UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIANA

ALBA BETZABÉ CÓ CHÓN
KEVIN SAÚL LARA TEJADA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, AGOSTO DE 2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIANA

Pasantía del manejo teórico-práctico sobre la atención del parto vaginal en presentación pelviana en estudiantes de la práctica hospitalaria de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente durante los meses de febrero a junio del año 2017.

ALBA BETZABÉ CÓ CHÓN
KEVIN SAÚL LARA TEJADA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, AGOSTO DE 2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

MÉDICO Y CIRUJANO

MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIANA

Pasantía del manejo teórico-práctico sobre la atención del parto vaginal en presentación pelviana en estudiantes de la práctica hospitalaria de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente durante los meses de febrero a junio del año 2017.

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

ALBA BETZABÉ CÓ CHÓN

KEVIN SAÚL LARA TEJADA

Al conferírsele el título de

MÉDICO Y CIRUJANO

En el grado académico de

LICENCIADO

CHIQUIMULA, GUATEMALA, AGOSTO DE 2017.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

MÉDICO Y CIRUJANO

RECTOR

Dr. CARLOS GUILLERMO ALVARADO CEREZO

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. José Leónidas Ortega Alvarado
Representante de Profesores:	Lic. Zoot. Mario Roberto Suchini Ramírez
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Oscar Augusto Guevara Paz
Representante de Estudiantes:	P.C. Diana Laura Guzmán Moscoso
Representante de Estudiantes:	M.E.P. José Roberto Martínez Lemus
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Coordinador de Carrera:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente y Revisor:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	M.Sc. Rory René Vides Alonzo
Vocal y Revisor:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Chiquimula, 26 de julio de 2017.

Señores:
Miembros del Consejo Directivo.
Centro Universitario de Oriente.
Universidad de San Carlos de Guatemala.
Chiquimula, Ciudad.

Respetables Señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, Presentamos ante ustedes, el trabajo de graduación titulado **"MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIANA".**

Como requisito a optar el título profesional de Médico y Cirujano en el grado Académico de Licenciados.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Alba Betzabé Có Chón
200842251

Kevin Saúl Lara Tejada
200940434

Chiquimula, 20 de julio de 2017.

Señor Director
M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Centro Universitario de Oriente CUNORI
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la Maestra en Educación Primaria Urbana **Alba Betzabé Có Chón** con carné universitario **200842251** y al Perito **Kevin Saúl Lara Tejada** con carné universitario **200940434** en el trabajo de graduación titulado **"Manejo del parto vaginal en presentación pelviana"**, me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar a los mencionados sustentantes, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado está basado en una metodología de una pasantía dirigida, la cual consistió en identificar un problema y mediante la práctica profesional que implica la aplicación de conocimientos y habilidades resolver dicho problema, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Publico, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Ronaldo Retana Albanés
Médico y Cirujano
Col. 10535

Dr. Ronaldo Retana Albanés
Ginecólogo y Obstetra
Colegiado Activo No. 10,535

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

Chiquimula, 25 de julio de 2017.
Ref. MYCTG-36-2017.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que los estudiantes **ALBA BETZABÉ CÓ CHÓN** y **KEVIN SAUL LARA TEJADA,** identificado con el número de carné 200842251 y 200940434, han finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIANA"**, realizado en estudiantes de la práctica hospitalaria del quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, el cual fue asesorado por Dr. Ronaldo Armando Retana Albanés , colegiado 10,535, Ginecólogo Obstetra, quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado Trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano, en el grado Académico de Licenciado.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-

"40 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Cc/-Archivo-
Mdo/

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

Chiquimula, 25 de julio de 2017.
Ref. MYCTG-35-2017.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que los estudiantes **ALBA BETZABÉ CÓ CHÓN** y **KEVIN SAUL LARA TEJADA,** identificado con el número de carné 200842251 y 200940434, han finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIANA"**, realizado en estudiantes de la práctica hospitalaria del quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, el cual fue asesorado por Dr. Ronaldo Armando Retana Albanés , colegiado 10,535, Ginecólogo Obstetra, quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado Trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano, en el grado Académico de Licenciado.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE COORDINACIÓN CARRERA MÉDICO Y CIRUJANO

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente

"40 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Cc/-Archivo-
Mdo/

D-TG-MyC-067/2017

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuaron los estudiantes **ALBA BETZABÉ CÓ CHÓN y KEVIN SAÚL LARA TEJADA** titulado **"MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIANA",** trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **Médicos y Cirujanos.**

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el treinta y uno de julio de dos mil diecisiete.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de Oriente
Chiquimula
Dirección

MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC

c.c. Archivo

NWGC/ars

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

NUESTROS PADRES Y HERMANOS

A NUESTRO ASESOR
Dr. Ronaldo Retana Albanés

A NUESTROS REVISORES Y CATEDRÁTICOS
Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio
Dr. Rory René Vides Alonzo
Ing. Christian Edwin Sosa Sancé

A NUESTROS CATEDRÁTICOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA Y AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: por darme la vida y permitirme llegar a este momento especial en mi vida.

A MIS PADRES: Alba Sebastiana Chón Chub y Ricardo Có Chocó, por brindarme su apoyo incondicional, darme consejos, su amor, paciencia y correcciones.

A MIS HERMANOS: Karen y Richard, por brindarme su apoyo en momentos difíciles.

A MI HIJA: Sofía, por ser el impulso para continuar cumpliendo mis metas.

A MI ABUELA: María Concepción Chocó, por sus consejos y su amor.

A MIS TIOS: especialmente a Clara Chón y Carlos Có por su apoyo.

A MI COMPAÑERO DE TESIS: Kevin Lara, por su apoyo.

A MI ASESOR: Dr. Ronaldo Retana Albanés, por ser buen maestro y compartir sus conocimientos.

A MIS CATEDRÁTICOS: Por compartir sus conocimientos, guiarme y enseñarme.

ALBA BETZABÉ CÓ CHÓN

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por darme la vida, por ser mi fortaleza y mi guía. Por todas sus bendiciones, en especial por mí familia.

A MI PADRE: Julio César Lara Linarez, por educarme, por trabajar duro para ofrecerme lo mejor.

A MI HERMANO: Erick Fernando Lara Tejada, por guiarme, darme aliento para seguir adelante, motivarme.

A MI MADRE: Dora Argelia Tejada Berrios por sus consejos.

A MI COMPAÑERA DE TESIS: Alba Có, por su apoyo.

A MI ASESOR: Dr. Ronaldo Retana Albanés, por los conocimientos compartidos, sus consejos y apoyo.

A MIS CATEDRÁTICOS: Por todos sus conocimientos brindados, por su paciencia y dedicación para formarme como profesional y educarme en el arte de esta noble y hermosa profesión.

KEVIN SAÚL LARA TEJADA

RESUMEN

MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIANA

Alba B. Có, Saúl Lara[1], Dr. Ronaldo Retana*[2], Dr. Carlos Arriola*[3], Dr. Edvin Mazariegos*[3 y 4].*

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5 Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

Introducción: La presentación pelviana tiene una incidencia del 3 a 4%, y en los protocolos hospitalarios actualmente esta presentación es indicación de cesárea; por lo que los estudiantes poseen un vacío en el conocimiento y práctica sobre las maniobras para la atención del parto en dicha presentación. **Materiales y métodos**: Se llevó a cabo una pasantía dirigida a 94 estudiantes que cursan quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI; realizando talleres teórico-prácticos con la finalidad de capacitarlos para la atención del parto en presentación pelviana. Al finalizar el taller se les evaluó de manera teórica aprobando 79 estudiantes y en la prueba práctica aprobaron 86 estudiantes, mientras que 5 estudiantes reprobaron ambas pruebas. **Resultados y discusión:** El 82% de la población de estudio aprendió el manejo del parto mediante la entrega de material audiovisual y talleres teórico-prácticos con el uso de un maniquí simulador del parto.

PALABRAS CLAVE: Manejo, presentación pelviana, capacitación, estudiantes, Carrera de Médico y Cirujano, Centro Universitario de Oriente, CUNORI.

[1] *Investigadores*

[2] *Asesor de tesis*

[3] *Revisor de tesis*

[3 y 4] Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edvin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

ABSTRACT

MANAGEMENT OF VAGINAL DELIVERY IN PELVIC PRESENTATION

Alba B. Có, Saúl Lara[1], Dr. Ronaldo Retana*[2], Dr. Carlos Arriola*[3], Dr. Edvin Mazariegos*[3 y 4].*

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5 Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

Introduction: The pelvic presentation has an incidence of 3 to 4%, in the hospital protocols at the moment this presentation is indication of cesarean section; the students have a deficiency in the knowledge and practice about the maneuvers for attend the pelvic presentation. **Materials and methods:** A directed internship was carried out in 94 students who are in the fifth and sixth grade of the medical career of the Centro Universitario de Oriente CUNORI; carrying out theoretical and practical workshops with the purpose of training them to attend the pelvic presentation. At the end of the workshop the students were evaluated theoretically, passing 79 students and in the practical test approved 86 students, while 5 students failed both tests. **Results and discussion:** Eighty-two percent of the study population learned delivery management in pelvic presentation through the delivery of audiovisual material and theoretical-practical workshops with the use of a manikin simulator of childbirth.

KEYWORDS: Management, pelvic presentation, training, students, medical career, Centro Universitario de Oriente, CUNORI.

[1] *Researchers*

[2] *Thesis advisor*

[3] *Thesis reviewer*

[3 y 4] Coordinator of the Medical and Surgeon Career, CUNORI and thesis reviewer, Dr. Edvin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PAGINA
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	01
a. Antecedentes del problema	01
b. Hallazgos y estudios realizados	03
c. Definición del problema	04
II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	05
a. Delimitación teórica	05
b. Delimitación geográfica	05
c. Delimitación institucional	06
d. Delimitación temporal	07
III. OBJETIVOS	08
a. General	08
b. Específicos	08
IV.JUSTIFICACIÓN	09
V. MARCO TEÓRICO	10
5. Presentación pelviana	10
5.1 Concepto	10
5.2 Etiología	11
5.2.1 Factores maternos	12
5.2.2 Factores fetales	12
5.2.3 Factores ovulares	13
5.3 Clasificación de las presentaciones pélvica	14
5.3.1 Nalgas puras, simples o francas	14
5.3.2 Nalgas completas	14
5.3.3 Nalgas incompletas	14

5.4 Variedades de posición 15
5.5 Diagnóstico 15
5.5.1 Inspección 15
5.5.2 Palpación 16
5.5.2.1 Primera maniobra de Leopold. 16
5.5.2.2 Segunda maniobra de Leopold 17
5.5.2.3 Tercera maniobra de Leopold 18
5.5.2.4 Cuarta maniobra de Leopold 18
5.5.3 Auscultación 20
5.5.4 Tacto vaginal 20
5.5.5 Radiografía simple de abdomen 21
5.5.6 Ecografía 21
5.6 Manejo intraparto 21
5.7 Contraindicaciones para el parto vaginal 21
5.8 Complicaciones del parto 22
5.8.1 Morbimortalidad materna 22
5.8.2 Morbimortalidad y mortalidad perinatales 23
5.9 Conducta durante el parto 24
5.9.1 Parto espontáneo 24
5.9.2 Ayuda manual 24
5.10 Maniobras para atención del parto en presentación pélvica 25
5.10.1 **EXTRACCIÓN PÉLVICA PARCIAL** 25
5.10.1.1 Maniobras para el desprendimiento de los hombros 26
a. Maniobra de Müller 26
b. Maniobra de Rojas-Lóvset 26
5.10.1.2 Maniobras para nacimiento de extremidades superiores 27
a. Variedad con extremidad superior en posición occipital 29
5.10.1.3 Maniobras para el desprendimiento de la cabeza 29
a. Maniobra de Mauriceau 29
b. Maniobra modificada de Praga 30
c. Maniobra de Trillat-Pigeaud 30

d. Maniobra de Chome 30
e. Maniobra de Muñoz-Arbat 30
f. Retención de cabeza última 30
5.10.2 Gran extracción 31
a. Extracción de feto en presentación pélvica completa o incompleta 32
5.10.3 Maniobra para extracción de hombros y cabeza conjuntamente 33
a. Maniobra de Bracht 33
VI. DISEÑO METODOLÓGICO 34
a. Tipo de estudio 34
b. Área de estudio 34
c. Universo o muestra 34
d. Sujeto u objeto de estudio 34
e. Criterios de inclusión 34
f. Criterios de exclusión 34
g. Variables estudiadas 34
h. Operacionalización de las variables 35
i. Procedimientos para la ejecución de la pasantía 36
j. Procedimiento para garantizar los aspectos éticos de la investigación 36
k. Cronograma 37
l. Recursos 38
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 40
VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS 54
IX. CONCLUSIONES 56
X. RECOMENDACIONES 57
XI. PROPUESTA 58
XII. BIBLIOGRAFÍAS 63

XIII. ANEXOS 67
Anexo 1. Evaluación práctica 68
Anexo 2. Evaluación teórica 69
Anexo 3. Diapositivas de a clase impartida a los estudiantes 73
Anexo 4. Figuras, tablas y gráficas 79
Anexo 5. Carta de autorización para realizar trabajo de campo en el Centro Universitario de Oriente –CUNORI- 93
Anexo 6. Carta de autorización para realizar trabajo de campo en la Carrera de Médico y Cirujano del CUNORI 94
Anexo 7. Carta de revisión del informe final por el asesor 95
Anexo 8. Fotografías de los talleres realizados 96

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 Porcentaje de presentaciones podálicas según el tiempo de gestación 79

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Prevalencia de la presentación pélvica según la edad gestacional en el momento del parto 79

FIGURA 2a y 2b. Presentación de nalgas puras 80

FIGURA 3a y 3b. Presentación de nalgas completas 81

FIGURA 4. Presentación pélvica incompleta 82

FIGURA 5. Las caderas de la presentación franca salen sobre el periné 82

FIGURA 6. Nacimiento del cuerpo 83

FIGURA 7. Maniobra de Müller 83

FIGURA 8. Maniobra de Rojas Lóvset 84

FIGURA 9. Extracción de extremidades superiores 84

FIGURA 10. Extracción del hombro posterior 85

FIGURA 11. Reducción de la extremidad superior en la nuca 85

FIGURA 12 a y 12 b. Maniobra de Mauriceau en sus dos tiempos 86

FIGURA 13. Maniobra modificada de Praga 86

FIGURA 14. Incisión tipo Dührssen 87

FIGURA 15a, 15b. Extracción de un feto en presentación pélvica franca de nalgas con los dedos en las ingles 87

FIGURA 16. Modificación de la presentación pélvica franca de nalgas mediante la maniobra de Pinard 88

FIGURA 17. La gran extracción podálica 88

FIGURA 18a, 18b, 18c. Maniobra de Bracht en sus tres tiempos 89

FIGURA 19. Maniobra de Trillat-Pigeaud 89
FIGURA 20. Maniobra de Chome 90
FIGURA 21. Maniobra de Muñoz-Arbat 90
FIGURA 22a, 22b, 22c, 22d. Maniobras de Leopold 91

ÍNDICE DE FOTOS

FOTOGRAFÍAS DE LOS TALLERES REALIZADOS

a. Fotografías de la demostración de las maniobras para atender un parto en presentación pelviana 96

b. Fotografía de la clase magistral impartida a médicos externos de quinto año 97

c. Fotografías del taller realizado con los médicos externos de quinto año 97

d. Fotografía de la clase impartida a médicos internos 98

e. Fotografías del taller realizado con los médicos internos 99

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de los resultados de la prueba teórica aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 40

Gráfica 2. Distribución de las notas aprobadas de la prueba teórica de los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 41

Gráfica 3. Distribución de los resultados de las respuestas a la pregunta: ¿Por qué se debe realizar el asa del cordón umbilical? De la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 42

Gráfica 4. Distribución de los resultados de la pregunta: ¿Para qué se realiza la maniobra de Mauriceau? De la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 43

Gráfica 5. Distribución de los resultados de la pregunta ¿El ocupar una toalla húmeda y tibia al momento de sostener las caderas del feto, sirve para prevenir la hipotermia? de la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 44

Gráfica 6. Distribución de los resultados de la pregunta: ¿Por qué no se debe sostener al feto del área abdominal? de la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 45

Gráfica 7. Distribución de los resultados de la pregunta: ¿La maniobra de Praga modificada se utiliza cuando, luego de la extracción de los hombros del feto su dorso se sitúa en dirección al sacro materno? de la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 46

Gráfica 8. Distribución de los resultados de la pregunta: ¿Qué maniobra se realiza para la extracción de la cabeza del feto, si luego de la extracción de los hombros el dorso del feto queda en dirección a la sínfisis del pubis de la madre? de la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI). 47

Gráfica 9. Distribución de los resultados sobre la identificación de la imagen de la maniobra de Mauriceau en la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 48

Gráfica 10. Distribución de los resultados sobre la identificación de la imagen de la maniobra de Bracht en la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 49

Gráfica 11. Distribución de resultados sobre la resolución del caso clínico presentado en la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 50

Gráfica 12. Distribución de los resultados de la evaluación práctica realizada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 51

Gráfica 13. Distribución de los resultados de la evaluación práctica realizada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana. 52

Gráfica 14. Distribución de los resultados de la evaluación práctica realizada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI). 53

RESUMEN

La presentación pélvica se da cuando los glúteos y una o ambas extremidades del feto, son las partes que se presentan en el estrecho superior de la pelvis materna; la incidencia de presentación pelviana es de aproximadamente 3 a 4%.

El estudiante de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente posee un vacío en el aprendizaje con respecto a la atención del parto en presentación pelviana por lo que surge el problema al momento de realizar su EPS rural, ya que es cuando más vulnerable se está ante cualquier emergencia obstétrica.

Por tal razón se realizó una pasantía dirigida capacitando a 94 estudiantes que cursan quinto y sexto año. Se llevaron a cabo talleres teórico-prácticos, al finalizar se les evaluó de manera teórica, aprobando 79 estudiantes y en la prueba práctica aprobaron 86 estudiantes, mientras que 5 estudiantes reprobaron ambas pruebas.

Se logró capacitar al 100% de la población de estudio, mediante la entrega de material audiovisual y talleres con el uso de un maniquí simulador del parto.

Recomendando el uso del maniquí simulador del parto donado por Alba Có y Kevin Lara, aprovechándolo como recurso didáctico cuando se aborde el tema del parto en presentación pelviana en los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano.

INTRODUCCIÓN

La presentación pelviana, podálica o de nalgas es aquella modalidad de situación longitudinal del feto en la que el polo caudal del mismo se encuentra en contacto directo con el estrecho superior de la pelvis materna. El porcentaje total de presentación pelviana en gestaciones a término oscila entre 3 a 4%, lo que significaría aproximadamente una presentación de nalgas cada 30 partos (Cunningham et al. 2010). Actualmente se ha establecido que la presentación podálica sea indicación absoluta de cesárea lo que ha llevado progresivamente a una pérdida del hábito y de la experiencia de los profesionales para la atención a este tipo de partos (Gónzales-Merlo et al. 2013).

Los hospitales de Zacapa y Chiquimula no son la excepción ya que en estos la presentación pelviana también es indicación absoluta de cesárea dejando a los estudiantes sin la oportunidad de adquirir las habilidades necesarias para la correcta atención del parto en presentación pelviana. Si bien la incidencia es poca la posibilidad de que se les presente dicho caso mientras realicen su práctica supervisada rural no desaparece.

Se llevó a cabo una pasantía dirigida en el Centro Universitario de Oriente CUNORI en la Carrera de Médico y Cirujano con el fin de solucionar el problema del vacío en el aprendizaje de los estudiantes de quinto y sexto año en la atención del parto en presentación pelviana. Fortaleciendo los conocimientos de los estudiantes mediante la entrega de material audiovisual y la realización de talleres impartidos por un especialista en ginecología y obstetricia los cuales constaban de charlas y prácticas de las maniobras para la atención del parto vaginal en presentación pelviana con un maniquí simulador del parto.

Al finalizar cada taller se evaluó de manera teórica y práctica para determinar si los estudiantes lograron aprender el manejo y la realización correcta de cada una de las maniobras.

En la evaluación teórica aprobaron el 84% (79), pero 12 estudiantes a pesar de que aprobaron la evaluación teórica, no lograron responder correctamente la pregunta principal, en donde se les presentaba un caso clínico; que les planteaba que manejo le darían si se les presentase una paciente al puesto de salud con trabajo de parto siendo esta primigesta con 6 centímetros de dilatación; donde la respuesta correcta era referirla a un centro de primer nivel.

En la evaluación práctica los estudiantes tuvieron mejor desempeño aprobando el 91% (86) debido a que tuvieron la oportunidad de observar y practicar con el maniquí, aunque se les dificultó realizar las maniobras de Rojas-Lovset y Müller.

Como proyecto para la Carrera de Médico y Cirujano se donó el maniquí para que las siguientes rotaciones de estudiantes de la carrera de medicina puedan seguir utilizándolo y que puedan seguir recibiendo capacitaciones no solo en presentación pelviana así también en otro tipo de presentaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. Antecedentes del problema

1. Presentación pélvica

Cuando las nalgas del feto entran en la pelvis antes que la cabeza, se trata de una presentación pélvica. La presentación pélvica es más frecuente lejos del término del embarazo, puesto que el espesor de cada polo fetal es más similar. Sin embargo, conforme se acerca el final de la gestación, el feto casi siempre gira de manera espontánea hasta adquirir una presentación cefálica, puesto que el volumen más grande de las nalgas busca el fondo más espacioso. Sin embargo, la presentación pélvica persiste en 3 a 4% de los partos con producto único de término (Figura 1).

2. Parto pélvico vaginal

Etapa del trabajo de parto

Es indispensable la valoración de la dilatación y el borramiento del cuello uterino y la altura de la presentación para planear la vía del nacimiento. Si el trabajo de parto está muy avanzado, tal vez no haya suficiente tiempo para hacer una pelvimetría. Esa circunstancia aislada no debe forzar la decisión de llevar a cabo una cesárea.

3. Métodos del parto vaginal

Hay tres métodos generales para el parto pélvico a través de la vagina:

a. **Parto pélvico espontáneo:** El lactante se expulsa por completo de manera espontánea sin tracción o manipulación fuera de la sujeción.

b. **Extracción pélvica parcial:** El lactante nace de manera espontánea hasta el ombligo, pero el resto del cuerpo es extraído mediante tracción por el médico y maniobras adicionales, con o sin esfuerzos de expulsión maternos.

c. **Gran extracción podálica:** El obstetra extrae todo el cuerpo del lactante (Cunningham et al. 2010).

4. Pasantía dirigida

Pasantía es la práctica profesional que realiza un estudiante para poner en práctica sus conocimientos y facultades. El pasante es el aprendiz que lleva adelante esta práctica con la intención de obtener experiencia de campo, mientras que el encargado de guiarlo suele conocerse como tutor. Concretamente podemos establecer que dos son los objetivos que se pretenden conseguir con la puesta en marcha de una pasantía. Por un lado, el que el estudiante en prácticas comience a descubrir el mundo laboral en el que desea forjarse una carrera profesional. Y, por otro, empezar a ir acumulando experiencia que será fundamental para el desarrollo de aquella (Pérez Porto; Merino, 2013).

