

Evaluación del parto vaginal en presentaciones podálicas

Dr. Noren Villalobos*

Departamento Obstétrico del Hospital Universitario. Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza". Maracaibo, Estado Zulia

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que el parto vaginal en presentación podálica puede llevarse a cabo con igual seguridad que en las presentaciones cefálicas de vértice.

Método: Estudio prospectivo de 121 embarazadas cuyos fetos se encontraban en presentación podálica, entre enero de 1990 a enero de 1992. De las 121 embarazadas, 95 resultaron aptas para el estudio. Se excluyeron los embarazos múltiples y fetos muertos. No se discriminó el estrato social, la edad cronológica, ni el tipo de presentación pelviana.

Ambiente: Servicio 2B del Departamento Obstétrico del Hospital Universitario de Maracaibo, Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza". Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

Resultados: En la población de 95 embarazadas estudiadas, en 82,10% (n = 78) el parto se realizó por vía vaginal. El promedio de edad fue de 28 años. Del total de partos vaginales 88,46% fueron en embarazos a término y 11,54% pretérmino. El 78,20% correspondió a multíparas y 21,80% a primíparas. La relación entre el peso fetal estimado y el peso obtenido en el recién nacido según la regla de Johnson, obtuvo 94,44% de aciertos. La frecuencia cardíaca fetal intraparto se mantuvo dentro de los límites normales en 98,44%. La duración del trabajo de parto fue menor de 10 horas en 64,10%. El Apgar al minuto del nacimiento estuvo comprendido entre 6 y 8 puntos en el 96,16% de los casos. Hubo trauma obstétrico en 3,8%.

Conclusión: En 78 casos de 95 embarazadas (82,10%) el parto fue vaginal, lo que demuestra su factibilidad en presentación podálica. Los riesgos de morbilidad tanto maternos como neonatales fueron mínimos.

Palabras clave: Presentación podálica. Parto vaginal.

SUMMARY

Objective: To demonstrate that vaginal delivery in breech presentation can be carried out with same security that in the vertex cephalic presentations.

Method: Prospective study of 121 pregnant patients with fetuses in breech presentation, from January 1990 to January 1992. Of 121 patients, 95 were adequate for the study. Multiple pregnancies and dead fetuses were excluded. Socioeconomic level, age, and type or breech presentation were not discriminated.

Setting: Service 2B of the Obstetric Department of the University Hospital of Maracaibo, Maternity "Dr. Armando Castillo Plaza". Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

Results: From the 95 patients, in 82.10% (n = 78) the childbirth was carried out for vaginal route. The age average was of 28 years. Of the total of childbirths vaginal 88.46% were term, and 11.54% preterm pregnancies. Were multiparous 78.20%, and primiparous 21.80%. The relationship among the estimated fetal weight and the weight obtained in the recently newborn according to the rule of Johnson, revealed 94.44% of successes. The fetal heart rate intrapartum remained within the normal limits in 98.44%. The duration of the childbirth work was less than 10 hours in 64.10%. The Apgar at one minute of birth was between 6 and 8 points in 96.16% of the cases. There was obstetric trauma in 3.8%.

Conclusion: In 78 cases of 95 (82.10%) delivery was vaginal, what demonstrates its feasibility in breech presentation. The risks for maternal and neonatal morbimortality were minimum.

Key words: Breech presentation. Vaginal delivery.

*Especialista I adscrito al Servicio 4. División Obstétrica del Hospital Universitario de Maracaibo, Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza".

Trabajo especial de grado para optar al Título Universitario de Especialista en Obstetricia y Ginecología.

Presentado para ingreso en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela como miembro titular.

Recibido: 23-03-00

Aceptado para publicación: 04-02-01

INTRODUCCIÓN

La presentación podálica (PP) es luego de las presentaciones cefálicas de vértice (PCV), la más frecuente de las presentaciones ocurre en el 2% al 3% de los partos (1,2).

El pronóstico se considera desfavorable para el feto ya que el parto de los hombros, con lesión del plexo braquial (1-3) y de la cabeza implica un riesgo (4,5). La mortalidad fetal oscila entre el 3% y 5%. Influyen sobre la misma: edad materna, edad de la gestación, paridad, peso fetal. El riesgo aumenta en los prematuros y en los fetos voluminosos, en la desproporción feto pélvica, prociencia de cordón y la inexperiencia del personal técnico encargado de su atención, y es éste un motivo importante para realizar siempre una operación cesárea (OC) en PP (6-8).

El temor lo constituye la posibilidad de retención de cabeza última, principal complicación en el momento del parto (7,9), y se realiza operación cesárea (OC) en forma casi automática con el fin de obtener un desenlace favorable, por lo que aproximadamente el 80% de los partos en PP terminan de esta manera (7,9). Agüero (9), Teppa (5) López-Gómez (10) en el ámbito nacional consideran que la inexperiencia no es excusa para realizar OC, opinión que compartimos.

El objetivo de la presente investigación es demostrar que el parto vaginal en PP se puede llevar a cabo con igual seguridad que en las PCV.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo de 121 embarazadas que acudieron a la emergencia del Departamento Obstétrico del Hospital Universitario de Maracaibo Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza" (MACP), durante las guardias del servicio "2B", cuyos fetos se encontraban en PP, entre enero de 1990 a enero de 1992, indistintamente de su estrato social y edad cronológica y tipo de podálica.

De las 121 embarazadas, 95 resultaron aptas para el estudio. Se excluyeron los embarazos múltiples y fetos muertos.

Las variables analizadas fueron: edad materna, edad de gestación, peso fetal estimado (PFE), dilatación, estación, valoración de pelvis materna paridad, frecuencia cardíaca fetal intraparto (FCF), duración del trabajo de parto (TdP), evaluación del recién nacido (RN), Apgar al minuto y a los 5 minutos, trauma obstétrico (TO).

Los resultados se expresan como valores absolutos y porcentajes.

Se realizó conducción obstétrica mediante el uso de 5 U de ocitocina sintética, disueltas en solución glucosada al 5% en una infusión endovenosa continua. A una velocidad de infusión de 21 gotas por

minuto, la cual corresponde a una concentración sérica de 10 mU/l de ocitocina, suficiente para mantener las contracciones uterinas con la frecuencia, duración e intensidad adecuadas para que se desarrolle un TdP efectivo (8,9,11-13).

La FCF se controló con estetoscopio de Pinard de metal a intervalos de 15 minutos, con un tiempo de auscultación de 3 minutos.

La atención del parto se llevó a cabo con la intervención de dos operadores (1,8,14) que utilizaron la técnica descrita por Bracht, ginecólogo alemán, en 1935 (1,8,14,15).

Se utilizó la valoración clínica de la pelvis, ya que aun en las PCV la pelvimetría por Rx no predice la buena evolución del parto. Consideramos la pelvimetría clínica de mayor exactitud para la evaluación tanto de la pelvis materna como de la presentación, porque permite estudiar en conjunto la relación que existe entre ellas y así tener un mejor pronóstico (5,7,16).

Para calcular el PFE se utilizó la regla de Johnson, citado en (17).

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se muestra el protocolo de trabajo empleado en la atención de las PP, en nuestro estudio.

Cuadro 1

	Protocolo de trabajo		
	0	1	2
Edad de gestación	39 sem o más	38 semanas	37 sem o menos
Peso fetal estimado	4 000 g	4 000-3 000 g	3 000-2 000 g
Dilatación	0	1	2 o más
Estación	-3	-2	-1
Valoración pélvica	No adecuada		Adecuada

Valores por encima de 7 puntos en nuestra evaluación proporcionan un alto grado de seguridad para el parto. Valores entre 5 y 7 puntos indican un riesgo moderado. Valores por debajo de 5 muestran un elevado riesgo en el fracaso del trabajo de parto y por ende del parto.

En la población de 95 embarazadas estudiadas, en 82,10% (n = 78) el parto se realizó por vía vaginal (PV), y el 17,90% (n = 17) por OC. Esta última se debió a prociencia de cordón, desproporción feto pélvica, antecedente de cesárea anterior, desprendimiento prematuro de placenta.

El 82,05% (n = 64) tenía entre 21 y 40 años. (Cuadro 2); 88,46% (n = 69) correspondieron a embarazos a término (AT), y 11,54% (n = 9) a pretérmino (PT). El 78,20% (n = 61) fue en múltiparas (MT) y 21,80% (n = 17) en primigestas (PG).

La relación entre el PFE y el peso obtenido en el recién nacido, según la regla de Johnson, obtuvo 94,44% de aciertos en pesos entre 2 790-2 945 g; 94,44% de aciertos en pesos comprendidos entre 2 946 y 3 700 g; y 100% en pesos entre 3 701-4 495 g. La FCF se mantuvo dentro de los límites normales en 76 (98,44%) pacientes. En 2 casos se situó por encima de 160/min.

La duración del TdP fue menor de 10 horas en 64,10% (n = 50/78); entre 11 y 15 horas en 26,93% (n = 21/78); y mayor de 16 horas en 8,97% (n = 7/78).

El Apgar al minuto del nacimiento estuvo comprendido entre 6 y 8 puntos en el 96,16% de la población estudiada. (Cuadro 3) y a los 5 minutos mayor de 8 puntos en el 100% de los casos.

Se presentó TO en 3 recién nacidos, representados por una fractura de clavícula y dos lesiones del plexo braquial. No hubo mortalidad perinatal.

DISCUSIÓN

En 82,10% de los casos se realizó PV, lo cual demuestra que los partos en PP por vía vaginal pueden llevarse a cabo con seguridad y riesgos mínimos de morbimortalidad, tanto para el RN como para la madre, siempre y cuando se realicen bajo vigilancia obstétrica adecuada, con una técnica precisa basada en los conocimientos sobre el mecanismo del TdP, sus complicaciones y la manera para resolverlas. Esto es semejante, a los resultados obtenidos por Zigelboim y col. (17) en la Maternidad "Concepción Palacios" (MCP) con 92,2% de PV.

La conducción obstétrica con ocitocina es necesaria para evitar cualquier distocia dinámica (18), y la prolongación del período expulsivo (PEP). Para su uso se deben tener presente las mismas precauciones en las PCV: pelvis materna adecuada, ausencia de placenta previa, multiparidad no mayor de 4 (debido al peligro de que existan zonas de fibrosis muy extensas entre las fibras uterinas que condicionen sitios donde sea posible la rotura del órgano), hiperdinamia y vigilancia constante (13). Collea y col. (19) y Benson y col. (11), concluyen que, administrada en forma cuidadosa y con un control fetal adecuado, no hay incremento de riesgo para la madre y el feto. En nuestro estudio no ocurrió ningún tipo de alteraciones en la contractilidad uterina tal como lo demuestra la duración del TdP. Neimand y Rosenthal (13) en sus estudios utilizaron la conducción obstétrica con ocitocina sin ninguna complicación. Cheng y Hannah (20) en un metanálisis realizado, no encontraron complicaciones en su utilización, pero observaron que favorece el acortamiento del TdP. Agüero (9) la utiliza tanto para la inducción como para la conducción del TdP, en casos de evolución lenta del mismo.

La edad promedio de las embarazadas de 28 años, corresponde a 78 partos vaginales (82,05%), semejante a los estudios de Uzcátegui (4), Agüero (9), Teppa (5), López-Gómez y col. (10), en el ámbito nacional, y Lewis y Seneviratne (21) y Mann y Gallant (22) en Estados Unidos y Europa, no es significativa para la evolución del TdP.

En 69 pacientes (88,46%) el embarazo llegó al término, siendo mayor que en las series de Ascanio-Escobar (23) con 63,81%, y López-Gómez y col. (10)

Cuadro 2
Distribución según edad materna

Edad	Número de pacientes	Porcentaje
Menores 20 años	11	14,10%
21-30 años	48	61,55%
31-40 años	16	20,51%
Mayores 40 años	3	3,84%
Total	78	

Cuadro 3
Puntuación de Apgar al minuto de nacer

Puntos	Número de pacientes	Porcentaje
0-5	3	3,84%
6-8	75	96,16%
Total	78	100,00%

con 69,28%. El 11,54% de embarazos PT es diferente a lo presentado por Gimovsky y col. (15) con 35,7%, López-Gómez y col. (10) con 24,84%. Sin embargo, semejante a lo presentado por Agüero (9) con 15,3% y 13,80% (24). La prematuridad, determina el modo de finalización del embarazo a través de OC con la finalidad de obtener óptimos resultados para el RN (25-28). No obstante, esto es cuestionable, ya que el RN pretérmino a pesar de la supuesta inmadurez de su sistema nervioso presenta menor proporción de TO (6,7,21,29) por ser menos manipulados por el operador debido a que prácticamente su nacimiento es espontáneo. Caso contrario ocurre con el RN a término quien, a pesar de su madurez tanto en PP o PCV, está expuesto a mayores manipulaciones por parte del operador, que en caso de ser inexperto incrementa el riesgo de sufrir cualquier tipo de TO (3,19,30,31). Por esto, el adiestramiento del obstetra en la atención del parto en PP es fundamental, ya que muchas veces el diagnóstico se realiza al ingresar la paciente en la institución en TdP avanzado o en período expulsivo y, debe realizar su atención. Se incrementa el riesgo para el RN cuanto menor es el entrenamiento que ha recibido (1,17,26,28).

Decidimos utilizar la técnica de Bracht modificada, la cual es considerada la mejor para la atención del parto en estas presentaciones, por ser una técnica sencilla y la que menor TO produce, debido a que la manipulación fetal es mínima y no es necesario el uso de instrumentos (1,2). Teppa (5) es partidario de ser más intervencionista en la atención del parto, pero siempre que su evolución sea lo más natural posible; recomienda al igual que Agüero (9) el uso del fórceps de Piper en cabeza última. Aunque, en opinión de López-Gómez y col. (10) la utilización del fórceps está en desuso.

El 78,20% de MT de nuestro estudio es superior a lo presentado por Mann y Gallant (22) con 57%, y Hall y col. (6) con 61,3%, y en el ámbito nacional, López-Gómez y col. (20) con 61,56%, y Ascanio Escobar (23) con 67,9%. No obstante, la mayoría de los autores presentan una mayor incidencia de PG: Agüero (9) con 60,19%; Bird y McElin (32) con 59,4%; Tatum y col. (3) con 48% y Woods (29) con 49%. Aunque estos autores consideran que la paridad sólo es importante para mostrar frecuencia ya que no existe diferencia significativa en el pronóstico perinatal si se tratan de PG o de MT. Sin embargo, Teppa (5), Uzcátegui (4) y Tatum (3) han observado un aumento en la morbilidad en las pacientes MT, atribuidas principalmente a disfunciones en la

contractilidad uterina por la elongación y fibrosis del miometrio y estar expuestas a accidentes como la rotura uterina, opinión que compartimos.

En las PG es fundamental la valoración de la pelvis antes de ser sometidas a una prueba de TdP al igual que cualquier PCV (3,9,11,19,28). En nuestro estudio, realizamos la valoración clínica de la pelvis: comparamos los diámetros de la pelvis materna con los fetales, en este caso los bitrocantéreos. Los estudios de Cárdenas y Barboza (31) con pelvimetría radiológica para valorar la capacidad de la pelvis materna, revelan la dificultad de ser estudios bidimensionales con un margen de error muy elevado y con muchos falsos negativos y es necesaria la experiencia tanto del obstetra como del radiólogo para su evaluación (7,11,25). Por este motivo, la mayoría de los autores han regresado a la realización de la pelvimetría clínica, la cual permite una mejor valoración pelvis-feto y por ende mejores resultados (28,33). Christian y col. (34) han desarrollado un protocolo para parto vaginal en PP que incluye para la realización de la pelvimetría la tomografía axial computada en cortes, tanto antero posteriores como laterales y transversales, lo cual permite medir de manera exacta los estrechos y diámetros de la pelvis materna y medir los diámetros pelvianos y cefálicos del feto con lo cual obtienen un 81,2% de los PV sin complicaciones, y el 18,8% correspondió a OC debido a desprendimiento prematuro de placenta y sufrimiento fetal agudo (31,35).

Utilizamos la altura uterina (a diferencia de Zigelboim y col. (36), que la utilizan como parámetro independiente), como instrumento clínico para realizar estimaciones del peso fetal a través de la fórmula de Johnson (1), utilizada para calcular el peso fetal en las presentaciones de vértice. La altura uterina expresada en centímetros menos N por 155 es igual al peso expresado en gramos. La sigla N se refiere a la altura de la cabeza y la cifra 155 una constante. Cuando la cabeza está a una altura menos (vértice encima del diámetro biciático) N es igual a 12; si se encuentra a una altura más (vértice debajo del diámetro biciático) N es igual a 11. En caso de ser el peso de la paciente superior a 90 kg debe restarse una unidad al resultado de la sustracción N de la altura del fondo, antes de proceder al cálculo. Esta estimación del peso fetal tiene un buen valor de predicción y un margen de error de más o menos 500 g. El rango de aciertos con la fórmula de Johnson en nuestro estudio fue superior al 94% y demostró su utilidad en la valoración clínica.

