



DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i2.1186>

Ciencias de la salud
Artículo de investigación

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

Pelvic Presentation Delivery. Case Review

Revisão do caso de entrega da apresentação pélvica

José Efraín Velaña-Sinchiguano ^I
josevelaefr@yahoo.com
<https://orcid.org/0000-0003-1257-3132>

Marcela Nathalia Montalvo-Córdova ^{II}
rambim28@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-1178-3373>

Rosa Elena Ambi-Muñoz ^{III}
na.thalia3000@outlook.com
<https://orcid.org/0000-0001-8921-9591>

***Recibido:** 15 de febrero de 2020 ***Aceptado:** 27 de marzo de 2020 * **Publicado:** 16 de abril de 2020

- I. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital José María Velasco Ibarra, Ecuador.
- II. Médico General, Residente de Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital José María Velasco Ibarra, Ecuador.
- III. Médico General, Residente de Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital José María Velasco Ibarra, Ecuador.

Resumen

Cerca del término, el feto casi siempre se voltea espontáneamente hasta adquirir una presentación cefálica conforme el volumen creciente de los glúteos busca el fondo que es más espacioso. Sin embargo, cuando los glúteos o piernas del feto entran en la pelvis antes que la cabeza, la presentación se denomina pélvica. La presentación pélvica persiste hasta el término en 3 a 4% de los partos únicos. Se ha tomado un caso clínico para exponer su importancia y su frecuencia en cuanto a patologías. Se van a tomar en cuenta signos y síntomas que provee una paciente, estudiándolos, analizándolos y verificando su evolución. Se considerará un conjunto sistematizado de evidencias, relacionadas entre sí por la alteración anatómica y funcional común, se realizará un análisis y agrupación sindrómica de acuerdo al caso y se procederá a interpretar su desenlace y verificar protocolos y procedimientos.

Palabras clave: Parto; pelviano; antitoxoide; tetánico; uterino.

Abstract

Near the term, the fetus almost always turns spontaneously until it acquires a cephalic presentation as the increasing volume of the buttocks looks for the bottom that is more spacious. However, when the buttocks or legs of the fetus enter the pelvis before the head, the presentation is called the pelvic. The pelvic presentation persists until the end in 3 to 4% of single births. A clinical case has been taken to expose its importance and its frequency in terms of pathologies. Signs and symptoms provided by a patient will be taken into account, studying them, analyzing them and verifying their evolution. It will be considered a systematized set of evidence, related to each other by the common anatomical and functional alteration, a syndromic analysis and grouping will be carried out according to the case and its outcome will be interpreted and protocols and procedures verified.

Keywords: Childbirth; pelvic; antitoxoid; tetanus; uterine.

Resumo

Perto do prazo, o feto quase sempre gira espontaneamente até adquirir uma apresentação cefálica, à medida que o volume crescente das nádegas procura o fundo mais espaçoso. No entanto, quando as nádegas ou pernas do feto entram na pélvis antes da cabeça, a apresentação é chamada pélvica. A apresentação pélvica persiste em 3 a 4% dos partos únicos. Um caso clínico foi levado para expor

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

sua importância e frequência em termos de patologias. Os sinais e sintomas fornecidos pelo paciente serão levados em consideração, estudando-os, analisando-os e verificando sua evolução. Será considerado um conjunto sistematizado de evidências, relacionadas entre si devido à alteração anatômica e funcional comum, uma análise e agrupamento sindrômico, conforme o caso, e o resultado será interpretado e protocolos e procedimentos serão verificados.

Palavras-chave: Parto; pélvico antitoxóide; tetânico; uterino.

Introducción

Cerca del término, el feto casi siempre se voltea espontáneamente hasta adquirir una presentación cefálica conforme el volumen creciente de los glúteos busca el fondo que es más espacioso. Sin embargo, cuando los glúteos o piernas del feto entran en la pelvis antes que la cabeza, la presentación se denomina pélvica.

La presentación pélvica persiste hasta el término en 3 a 4% de los partos únicos. Se ha tomado un caso clínico para exponer su importancia y su frecuencia en cuanto a patologías. Se van a tomar en cuenta signos y síntomas que provee una paciente, estudiándolos, analizándolos y verificando su evolución. Se considerará un conjunto sistematizado de evidencias, relacionadas entre sí por la alteración anatómica y funcional común, se realizará un análisis y agrupación sindrómica de acuerdo al caso y se procederá a interpretar su desenlace y verificar protocolos y procedimientos.

