

11237  
2ej  
183



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos"  
I.S.S.S.T.E.

INCIDENCIA DE LAS MALFORMACIONES CONGENITAS  
EN LAS PRESENTACIONES PODALICAS Y LA VIA DE

RESOLUCION

*Vo. por...*

*[Signature]*

**T E S I S**

Que para obtener el título de:  
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

P r e s e n t a :

**Dra. Itala Inés Zambrano Ormaza**

Coordinador: DR. FRANCISCO DIAZ ACOSTA

México, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1986





## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	Página.
I INTRODUCCION. . . . .	1
II GENERALIDADES . . . . .	2
III OBJETIVOS . . . . .	15
IV JUSTIFICACION . . . . .	16
V MATERIALES Y METODOS. . . . .	16
VI RESULTADOS . . . . .	17
VII DISCUSION . . . . .	21
VIII CONCLUSIONES . . . . .	23
IX CUADROS . . . . .	24
X GRAFICAS . . . . .	32
XI BIBLIOGRAFIA . . . . .	35

## INTRODUCCION

Los defectos congénitos representan un complejo grupo de entidades nosológicas, que en la mayoría de las cuales se desconocen los factores causales involucrados y, actualmente constituyen un reconocido problema de salud pública en cualquier comunidad. Estudios epidemiológicos realizados en diversos países han revelado que la frecuencia de recién nacidos con malformaciones congénitas, suelen mostrar un amplio rango de variabilidad (1).

Estudios actuales indican que en los partos podálicos son más frecuentes las anomalías congénitas, con los que se comparan a los obtenidos por vía cefálica.

La frecuencia de presentación podálica es variable, - Brenner (2) informa el 3.5%, Casanova Álvarez y Cols. (27), - el 6.2%, Alvarado Durán y Cols. (28), el 2.9%. El 32% de las deformidades que Dunn encontró, fueron condicionadas por la presentación podálica.

En recién nacidos con malformaciones congénitas, la presentación podálica tiene incidencia del 23% (14), ocho veces mayor que la incidencia general (29).

Antes de la 33 semanas de gestación la presentación fetal es inestable. Durante la 30-34 semanas ocurre una versión cefálica espontánea comunmente. Los estadios de Taussig que con la pelvis normal, de tamaño normal y forma normal de la cavidad uterina y un sólo niño, la fuerza de la gravedad combinada con los movimientos de los niños usualmente tenderán a dar una presentación cefálica, esto ocurre con las observaciones de las presentaciones podálica, por lo que es más común en gemelos, en niños que tienen mielomeningocele, en hidrocele, en anencefálicos en niños de bajo peso al nacer, y en anomalías congénitas externas (30).

#### GENERALIDADES:

Se ha visto que la incidencia de malformaciones congénitas y el aumento de la mortalidad perinatal está asociada a la presentación podálica y la vía de resolución es el parto (29).

La presentación podálica cuando se presentan pie o pies, rodilla o rodillas, la parte inicial que se presenta con el feto en posición longitudinal y las nalgas en el polo inferior.

COMPLETA: Cuando son las nalgas las que se presentan,-

las caderas y las rodillas permanecen flexionadas.

FRANCA: La más frecuente, cuando las caderas se hallan flexionadas y las rodillas extendidas.

INCOMPLETA: Con precidencia de uno o de los dos pies, cuando uno o ambos pies o las rodillas son la parte que se presenta.

COMPUESTA: Cuando se presentan las nalgas y alguna otra parte como por ejemplo, la mano. (2)

La etiología es muy variada, y se han descrito con más frecuencia: pelvis contracturadas, cantidad anormal de líquido amniótico y anomalías fetales o uterinas. Estos factores pueden ser detectados sólo en un pequeño porcentaje de embarazos con presentación podálica. Algunos enfatizan factores mecánicos dentro del útero, otros dan interés a las condiciones del feto. Se han demostrado una asociación con la implantación de la placenta a nivel cornofundal (3).

Otros autores reportan que la mayoría de los fetos tienen piernas extendidas y esto impide que el feto llegue a la posición de vértice, a pesar de esto no se ha presentado datos convincentes sobre la causa de la presentación de nalgas.

Otros sugieren que es por disminución del líquido amniótico - (4).

Este tipo de presentación se ha visto asociada a malformaciones congénitas, tales como luxación congénita de cadera, hidrocefalia, anencefalia, mielomeningocele y disautonomía familiar (5), epondilohipoplasia, arthrogryposis, y pterigium popliteal (6), deformaciones menores, bajo peso fetal, y placentario, mayor mortalidad perinatal, baja calificación de Apgar y complicaciones mayores en la labor del parto (2); esto es mejor notado cuando se compara con los niños nacidos con otros tipos de presentaciones.

