

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**CONSIDERACIONES SOBRE MORBI-MORTALIDAD
DEL PARTO EN PRESENTACION PODALICA**

JOSE FELIX GOMEZ GALICIA
Guatemala, octubre de 1977

PLAN DE TESIS

- 1. INTRODUCCION**
- 2. INCIDENCIA**
- 3. OBJETIVOS**
- 4. MATERIAL Y METODOS**
- 5. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS**
- 6. CONCLUSIONES**
- 7. BIBLIOGRAFIA**
- 8. ANEXO**

INTRODUCCION

El parto en presentación podálica ha sido siempre un tema de interés práctico; por su alta mortalidad perinatal, que según algunos autores es de cinco a diez veces mayor que en cualquier otro tipo de parto. (1-4). Esta frecuencia se incrementa notoriamente cuando se trata de hijos de madres primigestas.

Consideramos que la morbilidad materna en esta presentación es bastante baja; pero la mortalidad es cero. (5). En particular para el feto, el parto en presentación pélvica resulta significativamente menos favorable que para la madre, sobre todo al practicar una serie de maniobras externas. (3)

En el año de 1974, en el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt se atendieron un total de 14,280 partos, de los cuales 570 fueron en presentación podálica; de estos 570 partos escogimos 100 casos para nuestro estudio, los cuales corresponden a hace 30 meses (octubre, noviembre y diciembre de 1974). Tratando de que nuestro estudio sea lo más significativo posible; se escogieron igual número de casos pero en presentación de vértice.

El objetivo principal, es determinar por medio de visitas domiciliarias si estos niños presentan algún cambio neurológico residual; secundario a la presentación podálica.

INCIDENCIA

La presentación podálica en el año de 1974 en el Hospital Roosevelt, arrojó un porcentaje del 3.99o/o; pues de 14,280 partos atendidos en ese año hubo 570 en presentación podálica.

OBJETIVOS

- a) Investigar la morbilidad y mortalidad de los niños nacidos en presentación podálica.
- b) Investigar la Morbi-Mortalidad de las madres que tuvieron su parto en presentación podálica.
- c) Investigar que porcentaje de pacientes embarazadas que tenían presentación podálica, no asistieron a control prenatal.
- d) Investigar si los niños nacidos en presentación podálica tienen algún cambio neurológico residual, secundario a la misma.
- e) Investigar a que edad gestacional es más frecuente la presentación podálica.
- f) Investigar el porcentaje de distocias; y cómo se resolvieron las mismas.

MATERIAL Y METODOS

a) MATERIAL

1. Archivo del Hospital Roosevelt.
2. Registros Clínicos correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1974.
3. Fichas Neurológicas. (asesoradas por el Dr. A.Paredes.
4. Bibliografía.

b) METODOS

Según el tiempo: Retrospectivo.

Los 200 casos estudiados, 100 correspondientes a presentación podálica y 100 de presentación de vértice se clasificaron y se estudiaron tomando en cuenta; edad materna, prenatal, tipo de parto, métodos de diagnóstico, trabajo de parto, distocias y su resolución.

Posteriormente se efectuaron las visitas domiciliarias así: De los 100 casos de presentación podálica, se realizaron 55 estudios neurológicos y de los de presentación de vértice se efectuaron 52 de 100 casos también. En el resto, 45 de presentación podálica y 48 de presentación de vértice; no se realizó el estudio neurológico por: a) direcciones erróneas, b) por que no se encontraron y c) por haber cambiado de dirección.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

a) EDAD MATERNA

AÑOS	PODALICOS		CEFALICOS		T O T A L	
de 11 a 15	1	11 o/o	4	4 o/o	5	2.50 o/o
de 16 a 20	33	33 o/o	28	28 o/o	61	30.50 o/o
de 21 a 25	25	25 o/o	34	34 o/o	59	29.50 o/o
de 26 a 30	21	21 o/o	22	22 o/o	43	21.50 o/o
de 31 a 35	11	11 o/o	6	6 o/o	17	8.50 o/o
de 36 a 40	8	8 o/o	4	4 o/o	12	6.00 o/o
de 41 a 45	1	1 o/o	—	—	1	0.50 o/o
de 46 a 50	—	—	2	2 o/o	2	1.00 o/o
T O T A L	100	100 o/o	100	100 o/o	200	100.00 o/o