Objetivo

Reconocer en un determinado caso clínico los diferentes signos y síntomas de un parto en presentación pelviana y su correcta agrupación para un adecuado proceder médico.

Presentación del caso

Paciente femenina de 36 años de edad, raza mestiza, casada, pareja estable desde hace 19 años, nacida en Ambato, residente en Píllaro, católica, ejerce como agricultora, desconoce su grupo sanguíneo.

Paciente vive con su esposo, su hija y su madre en una casa propia con todos los servicios básicos la misma mantiene buenas relaciones interfamiliares. Posee 2 perros que viven dentro de casa. El

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

ingreso económico es aportado por el esposo y la paciente comercializando los productos de la agricultura.

Antecedentes Personales: Entre sus antecedentes no refiere antecedentes patológicos personales familiares; reporta una cesárea hace 10 años, la paciente no refiere alergias.

Antecedentes Ginecológicos: Refiere menarquia a los 13 años, telarquia a los 12 años, pubarquia a los 12 años; ciclos menstruales regulares de 3 días cada 30 días, en cantidad aproximadamente de 100ml por ciclo, sin coágulos, refiere además dismenorrea antes del periodo menstrual.

Inició su vida sexual a los 17 años, no reporta antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, ha utilizado como método anticonceptivo el coitus interruptus y el calendario.

Antecedentes Obstétricos: Primera gestación a los 26 años resultando producto vivo de sexo femenino actualmente con 10 años de edad, nacido por cesárea, por antecedente de presentación transversa y placenta previa.

Su fecha de última menstruación: 2/04/18; la edad gestacional por FUM es de 25.4 semanas a la fecha de ingreso, se ha realizado dos controles prenatales y un eco a las 11 semanas; ha recibido el esquema de vacunación materna, anti toxoide tetánico la primera dosis a las 20 semanas; ha consumido ácido fólico 0.4mg + 60mg de hierro elemental por vía oral desde la 5ta semana hasta la 18ava semana de gestación.

En su segunda gesta, no ha tenido partos, no ha tenido abortos, se ha sometido a una cesárea.

Enfermedad Actual. La paciente acude a su tercer control gestacional en el Hospital Básico de Píllaro, con resultado de ecografía realizada el 22 de septiembre de 2018, donde se evidencia y reportan producto masculino de crecimiento fetal adecuado percentil 50: DBP 64 CA 210.4 LF 46,7 situación longitudinal, presentación podálica, posición dorso derecho, actitud flexión muslo abdomen, organogénesis completa peso en percentil 50: 872gr.

Examen físico. Se reporta una tensión arterial de 100/60, frecuencia cardiaca de 100lpm, frecuencia respiratoria de 16rpm, saturación de oxígeno 96%, con una temperatura axilar de 36.5°C.

En cuanto a antropometría, la paciente maneja un peso actual de 60kg, el peso antes de la gesta es de 56kg; una talla de 1.58cm a lo cual se calcula un IMC de 22.05; se muestra consiente orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, con Glasgow 15/ 15, ocular 4, verbal 5, motor 6 además presenta un Score Mamá 0.

Examen físico regional

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

Cabeza

- Cráneo: Normocefálica, pelo de implantación y distribución normal.
- Cara: Estructuras simétricas, elasticidad conservada, sin presencia de lesiones.
- Ojos: Pupilas isocóricas, céntricas, redondas, normoreactivas a la luz y a la acomodación.
- Movimientos oculares conservados y campo visual normal
- Nariz: Tabique nasal normal, mucosa nasal roja sin obstrucciones.
- Oídos: Conducto auditivo limpio y sin obstrucciones, membrana timpánica no visible.
- Boca: Labios hidratados, piezas dentales completas en buen estado de higiene.
- Orofaringe: No congestiva.
- Cuello. Movimientos conservados, no se visualizan adenopatías, tiroides OA

Tórax

- Pulmones: Tórax simétrico, volumen y expansibilidad conservada, sin presencia de retracciones subcostales. Murmullo vesicular normal, no hay presencia de ruidos sobreañadidos.
- Corazón: Normofonético, rítmico, no hay presencia de soplos.
- Mamas: TANNER mamario 5, estado de superficie normal, en relación del color con el resto de piel, presenta areolas hiperpigmentadas, no hay secreciones, no se visualizan ni palpan adenopatías.
- Abdomen. Abdomen blando, globoso, presencia de estrías blancas.
- Maniobras de Leopold. Valoramos una situación longitudinal, dorso derecho, presentación podálica.