El diagnóstico puede ser clínico, pero es más fidedigno con otros tipos de ayuda diagnóstica. El advenimiento del ultrasonido da un nuevo método para estudiar la fisiología fetal, además da más información que los rayos X y la palpación, especialmente si es seriada.

Las enfermedades maternas también se han visto asociadas a estas presentaciones, especialmente con enfermedades cardiopulmonares (2).

Los índices de mortalidad perinatal son mucho mayores en la presentación de nalgas que en otras presentaciones - 25.4% y 2.6% respectivamente (2,31). Esto en parte puede ex-

plicarse por la presencia de malformaciones congénitas incompatibles con la vida; cuando estas muertes se omiten en los estudios, la mortalidad sigue siendo alta, como la anencefalia.

Estos nacimientos también tienen mayor porcentaje de complicaciones como placenta previa y desprendimiento prematuro de la misma, más que en los otros tipos de presentaciones, mayor incidencia de prolapso de cordón y circular de cuello.

La ruptura prematura de membranas también es mayor aun en presentaciones podálicas después de la 36 semanas, con mortalidad perinatal más alta de 10.2% comparados con el 4.4% de las otras presentaciones.

La frecuencia de productos muertos antes del parto y durante el mismo, así como la mortalidad perinatal es más alta después de las 24 semanas de gestación en partos de nalgas. En cada edad gestacional, de los fetos vivos al comienzo del trabajo de parto, mueren más durante el trabajo de parto en presentación de nalgas. Aun cuando no sea posible disminuir en forma manifiesta el índice de prematuridad y la frecuencia de productos muertos antes del parto en presentación de nalgas.



En cuanto a la forma más adecuada de resolver el parto en esta presentación, aún es controversial, pero debido a los últimos adelantos, la sobrevida ha mejorado en los últimos años y, esto es debido a un mayor cuidado materno, el uso de monitoreo fetal, glucocorticoides y cuidados regionalizados del niño y de madres de alto riesgo (8).

Se ha determinado que la cesárea disminuye la mortalidad perinatal, pero también causa mortalidad perinatal debido a esto se han hecho estudios comparativos para determinar su efectividad (9), en un estudio muestra que el 38% de nacidos por vía vaginal murieron contra el 32% de cesáreas, pero al hacer las correlaciones con respecto al peso, presentación y lugar de nacimiento, se ve que la cesárea no baja la mortalidad, lo cual también ha sido reportado por otros autores (10). Otros reportan (11, 12) que no hay diferencia significativa en la mortalidad perinatal, en niños de bajo peso al nacer, cuando se compara la vía del parto.

Algunos autores (13, 14, 15) reportan aumentos de la sobrevida cuando el parto se resuelve por cesárea en la presentación podálica, sin embargo otros no lo encuentran (16).

Muchos creen que hay factores que pueden influir en la mortalidad perinatal, otros autores creen que hay factores adicionales, que son más importantes que la vía del parto.

La misma cesárea por sí como procedimiento tiene complicaciones y riesgos que deben tomarse en cuenta: como sangrado, infección, efecto anestésico, por lo que la morbilidad se eleva en relación a la vía vaginal o la cesárea (17). Por lo tanto, es importante seleccionar adecuadamente a los pacientes, para decidir la vía vaginal o la cesárea, la cual es es tarfa indicada en productos grandes, cesárea anterior, ruptura de membranas, distocia de contracción (18) y si se usa la vía vaginal tener presente en el uso de forceps de Piper (19).

Conjuntamente paralelo con el incremento de la sobrevi da de niños de bajo peso al nacer, ha sido el incremento de la cesárea, desde el 5.5% al 15.2% en los últimos años (4).- La detención de una contribución específica del parto por cesárea para disminuir la mortalidad perinatal, que está condicionada a las complicaciones del embarazo, tales como prematu ridad, ruptura de membranas, parto podálico, distress fetal, estas son indicadoras de cesárea.

Estudios clínicos actuales también varían algo en EEUU, la cesárea también ha sido estandarizada para la presentación podálica, también ha sido aceptada en Europa (4),

Los niños de bajo peso al nacer, están sujetos a la combinación de dos factores de riesgo notable, como son; la -

acidosis y el trauma craneal. Los niños de bajo peso al nacer por parto vaginal en presentación podálica, está expuestos a los mismos factores de riesgo, el peligro de la acidosis, el riesgo del trauma mecánico, que está relacionado a la inadecuada dilatación del orificio cervical externo, más aún en niños de bajo peso al nacer, especialmente la cabeza fetal, que tiende a ser más grande en comparación con el tronco (20). El peligro del prolapso del cordón es mayor, las malformaciones congénitas son mayores (2,21).

