso de los niños:		
1 a 2 lbs	1	0.5
2.1 a 4 lbs.	21	15.5
4.1 a 6 lbs.	69	39.5
6.1 a 8 lbs.	101	50.5
Arriba de 8 lbs.	10	5
No referido	1	0.5
<i>Menor peso: 2 libras</i>		
<i>Mayor peso: 9 libras</i>		
PROMEDIO DE PESO: 5.8 lbs.		

(Cont. Cuadro Doce)

	Casos	%
<i>Prematuros en relación al peso</i>	45	22.5
<i>A término en relación al peso:</i>	155	77.5
E. Técnicas operatoria en el segundo periodo:		
1. EMLD	61	30.5
2. EMLI	2	1
3. Episiotomía mediana	4	2
4. Cesárea segmentaria tp	39	19.5
5. Gran extracción pelviana	6	3
6. Forceps piper	4	2
F. Anestesia utilizada:		
1. Local	87	
2. General	29	
3. Epidural	12	
4. Raquídea	8	
5. Pentotal	1	
G. APGAR al nacimiento:		
1 a 2	4	2
3 a 4	10	5
5 a 6	13	6.5
7 a 8	44	22
9 a 10	40	20
0	18	9
<i>Bueno</i>	39	19.5
<i>Satisfactorio</i>	16	8
<i>Regular</i>	7	3.5
<i>Malo</i>	11	5.5
<i>No referido</i>	3	1.5
H. Maniobras obstétricas:		
Efectuadas	91	45.5
No efectuadas o no referidas	109	54.5
Mauriceaux	84	46.1
Deventher-Muller	37	40.6
Rojas	35	38.5
Forceps para cabeza última	4	43.9

A. Tipo de parto: Se encontró 126 casos de parto eutóxico, que da un porcentaje de 63 %. Los partos distóxicos fueron 74 casos con un porcentaje de 37 %. Entre estos se cuentan cesáreas efectuadas, además las siguientes distocias:

i.	Distocia de hombros	6 casos
ii.	Retención de cabeza última	15 casos
iii.	Prolapso de cordón umbilical	9 casos
iv.	Sufrimiento fetal	30 casos
v.	Distocia del primer gemelo	1 caso
vi.	Distocia del segundo gemelo	4 casos

Se considera como la complicación o distocia más grave la retención de cabeza última que puede producir la muerte fetal o complicaciones muy graves, como neumonía por aspiración y daños cerebrales anóxicos.

Esto se asocia a dos casos de hidrocefalia que dieron retención de cabeza última y fue necesario maniobras descompresivas para la extracción de la cabeza.

- B. Sexo de los recién nacidos: Se encontró mayor número de sexo femenino, dando un 16 o/o más que en el sexo masculino. No tiene ninguna relación con la presentación podálica, aunque en fetos de sexo masculino puede encontrarse problemas a nivel de genitales, en las presentaciones francas de nalgas. No hay referido ningún caso de edema de testículos.
- C. Duración del segundo periodo del parto: Se considera que este periodo dura una hora en multiparas y hasta dos horas en primigestas. En nuestro trabajo se encontró un 69.9 o/o en el periodo comprendido entre 1 a 30 minutos, con un promedio de 23 minutos 40 segundos. El menor tiempo 3 minutos que se encontró en paciente multipara con un embarazo prematuro. El mayor tiempo 6 horas 55 minutos se trató de una paciente primigesta con embarazo gemelar, produciéndose distocia del primer gemelo y muerte de éste por hemorragia intracraneana.
- D. Complicaciones del segundo periodo del parto: La mayor complicación fue retención de cabeza última en un 85 o/o. Circulares al cuello en 2 o/o de los casos, considerándose esto como una de las causas de la presentación pelviana.

- E. Peso de los niños: El mayor porcentaje de peso 50.5 o/o se encontró en niños entre 4.1 a 6 lbs. esto está de acuerdo con estadísticas internacionales en que consideran que los partos en presentación podálica tienen mayor incidencia con niños de peso mediano y no peso alto. Se encontró un porcentaje bastante alto en niños de menos de 4 libras (15.5 o/o) esto está en relación que una de las etiologías de la presentación podálica es la premadurez. Nuestro promedio de peso fue de 5.8 libras. Se encontró un porcentaje de 22.5 o/o de

niños prematuros en relación al peso, considerados abajo de 5.5 libras.