Revisión Gineco-Obstétrica. Útero gestante de 25.4 semanas por FUM, feto vivo, único, con una frecuencia cardiaca de 152x', sin actividad uterina, movimientos fetales presentes, con una altura de fondo uterino 23 cm.

Renal. Puño percusión negativa.

Región Genito – Urinaria.

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

Tacto Vaginal. Cérvix posterior cuello uterino sin cambios; OCE: cerrado, OCI: cerrado. TANNER púbico 5, no se evidencia presencia de lesiones o cicatrices, No se evidencia secreción, ni sangrado. Extremidades. Sin presencia de edema y frialdad, tono, fuerza y movilidad conservada; pulsos distales presentes ROTS: 2/5.

Lista de problemas

Tabla 1. Lista de problemas presentes en el caso clínico

Edad de la madre: 36 años.	Periodo Inter-genésico de 10 años.
Antecedente de placenta previa en gesta anterior.	Maniobras de Leopold: longitudinal, dorso derecho, presentación podálica.
Cesárea hace 10 años, producto de sexo femenino, presentación transversa más placenta previa.	Altura de Fondo Uterino: 23 cm.
Presentación podálica previa.	Multiparidad.

Factores de riesgo

La presentación pelviana se observa en un 28% de incidencia a las 25-28 semanas como en este caso, ya que la paciente se encuentra en sus 25.4 semanas de gestación, se considera que la ocurrencia de un parto pelviano se modifica en el caso de ser un segundo embarazo en un 2.2% como se observa en la paciente, la probabilidad se triplica luego de un primer parto podálico (riesgo relativo, RR 3,23) y catorce veces más probable luego de dos partos podálicos consecutivos (RR 13,9). (1,7).

La paciente ya tuvo un feto es presentación podálica en su primera gesta de hace 10 años, por tanto, cumple con dicho acápite, tornándose en un factor de riesgo indiscutible.

Se encontró también a la placenta previa, la diabetes gestacional, el peso al nacer según la edad de gestación, la edad materna mayor de 35 años y el antecedente de cesárea, como factores de riesgo para la recurrencia; y para un segundo podálico consecutivo.

Ecografía y rastreo ecográfico

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

Feto vivo, único, FCF 150 lpm, situación longitudinal, presentación podálico franco al momento del estudio.

- DBP: 64 mm LF: 46,7 mm CA: 210.4 mm
- Placenta fúndica posterior, sin signos de desprendimiento.
- Peso aproximado 872 gr.
- EG: Eco 25.2 semanas

Agrupación sindrómica

Presentación Pelviana

Con mayor importancia a partir del inicio del tercer trimestre. Aunque la anamnesis durante la historia clínica permite sospechar la presentación pelviana, el diagnóstico se realiza durante la exploración clínica (abdominal y vaginal) y mediante estudios complementarios como el ultrasonido. (1,7).

Maniobras de Leopold: Situación longitudinal, reconociendo la palpación abdominal un polo duro y grande ocupando el fondo uterino. Con la tercera maniobra se reconoce la presentación o parte del feto que ocupa la pelvis menor materna como un polo grande, blando e irregular, que no pelotea.

Auscultación: Se encuentra localizado el foco cardíaco fetal por encima de la cicatriz umbilical.

Ecografía Obstétrica: Situación longitudinal, presentación podálico franco al momento del estudio.

A la exploración por tacto vaginal: se debería encontrar el polo fetal grande, blando e irregular, sospechando de la presentación de nalgas, pies, o rodillas, pero en este caso no se encuentra dichos hallazgos debido a que el orificio cervical externo e interno, se encuentran cerrados. (2)

Diagnóstico diferencial

Existen situaciones de difícil palpación abdominal como por ejemplo la obesidad, tumoraciones pélvicas o uterinas, polihidramnios, situación transversa, embarazo múltiple, entre otras, donde debe plantearse en ausencia de la posibilidad de diagnóstico diferencial, (3).

En este caso no se realiza diagnóstico diferencial con otro tipo de patología del embarazo y parto debido a la ausencia de signos, síntomas o anomalías en la paciente, pero si se puede realizar un diagnóstico diferencial en cuanto a la clasificación del tipo de presentación pelviana que se tiene en este caso.

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

Según el eco realizado, se obtiene una presentación podálica franca, por tanto, es deber del médico, correlacionar los hallazgos y hacer un diferencial de los mismos.

Cuando se presentan complicadas las variantes, la distinción entre un pie y una mano se hace por tres signos: la presencia del talón que continúa la pierna o la mano que continúa al antebrazo; en segundo lugar, la disposición del extremo distal de los dedos; y en tercer lugar la movilidad restringida del primer dedo del pie a diferencia de la amplia flexo-extensión del pulgar de una mano, pero se realiza mediante el tacto vaginal, en labor de parto en donde la dilatación favorece el examen. (4,5)

Impresión diagnóstica:

- Cesárea hace 10 años.
- Antecedente de placenta previa.
- Edad no adecuada para embarazo.

Diagnóstico definitivo:

Embarazo de 25.4 semanas de presentación podálica franca por eco.

Plan diagnóstico

Versión externa.

- Ecografía, planificada para las 35 semanas, para la valoración de presentación fetal.
- Continuar indicaciones de embarazo normal.
- Inducción y conducción del trabajo de parto.

En forma rutinaria, el control prenatal no difiere al control del embarazo en cefálica. La posibilidad de una versión espontánea disminuye luego de las 35 a 36 semanas. (6)

La presentación podálica clásicamente requiere además de la evaluación de las posibles causas, una exploración clínica y paraclínica que permita descartar alteraciones fetales, placentarias y maternas que contribuyan a decidir la conducta definitiva: la versión externa, el parto espontáneo, la ayuda manual, la gran extracción y la cesárea. (7)

Manejo recomendado

Cerca del término, el feto casi siempre se voltea espontáneamente hasta adquirir una presentación cefálica conforme el volumen creciente de los glúteos busca el fondo que es más espacioso. Sin

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

embargo, cuando los glúteos o piernas del feto entran en la pelvis antes que la cabeza, la presentación se denomina pélvica.

La presentación pélvica persiste hasta el término en 3 a 4% de los partos únicos. (7).

La causa de la falla en la versión cefálica espontánea muchas veces es poco clara y logra identificarse en sólo un 7 a 15% de los casos. Clásicamente los diferentes factores involucrados en la etiología o aparición de la presentación podálica o pelviana han sido clasificados como maternos, placentarios y fetales. (7).

Es muy discutido la preferencia del parto vaginal o cesárea en pacientes con presentación pélvica, muchos estudios se han realizado con el fin de observar la incidencia de complicaciones en cada uno de estos casos.

Al constatar que en macro estudios se observó que la cesárea planeada se acompañó de menos riesgo de mortalidad perinatal frente al parto planeado, American College of Obstetricians and Gynecologists (2012) modificaría su criterio en relación a la presentación pélvica y actualmente recomienda que la “decisión en cuanto al tipo de parto depende de la experiencia del médico” y que “es posible atender un parto vaginal planeado de un solo feto en presentación pélvica siguiendo el protocolo de cada hospital”.

Existen factores múltiples que ayudan a decidir cuál es el mejor tipo de parto para determinada madre y feto. Estos comprenden las características del feto, las dimensiones de la pelvis, las complicaciones coexistentes del embarazo, la experiencia quirúrgica, la preferencia de la paciente y la infraestructura del hospital, como los que se mencionan a continuación:

Tabla2: Factores que favorecen a la cesárea del feto en presentación pélvica

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

FACTORES QUE FAVORECEN A LA CESÁREA DEL FETO EN PRESENTACIÓN PÉLVICA
Inexperiencia del médico
La paciente solicita una cesárea
Feto >3800 a 4000g
Feto viable de pretérmino aparentemente sano con trabajo de parto activo o parto indicado
Retraso grave del crecimiento fetal
Anomalía fetal compatible con el parto vaginal
Muerte perinatal previa o parto previo con traumatismo neonatal
Presentación pélvica incompleta o de pie
Cabeza hiperextendida
Contracción pélvica o forma defectuosa de la pelvis diagnosticada por medio de la clínica o con pelvimetría
Cesárea previa.

En cuanto a la morbilidad y mortalidad materno-fetal son descritas y deben ser informadas a la paciente. En la madre, ya sea con cesárea o parto vaginal, las laceraciones genitales pueden ser problemáticas. (8,10)

Tabla3: Diferencias entre parto normal y cesarea en morbi-mortalidad

Cesárea	Parto Vaginal
La distensión adicional del segmento uterino inferior por las pinzas o la cabeza fetal mal moldeada, extiende la incisión de la histerotomía.	Cuando el segmento uterino inferior se ha adelgazado, el parto de la cabeza a través de un cuello uterino con dilatación incompleta o con la aplicación de fórceps, generan laceraciones de la pared vaginal o cervical.
La anestesia que es suficiente para inducir una relajación uterina apreciable durante el parto vaginal provoca en ocasiones atonía uterina y esta, a su vez, hemorragia puerperal.	La episiotomía, generan laceraciones perineales profundas y aumentan el riesgo de infección.
Muerte mayor en las que se someten a una cesárea planeada por presentación pélvica.	

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

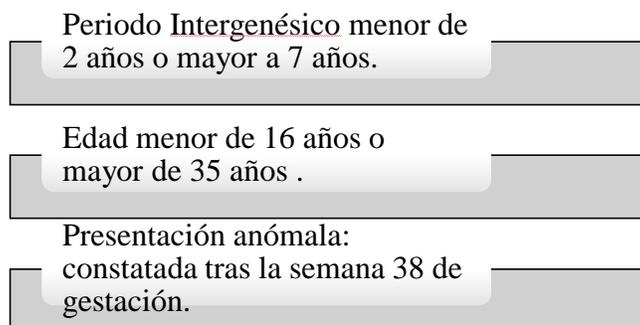
En el feto es frecuente es el parto prematuro y también aumenta la frecuencia de anomalías congénitas. El estiramiento del plexo braquial tiene como resultado parálisis de la extremidad superior, de Erb o de Duchenne. (9). Cuando el feto se extrae a través de una pelvis estrecha, puede haber depresión con forma de cuchara o fracturas de cráneo cuando se utiliza gran fuerza se lesiona la médula espinal o se fracturan las vértebras.

Finalmente, el tipo de parto queda a elección de la madre luego de haber discutido las implicaciones que conlleva el parto vaginal y la cesárea tanto para su bebé como para ella se optará por una opción u otra.

Análisis basado en problemas

La paciente en el control prenatal presenta factores de riesgo obstétrico no modificables descritos en la guía de práctica clínica del ministerio de salud pública del Ecuador. (11)

Figura1. Factores de riesgo obstétricos no modificables



Al estudiar los riesgos de recurrencia de presentación pelviana se ha descrito: placenta previa, la diabetes gestacional, el peso al nacer según la edad de gestación, la edad materna mayor de 35 años y el antecedente de cesárea. (11,12)

Las patologías obstétricas y neonatales correlacionadas con el período intergenésico fueron: preeclampsia, diabetes gestacional, DPPNI, óbito, sufrimiento fetal, parto pretérmino, placenta previa, ingreso en cuidados intensivos neonatales, Apgar y muerte perinatal.

La paciente presenta los siguientes problemas:

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

- Cesárea hace 10 años.
- Antecedente de placenta previa.
- Gestante de 36 años.

Con lo que se constata que si tiene probabilidades de que al final del embarazo el feto continúe con presentación pelviana.

Discusión de la agrupación sindromica

Presentación Fetal Anormal

Presentación. - Es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro del conducto del parto en el estrecho superior de la pelvis y que es capaz de desencadenar la labor. La presentación eutócica es la cefálica, aunque en esta igual pueden existir variantes que dificultan el parto vaginal, también existen las presentaciones pélvicas y transversas. (13)

Tabla 4. Presentación fetal y su incidencia

Presentación	Porcentaje	Incidencia
Cefálica	96.8%	
Pélvica	2.7%	1:36
Transversa	0.3%	1:335
De cara	0.05%	1:2000
De frente	0.01%	1:10000

Figura 2. Posición y presentación anómalas del feto



Presentación Cefálica

A: Presentación de vértice u occipucio. La cabeza está muy flexionada de manera que la mandíbula entra en contacto con el tórax y la fontanela occipital.

B: Cuando la cabeza está parcialmente flexionada se presenta la fontanela anterior dando la presentación de sincipucio o bregmática.

C: Parcialmente extendida tenemos la presentación de frente.

D: En el otro extremo el cuello fetal puede estar muy extendido de manera que el occipucio y el dorso entran en contacto y tenemos la presentación de cara.

Presentación Transversa

En las situaciones transversas, el hombro del feto suele encontrarse por arriba del plano de entrada de la pelvis, con la cabeza en una fosa iliaca y la pelvis en la otra. (13,14)

Presentación Pélvica

A: Presentación Pélvica Completa: Ambos muslos están flexionados sobre la cadera y las piernas también se encuentran flexionadas sobre los muslos.

B: Pélvica Incompleta: Una o ambas caderas no está flexionada y uno o ambos pies o rodillas se encuentran por debajo de la pelvis fetal, de manera que un pie o rodilla ocupan la parte más baja del conducto del parto.

C: Nalgas Francas: Las Extremidades pélvicas están flexionadas en las caderas y extendidas las rodillas, por lo que los pies están en estrecha proximidad con la cabeza.

Finalmente se debe evaluar a la paciente en los siguientes controles prenatales para constatar posición, situación, presentación y actitud fetal. Por lo general, aquella presentación fetal a las 35 semanas, persiste hasta el parto.

La decisión la tiene la paciente luego de haber recibido la información completa su caso para ver si opta por el parto vaginal o cesárea. En caso de presentación pelviana a esa semana se recomienda planificar cesárea. (15,16)

Conclusión

Existen situaciones de difícil palpación abdominal como por ejemplo la obesidad, tumoraciones pélvicas o uterinas, polihidramnios, situación transversa, embarazo múltiple, entre otras, donde debe plantearse en ausencia de la posibilidad de diagnóstico diferencial.

En este caso no se realiza diagnóstico diferencial con otro tipo de patología del embarazo y parto debido a la ausencia de signos, síntomas o anomalías en la paciente, pero si se puede realizar un diagnóstico diferencial en cuanto a la clasificación del tipo de presentación pelviana que se tiene en este caso.

Referencias

1. Blasco M. Cruz M. Cogle Y. et al. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales MEDISAN; Cuba [Internet] 2018;22(7): 579. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n7/1029-3019-san-22-07-578.pdf>
2. Briozzo L. Tomasso G. Colistro V. Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay; Revista médica Uruguaya; [Internet] 2019; 35(2):94-104 Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v35n2/1688-0390-rmu-35-02-4.pdf>
3. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, (2015). Williams obstetricia. México: Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
4. E. Marimon, J. Parra, P. Pagès, M. Muñoz; VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA; Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona; España [Internet] 2019 Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/version%20externa.pdf>
5. Gombau S. PARTO DOMICILIARIO PLANIFICADO: RESULTADOS DE SALUD MATERNO Y PERINATALES; Universidad de Lleida; España [Internet]; 2019 pág 21-27. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/66648/sgombauv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. J. J. Di Muro Ortega, J. A. Pérez Wulff y D. Márquez Contreras. “Parto en presentación Pelviana (Podálica o Nalgas)”. Patología en el Parto de Alto Riesgo. 2016. 215-218p.

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

7. Jaramillo D. Jaramillo D. Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de Gineco –Obstetricia del hospital “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, Enero 2015 Junio 2016, CUENCA-ECUADOR; Universidad de Cuenca; [internet] 2017; 1(2): 17 – 18. Disponible en : <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26951/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
8. Julie S. Moldenhauer; Distocia fetal at Children's Hospital of Philadelphia; Manuales MSD. Pensilvania – EEUU; [Internet] 2018 Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%20y-obstetricia/anomal%20y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/distocia-fetal>
9. Macías N. Gonzales E. Martínez E. Programa de prevención de cesáreas mediante la técnica de moxibustión en presentaciones podálicas; Nure investigación; España [internet] 2016; 13: (80): 2 – 3; Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/706/687>
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, Marzo , 2017, Quito, Ecuador [Internet] 2017; pág 26 – 27. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
11. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; [Internet] 2015. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
12. Ministerio de Salud Pública: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
13. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto; Organización Mundial de la Salud; [Internet] 2014; 2:(3): 34 – 35 Disponible en: https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

14. Romero G. Ríos J. Cortés P. et al. Factores de riesgo asociados con el parto distócico; Ginecología y Obstetricia de México; [Internet] 2014; 1(1) Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numero83/factores-de-riesgo-asociados-con-el-parto-distocico/>
15. Universidad Nacional de Colombia - Alianza Cinets*; Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico | Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología; [Internet] 2013; 64: (4) 413-420. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n4/v64n4a03.pdf>
16. Vázquez J. Rodríguez. Palomo R. et al. Manual básico de Obstetricia y Ginecología Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. España [internet] 2014; 8:(4): 317-324 disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/b4e5eb6e-95b6-47fa-8d71-8234e284c52c/6B5DACE8-E074-4104-B6BC-2FD8A8AD4573/df42b241-737e-4415-9932-30fe103aa141/Manual_obstetricia_g.pdf

References

1. Blasco M. Cruz M. Cogle Y. et al. Main risk factors for neonatal morbidity and mortality MEDISAN; Cuba [Internet] 2018; 22 (7): 579. Available at: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n7/1029-3019-san-22-07-578.pdf>
2. Briozzo L. Tomasso G. Colistro V. Analysis of the delivery route in the different healthcare settings in Uruguay; Uruguayan medical magazine; [Internet] 2019; 35 (2): 94-104 Available at: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v35n2/1688-0390-rmu-35-02-4.pdf>
3. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, J. (2015). Williams obstetrics. Mexico: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
4. E. Marimon, J. Parra, P. Pagès, M. Muñoz; EXTERNAL CEPHALIC VERSION; Hospital Clínic | Sant Joan de Déu Hospital | University of Barcelona; Spain [Internet] 2019 Available at: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/version%20externa.pdf>
5. Gombau S. PLANNED HOME DELIVERY: MATERNAL AND PERINATAL HEALTH OUTCOMES; University of Lleida; Spain [Internet]; 2019 page 21-27. Available at:

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

- <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/66648/sgombauv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. J. J. Di Muro Ortega, J. A. Pérez Wulff and D. Márquez Contreras. "I give birth in Pelviana presentation (Podálica or Nalgas)". Pathology in High Risk Childbirth. 2016. 215-218p.
 7. Jaramillo D. Jaramillo D. Dystocic delivery and related factors in patients treated in the Gynecology area –Obstetrics of the hospital “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, January 2015 June 2016, CUENCA-ECUADOR; University of Cuenca; [internet] 2017; 1 (2): 17 - 18. Available at: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26951/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
 8. Julie S. Moldenhauer; Fetal dystocia at Children's Hospital of Philadelphia; MSD manuals. Pennsylvania - USA; [Internet] 2018 Available at: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%20y-obstetricia/anomal%20as-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-and-delivery/fetal-dystocia>
 9. Macías N. Gonzales E. Martínez E. Caesarean section prevention program using the moxibustion technique in breech presentations; Nure research; Spain {internet] 2016; 13: (80): 2-3; Available at: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/706/687>
 10. Ministry of Public Health of Ecuador, National Plan for Sexual Health and Reproductive Health: Vice-Ministry of Public Health Governance, March, 2017, Quito, Ecuador [Internet] 2017; pp. 26 - 27. Available at: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
 11. Ministry of Public Health. Care of labor, delivery and immediate postpartum. Clinical Practice Guide. 1st Edition. Quito: National Directorate for Standardization; [Internet] 2015. Available at: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
 12. Ministry of Public Health: Prenatal Control. Clinical Practice Guide. First edition. Quito: National Directorate for Standardization; 2015. Available at: <http://salud.gob.ec>

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

13. WHO recommendations for the conduct of labor; World Health Organization; [Internet] 2014; 2: (3): 34 - 35 Available at: https://www.who.int/topics/maternal_health/directas_OMS_parto_es.pdf
14. Romero G. Ríos J. Cortés P. et al. Risk factors associated with dystocic delivery; Gynecology and Obstetrics of Mexico; [Internet] 2014; 1 (1) Available at: <https://ginecologiyobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numero83/factores-de-riesgo-asociados-con-el-parto-distocico/>
15. National University of Colombia - Alianza Cinets *; Clinical practice guideline for the early detection of abnormalities during labor, care for normal and dystocic labor1Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología; [Internet] 2013; 64: (4) 413-420. Available at: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n4/v64n4a03.pdf>
16. Vázquez J. Rodríguez. Palomo R. et al. Basic Manual of Obstetrics and Gynecology National Institute of Health Management. Spain [internet] 2014; 8: (4): 317-324 available at: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/b4e5eb6e-95b6-47fa-8d71-8234e284c52c/6B5DACE8-E074-4104-B6BC-2FD8A8AD4573/df42b241-737e-4415-9932-30fe103aa141/Manual_obstetricia_g.pdf

Referências

1. Blasco M. Cruz M. Cogle Y. et al. Principais fatores de risco para morbimortalidade neonatal MEDISAN; Cuba [Internet] 2018; 22 (7): 579. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n7/1029-3019-san-22-07-578.pdf>
2. Briozzo L. Tomasso G. Colistro V. Análise da via de entrega nos diferentes serviços de saúde do Uruguai; Revista médica uruguaia; [Internet] 2019; 35 (2): 94-104 Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v35n2/1688-0390-rmu-35-02-4.pdf>
3. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom. (2015). Obstetrícia Williams. México: Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
4. E. Marimon, J. Parra, P. Pagès, M. Muñoz; VERSÃO CEPHALIC EXTERNA; Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universidade de Barcelona; Espanha [Internet] 2019

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

- Disponível em:
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/version%20externa.pdf>
5. Gombau S. ENTREGA DOMÉSTICA PLANEJADA: RESULTADOS DE SAÚDE MATERNA E PERINATAL; Universidade de Lleida; Espanha [Internet]; 2019, página 21-27. Disponível em:
<https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/66648/sgombauv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. J. J. Di Muro Ortega, J. A. Pérez Wulff e D. Márquez Contreras. "Parto na apresentação Pelviana (Podálica ou Nalgas)". Patologia no Parto de Alto Risco. 2016. 215-218p.
7. Jaramillo D. Jaramillo D. Parto distócico e fatores relacionados em pacientes atendidos na área de Ginecologia - Obstetrícia do hospital "VICENTE CORRAL MOSCOSO", janeiro de 2015 junho de 2016, CUENCA-EQUADOR; Universidade de Cuenca; [internet] 2017; 1 (2): 17 - 18. Disponível em:
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26951/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
8. Julie S. Moldenhauer; Distocia fetal no Hospital Infantil da Filadélfia; Manuais de MSD. Pensilvânia - EUA; [Internet] 2018 Disponível em: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%ADa-y-obstetricia/anomal%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-e-parto/distocia-fetal>
9. Macías N. Gonzales E. Martínez E. Programa de prevenção de cesarianas usando a técnica de moxabustão em apresentações de culatra; Pesquisa clara; Espanha {internet] 2016; 13: (80): 2-3; Disponível em:
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/706/687>
10. Ministério da Saúde Pública do Equador, Plano Nacional de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Vice-Ministério de Governança da Saúde Pública, março de 2017, Quito, Equador [Internet] 2017; pp. 26 - 27. Disponível em:
<https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
11. Ministério da Saúde Pública. Assistência ao parto, parto e pós-parto imediato. Guia de Prática Clínica. 1ª Edição. Quito: Direcção Nacional de Normalização; [Internet] 2015.

Parto presentación pelviana. Revisión de caso

Disponível em: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf

12. Ministério da Saúde Pública: Controle Pré-Natal. Guia de Prática Clínica. Primeira edição. Quito: Direccção Nacional de Normalização; 2015. Disponível em: <http://salud.gob.ec>
13. Recomendaciones da OMS para a realização do trabalho de parto; Organização Mundial de Saúde; [Internet] 2014; 2: (3): 34 - 35 Disponível em: https://www.who.int/topics/maternal_health/direutas_OMS_parto_es.pdf
14. Romero G. Rios J. Cortés P. et al. Factores de riesgo asociados ao parto distócico; Ginecología e Obstetrícia do México; [Internet] 2014; 1 (1) Disponível em: <https://ginecologiyobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numero83/factores-de-riesgo-asociados-con-el-parto-distocico/>
15. Universidade Nacional da Colômbia - Alianza Cinets *; Diretrizes da prática clínica para a detecção precoce de anormalidades durante o trabalho de parto, atendimento ao trabalho de parto normal e distócico1Revista Colombiana de Obstetrícia e Ginecologia; [Internet] 2013; 64: (4) 413-420, disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n4/v64n4a03.pdf>
16. Vázquez J. Rodríguez. Palomo R. et al. Manual Básico de Obstetrícia e Ginecologia do Instituto Nacional de Gestão em Saúde. Espanha [internet] 2014; 8: (4): 317-324 disponível em: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/b4e5eb6e-95b6-47fa-8d71-8234e284c52c/6B5DACE8-E074-4104-B6BC-2FD8A8AD4573/df42b241-737e-4415-9932-30fe103aa141/Manual_obstetricia_g.pdf