



UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA
“CALIDAD, PERTINENCIA Y CALIDEZ”

UNIDAD ACADEMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DE TÍTULO DE MÉDICA

TEMA:

**INICIO DE TRABAJO DE PARTO: CONOCIMIENTOS SOBRE ESTÁTICA FETAL Y LA
CORRECTA VALORACIÓN DE PELVIS GINECOLÓGICA.**

AUTORA

MARIA GABRIELA ALVAREZ MARIN

MACHALA – EL ORO – ECUADOR

2015

Machala, 8 de Octubre del 2015

CERTIFICAMOS

Que la señorita "**MARIA GABRIELA ALVAREZ MARIN**", es autora del presente trabajo de titulación: "**INICIO DE TRABAJO DE PARTO: CONOCIMIENTOS SOBRE ESTÁTICA FETAL Y LA CORRECTA VALORACIÓN DE PELVIS GINECOLÓGICA.**" la cual fue revisada y corregida, por lo que se autorizó la impresión, reproducción y presentación a los tribunales correspondientes.

Dra. Brígida Maritza Agudo Gonzabay
C.I. 0908356942

Dr. Richard Gabriel Chiriboga Vivanco
C.I. 0702651255

Dr. Sixto Isaac Chilibingua Villacis
C.I. 0910156033

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **María Gabriela Alvarez Marin** con C.I. **0705197192**, estudiante de la carrera de **CIENCIAS MÉDICAS** de la **UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**, de la **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA**, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación. **“INICIO DE TRABAJO DE PARTO: CONOCIMIENTOS SOBRE ESTÁTICA FETAL Y LA CORRECTA VALORACIÓN DE PELVIS GINECOLÓGICA.”**

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.
- Cedo a la **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA** de forma **NO EXCLUSIVA** con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.
 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 08 de octubre de 2015

MARÍA GABRIELA ALVAREZ MARÍN
C.I.: 0705197192
Correo:gabriela.alvarez90@hotmail.com

CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, MARIA GABRIELA ALVAREZ MARIN, autora del siguiente trabajo de titulación:
“INICIO DE TRABAJO DE PARTO: CONOCIMIENTOS SOBRE ESTÁTICA FETAL Y LA CORRECTA VALORACIÓN DE PELVIS GINECOLÓGICA”.

Declaro que la investigación, ideas, conceptos, procedimientos y resultados obtenidos en el siguiente trabajo son de mi absoluta responsabilidad.

MARIA GABRIELA ALVAREZ MARIN

C.I.: 0705197192

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y por haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinito amor y bondad.

A mis padres.

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo mantenido durante mi carrera.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento particular debo al Dr. Richard Chiriboga Vivanco que, como tutor de este trabajo, me ha orientado, apoyado y corregido en mi labor científica con un interés y una entrega que han sobrepasado todas las expectativas que, como alumna, deposité en su persona.

Agradezco a mis amigas por su apoyo incondicional tanto moral y académicamente en todo momento mientras realicé este proyecto.

INICIO DE TRABAJO DE PARTO: CONOCIMIENTOS SOBRE ESTÁTICA FETAL Y LA CORRECTA VALORACIÓN DE PELVIS GINECOLÓGICA.

Autor:

María Gabriela Alvarez Marín

Docente:

Dr. Richard Gabriel Chiriboga Vivanco

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es realizar una revisión bibliográfica de diferentes artículos médicos y de otras referencias de relevancia que permita a los estudiantes de medicina conocer la estructura y anatomía de la pelvis ginecológica y las distintas características, formas y posiciones que adopta el feto durante la labor de parto. Así por ejemplo en el estudio de Examen de pelvimetría y pelvigrafía en el peritaje de obstetricia legal, en casos de distocias de parto por causa materna nos dice que el médico debe evaluar de manera cuidadosa las variaciones en la arquitecturapélvica, porque el progreso del parto está directamente determinado por la secuencia de las actitudes y posiciones que el feto asume en su paso a través del canal del parto. Otro estudio que analiza la utilidad del índice cefalopélvico en la predicción de parto vaginal en embarazadas adolescentes realizó una investigación de tipo explicativa, prospectiva y longitudinal con un diseño no experimental, el cual verifica que el índice cefalopélvico es poco útil en la predicción de parto vaginal en embarazadas adolescentes.

Palabras clave: pelvis ginecológica, estática fetal, pelvimetría, pelvigrafía, índice cefalopélvico.

HOME OF LABOR: KNOWLEDGE OF FETAL AND STATIC CORRECT ASSESSMENT GYNECOLOGIC PELVIS.

Author:

María Gabriela Alvarez Marin

Teaching:

Richard Gabriel Chiriboga Vivanco. M.D.

SUMMARY

The objective of this research is to conduct a literature review of various medical items and other references relevant to enable medical students know the structure and gynecological pelvic anatomy and the different features, shapes and positions taken by the fetus during labor. For example, in the study Pelvimetry Review and pelvigrafía legal expertise in obstetrics, in cases of dystocia in childbirth birth she tells us that the doctor should carefully evaluate the variations in the pelvic architecture, because the progress of labor is directly determined by the sequence of attitudes and positions the fetus assumes in its passage through the birth canal. Another study examines the usefulness of cefalopélvico index in predicting vaginal delivery in pregnant adolescents conducted an investigation of explanatory, prospective and longitudinal type with a non- experimental design, which verifies that the cefalopélvico index is unhelpful in predicting vaginal delivery pregnant teenagers.

Keywords: gynecological pelvis, fetal static, Pelvimetry, pelvigrafía, céfalopélvico index

INTRODUCCION

La fisiología materno-fetal es una dinámica que se instaura desde la concepción y tiene su culminación con el pinzamiento del cordón umbilical y el llanto del producto; previo a este desenlace tiene que haber una secuencia activa de eventos tanto fisiológicos como anatómicos por parte de la madre y del recién nacido que se dan primordialmente en la labor de parto la cual es el proceso durante el cual el útero grávido expulsa el feto donde hay fenómenos tanto activos como pasivos:

Fenómenos activos:

- ✓ Actividad uterina.
- ✓ Pujos.

Fenómenos pasivos:

- ✓ Formación del Segmento Inferior.
- ✓ Borramiento y dilatación del cuello.
- ✓ Expulsión de los limos.
- ✓ Formación de las Bolsa de las aguas.
- ✓ Ampliación del canal vulvo-vagino-perineal.
- ✓ Fenómenos Plásticos del Feto.

Estos fenómenos intervienen de forma imprescindible en la expulsión del producto, por lo tanto es necesario conocer cuando la paciente se encuentra en labor de parto la cual se confirma cuando hay (1):

- ✓ Tres contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración y +/++ de intensidad.
- ✓ Dilatación del cuello del útero.
- ✓ Borramiento del cuello del útero.

DESARROLLO

La literatura tradicional (2) ha señalado que el nacimiento es el periodo que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta.

Al inicio del trabajo de parto no se puede precisar claramente la posición del feto con respecto al conducto del nacimiento y por qué vía va a concluir este. Por esta razón, la posición del feto dentro de la cavidad uterina se debe determinar teniendo en cuenta la estática fetal la cual engloba la situación, presentación, actitud y posición las cuales se podrá determinar clínicamente por la maniobras de Leopold.

Situación fetal.- Es la relación que existe entre el eje longitudinal del feto con el de la madre, y este puede ser longitudinal o transversa. En algunas ocasiones el eje fetal se cruzan en un ángulo de 45° con el eje materno originando una situación oblicua, esta es inestable y durante el trabajo de parto se transforma en longitudinal o transversa. En la mayoría de los casos de parto a término se encuentra una situación longitudinal. Existen Factores predisponentes para que se origine una situación transversa entre ellos se encuentran placenta previa, anomalías uterinas, multiparidad y polihidramnios.

Presentación fetal.- Corresponde a la parte del cuerpo fetal que está en su máxima proximidad dentro del conducto del parto, la podemos percibir por medio del tacto vaginal. Cuando existe una situación longitudinal la parte que se presenta es la pelvis o la cabeza las cuales dan lugar a las presentaciones pélvica y cefálica, respectivamente. Se puede encontrar una localización transversa en la que se percibe el hombro del feto durante la exploración vaginal.

Presentación cefálica.- La relación que hay entre la cabeza y el cuerpo del feto darán lugar a la clasificación de la presentación cefálica (fig. 1). Por ejemplo se puede encontrar la presentación de vértice u occipucio que es aquella en la que se encuentra la fontanela occipital como la parte que se presenta.

Actitud o postura fetales.- Al final del embarazo, el feto va a adoptar una postura característica denominada actitud o habito. Siempre se va a encontrar al feto conformando una masa ovoide, doblado o flexionado sobre sí mismo, de tal forma que la

espalda adquiere una forma convexa, la cabeza flexionada hacia abajo, de tal manera que el mentón se encuentra en contacto con el pecho, los muslos se encuentran flexionados sobre el abdomen, y las piernas dobladas a la altura de las rodillas.

Cuando se encuentra una presentación cefálica se observa que el feto mantiene los brazos cruzados sobre el tórax o ubicados paralelamente. En conjunto todas estas características son el producto de la forma de crecimiento del feto y cómo este se acomoda dentro de la cavidad uterina durante su desarrollo.

Posición fetal.- Es la relación que existe entre una porción elegida de la presentación con el conducto de parto sea este de su lado izquierdo o derecho (fig. 2).

Presentación pélvica.- Esta puede ser franca, completa y podálica. Es el efecto de situaciones que evitan que ocurra la versión normal, por ejemplo la extensión de la columna vertebral (se encuentran en las presentaciones pélvicas francas) pueden evitar que el feto cambie de posición.

Para una correcta valoración gineco-obstétrica materna es necesario combinar la clínica aplicando las maniobras de Leopold, el tacto bi-digital y la pelvimetría como método de valoración, los cuales van a determinar el tamaño del canal de parto en puntos específicos de la pelvis, lo que va a permitir que se determine si el parto será eutócico o no.

La valoración de la pelvis materna gineco-obstétrica es de suma importancia dentro del trabajo de parto por lo cual es necesario conocer las distintas herramientas disponibles, para ello. Teniendo presente esto se hace una síntesis acerca de la pelvimetría y pelvigrafía. (3).

Recuento anatómico de la pelvis ósea, la pelvis está formada por los dos huesos coxales, los que permiten conectar el sistema esquelético axial con el miembro inferior. El hueso coxal es plano, se encuentra ubicado en la cadera. Está conformado por tres estructuras como son el isquion que se encuentra posteroinferior, el pubis dispuesto anteroinferior y el ilion que está superolateral. En el adulto forman una estructura consolidada a la altura del acetábulo.

Los huesos coxales se articulan por delante con la sínfisis del pubis y con el disco interpúbico que es una formación cartilaginosa, el hueso sacro se dispone dorsalmente, y el fémur articula con cada hueso coxal por medio del acetábulo. La pelvis ósea finalmente queda conformada por el hueso coxal, el sacro y el cóccix. A su vez el hueso coxal presenta dos caras (medial y lateral), cuatro ángulos (anterosuperior, posteroinferior, posterosuperior, anteromedial) y márgenes (inferior, superior, ventral y posterior) que facilitan su estudio.

Cada ángulo presenta estructuras significativas que permiten la inserción de ligamentos y músculos, así tenemos la espina ilíaca antero superior que se encuentra en el ángulo anterosuperior, la espina ilíaca posterosuperior se ubica en el ángulo posterosuperior, el ángulo del pubis se encuentra en el ángulo anteromedial y la tuberosidad isquiática ubicada en el ángulo posteroinferior.

Existen 4 tipos básicos de pelvis reconocidas internacionalmente: androide, ginecoide, antropoide y platipeloide. La mayoría de autores determinan que el mayor porcentaje de las pelvis son mixtas, ellos se basan en el estudio de los diámetros del estrecho superior y algunos rasgos de la verdadera pelvis o estrecho inferior. (fig. 3).

La pelvimetría es la medición de los diámetros de la pelvis ósea, este método se realiza en las mujeres embarazadas para valorar los planos de la pelvis, los diámetro de puntos óseos y así determinar si el parto será por vía normal o cesárea. Es de suma importancia ya que permite establecer un pronóstico casi acertado del nivel de dificultad que se puede presentar al momento de atender un parto por vía vaginal. Para realizarlo se necesita de un utensilio llamado pelvímetro que puede presentarse de algunos tipos.

Este método está indicado principalmente en las primigestas y también en aquellas multíparas que presentaron problemas en partos anteriores o que tuvieron intervención quirúrgica como vía final de parto por diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica, la pelvimetría se realiza en la semana 37 en adelante.

Existen 5 tipos:

– Pelvimetría combinada: es aquella que mide los diámetros internos y externos de la pelvis.

- Pelvimetría digital: Este estudio emplea el tacto vaginal bidigital para determinar el tamaño del canal del parto.
- Pelvimetría radiológica: Este método se encuentra en desuso, mide las dimensiones de la pelvis y del canal óseo de parto mediante rayos x.
- Pelvimetría ecográfica: Utiliza la ecografía para realizar las mediciones de la pelvis.
- Pelvimetría instrumental: Utiliza el pelvómetro como método diagnóstico.

A continuación se cita un artículo en el cual los autores buscan la utilidad del índice cefalopelvico en la predicción del parto vaginal en embarazadas adolescentes (4).

Para establecer el índice cefalopelvico los autores utilizaron las siguientes referencias.

En este estudio se hicieron mediciones tanto en la madre como en el feto, por ejemplo en el feto utilizaron fórmulas para medir la circunferencia cefálica (tomando en cuenta el diámetro bi-parietal y el diámetro occipito-frontal) y la circunferencia abdominal (con la relación entre el diámetro antero posterior abdominal y el diámetro transversal abdominal).

En la madre se hicieron mediciones de la pelvis materna aplicando la radiopelvimetría convencional, midiendo los diámetros transversos y anteroposterior de la pelvis.

Los autores aplicaron también ecuaciones para determinar el índice céfalopélvica, el cual arrojó resultados positivos y negativos lo que permitió valorar si existe o no una desproporción céfalopélvica.

Así entonces indican que existe una desproporción céfalopélvica cuando el índice cefalopelvico es positivo, es decir, el feto es más grande que la pelvis materna.

Del modo contrario, hay ausencia de desproporción céfalopélvica cuando el índice cefalopelvico es negativo, es decir, el feto es más pequeño que la pelvis materna.

Como resultado de esta investigación los autores no encontraron grandes diferencias entre las mediciones fetales y maternas que se valoraron.

Este estudio demostró que no fue significativa la asociación entre el tipo de parto y el índice cefalopelvico, tuvo una gran sensibilidad y especificidad, teniendo un alto porcentaje de valor predictivo positivo.

Con dichos resultados los autores llegaron a la conclusión de que el índice cefalopelvico es poco útil en la predicción de parto vaginal en embarazadas adolescentes.

La utilidad de la valoración pélvica debe de ir en conjunto con de la estática fetal siendo útil para determinar la presentación del feto entre otros, en el caso de diagnosticar clínicamente o imagenológicamente una presentación pelviana es importante de contar con la evidencia disponible al momento, para aplicarla en la práctica diaria como es la posibilidad de usar la versión cefálica externa.

Un estudio longitudinal retrospectivo titulado “RECUPERACIÓN DEL PARTO VAGINAL DE NALGAS Y VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA” (5) demuestra que con la correcta valoración de la pelvis materna se puede realizar un parto vía vaginal disminuyendo las cesáreas, aporta buenos resultados acerca de la efectividad de la versión cefálica externa. El parto vaginal en presentación podálica ha sido mayoritariamente abandonado, considerando esto se hace a continuación una síntesis del artículo mencionado.

Se analizan retrospectivamente los resultados obstétricos y neonatales de la aplicación de un protocolo de parto vaginal de nalgas tras 10 años de su abandono.

Las pacientes eran derivadas a una unidad específica en la semana 36 donde se les ofrecía una versión cefálica externa. Si la presentación de nalgas persistía, eran seleccionadas para intento de parto vaginal si cumplían los siguientes criterios: a) peso fetal estimado 2.500- 3.600 g; b) nalgas puras o completas; c) cabeza fetal no hiperextendida, y d) pelvis clínicamente adecuada. El progreso del parto requería: a) primer estadio ≥ 1 cm/h; b) segundo estadio 90 min para el descenso pasivo de las nalgas y una hora de pujos activos, y c) se estableció la disponibilidad de experto localizado.

Ciento dos gestantes aceptaron la realización de intento de versión cefálica externa, 69 de las cuales resultaron exitosas (67,6%), mientras que 33 fracasaron (32,4%). En función de la paridad, la tasa de éxito fue del 62% para las nulíparas y del 89% para las multíparas. En el grupo de mujeres con antecedente de cesárea anterior la tasa fue del 62%.

Se encontró a 93 pacientes con presentación de nalgas única y viva tras la aplicación de la versión cefálica externa. En 69 (73,4%) se indicó una cesárea electiva, y 24 (26,6%) fueron candidatas para parto vaginal, 19 de las cuales lo lograron (20,1%). La tasa de cesáreas por esta indicación se redujo significativamente del 5,7% en 2009 a 2,02%.

No se observó ningún resultado fetal adverso (muerte fetal, test de Apgar < 7 en 5 min, pH de la arteria umbilical < 7 o traumatismos fetales).

Como conclusión de este estudio se verificó que el cumplimiento de los criterios anteparto e intraparto y la disponibilidad de expertos localizados hacen posible un parto vaginal seguro. La aplicación combinada de versión e intento de parto vaginal reduce la tasa de cesáreas por presentación de nalgas.

A continuación se cita un artículo de estudio observacional prospectivo titulado “ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN LA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA” (6).

El objetivo de este estudio es determinar la relación que hay entre la técnica de versión cefálica externa y los efectos adversos que pueden presentarse

Este es un estudio prospectivo en el que participaron 180 gestantes en las cuales se realizó la versión cefálica externa. Al final del estudio se analizaron los efectos adversos de la técnica que afectaron tanto a la madre como al feto, y las diferentes variables que intervinieron para que se de esto, como la experiencia del obstetra, el fármaco empleado para relajar el útero y el número de intentos que el médico realizó.

Se utilizaron dos fármacos como relajantes uterinos ellos son la ritodrina y el salbutamol.

Entre las gestantes que intervinieron estaban las primíparas y multíparas, siendo en las multíparas la mayor tasa de éxito al aplicar este método. Así mismo los efectos adversos estuvieron presentes en mayor porcentaje en las gestantes en las que fracasó la versión cefálica externa y en aquellas en las que hubo más intentos fallidos y se utilizó la ritodrina como fármaco útero relajante.

De los efectos adversos considerados como mayores solo se produjo un caso de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (0,55%) y una rotura

prematura de membranas (0,55%). Los efectos adversos menores maternos registrados fueron: 25 casos de dolor abdominal (13,89%), 13 casos de hipotensión o taquicardia materna (7,22%) y un caso de síntomas digestivos (0,55%), representando en su conjunto el 21,67% del total. Los efectos adversos menores fetales detectados se limitaron a 10 casos de alteraciones transitorias de la frecuencia cardiaca fetal que no precisaron de ninguna intervención (6).

Como conclusión los autores señalan que hay mayor probabilidad de éxito en relación a los efectos adversos encontrados, siendo el salbutamol el medicamento de elección para la realización de esta técnica.

Diversos factores influyen al momento de lograr determinar si un parto finalizará por vía vaginal o será un parto vaginal instrumental y en el caso de que este falle se escogerá la finalización del embarazo quirúrgicamente como es la cesárea, dentro de estos factores se encuentran los maternos y fetales, los mismos que deben de ser correctamente individualizados y relacionados con la interpretación clínica del médico que atienda el parto.

En una revisión actualizada titulado “PARTO OPERATORIO FALLIDO” López et al hacen una recopilación de la información disponible de los distintos factores que intervienen para que un parto vaginal instrumental falle teniendo presente de la utilización de esta técnica para disminuir la incidencia de cesárea a continuación se hace una síntesis del artículo mencionado (7):

Factores de riesgo para el fallo del parto operatorio vaginal:

Se ha descrito que las posiciones en occipitoposterior y occipitotransversa tienen más riesgo de parto operatorio vaginal, cesárea, prolongación de la segunda etapa del parto y desgarró perineales de III y IV grado. En un estudio de casos y controles con 393 mujeres que requirieron un parto operatorio en quirófano tras dilatación completa, el fallo del parto instrumental sucedió en el 37%. El 26% finalizó en cesárea, sin intento de parto vaginal (7).

Es de suma importancia conocer qué medidas se debe tomar para evitar un fracaso de parto operatorio vaginal, por tal razón el personal médico debe estar debidamente capacitado sobre los conocimientos de estática fetal que incluye la posición el asinclitismo y la actitud fetal.

Es imprescindible que el médico incluya todos los métodos disponibles al momento de valorar una pelvis ginecológica en gestante lo cual le ayudará a determinar un correcto diagnóstico. En muchas de las ocasiones el tacto vaginal no asegura una correcta valoración, es importante por esto que se utilice el método ecográfico que puede alcanzar mayor tasa de éxito al momento de la valoración en estos casos.

CONCLUSIONES

- ✓ Los conocimientos de estática fetal y características anatómicas de la pelvis ginecológica son imprescindibles en el proceso de la labor de parto que en conjunto con medidas empleadas como el tacto vaginal o ecografía intraparto ayudan a la correcta valoración de posible desproporción céfalopélvica.
- ✓ El examen de pelvimetría resulta útil cuando se realiza al final del embarazo y se aprecia el volumen de la cabeza fetal y la altura de la misma en relación a la pelvis.
- ✓ Mediante el estudio utilidad del índice céfalopélvica en la predicción de parto vaginal en embarazadas adolescentes, se pudo comprobar que dicho índice es poco útil en la predicción de parto vaginal en esta población.
- ✓ El cumplimiento de los criterios anteparto e intraparto y la disponibilidad de expertos localizados hacen posible un parto vaginal seguro.

RECOMENDACIONES

Es de suma importancia que el estudiante de medicina conozca minuciosamente la anatomía de la pelvis ginecológica, así como la fisiología de la estática fetal, los cuales servirán para aplicar a la práctica durante la labor de parto.

Es aconsejable aplicar los distintos métodos para valorar la pelvis previo a la labor de parto por parte de los profesionales de salud, lo cual servirá para un buen manejo al finalizar el embarazo garantizando el bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de salud pública. Normas y protocolo materno. Ecuador –Quito 2008.
2. Cunningham, Leveno, Boom, Hauth, Rouse, Spong. Trabajo de parto y parto. En: Cunningham.Williams obstetricia. 23ª ed. México. Mc Graw-Hill; 2011. Pag. 374 – 405.
3. CarvajalHugo. Examen de pelvimetría y pelvigrafía en el peritaje de obstetricia legal, en casos de distocias de parto por causa materna. Revista Tecnología y Ciencias de la Salud 2014 ; 1(1) 26-47.
4. Ruíz PradaDaicarem, Oberto LealJosé, Márquez Ríos María, Reyna Villasmil Eduardo, Mejia Montilla Jorly . Utilidad del índice cefalopélvico en la predicción de parto vaginal en embarazadas adolescentes.Revista de Facultad de Medicina, Universidad de 26 Los Andes 2011;20 (1): 26-30.
5. García Adánez José, Navarro LópezMarina, Fernandez FerreraCarmen, Medina DíazMaría, Pagola LimónNatalia, Vaquerizo Ruiz Oscar, Escudero GomisAna. Recuperación del parto vaginal de nalgas y versión cefálica externa. Prog Obstet Ginecol2013;56(5):248-253.
6. Delgado HerreroJuan Carlos, GarcíaEsther Fandiño, Dueñas Díez José Luis, Carrasco GallegoAntonio. Análisis de los factores que influyen en la aparición de efectos adversos en la versión cefálica externa. Prog Obstet Ginecol. 2011; 54(2):60-64.

7. López Criado María Setefilla, Santalla Hernández Ángel, Vico Zúñiga Irene, Manzanares Galán Sebastián, Gallo Vallejo José Luis, Puertas Prieto Alberto. Parto operatorio fallido. Prog Obstet Ginecol. 2012; 55(9):453-457.

ANEXOS

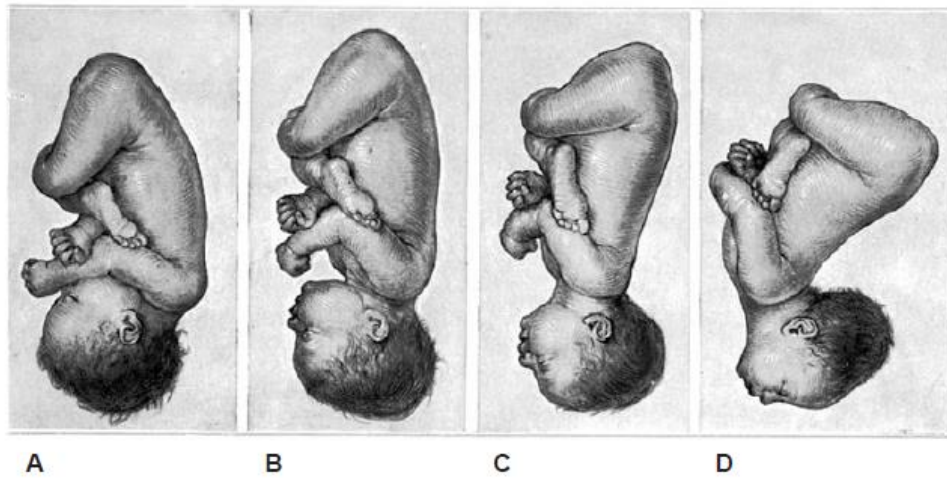


FIGURA 1. Presentación cefálica. Diferencia de actitud del cuerpo fetal en las presentaciones (A) de vértice, (B) de sincipucio, (C) de frente y (D) de cara.

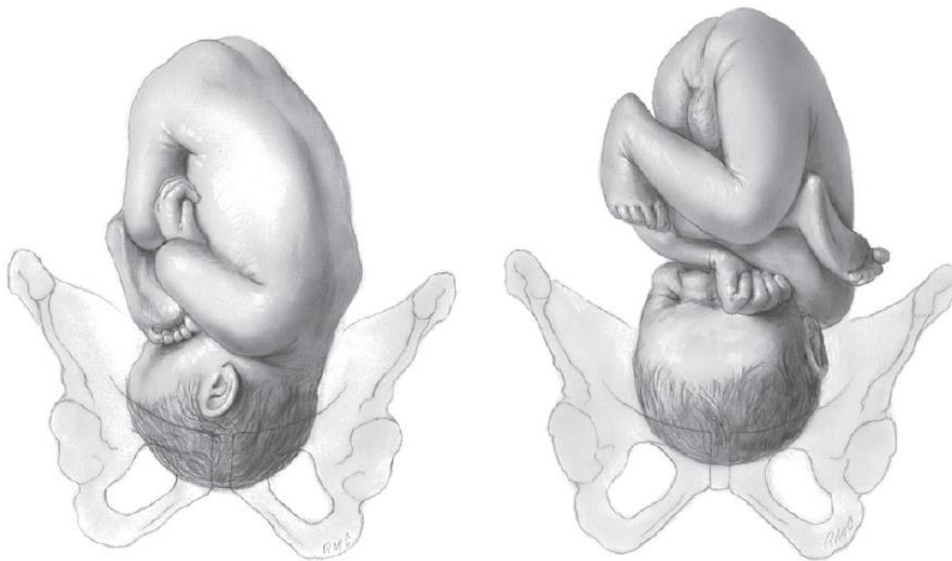


FIGURA 2. Posición fetal.

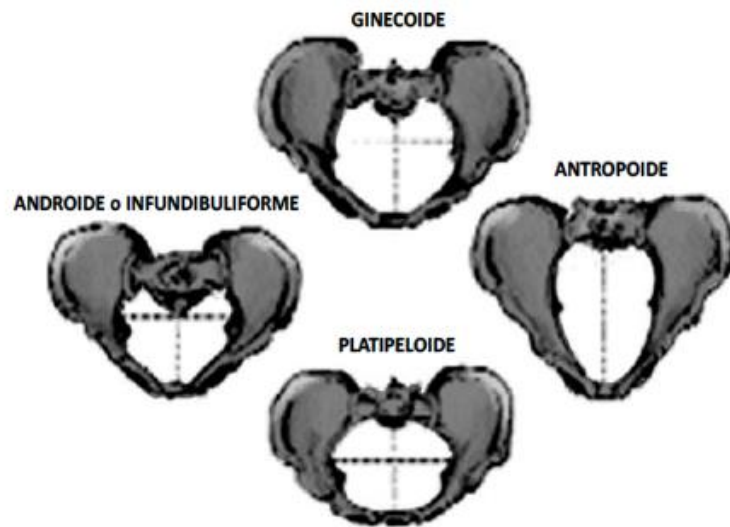


FIGURA 3. Cuatro tipos básicos de pelvis