F. Técnicas operatorias en el segundo periodo: se tomó en cuenta episiotomías, 38.5 o/o. es una técnica operatoria que se referida como que debe efectuarse en la mayoría de pacientes con presentación pelviana, para evitar complicaciones como son retención de hombros y de cabeza última. Es poca la incidencia de episiotomías, posiblemente pues en nuestra maternidad únicamente se efectúa en pacientes primigestas o en quienes se considera va a producirse rasgadura perineal.

Hall y Kohl en una estadística reportada indican una incidencia de 10.7 o/o de cesáreas en presentación podálica, menor que nuestra casuística (4).

Cesárea segmentaria transperitoneal se efectuó en 39 casos es una incidencia del 19.5 o/o. Fueron efectuadas por:

i.	Estrechez pélvica	21 casos
ii.	Cesárea anterior	5 casos
iii.	Falta de descenso	4 casos
iv.	Desproporción feto-pélvica	3 casos
v.	Prolapso de miembro inferior	3 casos
vi.	Prolapso de cordón	2 casos
vii.	Sufrimiento fetal	2 casos
viii.	Placenta previa	1 caso
ix.	Podálica en madre anosa	1 caso
x.	Segundo gemelo en transversa	1 caso

La suma del total corresponde a más de 39 casos pero en la mayor parte de ocasiones hay dos elementos agregados, que indican la operación cesárea.

La gran extracción fue efectuada en 6 casos, siendo ellos:

- i. Primigesta siendo su indicación toxemia
- ii. Gran multipara por sufrimiento fetal.
- iii. Primigesta prolápso de cordón.
- iv. Multipara sufrimiento fetal del segundo gemelo.
- v. Multipara por falta de descenso con feto anencéfalo.
- vi. Segundigesta con posición transversa, feto muerto por retención de cabeza última. Prematuro de 3.14 libras.

Forceps para cabeza última fue aplicado en 4 casos, en todos ellos se utilizó el forceps Piper, siendo los siguientes:

- i. Segundigesta, niño de 7.8 libras, APGAR 9.
- ii. Primigesta, niña de 7.2 libras, APGAR 7.
- iii. Segundigesta, niño de 4 libras, fallido, APGAR 0.
- iv. Primigesta, niña de 5.8 libras, APGAR 4.

Hay baja incidencia de aplicación de forceps en cabeza última ya que en la Maternidad del Hospital General, se prefiere usar el método de Mauriceaux para la extracción de cabeza última.

- F. Anestesia utilizada: Se menciona únicamente como información.
- i. Local 87 casos.
 - ii. General 29 casos
 - iii. Epidural 12 casos
 - iv. Raquídea 8 casos
 - v. Pentotal 1 caso.

G. APGAR al nacimiento: Se puede observar que en el cuadro efectuado existe un 36.5 o/o que no hacen referencia a la valoración de APGAR. A pesar de esto 69.5 o/o se considera que se encuentran dentro de una buena valoración APGAR al nacimiento, el resto son casos que respondieron al tratamiento de reanimación, excepto 11 casos. En nuestra maternidad se encuentra un pediatra para la atención del niño en los partos en presentación podálica.

H. Maniobras obstétricas: dentro de las diferentes maniobras obstétricas tenemos un 45.5 o/o de pacientes en las cuales se efectuaron. Se considera que la maniobra de Mauriceaux-Smillie-Viet u otras para la extracción de la cabeza última son necesaria efectuarlas, excepto en niños prematuros, de bajo peso o pelvis muy amplias con perineo relajado en las cuales el parto es espontáneo, 15 o/o segun Benson.

**CUADRO NUMERO TRECE
TERCER PERIODO DEL PARTO.**

	Casos	%
A. Duración:		
1 a 30 minutos	147	95.7
31 a 60 minutos	5	3.7
61 a 90 minutos	1	0.6
Menor tiempo: 1 minuto		
Mayor tiempo: 1 hora 10 minutos		
PROMEDIO: 15 minutos 45 segundos		
B. Complicaciones:		
i. Hemorragia del alumbramiento	4	2
ii. Extracción manual de placenta	10	5
iii. Retención de restos placentarios	1	0.5
iv. Revisión de cavidad	1	0.5

A. Se tiene una duración promedio de 15 minutos 45 segundos lo cual está dentro de los 30 minutos considerados como normal.

B. Se efectuó extracción manual de placenta en 10 casos o sea un porcentaje de 5 o/o. Porcentaje bastante elevado en relación al número de casos revisados.

La hemorragia del alumbramiento fue vista en cuatro pacientes, la cual no tuvo ningún significado grave, pues fueron tratadas oportunamente. Retención de restos placentarios y revisión de cavidad se efectuó en dos casos.