El cuadro anterior nos demuestra que el decenio más frecuente en las dos presentaciones, tanto de vértice como podálico fue el de 15 a 25 años; con un 58o/o para la presentación podálica y un 62 o/o para la presentación de vértice.

b) GESTACIONES:

GESTACIONES	PODALICAS		CEFALICAS		T O T A L	
Primigestas de 2 a 4 gestaciones	33	33 o/o	38	38 o/o	71	35.50 o/o
de 5 y más gestaciones	46	46 o/o	46	46 o/o	92	46.50 o/o
	21	21 o/o	16	16 o/o	37	18.50 o/o
T O T A L	100	100 o/o	100	100 o/o	200	100.00 o/o

La presentación podálica en nuestro estudio se dió con mayor frecuencia en las pacientes que tenían de 2

a 4 gestaciones con un porcentaje de 46o/o. Nuestro estudio comparativo, también está representado en esas gestaciones con un 46 o/o. Llama la atención que el segundo lugar lo ocupan las pacientes primigestas y no las de más de 5 gestaciones.

c) PRESENTACIONES PODALICAS ANTERIORES

En nuestro estudio: Cuatro pacientes de presentación podálica, habían presentado anteriormente dicha presentación; lo que nos da un 4o/o.

En las de presentación de vértice 1 caso para el 1 o/o.

d) EDAD DEL EMBARAZO

EDAD EMBARAZO	PODALICAS		CEFALICAS		T O T A L	
de 26 a 29 s.	1	1 o/o	--	-- o/o	1	0.50 o/o
de 30 a 33 s.	4	4 o/o	2	2 o/o	6	3.00 o/o
de 34 a 38 s.	33	33 o/o	28	28 o/o	61	30.50 o/o
de 39 a 42 s.	60	60 o/o	68	68 o/o	128	64.00 o/o
más de 42 s.	2	2 o/o	2	2 o/o	4	2.00 o/o
T O T A L	100	100 o/o	100	100 o/o	200	100.00 o/o

Es importante hacer la observación que entre la 39 y 42 semanas en que se considera más acertadamente el embarazo a término, ingresaron el 60o/o de presentaciones podálicas y el 68o/o de presentación de vértice. Por el contrario; puesto que de podálico se registro el 37o/o; y de vértice el 30o/o. Estos resultados, nos demuestran que la mayoría de pacientes si llegan al término del embarazo.

e) PESO DE RN SEGUN EDAD GESTACIONAL

En este rubro encontramos que en la 31 semana en que se considera que el feto tiene un peso de más o menos 3 libras; un caso con 4.5 libras lo cual consideramos no acorde con la edad gestacional. En la 32 semana encontramos 2 casos uno con un peso de 6.15 libras y el otro de 2.15 lbs. El caso contrario, sucede en la 43 semanas en la cual encontramos 2 casos uno con 4.10 lb. y un segundo con 5.1 lbs. Concluimos que lo anterior puede ser debido a: a) altura uterina mal tomada b) anotar equivocadamente el peso en la papeleta.

f) VARIEDAD DE PRESENTACION PODALICA

El diagnóstico de presentación, posición y de variedad de posición se resume así: 15 de presentaciones completas y 50 incompletas, de las cuales, 40 son variedad de nalgas y 10 variedad de pies.

PRESENTACION DE NALGAS COMPLETAS	15 o/o
PRESENTACION DE NALGAS INCOMPLETAS	40 o/o
VARIEDAD DE PIES	10 o/o

Estos porcentajes, no pueden ser más que relativos, puesto que, en 35 casos no se anotó la variedad de presentación.

Concordamos con las estadísticas de otros hospitales; que también citan a la VARIEDAD DE NALGAS INCOMPLETAS, como la más frecuente, siguiendo la variedad de nalgas completas y luego la variedad de pies. No se encontró en ningún caso la VARIACION FRANCA DE NALGAS.

La variedad de presentación y posición más frecuente, fue la SIIA, siguiendo la SIDA con los respectivos porcentajes; 43o/o para la primera y un 20o/o para la segunda; más específicamente lo observamos en el cuadro siguiente:

VARIEDAD DE PRESENTACION	PODALICAS		VARIEDAD P. CEFALICAS		
SIIA	43	43 o/o	OIIA	56	56 o/o
SIDA	20	20 o/o	OIDA	20	20 o/o
SIIT	14	14 o/o	OIIP	10	10 o/o
SIDP	10	10 o/o	OIIT	6	6 o/o
SIDT	9	9 o/o	OIDP	4	4 o/o
SIIP	3	3 o/o	OIDT	4	4 o/o
No anotada	1	1 o/o	-----	---	---
T O T A L	100	100 o/o	100	100 o/o	

g) PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	PODALICAS		CEFALICAS		T O T A L	
Areas pertenecientes al Hospital Roosevelt	85	85 o/o	80	80 o/o	165	82.50 o/o
Areas no pertenecientes	15	15 o/o	20	20 o/o	35	17.50 o/o
T O T A L	100	100 o/o	100	100 o/o	200	100.00 o/o

El cuadro anterior reviste gran importancia porque siendo el Hospital Roosevelt con áreas ya designadas; ha

recibido un 35o/o que no pertenecen a su urbe; 15 o/o pertenecen a nuestro estudio y 20o/o al estudio comparativo (cefálica), del total de casos que es 200 partos; le corresponde un 17.50o/o, lo cual consideramos que es elevado y que esto merma la buena atención hospitalaria.

h) CONTROL PRENATAL

CONTROL P.	PODALICAS		CEFALICAS		T O T A L	
Asistieron a Prenatal	36	36 o/o	36	36 o/o	72	36 o/o
No asistieron a prenatal	64	64 o/o	64	64 o/o	128	64 o/o
T O T A L	100	100 o/o	100	100 o/o	200	100 o/o

Interpretando el cuadro anterior, encontramos: que de nuestro estudio asistieron a prenatal el 36o/o y no lo hicieron el 64o/o. Hacemos notar que del 36o/o que recibieron el control prenatal; el 17o/o de esa cantidad presentaron parto distósico. Mientras que las que no recibieron control presentaron el 32o/o de distosias o sea, la mitad de las que no tuvieron control prenatal.

i) COMO FUE EL DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	PODALICA	MES
Examen Físico	27	7 y 8 meses
RAYOS X (placa vacía abdomen)	9	en el 8 mes.
Pelvimetría	12	en el 8 mes.
Sonografía	—	—

En la gráfica anterior analizamos que en las pacientes que recibieron control prenatal; es de hacer notar lo importante del examen físico ya que en 27 de dichas pacientes se diagnosticó la presentación podálica o sea en el 27o/o. En 9 de ellas se utilizaron los rayos X además del examen físico, en 5 se necesitó rayos X simple y pelvimetría en 9 pacientes. En las 8 restantes el diagnóstico fue realizado durante el parto.

j) INICIO DE TRABAJO DE PARTO

Respecto al inicio del trabajo de parto, encontramos que únicamente se efectuaron 6 conducciones y 3 inducciones; el resto; o sea 91 casos desarrollaron trabajo de parto espontáneo. Mientras que en las presentaciones de vértice se realizaron 4 inducciones.

INICIO DE TRABAJO DE PARTO	PODALICAS		CEFALICAS	
Espontáneo	91	91 o/o	96	96 o/o
Inducción	3	3 o/o	---	---
Conducción	6	6	4	4 o/o
T O T A L	100	100 o/o	100	100 o/o

k) DURACION DE TRABAJO DE PARTO

La duración varió de 1 hora con 25 minutos a 40 horas, sin embargo, excepto los extremos, en su mayoría evolucionaron así:

de 3 - 6 horas 24 pacientes.
de 7 - 10 horas 28 pacientes.

de 11 - 14 horas 12 pacientes.
de 15 - 18 horas 12 pacientes.
de 19 o más horas 16 pacientes.
Se ignora 8 pacientes.

Respecto a la duración promedio en horas nuestros resultados no varían mucho del promedio de otros trabajos.

DURACION PROMEDIO	PODALICAS	CEFALICAS
Primigestas	11.50 horas	8.4 horas
Pequeñas Múltiparas (de 2 a 4)	8 horas	6 horas
Grandes Múltiparas (5 y más)	7.10 horas	5.45 horas

1) MEDICAMENTOS	PODALICOS		CEFALICOS	
En trabajo de parto	9	9 o/o	---	---
Durante el parto	43	43 o/o	---	---
Se ignora	48	48 o/o	---	---
No medicamentos	---	---	100	100 o/o

Durante el trabajo de parto el medicamento más usado fue el Valium con 7 casos y el Demerol en segundo lugar con 2 casos.