El manejo del bajo peso al nacer y la presentación podálica es un problema multidimensional, por lo que no existe un acuerdo en el método óptimo de manejo.

La operación cesárea ha sido sugerida como un método de rutina (21) después de las 32 semanas de gestación en la presentación podálica.

La operación cesárea debe ser llevada a cabo en procedencia de pie, o en caso como toxemia, hipertensión diabetesmellitus. Para menores de 32 semanas de gestación, que pasen menos de 1500 gramos, es mayor la incidencia de hemorragia cerebral, en esos casos debe indicarse la operación cesárea.

Para delimitar la frecuencia entre la presentación po-

dálica y los no podálicos, se encontraron diferencias como: - el aumento de la prematuridad entre los podálicos, menor peso fetal y placentario, mayor frecuencia de anomalías congénitas, mayor frecuencia de mortalidad perinatal, disminución del Apgar y un aumento de la frecuencia de las complicaciones durante el parto (2).

La operación cesárea es un método más seguro que la -  
vía vaginal, cuando está bien indicada. Cuando el obstetra -  
está evaluando un trabajo de parto con presentación podálica,  
este tiene pocas bases de criterios que lo aislan, con el fin  
de obtener un niño lo más sano y con una madre sana.

Los niños de presentación podálica son obtenidos más -  
temprano que los no podálicos, la raza, el sexo influyen en -  
la frecuencia de partos de niños en presentación podálica, en  
la misma manera que lo hacen en los no podálicos, en las muj  
res negras, siendo paridos más temprano que los blancos. Los  
niños de presentación podálica son más chicos que los no podá  
licos de la misma edad gestacional. Muchas anomalías congé-  
nitas son más frecuentes en los de presentación podálica (2).

A pesar de que el hidrocéfalo sigue siendo el más fre-  
cuente en las malformaciones congénitas en podálicos (2), al-  
gunos pueden considerar que la presentación podálica parece -

no tener incremento en la incidencia con otras malformaciones congénitas (19).

La frecuencia de mortalidad perinatal es mayor para los podálicos en todos los estadios gestacionales, que para los no podálicos, estudios previos nos han brindado información (2). Muchos investigadores han presentado datos de mortalidad perinatal importante en prematuros y maduros, basados en los pesos fetales (2). Desafortunadamente los Obstetras no conocen los pesos fetales y deben basarse en la edad gestacional. Los niños podálicos tienen Apgar más bajos que los no podálicos.

Los niños con presentación podálica es probable que tengan ciertas complicaciones como placenta previa, placenta-abrupta, prolapso de cordón, ruptura prematura de membranas.- Los obstetras están seguros de la decisión de mejoras al paciente con presentación podálica en el parto, el uso de la inducción o trabajo de parto aumentado es un riesgo que lo pre-seta el feto, y dependiendo de la decisión aumentará o no el índice de morbimortalidad fetal.

La operación cesárea tiene características específicas y, las complicaciones resultantes son un incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal compensado con los no podáli-

cos. No existe un método de parto que pueda ser llevado a los obstetras después que él evalúe a su paciente y esté consciente de las diferencias y el aumento de los riesgos asociados con la presentación podálica, debe ser el que tome las de ci si o ne s a través del trabajo de parto.

Un efecto con presentación podálica a término, rara vez debe ser dado a luz vaginalmente sin una evaluación radiológica apropiada. Las radiografías también pueden determinar algunos tipos de anomalías congénitas, incluyendo la an en ce fa l ia y la hidrocefalia. Además se puede diagnosticar una ca be za h í p e r e x t e n d i d a que ocurre en el 1 al 5% de todas las presentaciones podálicas a término y que se asocian con lesión de la columna vertebral durante el parto vaginal (22).

El ultrasonido es de gran valor en la evaluación de la presentación de nalgas no anticipada en el feto durante el parto. Si el feto es prematuro, la edad gestacional y el peso estimado pueden ser determinados usando medidas del diámetro biparietal, longitud del fémur, y varias circunferencias. Si el feto es de término, las medidas por tomar son el diámetro biparietal, las circunferencias de la cabeza, pecho y abdomen y con un peso fetal estimado se puede determinar cuales son los fetos a término con presentación de nalgas que tendrán dificultades durante el parto vaginal. Las medidas

derivadas de la literatura que sugieren que el feto está por encima del tamaño promedio. Varias anomalías congénitas y entre ellas la hidrocefalia, la anencefalia, el síndrome de Potters, los riñones poliquísticos, y el onfalocele, todas ellas más frecuentes en las presentaciones de nalgas, se pueden diagnosticar con un examen ultrasonográfico (23).

La ultrasonografía se usa para identificar las diferencias ambientales y fetales entre la presentación podálica y cefálica. Antes del parto un menor porcentaje en presentación podálica se voltearon a la presentación cefálica, demostrada por ultrasonografía; y, un porcentaje mayor permanecía en presentación podálica. El crecimiento fetal, la postura, la posición, el sitio de la placenta y el volumen del líquido amniótico en las semanas de gestación fueron determinadas en trabajos realizados por Marie Luterkort (23).

La posición de los fetos influyen en la forma del útero y consecuentemente también en el sitio placentario aparente. Se ha propuesto que el feto podía estar atrapado, ser incapaz de voltearse a la posición cefálica, como resultado de una pobre cantidad de líquido amniótico; pero a pesar del volumen del líquido amniótico, los resultados actuales fueron contradictorios y muy poco se puede concluir de acuerdo a las observaciones.

Entre los problemas más difíciles para un obstetra está el tratamiento de un feto prematuro en presentación de nalgas con una anomalía congénita, que muchas de ellas serán descubiertas por ultrasonido. A menudo, el tipo de anomalía influirá en el tratamiento. Los fetos con una evidencia clara de una anomalía fetal, como anencefalia, sin tener en cuenta ningún otro factor, deben ser dados a luz vaginalmente. En situaciones en las cuales la anomalía orgánica es externa, como en la espina bífida o en el onfalocele, se ha sugerido que la cesárea produce un traumatismo menor en la zona anómala durante el parto. Para algunos obstetras y para algunas familias, quizá la situación sea difícil. En esta situación con la cabeza anormalmente grande en comparación con el cuerpo, la probabilidad de supervivencia neonatal en un parto vaginal se reducirá sustancialmente. La cesárea, por otro lado, debe mejorar la posibilidad o supervivencia aunque la probabilidad de un desarrollo normal, para los fetos con hidrocefalia congénita sigue siendo mala.

Las causas más frecuentes de presentación de nalgas en niños a término es la asfixia, a menudo debida a prolapso del cordón umbilical o a la difícil extracción de la cabeza fetal; a traumatismo en el nacimiento; y, a malformaciones congénitas. El traumatismo en el nacimiento también puede ser consecuencia de una extracción difícil, que puede dar lugar a daño



de los órganos internos y del plexo braquial, fractura de las extremidades, clavícula, cráneo y columna vertebral, así como hemorragia intracraneal.

Los fetos a término con una anomalía congénita letal - deben ser dados a luz vaginalmente. Sin embargo casos de niños con una anomalía congénita que no es aparentemente letal a menudo suponen una difícil decisión. Como en los fetos pretérminos; no existe evidencias en los fetos a término de que el parto vaginal con un mielomeningocele o un onfalocele pueda dañar el órgano anómalo. Por lo tanto, la cesárea no mejorará el resultado de estos niños, y la conducta en cada caso debe ser individualizada.

La hidrocefalia es una excepción, ya que el parto vaginal en estos niños probablemente dará lugar a un aumento del daño o la muerte del feto. Por lo tanto, en fetos con hidrocefalia, si el fin es obtener un feto en las mejores condiciones posibles, se debe realizar la cesárea. Sin embargo, el fin, es permitir el parto vaginal y no someter a la madre a otro riesgo; el parto vaginal, procedido de descompensación de exceso de líquido cefalorraquídeo puede ser una alternativa razonable. Una vez obtenida esta información, los únicos fetos que deben ser dados a luz vaginalmente son aquellos en los cuales existe una anomalía letal.

Los fetos con cabeza hiperextendida, los que tienen una posición no franca, o, las mujeres con medidas pélvicas pequeñas deben, en casi cualquier caso, tener un parto por cesárea.

Si la inserción de la placenta está en la parte media o baja, se observa mayor incidencia de presentación podálica (25). El 32% de las deformidades que Dunn (26) encontró, fueron condicionadas por la presentación pedálica, en el recién nacido con malformaciones congénitas.

#### OBJETIVOS:

De los objetivos del presente trabajo fueron:

1.- Conocer la incidencia de presentación podálica en el Servicio de Neonatología del Hospital General Lic. Adolfo López Mateos.

2.- Determinar la relación de anomalías congénitas que presentaron los recién nacidos, que fueron productos de un embarazo en presentación podálica y establecer la vía de resolución.

#### JUSTIFICACION:

El conocer esta relación de las malformaciones congénitas en los productos de presentación podálica, que estos recién nacidos sean agrupados de manera especial para su manejo y tratamiento en lo que así lo ameriten.

#### MATERIALES Y METODOS:

Se realizó un estudio prospectivo en el Servicio de Neonatología del Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E., durante el período comprendido desde el mes de Septiembre a el mes de Diciembre de 1985, de todos los recién nacidos vivos, buscando la presencia de malformaciones congénitas y su relación con la vía de nacimiento.

Se incluyeron a los recién nacidos en el Hospital por vía vaginal y obtenidos por cesáreas en presentación podálica, excluyendo a los nacidos por la misma vía en presentación cefálica.

Se diseñó una hoja de recabación de datos, considerando las siguientes variables.

- Edad Gestacional por FUM
- Peso al nacimiento
- APGAR al minuto y a los 5 minutos
- Sexo
- Vía de Resolución del Parto: Cesárea, Vaginal
- Tipo de Malformación.

#### RESULTADOS:

De los 2060 nacidos desde el mes de Septiembre al mes de Diciembre de 1985; corresponde a 60 recién nacidos (2.92%) a la presentación podálica. (Gráfica 1)

Del 100% nacidos en los cuatro meses, por parto vaginal nacieron 1.546 niños (75%); y, los obtenidos por cesárea fueron 514 (34%). (Cuadro No. 1.)

De los 60 del estudio que tuvieron presentación podálica, 51 (85%) corresponde a los obtenidos por cesárea y 9 casos (15%) nacieron por vía vaginal. (Cuadro No. 2)

La relación del sexo en la muestra estudiada(56.66%) fue para el sexo femenino y el 43.34% para el sexo masculino, entre los niños que nacieron en presentación podálica. (Gráfica No. 2)

Los 60 recién nacidos con presentación podálica 44 casos (73.33%) fueron sanos y 16 casos (26.36%) tuvieron malformaciones congénitas. (Gráfica No. 2 y 3)

De los 44 niños recién nacidos sanos en presentación podálica 24 fueron del sexo femenino (54.55%) y 20 casos del sexo masculino (45.45%). (Gráfica No. 2)

Con malformaciones congénitas en presentación podálica, 10 casos corresponden al sexo femenino (62.5%) y 6 casos (37.5%) para el sexo masculino. (Gráfica No. 3). Una relación 1:1.2, con predominio del sexo femenino. (Cuadro No. 7)

Las malformaciones congénitas más frecuentes tenemos la luxación congénita de cadera, que se presentó en 10 casos (16.6%), le siguen en frecuencia el paladar ojival 8 casos (13.33%), el cuello corto en 7 casos (11.66%), 3 casos (5%) con tortícolis congénita. Micrognatia, frenillo corto, puente nasal ancho, queilotopalatoquisis, criptorquidia, diastasis de recto, e implantación baja de orejas fue notado en niños con presentación podálica. Es de anotar que hubieron varios casos de recién nacidos con uno o dos malformaciones congénitas. (Cuadro No. 8)

La edad gestacional por FUM, fue tomada en otra variable. Se tomaron a recién nacidos menores de 30 semanas de ges

tación y mayores de 40 semanas del mismo.

Menos de 30 semanas de gestación, se encontró en un so lo caso (1.66%), con un bajo peso al nacer, para su edad gestacional, con las correspondientes complicaciones respiratorias y neurológicas y la muerte del recién nacido.

Entre 30-35 semanas de gestación hubieron seis casos - (10%); nueve casos (15%), presentaron una edad gestacional - entre 35-37 semanas. El mayor porcentaje de nacidos (66%), - se presentó entre las 37-40 semanas de gestación.

Mayor de 40 semanas de gestación estuvo presente en - cuatro casos (6.6%). (Cuadro No. 3)

El peso al nacimiento varió desde menos de 1500 gramos con un (8.53%); el mismo porcentaje correspondió entre los pe sos comprendidos entre 1501 a 2500 gramos. Mayor porcentaje fue notado entre 2501-3500 (66.34%). Un (13.33%), correspondió a los pesos entre 3501 a 4000 gramos. Mayor de 4000 gra- mos, fue encontrado a cuatro recién nacidos con un (6.66%). - Lamedia fue tomada, siendo de 2.750 gramos. (Cuadro No. 4)

Fue valorado al Apgar al minuto y a los cinco minutos, con una media de 6.5. La recuperación a los cinco minutos, -

con un Apgar entre 8 y 10, se le dio valoración en 36 recién nacidos (60%). (Cuadro No. 5)

De los 60 recién nacidos podálicos, seis fueron pre-término, de los cuales cuatro eran malformados, dos de ellos fallecieron. Un niño recién nacido a término falleció por asf<sup>ix</sup>ia severa, por retención de cabeza. Quince niños presentaron hipoxia leve, moderada y severa. (tres, cuatro y ocho niños respectivamente).

Siete de los 60 niños presentaron hiperbilirrubinemia desde la fisiológica, hasta la multifactorial, que sólo ameritaron fototerapia.

Circular de cordón presentó o la tuvo un paciente, prolapso de cordón fue observada en seis. Un recién nacido presentó fractura de clavícula al momento de la extracción.

Entre las malformaciones congénitas no visibles se encontró hipoplasia pulmonar en un paciente, persistencia del conducto arterioso en un recién nacido, estas malformaciones no visibles fueron diagnosticadas en recién nacidos pre-término con presentación podálica.

#### DISCUSION:

De los datos obtenidos en este trabajo prospectivo - existe una correlación con los resultados obtenidos de otros investigadores. Los fetos obtenidos de presentación podálica, tienen una incidencia significativa de 26.36% en el estudio, - así también lo describen Smith, Gómez y Gómez (14 y 29).

Igualmente se comprueba que la frecuencia de presentación podálica es muy variable, como lo describen (2-27-28).- En nuestro trabajo retrospectivo de 2060 partos, el 2.92% fueron fetos obtenidos de presentación podálica.

Los niños que nacen en presentación podálica, son en la mayoría de los casos pre-término, en el presente trabajo - realizado, se obtuvo una medida de treinta y cinco semanas de gestación, igualmente son de bajo peso al nacimiento, Apgar-bajos, menor peso placentario y con un aumento de la frecuencia de la mortalidad en el parto (2).

Todos los investigadores de este tipo de presentación- (21-32-33), se recomienda que la vía de resolución es la cesárea; sólo, el parto por vía vaginal es indicado en presentación pedálica con malformaciones congénitas letales como la - anencefalia. Asimismo se recomienda la cesárea en prematuros



con presentación podálica (34), por el aumento de la cabeza fetal, por el mismo hecho de ser prematuros. En este trabajo el mayor porcentaje de los partos por presentación podálica, la vía de resolución fue la cesárea, evitando con esto el índice de morbilidad y mortalidad en el Hospital.

### CONCLUSIONES:

En el presente estudio se llegó a la conclusión que los niños obtenidos por presentación podálica son frecuentes - las malformaciones congénitas, en un porcentaje significativo 26.36%, así como lo describen algunos autores (14-29). Esto obliga al pediatra al atender a un niño que fue de presentación podálica examinarlo detenidamente, para diagnosticar a tiempo cualquier anomalía congénita y darle el tratamiento adecuado. Entre las conclusiones tenemos:

1.- Que los fetos obtenidos en presentación podálica debe ser la cesárea la vía de resolución.

2.- Que la vía vaginal sea la indicada en fetos que tengan una anomalía congénita letal, como el caso de la anencefalía.

3.- Que el manejo del parto como el intraparto deben ser individualizados, como lo describen Woods y cols. (35)

4.- La cesárea debe ser la vía de resolución en las presentaciones podálicas, en fetos prematuros, lo describe Duenhoelter y cols. (34).

CUADRO No. 1

Vía de Resolución	Número de Partos	Porcentaje
VAGINALES	1.546	75 %
CESAREAS	514	35 %
T O T A L	2.060	100 %

CUADRO No. 2

PRESENTACION PODALICA CON LA VIA DE RESOLUCION

Vía de Resolución	Número de Casos	Porcentaje
CESAREAS	51	85 %
VAGINALES	9	15 %
T O T A L	60	100 %

CUADRO No. 3

EDAD GESTACIONAL

Semanas de Gestación	Número de Casos	Porcentaje
MENOR DE 30 SEMANAS	1	1.66 %
30-35        "	6	10 %
35-37        "	9	15 %
37-40        "	40	66.6 %
MAYOR DE 40   "	4	6.66%

CUADRO No. 4

PESO AL NACER

Peso	Número de Niños	Porcentaje
Menor de 1.500 gr.	5	8.33 %
1.501 - 2.500 gr.	5	8.33 %
2.501 - 3.500 gr.	38	63.33 %
3.501 - 4.000 gr.	8	13.33 %
MAYOR 4.000 gr.	4	6.66 %

CUADRO No. 5

APGAR	MINUTO Número de Casos	5 MINUTOS Número de Casos
MENOR DE 3	1	4
3 - 6	14	8
6 - 8	25	12
8 - 10	20	36

CUADRO No. 6

INCIDENCIA EN EL SEXO EN LA PRESENTACION PODALICA

Sanos Podálicos	Número de Niños	Porcentaje
FEMENINO	24	54.54 %
MASCULINO	20	45.46 %
T O T A L	44	100. %



