

- ▣ El punto guía de las presentaciones podálicas es el sacro. Según las distintas relaciones del punto guía con pelvis podemos observar distintas posiciones, denominadas sacro-(sacro-ilíaca-izquierda-anterior)

MECANISMO DEL PARTO DE NALGAS

1. **Acomodación del polo pelviano al estrecho superior:**

El diámetro bitrocantéreo se reduce por compresión y se superpone a uno de los diámetros oblicuos, siendo dicho diámetro el que regirá el parto.

2. **Descenso y encajamiento de la pelvis fetal** . Es el periodo que transcurre desde que la presentación se acomodó al estrecho superior hasta que la presentación alcanza el III plano de Hodge.

3. Acomodación del polo pelviano al estrecho inferior:

Se produce tras un giro de 45° del diámetro bitrocantéreo al diámetro antero-posterior de la pelvis materna.



4. Desprendimiento del polo pelviano: Se desprende primero la nalga anterior, posteriormente el surco interglúteo y por último la nalga posterior.
Descenso y encajamiento de los hombros



5. Acomodación de los hombros al estrecho inferior

- ▣ Coincide con la expulsión del abdomen y se produce mediante un giro de 45° hacia el diámetro antero-posterior de la pelvis materna. En estos momentos la cabeza esta adaptando el diámetro suboccipito bregmático al diámetro oblicuo del estrecho superior opuesto al que utilizaron la pelvis y los hombros.



6. **Desprendimiento de los hombros:** Primero el anterior y luego el posterior. Los brazos salen simultáneamente. En este preciso momento la cabeza desciende al estrecho inferior.



7. **Acomodación de la cabeza al estrecho inferior:** Mediante rotación interna de 45°. El occipucio se coloca debajo de la sínfisis del pubis.
8. **Desprendimiento de la cabeza:** Mediante flexión progresiva y utilizando como punto de apoyo para dicha flexión el occipucio.

VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

En la actualidad hay desacuerdo acerca del manejo de la presentación podálica, tanto sobre la vía del parto como el lugar que tiene la versión cefálica externa al término de la gestación.

- ▣ La versión antes de término se hizo rutinaria antes de los años 80 debido a su efectividad transitoria, el único estudio aleatorio publicado antes de esas fechas (Brosset) confirmaba sus resultados negativos.
- ▣ En la revisión Cochrane de 2005, Hofmeyer publica una revisión que concluye que no hay efecto significativo ni sobre la tasa de presentaciones anómalas en el momento del parto, ni sobre el número de cesáreas, ni en el índice de Apgar bajo, ni en las tasas de mortalidad perinatal

- ▣ Actualmente hay en curso un ensayo clínico llevado a cabo por la universidad de Toronto para evaluar la validez de la versión externa en fetos de 34-35 semanas
- ▣ No se encontraron diferencias en cuanto a los índices de Apgar <7, acidosis en pH de cordón ni sobre las muertes perinatales.

- ▣ **Debe realizarse a partir de la semana 37, cuando la probabilidad de versión espontánea es más reducida, la cantidad de líquido aún es adecuada y se evita la posible prematuridad iatrogénica.**



REQUISITOS

- ▣ 1. Contar con consentimiento informado por parte de la paciente.
- ▣ 2. Monitorización continua fetal.
- ▣ 3. Realización de la versión en lugar próximo a quirófano, por si una cesárea urgente se precisa.
- ▣ 4. Gestante en decúbito supino o semi-Fowler, y ligero Trendelenburg.
- ▣ 5. Perfusión continua de Ritodrine a dosis de 200 mg/min

Contraindicaciones.

Absolutas

1. Placenta previa
2. DPNNI
3. Oligoamnios severo
4. Muerte fetal intraútero
5. RPM
6. Gestación múltiple

7. Sensibilización Rh
8. Trabajo de parto
9. Anomalías uterinas
10. Trastornos de la coagulación
11. Cesárea Anterior
12. Existencia de otra indicación de cesárea

Relativas

1. Trastornos hipertensión
2. Sospecha de CIR
3. Deflexión cabeza fetal
4. Peso fetal entre 3800-4500g
5. Placenta inserta en cara anterior
6. Trabajo de parto ya iniciado

Complicaciones

La existencia de complicaciones alcanza 1-4% según autores, incluyendo las pérdidas fetales que pueden alcanzar hasta un 1,7%.

- ❖ Hemorragias,
- ❖ DPPNI.
- ❖ RPM.
- ❖ Circulares de cordón.
- ❖ Inicio de parto.
- ❖ Transfusión feto-materna y rotura uterina.

Criterios parto vaginal

- ▣ 1. Ausencia de patología materna que desaconseje la vía vaginal.
- ▣ 2. Ausencia de patología fetal que contraindique la vía vaginal.
- ▣ 3. Edad gestacional <25 sem o >32 sem.
- ▣ 4. Peso fetal entre 1500-4000 g.
- ▣ 5. Cabeza fetal flexionada o indiferente.
- ▣ 6. Pelvis materna adecuada.
 - ▣ a. Diámetro biespinoso >10 cm
 - ▣ b. Estrecho superior:
 - ▣ i. DAP >11 cm
 - ▣ ii. DT $>12,5$ cm

Contraindicaciones parto vaginal (Cesárea Electiva).

1. Edad gestacional entre las 25-32 sem.
2. Peso fetal <1500 g o >3800 g.
3. Pelvis materna anómala.
4. DBP >96 mm.
5. Cabeza fetal hiperextendida.
6. Patología materna asociada que desaconseje la vía vaginal.

Contraindicaciones parto vaginal (Cesárea Electiva).

- ▣ 7. Placenta previa.
- ▣ 8. DPPNI.
- ▣ 9. Prolapso de cordón.
- ▣ 10. Patología fetal que desaconseje o imposibilite la vía vaginal (Malformaciones).
- ▣ 11. Variedades de nalgas distintas a las nalgas puras.