Durante el parto únicamente recibieron medicamento 4 pacientes y el tipo del mismo fue el Valium.

Respecto a la anestesia que se dió durante el parto fue como sigue:

ANESTESIA No. PACIENTES

LOCAL (xilocaína al 2 o/o tipo pudenda)	13 pacientes
REGIONAL (Xiloca. al 5 o/o Epidural)	4 pacientes
GENERAL Talamonal más Pentotal	22 pacientes

Las 22 pacientes que recibieron anestesia general, más las 4 de anestesia regional; se deben a las 26 cesáreas que se efectuaron.

m) PARTOS

Respecto a como fueron los partos, tenemos lo siguiente: 51o/o de partos eutósicos y el 49o/o de distósicos. En los de presentación de vértice el 100o/o fueron eutósicos.

n) COMO SE RESOLVIERON LAS DISTOCIAS

1. Cesárea	26
2. Maniobra de Rojas	12
3. Forceps de Piper	6
4. Gran Extracción Pélvica	3
5. Maniobra de Mauriceu	9
6. Extracción Pélvica	3
7. Craneosentesis	1
8. Incisiones de DÜRSEN	1
9. Maniobra de Champetier de Ribes	1

En el cuadro anterior notamos que el mayor número de distocias, está ocupado por cesáreas; en un número de 26, de las que 13 fueron realizadas en primigestas y 9 de ellas no habían tenido control prenatal. Esto está de acuerdo con la literatura universal, en emplear la cesárea en la presentación podálica para evitar morbimortalidad fetal.

ñ) CAUSAS DE LAS DISTOCIAS

1. RETENCION DE CABEZA ULTIMA	16 casos
2. RETENCION DE HOMBROS	12 casos
3. PRIMIGESTA PODALICA MAS ESTRECHES	12 casos
4. PARO EN EXPULSION	6 casos
5. CESAREA ANTERIOR	6 casos
6. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	4 casos
7. PROCIDENCIA DE CORDON MAS S. F.	2 casos
8. HIDROCEFALIA	1 caso
9. SUFRIMIENTO FETAL	1 caso
10. DISTOCIA CUELLO CON CUELLO	1 caso
11. PROCIDENCIA DE CORDON	1 caso

o) COMPLICACIONES ANTES DEL PARTO

COMPLICACIONES	PODALICAS	CEFALICAS	T O T A L
R. P. M.	18 18o/o	12 12o/o	30 15.00 o/o
Procidencia de Corión	4 4 o/o	— —	4 2.00 o/o
No complicación	78 78 o/o	88 88 o/o	166 83.00 o/o
T O T A L	100 100 o/o	100 100 o/o	200 100.00 o/o

En el cuadro anterior notamos que la ruptura prema-

tura de membranas, se produjo en 18 pacientes pero hay que hacer notar que en 13 de ellas se produjo amnioitis leve, mientras que en el resto se produjo amnioitis aguda, a pesar de haber recibido antibióticos profilácticamente. En nuestro estudio comparativo la ruptura se presentó en 12 casos, pero ninguna causó complicación aguda.

Concluimos que la ruptura prematura de membranas es frecuente complicación y por ende influye en la morbi-mortalidad del producto.

ESTUDIO FETAL

o) ESTADO DE LOS NIÑOS AL NACER

ESTADO EN RN	PODALICAS		CEFALICAS	
	N	%	N	%
Bueno	51	51 o/o	94	94 o/o
Regular	27	27 o/o	6	6 o/o
Malo	17	17 o/o	—	—
Muerto antes del parto	2	2 o/o	—	—
Muerto intra parto	1	1 o/o	—	—
Se ignora	2	2 o/o	—	—

La mayoría de los autores están de acuerdo en sus estadísticas al señalar que, la morbi-mortalidad fetal en la presentación podálica, es mayor que en la cefálica. En nuestro estudio encontramos 17 casos de los 100 estudiados en presentación podálica; con asfixia severa, los que serán esbosados más adelante. El estado del recién nacido era malo y por ende de muy mal pronóstico.

PESO DE LOS RECIEN NACIDOS

En este parámetro, tomamos como prematuro al recién nacido comprendido entre los 1,000 y 2,499 gr. Y encontramos que 39 casos de los 100 estudiados presentaban prematuridad. La mayoría se encontraba entre los 2,500 y 3,600 gramos. En los de presentación cefálica encontramos 28 casos entre 1,000 y 2,499 gr.