Los 74 (77,66%) RN cuyos pesos fueron superiores a los 2 500 g no mostraron diferencias significativas de morbilidad perinatal con los nacidos por OC y con los nacidos en PCV por PV. Collea y col. (19) muestran una alta incidencia de lesiones del plexo braquial en fetos con pesos superiores a 2 500 g. Crougham y col. (35) en su estudio, no muestran diferencias significativas entre los fetos nacidos por PV y OC. Se ha demostrado que fetos cuyos pesos sean mayores a 2 000 g pueden llevar a cabo un TdP normal sin complicaciones (21,26,30,37). En aquellos fetos con peso menor de 2 000 g debería considerarse la vía abdominal como la vía de elección al tomar en cuenta el grado de madurez de sus sistemas y su capacidad para afrontar el estrés del TdP. Sin embargo, Mora de la Plaza y Martínez muestran una alta incidencia de TO en PM (38).

El control de la FCF durante el TdP con mediciones a intervalos de 15 minutos no reportó alteraciones significativas. Bowes y col. (31), Christian y col. (34) e Illia y col. (39) han encontrado resultados similares entre las PCV y las PP al comparar los niveles de pH y gases tanto en muestras tomadas del cuero cabelludo, como en las nalgas durante el TdP, y compararlas con muestras tomadas del cordón umbilical. El pH presentado durante el TdP por los fetos nacidos en PP se sitúa ente 7,19 y 7,28 comparadas con el pH entre 7,21 y 7,30 que muestran las PCV, sin alteraciones significativas de la FCF.

La duración del TdP de 10 horas no guarda diferencia con los tiempos correspondientes a las PCV de 18 a 24 horas para las PG y 10 a 18 horas para las MT (1,12), semejante a lo presentado por Agüero (9) y Wolter (40) con un promedio de 6 horas de TdP con extremos que van desde 45 minutos hasta 16:30 horas.

De los 78 RN, 75 (96,16%) presentaron un Apgar al minuto de 5 puntos o menos, lo cual es semejante a lo presentado por la mayoría de los autores (1,10,14,22,26,41). A los 5 minutos del nacimiento, el grupo de 3 RN con Apgar menor de 5 puntos mejoraron para situarse entre 6 y 9 puntos (9,20). El Apgar es comparable a los 5 minutos con aquellos fetos nacidos en PCV (9,13,21,28).

La elevada morbilidad fetal en PP se debe a incremento de la PM, anomalías congénitas severas, asfixia intraparto por insuficiencia útero-placentaria, TO (4,11,29). En nuestro estudio no se presentaron anomalías congénitas. El TO depende de la

capacidad de la pelvis materna, tamaño y manipulación del feto durante el período expulsivo, el cual se incrementa en fetos por encima de los 3 500 g (27) o a una dilatación cervical incompleta (19). El tipo de TO que produce mayor peligro y daño incluye las hemorragias intracraneales, lesión medular producida por hiperextensión de la columna cervical no diagnosticada intraparto (3,11,41), lesión del plexo braquial (quizás la más frecuente) (3), debido al uso de la maniobra de Mauriceau - Smellie - Veit (42), fractura del húmero y lesiones de órganos intraabdominales (3,5). En nuestro estudio en 2 casos ocurrió fractura de clavícula en fetos macrosómicos (4 500 g) mientras que el otro RN presentó lesión parcial del plexo braquial la cual se produjo porque el feto presentaba el miembro superior izquierdo por encima de su cabeza, lo cual dificultó su extracción; hubo posterior recuperación de la movilidad del miembro al momento del alta 48 horas después del parto. Los trabajos de Rosen y col. (20), Muller y col. (43) y Nilson, citado por Agüero (27) en personas nacidas en PP demuestran en estudios prospectivos de edades escolares y durante la conscripción militar, donde se realizaron pruebas de conocimiento, lenguaje, habilidades técnicas, habilidad para las matemáticas y conocimientos, sin encontrar diferencias significativas para aquellos que nacieron por vía abdominal o vaginal en PP, o aquellos que nacieron de igual modo en las PCV. Esto es otra prueba más de que la llamada hipoxia del RN en PP, donde incluso se han hallado lesiones a través de ecosonografía transfontanelar, no han repercutido en el posterior desarrollo psicomotor de estos niños.