El término pasantía se refiere al trabajo temporal que realiza un estudiante de alguna carrera profesional, en una institución durante los últimos años de su carrera. La idea es que el estudiante adquiera experiencia laboral y entienda la diferencia entre la teoría de los libros y la práctica del día a día. Que entienda la diferencia entre lo académico o lo ideal y lo práctico o lo real.

En la institución, los estudiantes deben desarrollar un trabajo "académico" que sea de utilidad pero que mantenga los estándares académicos en términos de investigación y rigurosidad en la aplicación del método científico

Son vistos como oportunidades para desarrollar conocimiento formal de la mano de estudiantes altamente motivados para desarrollar trabajos de calidad. Además, las pasantías son una manera de identificar talento superior de entre los pasantes y retenerlo en la institución bajo un proceso de contratación altamente económico y eficiente (Bernardo, 2014).

b. Hallazgos y estudios realizados

Durante los años 2011-2013 se realizó un proyecto sobre buenas prácticas en el sistema nacional de salud reproductiva en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Catalunya, titulado “Asistencia por vía vaginal al parto en presentación podálica”.

La metodología usada comprendió tres pilares fundamentales: 1. Elaboración de una guía práctica clínica, 2. Recuperación de habilidades mediante curso-taller teórico-práctico de tocúrgia, dirigido a los residentes realizando sesiones prácticas periódicas con el maniquí-simulador bajo la supervisión de un gineco-obstetra para reforzar el aprendizaje y profundizar en el mantenimiento de las habilidades, 3. Soporte a los equipos de guardia.

El porcentaje de partos de nalgas atendidos por vía vaginal pasó del 7.8% (previo a la implementación de la estrategia (noviembre del 2009 a junio del 2011) al 13.1% (julio del 2011 a febrero del 2013), lo que supone un incremento del 39.9%; disminuyendo paralelamente la tasa de cesárea del 92% al 87%. El resultado de los partos atendidos por vía vaginal fueron: ningún resultado neonatal desfavorable asociado a la vía del parto, media de días de ingreso neonatal: 2.83 días; y ningún desgarro perineal de alto grado, duración media del trabajo de parto 3 horas y 30 minutos.

Como conclusiones tras la implementación del nuevo protocolo se produjo un cambio en la práctica clínica, con un incremento en el número de partos atendidos vía vaginal (13.1% versus 7.8%) y una disminución de la tasa de cesáreas por presentación podálica (87% versus 92%); así como, un 82% de las gestantes que cumplían criterios para parto vaginal y aceptaron, tuvieron un parto vaginal con buenos resultados (Armengol, 2013).

c. Definición del problema

Durante los años en que se cursa el externado e internado de gineco-obstetricia, no se tiene la oportunidad de atender un parto en presentación pelviana ya que el protocolo es realizar cesárea a toda paciente que se presente a la emergencia con dicha presentación, a menos que el trabajo de parto se encuentre ya en periodo expulsivo, de ser así, dicho parto será atendido por residentes de gineco-obstetricia o gineco-obstetras, dejando sin oportunidad de practicar las maniobras a los estudiantes de quinto o sexto año.

El estudiante de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente posee un vacío en el aprendizaje con respecto a la atención del parto en presentación pelviana por lo que surge el problema al momento de que realicen su práctica supervisada en el área rural, ya que es cuando más vulnerable se está ante cualquier emergencia como lo es que se presente una embarazada con trabajo de parto en período expulsivo y el producto esté en presentación pelviana; es así como se considera importante la realización de talleres en donde los estudiantes conozcan y practiquen la atención del parto en dicha presentación y puedan así ser capaces de enfrentarse a tal situación y evitar complicaciones perinatales.

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

a. Delimitación teórica

El presente estudio es de carácter pedagógico ya que habiendo determinado empíricamente el vacío en el aprendizaje para atender un parto en presentación pelviana se realizaron talleres teorico-practicos con la finalidad de enseñarle al estudiante el correcto manejo de un parto vaginal en presentación pelviana.

b. Delimitación geográfica

CHIQUIMULA

El término “Chiquimul”, está formado por dos palabras aztecas, “Chiquin”, pájaro, molín, lugar. Lo que significa según el Diccionario Geográfico de la Dirección General de Cartografía en Guatemala, “lugar de muchos pájaros” Chiquimolín, voz azteca que quiere decir: Jilguero (Trabanino, 1987). Límita, al norte con Zacapa (Zacapa); al este con Jocotán, San Juan Ermita y San Jacinto (Chiquimula); al sur con San José La Arada y San Jacinto (Chiquimula); y al oeste con Huité y Cabañas, Zacapa (Instituto de Estudios y Capacitación Cívica, 2002). Fundado en 1,839 está ubicado en el oriente de Guatemala. Es conocido en el ámbito guatemalteco como la Perla de Oriente. Es uno de los departamentos con mejor índice de desarrollo humano, además es el tercer departamento de Guatemala en tener un mayor porcentaje de población económicamente activa y es el cuarto con mayor producción de producto interno bruto y ocupa el segundo puesto en los departamentos con mejor PIB per cápita. Tiene una población de 370,891 habitantes según censo del año 2014, la mayoría jóvenes de entre 0-35 años. Se hablan dos idiomas español y ch'orti'. Cuenta con una extensión de 2,376 km cuadrados, posee una altitud media de 424 msnm y su clima es cálido templado y seco (Wikipedia, 2017).

c. Delimitación institucional

CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE –CUNORI-

Se funda en 1977 con sede en la ciudad de Chiquimula y con cobertura en la región conformada por los departamentos de El Progreso, Izabal, Zacapa, y Chiquimula. Es una unidad académica de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y tiene la misma categoría que las facultades o escuelas facultativas. Por tanto, no es extensión universitaria ni depende de ninguna facultad, aunque sí mantiene comunicación constante, y existen convenios de cooperación, a fin de mantener los mismos estándares de calidad, y en muchas ocasiones se realizan actividades conjuntas. En ese orden de ideas, funcionalmente depende del Consejo Superior Universitario y de la Rectoría, como órganos máximos de dirección de la Universidad de San Carlos de Guatemala (Wikipedia, 2017).

El Centro Universitario de Oriente -CUNORI- se funda como parte de la descentralización y democratización de la educación universitaria, impulsada por la Universidad de San Carlos de Guatemala. Institución que tiene cuarenta años de atender a la población estudiantil, sectores productivos y comunidades e instituciones en el área de influencia.

Está ubicado en la carretera CA-9 kilómetro 169 de la ruta al atlántico. Es una unidad académica que ofrece carreras a nivel técnico a partil del año 1977, habiéndose ampliado el servicio a nivel de Licenciatura en 1988 y a nivel de Maestría en el año 2001. Así mismo ofrece diplomados y cursos cortos, según se determinan las necesidades.

Esta institución, además de los proyectos educativos, realiza actividades de investigación, extensión y de servicio, ante las instituciones públicas, no gubernamentales y privadas ubicadas en la región, dependiendo de la demanda de cada una de ellas y las ejecuta a través de los programas de prácticas

estudiantiles, Ejercicio Profesional Supervisado, Práctica Profesional Supervisada y Trabajos de Graduación, que realizan los estudiantes de cada una de las carreras, con asesoría de los profesionales que laboran en las mismas (Díaz, 2017).

d. Delimitación temporal

La pasantía se realizó entre los meses de febrero a junio del 2017.

III. OBJETIVOS

a. Objetivo general

Capacitar a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.

b. Objetivos específicos

1. Fortalecer los conocimientos proporcionando material audiovisual, literatura y el desarrollo de talleres teórico-prácticos.

2. Evaluar la capacidad del estudiante para atender el parto vaginal en presentación pelviana luego de haber recibido los talleres.

IV. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la incidencia de presentación de nalgas es de aproximadamente de 3 a 4% variando según estudios; en el hospital regional de Zacapa durante el año 2016 hubo un total de 3,943 nacimientos de los cuales 74 (1,87%) se encontraban en presentación pelviana, dos de estos se resolvieron vía vaginal por estar en periodo expulsivo y dichos partos fueron atendidos por médicos especialistas, no teniendo la oportunidad ningún estudiante de pregrado de aprender sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.

Debido a que en el país no se cuenta con buena educación en salud ni adecuada atención primaria y generalmente las gestantes no cuentan con control prenatal o este es deficiente, muchas veces se presentan a los servicios de salud con trabajo de parto avanzado; tomando en cuenta de que el producto puede estar en presentación pelviana, es de suma importancia capacitar a los estudiantes; ya que de no realizarse las maniobras de la manera adecuada, puede conllevar a complicaciones perinatales donde el principal afectado es el recién nacido, pudiéndole causar: fracturas, luxaciones, asfixia perinatal e incluso la muerte.

Por lo anteriormente expuesto, se realizaron talleres de capacitación teórico y práctico, contando con el apoyo de un especialista en ginecología y obstetricia para brindar clases magistrales y el uso de un maniquí simulador para enseñarles a los estudiantes de quinto y sexto año la correcta atención del parto vaginal en presentación pelviana. Así, al momento de que se encuentren realizando su práctica supervisada rural, estén preparados para brindar una atención adecuada y disminuir complicaciones perinatales.

V. MARCO TEÓRICO

5. Presentación pelviana

5.1. Concepto

Se denomina presentación pelviana, podálica o de nalgas aquella modalidad de situación longitudinal del feto en la que el polo caudal del mismo se encuentra en contacto directo con el estrecho superior de la pelvis materna (Díaz-García, 2010).

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. Esta posición es más frecuente lejos del término puesto que ambos polos fetales tiene un volumen similar al principio del embarazo. La presentación pélvica persiste hasta el término en 3 a 4% de los partos únicos (Figura 1). Su frecuencia anual en el momento del parto en casi 270,000 recién nacidos únicos en el Parkland Hospital ha variado solamente de 3.3 a 3.9% de los últimos 30 años (Cunningham et al. 2010).

La frecuencia de la presentación podálica, en embarazadas de término, con feto único, de peso igual o mayor a 2500 g, varía entre 2.5 y 3.0% de los partos, y el 13% en los embarazos a las 30 semanas de la gestación (Smith, 2005).

La morbimortalidad perinatal es tres veces superior que en los partos en presentación cefálica. El prolapso de cordón es mucho más frecuente en estas prestaciones (4%), de manera especial en las nalgas y pies (Gómez Palomo et al. 2014).

Algunos estudios abogan por la práctica de una cesárea electiva para reducir las complicaciones perinatales asociadas al parto vaginal. Sin embargo, estudios recientes demuestran que el parto vaginal llevado a cabo por personal experimentado, en pacientes cuidadosamente seleccionadas y con una vigilancia estricta intraparto puede ser una opción segura con buenos resultados perinatales (Gómez Portero; Vila Vives, 2014).

Los conceptos obstétricos actuales en cuanto al parto vaginal de feto pélvico ha recibido gran influencia de los resultados publicados por el Term Breech Trial Collaborative Group. En este estudio clínico se observó que la cesárea planeada se acompañó de menos riesgo de mortalidad perinatal frente al parto planeado, 3 por 1,000 frente a 13 por 1,000. Así mismo, la cesárea se acompañó de menos riesgo de morbilidad neonatal “grave”, 1.4 frente a 3.8%.

Los críticos subrayan que la mayoría de los resultados incluidos en la morbilidad neonatal “grave” en realidad no supone una discapacidad a largo plazo además conforme se han ido obteniendo los datos de países con una mortalidad perinatal reducida, se han observado pocas muertes perinatales y la frecuencia no difiere en forma significativa entre ambos grupos.

Todos estos datos provocaron que el American College of Obstetricians and Gynecologist modificaran su criterio en la 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” (Cunningham et al. 2010).

5.2 Etiología

En condiciones normales y debido al cambio de forma del útero, el feto realiza una versión espontánea a cefálica entre las semanas 28 y 32 de gestación. De esta

forma, acomoda sus nalgas, que son el polo más grande, a la parte más ancha del útero, que es el fondo. Los factores que parecen contribuir a esta versión son el cambio de forma del útero, que pasa de esférico a piriforme, la disminución de la cantidad de líquido amniótico y los movimientos activos del feto. Posteriormente, y dado que el desarrollo vertical del útero predomina sobre el transversal, el feto mantiene la disposición que ha adoptado. No obstante, esta versión espontánea es posible hasta prácticamente el momento del parto y es más frecuente que tenga lugar en la multípara que en la primípara.

Desde un punto de vista etiológico, aquellas situaciones que impidan o comprometan la versión espontánea a cefálica van a generar una mayor incidencia de presentaciones podálicas. En unos casos actuarán como verdadero origen de la presentación podálica, mientras que en otras ocasiones serán simplemente factores asociados y no causales, de este tipo de presentación. Entre estas situaciones se han considerado diversos factores maternos, fetales y ovulares que influyen en que el feto adopte esta modalidad de presentación en la situación longitudinal:

5.2.1 Factores maternos: incluyen las malformaciones uterinas, como úteros bicornes, septos o con deformidades de la cavidad (miomas), suelen impedir la versión espontánea fetal y dar lugar a presentación podálica. (Cunningham et al. 2010); tumoraciones pélvicas genitales (útero y ovarios) o incluso extragenitales, estenosis pélvicas y placenta de inserción baja. La relajación uterina ocasionada por la multiparidad es también un factor favorecedor, ya que el feto no se acomoda de forma correcta.

5.2.2 Factores fetales: El más importante es la prematuridad. Como se ha visto en la tabla 1, cuanto menor es el tiempo de gestación, mayor probabilidad existe de una presentación de nalgas. El embarazo múltiple es otra circunstancia que favorece la aparición de una presentación de nalgas, ya que la presencia de dos o más fetos dificulta su acomodación.

Se considera que en el embarazo múltiple la incidencia de presentaciones podálicas es entre cinco y seis veces más frecuente que en las gestaciones simples. El segundo gemelo suele presentarse de nalgas más frecuentemente que el primero. Por último, determinadas malformaciones fetales, como la hidrocefalia y anencefalia, favorecen que el feto permanezca durante toda la gestación en presentación podálica. Igualmente, tumoraciones congénitas fetales a nivel cervical o sacro, dificultan en muchas ocasiones la versión espontánea del feto. Se ha descrito que la posición que adoptan las extremidades del mismo durante la gestación también puede dificultar su versión.

5.2.3 Factores ovulares: Polihidramnios y oligoamnios. el primero favorece la pelviana completa (exceso de movilidad, poca solicitación para la acomodación); el segundo se opone a la versión espontánea y, por el exceso de compresión, engendra pelviana incompletas.

Inserción baja de la placenta, se opone a la acomodación y da lugar a situaciones oblicuas o trasversas, que, con las primeras contracciones del trabajo, se hacen longitudinales, creando muchas veces una presentación podálica. La situación de la placenta se había considerado un factor importante en la causa de una presentación podálica. Actualmente, con el seguimiento ecográfico se ha comprobado la escasa solidez de esta afirmación; acaso las placentas de inserción baja tienen una mayor coincidencia con las presentaciones podálicas.

La brevedad real o accidental del cordón. Produce un serio obstáculo para la evolución del feto in útero (Cunningham et al. 2010; Schwarcz et al. 2005).

5.3 Clasificación de las presentaciones pélvica

Se consideran tres tipos de modalidades de presentación pélvica: presentación de nalgas puras, presentación de nalgas completas y presentación de nalgas incompletas.

5.3.1 Nalgas puras, simples o francas (65-70%): Como su propio nombre indica, es aquella presentación en que la parte fetal que se encuentra en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna corresponde a la totalidad de las nalgas del feto. En esta modalidad de presentación, los muslos del feto se encuentran flexionados sobre el tronco fetal y las piernas en extensión sobre los muslos. Es la modalidad más favorable para el parto vaginal (Figura 2a y 2b).

5.3.2 Nalgas completas (5%): Es la más parecida a la presentación de vértice, ya que el feto está en una actitud de máxima flexión, pero invirtiendo su polaridad. Es decir, el feto mantiene los muslos flexionados sobre el tronco y las piernas flexionadas a su vez sobre los muslos; así, las nalgas y los pies están en contacto con la pelvis materna (Figura 3a y 3b).

5.3.3 Nalgas incompletas (25-30%): Es más común en pretérminos y abarcan todas las formas de presentación podálica que no pueden incluirse en las anteriores. Así, consideraremos:

- Modalidad de pies, que puede ser sencilla o doble, según que el feto disponga de una o ambas extremidades inferiores en extensión completa. Se manifiesta por estar uno o ambos pies prolapsados en vagina (Figura 4).
- Modalidad de rodilla, el muslo está en extensión con respecto a la pelvis y la pierna fetal queda flexionada sobre el muslo.

Algunos autores no consideran estas modalidades de presentación como auténticas y las describen como variantes de las nalgas completas. Aquí las describimos de forma separada al considerar que el feto en nalgas completas se caracteriza por su actitud totalmente flexionada, mientras que en estas

modalidades la actitud combina formas de flexión y extensión (Cunningham et al. 2010).

5.4 Variedades de posición

El diámetro más importante en el encajamiento y descenso de las presentaciones podálicas es el diámetro bitrocantéreo fetal (9,5 cm aproximadamente). Este diámetro se orienta siguiendo los diámetros oblicuos del estrecho superior de la pelvis materna.

El punto guía que ha de servir de orientación para fijar la posición y el grado de encajamiento fetal es el sacro del mismo.

Así, atendiendo a estas circunstancias, consideraremos cuatro variedades de presentación:

- Sacroilíaca izquierda anterior: SHA.
- Sacroilíaca derecha anterior: SIDA.
- Sacroilíaca izquierda posterior: SIIP.
- Sacroilíaca derecha posterior: SIDP.

Si la orientación en la pelvis siguiera un diámetro transverso, tendríamos dos modalidades de presentación, habitualmente menos frecuentes:

- Sacropúbica o sacro anterior: SP.
- Sacrosacra o sacro posterior: SS.

5.5 Diagnóstico: Se establece por el examen físico que comprende (inspección, palpación, auscultación y tacto vaginal) además, se cuenta con técnicas de gabinete como la radiografía simple de abdomen y la ecografía.

5.5.1 Inspección: muestra un abdomen de predominio longitudinal en las situaciones longitudinales tanto en presentación cefálica como de nalgas.

5.5.2 Palpación: emplea las llamadas maniobras de Leopold. Las cuales son cuatro descritas a continuación:

5.5.2.1 Primera maniobra de Leopold

Su objetivo principal es estimar la duración del embarazo en función del tamaño del útero, aunque también proporciona información sobre la presentación fetal. Con la mujer en decúbito supino, el explorador se sitúa en el lado derecho de la gestante mirando hacia su cara. Con el borde cubital de ambas manos, dirigiendo su cara palmar hacia el útero, se recorre el abdomen materno en sentido ascendente, hasta localizar el fondo uterino, identificando su situación en el abdomen y palpando las estructuras fetales relacionadas.

1. Estimación de la duración del embarazo: se relaciona la localización del fondo uterino con puntos de referencia anatómicos del abdomen materno.

2. Diagnóstico de la presentación fetal

a. Presentación cefálica: se palpa el polo podálico del feto en relación con el fondo uterino; el polo podálico es de superficie irregular y forma menos redondeada, consistencia más blanda y menos móvil que el polo cefálico; la movilización del polo podálico desplaza el tronco del feto.

b. Presentación podálica: se palpa el polo cefálico del feto en relación con el fondo del útero; el polo cefálico es de forma redondeada, consistencia dura, superficie regular y móvil.

c. Situación transversa: no se palpa polo cefálico ni podálico en el fondo uterino (Figura 22a).

5.5.2.2 Segunda maniobra de Leopold

Su objetivo es el diagnóstico de la posición y situación fetal. Se realiza en las mismas condiciones que la maniobra anterior, situando las manos del explorador a los lados del útero; mientras que una mano fija al útero, para evitar su desplazamiento, la otra mano realiza la palpación del feto.

1. Diagnóstico de la posición fetal: se basa en la identificación del dorso y de las partes pequeñas del feto. El dorso fetal se palpa como una superficie convexa, continua, lisa y con una resistencia homogénea en toda su longitud a la mano del explorador. Las partes pequeñas del feto (brazos y piernas) se palpan como una superficie irregular con formaciones redondeadas que ofrecen una resistencia homogénea a la exploración. La posición es la relación del dorso del feto con el abdomen materno; si el dorso del feto se palpa en el lado derecho de la madre es una dorso-derecha; si el dorso del feto se palpa en el lado izquierdo es una dorso-izquierda. En la situación transversa se palpan los polos cefálico y podálico a ambos lados del útero; si el polo cefálico está situado en el lado derecho, es una derecha; si está situado en el lado izquierdo, es una izquierda. La extensión de la palpación a la cara anterior del útero permite identificar el dorso o las partes pequeñas para establecer si es una dorso-anterior o dorso-posterior.

2. Diagnóstico de la situación fetal: en las situaciones longitudinales, se palpa el dorso del feto en uno de los lados del útero y las partes pequeñas en el otro. En las situaciones transversas se palpa el polo cefálico en uno de los lados y el podálico en el otro (Figura 22b).

5.5.2.3 Tercera maniobra de Leopold

Su objetivo es el diagnóstico de la presentación fetal y proporciona cierta información sobre la situación. Se realiza en las mismas condiciones de exploración que la anterior, aplicando la mano abierta en forma de «C», oponiendo el pulgar al resto de los dedos, por encima de la sínfisis del pubis, para identificar la parte del feto en relación con la pelvis.

1. Diagnóstico de la presentación fetal: si se identifica un polo fetal es una presentación cefálica o podálica. El diagnóstico diferencial se realiza, además de por las características de forma, consistencia, etc., de cada polo, por la sensación de «peloteo» propia de la presentación cefálica que se produce al mover con rapidez la mano a uno y otro lado. Si no se palpa ningún polo fetal por encima del pubis se debe sospechar una presentación de hombro.

2. Diagnóstico de la situación fetal: la palpación de un polo cefálico o podálico en relación con la pelvis establece el diagnóstico de situación longitudinal. En las situaciones transversas no se palpa polo fetal en relación con la pelvis (Figura 22c).

5.5.2.4 Cuarta maniobra de Leopold

Su objetivo es obtener información sobre:

1. La presentación fetal.
2. La posición fetal.
3. La actitud fetal.
4. La relación entre la presentación y la pelvis.

La maniobra se realiza con la paciente en decúbito supino y el explorador situado a su derecha y mirando hacia los pies de la gestante. Las manos se colocan a los

lados del útero y se dirigen con suavidad hacia la sínfisis del pubis hasta identificar la parte fetal relacionada con la pelvis.

1. Diagnóstico de la presentación fetal: la identificación del polo cefálico o podálico en relación con la pelvis establece la variedad de la presentación fetal en las situaciones longitudinales. Si no se palpa ningún polo fetal se trata de una situación transversa.

2. Diagnóstico de la posición fetal: si la presentación es cefálica, la frente se palpa como una prominencia más evidente que el occipucio. La localización del occipucio establece dónde está situado el dorso fetal y la posición.

3. Diagnóstico de la actitud fetal: si la presentación es cefálica, la altura relativa entre la frente y el occipucio establece el diagnóstico de la actitud fetal:

a. Si la frente está más alta que el occipucio es una presentación de occipucio.
b. Si la frente y el occipucio están a la misma altura, es una presentación de sincipucio.
c. Si el occipucio está más alto que la frente, es una presentación de frente.
d. Si la frente no se palpa y se observa una brusca solución de continuidad entre el occipucio y el dorso del feto (signo del hachazo), es una presentación de cara.