PESO	PODALICOS		CEFALICOS		T O T A L	
de 1,000 a 4,499 gr.	39	39o/o	28	28o/o	67	33.5 o/o
de 2,500 a 3,600 gr.	60	60o/o	70	70o/o	130	65.0 o/o
más de 3,800 gr.	1	1o/o	2	2o/o	3	1.5 o/o
T O T A L	1100	100o/o	100	100o/o	200	100.0 o/o

APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS

Aquí encontramos que el mayor porcentaje lo representan lo que calificaron con apgar de 5, 6 y 7; siguiéndole la calificación de 8 y 9. En la presentación de vértice no hay clasificados con apgar menor de 4.

LA CLASIFICACION QUE USAMOS A CONTINUACION, ES UTILIZADA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.

APGAR		PODALICOS		CEFALICOS		T O T A L	
Malo	Menor de 4	17	17 o/o	—	—	17	8.5 o/o
Regular	de 4 - 6	53	53 o/o	22	22 o/o	75	37.5 o/o
Bueno	de 7 - 9	27	27 o/o	64	64 o/o	91	45.5 o/o
	Fallecido	3	3 o/o	—	—	3	1.5 o/o
	Se ignora	—	—	14	14 o/o	14	7.0 o/o
T O T A L		1100	100 o/o	100	100 o/o	200	100.0 o/o

RECIEN NACIDOS CON APGAR MENOR DE CUATRO

No.	APGAR	PESO	ANOMALIAS	RESOLUCION	FALLECIDO O NO
1.	3 al M	3.3 Lb.			
2.	3 al M	7.1 "	Hidrocefalia	Craneosintesis	Falleció
3.	Obito	5.5 "			"
4.	2 al M	2.15"	RCU	Forceps de Piper	"
5.	1 al M	6.1 "	BNM	Atención Médica	"
6.	3 al M	2.12"			"
7.	Cero	4.5 "	Anencéfalo		"
8.	3 al M	4.5 "	RCU	Fórceps Piper	"
9.	2 al M	6.3			"
10.	3 al M	3.8 "	Múltiples Anomalías C.		"
11.	2 al M	5.10"			"
12.	3 al M	6.9 "	Maniobra Rojas y F. Piper		"
13.	3 al M	2.15"			"
14.	Cero	7.15"	Múltiples Anomalías C.		"
15.	3 al M	4.15"			"
16.	3 al M	5.11"	RCU Fórceps Piper		"
17.	3 al M	4.12"	RCU Fórceps Piper		"

El cuadro anterior servirá para analizar la morbi-mortalidad del neonato.

p) MORBILIDAD MATERNA

1.	Hemorragia post Parto más Schock	1 caso
2.	Retención de Placenta	2 casos
3.	Infección de Herida Ope.	1 caso
4.	Infección Puerperal	5 casos

La morbilidad materna es relativamente baja, presentándose en el 9o/o de los cien casos. En la presentación de vér-

tice, no se presentó ningún caso.

q) MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad, tanto en la presentación podálica como de vértice no se presentó en ningún caso.

r) MORBILIDAD FETAL

1.	Asfixia Severa	7 casos
2.	Asfixia Leve	27 casos
3.	Conjuntivitis	1 caso
4.	Diarrea Infecciosa	2 casos
5.	Ictericia fisiológica	2 casos
6.	Parálisis de Erb.	1 caso.

La morbilidad está representada con un 40o/o mientras que en la presentación de vértice encontramos un 6 o/o los cuales eran de asfixia leve.

rr) MORTALIDAD NEONATAL

1.	Daño residual de asfixia severa	4 casos
2.	Anomalías Congénitas	2 casos
3.	Bronco Neumonía	1 caso
4.	Hidrocefalia	1 caso
5.	Anencéfalo	1 caso
6.	Obito Fetal	1 caso

La mortalidad secundaria a la presentación podálica, o mortalidad depurada lo representa un 4o/o. Pero en la presentación de vértice es cero.