CUADRO No. 7

INCIDENCIA EN EL SEXO EN LA PRESENTACION PODALICA

Malformados Podálicos	Número de Niños	Porcentaje
FEMENINO	10	62.5 %
MASCULINO	6	37.5 %
T O T A L	16	100 %

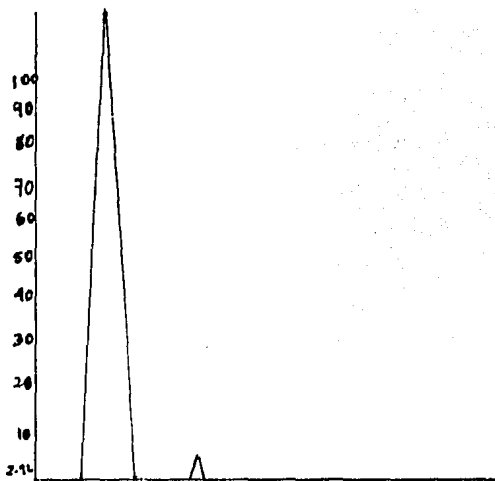
CUADRO No. 8

TIPOS DE MALFORMACIONES CONGENITAS

Tipo de Malformación	Número de Casos
Luxación de cadera.	10
Paladar Ojival.	8
Cuello corto.	7
Tortícolis.	3
Frenillo Corto.	1
Micrognatia.	1
Puente Nasal Ancho.	1
Queilotopalatoquisis.	1
Griptorquidia.	1
Implantación baja de orejas.	1
Diastasis de rectos.	1

Gráfico # 1

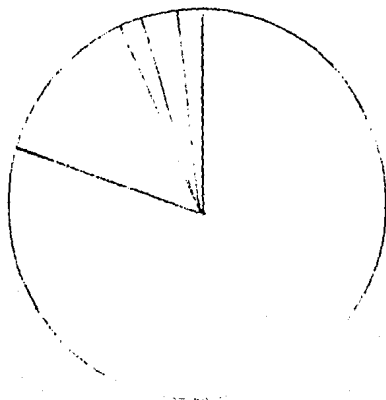
Porcentaje



Número de casos

Figura # 2

SANOS PODALICOS :

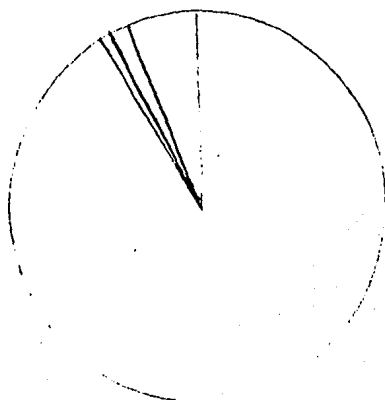


masculino

femenino

Figura # 3

MALFORMADOS PODALICOS



masculino

femenino

BIBLIOGRAFIA;

- 1.- Hernández Alejandro y Cols.: Factores Prenatales y Defectos Congénitos en una Población de 7.791 recién nacidos-consecutivos; Bol. Méd. Hosp. Infant. México, Vol. 40 - Num. 7, Julio-1983.
- 2.- Brenner William: Presentación de Nalgas.  
Clínica Médica de Ginecología y Obstetricia, 1978-2-545-67.
- 3.- Fiano S.: Fetal Mortality and morbidity following breech delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 56 1976.
- 4.- Dunn PM: Breech delivery: Maternal and fetal etiological factors. 5th European Congress of Perinatal Medicine 1976.
- 5.- Braun Frederic H.T.: Breech presentation as an indicator of fetal abnormality. The Journal of Pediatrics, Volumen 86, Number 3.
- 6.- Turkel: Am. J. Dis. Child. 1980, 134:424.
- 7.- Wassman: Am. J. Dis. Child 1984; 134:994.
- 8.- Stewart: Lancet; 1981:1038.

- 9.- Olshan: Obstet and Gynecol 1984; 64:267.
- 10.- Williams: New Engl. J. Med. 1982; 306:207.
- 11.- Paul: Am. J. Obstet and Gynecol. 1979; 133:503.
- 12.- Banet: Jama 1983; 250:625. (Worthington Obstet).
- 13.- Boers: Am. J. Obstet and Gynecol 1979; 135:965.
- 14.- Smith: Br. Med. J. 1980; 281:1118.
- 15.- Hain: Am. J. Obstet and Gynecol 1983; 146:580.
- 16.- Effer: Am. J. Obstet and Gynecol 1983; 145:123.
- 17.- Collea: Am. J. Obstet and Gynecol 1980; 137:235.
- 18.- Ramfrez: Gynecol y Obstet. Méx. 1981; 41:28.
- 19.- Graves: Am. J. Obstet and Gynecol. 1980; 137:229.
- 20.- Kubli; Rutgers, Meyer M.: Die Fetale 1975; 179:1.
- 21.- Lyons E.R. Papsin FR. Casarean section in tnr management of Presentation. Am. J. Obstet Gynecol 130; 558:1978.

- 22.- Catherine H. Langer: Fetal risk in hyperextension of the fetal and in breech presentation. Am. J. Obstet. Gynecol 1975.
- 23.- Jaseani M. Gaunderer: A Perinatal approach to the diagnostic and management of gastrointestinal malformations. Obstet. Gynecol. 1982; 59:33.
- 24.- Luterkort Marie M.D. Maternal and fetal factors in breech presentation. Obstet and Gynecol, Vol. 64 Num. 1. July - 1984.
- 25.- Kian LS: The Role of the placental site in the etiology of breech presentation. J. Obstet Gynecol. Br. 1963; 70:795-797.
- 26.- Dunn PM: Congenital Postural deformities. Br. Med. Bull. 32; 71. 1976.
- 27.- Casanova Álvarez y cols.: Morbimortalidad en la Presentación Pélvica. Revisión de 2.148 embarazos. Ginecol. - Obstet. Méx. 1977; 41:69-75.
- 28.- Alvarado-Durán: Parto Pélvico: Ginecol, Obstet. Méx. 1965 20:1167-1174.



- 29.- Gómez-Gómez y cols: Resolución del Embarazo en presentación pélvica: Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. Vol. 40. Núm. 10. Oct. 1983.
- 30.- Axelrod Felicia M.D.: Breech presentation among infants with familial dysautonomía. The Journal of Pediatrics - January 1974. Vol. 84. Núm. 1.
- 31.- Goldember Robert M.D. La presentación de Haldas no esperada en el parto: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.
- 32.- De Crespigny LJC: Perinatal Mortality and Morbidity in breech presentation. Obstet. Gynecol. 1979; 53:141.
- 33.- Ramírez Cueto y cols: Manejo actual del parto pélvico: Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 49. año XXXVI. Núm. 294, Abril 1981.
- 34.- Duenhoelter JH y cols: A paired controlled study of vaginal and abdominal delivery of the low birth weight breech fetus Obstet. Gynecol. 54; 310, 1979.
- 35.- Karp LE y cols: The Premature breech: Trial of the labor of cesarean section. Obstet. Gynecol. 58:88, 1979.

- 36.- Woods JR. y cols; Effects of low-birth -weight breech de  
livery on neonatal mortality: Obstet. Gynecol. 53:735,  
1979.
- 37.- Allan Robert: Antepertum Diagnosis and Intrapartum: magna  
gement of fatal renal defects. Obstet and Gynecol. Vol.  
58, Núm. 3. September 1981.
- 38.- Brenner W.E.M.D.: The characteristics and perils of breech  
presentation. AM. J. Obstet. Gynecol. March. 1974. Vol.  
118, Núm. 5.
- 39.- Beckwitt Turkel Susam; Malformation Complex; Am. J. Dis.  
Child. Vol. 134. Jan. 1980.
- 40.- Canún Serrano Sonia; Detección de Malformaciones Congéni  
tas Externas. Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx. Vol. 41, Núm. 1.  
Enero 1984.
- 41.- Collea Joseph M.D.: The Randomized Management of term -  
frank breech presentation: A study of 208 casos. Am. J.  
Obstet. and Gynecol. May. 15, 1980. Vol. 137, Number 2.
- 42.- Graves Williams M.D. Breech delivery in Twenty years of  
practice. Am. J. Obstet. and Gynecol. May. 1980. Volumen  
137, Number 2.

- 43.- Olavi Kauppila M.D.: Management of low birth weight breech delivery: Should cesarean section be routine: Obstet and Gynecol. Vol. 57. Number 3. March 1981.
- 44.- Green J.E. Lean: Has an increase in cesarean section rate for term breech delivery reduced the incidence of birth asphyxia, trauma and death, Am. J. Obstet. Gynecol 1982; 142:643.
- 45.- Smith D.W.: Breech presentation sequence: Recognizable pattern of human deformation. Philadelphia. 1981, 66:75.
- 46.- Dunn P.M. Congenital postural deformities. Br. Med. Bull. 32; 71.1. 1976.
- 47.- Hall E.J. and Holdt S.G. Am. J. Obstet. Gynecol. 91; 665: 1965.
- 48.- Neilson D.R. Am. J. Obstet. Gynecol. 107, 345. 1970,
- 49.- Smith R.S. and Aldham R.R.: Obstet. Gynecol, 36;151. 1970.
- 50.- Tausig F.A. Breech presentation. Am. J, Obstet. Gynecol. 22:304, 1931.