4. Relación entre la presentación y la pelvis: al intentar desplazar la presentación se observa si es móvil por encima de la pelvis o está fija al haber iniciado su entrada en el canal del parto (Figura 22d).

5.5.3 Auscultación: Los latidos cardiofetales se auscultan en la región supra umbilical del abdomen materno ya sea izquierdo o derecho (Bonilla-Musoles, 2007; Bernardo, 2014, Terra, 2005).

5.5.4 Tacto vaginal

En una presentación pélvica franca durante la exploración vaginal no se aprecian los pies, pero es posible palpar las tuberosidades isquiáticas, el sacro y el ano del feto. Una vez que el feto desciende más, también se distinguen los genitales externos.

Especialmente cuando el trabajo de parto es prolongado, los glúteos del feto se edematizan por lo que resulta difícil distinguirlos de la cara. En algunos casos el ano se confunde con la boca y las tuberosidades isquiáticas con las eminencias malares. Sin embargo, con una exploración detallada, el dedo se topa con resistencia muscular con el ano, mientras que cuando se trata de la boca se sienten las mandíbulas más duras. Al sacar el dedo de ano a menudo se encuentra teñido con meconio. La boca y las eminencias malares forman un triángulo, mientras que las tuberosidades isquiáticas y ano se encuentran en la línea recta. En la presentación pélvica completa, los pies se sienten a los lados de las nalgas. En la presentación de pie, uno o ambos pies se encuentran bajo las nalgas.

El sacro fetal y sus apófisis espinosas también se palpan para establecer la posición. Al igual que en las presentaciones cefálicas, las posiciones fetales se denominan sacra izquierda anterior, sacra derecha anterior, sacra izquierda posterior, sacra derecha posterior o sacra transversa reflejando las relaciones del sacro fetal con la pelvis materna (Cunninham et al. 2010).

5.5.5 Radiografía simple de abdomen

En desuso actualmente. Fue utilizada durante muchos años para el confirmar el diagnóstico y para valorar el grado de deflexión de la cabeza fetal.

5.5.6 Ecografía

En los momentos actuales la ultrasonografía aporta un método simple, no invasivo, que facilita la confirmación del diagnóstico en los casos de dificultad a la exploración por obesidad, paredes abdominales resistentes o exceso de líquido; además de aportar toda la información necesaria para el diagnóstico de la presentación, variedad de posición, inserción placentaria, cantidad de líquido amniótico y estimado de peso fetal (Rigol, 2004).

5.6 Manejo intraparto

Como ocurre con el período de dilatación, tampoco hay unanimidad respecto a la duración y conducción del período expulsivo. La duración de la fase pasiva de la segunda etapa del parto puede durar hasta 90 minutos, permitiendo que las nalgas desciendan en la pelvis. Una vez que comienza la fase activa y se inician los pujos, el parto debe ser inminente después de 60 minutos. Los pujos maternos son esenciales para un parto seguro y deben ser alentados (Díaz-García et al. 2007).

5.7 Contraindicaciones para el parto vaginal

- Peso fetal estimado inferior a 1,500 g.
- Peso fetal estimado superior a los 4,000 g.
- Alteración en la configuración pélvica.
- Antecedente de desproporción por anomalía pélvica.
- Presentación de nalgas incompletas, modalidad de pie o de rodilla.

- Deflexión de la cabeza fetal.
- Anomalías o malformaciones fetales que dificulten la extracción (hidropesía, etc.).
- Evolución tórpida del parto por vía vaginal.
- Detención de la dilatación durante más de 2 horas.
- Expulsivo prolongado.
- Procidencia o prolapso de cordón.
- Falta de colaboración por parte de la paciente.

5.8 Complicaciones del parto

5.8.1 Morbimortalidad materna

Con la presentación pélvica se puede anticipar un mayor índice de morbilidad materna y perinatal. En la madre, ya sea con cesárea o parto vaginal, las laceraciones genitales pueden ser problemáticas. Con la cesárea, la distensión adicional del segmento uterino inferior por las pinzas o la cabeza fetal más moldeada extiende la incisión de la histerotomía. Con el parto vaginal, especialmente 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. Asimismo, las manipulaciones extienden la episiotomía, generan laceraciones perineales profundas y aumentan el riesgo de infección. La muerte es una complicación muy poco frecuente, pero su índice es mayor en las que se someten a una cesárea planeada por presentación pélvica, con un índice de mortalidad de 0.47 muertes maternas por 1,000 nacimientos.

5.8.2 Morbimortalidad y mortalidad perinatales

Un fenómeno concomitante frecuente es el parto prematuro y también aumenta la frecuencia de anomalías congénitas. Además el parto traumático, aunque es poco frecuente, contribuye a la muerte del feto en presentación pélvica. Es importante señalar que estas se observan con el parto tanto vaginal como por cesárea. Algunas de las lesiones más frecuentes son fractura del húmero, clavícula y fémur. En algunos casos se separa las epífisis escapular, humeral o femoral.

Otras lesiones traumáticas poco frecuentes son las de los tejidos óseos o blandos (Cunningham et al. 2010).

La presentación pelviana tiene 5 veces más riesgo de parálisis braquial obstétrica. (Marrero et al. 1998). El estiramiento del plexo braquial tiene como resultado parálisis de la extremidad superior, de Erb o de Duchene. Cuando el feto se extrae a través de una pelvis estrecha, puede haber depresión con forma de cuchara o fracturas de cráneo. Otras veces, cuando se utiliza gran fuerza se lesiona la médula espinal o se fracturan las vértebras. Después del parto ocasionalmente se forman hematomas de los músculos esternocleidomastoideos y suelen desaparecer espontáneamente. Por último, después de un parto pélvico, es posible observar lesiones testiculares.

Frente a la presentación cefálica, el prolapso del cordón es más frecuente con los fetos en presentación pélvica. Algunos desenlaces perinatales son inherentes a la presentación pélvica y no al parto. Por ejemplo, la displasia de cadera es más frecuente en la presentación pélvica que en la cefálica y es independiente del tipo de parto.

5.9 Conducta durante el parto

La atención al parto en presentación podálica puede realizarse mediante:

5.9.1 Parto espontáneo

Consiste en dejar evolucionar el parto de forma espontánea, manteniendo una dinámica uterina adecuada, incluyendo si se precisa la estimulación oxitócica, siempre con un control estricto y limitándose a practicar una episiotomía amplia en el momento adecuado (distensión del periné) con el fin de facilitar la salida del feto.

El parto espontáneo es posible cuando la valoración de la capacidad pélvica nos haga pensar que el paso del feto por la misma no presentará ninguna dificultad. De todos modos, el obstetra deberá estar preparado para actuar en la expulsión de los hombros y de la cabeza última. Los defensores del parto espontáneo basan su postura en dos premisas importantes: En primer lugar, la valoración clínica cuidadosa e individual de cada paciente permite seleccionar aquellas gestantes que pueden tener la opción a un parto vaginal y en segundo lugar, el control y seguimiento de la evolución del trabajo de parto, en especial del descenso y encajamiento de la presentación podálica, que en ningún caso debe forzarse con maniobras externas.

5.9.2 Ayuda manual

Es la opción más extendida cuando se elige la vía vaginal. El parto se deja evolucionar de forma espontánea hasta que se ha producido la salida del tronco. En ese momento, el obstetra realiza una pequeña tracción del cordón umbilical para realizar un asa con el mismo (asa de cordón umbilical), evitando así que pueda romperse con una tracción brusca o que quede comprimido en una de las maniobras posteriores. A partir de ese momento, el tocólogo interviene ya de una

manera activa para lograr el parto de los hombros y de la cabeza. Para ello dispone de diversas maniobras que deberá escoger según su habilidad y la modalidad de posición que adopte el feto.

5.10 Maniobras para atención del parto en presentación pélvica

5.10.1 EXTRACCION PÉLVICA PARCIAL

El parto es más fácil y, a su vez, la morbilidad y la mortalidad son tal vez menores, cuando se permite el parto espontáneo en presentación pélvica hasta el nivel del ombligo. El nacimiento en presentación pélvica lleva el ombligo y el cordón hacia el interior de la pelvis, lo cual comprime a este último. Por ello, una vez que la pelvis rebasa el introito vaginal, es necesario extraer rápido abdomen, tórax, extremidades superiores y cabeza. Si antes de ese momento surgen irregularidades de la frecuencia cardiaca fetal, debe tomarse la decisión de realizar la extracción manual o una cesárea.

En todos los partos pélvicos, a menos que haya relajación considerable del perineo, ha de efectuarse una episiotomía. Ésta es una importante medida coadyuvante para cualquier tipo de parto pélvico. La cadera posterior nace, por lo general en la posición de las 6:00 del cuadrante del reloj y a menudo con suficiente compresión para producir expulsión de meconio espeso (Figura 5).

Después nace la cadera anterior, seguida por rotación externa hacia la posición sacra anterior. Es indispensable alentar a la madre a seguir pujando puesto que el cordón se encuentra bajo tracción dentro del conducto del parto y podría sufrir compresión o estiramiento que desencadenen bradicardia fetal. Conforme el feto continúa descendiendo, las extremidades inferiores nacen de manera secuencial por sujeción de la cara medial de cada fémur con los dedos del médico colocados de manera paralela a ellos y compresión lateral para deslizar las piernas lejos de la línea media.

Después del nacimiento de las extremidades inferiores, se sujeta la pelvis ósea con ambas manos, utilizando una toalla húmeda y tibia. Los dedos deben apoyarse en las crestas iliacas anterosuperiores y los pulgares en el sacro, lo cual torna mínima la posibilidad de lesión de tejidos blandos abdominales (Figura 6) (Cunningham et al. 2010).

5.10.1.1 Maniobras para el desprendimiento de los hombros

a. Maniobra de Müller

Se emplea para lograr el desprendimiento de los hombros. Se rota el tronco fetal para situar el diámetro biacromial del feto, coincidiendo con el anteroposterior del estrecho inferior. Se tracciona del feto con ambas manos hacia abajo, logrando el desprendimiento del hombro anterior en situación sub-púbica; a continuación se realiza la maniobra contraria, traccionando el feto hacia arriba y logrando la expulsión del hombro posterior en situación sacra (Figura 7).

b. Maniobra de Rojas-Lóvset

También se realiza para el desprendimiento de los hombros, pero en este caso se tracciona del tronco fetal una vez insinuada ya la escápula en el periné, realizando una rotación de 90° para conseguir la extracción del hombro anterior en situación subpúbica.

Se repite la misma maniobra rotando al feto 180° en sentido inverso y se realiza una tracción hacia abajo para conseguir el desprendimiento del otro hombro también debajo del pubis (Figura 8). Es muy importante que al realizar la extracción de los hombros, el dorso del feto no quede orientado hacia atrás, ya que ello supondría tener que realizar la extracción de la cabeza en occipitosacra, lo cual debe evitarse siempre.

Si los hombros se han desprendido mediante una de las dos últimas maniobras descritas, la extracción de la cabeza se realiza en un tiempo ulterior y para ello se dispone de las siguientes maniobras (Cunningham et al. 2010).

5.10.1.2 Maniobras para nacimiento de extremidades superiores

A medida que los omoplatos se hacen visibles el dorso del producto tiende a rotar de manera espontánea hacia el lado de la madre al cual originalmente se dirigió. Una regla cardinal para la extracción pélvica exitosa es ejercer una tracción rotativa descendente suave y constante hasta que nacen las mitades inferiores de los omoplatos, sin intentar la extracción de los hombros y las extremidades superiores hasta que se observe una de las axilas. La aparición de una axila indica que ha llegado el momento para el nacimiento de los hombros. Hay poca diferencia en cuanto a que hombro nace primero y se cuenta con dos métodos para el efecto:

1. En el primero, con los omoplatos visibles, se rota el tronco de modo tal que el hombro y la extremidad superior anteriores aparezcan en la vulva y puedan liberarse y extraerse (Figura 9).

2. El segundo método se utiliza si la rotación del tronco no tiene éxito. Con esta maniobra, ha de hacerse nacer primero el hombro posterior. Los pies se sujetan en una mano y se hace tracción en dirección ascendente sobre la cara interna del muslo de la madre, hacia el cual se dirige la superficie ventral del feto (Figura 10). De esta manera se hace palanca sobre el hombro posterior, que se desplaza al exterior sobre el borde perineal, por lo general seguido por la extremidad superior y la mano. Después, mediante descenso del cuerpo del feto, casi siempre el hombro anterior emerge bajo el arco púbico y es seguido de manera espontánea por brazo y mano. Después el dorso tiende a rotar de manera espontánea en dirección a la sínfisis. Si no hay rotación ascendente, esta se consigue al hacer

girar el cuerpo de modo manual. Más adelante se puede lograr el nacimiento de la cabeza.

Por desgracia, el proceso no siempre es tan simple y a veces se requiere primero liberar y hacer nacer las extremidades superiores. Esas maniobras tienen menos probabilidad de necesitarse si se ejerce tracción rotativa y se intenta el nacimiento de los hombros hasta que se haga visible la axila. Deben evitarse los intentos de liberar las extremidades superiores inmediatamente después que nacen los bordes costales. Hay más espacio disponible posterior y lateral de la pelvis que otros sitios. Por lo tanto, en casos difíciles el brazo posterior debe liberarse primero. Debido a que la axila correspondiente es fácilmente visible, se continúa la tracción ascendente sobre los pies y se pasan dos dedos de la otra mano a lo largo del humero hasta que alcanza el codo (Figura 10). Los dedos se colocan paralelos al húmero y se utilizan a manera de cabestrillo sobre la extremidad superior, la cual se desliza hacia abajo y se hace nacer a través de la vulva.

Para el nacimiento del hombro anterior, todo lo que se requiere es el descenso del cuerpo del feto para permitir que se deslice hacia afuera de manera espontánea. En otros casos, es posible deslizar la extremidad superior anterior sobre el tórax mediante la utilización de dos dedos como cabestrillo.

En ocasiones, sin embargo, es indispensable sostener el cuerpo con los pulgares sobre los omoplatos y rotarse para llevar el hombro que no ha nacido cerca de la escotadura sacro ciática más cercana. Las extremidades inferiores se conducen entonces hacia arriba para dirigir la superficie ventral del lactante a la cara interna del muslo opuesto a la madre si los brazos se han extendido sobre la cabeza, su nacimiento, si bien más difícil, por lo general puede logarse por medio de las maniobras descritas. Al hacerlo, el medico ha de tener particular cuidado de llevar los dedos hasta el codo y utilizarlos como cabestrillo para impedir facturar el húmero.

a. Variedad con extremidad superior en posición occipital

Como se comentó uno o ambos brazos del feto en ocasiones se encuentran detrás del dorso del cuello (extremidad superior en la nuca) y se impactan en el plano de entrada de la pelvis. En esas circunstancias, el nacimiento es más difícil. Si no se puede liberar dicha extremidad de la nuca su extracción tal vez se facilite en especial cuando se trata de uno solo, con la rotación del feto 180 grados en una dirección tal que la flexión ejercida por el conducto del parto sirva para llevar el codo hacia la cara (Figura 11). Si la rotación del feto no puede liberar la extremidad superior o ambos brazos en la nuca, tal vez sea necesario impulsarlo hacia arriba en un intento por liberarlo. Si la rotación aún no tiene éxito el brazo de la nuca suele extraerse al enganchar un dedo o varios sobre él y forzándolo sobre el hombro hacia abajo, por la superficie ventral, para su nacimiento. En esos casos, es muy frecuente la fractura del húmero o de la clavícula (Cunningham et al. 2010).

5.10.1.3 Maniobras para el desprendimiento de la cabeza

a. **Maniobra de Mauriceau o maniobra de Mauriceau-Smellie-Veit:** el tocólogo coloca al feto cabalgando sobre su antebrazo e introduce los dedos índice y medio de la mano en la vagina, en busca de la boca del feto, para ayudar a la flexión y rotación de la cabeza y para hacerla descender hasta que la zona suboccipital quede por debajo de la sínfisis púbica (figura 12a). Mientras, la otra mano se coloca sobre los hombros y el occipucio fetal ayudando a la flexión. Una vez conseguida la flexión y el descenso de la cabeza fetal, se eleva progresivamente el tronco fetal sobre el abdomen materno hasta lograr el desprendimiento de la cabeza flexionada (figura 12b). Las maniobras de tracción, así como las de flexión, deben realizarse con sumo cuidado para evitar lesiones medulares en el feto. La maniobra de Mauriceau está indicada para la extracción de la cabeza última cuando está encajada (Cunningham et al. 2010).

b. **Maniobra modificada de Praga:** en escasa ocasiones el dorso del feto no rota hacia adelante y, cuando ello ocurre, se puede conseguir la rotación del dorso hacia delante al utilizar una tracción más fuerte sobre las extremidades inferiores o la pelvis ósea. Si el dorso aún se mantiene en orientación posterior, tal vez se logre la extracción por medio de la maniobra de Mauriceau y el nacimiento del feto con el dorso hacia abajo. Si esto es imposible, el feto puede extraerse con la maniobra de Praga modificada, la cual, como se practica hoy, implica la sujeción de los hombros del feto con el dorso hacia abajo mediante dos dedos de una manos desde abajo, en tanto la otra mano leva los pies sobre el abdomen materno (Figura 13).

c. **Maniobra de Trillat-Pigeaud**: modificación de la maniobra de Mauriceau retropulsión del coxis por un ayudante acompañada de la virtualización del feto mediante la toma de los pies (Figura 19).

d. **Maniobra de Chome:** con la cabeza fetal casi desprendida se protege el periné con una mano y con la otra se tracciona del feto introduciendo el dedo pulgar en la boca. Se necesita un ayudante que sujete el cuerpo fetal (Figura 20).

e. **Maniobra de Muñoz-Arbat:** en el trascurso de la maniobra de Mauriceau, el dedo medio de la mano que se apoya sobre la nuca fetal, presiona sobre el occipucio y flexiona la cabeza fetal (Figura 21) (Sánchez-Dehesa, 2003).

f. **Retención de cabeza última:** el más temido accidente del parto en nalgas y una de las circunstancias más angustiantes de la práctica obstétrica es la retención de cabeza última, que en la mayoría de los casos lleva a la muerte fetal o a su daño neurológico (Pérez Sánchez, 1999).

En este punto se debe suponer que ya existe compresión considerable o incluso total del cordón y el tiempo es crucial. Con una tracción delicada al cuerpo fetal, muchas veces es posible pasar el cuello uterino con la mano sobre el occipucio. Cuando esta técnica fracasa, muchas veces es necesario hacer incisiones de Dührssen. La retracción del cuello uterino sobre la cabeza fetal que se produce cuando el parto de la cabeza se efectúa estando la dilatación cervical incompleta es una causa frecuente de retención de cabeza última. Es muy difícil poder vencer la fuerza contráctil que el cuello uterino ejerce sobre el polo cefálico. Como medida extrema se puede recurrir a realizar cortes radiados del cuello. Es un procedimiento cruento y de riesgo que puede comprometer la integridad del útero e incluso la vida de la madre. No obstante, si se plantea esta situación no debe practicarse sólo un corte al cuello, porque la presión ejercida por la cabeza fetal puede propagar la incisión hacia el segmento inferior. Las secciones múltiples pretenden evitar esta situación (Figura 14) (Cunninghan et al. 2010; Pérez Sánchez, 1999).

5.10.2 Gran extracción

Consiste en la extracción completa del feto en presentación podálica antes de que las nalgas hayan sido expulsadas por el introito vulvar. La gran extracción debe proscribirse en el parto de nalgas con feto único y vivo por su elevada morbimortalidad.

En gestaciones únicas, quizá la única indicación sería ante una urgencia intraparto, como es el caso en que estando la nalga casi desprendida, el feto presentara una bradicardia grave.

En la obstetricia actual, la gran extracción únicamente estaría indicada para completar la extracción de un segundo gemelo en situación transversa (con realización previa de una versión interna).

En ocasiones, tal vez se requiera la extracción de un feto en presentación pélvica franca de nalgas y se puede conseguir por medio de tracción moderada ejercida con un dedo en cada ingle y facilitada por la episiotomía amplia (Figura 15a, 15b). Si la tracción moderada no permite el parto de la pelvis, se puede lograr entonces el parto vaginal sólo por modificación de la presentación pélvica, procedimiento que implica manipulación dentro del conducto del parto para convertir una presentación pélvica franca de nalgas en una de pies. El procedimiento se logra con más facilidad si las membranas se rompieron recientemente y se torna difícil en extremo si existe una cantidad mínima de líquido amniótico.

Se logra la reducción de la presentación pélvica con la utilización de la maniobra atribuida a Pinard (1889), la cual ayuda a llevar los pies del feto al alcance del médico (Figura 16), se introducen dos dedos a lo largo de una extremidad hasta la rodilla, para impulsarla fuera de la línea media. Por lo regular ocurre flexión espontánea y se siente el pie del feto que hace protrusión sobre el dorso de la mano. Entonces es posible sujetar el pie del feto y hacer tracción en dirección descendente (Bonilla et al. 2007; Botella et al. 1993).

5.10.2.1 Extracción de feto en presentación pélvica completa o incompleta

Durante la extracción total del feto en una presentación pélvica completa o incompleta se introduce la mano a través de la vagina y se sujetan ambos pies. Los tobillos se sostienen con el segundo dedo entre ellos y con tracción suave se hacen descender a través de la vulva. Si se experimenta dificultad en la sujeción de ambos pies, debe llevarse primero uno hacia la vagina, pero no hasta el introito después se hace avanzar el otro de manera similar. Ahora, se sujetan ambos pies y se hace tracción de manera simultánea a través de la vulva (Figura 17).

Conforme las extremidades inferiores empiezan a salir a través de la vulva, se continúa la tracción descendente. A medida que nacen las piernas, se sujetan porciones relativamente mayores primero las pantorrillas y luego los muslos.

Cuando la pelvis aparece en la vulva se aplica tracción suave hasta que nacen las caderas. Conforme nacen las nalgas, el dorso del feto suele rotar hacia adelante. Se colocan entonces los pulgares sobre el sacro y los dedos en las caderas para asistir en nacimiento de la pelvis, de aquí en adelante se continúan con las maniobras antes citadas (Bonilla et al. 2007; Botella et al. 1993).

5.10.3 Maniobra para extracción de hombros y cabeza conjuntamente

a. Maniobra de Bracht

Una vez expulsado el tronco fetal y cuando aparece por la vulva la punta de la escápula, el obstetra flexiona las extremidades del feto sobre el tronco del mismo y con las palmas de las manos sobre el dorso, y con los dedos pulgares sobre los muslos fetales, bascula el cuerpo fetal sobre el abdomen materno (Figuras 18a, 18b, 18c).

Es conveniente que un ayudante realice una discreta presión a través del abdomen materno para ayudar a que la cabeza se flexione y descienda (Cunningham et al. 2010).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio: Pasantía dirigida.

b. Área de estudio: Centro Universitario de Oriente CUNORI, en la Carrera de Médico y Cirujano.

c. Universo: Estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente –CUNORI-

d. Sujeto de estudio: Estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente –CUNORI-

e. Criterios de inclusión

Estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente –CUNORI- que cursen el quinto y sexto año.

f. Criterios de exclusión

- Estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente que cursen el EPS rural.
- Estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente que cursen la rotación de electivo.
- Estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente que cursen la rotación de psiquiatría.

g. Variables estudiadas

- Conocimiento teórico.
- Conocimiento práctico.

h. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento Teórico	Cuerpo de conocimientos generalizados de una determinada ciencia en particular (Piloña, 2014).	Test elaborado por los investigadores Alba Có y Kevin Lara	Cuantitativa	Nominal
Conocimiento Práctico	Actividad material de los hombres por medio de la cual se transforman los objetos, los fenómenos y los procesos de la realidad objetiva (Piloña, 2014).	Taller realizado con 90% de efectividad de las maniobras.	Cuantitativa	Nominal

i. Procedimientos para la ejecución de la pasantía

- Se adquirió un maniquí simulador del parto el cual tiene un valor de Q. 10,000.00 para poder realizar los talleres.
- A los estudiantes se les proporcionó material audiovisual y escrito ocho días antes del primer taller.
- Los talleres constaron de dos módulos, un teórico y otro práctico cada uno con una duración de hora y media. Al finalizar el taller se les realizó una evaluación teórica ver (Anexo 2) y luego una evaluación práctica ver (Anexo 1) por médico especialista en ginecología y obstetricia a cada uno de los sujetos de estudio.
- Al finalizar la investigación el maniquí se donó a la Carrera de Médico y Cirujano con el fin de que las siguientes promociones tengan la oportunidad de practicar la atención del parto en sus distintas presentaciones.

j. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

- Aprobación del estudio por parte del Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación e Investigación del Centro Universitario de Oriente (OCTGM – CUNORI).
- Todos los datos obtenidos en esta investigación fueron manejados de forma confidencial, guardando la integridad e información de los estudiantes involucrados en el estudio.

k. CRONOGRAMA

			FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
No.		ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1		Planteamiento del problema																				
2		Aprobación del planteamiento del problema																				
3		Anteproyecto																				
4		Aprobación del anteproyecto																				
5	TRABAJO DE CAMPO	Charla y practica a estudiantes de quinto año																				
		Charla y practica a estudiantes de sexto																				
		Análisis de resultados																				
		Elaboración del informe final																				

I. Recursos

a. Humanos

- Estudiantes encargados de la pasantía.
- Un catedrático de Tesis (Dr. Carlos Arriola).
- Un asesor de Tesis Médico especialista en ginecología y obstetricia Dr. Ronaldo Retana.
- Comité de Trabajos de Investigación de la Carrera de Médico y Cirujano (OCTGM).

b. Físicos

b.1. Materiales y suministros

- Biblioteca del Centro Universitario de Oriente (libros).
- Dos resmas de hojas tamaño carta de 80 gramos
- Cien fotocopias
- Dos lapiceros BIC® color negro
- Internet

b.2. Mobiliario y equipo

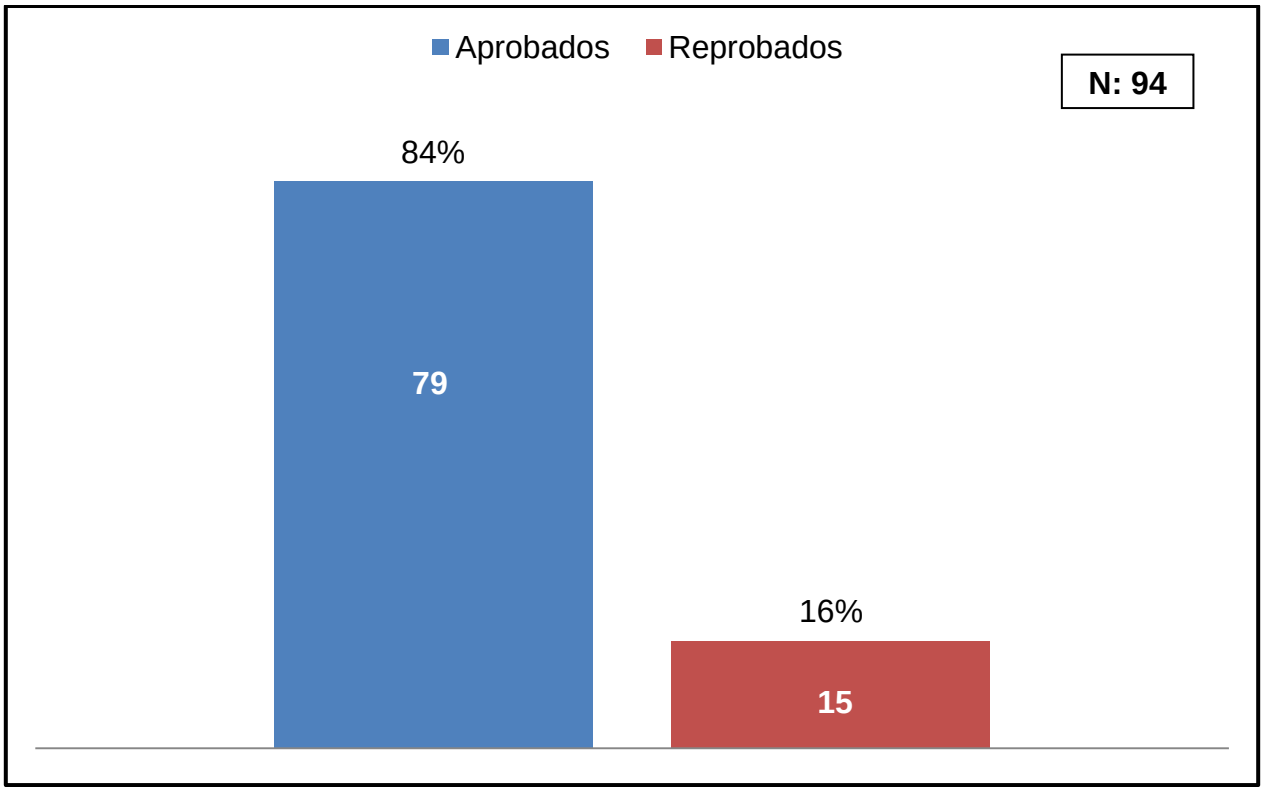
- Dos equipos de computadora.
- Maniquí-simulador del parto con valor de Q. 10, 000.00.
- Dos cartuchos de tinta Canon® color negro.
- Un cartucho de tinta Canon® de colores.
- Dispensador de agua pura Q. 50.00.

c. Financieros

Maniquí simulador del parto	Q.	10,000.00
Dos resmas de hojas tamaño carta de 80 gramos	Q.	70.00
Dos Lapiceros BIC© color negro	Q.	2.50
Internet	Q.	250.00
Tres cartuchos de tinta	Q.	500.00
Fotocopias	Q.	300.00
Refacción	Q.	1070.00
Gasolina	Q	500.00
Total	Q.	12,692.50

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

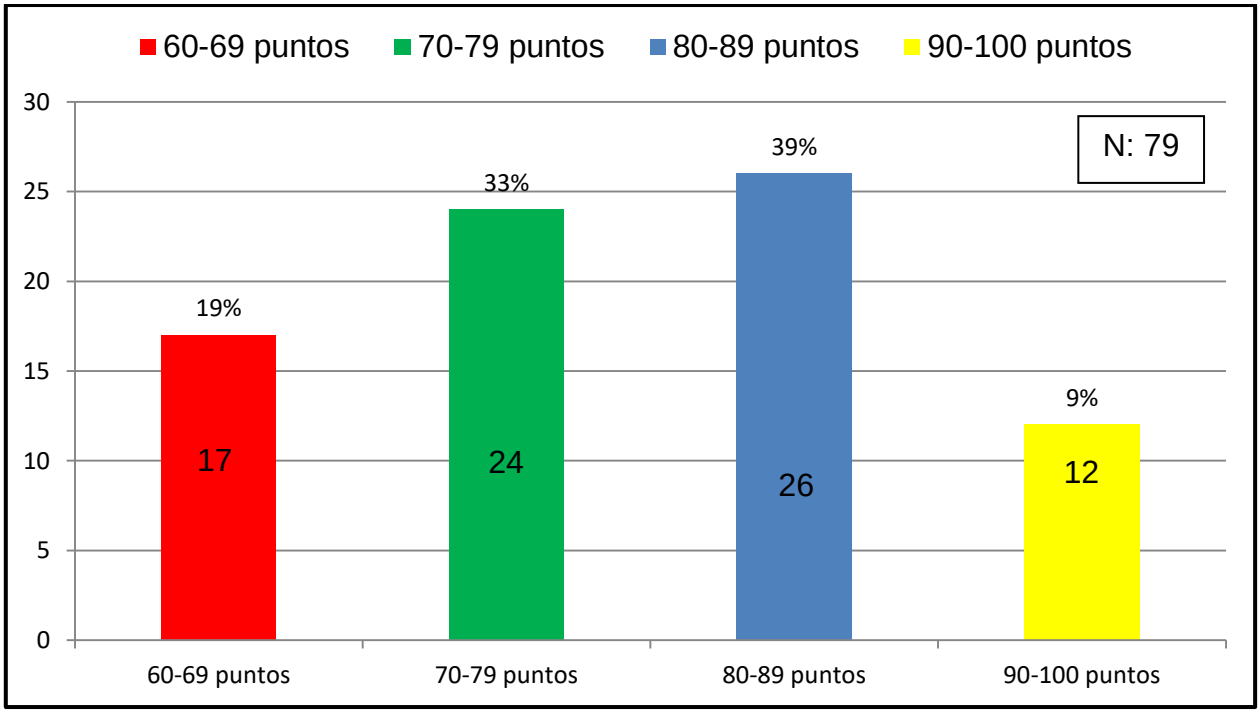
Gráfica 1. Distribución de los resultados de la prueba teórica aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

Luego de haber realizado el taller sobre el manejo de parto vaginal en presentación pelviana, a los estudiantes se les realizó una evaluación teórica, obteniendo los siguientes resultados: de los 94 estudiantes, aprobaron la prueba 84% (79) y 16% (15) reprobaron; para aprobar la prueba debieron haber obtenido 60 puntos o más.

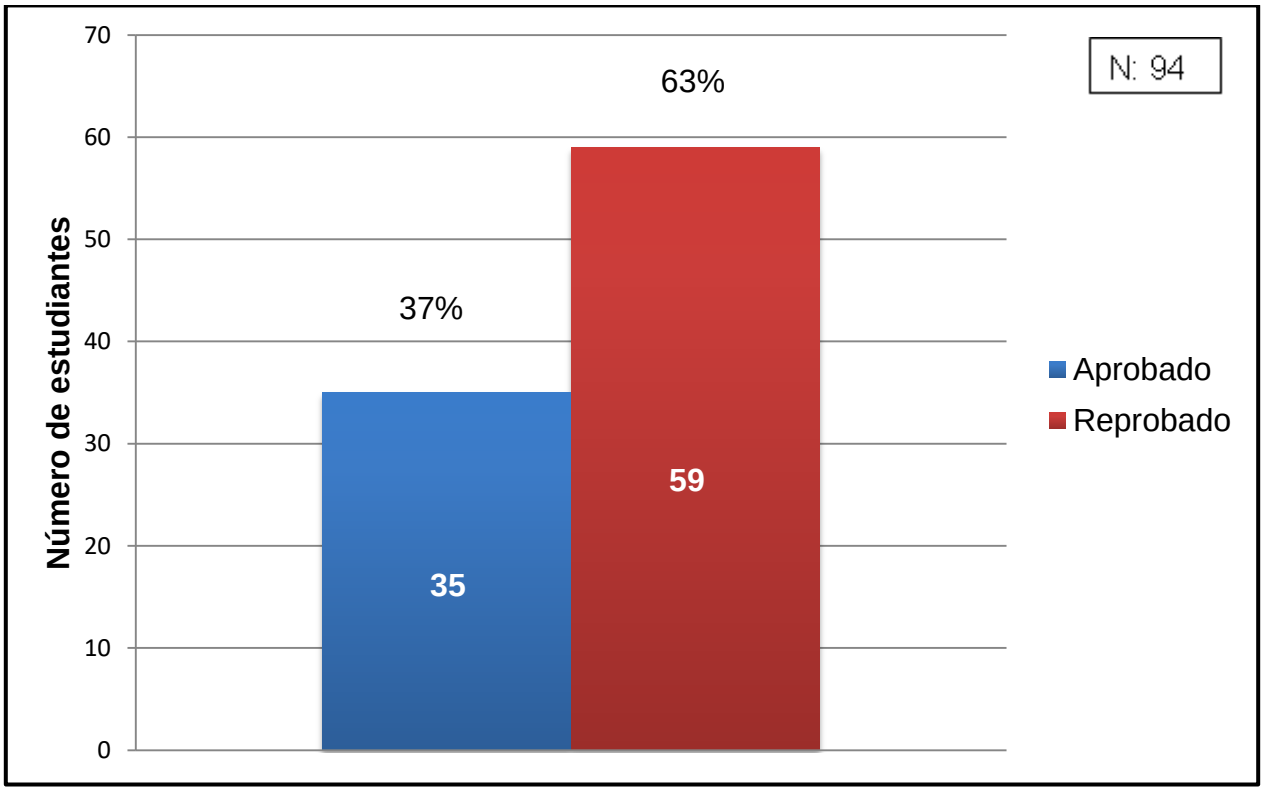
Gráfica 2. **Distribución de las notas aprobadas de la prueba teórica de los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.**



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

De los 79 estudiantes que aprobaron el examen teórico, 19% (17) tuvo un punteo entre 60 a 69 puntos, 33% (24) tuvieron una nota que fue de los 70 a los 79 puntos, 39% (26) tuvieron una nota entre 80 a 89 puntos y 9% (12) tuvieron un punteo entre 90 a 100 puntos.

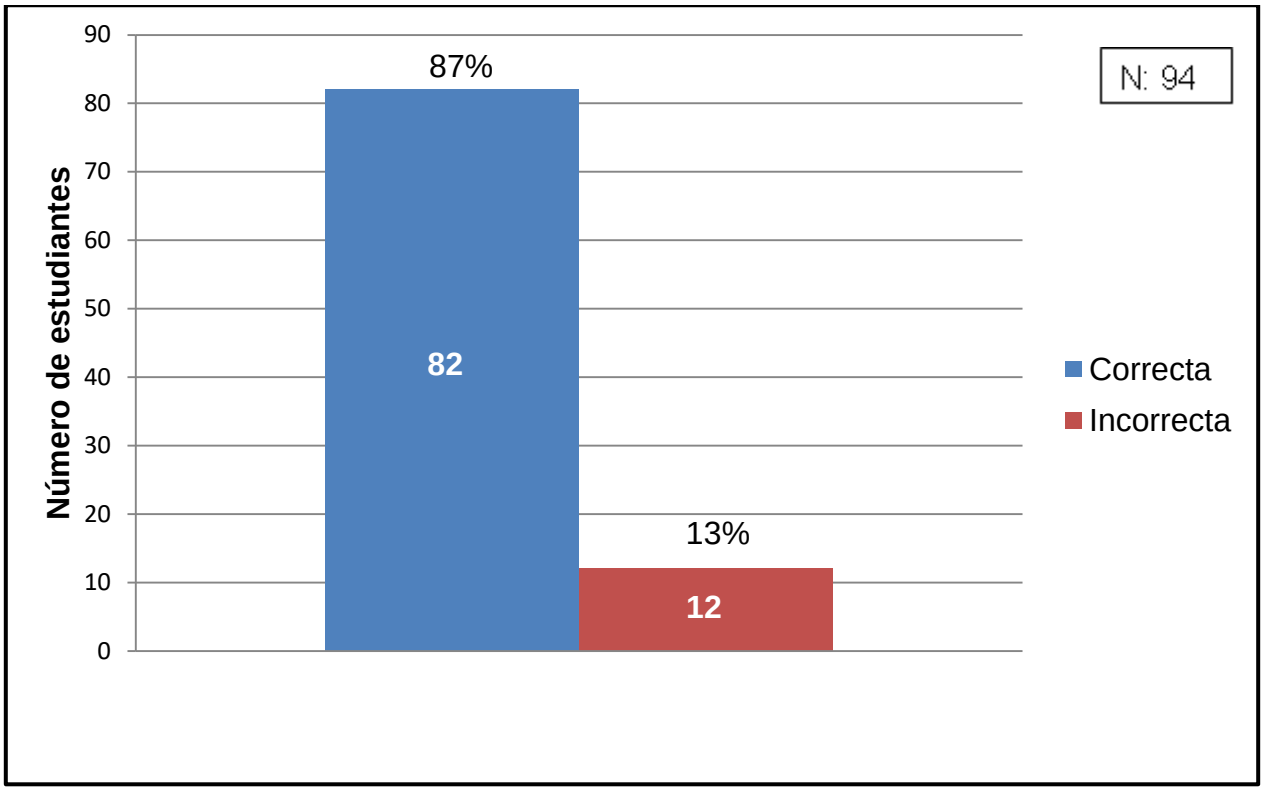
Gráfica 3. **Distribución de los resultados de las respuestas a la pregunta: ¿Por qué se debe realizar el asa del cordón umbilical? De la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.**



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

Del total de los 94 estudiantes evaluados en la prueba teórica el 63% (59) no sabía la razón por la cual se debía realizar el asa del cordón umbilical, mientras que el 37% (35) respondió correctamente la pregunta.

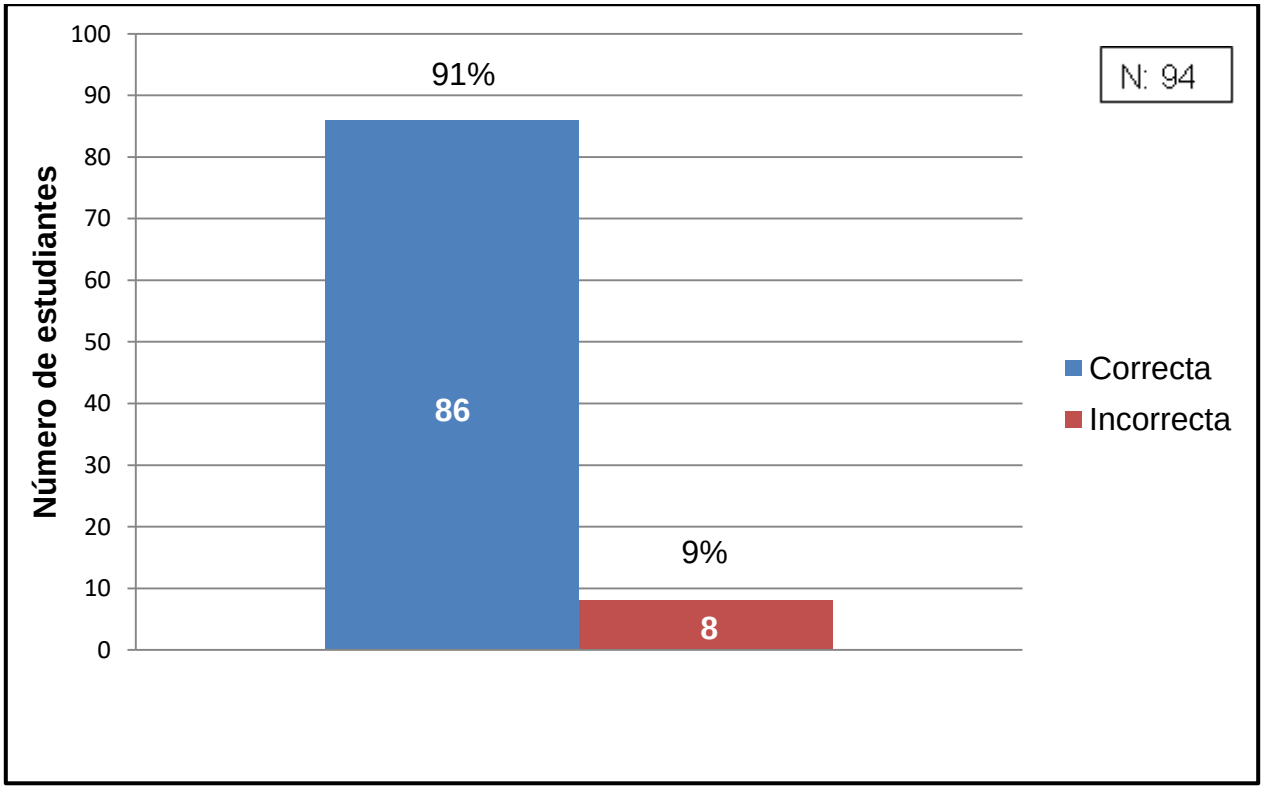
Gráfica 4. **Distribución de los resultados de la pregunta: ¿Para qué se realiza la maniobra de Mauriceau? De la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.**



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

De los 94 estudiantes evaluados en la prueba teórica, 87% (82) sabían para que se realiza la maniobra de Mauriceau, mientras que el 13% (12) de los estudiantes respondieron incorrectamente la pregunta.

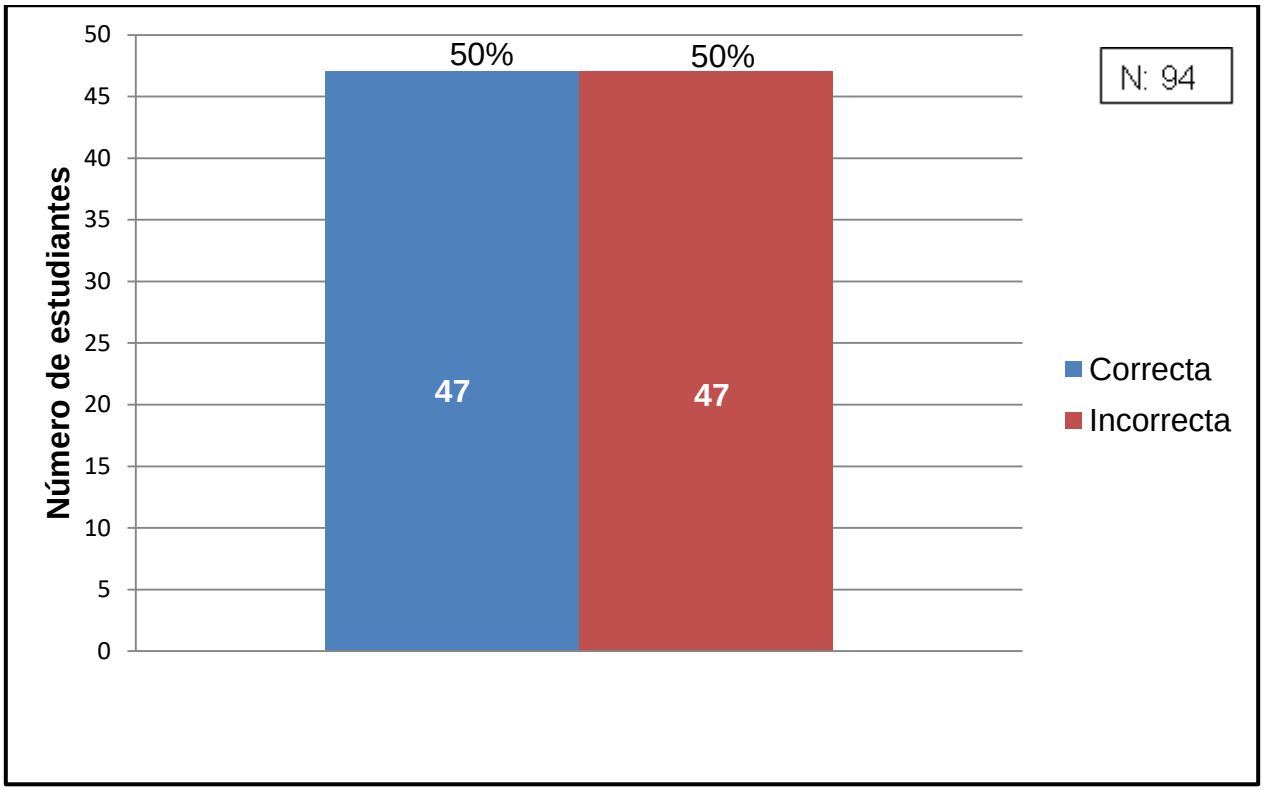
Gráfica 5. **Distribución de los resultados de la pregunta ¿El ocupar una toalla húmeda y tibia al momento de sostener las caderas del feto, sirve para prevenir la hipotermia? de la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.**



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

De los 94 estudiantes evaluados el 91% (86), sabían la razón del uso de la toalla húmeda y tibia, mientras que el 9% (8) no respondieron correctamente.

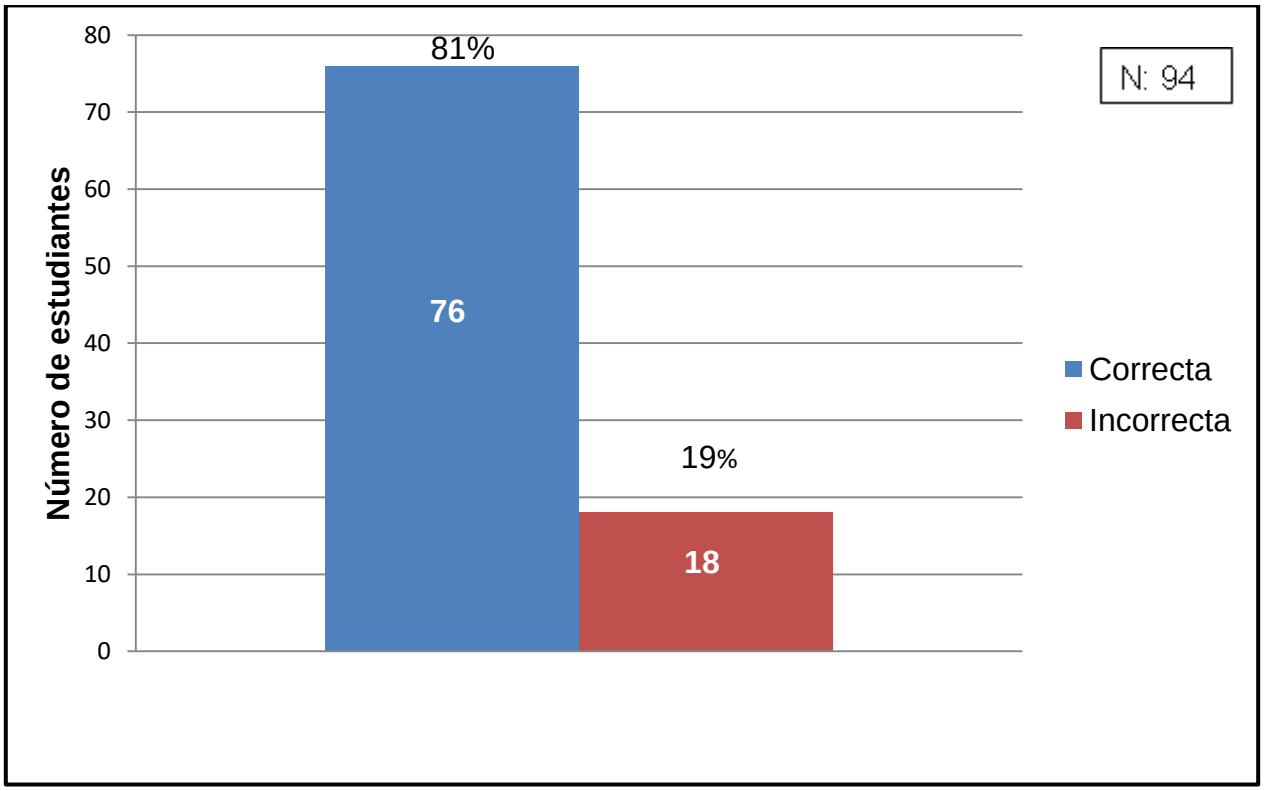
Gráfica 6. **Distribución de los resultados de la pregunta: ¿Por qué no se debe sostener al feto del área abdominal? de la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.**



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

De los 94 estudiantes evaluados el 50% (47) sabían por qué no se debe sostener al feto del área abdominal, mientras que el 50% (47) no sabían.

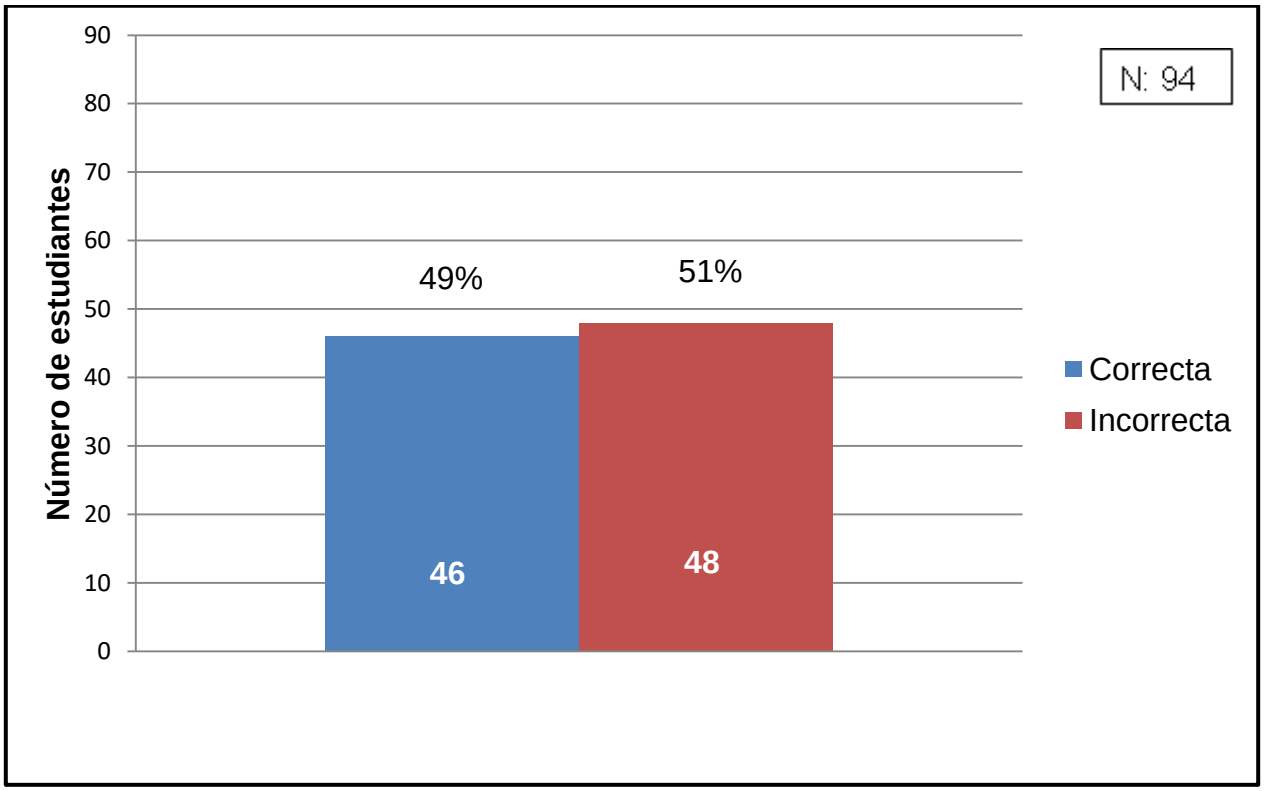
Gráfica 7. **Distribución de los resultados de la pregunta: ¿La maniobra de Praga modificada se utiliza cuando, luego de la extracción de los hombros del feto su dorso se sitúa en dirección al sacro materno? de la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.**



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

De los 94 estudiantes evaluados el 81% (76) sabían la utilidad de la maniobra de Praga modificada, mientras que el 19% (18) de los estudiantes respondieron incorrectamente.

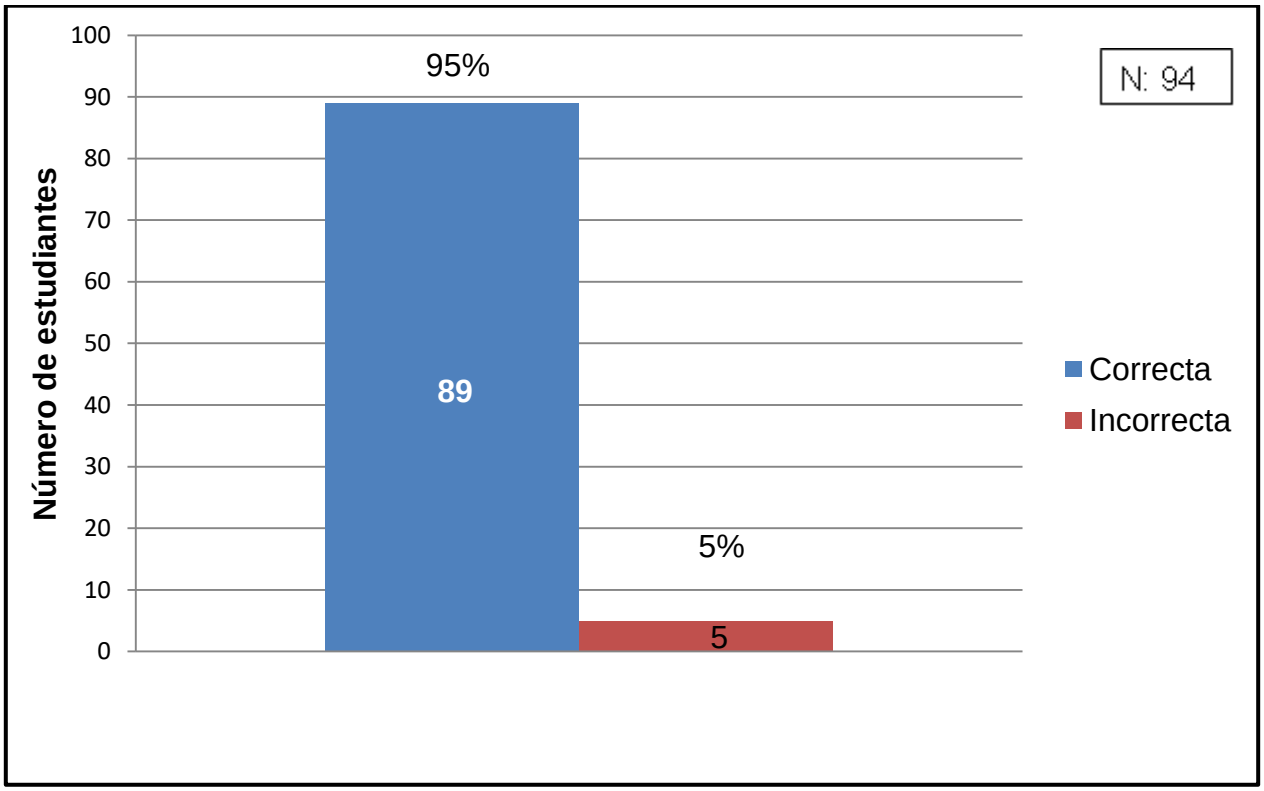
Gráfica 8. **Distribución de los resultados de la pregunta: ¿Qué maniobra se realiza para la extracción de la cabeza del feto, si luego de la extracción de los hombros el dorso del feto queda en dirección a la sínfisis del pubis de la madre? de la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.**



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

Del total de estudiantes evaluados el 49% (46) sabían cuál es la maniobra descrita en la pregunta, mientras que el 51% (48) de estudiantes no sabían la respuesta.

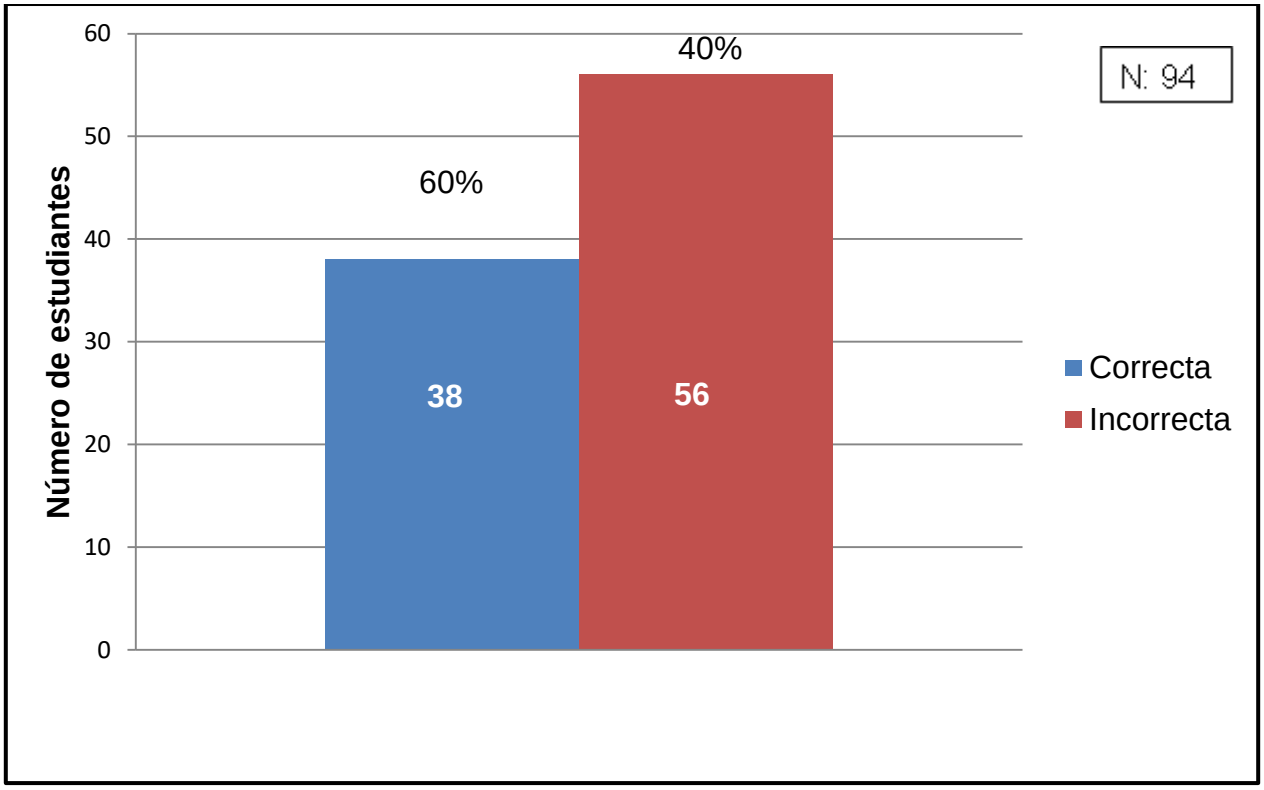
Gráfica 9. **Distribución de los resultados sobre la identificación de la imagen de la maniobra de Mauriceau en la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.**



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

De los 94 estudiantes evaluados el 95% (89) lograron identificar la imagen de la maniobra de Mauriceau, mientras que el 5% (5) estudiantes respondieron incorrectamente.

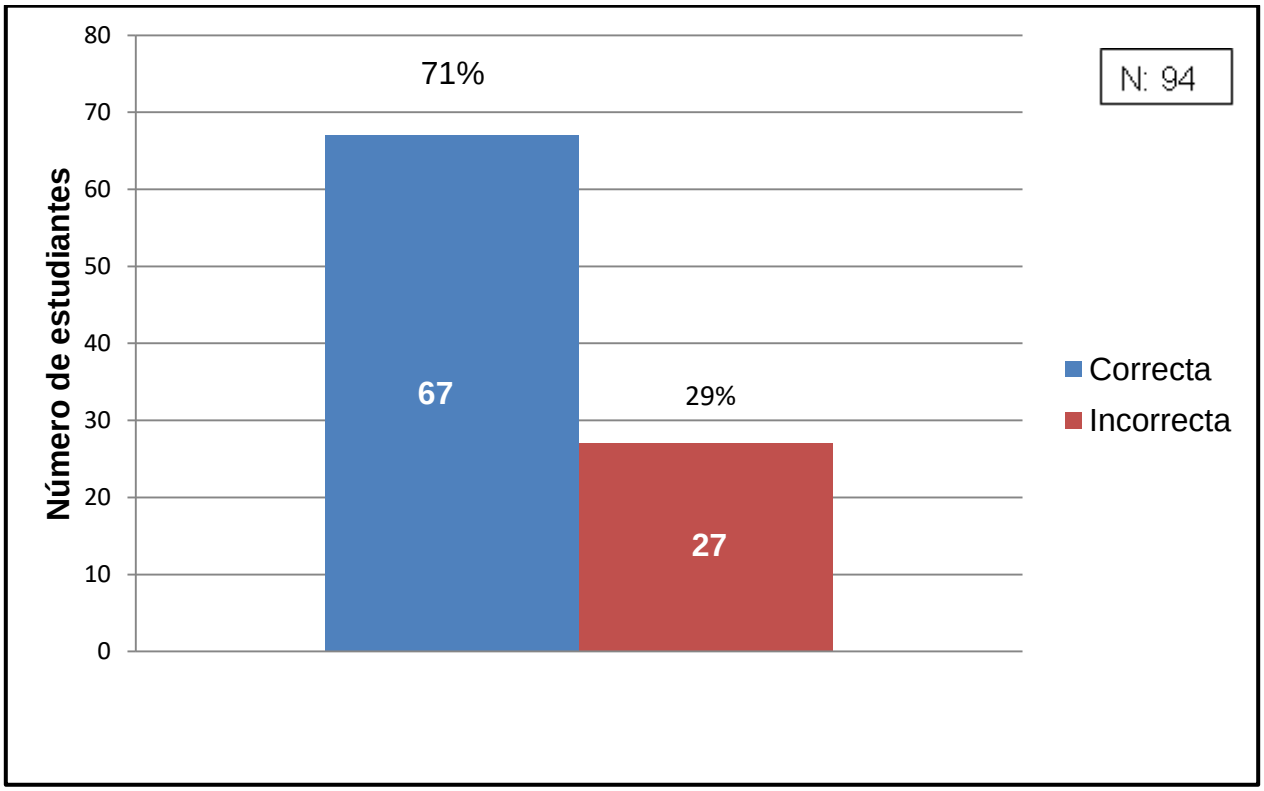
Gráfica 10. Distribución de los resultados sobre la identificación de la imagen de la maniobra de Bracht en la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

De los 94 estudiantes evaluados el 60% (56) no supo identificar la maniobra de Bracht, mientras que el 40% (38) si pudo identificar la maniobra.

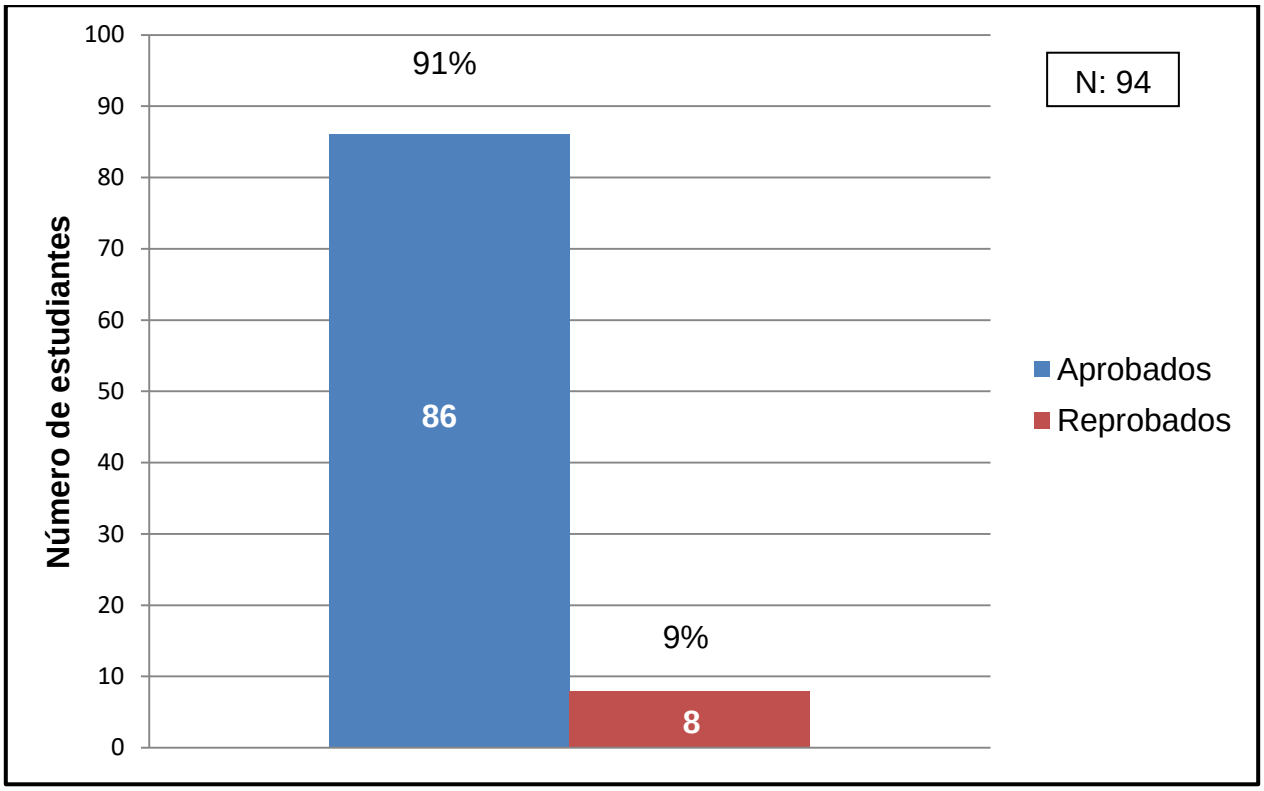
Gráfica 11. Distribución de resultados sobre la resolución del caso clínico presentado en la prueba escrita aplicada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

De los 94 estudiantes evaluados el 71% (67) sabía que manejo darle a la paciente del caso clínico, mientras que el 29% (27) no sabían el correcto manejo.

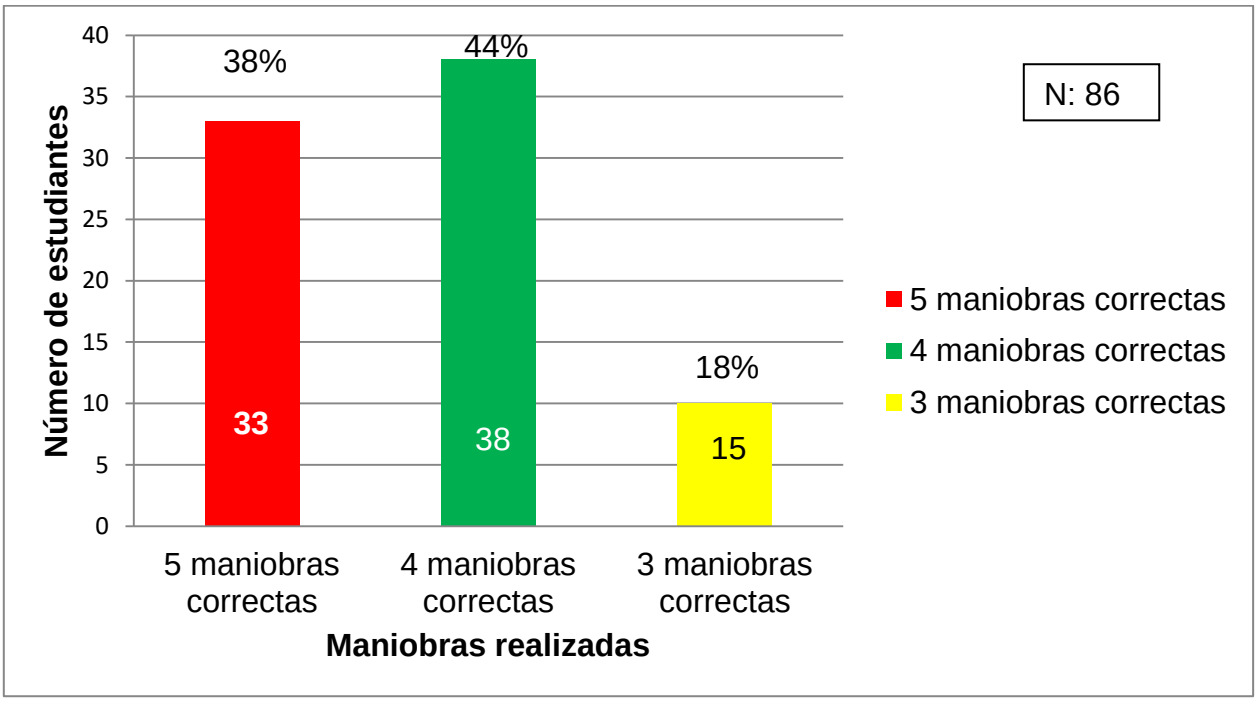
Gráfica 12. Distribución de los resultados de la evaluación práctica realizada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

Luego de haber realizado el taller sobre el manejo de parto vaginal en presentación pelviana, a los 94 estudiantes de quinto y sexto año se les realizó una prueba práctica, en base a una lista de cotejo (ver anexo 1), del cual se obtuvieron los siguientes resultados, del total de estudiantes el 91% (86) aprobaron la prueba y el 9% (8) estudiantes reprobaron.

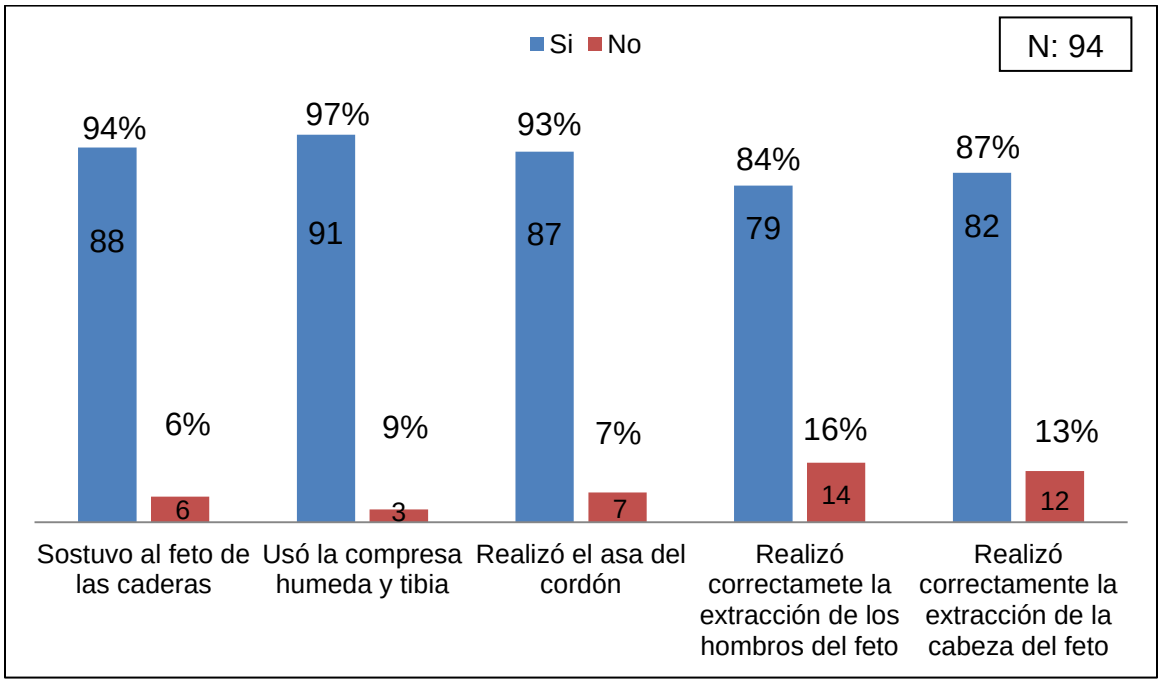
Gráfica 13. Distribución de los resultados de la evaluación práctica realizada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

De los 94 estudiantes evaluados 86 aprobaron el examen práctico, el 18% (15) logró realizar 3 maniobras correctas, el 44% (38) realizó 4 maniobras y el 38% (33) pudo realizar las 5 maniobras.

Gráfica 14. Distribución de los resultados de la evaluación práctica realizada a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2017.

De los 94 estudiantes evaluados, la maniobra que mejor se realizó fue el uso de la compresa húmeda y tibia en un 97% (91); seguido por la maniobra de sostener al feto por las caderas con 94% (88), en contraste con la maniobra para extraer los hombros con 84% (79).

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó una pasantía dirigida en Centro Universitario de Oriente sobre el "Manejo del parto vaginal en presentación pelviana" capacitando a los estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano de quinto y sexto año.

Previo a realizar los talleres se les proporcionó material audiovisual y escrito logrando reforzar los conocimientos de los estudiantes.

Durante las clases impartidas por el especialista en ginecología y obstetricia el Dr. Ronaldo Retana, tuvo la oportunidad de interactuar con los estudiantes realizándoles preguntas básicas de ginecología y obstetricia como: definición de presentación, situación y posición, en donde se evidenció que algunos no tenían claros dichos conceptos.

Luego se procedió a realizar el examen teórico, donde aprobaron 84% (n= 79) estudiantes con 60 o más puntos, de los estudiantes aprobados 12 contestaron incorrectamente la pregunta más importante, que les planteaba un caso clínico; en la cual la respuesta correcta era referir a la paciente a un centro de atención de primer nivel, por lo que estos estudiantes no lograron aprender el manejo correcto.

En la evaluación teórica los estudiantes lograron identificar visualmente las maniobras de Mauriceau 95% (n= 89) y de Praga 81% (n= 76), y en las maniobras en las que menos aciertos tuvieron fueron: la maniobra de Bracht 60% (n= 56) así como aspectos importantes, del por qué se debe realizar el asa del cordón umbilical 63% (n= 59) y por qué no se debe sostener al feto en el área abdominal 50% (n= 47).

En la evaluación práctica 91% (n= 86) estudiantes aprobaron, la cual consistía en realizar correctamente 5 maniobras y para poder aprobarlo debían realizar correctamente al menos 3 maniobras; las maniobras que más se les dificultó realizar al momento de la evaluación práctica fueron las maniobras de extracción de hombros: Rojas, Müller y la extracción correcta de los brazos; notando que a pesar de que el 91% (n= 86) de estudiantes aprobó el examen, se necesita

reforzar en la práctica; ya que para disminuir las posibilidades de complicaciones en el recién nacido es necesario realizar las maniobras correctamente.

En el examen práctico el 91% (n= 86) de estudiantes aprobaron, mientras que en el examen teórico el 84% (n= 79) aprobaron; el mejor desempeño en la prueba práctica, tuvo influencia en que todos los estudiantes tuvieron la oportunidad de observar previamente las maniobras tanto en el video como explicadas con el maniquí logrando realizar la mayoría de las maniobras correctamente, en tanto que lograr un buen desempeño en la prueba teórica necesitaban previamente leer el documento y fue evidente en algunos exámenes que muchos estudiantes no tuvieron el interés en leer, pero que al final sí pudieron realizar las maniobras en la práctica.

IX. CONCLUSIONES

1 De los 94 estudiantes capacitados el 82% (n= 77) aprendió el correcto manejo del parto en presentación pelviana, del 18% (n= 17) restante de estudiantes, 5 reprobaron ambas pruebas y 12 estudiantes que aprobaron la prueba teórica pero no resolvieron correctamente el caso clínico.

2 Se determinó que el estudiante tuvo buen desempeño en la prueba práctica, aprobando el 91% (n= 86), debido a que el estudiante tuvo la oportunidad de observar y practicar cómo se realizaban las maniobras de la manera correcta.

3 Se observó que las maniobras de extracción correcta de los hombros, fueron donde los estudiantes tuvieron mayor dificultad, realizándolas correctamente el 84% (n= 79) de estudiantes.

4 De los 15 estudiantes que reprobaron la prueba teórica, 10 aprobaron la evaluación práctica, obteniendo un resultado mínimo desfavorable de 5 estudiantes que reprobaron ambas pruebas.

X. RECOMENDACIONES

1. Que los catedráticos de quinto y sexto año que imparten la catedra de ginecología y obstetricia soliciten el maniquí a la carrera, para que al momento de abordar el tema sobre la atención del parto en presentación pelviana puedan realizar prácticas y enseñar a los estudiantes las distintas maniobras.

2. Realizar un taller de inducción sobre la atención del parto en presentación pelviana autorizado por la coordinación de la Carrera de Médico y Cirujano, dicho taller se realizará previo a iniciar el EPS Rural, el cual será impartido por un especialista en ginecología y obstetricia; este taller tendrá una ponderación incluida en la nota final del EPS Rural. Todo lo anterior con el objetivo de reforzar los conocimientos en los estudiantes.

XI. PROPUESTA

Título: Taller de inducción al EPS sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana

INTRODUCCIÓN

La presentación pelviana, es aquella modalidad de situación longitudinal del feto en la que el polo caudal del mismo se encuentra en contacto directo con el estrecho superior de la pelvis materna. El porcentaje total de presentación pelviana en gestaciones a término oscila entre 3 a 4%. Actualmente se ha establecido que la presentación podálica sea indicación absoluta de cesárea y ello ha llevado progresivamente a una pérdida del hábito y de la experiencia de los profesionales para la atención a este tipo de partos.

El taller de inducción tiene el objetivo de capacitar a los estudiantes de sexto año previo a iniciar el EPS rural, en las distintas maniobras necesarias para la correcta atención de un parto vaginal en presentación pelviana, para que así el estudiante posea los conocimientos necesarios y de presentárseles dicho caso tengan más probabilidades de atenderlo correctamente.

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la incidencia de presentación de nalgas es de aproximadamente de 3 a 4% variando según estudios; en el hospital regional de Zacapa durante el año 2016 hubo un total de 3,943 nacimientos de los cuales 74 (1,87%) se encontraban en presentación pelviana, dos de estos se resolvieron vía vaginal por estar en periodo expulsivo y dichos partos fueron atendidos por médicos especialistas, no teniendo la oportunidad ningún estudiante de pregrado de aprender sobre el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.

Considerando que los estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente no tienen la oportunidad de practicar las maniobras para la correcta atención del parto en presentación pelviana se propone realizar un taller de inducción al EPS Rural contando con el apoyo de un maniquí simulador del parto, donado a la carrera de Médico y Cirujano en el congreso de estudiantes de medicina del CUNORI del presente año; siguiendo un modelo de plan de clase que se describe en la metodología de la propuesta, para capacitar al estudiante sobre las distintas maniobras existentes para la correcta atención de un parto en presentación pelviana; así al momento de que se encuentren realizando su práctica supervisada rural estén preparados para brindar una atención adecuada y disminuir complicaciones perinatales de presentarse dicha situación.

OBJETIVO

1 Capacitar a los estudiantes de sexto año previo a inicial el EPS rural en las distintas maniobras para atender un parto en presentación pelviana.

METODOLOGÍA

1. La coordinación de la carrera de Médico y Cirujano autorice la realización y ponderación de un taller de inducción sobre atención del parto en presentación pelviana.
2. Reunir a los estudiantes, previo a comenzar el EPS rural en el salón I-4, solicitado con anticipación por los estudiantes.
3. Impartir un taller teórico-práctico a cargo de uno de los catedráticos de ginecología y obstetricia del Centro Universitario de Oriente; el taller tendrá una duración aproximada de 3 horas en base al plan de clase que se describe en la siguiente página.
4. Luego de finalizar el taller se realizará una evaluación práctica en base a una lista de cotejo (anexo 1), la ponderación será incluida en nota final del EPS rural.

PLAN DE CLASE

ESTABLECIMIENTO: Centro Universitario de Oriente -CUNORI-
ÁREA: Carrera de Médico y Cirujano **SUB-ÁREA**: Ginecología y Obstetricia
TEMA: Manejo del parto **SUB-TEMA:** Presentación pelviana
GRADO: sexto año **FECHA:** _____
HORAS: 3 horas
NOMBRE DEL CATEDRÁTICO(A) TITULAR: _____

DESCRIPCION DEL TEMA O SUB TEMA
La presentación pélvica se da cuando los glúteos, y una o ambas extremidades del feto, son las partes que se presentan en el estrecho superior de la pelvis (Félix, 2006).

COMPETENCIA
Fortalecer los conocimientos y habilidades de los estudiantes en el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.
INDICADOR(ES) DE LOGRO
El estudiante reconoce la situación en la que debe atender un parto por vía vaginal cuando sea presentación pelviana. El estudiante realiza correctamente las distintas maniobras para la atención del parto en presentación pelviana.

CONTENIDOS		
DECLARATIVOS	**PROCEDIMENTALES**	**ACTITUDINALES**
Manejo del parto vaginal en presentación pelviana. • Incidencia • Complicaciones • Maniobras	Práctica de las distintas maniobras de atención del parto en presentación pelviana con el uso del maniquí simulador de parto.	Capacidad de los estudiantes para atender un parto en presentación pelviana.

ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE		TIEMPO	PONDERACIÓN ASIGNADA
MOTIVACIÓN	Técnica triple “Q”.	15 min.	Será asignada por el catedrático que imparta el taller.
EXPLORACIÓN DE CONOCIMIENTOS	Preguntas orales.	10 min.	
NUEVOS CONOCIMIENTOS	Desarrollo de clase.	45 min.	
EJERCITACIÓN DE CONOCIMIENTOS	Uso de maniquí simulador de parto.	50 min.	
APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS	Realización de las maniobras correctamente.	1h	

INSTRUMENTOS / HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN:

- Examen teórico
- Examen práctico

RECURSOS EDUCATIVOS:

Pizarra, marcadores, maniquí simulador del parto vaginal, cañonera, computadora, bocinas, micrófono.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSOS	TIEMPO
MOTIVACIÓN Técnica triple “Q”	En la pizarra se dibujarán tres cuadros en las que contendrán las siguientes preguntas: ¿Qué se? ¿Qué quiero saber? ¿Qué aprendí? En donde a través de una lluvia de ideas los estudiantes irán llenando cada recuadro hasta estructurar la base en el desarrollo de la clase.	Pizarra, marcadores.	15 min.
EXPLORACIÓN DE CONOCIMIENTOS Preguntas orales	Se harán preguntas orales a los alumnos acerca del tema para una exploración sobre la noción de conceptos.	Alumnos.	10 min.
NUEVOS CONOCIMIENTOS Desarrollo de clase	La sesión de la clase se efectuará mediante una charla expositiva-participativa, dando a conocer de forma breve los aspectos importantes del tema.	Cañonera Computadora Bocinas	45 min.
EJERCITACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Uso del maniquí simulador del parto	Luego de la charla se procederá a realizar prácticas utilizando el maniquí simulador del parto bajo la observación del tutor.	Maniquí simulador de parto.	50 min.
APLICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Realización de las maniobras correctamente	Al finalizar la charla el estudiante debe ser capaz de realizar las distintas maniobras correctamente.	Maniquí simulador del parto.	1 hora.

Fuente: Formato de plan de clase del Ministerio de Educación.

XII. BIBLIOGRAFÍA

Armengol Santacreu, J. 2013. Asistencia por vía vaginal al parto en presentación podálica: atención al parto y de salud reproductiva (Ficha de recogida buenas prácticas en el sistema nacional de salud) (en línea). Barcelona, España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 6 p. Consultado 25 feb. 2017. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/ planCalidadSNS/pdf/BBPP_2014/BBPP_ APySR_Catalunya_3.pdf.

Bernardo Celis, P. 2014. ¿Tesis o pasantía? (en línea, blog). Visión sistémica. Consultado 28 mar. 2017. Disponible en http://pbcelis.tumblr.com/page/4

Bonilla-Musoles, F; Raga, F; Bonilla Jr, F; Machado, LE. 2007. Distocias por alteración de la estática fetal (en línea). *In* Obstetricia, reproducción y ginecología básicas. Bonilla-Musoles, F; Pellicer, A (eds.). Valencia, España, Editorial Médica Panamericana. p. 151-152. Consultado 19 jun. 2017. Disponible en https://books.google.com.gt/books?id=uk9tUYznoMC&dq=maniobras+ de+leopold&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Botella Llusiá, J; Clavero Núñez, JA. 1993. Tratado de ginecología (en línea). 14 ed. Madrid, España, Ediciones Díaz de Santos, S. A. p. 500. Consultado 19 jun. 2017. Disponible en https://books.google.com.gt/books?id=CYdfAhqjG1IC&lpg=PA500&dq=parto%20en%20presentaci%C3%B3n%20pelviana&hl=es&pg=PA493#v=onepage&q=parto%20en%20presentaci%C3%B3n%20pelviana&f=false

Cunningham, FG; Leveno, KJ; Bloom, SL; Spong, CY; Dashe, JS; Hoffman, BL; Casey, BM; Sheffield, JS. 2010. Williams Obstetricia. 24 ed. México, McGraw-Hill. p. 558-571.

Cunningham, FG; Leveno, KJ; Bloom, SL; Hauth, JC; Rouse, DJ; Spong, CY. 2010. Williams Obstetricia. 23 ed. México, McGraw-Hill. p. 527, 529-530.

Díaz Moscoso, MR. 2010. Memoria de labores. Chiquimula, Guatemala, Editorial AMISRAEL –El mensajero de la Paz-. p. 12-15.

Díaz-García, C; Zapardiel, I; Mínguez, JM. 2007. Distocia por presentación anormal, el parto de nalgas: conducta obstétrica (en línea). *In* Fundamentos de obstetricia. Bajo Arenas, JM; Melchor Marcos, JC; Mercé, LT (eds.). Madrid, España, Gráficas Marte, S. L. p. 684. Consultado 19 jun. 2017. Disponible en www.sego.es/Content/pdf/ OBSTRETICIA.pdf

Félix Báez, CA. 2006. Presentación pélvica. *In* Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia. México, McGraw-Hill. p. 239.

Gómez Palomo, R; Jiménez García, MA; Arroyo Molina, JA. 2014. Manejo de las complicaciones intraparto (en línea). *In* Manual básico de obstetricia y ginecología. Vázquez Lara, JM; Rodríguez Díaz, L (eds.). Madrid, España, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. p. 321. Consultado 19 jun. 2017. Disponible en http://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

Gómez Portero, R; Vila Vives, JM. 2014. Parto en presentación de nalgas (en línea). *In* Obstetricia y ginecología guía de actuación. Pellicer Martínez, A; Hidalgo Mora, JJ; Perales Marín, A; Díaz García, C (eds.). Madrid, España, Editorial Médica Panamericana, S. A. p. 709. Consultado 18 jun. 2017. Disponible en https://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=28&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiw3aPmqsrUAhUB0SYKHQchCcQ4FBAWCEMwBw&url=http%3A%2F%2Fwww.circulomedicodezarate.org%2Fe-books%2FObstetricia-Ginecologia-Guia-deActuacion.pdf&usg=AFQjCNEHnXNj2geO4pLaVKnQBzlXKyZt9A

Gonzáles-Merlo, J; Laílilla Vicens, JM; Fabre Gonzáles, E; Gonzáles Bosquet, E. 2013. Obstetricia de Merlo. 6 ed. Barcelona, España, Editorial Elsevier. p. 251, 114-116.

Marrero Riverón, LO; Cabrera Viltres, N; Rodríguez-Triana Orue, JA; Navarro Gonzáles, A; Castro Soto del Valle, A; Tarragona Reinoso, R; Hernández Gutiérrez, R. 1998. Diagnóstico y tratamiento de la parálisis braquial obstétrica (en línea). Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología 12(1-2): 29. Consultado 18 jun. 2017. Disponible en http://scielo.sld.cu/pdf/ort/v12n1-2/ort06198.pdf

Instituto de Estudios y Capacitación Cívica, Guatemala. 2002. Diccionario municipal de Guatemala. 5 ed. Guatemala, Biblioteca Presidencial para la Paz. p. 49.

Pérez Porto, J; Merino, M. 2013. Definición de pasantía (en línea). Definición de. Consultado 03 abr. 2017. Disponible en http://definicion.de/pasantia/

Pérez Sánchez, A. 1999. El parto en presentación podálica. *In* Obstetricia. Perez Sánchez, A; Donoso Siña, E (eds). 3 ed. Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo. p. 362.

Piloña Ortíz, GA. 2014. Guía práctica sobre métodos y técnicas de investigación documental y de campo. 8 ed. Guatemala, Editorial GP Editores. p. 22, 26.

Rigol Ricardo, O. 2004. Situaciones y presentaciones viciosas (en línea). *In* Obstetricia y ginecología. La Habana, Cuba, Editorial Ciencias Médicas. p. 200. Consultado 19 jun. 2017. Disponible en http://recursosmic.blogspot.com/2012/08/obstetricia-y-ginecologia-dr-orlando.html

Sánchez-Dehesa, M; Sánchez-Dehesa, Amalio. 2003. Urgencias en el parto vaginas (en línea). *In* Urgencias en ginecología y obstetricia. Cañete Palomo, ML (eds.). Albacete, España, Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha. p. 163. Consultado 18 jun. 2017. Disponible en http://www.unibe.edu.do/sites/default/files/internados/obstetricia/Guias-de-urgencias-en-ginecologia-y-obstetricia.pdf

Schwarcz, LT; Sala, RD; Duverges, F. 2005. Obstetricia. 6 ed. Buenos Aires, Argentina, El Ateneo. p. 596.

Smith, RP. 2005. Obstetricia, ginecología y salud de la mujer (en línea). México, Masson. p. 218. Consultado 18 jun. 2017. Disponible en https://we.riseup.net/assets/299214/Roger+P.+Smith+ilustraciones+de+Frank+Netter+ilustradores%2C+John+A.+Craig%2C+Carlos+A.G.+Machado+traduccion%2C+Maribel+Miguel+Perez%2C+Nuria+Porta+de+la+Riva-Netter+Obstetricia%2C+ginecología+y+ salud+d.pdf.

Terra, R. 2005. Parto en podálica (en línea). *In* Obstetricia. Salina P, H; Parra C, M; Valdés R, E; Carmona G, S; Opazo R, D (eds.). Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile. p.168. Consultado 19 jun. 2017. Disponible en https://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=21&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiw3aPmqsrUAhUB0SYKHQchCcQ4FBAWCB8wAA&url=http%3A%2F%2Fwww.uss.cl%2Fbiblioteca%2Fwpcontent%2Fuploads%2F2016%2F02%2FObstetricia.pdf&usg=AFQjCNE4YQ2uXSkTJE7fO_IJI3qmcmXqWQ

Trabanino S., BR. 1987. Donde los jilgueros abundan, Chiquimuljá ciudad de pájaros. Guatemala, Imprenta y Litografía "APOLO". p. 23.

Wikipedia La Enciclopedia Libre. 2017. Historia de Chiquimula (en línea). Consultado 25 mar. 2017. Disponible en https://es.m.wikipedia.org/wiki/ Chiquimula_(Departamento).

Wikipedia La Enciclopedia Libre. 2017. Historia del Centro Universitario de Oriente (en línea). Consultado 23 mar. 2017. Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Centro_Universitario_de_Oriente.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CHIQUIMULA BIBLIOTECA

XIII. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

TRABAJO DE TESIS
“MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIANA”
ASESOR: Dr. RONALDO RETANA

EVALUACIÓN PRÁCTICA

Investigadores:
Alba Betzabé Có Chón

Kevin Saúl Lara Tejada

Fecha: _____

Mientras la simulación del parto esté en proceso se le dirá al estudiante que maniobras utilizar.

ASPECTOS A EVALUAR EN CADA ALUMNO

ACCIÓN	SI	NO
1. Sostiene las caderas del feto de manera adecuada.		
2. Uso la compresa “Húmeda y tibia” para sostener al feto.		
3. Realizó el asa del cordón umbilical.		
4. Realizó la maniobra de Rojas/Müller de la manera adecuada.		
5. Realizó la maniobra de Mauriceau/Praga de la manera adecuada.		

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

TRABAJO DE TESIS
"MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIANA"
ASESOR: Dr. RONALDO RETANA

EVALUACIÓN TEÓRICA

Investigadores:

Alba Betzabé Có Chón

Kevin Saúl Lara Tejada

Fecha: _____

I. SERIE: A continuación se le hacen una serie de interrogantes, subraye la respuesta correcta con lapicero.

1. ¿Por qué se debe realizar el asa del cordón umbilical?

a. Para prevenir lesiones del cordón al realizarse las maniobras.

b. Para ayudar a la perfusión y así mantener el aporte de oxígeno al feto.

c. Para facilitar las maniobras de extracción del feto.

2. ¿Para qué se realiza la maniobra de Mauriceau?

a. Extracción de brazos.

b. Extracción de cabeza.

c. Extracción de brazos y cabeza.

3. ¿El ocupar una toalla húmeda y tibia al momento de sostener las caderas del feto, sirve para prevenir la hipotermia?

a. Verdadero

b. Falso

4. ¿Por qué no se debe sostener al feto del área abdominal?

a. Para prevenir lesiones de órganos internos.

b. Dificulta el agarre del feto.

c. Disminuye el flujo sanguíneo de la aorta abdominal.

5. ¿La maniobra de Praga modificada se utiliza cuando, luego de la extracción de los hombros del feto su dorso se sitúa en dirección al sacro materno?

a. Verdadero

b. Falso

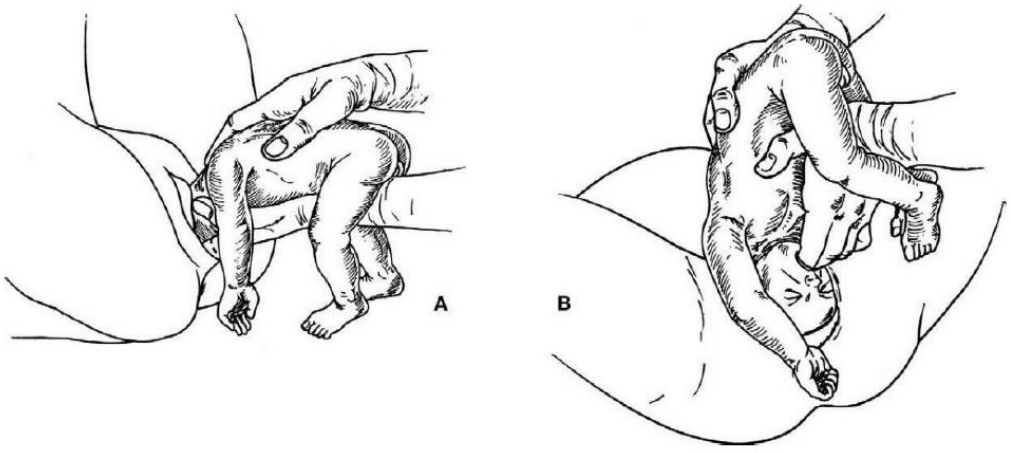
6. ¿Qué maniobra se realiza para la extracción de la cabeza del feto, si luego de la extracción de los hombros el dorso del feto queda en dirección a la sínfisis del pubis de la madre?

a. Maniobra de Mauriceau.

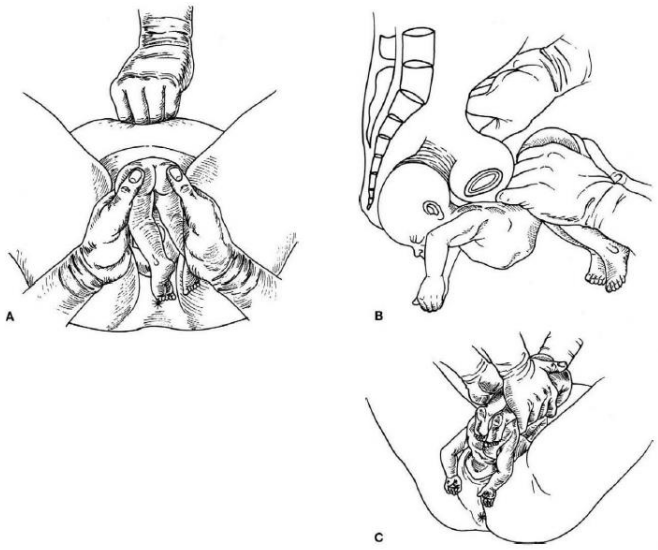
b. Maniobra de Rojas Lovset.

c. Maniobra de Praga modificada.

II. SERIE: A continuación se le presentan gráficos, identifique cada maniobra.



Maniobra de Mauriceau.



Maniobra de Bracht.

III. SERIE: A continuación se le presenta un caso clínico, describa que manejo le daría usted.

Se presenta a su puesto de salud mujer de 18 años, primigesta con dolores tipo parto de 8 horas de evolución, Con los siguiente signos vitales: Frecuencia cardiaca, 72x', Frecuencia respiratoria de 18x', Presión arterial 120/80mmHg;al examen físico Altura uterina de 31cm, Frecuencia cardiaca fetal 149x', al realizar las maniobras de Leopold, feto único, podálico, Dorso lateral izquierdo, al tacto vaginal: feto en presentación podálico, membranas rotas 6 cm de dilatación, borramiento del 50%, altitud -1.

Respuesta: **Referir a centro de primer nivel.**

ANEXO 3.

Diapositivas de la clase impartida a los estudiantes.

MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIANA

DR. RONALDO RETANA

CONCEPTO

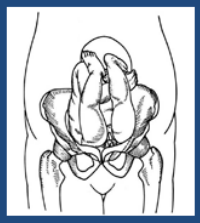
- Se denomina presentación pelviana, podálica o de nalgas aquella modalidad de situación longitudinal del feto en la que el polo caudal del mismo se encuentra en contacto directo con el estrecho superior de la pelvis materna.

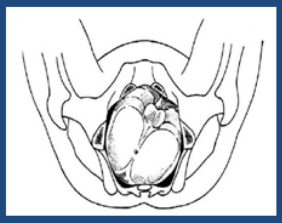
Clasificación de las presentaciones pélvica

- a. Nalgas puras, simples o francas.
- b. Nalgas completas
- c. Nalgas incompletas

- **Nalgas puras, simples o francas (65-70%):**
- Los muslos del feto se encuentran flexionados sobre el tronco fetal y las piernas en extensión sobre los muslos.
- Modalidad más favorable para el parto vaginal.

Nalgas puras, simples o francas.





b. Nalgas completas (5%):

- La más parecida a la presentación de vértice, ya que el feto está en una actitud de máxima flexión, pero invirtiendo su polaridad.
- muslos flexionados sobre el tronco y las piernas flexionadas a su vez sobre los muslos; así, las nalgas y los pies están en contacto con la pelvis materna.

Nalgas completas

c. Nalgas incompletas (25-30%).

- Es más común en pretérminos
- Modalidad de pies, que puede ser sencilla o doble, según que el feto disponga de una o ambas extremidades inferiores en extensión completa.

Nalgas incompletas

Exploración física

- En una presentación pélvica franca durante la exploración vaginal no se aprecian los pies, pero es posible palpar las tuberosidades isquiáticas, el sacro y el ano del feto.
- En algunos casos el ano se confunde con la boca y las tuberosidades isquiáticas con las eminencias malares.

- El dedo se topa con resistencia muscular con el ano.
- Al sacar el dedo de ano a menudo se encuentra teñido con meconio.
- La boca y las eminencias malares forman un triángulo, mientras que las tuberosidades isquiáticas y ano se encuentran en la línea recta.

Maniobras para atención del parto en presentación pélvica

- Después del nacimiento de las extremidades inferiores, se sujeta la pelvis ósea con ambas manos, utilizando una toalla húmeda y tibia. Los dedos deben apoyarse en las crestas iliacas anterosuperiores y los pulgares en el sacro, lo cual torna mínima la posibilidad de lesión de tejidos blandos abdominales

Correcta sujeción de la pelvis del feto

Maniobras para el desprendimiento de los hombros

a. Maniobra de Müller.
b. Maniobra de Rojas-Lóvset.

Maniobra de Müller:

- Se rota el tronco fetal para situar el diámetro biacromial del feto, coincidiendo con el anteroposterior del estrecho inferior.

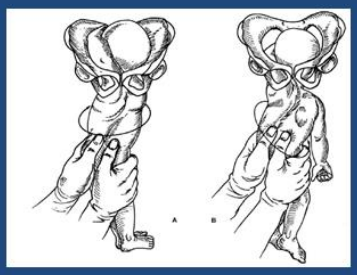
- Se tracciona del feto con ambas manos hacia abajo, logrando el desprendimiento del hombro anterior en situación sub-púbica.

- A continuación se realiza la maniobra contraria, traccionando el feto hacia arriba y logrando la expulsión del hombro posterior en situación sacra.

Maniobra de Rojas-Lóvset:

- En este caso se tracciona del tronco fetal una vez insinuada ya la escápula en el periné, realizando una rotación de 90° para conseguir la extracción del hombro anterior en situación subpúbica.

Maniobra de Rojas Lóvset



- Se repite la misma maniobra rotando al feto 180° en sentido inverso y se realiza una tracción hacia abajo para conseguir el desprendimiento del otro hombro también debajo del pubis.

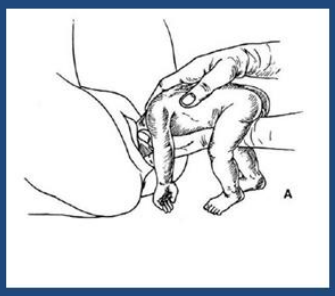
- Muy importante que al realizar la extracción de los hombros, el dorso del feto no quede orientado hacia atrás, ya que ello supondría tener que realizar la extracción de la cabeza en occipitosacra, lo cual debe evitarse siempre.

Maniobra para el desprendimiento de la cabeza

a. Maniobra de Mauriceau o maniobra de Mauríceau-Smellie-Veit.
b. Maniobra modificada de Praga.

<u>Maniobra de Mauriceau o maniobra de Mauríceau-Smellie-Veit:</u>

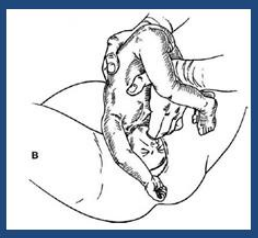
- El tocólogo coloca al feto cabalgando sobre su antebrazo e introduce los dedos índice y medio de la mano en la vagina, en busca de la boca del feto, para ayudar a la flexión y rotación de la cabeza y para hacerla descender hasta que la zona suboccipital quede por debajo de la sínfisis púbica.



Maniobra de Mauriceau en su primer tiempo

- Mientras, la otra mano se coloca sobre los hombros y el occipucio fetal ayudando a la flexión. Una vez conseguida la flexión y el descenso de la cabeza fetal, se eleva progresivamente el tronco fetal sobre el abdomen materno hasta lograr el desprendimiento de la cabeza flexionada.

Maniobra de Mauriceau en su segundo tiempo

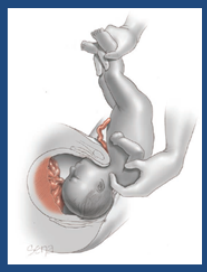


Maniobra modificada de Praga

- En escasa ocasiones el dorso del feto no rota hacia adelante y, cuando ello ocurre, se puede conseguir la rotación del dorso hacia delante al utilizar una tracción más fuerte sobre las extremidades inferiores o la pelvis ósea.
- Si el dorso aún se mantiene en orientación posterior, tal vez se logre la extracción por medio de la maniobra de Mauriceau y el nacimiento del feto con el dorso hacia abajo.
- Si esto es imposible, el feto puede extraerse con la maniobra de Praga modificada.

Maniobra modificada de Praga

Sujeción de los hombros del feto con el dorso hacia abajo mediante dos dedos de una manos desde abajo, en tanto la otra mano leva los pies sobre el abdomen materno.



Maniobra para extracción de hombros y cabeza conjuntamente

- Una vez expulsado el tronco fetal y cuando aparece por la vulva la punta de la escápula, el obstetra flexiona las extremidades del feto sobre el tronco del mismo.

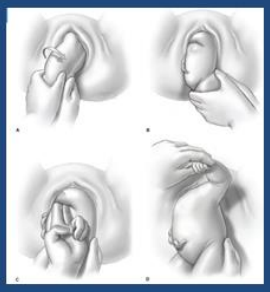
- Con las palmas de las manos sobre el dorso.

Maniobra de Bracht en su tercer tiempo

- Con los dedos pulgares sobre los muslos fetales, bascula el cuerpo fetal sobre el abdomen materno.

- Es conveniente que un ayudante realice una discreta presión a través del abdomen materno para ayudar a que la cabeza se flexione y descienda.

Correcta extracción de miembros superiores



GRACIAS POR SU ATENCIÓN

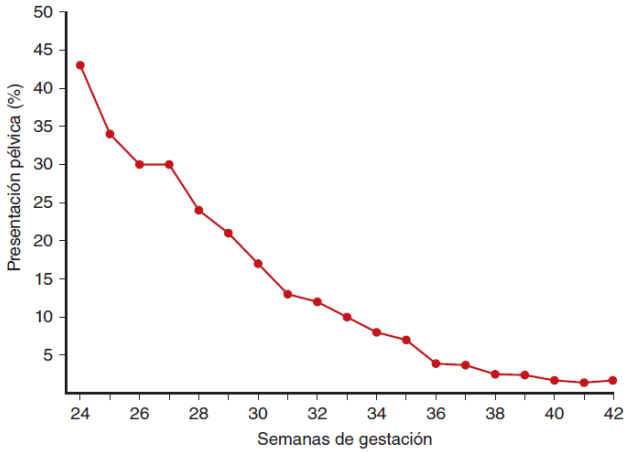
ANEXO 4

TABLA 1.

Porcentaje de presentaciones podálicas según el tiempo de gestación (Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya, y Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona).

	Hospital de Cruces	Hospital Sant Joan de Déu
Gestación > 36 semanas	3,39%	3,2%
Gestación 33-36 semanas	12,39%	10,7%
Gestación 28-32 semanas	20,55%	18,2%
Gestación < 28 semanas	29,64%	31,1%

FIGURA 1.



Prevalencia de la presentación pélvica según la edad gestacional en el momento del parto en 58,842 embarazo con productos únicos de la University of Alabama de los Hospitales Birmingham entre 1,991 y 2,006 (Con autorización del Center ForWomen's Reproductive Health, University of Alabama at Birmingham).

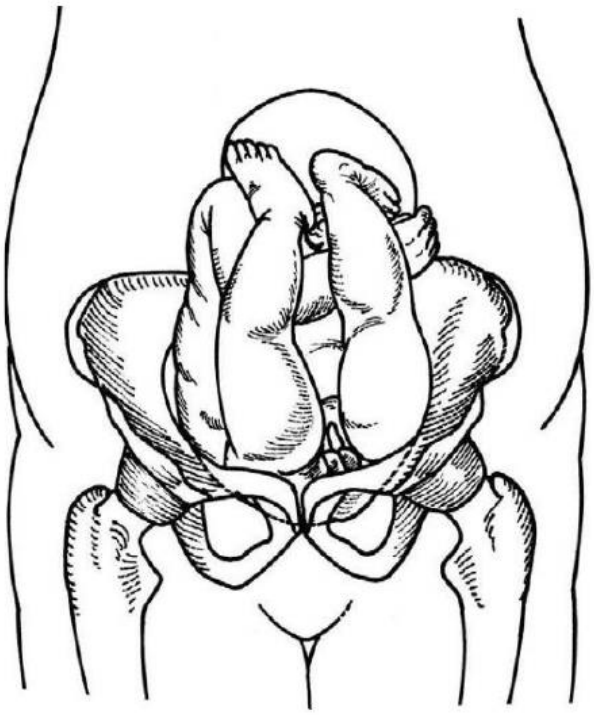


FIGURA 2a. Presentación de nalgas puras.

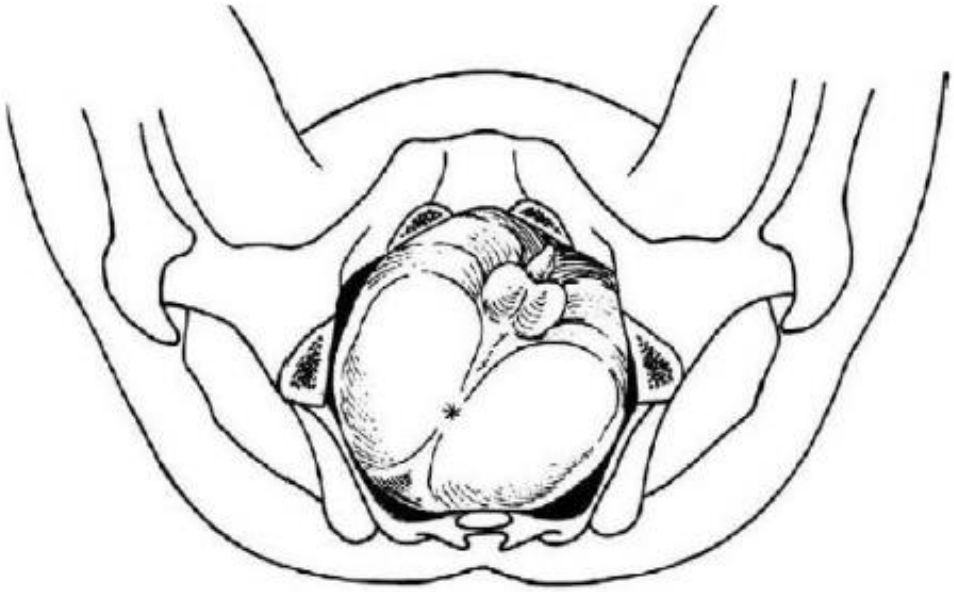


FIGURA 2b. Presentación de nalgas puras.

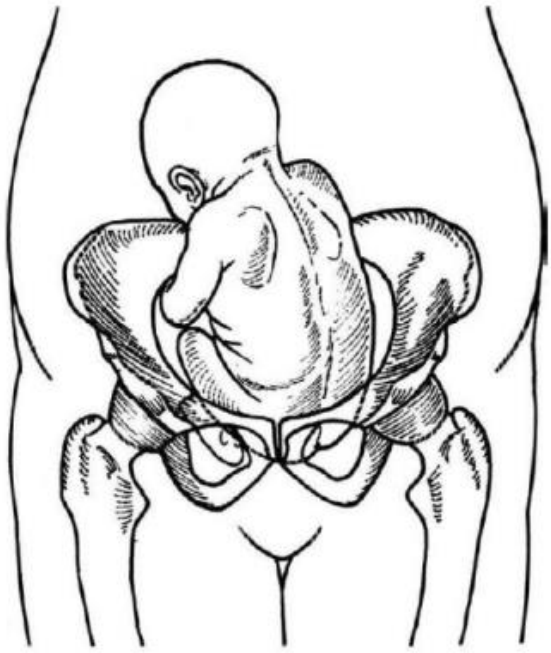


FIGURA 3a: Presentación de nalgas completas.

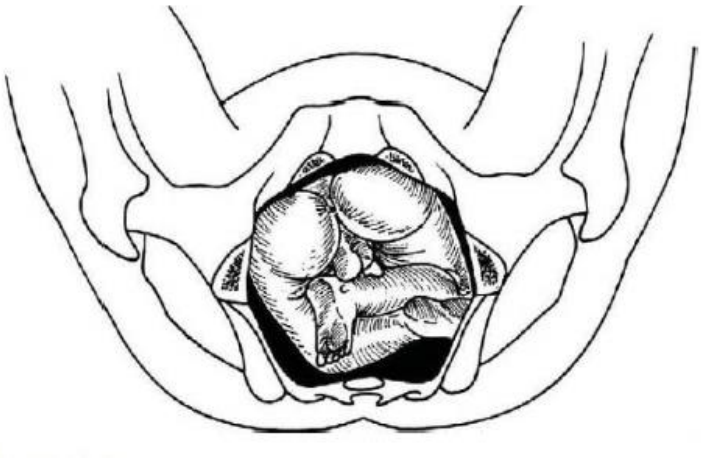


FIGURA 3b: Presentación de nalgas completas.

FIGURA 4: Presentación pélvica incompleta.

FIGURA 5. Las caderas de la presentación franca salen sobre el periné.

FIGURA 6: Nacimiento del cuerpo. Se aplican las manos, pero no por arriba de la cintura pélvica. Se hace rotación descendente suave y se aplica tracción hasta que se observen fácilmente los omóplatos.

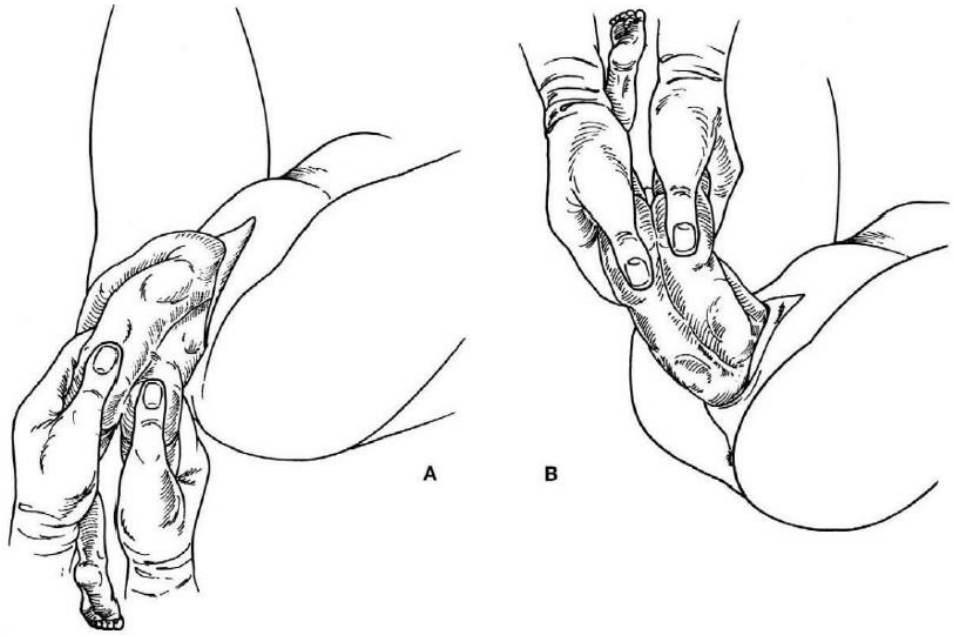


FIGURA 7: Maniobra de Müller.

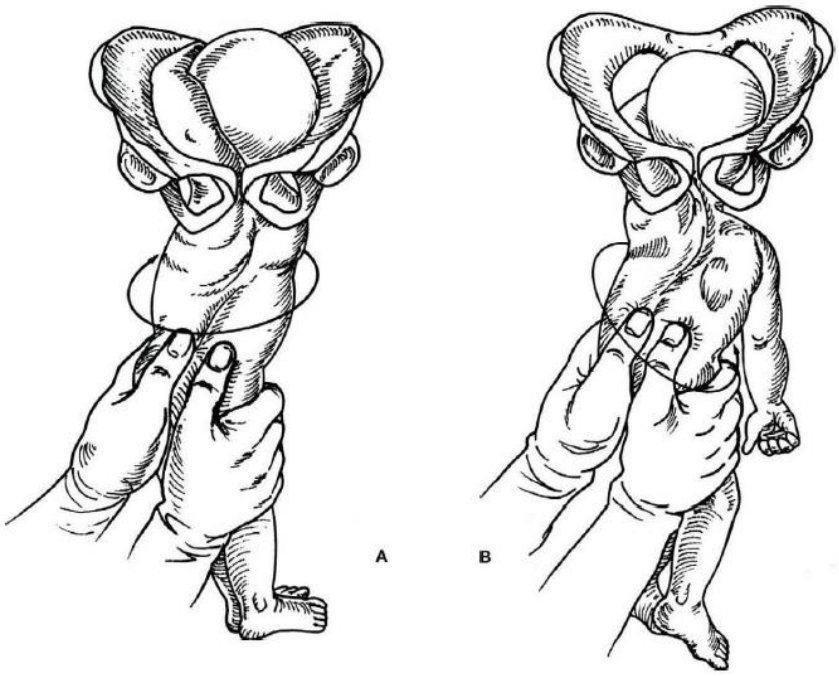


FIGURA 8: Maniobra de Rojas Lóvset.

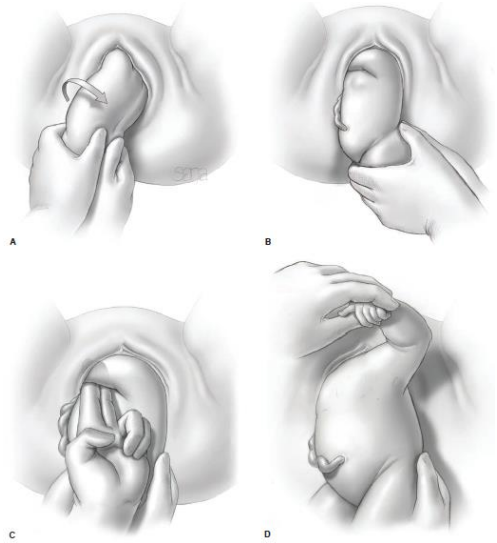


FIGURA 9. Extracción de extremidades superiores. La rotación de 90 grados de la pelvis fetal en sentido de las manecillas del reloj lleva el sacro de la versión anterior a la izquierda transversa. De manera simultánea, la aplicación de tracción descendente suave consigue el nacimiento del omóplato (A) y la extremidad superior (B-D).

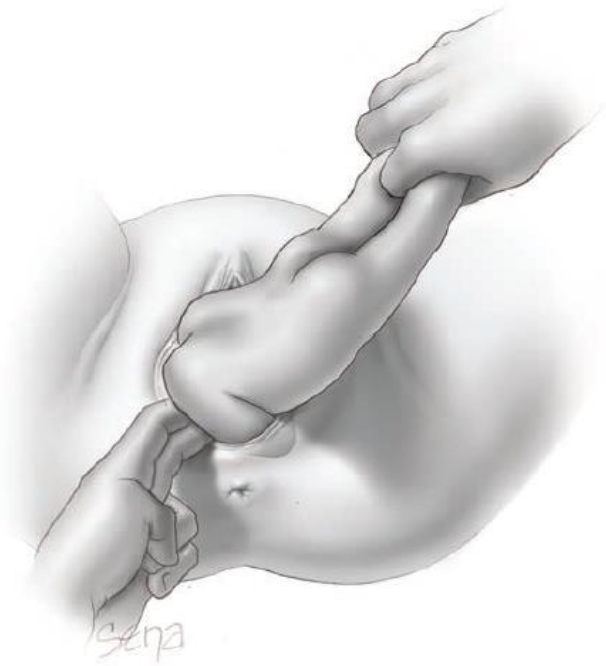


FIGURA 10. Extracción del hombro posterior. Conforme continúa la extracción podálica, se ejerce tracción ascendente para lograr el nacimiento del hombro posterior. Esto es seguido por el nacimiento de la extremidad superior posterior.

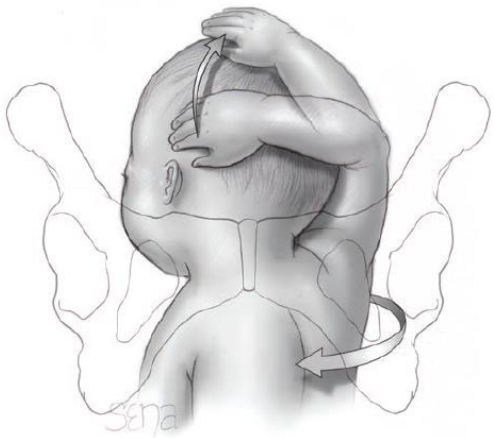


FIGURA 11. Reducción de la extremidad superior en la nuca que se logra por medio de rotación del feto 180 grados en sentido contrario a las manecillas del reloj, de manera que la fricción ejercida por el conducto del parto lleve el codo hacia la cara.

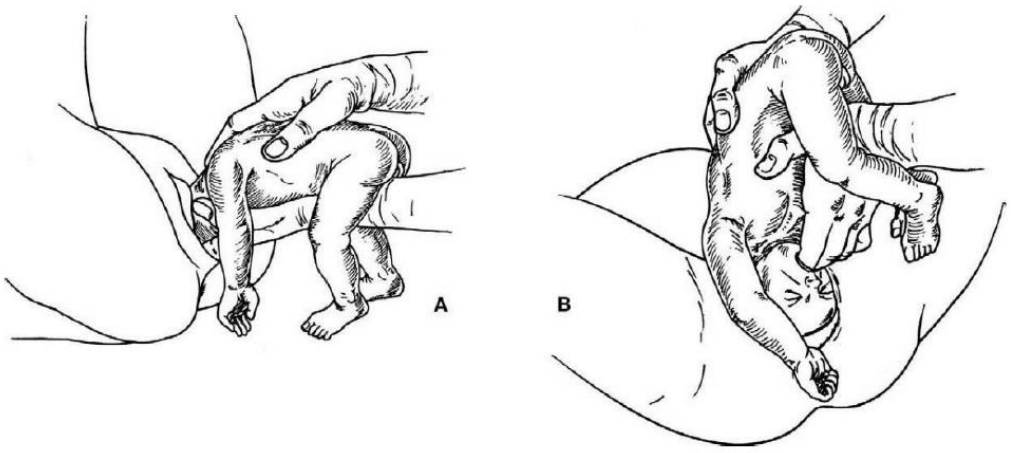


FIGURA 12 a y 12 b. Maniobra de Mauriceau en sus dos tiempos.

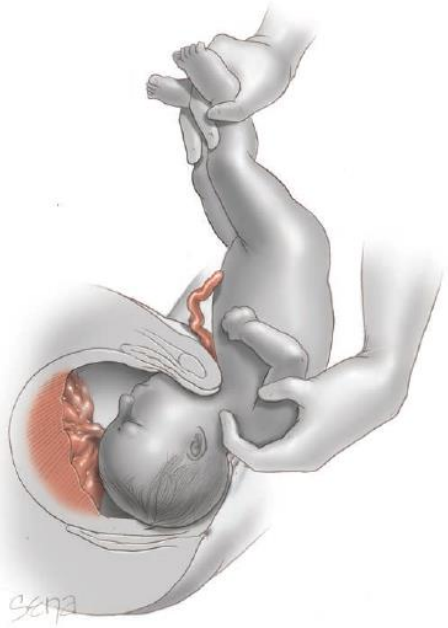


FIGURA 13: Nacimiento de la cabeza al final con la utilización de la maniobra modificada de Praga, necesaria cuando el tronco fetal no rota hacia adelante.

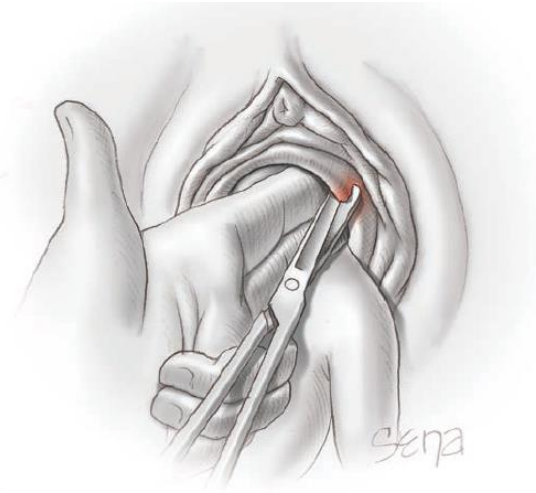


FIGURA 14. Incisión tipo Dührssen a las 2:00, seguida de una segunda incisión a las 10:00 del reloj. Rara vez se requiere una incisión adicional a las 6:00 del reloj. Las incisiones se llevan a cabo con el objeto de llevar al mínimo la hemorragia de las ramas cervicales de la arteria, de localización lateral. Ulterior al nacimiento, separan las incisiones.

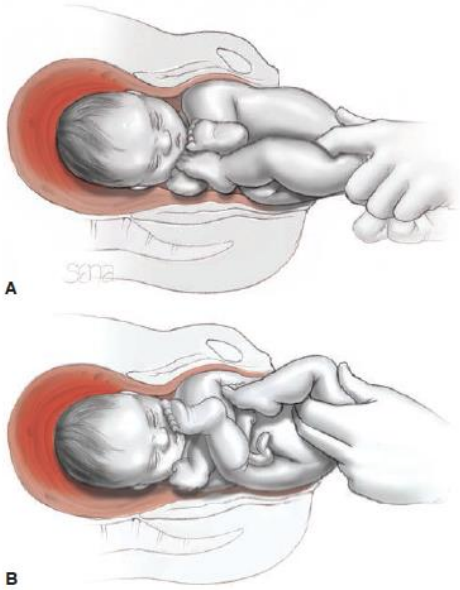


FIGURA 15a, 15b: A. Extracción de un feto en presentación pélvica franca de nalgas con los dedos en las ingles. B. Para el parto de la cadera, cada cadera y rodilla se flexionan con el propósito de extraerlas de la vagina.

FIGURA 16. Modificación de la presentación pélvica franca de nalgas mediante la maniobra de Pinard. Se insertan dos dedos a lo largo de una extremidad hasta la rodilla, que después se aleja de la línea medía, para a continuación aprovechar la flexión espontánea. Se aplica tracción con el objeto de obtener la ubicación del pie dentro de la vagina.

FIGURA 17: La gran extracción podálica se inicia con la tracción sobre pies y tobillos.

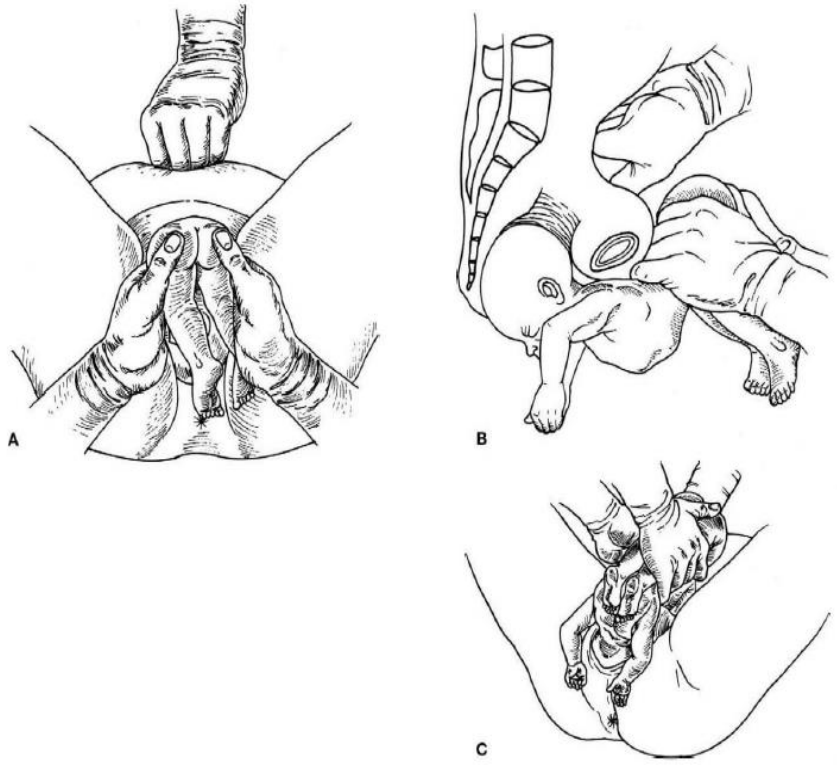


FIGURA 18a, 18b, 18c: Maniobra de Bracht en sus tres tiempos.

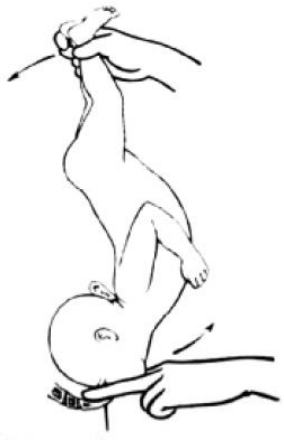


FIGURA 19: Maniobra de Trillat-Pigeaud.

FIGURA 20: Maniobra de Chome.

FIGURA 21: Maniobra de Muñoz-Arbat

FIGURA 22a: Primera maniobra de Leopold.

FIGURA 22b: Segunda maniobra de Leopold.

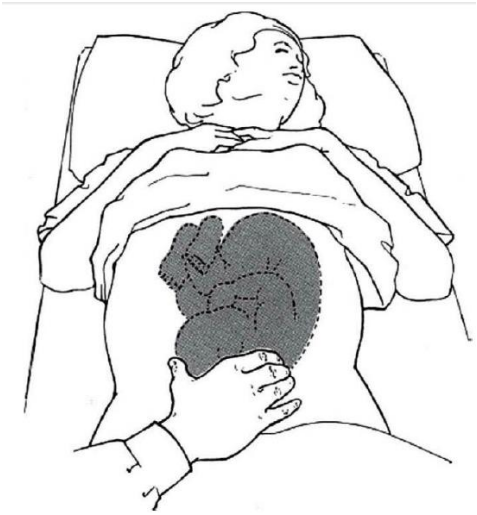


FIGURA 22c: Tercera maniobra de Leopold.

FIGURA 22d: Cuarta maniobra de Leopold.

Anexo 5

Carta de autorización para realizar el trabajo de campo en el Centro Universitario de Oriente -CUNORI-

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DIRECCIÓN

Ref. D- 220-2017

Chiquimula, 24 de marzo de 2017

Estudiantes
Alba Betzabé Có Chón
Kevin Saúl Lara Tejada
Carrera de Médico y Cirujano
– CUNORI-

Reciban un respetuoso saludo, deseando que sus actividades tanto formativas como familiares se desarrollen exitosamente.

En respuesta a su solicitud de fecha 23 de marzo del presente año, me permito indicarles que se les **AUTORIZA** la realización de trabajo de campo de tesis titulado **"MANEJO DEL PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN PELVIADA",** la cual consiste en charlas dirigidas a estudiantes de quinto y sexto año de la carrera de Medicina.

Esperando que su estudio llene las expectativas planteadas, suscribo atentamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Universidad de San Carlos de Guatemala Centro Universitario de Oriente Chiquimula Dirección

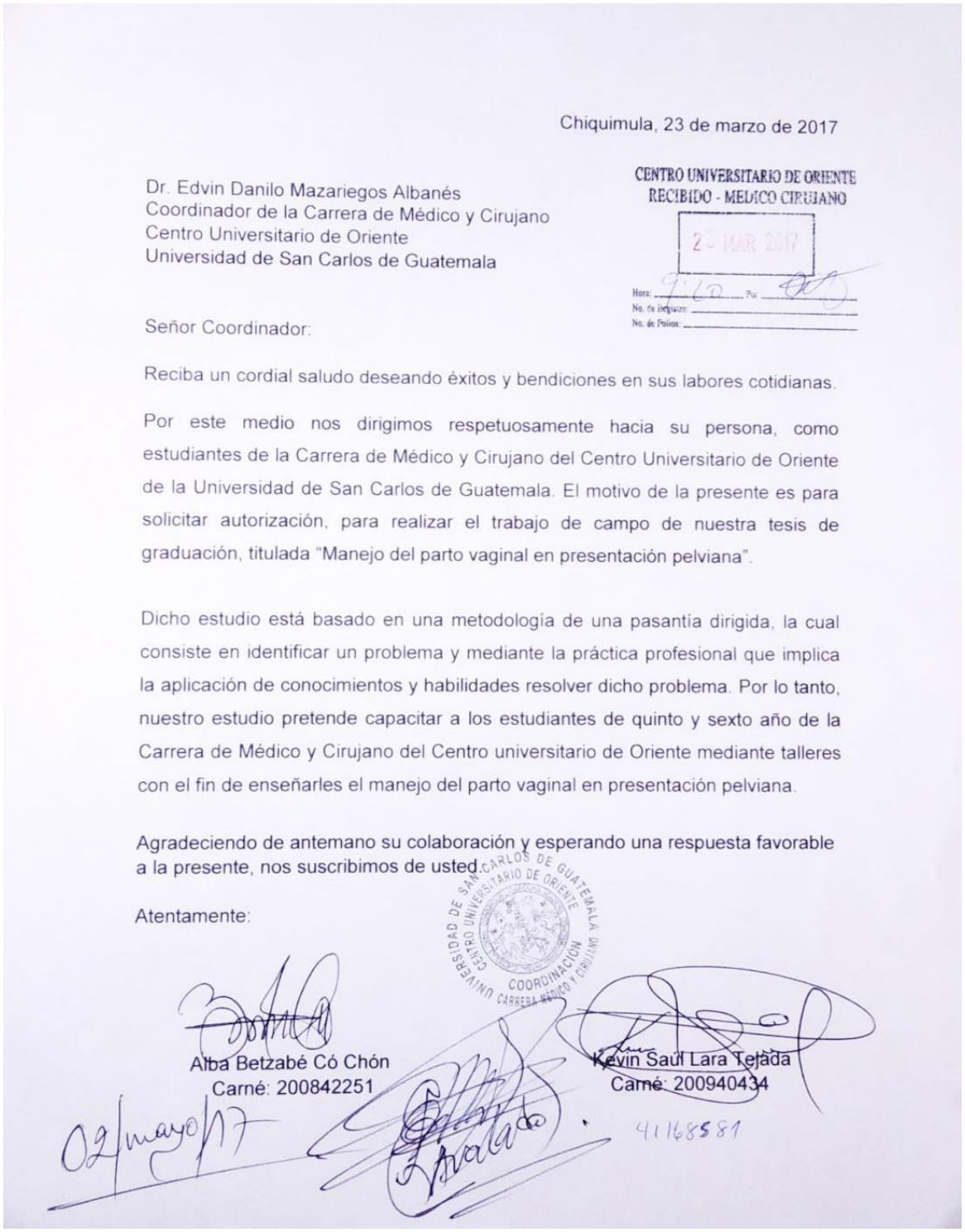
MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
CUNORI – USAC

c.c. Coordinación de Carrera
Archivo

NWGC/ars

Anexo 6

Carta de solicitud para realizar el trabajo de campo en los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano.



Chiquimula, 23 de marzo de 2017

CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
RECIBIDO - MEDICO CIRUJANO
23 MAR 2017
Hora: 9:10 Por:
No. de Expediente:
No. de Folios:

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Coordinador:

Reciba un cordial saludo deseando éxitos y bendiciones en sus labores cotidianas.

Por este medio nos dirigimos respetuosamente hacia su persona, como estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El motivo de la presente es para solicitar autorización, para realizar el trabajo de campo de nuestra tesis de graduación, titulada "Manejo del parto vaginal en presentación pelviana".

Dicho estudio está basado en una metodología de una pasantía dirigida, la cual consiste en identificar un problema y mediante la práctica profesional que implica la aplicación de conocimientos y habilidades resolver dicho problema. Por lo tanto, nuestro estudio pretende capacitar a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro universitario de Oriente mediante talleres con el fin de enseñarles el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.

Agradeciendo de antemano su colaboración y esperando una respuesta favorable a la presente, nos suscribimos de usted.

Atentamente:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
COORDINACIÓN
CARRERA MÉDICO Y CIRUJANO

Alba Betzabé Có Chón
Carné: 200842251

Kevin Saúl Lara Tejada
Carné: 200940434

02/mayo/17

4116881

Anexo 7

CARTA DE APROBACIÓN DEL INFORME FINAL POR EL ASESOR

Chiquimula, 22 de junio del 2017.

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

Presidente del Organismo Coordinador de los Trabajos de Graduación de Medicina (OCTGM)

Centro Universitario de Oriente –CUNORI-

Respetable director:

Reciba un cordial saludo deseando éxitos y bendiciones en sus labores cotidianas.

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar al Perito Contador con Orientación en Computación Kevin Saúl Lara Tejada, con el carné no. 200940434 y a la Maestra de Educación Primaria Urbana Alba Betzabé Có Chón, con el carné No. 200842251, en Informe Final de la Investigación titulada "Manejo del parto vaginal en presentación pelviana", me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar a los mencionados, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado está basado en una metodología de una pasantía dirigida, la cual consistió en identificar un problema y mediante la práctica profesional que implica la aplicación de conocimientos y habilidades resolver dicho problema. Por lo tanto, nuestro estudio capacitó a los estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro universitario de Oriente mediante talleres con el fin de enseñarles el manejo del parto vaginal en presentación pelviana.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Ronaldo Retana Albanés
Ginecólogo y Obstetra
Col. 10,535

Dr. Ronaldo Retana Albanés
Médico y Cirujano
Col. 10535

Anexo 8

FOTOGRAFÍAS DE LOS TALLERES REALIZADOS

a. Fotografías de la demostración de las distintas maniobras para atender un parto en presentación pelviana por el Dr. Ronaldo Retana.

b. Fotografía de la clase magistral impartida a médicos externos de quinto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.

c. Fotografías del taller realizado con los médicos externos de quinto año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.

d. Fotografía de la clase impartida a médicos internos de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente sobre el "Manejo del parto en presentación pelviana".

e. Fotografías del taller realizado con los médicos interno de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.