s) EVALUACION NEUROLOGICA

EST. NEUROLOGICO	PODALICOS		CEFALICOS		T O T A L	
Examen y Cuestionario						
Neurológico	55	55o/o	52	52o/o	107	53.5 o/o
Niños que se encontraron pero habían fallecido	6	6o/o	6	6o/o	12	6.5 o/o
Niños que no se encontraron	15	15o/o	22	22o/o	37	18.5 o/o
Niños que fallecieron antes parto e intra parto	3	3o/o	—	—	3	1.5 o/o
Niños que fallecieron en el hospital en las primeras 48 h.	10	10o/o	—	—	10	5.0 o/o
Direcciones no encontradas	11	11o/o	20	20o/o	31	15.5 o/o
T O T A L E S	100	100o/o	100	100o/o	200	100.0 o/o

Los resultados de los cuestionarios y exámenes neurológicos obtenidos en nuestras visitas domiciliarias; y los cuales están detallados en el cuadro anterior. Concluimos en que no se encontró cambios neurológicos Residuales secundarios al parto en presentación podálica.

Consideramos también que el presente trabajo es un estudio neurológico preliminar; y que no es representativo ya que tiene más de un 10o/o de margen de error. Pero si creemos que es de valiosa utilidad para una futura investigación, principalmente cuando éstos infantes estén en edad escolar.

CONCLUSIONES

1. Que la presentación podálica sigue constituyendo el 4 o/o del total de partos.
2. Que el decenio más frecuente fue el de los 16 a los 25 años.
3. Que la presentación podálica se dió con más frecuencia en multiparas que en primigestas así: 33o/o primigestas y 67o/o multiparas.
4. Que la presentación podálica se repitió en un pequeño porcentaje en la misma paciente con un 4o/o.
5. Que el 60o/o de las pacientes estuvieron comprendidas entre las 39 - 42 semanas. Esto demostró, que un gran porcentaje si llegan a término del embarazo.
6. En comparación con trabajos anteriores, encontramos: que la presentación de nalgas incompleta, sigue siendo la más frecuente con un 40o/o.
7. Que de las 100 pacientes de presentación podálica no tuvieron control prenatal el 64o/o.
8. Que la importancia del examen físico sigue prevaleciendo, ya que la presentación podálica se diagnosticó por medio de él en 69 pacientes, 27o/o en prenatal y 42o/o en trabajo de parto.
9. Que la gran mayoría desarrollan trabajo de parto espontáneo, representado con un 91o/o.
10. Que la duración del trabajo de parto promedio, es i-

gual a los resultados obtenidos en estudios realizados en Latinoamérica. Primigestas: 11.5 hrs. Multíparas: 8.3 hrs. En la presentación de vértice así: primigestas 8.4 hrs. multíparas: 6.2 hrs.

11. Respecto a Analgesia y Anestesia, concluimos que las papeletas no son bien llevadas; ya que en lo que corresponde a notas de evolución del parto, en el 48 o/o no se especificó si habían recibido o no.
12. Que la anestesia más usada fue el Talamonal más pentotal en un 22o/o y que el medicamento más usado fue el valium con un 11o/o.
13. Que la distocia presentada en nuestro estudio está elevada, con un 49o/o; ocupando un 26o/o de estos la cesárea.
14. Que la ruptura prematura de membranas sigue siendo la complicación más frecuente antes del parto con un 18o/o y en la presentación de vértice con un 12o/o.
15. Que la mortalidad neonatal depurada lo representa un 4o/o. En la presentación de vértice es cero.
16. La morbilidad fetal está representada con un 40o/o y en la presentación de vértice con un 6o/o.
17. Que la morbilidad materna en nuestro estudio fue mínima con un 9o/o pero resueltos con atención médica adecuada. En la presentación de vértice es cero.
18. Que la mortalidad materna es cero en los dos grupos de presentaciones.

19. El presente estudio es un trabajo preliminar, ya que no incluye a todas las pacientes con presentación podálica; si no que únicamente al 17.54o/o de los 570 parto en presentación podálica del año de 1974.