**CUADRO NUMERO CATORCE
DATOS ESPECIALES**

	Casos
A. Resultados de medición de pelvimetrias.	
i. Pelvis compatibles	42
ii. Pelvis dudosas	14
iii. Pelvis estrechas	24
B. Exámenes de laboratorio.	
Número de pacientes en las cuales se efectuaron	131
Número de pacientes en las cuales no se efectuaron	69
i. Hemoglobina	
3 a 6 gramos	2
7 a 9 gramos	8
10 a 13 gramos	98
Arriba de 14 gramos	15
Mayor dato: 15 gramos	
Menor dato: 5 gramos.	
Promedio: 13 gramos.	
ii. Hematocrito.	
11 a 20 por ciento	3
21 a 30 por ciento	11
31 a 40 por ciento	84
41 a 45 por ciento	24
Arriba de cuarenta y cinco por ciento	2
Mayor dato: 48 por ciento	
Menor dato: 15 por ciento	
Promedio: 39 por ciento	
iii. Grupos sanguíneos:	
Grupo O	74
Grupo A	17
Grupo B	9
Grupo AB	0

- A. Resultados de la medición de pelvimetrias: Se menciona esto únicamente con dato y relacionando las pelvis estrechas y dudosas con la mayoría de cesáreas.
- B. Exámenes de laboratorio: Se menciona únicamente datos de hemoglobina, hematocrito y grupos sanguíneos. El promedio de valor

de hemoglobina en nuestras pacientes es de 13 gramos, siendo esto abajo del límite normal de 14 gramos.

El promedio del hematocrito es de 39 por ciento, siendo menor que lo normal. Se encuentra una mayoría de pacientes con grupo sanguíneo tipo 0, & sean 74 casos.

Los valores de Rh en 100 pacientes que fue a las que se tomó este examen, fueron todos positivos, no encontrando en ninguna valor negativo del Rh.

**CUADRO NUMERO QUINCE
MUERTES FETALES**

Fetos muertos	18 Casos	9 o/o
---------------	----------	-------

Se encuentra una incidencia del 9 o/o, lo cual es menor en relación a estadísticas extranjeras que dan un 14 o/o de muerte fetal en presentaciones podálicas. Se asoció esto con 7 fetos anormales.

**CUADRO NUMERO DIEZ Y SEIS
MUERTES MATERNAS**

Madres muertas	0 Casos	0 o/o
----------------	---------	-------

En nuestro estudio no se encontró ningún caso de muerte materna.

V. CONCLUSIONES:

1. El porcentaje de presentaciones podálicas es de 2.8 por cien partos, relacionando 200 partos contra 5679 partos.
2. La mayor incidencia de presentaciones podálicas se encuentra entre 15 a 25 años ocupando el 70 o/o de la serie.
3. El promedio de talla en nuestras pacientes, aunque no es representativo fue de 127 centímetros.
4. Encontramos un promedio de peso de 125 libras 6 onzas, sin representación estadística.
5. Se encuentran 39 o/o de primigestas y 35 o/o de segundigestas, lo cual hace un porcentaje de 74 o/o del total. Existiendo una relación de 3 a 1 con el resto de las pacientes.
6. Se observa baja incidencia para control prenatal, pues únicamente el 38.9 o/o de las pacientes estudiadas, lo efectuaron.
7. De las pacientes estudiadas en control prenatal, se encontró una incidencia de 1 o/o en las cuales la presentación podálica se repitió.
8. La versión externa no fue efectuada en ninguna paciente.
9. El motivo más frecuente de consulta, ocupando el 94 o/o, fue el trabajo de parto.
10. El promedio de tiempo de gestación fue de 37 semanas por última regla.
11. En embarazos simples se encontró una incidencia de 88.5 o/o de presentaciones podálicas en relación a 12.5 o/o en embarazos gemelares.
12. Entre las modalidades de presentación podálica se observa en presentación franca de nalgas un 47 o/o, en presentación de pies 30 o/o, completa de nalgas 16 o/o y solamente 0.9 o/o en presentación de rodillas.
13. La presentación sacrailiaca izquierda anterior ocupó 114 casos dando un porcentaje de 57 o/o del total.

14. El promedio de duración del primer período del parto fue de 9 horas 11 minutos.
15. La complicación más frecuente en el primer período del parto fue el sufrimiento fetal en 13 o/o siguiéndole prolapsus del cordón es 7.5 o/o de los casos.
16. El promedio de duración del segundo período del parto fue 23 minutos 40 segundos.
17. La complicación más frecuente en este período fue la retención de cabeza última con 8.5 o/o.
18. El promedio de peso de los recién nacidos fue de 5.8 libras.
19. La operación cesárea se efectuó en el 19.5 o/o de los casos.
20. El test de APGAR en el recién nacido, efectuado por el pediatra, estuvo entre 7 y 10 puntos en el 47 o/o de los casos.
21. La duración del tercer período del parto fue de 15 minutos 4 segundos y la complicación más frecuente la retención de placenta y extracción manual de la misma, en un 5 o/o.
22. El promedio de fetos anormales, es decir; con anomalías congénitas al momento del nacimiento, fue de 4 o/o, un total de 8 recién nacidos. Dentro de estos se encontró cuatro anencefalos y dos hidrocéfalos.
23. La morbilidad fetal estuvo en relación con los partos distóxicos alcanzando un porcentaje del 37 o/o.
24. La mortalidad fetal fue del 9 o/o.
25. En nuestro estudio no se observó ningún caso de muerte materna.

VI - VIII. RECOMENDACIONES Y COMENTARIOS

Después de lo expuesto anteriormente y en base a ello procedemos a efectuar las siguientes recomendaciones:

1. Las papeletas de ingreso de las pacientes se consideran incompletas para efectuar investigaciones y debe aumentársele datos como son peso y talla de las pacientes al momento de ingreso.

Se considera que este dato es de ayuda para investigaciones, pues se trata de pacientes embarazadas y que en ocasiones tienen problemas agregados que ameritan tener datos de talla y peso.

2. Lograr por medio de programas de orientación, el incremento de pacientes en los controles de prenatal. Ya que la presentación podálica se considera un parto difícil y que debe ser atendido en centros especializados, para evitar complicaciones como son pacientes que acuden al hospital en expulsión o con otras complicaciones graves.
3. En casos que se diagnostique presentación podálica durante el prenatal orientar a la paciente sobre los cuidados que debe tenerse en este tipo de parto.
4. Pacientes que no han tenido controles prenatales y que el momento de ingreso se tiene duda, respecto al diagnóstico tomar exámenes radiológicos.
5. Efectuar exámenes radiológicos en todas las pacientes en presentación podálica, para poder determinar la conducta a seguir.
6. Debe de recordarse que una presentación podálica tiene diferentes modalidades y debe buscarse éstas, no solo como dato importantes, sino que cada una de ellas la evolución del parto tiene diferentes complicaciones.
7. Conocer las diferentes maniobras para un parto en presentación podálica y sus complicaciones.
8. Tener un pediatra en el momento de la atención de las podálicas por considerarse un parto difícil y que puede necesitarse maniobras de reanimación del recién nacido.
9. Establecer que toda paciente primigesta debía ser atendida en el quirófano por el mayor índice de complicaciones que ocurren en ella y por la necesidad de efectuar operación cesárea de urgencia.
10. Tener siempre un anestesista pues no se sabe el momento que puede recurrirse al uso de anestésicos, pues la incidencia de esto es mayor en las presentaciones podálicas.
11. Lograr que las pacientes de prenatal efectúen sus exámenes requeridos y que estos sean anotados claramente.

12. Lograr una mejor motivación materna, para que acudan a la consulta postnatal, cosa muy importante y que solamente ocurre en un cuarto de las pacientes atendidas.
13. Como algo especial que las papeletas deben ser revisadas más concienzudamente y mejor llenadas, ya que cuando se efectúan investigaciones sobre ellas faltan muchos datos.
14. La mortalidad fetal fue del 9 o/o siendo menor que las estadísticas extranjeras, posiblemente por el mayor número de operaciones cesáreas que se efectuaron.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Alexander, Lionel. *Acute renal failure after attempted external cephalic version.* *J. Obstet Gynaec Brit Comm.* 76: 711-12, Aug. 1969.
2. Alonso, E. et al. *Management procedures in breech presentation.* *Acta Obstet Ginec Hisp Lusit.* 11: 99-107, Apr. 1969.
3. Andaya, M. V. et al. *X ray pelvimetry in breech presentation.* *Philips Surg.* 21: 288-98, Sept-Oct. 1966.
4. Arban, Ali. *Caesarean section in breech presentation.* *J. Kentucky Med A.* 3 (2): 877-8, Feb. 1962.
5. Benson, Ralph. *Manual de ginecología y obstetricia.* Trd. al español por Francisco Reyes. México. Ed. Manual Moderno, 1969. pp: 81, 295-6, 393, 437-66.
6. Berender, H.W. et al. *Factors associated with breech delivery.* *Amer J. Public Health.* 55: 708-19, May 1965.
7. Boyson, W. A. & Simpson, J.W. *Breech management with caudal anesthesia.* *Amer J. Obstet Gynec.* 79:1121-30, June 1960.
8. Brown, A.D. *Breech presentation.* *Practitioner.* 198: 217-24, Feb. 1969.
9. Chown B. *Placental haemorrhage arter version.* *Lancet* 1: 759, Apr. 1968.
- 10 Dustin, S. *Hydrocephalus complicating breech-vertex twin pregnancy.* *Amer J. Obstet Gynec.* 85: 129-31, Jan 1963.
11. Ellis, R. *External cephalic version under anesthesia.* *J. Obstet Gynaec Brit Comm.* 75: 865-70, Aug 1968.
12. Garrisión, Fielfing H. *Historia de la medicina.* Trad. al español por Luis Augusto Méndez. México. Ed. Interamericana, 1966. pp: 86, 101, 169, 200, 201, 234, 291, 404.
13. Gramm, N.E. et al. *Breech presentation and pudendal anesthesia.* *Acta Obstet Gynec Scand.* 43: 135-6, 1965.
14. Herrera Moore, M. *Estudio Crítico de la versión interna en Obstetricia.* *Rev Chil Obstet ginec.* 26: 280-93, Jul-Aug 1961.
15. Holman, M.S. *A New manoeuvre for delivery of an impacted shoulder.* *S Afr med.* 37: 2447-9. Mar 1963
16. Inglis, Brian. *Historia de la medicina.* Barcelona. Ed. Grijalbo, 1968, p: 32.

17. Internal version. *Manitoba Med Rev* 18: 28-9, Jan 1968
18. Johnson, C.E. Abnormal fetal presentation. *J. Lancet.* 84: 317-23, Oct. 1964.
19. Jotkowitz, N.W. et al. An appraisal of an anatomically and physiologically correct method of breech delivery: The Bracht manoeuvre. *Aus N Z J. Obstet Gynaecol.* 10: 151-9, Aug 1970.
20. Mc. Arthur, J.L. Reductions of the hazards of breech presentation by external cephalic version. *Amer J. Obstet Gynec.* 88: 302-6, Feb. 1964.
21. Marcus, Stewart L & Cyril, Marcus. *Progresos en obstetricia y ginecología.* Barcelona. Ed. Espaxs, 1970, pp: 366-85.
22. Merger, Robert. *Manual de obstetricia. Versión española de Emilio Alfaro García.* 2a. Ed. Barcelona. Ed. Toray-Manson, 1971. pp: 191-208, 334, 434, 781, 834-50, 869-70.
23. Mery, A. et al. Anestesia epidural en el parto en nalgas. *Rev. Chile Obstet Ginec.* 29: 455-8. Nov.-Dec. 1964
24. Pschyrembel, W. *Obstetricia práctica.* Trad. al español por Lesmes Zabal Cervera. Barcelona. Ed. Labor, 1967. pp: 305-46.
25. Randall, C.L. et al. Breech management with associated fetal size. *Amer J. Obstet Ginec.* 82: 27-32, Jul 1961.
26. Rubin, A. The prevention of fetal injuries in breech presentations. *Med Times.* 91:287-90. Mar 1963.
27. Russel, J.G. The position of the lower limbs in breech presentations. *J. Obstet Gynaec Brit Comm.* 76: 351-3, April 1969.
28. Scher, E. Evaluation of cephalometry by ultrasound in breech presentation. *Amer J. Obstet Gynec.* 103: 1125-30, Apr. 1969.
29. Soubiran, Andre y Juan De Kaeerney. *El diario de la medicina. España ed. Luis de Caralt,* Oct 1963, p. 39.
30. Taylor, Steward, ed. *Obstetricia de Beck. Versión española de Homero Vela Treviño.* 8a. ed. Mexico. Ed. Interamericana, 1968. pp: 238-51, 259, 559-62.
31. Teppa, P.A. Rotura uterina en podálica. Revisión de 26 años de la maternidad "Concepción Palacios" (1939-1964). *Rev. Obstet Ginec Venezolana.* 26: 271-85, 1966.

32. Wigate M.B. et al. Effect of the placental site on fetal presentation at term. *Canad Med Ass J.* 99: 531-2, Sept. 68.

Vo.Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria