

Partos Pélvicos

(Estudio sobre partos pélvicos en el Hospital San Juan de Dios — Años 1967—1971)

Cecilia Mora J. de Arroyo*

INTRODUCCION

Se designa presentación pelviana a aquella presentación en la cual el polo caudal del producto está en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna. Es, después de la cefálica, la presentación más frecuente y de acuerdo con los diferentes autores, su incidencia puede variar de un 2% a un 5%. Esta presentación es más frecuente en las gestaciones menores de 32 semanas ya que la polaridad fetal está determinada fundamentalmente por la adaptabilidad, la actitud y el tamaño fetales, en relación al volumen y a la forma del saco amniótico. Es decir, cuando el embarazo se encuentra cerca de las 26 Sem. o menos el producto tiende a acomodar su polo más grande (su cabeza) en la porción más ancha del útero, que es el fondo; este fenómeno puede observarse en casi la mitad de las gestantes. Cuando el embarazo sobrepasa la semana 26-30, generalmente se produce la versión espontánea del feto, colocándose en posición cefálica. El parto en presentación pelviana es considerado por algunos autores como un parto distósico por cuanto ha sido posible demostrar estadísticamente que la mortalidad infantil y la morbilidad materna se ven aumentados en mayor escala que en las presentaciones de vértice. Zenney y Little llaman anormal a esta presentación y expresan que las pérdidas fetales son tres o cuatro veces mayores que en la presentación cefálica. Moore y Steptoos dan cifras de mortalidad perinatal del 9.8% corregidas y 12.8% sin corregir; Jurado, del 18,8% global y corregida del 10%; Schmitz y colaboradores, informan sobre el 12.12% de pérdida perinatal

total y 4.12% corregida. Algunas complicaciones como prolapso de cordón, prematuridad, placenta previa, ruptura prematura de membranas, acompañan a este tipo de presentación lo cual hace que los riesgos sean aún mayores. El problema básico en la presentación pélvica es que, en contraste con la de vértice, el producto desciende primero sus partes menores (pelvis o pies) y no se puede obtener una seguridad de que los hombros y la cabeza puedan atravesar el canal del parto sin dificultad.

CAUSAS DE LA PRESENTACION PELVICA

Las causas que producen esta presentación pueden ser enumeradas tomando en cuenta tres factores: a. el factor materno; b. el factor fetal; c. el factor ovular.

a. Causas de origen materno:

Aunque algunos autores no están de acuerdo en que la multiparidad sea causa de la presentación pelviana, es de observación diaria que la flaccidez útero-abdominal y la atonía de las fibras uterinas de estas pacientes favorecen la acomodación pélvica del feto. Las pelvis estrechas producen trastornos en la orientación y polaridad fetales, ya que la movilidad del producto se encuentra dificultada. Debe tomarse en consideración la probabilidad de desproporción cefalopélvica ante una presentación pelviana. Las alteraciones a nivel del útero, por ejemplo los úteros miomatosos, predisponen a la presentación pelviana ya que se altera la elasticidad y la forma de la cavidad uterina. Esto es más evidente en aquellas pacientes primigestas añosas cuyo útero es con bastante frecuencia miomatoso,

* Servicio de Obstetricia, Hospital San Juan de Dios.

rígido e hipertónico. Las malformaciones uterinas: úteros bicornes, septados o subseptados, dificultan la versión espontánea de los productos. De hecho, la presentación pélvica de repetición tiene como causa habitual las malformaciones uterinas.

b. Causas de origen fetal:

Ya se expresó que la presentación pelviana es más frecuente en las gestaciones menores de 30 semanas, por lo tanto, un buen porcentaje de los partos prematuros e inmaduros se desprenden en este tipo de presentación. Se concluye pues que la presentación pelviana se ve favorecida por la pequeñez del feto, por su muerte y maceración. Habitualmente los productos de término que nacen en presentación pelviana son más pequeños que los que nacen cefálicos. En los embarazos gemelares en que los fetos tienen un tamaño menor que los de embarazos simples, generalmente un feto nace cefálico y otro en pélvica. El bocio congénito, la hidrocefalia, la anencefalia, se asocian con mucha frecuencia a esta presentación. Potter y Adair encontraron en una serie de 1.705 partos pélvicos que el 26% de los productos fueron hidrocefalos y el 18% anencefalos, con pesos promedios de 2.500 gramos.

c. Causas de tipo ovular:

La inserción baja de placenta actúa como obstáculo para la acomodación y favorece no sólo este tipo de presentación sino las situaciones oblicuas y transversas. El cordón corto real o accidental también impide la normal y adecuada acomodación del producto. El oligoamnios y el polihidramnios también favorecen la presentación pélvica. El primero, por la compresión uterina sobre el contenido ayuda a que la presentación pelviana en variedad incompleta sea más frecuente. El segundo, por la gran movilidad que disfruta el feto, se ve favorecida la variedad pélvica completa. En la revisión realizada no se pudo comprobar la existencia de anomalías uterinas, pero sí se observaron algunos de los fenómenos que usualmente acompañan a este tipo de presentación: anomalías congénitas fetales, polihidramnios, cordón corto, placentas previas, gemelaridad, etc.

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como finalidad determinar la incidencia de partos en presentación

pélvica que fueron atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios y analizar los parámetros que se consideran de mayor importancia.

MATERIALES Y METODOS

Se efectuó una revisión de 798 expedientes del archivo del Hospital San Juan de Dios de los años 1967 a 1971, ambos años inclusive; de ellos se extrajeron los datos que se detallan a continuación sobre los partos pélvicos atendidos en el servicio de Obstetricia en el lapso indicado. Se excluyen 30 casos codificados como partos pélvicos ya que constituyen gestaciones menores de 27 semanas, lo cual, de acuerdo con las definiciones clásicas, constituyen abortos tardíos y no partos. Es importante destacar que a este Hospital llegan pacientes procedentes de las más diversas zonas del país, a pesar de que el área de atracción del mismo sea la metropolitana. Esto contribuye a que en realidad se tenga en este estudio una muestra representativa de la incidencia del parto pélvico en nuestro país.

DATOS OBTENIDOS

Seguidamente se hará un análisis detallado de los datos obtenidos de la revisión efectuada, describiendo sucesivamente los siguientes aspectos: 1. Incidencia del parto pélvico; 2. Distribución por años; 3. Vigilancia del embarazo; 4. Estudio radiográfico; 5. Distribución de pacientes según paridad; 6. Distribución de pacientes por grupos de edad; 7. Distribución de pacientes por edad gestacional; 8. Tipo de partos; 9. Complicaciones asociadas al parto; 10. Complicaciones asociadas al embarazo; 11. Datos relativos a los niños: Tablas de peso, talla y sexo fetales; 12. Morbi-mortalidad perinatal; 13. Malformaciones congénitas.

1. Incidencia del parto pélvico en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios:

Se encontró un número total de partos atendidos en este Servicio en esos cinco años, de 37.322. 810 se realizaron en presentación pélvica lo que da una incidencia de 2.15% para esta

Institución. Otros autores dan las siguientes cifras:

Hall y Colaboradores	3.2%
Calkins, L., de Kansas	4.0%
Schwarcz	3.0%
Galloway	2.86%
Schmitz, H.	3.9%

2. Distribución por años:

A continuación se detalla la incidencia de los partos en general y de los pélvicos, distribuidos por años:

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR AÑOS			
Año	No. Partos en general	No. Partos pélvicos	%
1967	7.671	154	2.07%
1968	8.790	205	2.33%
1969	7.853	157	1.99%
1970	6.541	161	2.47%
1971	6.467	133	2.05%
TOTAL	37.322	810	2.15%

Como puede verse en el cuadro, el porcentaje de incidencia de los partos pélvicos en los cinco años no varió grandemente de uno a otro año.

3. Vigilancia del embarazo:

Se pudo determinar que solamente el 5% (450) de las pacientes con embarazos en presentación pelviana tuvieron asistencia prenatal. 321 (42%) no se vigilaron su embarazo a pesar de ser, en su mayoría, pacientes que vivían cerca de centros de salud o de hospitales.

4. Estudios radiográficos:

Lo anterior se refiere a la toma de cefalopelvimetrías a estas pacientes. Ya es bien conocido que este tipo de estudio permite evaluar la proporción entre la pelvis materna y la cabeza fetal, ayudando a resolver parte de la inquietud que causa el parto de la cabeza última y a disminuir la morbimortalidad materno fetal. Tomando en consideración que en la presentación pelviana, la prueba de parto no es posible, es condición sine qua non para el parto pélvico vaginal que la desproporción cefalopélvica sea descartada decididamente. Aunque en la presentación pelviana el estudio radiológico debe hacerse

por separado (tomando la pelvis materna y luego la cabeza fetal) y las mediciones pueden presentar un error mayor que en las presentaciones de vértice, es indiscutible que la cefalopelvimetría es un método que permite definir con bastante certeza, la presencia o ausencia de desproporción materno-fetal. Desafortunadamente en el estudio de revisión efectuado se pudo comprobar que solamente al 48% de las pacientes se les realizó la cefalopelvimetría. El 52% restante de las pacientes no fueron sometidas a este tipo de estudio, entre otras razones por: ingreso en expulsivo, labor de parto prematuro, error en el diagnóstico de ingreso y labor de parto avanzada, sangrado del tercer trimestre, etc.

5. Distribución de pacientes según paridad:

En el cuadro No. 2 se puede ver la distribución de pacientes según su número de embarazos.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION PACIENTES POR NUMERO GESTACIONES	
No. de gestaciones	No. de pacientes
1	129
2	120
3	112
4	84
5	49
6	52
7	50
8	37
9	37
10	27
11	24
12	18
13	8
14	10
15	9
16	4
17	4
18	1
19	2
20	1

Del cuadro anterior se desprende que la presentación pelviana fue más frecuente en pacientes multíparas que en primigrávidas, representando en las primeras el 84%. El 44% fueron pacientes con tres o menos gestaciones.

Schwarcz comenta que la presentación pelviana es ligeramente más frecuente en las nulíparas que en multíparas, ya que en éstas la atonía de las fibras uterinas facilitan la "voltereta". En el estudio de la presentación pelviana, Terán V. y colaboradores, consideran que "la primigesta

y la múltipara constituyen un complejo único en lo que se refiere a esa presentación, ya que al momento del parto deben llenar idénticos requisitos e iguales condiciones unas y otras". En base a lo anterior, no aceptan la división en grupos de paridad para analizar el pronóstico y el tratamiento del parto pélvico, porque esto tiende a infundir excesiva confianza ante un parto pélvico en la múltipara, menospreciando el hecho de que en ésta es posible la existencia de una desproporción cefalopélvica.

6. Distribución por grupos de edad de los pacientes:

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR EDADES DE LAS PACIENTES	
AÑOS	No. de pacientes
15-19	125
20-24	201
26-29	190
30-34	116
35-39	99
40-44	38
Más de 45	3

En el cuadro anterior se puede observar que casi el 50% de las pacientes fueron menores de 25 años, concordando esto con el mayor porcentaje de pacientes de baja paridad. Es en este grupo de edad en que la desproporción cefalopélvica absoluta es más frecuente. Esta decrece después de los 35 años. La influencia de la edad se hace evidente tomando en consideración que la mortalidad fetal es doble en la primípara que en la múltipara; un tanto mayor en la primípara joven y aun más en la primípara añosa.

7. Distribución de pacientes según edad gestacional:

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION PACIENTES POR EDAD GESTACIONAL	
Edad gestacional en semanas	No. de pacientes
28-32	87
33-37	116
38-42	657
Se ignora	11
TOTAL	711

Analizando los datos anteriores, se encuentra que las gestaciones de 37 semanas o menos forman un porcentaje de 26.3%, similar al expresado por otros autores: Hall y asociados, el 26%; Schwarcz señala que un tercio de los pélvicos corresponde a prematuros. Siendo estos porcentajes tan altos, se hace hincapié en que la desproporción cefalopélvica puede estar presente aun en los partos prematuros y por ende no debe soslayarse esta posibilidad en ellos. El 63.7% de las gestaciones fueron de término, y un 10% fueron mayores de 40 semanas.

8. Tipo de parto realizado:

Según la mayoría de los autores, el parto pélvico espontáneo (sin ayuda) es el que menos riesgos fetales produce; a pesar de ello, se efectúa relativamente poco, ya que usualmente se brinda algún tipo de ayuda; por el contrario, la mortalidad fetal crece proporcionalmente con el número de maniobras obstétricas practicadas. Por tanto, la opinión general en la conducta del parto pélvico en su primer período es ser conservador y en el segundo período, intervenir lo menos y lo más tarde posible, vigilando constantemente los latidos fetales y la actividad uterina. También se ha aceptado como norma que priva en nuestro Servicio al respetar la bolsa de las aguas hasta la dilatación completa, ya que en este tipo de parto no sólo constituye un factor de seguridad indiscutible, sino que influye favorablemente en la dilatación cervical. Por esto los tactos vaginales deberán limitarse al máximo, efectuarse entre cada contracción y con la mayor suavidad posible. El tipo de parto atendido en nuestro Servicio se detalla en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 5

TIPO DE PARTO	
Parto pélvico espontáneo.	60
Parto pélvico asistido.	628
Parto pélvico asistido y conducido	19
Parto pélvico con gran extracción.	15
Parto con versión interna y gran extracción	10
Parto pélvico con fórceps de cabeza última	6
Partos resueltos por cesárea	80

No obstante que la cesárea es un método mejor y más seguro para la resolución de parto pélvico, ninguno de los autores recomienda la misma como rutina porque esto aumenta la morbilidad materna. Pomerance, en su revisión de diez años de partos pélvicos del Hospital de Brooklyn, encontró una incidencia de cesárea del 13.3%, con una mortalidad materna de 2.1%. Hall y colaboradores, en su estudio sobre 6,044 partos pélvicos, encontró una incidencia de 12.7%. Jurado manifiesta una incidencia de cesáreas de 3.7%. En nuestro estudio, 80 casos (9.5%), se resolvieron por operación cesárea. En más del 50% de los casos, la operación se efectuó en pacientes primigrávidas. En el cuadro siguiente puede verse la incidencia de este tipo de operación según el número de gestaciones de las pacientes.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE CESAREAS SEGUN PARIDAD	
No. pacientes operadas	No. gestaciones de las pacientes
46	1
12	2
12	3
2	4
1	5
1	6
2	7
1	9
1	10
1	12
1	13
1	22

Indicaciones para efectuar la cesárea:

Las indicaciones para efectuar la cesárea se detallan en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 7

INDICACIONES PARA EFECTUAR LAS CESAREAS	
Indicación	No. pacientes
Por desproporción cefalopélvica	59
Por cesárea anterior	12
Por placenta previa	2
Por prolapso de cordón	3
Por feto preferencial	1
Por gemelares engatillados	1
Por embarazo hipermeduro	1
Por segunda gesta añosa	1

Como puede apreciarse, el 73.7% de las cesáreas se efectuaron por desproporción cefalopélvica. Las causas restantes suman el 26.3%.

9. Partos gemelares:

De los 810 pélvicos, 126 fueron producto de embarazos gemelares, ya sea que uno o ambos nacieron en este tipo de presentación, según se detalla: En 31 casos ambos productos nacieron pélvicos. En 21 casos, el primero fue pélvico y el segundo cefálico. En 40 casos, el segundo producto fue pélvico y el primero cefálico; aquí se incluye un parto de trillizos en el cual el segundo producto nació pélvico, muerto in útero y anencéfalo. En 6 de los partos gemelares, los productos fueron no viables, con edades gestacionales de 28 y 29 semanas. 53 de los productos presentaron pesos comprendidos entre los 1,000 y los 2,000 gramos, lo cual da un 42%, confirmando la alta incidencia de prematuridad en los embarazos múltiples. Los restantes presentaron pesos dentro de lo normal.

10. Complicaciones asociadas al parto

La ruptura de membranas es una complicación muy frecuente en la presentación pélvica y las causas de ello no están del todo aclaradas. Si las membranas se rompen antes de la iniciación de la labor, el riesgo materno-fetal es aun mayor. A causa de esto, la mayoría de los autores recomiendan la cesárea en pacientes con productos viables y membranas rotas, si 12 horas después de la ruptura, la labor de parto no se ha establecido adecuadamente. Jurado reporta una incidencia del 17.3%. En nuestro estudio alcanza el 7.4%. El prolapso de cordón, como consecuencia de la ruptura de membranas, es también una complicación frecuente de la presentación pelviana. Jurado muestra una incidencia del 9.2%; Clark, de 3.2% y en este estudio es de 1.84%. La placenta previa es un fenómeno de común observación en presentaciones pélvicas. En el siguiente cuadro se pueden observar las complicaciones del parto que se encontraron en la revisión efectuada.

CUADRO No. 8

COMPLICACIONES ASOCIADAS AL PARTO					
	Primíparas		Múltiparas		Total
	Prematuros	De término	Prematuros	De término	
Ruptura prematura de membranas	3	6	20	21	60
Prolapso de cordón	1		3	11	15
Retención cabeza última		1	2	15	18
Desprendimiento placenta	1	1	3	3	8
Placenta previa		1	3	1	5
Gemelares engatillados		1			1
Ruptura uterina				1	1
Enbarramiento de brazos				1	1

11. Complicaciones asociadas al embarazo:

Se encontraron las siguientes patologías concomitantes con el embarazo:

Hipertensión arterial	2 pacientes
Cardiopatía	2 pacientes
Trastornos mentales	2 pacientes
Corea de Sydenham	1 paciente
Hemofilia	1 paciente
Isoinmunización por Rh	1 paciente
Polihidramnios	2 pacientes
Toxemia	5 pacientes
Sarampión	2 pacientes
Sarampión y bronconeumonía	1 paciente

Las dos pacientes que hicieron polihidramnios dieron a luz productos teratológicos. Cuatro de las cinco pacientes toxémicas fueron primíparas. Una primigesta que padeció sarampión tuvo un parto prematuro de un producto muerto in útero. La paciente con isoinmunización por Rh tuvo un producto de término macerado. A una primigrávida portadora de útero y vagina dobles se le efectuó cesárea y se le extrajo producto de término y normal. Una paciente tenía el antecedente de safenectomía y salpingectomía previo a su parto pélvico, y en tres pacientes había historia de otros partos pélvicos.

12. Datos relativos a los niños:

El cuadro siguiente muestra los pesos de los niños.

CUADRO No. 9

PESOS DE LOS NIÑOS	
Peso en gramos	No. de niños
Menos de 1.000	21
1.000-1.500	48
1.501-2.000	68
2.001-2.500	119
2.501-3.000	233
3.001-3.500	197
3.501-4.000	65
más de 4.000	12
no pesados	17
TOTAL	810

CUADRO No. 10

TALLA DE LOS NIÑOS	
Centímetros	No. de niños
-40	75
45-45	120
46-50	464
51-55	116
más de 56	1
No medidos	34
TOTAL	810

CUADRO No. 11

SEXO DE LOS NIÑOS	
Masculino	399
Femenino	409
No definido	2
TOTAL	810

13. Morbimortalidad perinatal.

CUADRO No. 12

CONDICIONES FETALES AL NACER						
	Primípara		Multi(para		Total	%
	Prematuro	De Término	Prematuro	De Término		
No viables		2		20	22	2.7
Mortinatos	6	3	28	8	45	5.55
Muertos post-parto inmediato	7	1	13	11	32	3.95
Graves	4	2	10	8	24	2.98
Regulares (apgar menor a 6)	22	19	26	40	107	13.2
Buenas condiciones	23	77	81	479	587	74.23

Del cuadro anterior encontramos una mortalidad total del 12.2%. Exceptuando los productos muertos in útero (óbitos fetales), los productos no viables, los productos de término con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, como la anencefalia que en nuestro estudio fueron 6, tenemos una mortalidad corregida del 3.3%. Encontramos en dos infantes fractura de clavícula. Ambos eran productos macrosomas. En tres casos se diagnosticó parálisis del plexo braquial.

14. Malformaciones congénitas

En la revisión efectuada encontramos un 3.5% de malformaciones congénitas que se detallan en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 13

MALFORMACIONES CONGENITAS	
Anencefalia	6
Hidrocefalia	2
Mongoloideas	4
Espina bífida	5
Malformaciones múltiples (polidactilia, afoquiaparcial, sexo indiferenciado, etc.)	5
Mielomeningocele	3
Pie bot	2
Enanismo	1
Bocio congénito	1

CONCLUSIONES

La incidencia de la presentación pelviana en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios (2.15%) es similar o algo inferior a la reportada por los diferentes autores (3%). Las multiparas presentaron mayor tendencia a este tipo de presentación (84%). El porcentaje de operaciones cesáreas (9.5%) es muy aceptable si se compara con las reportadas por otros autores

(12 a 15%). La desproporción cefalopélvica fue la indicación más frecuente para realizar la operación cesárea independiente de la paridad. Se utilizó la cefalopelvigrafía como ayuda diagnóstica de desproporción cefalopélvica en solamente el 48% de las pacientes. La incidencia de prematuridad en la presentación pélvica en nuestro estudio se acerca a las cifras que se han obtenido en otros países (28%). La mortalidad perinatal en los niños prematuros fue igualmente superior que en los de término, de una manera similar a la reportada en otros estudios. La morbimortalidad perinatal en este tipo de presentación se asemeja a las reportadas por otros autores y en nuestra revisión puede considerarse bastante baja. La vigilancia del embarazo fue llevada a cabo sólo por el 58% de las pacientes. Las complicaciones asociadas al embarazo se presentaron en frecuencia bastante baja. Asimismo, las complicaciones del parto (ruptura prematura de membranas, prolapso de cordón, etc.) tuvieron incidencia menor que las reportadas en otros estudios. Las complicaciones asociadas al parto fueron más frecuentes en pacientes multiparas que en las primíparas. La incidencia de malformaciones congénitas en este tipo de presentación fue de 3.5%. Pudo comprobarse que el fórceps de cabeza última se usó muy raramente.

RESUMEN

En los cinco años revisados, se produjeron en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios 37.322 partos en total, 810 se realizaron en presentación pelviana (incidencia: 2.15%). El 15.5% de estos partos fueron gemelares. El 9.5% fueron resueltos mediante operación cesárea; más del 50% de estas operaciones se efectuaron en pacientes primigrávidas. Se notó una incidencia alta de esta presentación en pa-

cientes jóvenes (menores de 25 años) y de baja paridad (hasta 3eras gestas). El 17.2% de pacientes fueron primigrávidas y el 82.8% fueron multíparas. Se encontró un 20% de partos prematuros. Las complicaciones asociadas al embarazo y al parto mostraron muy bajo porcentaje (1-2%). La mortalidad perinatal corregida fue del 3.3%; sin corregir, del 12.2%. No se registraron muertes maternas en este lapso.

SUMMARY

In the five years covered by this study, there were 37,322 deliveries at the Obstetrics Wards of the San Juan de Dios Hospital. 810 (2.15%) were breech deliveries 15.5% of these ones were twins. 9.5% were delivered by cesarean section with over 50% of them being primigravides. A high incidence of this type of presentation in young patients (under 25 years of age) and with low parity (up to third pregnancy) become apparent, 17.2% of patients were primigravides and 82.8% were multigravides. There was a 29% incidence of premature deliveries. The complications associated to pregnancy and delivery were very low (1-2%) perinatal corrected mortality was 3.3%; uncorrected 12.2% there were no maternal deaths in this period.

BIBLIOGRAFIA

1. ARNOT, P. and NELSON, D. Breech delivery in primiparous practice. *Am. J. Obst. Gynec.*, 64:591, 1952.
2. CALKINS, L.A., Breech presentation. *Am. J. Obst. Gynec.*, 69:977, 1955.
3. CLARK, D. et al. Prolapse of the umbilical cord (a study of 117 cases) *Am. J. Obst. Gynec.*, 101:84, 1968.
4. DICKMANN, W.J. and HARROD, J. Breech delivery at the Chicago Lying-in Hospital, 1945-1952. *Am. J. Obst. Gynec.*, 70:252, 1955.
5. EASTMAN, N.J. and HELLMAN, L.M. *Williams Obstetrics*, Ch. 43, 1105-1121. 38 ed. Meredith Publishing Co., 1966.
6. GALLOWAY, W.H., et al. Premature breech presentation. *Am. J. Obst. Gynec.*, 99:975-84, 1967.
7. GREENHILL, J.P. *Obstetrics. Anomalies of the passengers: breech presentation*. Ch. 59, p. 857. W.B. Saunders Co., Philadelphia-London, 1965.
8. HALL, J.E. et al. Breech presentation and perinatal mortality. *Am. J. Obst. Gynec.* 91:665, 1965.
9. JURADO, L. and MILLER, G.L., Breech presentation. *Am. J. Obst. Gynec.* 101: 183-9, 1968.
10. POMERANCE, W. and DAICKMAN, I. Fetal and neonatal results in breech presentation in the primiparous patient at term. *Am. J. Obst. Gynec.* 64:110, 1952.
11. SCHMITZ, HERBERT E. et al. End results of breech deliveries at Lemis Memorial Maternity Hospital (Based on a twenty one year study) *Am. J. Obst. Gynec.*, 69:984, 1955.
12. SCHWARCZ, R. et al. *Obstetricia. El parto en las distintas presentaciones*. P. 269-84. 3a. ed. Ed. "El Athenco", 1970.
13. TENNEY B. and LITTLE B. *Clinical Obstetrics. Abnormal presentations*. Ch. 17, p. 301. W.B. Saunders Co., Philadelphia-London, 1961.
14. TERAN, M. et al. La presentación pelviana. Su tratamiento. *IMIC.*, 1967.
15. WASH, C.A. Parto pélvico. Servicio de Obstetricia, Hospital México, 1972.
16. ZUTUCHNI, G.I. and ANDROS, G.J. Prognostic index for vaginal delivery in breech presentation at term. *Prospective study*. *J. Obst. Gynec.*, 98:854-7, 1967.