BIBLIOGRAFIA

1. Cáceres, S. A.; Sánchez, A. Arellano, G. y Gómez, S.: MorbiMortalidad Materno Fetal. En el Parto Pélvico. *Genec. Obstet. Méx.* 35: 83, 1974.
2. González, G. M.; Contreras, V. J.; Sandoval, R. G. Consideraciones sobre el Parto Pélvico. *Ginec. Obstet. Méx.* 39: 467, 1976.
3. Rodríguez, S. A. Muñoz, G. L. A.; Mortalidad Perinatal. Aspectos Generales, *Obstet. y Ginec. Colombia*, 27: 255, 1976.
4. Helman, M. L.; Pritchard, A. J.: *Obstetricia Williams*. 15ava. Edi. 739, Salvat EDitores. México, 1976.
5. Tommasi, N. E. A. Lowenberg, F. E.; Vargas, G. C. Aspectos Preventivos de la Morbimortalidad Perinatal. *Ginec. Obstet. Méx.* 35: 323, 1974.
6. Martínez, B. G.; Mendoza, P. A. M.; Esperanza, A.R.; Coutiño, M.R. y Guerrero, B.C.: El Problema de la Presentación Pélvica en primigesta. III Morbi-mortalidad fetal. *Ginec. Obstet. Méx.* 33: 519, 1973.
7. Esperanza, A. R.; Linares, O. F.; Martínez, C. J. y Parra, M. G.: El problema de la presentación pélvica en la paciente multípara y gran multípara. II Resolución por Vía Vaginal. *Ginec. Obstet. Méx.* 35: 461, 1974.
8. Cueto, G. R. Velasco, A. F.; Peña, R. R. y Septién

- J.M.: Ruptura prematura de membranas. *Ginec. Obstet. Méx.* 38: 21, 1975.
9. Chávez, S.; José A.: Algunas Consideraciones sobre presentación podálica en nuestro medio hospitalario. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano, 1956.
 10. Santizo, G. Roberto.: Consideraciones de la presentación podálica en primigesta. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano, 1958.
 11. Méndez, M. Carlos.: Primigesta con presentación pelviana; 6 años de experiencia. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano, 1962.
 12. Nelson, Waldo, E. M. D., D. Sc.: Tratado de Pediatría, Sexta Edi. pp. 1591 Tomo II Salvat. Editores. Buenos Aires., 1975.
 13. David, F. Wolter, M. D. Bellevue, Patters of Management with Breech Presentation. *American Journal. Obst. and Gynecology.* 125: 733. 1976.
 14. Robert I. Goldenberg, M. D. and Kathleen G. Nelson, M. D. The premature breech. *American Journal obstet. And Gynecology.* 27. 275, 1977.
 15. William J. Digman, D. M. Dificuties in Delevary, including shoulder dystocia and malpresentation of fetus. *Clinical Obstet. And Gynecology.* 19: 577, 1976.

ANEXO

1. DATOS GENERALES: Edad - Sexo - Procedencia
2. SIGNOS VITALES: Tem. - Pulso - Fr - FC.
3. ESTADO MENTAL:
4. MARCHA, POSICION DE PIE Y MOVIMIENTO DE LOS BRAZOS.
5. PARES CRANEALES.
6. REFLEJOS.
7. APARATO SENSORIAL.
8. SISTEMA COORDINADOR.

CUESTIONARIO

PREGUNTAS MOTORAS:

1. Chutea una pelota.
2. Lanza una pelota con la mano.
3. Se para en un pie durante un segundo
4. Salta en el mismo lugar.
5. Pedalea triciclo.

MOTORAS ADAPTATIVAS:

1. Copia figuras.
2. Hace torre con cubos.
3. Vuelca espontáneamente un vaso para hacer caer su contenido.

LENGUAJE:

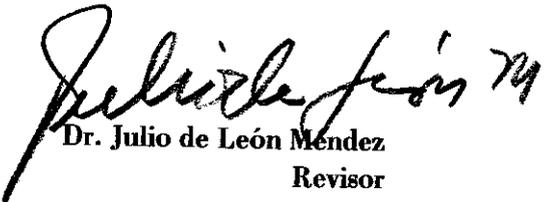
1. Dice tres palabras además de: mamá, dada.
2. Combina tres palabras distintas.
3. Señala a una persona.
4. Nombra a un dibujo.
5. Usa plurales.

PERSONALES - SOCIALES

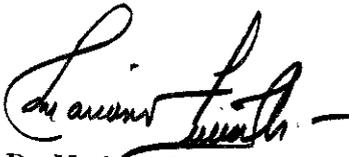
1. Se pone zapatos no atados.
2. Usa cuchara vertiendo un poco.
3. Se lava y seca las manos.
4. Ayuda a la casa, tareas simples.
5. Juegos de compañía.

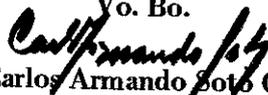

Dr. José Félix Gómez G.


Dr. Humberto Calgua
Asesor


Dr. Julio de León Méndez
Revisor


Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III


Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano