

EXPERIENCIA PERSONAL EN LOS PARTOS EN PRESENTACION DE VERTICE, VARIEDAD POSTERIOR

Dr. VICTOR M. BAZUL F.

Agradecemos al Sr. Preidente del Congreso la oportunidad que nos ha dado, para ocuparnos del parto en presentación de vértice, variedad posterior, tema que la juzgamos importante, a pesar de no ser nuevo, especialmente para los jóvenes obstetras.

La anomalía que suponen estas posiciones, no constituyen hecho de importancia, pero cuando se asocia con trastornos de la contracción uterina y cierta desproporción puede causar complicaciones bastante serias.

Frecuencia.— Varía durante el parto y según el momento en que se practica el primer examen y de acuerdo con la proligidad de éste, de donde se deduce, la diferencia de cifras dadas por los autores. La Escuela Francesa, que acepta que la cabeza al acomodarse al estrecho superior, se orienta oblicuamente, sostienen que la OIDP es bastante frecuente (33.3%), en la parte alta de la excavación, sólo la supera OIIA (41.7%), mientras que son más raras las OIIP (16.6%) y la OIIA (8.3%). Los parteros anglosajones, para los que la acomodación, se realiza más frecuentemente, en el diámetro transversal, obtienen al principio del trabajo un número más bajo de variedades oblicuas posteriores; así, Caldwell, Moloy y D'Esopo, reconocen al producirse el encajamiento, las siguientes variedades de posición: OIDP (9.5%), OIIP (9.0%), OI'DT (19.5%), OIIT (40.5%), OIDA (6.5%), OIIA (9.5%), OP (5.5%), es decir que la orientación transversal ocupa el primer lugar (60% al pasar la cabeza el estrecho superior; las oblicuas posteriores se observan en el 18.5% de los casos, las oblicuas anteriores en el 16.0%, y la directa anterior en 5.5%. En la estadística de E'King la proporción de la posición izquierda es aún más elevada. Es bastante frecuente que al descender la cabeza, la OIIT se convierte en OIIP, de allí que en el estrecho medio y en el inferior, esta variedad de posición sea más frecuente que al efectuarse la acomodación en el estrecho superior; siempre de acuerdo con los citados autores, que se basan, no sólo en exámenes clínicos, sino en series de investigaciones radiológicas. Kucipal, para las occipito posteriores persistentes, señala una incidencia de 9.3%, mucho mayor que las cifras de 2 a 4% mencionadas en la literatura. El desprendimiento en O.S. ocurre aproximadamente en el 1% de parturientas.

En nuestro medio Ricardo Moloche señala que las ODP dan un índice del 29% — las OIIA — 69.64%, OIIP — 0.50%, OIDA — 0.20% — estos índices no han sido modificados hasta la fecha.

Causas de las occipito posteriores.— Entre las causas maternas se debe señalar el importante papel que desempeñan las anomalías pélvicas; sin embargo, sería exagerado pensar que este factor es el único, porque si así fuese, los partos en variedades posteriores se repetirían, lo que no se comprobó en la estadística de Cannell — De todos modos, se debe reconocer que estas variedades de posición son muy frecuentes en las pelvis estrechas, en las pelvis infundibuliformes, con reducción del diámetro interespinoso; en la pelvis dolico pélica de Thoms ó antropoide de Caldwell, Moloy y D'Esopo, cuyos diámetros anteroposteriores predominan sobre los transversales; y en las que al producirse el encajamiento, puede estar el occipucio directamente en relación con el sacro (Langmen y H. Taylor Jr.). Lo mismo se puede decir de la pelvis androide, con estrecho superior triangular, ramas isquiopúbicas de ángulo agudo, segmento anterior insuficiente para recibir el occipucio.

La Escuela de Chicago, al decir de Gustafson, llamó igualmente la atención sobre la frecuencia de las occipito posteriores en lo "distocia distrofia"; por fin la inclinación anormal de la pelvis también ha sido señalada.

Debemos recordar también entre las causas maternas, el vientre péndulo, (si el dorso al iniciarse el parto, está hacia atrás) y la inercia uterina antes de realizarse la rotación, aunque T. Clarke, cree que en la mayoría de los casos la insuficiencia de las contracciones es una asociación accidental. También se acepta que la falta de rotación de la cabeza fetal, se deba a una relajación acentuada de las partes blandas, como pasa en ciertas multiparas o cuando se practica la anestesia caudal o anestesia de silla de montar.

Finalmente se debe citar, un fibroma de la pared anterior del útero, que sirve de obstáculo a la rotación y repleción de la vejiga.

Entre las causas fetales existe un gran desconcierto, pues, mientras algunos atribuyen las variedades posteriores a la cabeza pequeña y redondeada, otros consideran que desempeña un papel importante la cabeza muy grande (Siedentopf, Cannell), con los cuales estamos de acuerdo, según nuestra experiencia; porque los fetos siempre son muy desarrollados; lo mismo pasa en la braquicefalia, mencionada por unas (Gustafson) mientras que otros se refieren a la dolicocefalia (Siedentopf).

Se ha discutido en diferentes momentos, si la flexión insuficiente de la cabeza fetal, es la causa o la consecuencia de las occipito posteriores, pensamos con T. Clarke, que la primera hipótesis es la verdadera, pues si con una maniobra flexora de Hodge acentuamos la flexión, la rotación interna se verifica a menudo fácilmente. En algunos casos puede influir también el procúbito de un brazo.

Entre las causas ovulares se debe señalar la implantación de la placenta en la cara anterior del útero, sobre lo cual llamó la atención R. Torpin.

Fenómenos mecánicos.— Cuando se efectúa la acomodación de la cabeza al estrecho superior, o después de realizarse ésta, las causas señaladas antes, predisponen a la variedad posterior. La rotación interna se realiza en el mayor número de casos hacia adelante.

En las OI DP, la cabeza se flexiona, pero en general de modo muy imperfecto; aborda el plano del estrecho superior, por la circunferencia sub-occipito frontal. La flexión no se completa sino lentamente durante el descenso sobre el suelo perineal. Por el tacto vaginal se llega fácilmente sobre la fontanela anterior.

El descenso, siguiendo el diámetro oblicuo izquierdo, se hace lentamente, porque la flexión de la cabeza queda largo tiempo incompleta, las extremidades del diámetro sub-occipito frontal, muy grande, frotan las paredes pélvicas.

La rotación interna de la cabeza no se efectúa, sino cuando el vértice, completamente flexionado, apoya sobre el suelo pelvi-perineal. Una cabeza deflexionada no rota, porque el diámetro sub-occipito frontal es muy grande, pero poder evolucionar en la pelvis; tiene que ser reemplazado por el sub-occipito bregmático. En todo caso, el movimiento de rotación es habitualmente lento, el occipucio debe de recorrer desde la sínfisis sacro iliaca derecha hasta la sínfisis del pubis, tres cuartos de la mitad de la pelvis o sean 135 grados.

Durante este movimiento de rotación de la cabeza, el dorso sigue y roto también hacia adelante y a la izquierda.

La teoría de Tarnier, de los dos brazos de palanca desiguales, puede también explicar la rotación en las occipito posteriores. Pero esta desigualdad de los brazos de palanca no existe sino a condición que la cabeza esté bien flexionada.

La rotación del occipucio hacia adelante, está ayudada por la reacción del músculo isquio-coxígeo derecho contra el cual es presionado el occipucio en una OI DP flexionada.

En las OI IP, el mecanismo del parto es idéntico; la cabeza se encaja siguiendo el diámetro oblicuo derecho.

Si la rotación no se realiza en una variedad posterior de vértice, OI DP u OI IP, el occipucio queda hacia atrás, en relación con las sínfisis sacro iliaca, y la acomodación del desprendimiento no se puede hacer. El parto no se termina. El mismo resultado se obtiene si la rotación es incompleta, quedando la cabeza en OI DT u OI IT.

Algunas veces, en las variedades posteriores de vértice, el occipucio, en vez de rotar hacia adelante, para colocarse debajo del pubis; rota hacia

atrás, y se coloca delante del sacro, se produce entonces una occipitio-sacra (OS).

La rotación hacia atrás se observa en el 4% de las occipito posteriores (West — Tarnier), dos veces solamente sobre cien según Bataillard y Varnier. Esto parece debido a un defecto de acción del suelo pelviperineal, (cincha isquio coxígea) o a la deflexión de la cabeza fetal frecuentemente pequeña. La existencia frecuente de circulares del cordón al rededor del cuello o de los hombros, en las variedades posteriores de vértice, juega también un cierto rol en el defecto de rotación de la cabeza.

La anomalía más importante es aquella que se acompaña del desprendimiento del vértice en occipito-sacra (OS).

El parto espontáneo en occipitio-sacra, es posible, pero es largo y demasiado penoso, el accipucio debe recorrer toda la curvatura sacro-perineal.

Su mecanismo es el siguiente: la cabeza es empujada hacia abajo, por contracciones enérgicas; es la región de la fantanela anterior y la parte alta de la frente que llegan las primeras a la vulva y se colocan por debajo, después por fuera de la sínfisis pubiana, y toman punto de apoyo. Luego el accipucia después de haber recorrido el periné, llega a su turno a la comisura posterior de la vulva y se desprende (hasta aquí la cabeza estaba flexionada). El accipucio habiéndose desprendido, la cabeza se deflexiona alrededor de la orquilla como centro y se ve aparecer sucesivamente a la vulva, la frente, la nariz, el menton (desprendimiento cara hacia arriba). Frecuentemente también es el sincipucio que se desprende primera sobre el plano intermedio a la frente y al accipucio.

Marcha del trabajo: el trabajo del parto es mas prolongado en las variedades posteriores de vértice, principalmente en las primíparas, en las cuales es más larga, más penoso que en las variedades anteriores. El parto es frecuentemente difícil, pero se termina espontáneamente en la gran mayoría de los casos.

Las contracciones uterinas son frecuentemente irregulares y presentan de tiempo en tiempo detenciones. Son casi siempre muy dolorosas, los dolores asientan en la región lumbo-sacra. La dilatación se hace lenta e irregularmente; el cuello se edematiza habitualmente.

Esta lentitud del trabajo se debe a la flexión imperfecta de la cabeza que se apoya mal sobre el cuello, a la rotura precoz de las membranas, a la mala calidad de las contracciones uterinas, a la falta de rotación de la cabeza durante el período expulsivo a a su rotación hacia atrás.

La duración del parto es más larga en las variedades posteriores de vértice que en las variedades anteriores; así en las observaciones de Cannell, el período de dilatación duró término medio 20 horas 54 minutos en las primíparas y 5 horas y 34 minutos en las multíparas; ese hecho se atribuye na

sólo a las anomalías pelvianas ya indicadas, sino también a la frecuencia en que se presenta la inercia uterina y la distocia cervical.

Se ha sugerido que en las variedades oblicuas izquierdas posteriores el parto parece ser más dificultoso que en las derechas; estas serían más a menudo la consecuencia de la dextrorrotación del útero, que la presencia de anomalías pelvianas; en cambio, en las izquierdas posteriores, este último factor sería preponderante; a pesar de ser las derechas posteriores dos veces más frecuentes que las izquierdas en la estadística de Kutzipal, la incidencia de partos prolongados fue 25% mayor en las izquierdas, y en éstas se efectuó más de la mitad de los forceps en el estrecho medio; además cuatro de las cinco cesáreas se han practicado en las posiciones izquierdas.

El parto prolongado puede producir alteraciones en el organismo de la madre que se manifiestan por lumbalgia, sacralgia, irritabilidad, insomnio, agotamiento; sobre el feto: modelaje plástico acentuado de la cabeza (especialmente en caso de rotura prematura y anoxia).

Conducta.— Cuando por anomalías de la rotación o por otra causa cualquiera, el parto se prolonga más de lo debido, estamos ante un parto prolongado, pero esto no motiva forzosamente una distocia y mucho menos la necesidad de intervención del tocólogo. **La prolongación del parto no implica que haya que adoptar una actitud intervencionista.**

Solamente debemos salir de la conducta expectante ante la aparición de peligros para la madre y el feto.

Los peligros para la madre están representados por tres hechos:

- 1) el aumento de las posibilidades de la infección.
- 2) su agotamiento físico o cansancio obstétrico.
- 3) la mortificación de tejidos en el canal del parto.

1) Al romperse la bolsa de las aguas, la cavidad uterina es un medio apropiado para el desarrollo en ella de gérmenes patógenos, de tal modo que cuando la mujer permanece en estas condiciones gran número de horas, el pronóstico del puerperio se ensombrece. Sin embargo, el número de horas de las que no debiera pasar la permanencia de la parturienta en las condiciones que señalamos, no está sujeto a reglas fijas. Por prolongado que sea el parto, no debe preocupar sino cuando se presenta algún síntoma patológico, uno de los cuales es la fiebre intraparto, indicio seguro de que la cavidad uterina está colonizada por gérmenes, los cuales se multiplican en ella, no siendo en la mayoría de los casos de carácter patógeno, sino simplemente saprófitas.

2) El segundo peligro para la madre que se presenta en el período expulsivo, es el agotamiento. Pero éste debe entenderse en el sentido objetivo, y no subjetivo, de opreciación de la enferma o de los familiares. Consideramos por ogotamiento de la mujer, al agotamiento local del útero o el general del organismo, pero un agotamiento físico verdadero y no psíquico. Por lo tanto, el médico debe ser sordo a las exigencias de los familiares, nacidas de su nerviosidad, y no hacer caso de otra cosa que de su propio apreciación objetiva del estado de la mujer. Si bien esta prolongación del trabajo puede ser bien resistida por mujeres sanas y fuertes, hay otras que no lo pueden efectuar sino es con grave perjuicio para su salud.

Esfuerzos menores, comparables a un parto eutócico, no pueden ser realizados por una mujer con una lesión cardíaca, con tuberculosis pulmonar o con un proceso febril, y del mismo modo que no se debe permitir a una enferma de esta clase un trabajo de tal índole, mucho menos podemos permitir que su parto sea prolongado.

3) Si a estos partos se les deja evolucionar de manera espontánea pueden presentar otro peligro para la madre, que es el desgarro del periné; por la sobrecarga que soporta durante la expulsión. En algunas ocasiones estos desgarros son grandes, porque pueden comprometer el esfínter del ano, alterando no sólo la integridad de la vulva, sino también el último tramo del aparato digestivo, llegándose a producir en tales casos incontinencias fecales muy molestas y desagradables. Aún sin llegar a interesar el recto estos desgarros perineales pueden ser suficientemente intensas para producir en la vida ulterior de la mujer, el prolapso genital con las desagradables consecuencias que ello tiene; **la episiotomía** practicada oportunamente contribuye a evitar estos accidentes.

Finalmente, en estos partos prolongados la compresión de partes blandas entre la cabeza fetal y la sínfisis del pubis, provoca su isquemia y necrosis ulterior, con pérdida de substancia y formación de fístulos vesicovaginales.

Peligros para el feto.— El principal de estos peligros es el sufrimiento fetal; este puede obligar, aún en mayor escala que el peligro materno la necesidad de terminar el parto. Durante mucho tiempo se ha pensado que el sufrimiento fetal era debido a la compresión que las contracciones prolongadas producían sobre la cabeza en el canal del parto. Hoy día se sabe que la causa principal de este sufrimiento es la anoxia. Esto se produce como consecuencia de las contracciones uterinas. En efecto, a cada contracción, ya de un modo fisiológico, se interrumpe el aporte de oxígeno al feto, momentáneamente. Esta interrupción se debe a dos causas: 1) a una detención del drenaje de los senos venosos placentarios en el momento de la contracción, con

el consiguiente estancamiento de lo sangre en los espacios intervelloso; lo cual determina una detención en los cambios gaseosos a través de la placenta, y 2) a que la contracción uterina isquemia la circulación fetal de la velloso corial.

Si las contracciones uterinas no son muy intensas y repetidas, y sobre todo si entre contracción y contracción el útero se relaja bien y el "tono basal" es bajo, el organismo fetal se repone de esta anoxia pasajera, pero si las contracciones son subintrales y sobre todo si se establece un grado mayor o menor de tetanización del útero, entonces la anoxia se hace permanente y determina sufrimiento fetal primero y muerte fetal después.

La apnea del recién nacido no es sino la consecuencia de haber estado sometido el centro respiratorio fetal a un período de anoxia antes del nacimiento.

Conducta obstétrica.— Si por las causas que hemos mencionado, hemos de intervenir; ¿cuál ha de ser la intervención que se realice? En caso de desproporción pelvifetal acentuada (anomalías pelvianas importantes, cabeza fetal de gran tamaño o deflexionada, etc.), de la distocia de la contracción irreductible o de distocia cervical (primiparidad añosa, cicatrices de desgarros anteriores, cauterizaciones, conización), debe practicarse la operación cesárea segmentaria. Para justificar esta operación han de considerarse numerosos factores: no sólo la longitud del diámetro interespinoso, y del diámetro sagital posterior de la pelvis media, sino también el tamaño y la actitud de lo cabeza del feto, los caracteres de la contracción uterina y del cuello, todo lo cual pone a prueba el buen juicio y la habilidad del partera. No se debe olvidar los peligros de las extracciones con el forceps en las variedades posteriores, cuando por no estar reunidas las condiciones ideales, se empieza la fuerza, y las madres y los fetos pagan elevado tributo por haber escapado al diagnóstico, una desproporción existente.

Algunas veces es preferible un parto abdominal a un parto vaginal difícil, traumático. Por esto, nunca se insistirá lo suficiente, en la conveniencia de los tactos vaginales prolijos y de la pelvicalometría pre-parto y más todavía intraparto, para despistar las anomalías pelvianas, para revelar la desproporción materno fetal, etc.; si en el curso de una extracción con forceps las dificultades que se presentan permiten afirmar la existencia de una desproporción no sospechada, el médico tiene la obligación de suspender inmediatamente las tracciones y de irse por la vía alta.

A falta de desproporción ó en caso de desproporción ligera y cuando no hay otra complicación (distocia dinámica, distocia cervical) se impone la prueba del parto; si los diámetros del estrecho medio están ligeramente reducidos, se dejará que las fuerzas naturales, siempre que éstas sean eficien-

tes, hagan pasar dicho estrecho al diámetro biparietal. El secreto del éxito es la paciencia y abstenerse de interferir, durante el período de dilatación.

Durante la prueba del parto, se le dará a la parturienta alimentación adecuada. ingestión de líquidos, administración de éstos por vía parenteral, para evitar la deshidratación, evacuación de la vejiga y el recto; psicoterapia, relajación muscular y respiración especial (método psicoprofiláctico); se les obligará al paseo, que aumenta las posibilidades de la rotación de la cabeza hacia adelante, al decir de D'Esopo; sedar a la paciente con Demerol, Espasmalgina, en forma moderada al principio del parto para evitar la inercia; perfusión endovenosa con ocitocina, (Pitocin-Sintocinon, etc.) con el objeto de aumentar la intensidad de las contracciones; rotura artificial precoz de la bolsa de las aguas, si la cabeza ha descendido, con cuello bien incorporado y con una dilatación de 5 — 6 cm. por lo menos.

La vigilancia de la parturienta durante ese primer período ha de ser muy minuciosa; es necesario la auscultación frecuente de los latidos fetales. La oxigenoterapia es muy útil. Debemos recordar los recursos posturales: el decubitolateral de la parturienta, correspondiente al lado en que se encuentra el occipucio (resultando difícil establecer su valor real), y la posición genupectoral, (utilizable cuando el cuello está incorporado y tiene una dilatación de 4 o más centímetros); dos o tres sesiones de 10 a 15 minutos; al desplazarse el cuerpo fetal hacia adelante, la rotación se realiza más fácilmente, no constituyendo las espinas ciáticas un obstáculo tan serio. Desde que Puddicombe, adoptó este procedimiento no tuvo que recurrir a la rotación manual o instrumental.

La conducta durante el período expulsivo es mucho más discutida. Al lado de los conservadores (Danforth) que aconsejan una expectación prolongada, de varias horas, porque se consigue así un elevado promedio de rotaciones espontáneas; están los que opinan que la mayoría de las rotaciones se producen dentro de la primera hora (Bili), y aun los que intervienen en cuanto se ha completado la dilatación. Según nuestra experiencia, resulta difícil fijar límites al período expulsivo, aquí y en otras distocias. Creemos si como Danforth, que si el descenso y la rotación de la cabeza fetal, progresan gradualmente, el estado de la madre y del feto lo permiten, es prudente permitir que el período expulsivo dure hasta tres horas aproximadamente reforzándose eventualmente la dinámica utero abdominal con la maniobra de Kristeller, que al aumentar la flexión de la cabeza pueden hacerla pasar el estrecho medio; pasado este tiempo, el modelaje de la cabeza suele ser tan acentuado que dificulta la rotación artificial; también aumentan los riesgos para la madre, (formación de anillos de contracción, rotura uterina) y para el feto (anoxia).

Para terminar el parto existen los métodos manuales y los instrumentales, recursos que debe conocer el tocólogo, para poder resolver convenientemente los problemas de la clínica obstétrica.

Entre los métodos manuales recordemos la versión interna seguida de extracción, la maniobra flexora de Hodge, la rotación artificial digital y la rotación artificial manual; cada una de estos procedimientos, tiene sus indicaciones precisas y su técnica, los señalamos simplemente, sin entrar en sus detalles.

La aplicación del forceps, es el gran recurso para resolver el problema de las variedades posteriores. Con él únicamente se justifica la extracción de la cabeza en OS, cuando ésta al hacerse la tracción de prueba, tiene tendencia a rotar hacia el sacro, y cuando el modelaje plástico es considerable; en tal caso, una amplia episiotomía permitirá evitar los desgarramientos complicados. En los demás casos, que son la mayoría, se rota la cabeza a OP.

Personalmente nosotros hacemos en las ODP la rotación manual, para rotar la cabeza a ODT y luego hacemos la aplicación de las ramas del forceps con la mano izquierda, sirviéndose de guía la mano derecha, descendemos la cabeza hasta las partes blandas y luego la rotamos a OP; usamos el forceps de Tarnier, y la anestesia de los nervios pudendos o la anestesia general. No hay inconveniente en rotar la cabeza hacia atrás y extraerla en OS.

Se puede también emplear el forceps de Demelin, el de Leff, de Mann, de Piper, el de Zweifel, el de Kielland, su uso depende de la experiencia del tocólogo y de la habilidad que tenga su manejo, en general se debe emplear el forceps que se conoce bien y que se sabe manejar.

El vacuo extractor es empleado con éxito en las variedades posteriores; no tenemos experiencia personal en su uso.

CONCLUSIONES

De acuerdo con nuestra propia experiencia podemos señalar las siguientes conclusiones:

- 1º—En las presentaciones de vértice, variedad posterior, si el trabajo del parto es lento, es conveniente practicar un examen prolijo y siempre que sea posible una radiopelvicefalometría intra partum.
- 2º—Cuando se comprueba una desproporción pelvifetal, con estenosis del estrecho medio a inferior, cabeza grande y deflexionada, o que haya

una distocia de la contracción irreductible o una distocia cervical, se debe practicar la operación cesárea segmentaria.

- 3°— Cuando no hay desproporción, se debe hacer la prueba del parto, regulando las contracciones con ocitócicos, goteo intravenoso de pitocin, sintocin y can antiespasmódico, demeral, espasmalgina; utilizando sistemáticamente el decubitolateral y la posición genupectoral.
- 4°— Para la terminación del parto hay muchos métodos que pueden ser manuales: versión interna y extracción, maniobra flexora de Hodge, rotación manual; e instrumentales: forceps, vacun extractor; es aconsejable que se utilice el que le de mejores resultados, el que en sus manos sea más seguro.
- 5°— El forceps sigue siendo el mejor recurso para resolver el problema. Cuando la cabeza tiene tendencia a rotar hacia el sacro, y cuando el moldeaje plástico es muy pronunciado, se realiza el desprendimiento en OS. En los demás casos, que son la mayoría, se rota el polo-cefálico a OP, valiéndose de forceps curvos con tractor; usamos el Tarnier.
- 6°— La rotación a OP, puede realizarse en un solo tiempo o en dos, tal como la practicamos personalmente, que primero la transformamos a transversa y luego a O P.
- 7°— El vacun extractor ha sido empleado con éxito para rotar la cabeza en las variedades posteriores.
- 8°— La mortalidad y morbilidad maternas eran más elevadas antes en las variedades posteriores que en las anteriores, por la prolongación del trabajo y la mayor frecuencia operatoria; el pronóstico ha mejorado mucho, debido al mejor conocimiento que se tiene de la morfología pelviana, el mejor diagnóstico clínico y radiológico de la desproporción, a la más inteligente expectación y a la oportunidad de las intervenciones extractoras, así como al más seguro dominio de las hemorragias post-parto y de la infección.
- 9°— La martinalidad y la mortineonatalidad, como consecuencia de la anoxia y del traumatismo obstétrico, se presentan actualmente en las variedades posteriores, casi únicamente en casos de desproporción; cuando se practican maniobras de fuerza estando indicada la vía abdominal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—JOSE BOTELLA LLUSIA: Patología Obstétrica. Págs.: 503-512.
- 2.—W. STOECKEL: Tratado de Obstetricia. T. I. Págs.: 420-424.
- 3.—CH. MAYGRIER; A. SCHWAAB: Précis D'Obstetrique. Pág.: 225-229-237-238.
- 4.—R. MERGER; J. LEVY; J. MELCHOR: Précis D'Obstétrique. Págs.: 144-154.
- 5.—FABRE et TRILLAT: Précis D'Obstétrique. T. I. Págs.: 213-217.
- 6.—NUBIOLA; ZARATE: Tratado de Obstetricia. T. I. Págs.: 386-466-468.
- 7.—LULL y KIMBROUGH: Obstetricia Clinica. Págs.: 508-509-511-512.
- 8.—EASTMAN: Obstetricia de Williams. Págs.: 388-392.
- 9.—DE LEE; GREENHILL: Principios y Práctica de Obstetricia. T. II. Págs.: 757-766.
- 10.—VARNIER H.: Les Occipito posterieures. Obstétrique Journaliere, 1900.
- 11.—CALDWELL, W.E.; MOLOY, H.C., y D'ESOPO, D.A.: Arountgenologic study of the mechanison of engagement of the fetal head. Am. J. Obst. and Gynec. 28: 824; 1934.
- 12.—CALKINS L.A.: The etiology of occiput presentations. Am. J. Obst. and Gynec. 37: 618; 1939.
Occiput posterior presentation. Obst. and Gynec.: 1: 466; 1953.
- 13.—DANFORTH, W.C.: The manegement of occiput posterior. Am. J. Obst. and Gynec. 28: 756; 1934.
- 14.—D'ESOPO, D.A.: The occipito posterior position. Tts mechanism and treatment. Am. J. Obst. and Gynec. 42: 937; 1941.
- 15.—HOLLAND, E.: Cranial Stress in the foetus dnring labor. J. Obst. and Gynec. Brit. Emp. 29: 549; 1922.
- 16.—JAVERT, C.T. y STEELE, K.B.: The transverse position and the mechanism of labor. A historical collective review. Internat. Obstr. Surg. 75: 507; 1942.
- 17.—RYDBERG, E.: The mechanism of Labour. Springfield. III, Charles C. Thomas, 1954.
- 18.—TORPIN, R. y HOLMES, L.P.: The influence of the placental site upon fetal presentation. Am. J. Obst. and Gynec. 46: 268; 1943.
- 19.—STEELE, K.B., y JOVERT, C.T.: Mechanism of Labor for transverse positions of vertex. Surg. Gynec. and Obst. 75: 477; 1942.