No se presentaron casos de morbilidad materna en el presente estudio.

Finalmente, llegamos quizás a la variable más significativa en los PV en PP: la experiencia del operador o del obstetra necesaria para la atención del parto. Debe comenzar con la obtención de un buen marco teórico conceptual sobre el mecanismo de TdP, las posibles complicaciones, sin limitarse únicamente al conocimiento de la retención de cabeza última, quizás la que con menos frecuencia se produce sola, como tal, y que generalmente está acompañada de la presencia de PM, pelvis inadecuada, presencia de procidencia de cordón o malformaciones congénitas. No se debe crear el prejuicio que siempre los fetos en PP se complican y que siempre son de peor pronóstico que las PCV. El problema no es sólo de entrenamiento en cuanto

a técnicas de atención y a conocimientos para la misma (referido a los mecanismos de TdP), sino a una falta de disposición mental por parte de la mayoría de los operadores que de antemano piensan que la atención es imposible y que el feto siempre va a nacer en malas condiciones, y si carecen de la información necesaria tanto teórica como práctica es muy difícil que mejoren o desarrollen la técnica adecuada para su atención.

REFERENCIAS

1. Hernández Medrano C. Lecciones de obstetricia. Maracaibo, Venezuela. 1973.
2. Collea JV. Tratamiento actual de la presentación de nalgas. *Clin Obstet Ginecol* 1980;2:531-537.
3. Tatum RK, Orr JW, Soong S, Huddleston JF. Vaginal breech delivery of selected infants weighing more than 2000 grams. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:142-155.
4. Uzcátegui O. Influencia de la deflexión de la cabeza en partos en podálica. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1966;26(2):213-242.
5. Teppa P. Asistencia del parto podálico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1966;26:243-270.
6. Hall JE, Kohl SC, O'Brien F, Ginsberg M. Breech presentation and perinatal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 1965;91(5):665-677.
7. Johnson CE. Breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1970;106:865-871.
8. Rovinsky JJ, Miller JA, Kaplan S. Management of breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1973;115(4):497-513.
9. Agüero O. Presentación podálica. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1988;48:188-191.
10. López-Gómez JR, Humphrey E, De Rienzo F, Bracho-López C. Presentación pelviana en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello, 1973-1982. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:126-130.
11. Benson W, Boyce D, Vaughn D. Breech delivery in the primigravida. *Obstet Gynecol* 1972;40:417-428.
12. Cotton DB. Anomalías del trabajo de parto y del expulsivo. En: Niswander KR, editor. *Manual de Obstetricia*. Barcelona (España): Salvat editores; 1986.p.389-417.
13. Neimand K, Rosenthal A. Oxytocin in breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1965;93:230-236.
14. Brenner WE, Bruce RD, Hendricks CH. The characteristics and perils of breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1974;118:700-709.
15. Gimovsky ML, Paul RH. Singleton breech presentation in labor: Experience in 1980. *Am J Obstet Gynecol* 1982;733-739.
16. Kian LS. Breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1963;86(8):1050-1054.
17. Zigelboim I, Castellanos R, Franco G, Maneiro P, Rojas JM. Índice pronóstico del parto podálico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1970;30:559-566.
18. Collea JV, Chein C, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: A study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137:235-244.
19. Collea JV, Rabin SC, Weghorst GR, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: Vaginal delivery vs cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1978;131:186-195.
20. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: A critical review of the literature. *Obstet Gynecol* 1993;82:605-618.
21. Lewis BV, Seneviratne HR. Vaginal breech delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1979;134:615-618.
22. Mann LI, Gallant JM. Modern management of the breech delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1979;134:611-614.
23. Ascanio R, Escobar A. La presentación podálica en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1945;5:5-16.
24. Agüero O. Primigesta con presentación podálica. *Gac Méd Caracas* 1993;101:336-354.
25. Green JE, McLean F, Smith LP, Usher R. Has an increased cesarean section rate for term breech delivery reduced the incidence of birth asphyxia, trauma, and death? *Am J Obstet Gynecol* 1992;142:643-648.
26. Flanagan TA, Mulchahey KM, Korenbrot CC, Green JR, Laros RK. Management of term breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:1492-1502.
27. Agüero O. Evolución a largo plazo de niños en presentación podálica (editorial). *Gac Méd Caracas* 1987;95:201-205.
28. Graves WK. Breech delivery in twenty years of practice. *Am J Obstet Gynecol* 1990;137:229-234.
29. Woods Jr. JR. Effects of low - birth - weight breech delivery on neonatal mortality. *Obstet Gynecol* 1979;53:735-740.
30. Langer-Kay A, Kennedy KW. El Feto. En: Iffy L, Kaminetake H, editores. *Obstetricia y perinatología, principios prácticos*. Tomo I. Buenos Aires (Argentina): Editorial Panamericana S.A.; 1985.p.764-777.
31. Cárdenas L, Barboza J. Valor pronóstico de la pelvimetría radiológica en la presentación podálica. *Rev Ginecol Obstet Venez* 1975;25:361-375.
32. Bird ChC, McElin W. A six year prospective study of term breech deliveries utilizing the Zatuchni-Andros pronostic scoring index. *Am J Obstet Gynecol* 1975;121:551-558.
33. Bowes Jr WA, Taylor ES, O'Brien M, Bowes C. Breech delivery: Evaluation of the method of delivery on perinatal results and maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 1979;135:965-973.
34. Christian S, Brady K, Read J, Kopelman JN. Vaginal breech delivery: A five year prospective evaluation of

- a protocol using computed tomographic pelvimetry. Am J Obstet Gynecol 1990;163 (3):848-855.
35. Croughan-Minihane MS, Petitti DB, Gordis L, Golditch I. Morbidity among breech infants according to method of delivery. Obstet Gynecol 1990;75:821-825.
 36. Zigelboim I, Castellanos R, Franco G. Índice pronóstico del parto podálico. Rev Obstet Ginecol Venez 1968;28:25-38.
 37. Rosen MG, Debanne S, Thompson K, Bilenker RM. Long-term neurological morbidity in breech and vertex births. Am J Obstet Gynecol 1985;151:718-720.
 38. Mora-Plaza C, Martínez-Jiménez P. Presentación podálica en primíparas en la Maternidad "Concepción Palacios". Estudio comparativo entre 1946-1950 y 1968. Rev Obstet Ginecol Venez 1974;34:397-410.
 39. Illia R, Valenti E, Galcerán R, Rimoldi G, Almada R. Estado ácido base al nacer por vía vaginal en presentación pelviana. Obstet Ginecol Lat Amer 1988;2:90-95.
 40. Wolter D. Patterns of management with breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1976;125:733-738.
 41. Bhagwanani SG, Price HV, Laurence KM, Ginz B. Riks and prevention of cervical cord injury in the management of breech presentation with hyperextension of the fetal head. Am J Obstet Gynecol 1973; 115:1159-1161.
 42. Döderlein G, Breitner A. Las operaciones obstétricas. En: Schawalm H, Döderlein G, editores. Clínica Obstétrica y Ginecológica. Tomo II. Buenos Aires (Argentina): Editorial Alhambra; 1961.p.585-606.
 43. Muller PF, Campell HE, Graham WE, Brittain H, Fitzgerald JA, Hogan MA, Muller VH, Rittenhouse A. Perinatal factors and their relationship to mental retardation and other parameters of development. Am J Obstet Gynecol 1971;109:1205-1210.

Palabras de apertura de la XV Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología por el Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Dr. Luzardo A, Canache C.

El 17 de julio de 1999, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV) realiza una Asamblea Extraordinaria, cuyo único punto fue modificar el estatuto. En el capítulo VI, de las reuniones científicas y congresos, se aprobó el artículo 28, redactado como sigue: "La Jornada tendrá como objetivo principal promover el desarrollo de la especialidad en las diversas regiones del país. Deberá ser hecha en una ciudad representativa de una Seccional, que reúna las condiciones requeridas para su realización y las Seccionales deberán rotar para ser sede de la Jornada" (1).

La Seccional Sur Oriental, es la primera en organizar una Jornada, en la acogedora y pujante ciudad de Maturín, con el Dr. Domingo Urbina Cabello, como su Presidente Honorario, cuya

semblanza expuso en forma brillante el Dr. Rafael Zabala Chaparro.

Maturín fue fundada el 7 de diciembre de 1760, por Fray Lucas de Zaragoza (2), alcanza celebridad el 5 de diciembre de 1814, cuando en la sabana de Urica, cae mortalmente herido por el Capitán Pedro Zaraza, el caudillo asturiano José Tomás Boves (3). Para el año de 1816, se funda el primer centro asistencial de campaña, llamado Hospital Militar de Maturín, en 1843 se establece el Dr. Gaetano Supinii, quizás el primer médico de esta población. En 1910, se funda el primer hospital civil, y fue el distinguido entomólogo monaguense, Dr. Manuel Núñez Tovar, el primero en practicar una cesárea en setiembre de 1912. Se han construido 3 hospitales desde esa época y desde 1938 que se inauguró el primero lleva

el nombre del ilustre médico Manuel Núñez Tovar, luego otro en 1941 y el actual en 1965. Para el año de 1940 se inaugura la Maternidad “Juana Ramírez”, en honor a la heroína nacida en Chaguaramal, cuyo primer director fue el Dr. Manuel Navarro, la Sra. Teotiste Franco, una avezada comadrona de la época, su administradora; director, nuestro Presidente Honorario, funcionó hasta 1949, en este año el Dr. Urbina Cabello, se incorpora como adjunto de Cirugía en el viejo hospital, luego se convierte en el primer jefe de Servicio de Obstetricia. En 1950, el Dr. José A. Serres, es el primer residente de obstetricia de dicho servicio. En 1963, el Dr. Pedro Aristimuño Hurtado, egresado como ginecólogo del Hospital “Carlos J. Bello” de la Cruz Roja Venezolana de Caracas, inicia la pesquisa de cáncer de cuello uterino, en el Estado Monagas. El 20 de julio de 1965, se inaugura en nuevo Hospital “Manuel Núñez Tovar”, fue su primer Jefe de Departamento el Dr. Domingo Urbina Cabello, el Dr. José A. Serres, su Jefe de Obstetricia y el Dr. Pedro Aristimuño Hurtado, el jefe de Servicio de Ginecología y los adjuntos Drs. Rafael Zabala Ch. y Candelaria Aguilar, primera mujer ginecóloga del Estado; en 1966, ingresa al Servicio de Obstetricia el conocido médico monaguense Dr. Rubén Regardíz A, egresado de la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP), el año siguiente ingresa el Dr. Agustín Adrián, también egresado de la MCP. En 1979, ingresan al hospital los alumnos de pregrado de la Escuela Razetti de la Universidad Central de Venezuela (UCV) de Caracas, para el año 1988 la residencia programada sin reconocimiento universitario y a partir de 1995, con reconocimiento universitario, egresa la primera promoción en el 1997, celebra jornadas de finalización del curso que son avaladas por la SOGV.

Distinguidos miembros de esta Sociedad, se han desempeñado como jefes de Departamento y Servicios, entre ellos los Drs. Rafael Zabala Ch, Candelaria Aguilar y Abraham Díaz (2), quien en carta enviada a la SOGV con motivo de su renuncia a la jefatura de Departamento, mostraba un proyecto de atención integral en la salud reproductiva para el Estado Monagas, que bien vale la pena revisar.

A pesar de las grandes dificultades debidas a los vaivenes del acontecer nacional y los innumerables contratiempos de nuestra Sociedad, decidimos venir a cumplir con la Seccional Sur Oriental y, en especial con Maturín, contamos con la colaboración de la industria farmacéutica, la Gobernación del Estado, la Alcaldía de Maturín, la Lotería de Oriente, el Hotel Morichal Largo, la compañía Congreca, los profesores nacionales y los invitados especiales, internacionales, y sobre todo con la buena voluntad de los colegas de la Junta Directiva y de la Seccional Sur Oriental, en especial el Dr. Rubén Regardíz A, quien ha realizado un esfuerzo titánico para llevar a feliz término esta Jornada; si cumplimos nuestro objetivo, nos sentiremos satisfechos. Reciban mis sinceras palabras de gratitud.

Declaro inaugurada la XV Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología.

Muchas gracias

REFERENCIAS

1. Estatuto de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Caracas: Editorial Ateproca; 2000.
2. Alvarez Sánchez JC. La obstetricia y ginecología en el Estado Monagas, apuntes para su historia. Rev Obstet Ginecol Venez 1997;57(2):141-143.
3. López Gómez JR. 5 Caudillos. Valencia: Donal Guerra Editor SA; 1995.