

## Investigación Científica

# Maniobra de Kristeller: ¿ayuda al nacer? Su impacto psicológico en la vida reproductiva de las mujeres en Santiago de Cali y ciudades aledañas

*Kristeller maneuver: help at birth? Its psychological impact on the reproductive life of women in Santiago de Cali and surrounding cities*

JHON JAIRO PANTOJA MORENO\*

### Resumen

La relación entre la morbilidad materna que se ve afectada, por diferentes factores en el ciclo de vida depende de ciertas aptitudes que requieren ser replanteadas. Hay evidencias incuestionables que proscriben algunas prácticas, inclusive de vieja data, inmersas en un contexto cultural más aún se vuelven por naturaleza habituales a la hora de la atención de la mujer en el lapso de gestación y el trabajo de parto practicadas antes en hospitales del primer mundo, por lo que fue necesario reglamentarlas, tal como la *maniobra de Kristeller* llamada así en honor al médico polaco Samuel Kristeller, quien fue el pionero en presentar a la ciencia la manera rápida y efectiva de agilizar un periodo natural del parto según relató en sus inicios hasta nuestros días aún perduran en los países en vía de desarrollo, esta técnica sigue siendo clandestina o de la maniobra invisible en el que se sabe que existe, pero queda proscriba pese a que muchos profesionales no registran esta práctica en las historias clínicas. En el lenguaje de los expertos ésta “maniobra no es benéfica, por el contrario, es más el mal que causa al feto”. El estudio titulado: *Maniobra de Kristeller y el posible impacto psicológico en la vida reproductiva de la mujer en un grupo poblacional de Santiago de Cali y ciudades aledañas*, presenta un contexto actualizado a la realidad. Se escogieron en la sala de puerperio, consulta externa

obstétrica de centros públicos del área de los municipios de Santiago de Cali, El Cerrito y Palmira un total 100 pacientes maniobradas con Kristeller en algún momento de su vida. Concita al sistema de salud a generar políticas de diseño de atención institucional a la mujer en la edad reproductiva facilitando otras medidas de finalización del parto para evitar acciones generen “violencia obstétrica”.

**Palabras clave:** *Maniobra del Kristeller: no benéfica, proscriba, maniobra invisible, ruptura del útero, dolor violencia obstétrica, biopsicosocial, historia clínica mundial, trabajo de parto. Parto respetuoso.*

### Abstract

The relationship between maternal morbidity and mortality that is affected by different factors in the life cycle depends on certain skills that require rethinking. There is unquestionable evidence that outlaws some practices, even old ones, immersed in a cultural context, they become habitual by the time of the attention of women in the period of gestation and labor performed before in hospitals of the first world, for which it was necessary to regulate them, such as the “Kristeller maneuver” named after the Polish doctor Samuel Kristeller, who was the pioneer in presenting to science the fast and effective way to speed up a natural period of childbirth as it was

\* Docente, Universidad Santiago de Cali, Palmiram, Colombia. Profesional de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Especialista en Gerencia, Universidad Pontificia Bolivariana, Palmira, Colombia. e-mail: pantojajj@hotmail.com

Recibido: junio 29 de 2017

Revisado: noviembre 30 de 2017

Aceptado: diciembre 1 de 2017

Cómo citar: Pantoja Moreno JJ. Maniobra de Kristeller: ¿ayuda al nacer? Su impacto psicológico en la vida reproductiva de las mujeres en Santiago de Cali y ciudades aledañas. 2016. *Rev Colomb Salud Libre*. 2017; 12 (2): 40-48.

related in its beginnings to the present day still persist in developing countries, this technique is still clandestine or the invisible maneuver in which it is known to exist, but is proscribed despite the fact that many professionals do not register this practice in the medical records. In the language of experts this “maneuver is not beneficial, on the contrary it is more the evil that causes the fetus”. The study entitled: *Kristeller’s maneuver and the possible psychological impact on the reproductive life of women in a population group of Santiago de Cali and surrounding cities* presents an updated context to the reality. Obstetric outpatient clinic of public centers were chosen in the puerperium ward. From the area of the municipalities of Santiago de Cali, El Cerrito and Palmira a total of 100 patients maneuvered with Kristeller at some point in their lives. Conclude the health system to generate policies for the design of institutional care for women of reproductive age, facilitating other measures to end childbirth to avoid actions that generate “obstetric violence”.

**Keywords:** *Kristeller maneuver: non-beneficial, proscribed, invisible maneuver, rupture of the uterus, obstetric violence pain, biopsychosocial, world clinical history, labor. Respectful childbirth.*

## Introducción

*Costumbre mala, tarde o nunca es dejada.  
La costumbre es otra o segunda naturaleza.  
Galeno de Pérgamo (129-C a 216)  
Citado por (Ruiz, 2005)*

Ante la morbilidad materna que cobra vidas en países donde la salud materna se ve afectada, por diferentes factores en el ciclo de vida. Hay evidencias incuestionables que proscriben algunas prácticas, inclusive de vieja data, inmersas en un contexto cultural más aún se vuelven por naturaleza habituales a la hora de la atención de la mujer en el lapso de gestación y el trabajo de parto; practicadas antes en hospitales del primer mundo, por lo que fue necesario reglamentarla, tal como la maniobra de Kristeller llamada así en honor al médico polaco de su mismo apellido a mediados del siglo XIX quien fue el pionero en presentar a la ciencia la manera rápida y efectiva de agilizar

un período natural del parto según relató en sus inicios hasta nuestros días aún perduran en los países en vía de desarrollo, esta técnica sigue siendo clandestina o de maniobra invisible en el que se sabe que existe, pero queda proscribida pese a que muchos profesionales no registran esta práctica en las historias clínicas. En el lenguaje de los expertos ésta maniobra no es benéfica; por el contrario, es más el mal que causa al feto<sup>1</sup>.

Ahora es cuando, el médico ginecobstetra ante los efectos de la morbilidad en países en vía de desarrollo donde la salud materna se ve afectada por diversos factores económicos, sociales, legales, etarios e institucionales les adhiere diversas aristas, criterios científicos y los nuevos escenarios legales así por ejemplo acerca de tamizaje neonatal o al menos en el primer trimestre de embarazo, el cuidado integral con sus colaboradores (médico ecografista, enfermeras, jefes de sala, etc.) de las demás profesiones de la salud intervinientes (aún por psicólogos de pareja) y a las pacientes durante la gestación en esas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación hasta lapsos posteriores al trabajo de parto, en que pocas carecen de información o no se dan cuenta que la maniobra de Kristeller de acuerdo con el contexto al ser una técnica de obstetricia<sup>17</sup> algo habitual en las clínicas y hospitales alrededor del mundo, a pesar del riesgo implícito, se conceptúa como de No Violencia Obstétrica<sup>1</sup>.

El hito de la maniobra que ha sido descrita a mediados del siglo XIX, por el médico alemán Samuel Kristeller, en que ésta consiste, en una presión en el fondo del útero durante la segunda etapa del parto, cuya finalidad, como técnica persigue fortalecer durante las contracciones uterinas al paso de feto durante el trabajo de parto, e ir realizando la maniobra, más aún hoy en día continúa siendo un método de praxis habitual en muchos centros hospitalarios, clínicos y demás.

Como profesionales en la salud la tarea es la de

reaprender a observar-medir, interpretar-anticipar los signos del parto con toda clase de diagnósticos, o por condiciones mínimas del estamento clínico y que difícilmente se darán en un informe a cuenta de los factores que impiden que se relacione el objeto de estudio y las practicas continuadas pues mínimamente se prescribe, por lo tanto, sólo cuando hay una necesidad urgente de llevar a cabo el parto y la cabeza del feto ya está en el suelo pélvico antes de utilizar los más peligrosos fórceps. Así las cosas, dicha etiología, a quienes han tomado a cuenta que esta maniobra del Kristeller no es benéfica y, por el contrario, es más el mal que causa al feto lógicamente, durante el trabajo de parto “contraindicadas en la actualidad por las recomendaciones en la asistencia obstétrica”<sup>2</sup> aún desde las primeras nociones académicas. Y en el momento, en el estado actual del conocimiento es que la maniobra esta proscrita. Tal que aún es “utilizada con más notoriedad, en los países del tercer mundo, tal como expresa Cifuentes<sup>1</sup> se utiliza como una manera “desesperada, ante los expulsivos prolongados” y añade que “esta práctica, se generalizó mucho porque no se necesita ninguna experticia para hacerla, (hasta puede hacerla un estudiante) se generalizó mucho; pero con el tiempo como todo en medicina o la mayoría de las cosas en medicina... nos dimos cuenta que esa maniobra no es benéfica; por el contrario es más el mal que causa al feto (...al recién nacido) lógicamente.

Por tanto, no se sigue con los datos que se van repitiendo en las historias clínicas o de muchos estudios sobre la maniobra silenciosa del Kristeller y el objeto de aprendizaje en el proceso de enseñanza de las ciencias médicas en las universidades, seguidamente a saber:

Verheijen *et al.*<sup>3</sup>, invita a que deben hacerse más estudios pertinentes, por encontrarse descritas en forma de casos o anécdotas y tras la maniobra no hubo repercusión neonatal ni acidosis de sangre de cordón, ni mayor frecuencia del test Apgar <7, ph, po<sub>2</sub>, y pco<sub>2</sub> de lo cual significa que potencial de hidrógeno, presión parcial de

oxígeno y presión parcial de bióxido de carbono respectivamente.

De otra parte, en el Foro Internacional del Parto<sup>4</sup> se estableció que era imposible cuantificar el daño causado y Verheijen *et al.*<sup>5</sup> concluyó que la presión fúndica no tuvo relación significativa. De momento el punto es que ese individualizar cada caso, tal cual sugieren mejorar el entrenamiento de las personas que atienden el trabajo de parto ante “su rotación interna rota occipito sacro y, ahí es donde se presenta la dificultad” es decir, inicialmente, un buen diagnóstico de una variedad de posición en el trabajo de parto y anticiparse (uno) a que se le presente ese problema mejor entrenamiento<sup>1</sup> y aunque el parto es un proceso sumamente doloroso, profundamente traumático para la mujer física y emocionalmente<sup>6</sup>, como proceso natural muchos profesionales aseguraran que a mujeres se les aplica la “maniobra”, a veces, por varias razones o porque la paciente está “ansiosa, angustiada”, en que de todas estas formas esta maniobra está prohibida<sup>7</sup>, convirtiéndose en una especie de trauma psicológico “que para la madre es la única manera de descansar”<sup>8</sup> de su trabajo de parto, dando pie a corroborar que son necesarias las aristas de educación a nivel universitario, entrenamiento de la madre para el trabajo de parto hacia la promoción y la “prevención pues se ha perdido eso, desde que desaparecieron de las instituciones de salud”.

Por supuesto que vale decir, que el hombre desde siempre, a través de los tiempos ha tenido el reto de perfeccionar los métodos e interpretar la realidad de nacer en distintos contextos científicos y demás, es por lo que durante la historia de la humanidad se han realizado muchos estudios sobre el parto en todas las culturas y regiones aún con toda clase de instrumentales médicos que la ciencia actual ofrece. No obstante, en este caso se trataron *grosso modo* de tomar a cien mujeres de la región ubicada entre la capital del Valle del Cauca y ciudades aledañas, entrevistadas y fijando el criterio de los profesionales en obstetricia, psi-

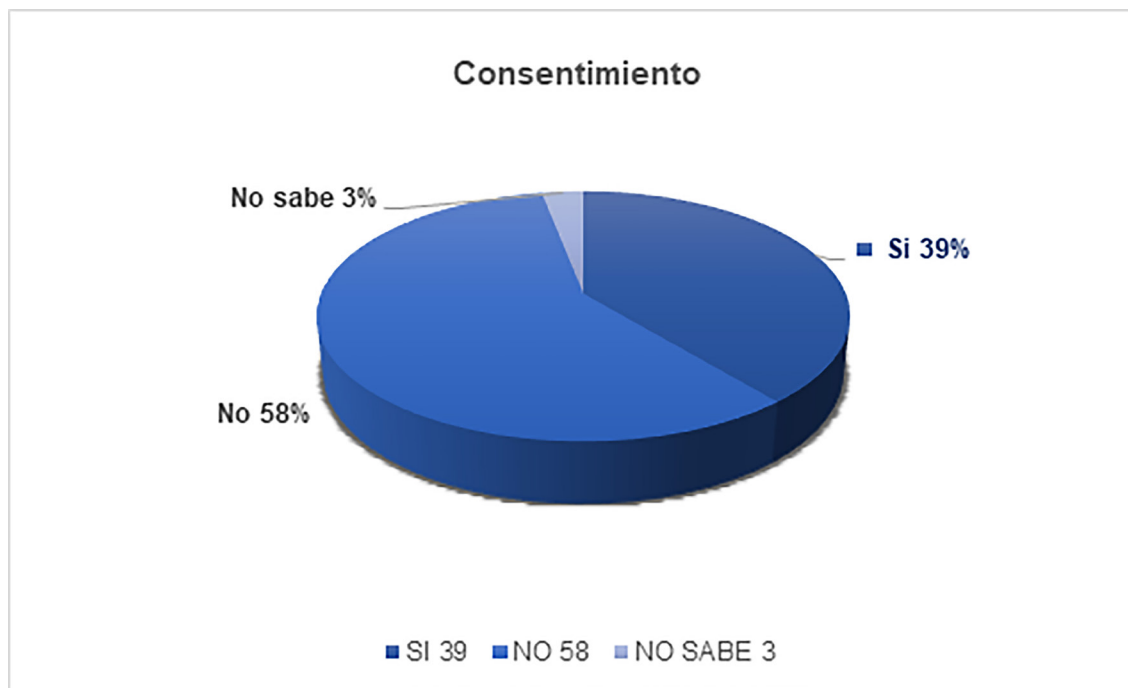


Figura 1. Consentimiento.  
Fuente: Pantoja<sup>9</sup>.

ología, enfermeras, jefes de sala de partos y al paciente acerca de su componente biopsicosocial (Figura 1).

Se revisa entonces la información disponible con el fin ponderar y, evaluar la maniobra después del parto y dado en que sigue siendo una maniobra “anónima” e invisible y al parecer sin responsables, ya que los registros clínicos o formatos de historia clínica en todas las latitudes no contemplan este ítem para ser registrado, porque por supuesto, esta no está avalada por las legislaciones respectiva y tiene efectos legales o deontológicos. Se puede deducir, que del 58% que no se les solicitó consentimiento puede relacionarse con eludir por parte de personal de salud la responsabilidad médico legal y camuflándola dentro del término “le vamos ayudar”. Acorde con la descripción de la muestra poblacional de un lado, las pacientes no es que vean con agrado esta maniobra, es decir, el 76% de las entrevistadas, no le aprueban a estamento médico y las que no la recomiendan que del 71% las cuales fueron intervenidas con la maniobra en un lapso previo al trabajo de parto, quizás donde la madre debido a su esta-

tus doloroso y largas horas de trabajo de parto accede desesperadamente a cualquier medio que le ayude a finalizar su parto y eficacia de esta técnica en el acortamiento del expulsivo y prevención de la instrumentación o cesárea.

Ante la pregunta: ¿El personal de salud le pidió consentimiento para realizar esta maniobra de Kristeller sobre el abdomen y le explicó cuál era el fin de la misma?

En la Figura 2, al 58% se les practicó la maniobra sin informarles<sup>9</sup>.

Corresponde así, que ante la pregunta: ¿Por qué cree usted que le realizaron Kristeller? Dos causas de aplicación de la maniobra de Kristeller corresponden aparentemente en expulsivos prolongados y cansancio: 51% y 39% respectivamente. Probablemente, cansancio y fátiga física por falta de preparación de la usuaria le hacen candidata a la paciente por una maniobra de Kristeller como alternativa de ayuda posible al ciclo expulsivo.

Oportuno es entonces el reconocer las pericias y en sentido de esta práctica de los profesionales

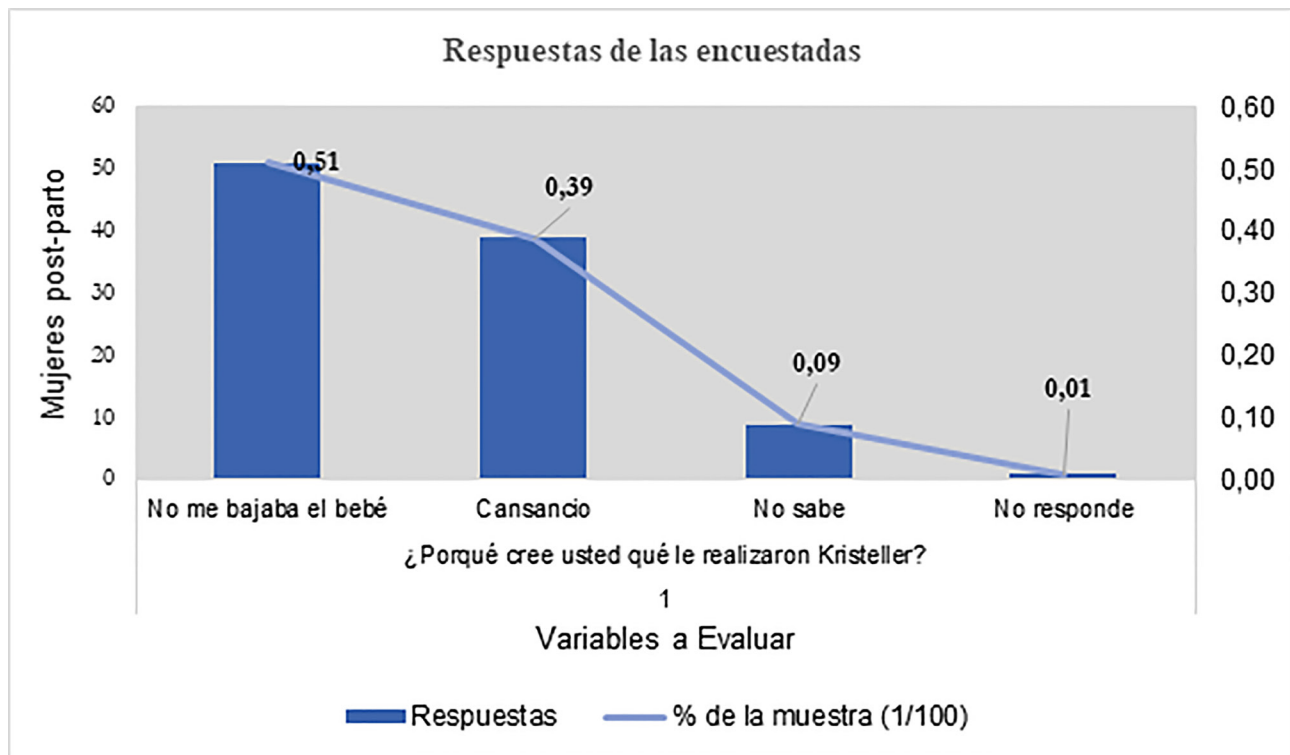


Figura 2. Mujeres postparto.  
Fuente: Pantoja<sup>9</sup>.

ante la atención al parto frente a sus pacientes que concluye con un bebé al cual el 83% de las pacientes (G1P1; G2P2) sin experiencia, o falta de preparación higiénica o por valoración mental por estar o no depresiva durante el *embarazo* ante el agobio e incertidumbre y la falta de preparación física. En contraste, y para efectos de lo que acaece en otras latitudes, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia<sup>10</sup>, afirma que esta maniobra está contraindicada para facilitar el descenso del feto porque puede causar a la madre traumatismos que van desde que la piel queda de color azul amoratado y dolor: “dicho estado emocional por activación de las vías cerebrales y no un evento que ocurre en algún sitio particular del cuerpo”<sup>5</sup>.

Así las cosas, ante el dolor como emoción de acuerdo con Benini *et al.* citado por Llinás<sup>11</sup> tales como en las inserciones musculares y fractura de costillas, hasta hemorragias graves producto de la ruptura del útero o inversión uterina se toma como una práctica innecesaria dando lugar a que existan otras alternativas, como la

sugerida por Verheijen<sup>3</sup> para que sea otro tipo de actividad médica mediante un dispositivo automático (un cinturón obstétrico inflable)<sup>12</sup> Figura 3.

*La identificación de factores para la no violencia obstétrica y si el parto respetuoso. Sugerencias.* El presente estudio se realizó con mujeres de diversas edades con diferentes niveles de formación académica como opinático mediante un formulario validado de entrevistas semiestructuradas; después del análisis de los datos se concluyó acerca de la dimensión psicológica y toma un matiz más complejo cuando se percatan de las aplicaciones conceptuales, de inferencias y de relaciones de funcionamiento entre las partes del cuerpo representado a través de la práctica y sus efectos ante el feto y el postparto. En su composición la presente investigación toma parte del enfoque cualitativo; según su contexto su lenguaje es descriptivo por el cual se toma en la época actual con un horizonte de tiempo no mayor a ocho años dados a los lugares donde ocurrieron las experiencias y de hecho reconstruye

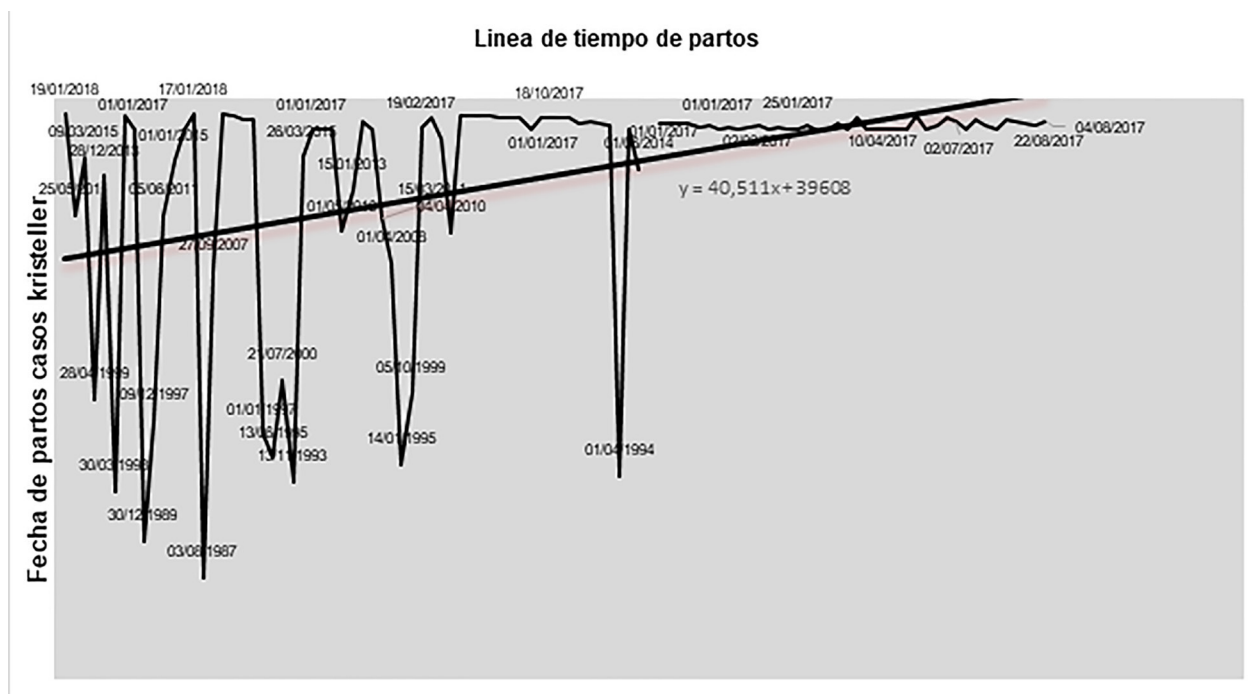


Figura 3. Fecha de partos, De las mujeres entrevistadas, 53% corresponde a los partos G1P1 atendidos en los últimos siete años. Fuente: Pantoja<sup>9</sup>.

historias en secuencia que se identificaron por sus características comunes y por categorías acorde a ser recogidos como temas desde datos narrativos<sup>13</sup> y evidenciados algunos por medio de videos, diarios de campo y desde fuente primarias y secundarias.

Para la realización de este trabajo se efectuó una búsqueda bibliográfica exhaustiva, en diversas bases de datos científicas, buscadores bases de datos y revistas virtuales (Google académico, Cochrane, Pubmed, SCIELO, Embase y CINAHL).

Ante los resultados, se presenta así un documento de relevancia médica con teoría fundada en la experiencia de los entrevistados y evidencia de corte científico para que se avalen en su contexto los profesionales que de manera alguna concitan a no ser utilizada de forma habitual y mucho menos rutinaria y no solo en situaciones particular de emergencia y sin que se cuente con una estandarización del procedimiento. Se infiere que ante su uso es no benéfica, proscrita, y catalogada como maniobra invisible<sup>14</sup>.

Entre otros, su mayor riesgo está la ruptura del útero, y conceptualmente acaece con dolor psicológico y frustración psicológica e inclusive el giro indica que va acompañado de violencia obstétrica en el que por su uso no se refleja en la historia clínica la práctica de Kristeller y, además no hay ninguna diferencia significativa en cuanto a la disminución del tiempo del expulsivo, ni su eficacia frente a partos instrumentales. Acerca de la identificación de estos factores para una menor violencia obstétrica surten para idear estrategias que mejoren la relación paciente-medico ante un objeto de estudio presentándolo como práctica no benéfica para las pacientes, maniobra invisible, proscrita o método no alternativo por el dolor y las repercusiones psicológicas para la madre-feto con asuntos legales es que estos serían clave para que paulatinamente los profesionales en el cuidado durante la presión<sup>15</sup> del fondo uterino la sustituyan o cambien dicha maniobra hasta que se tenga mejor comprensión conceptual de la ciencias médica, del entorno en que ciertos hábitos (costumbres), sean consiguiendo un parto respetuoso que garantice un ambiente digno a las futuras generaciones.

## Discusión

Como no existe una clara evidencia científica para recomendar el uso de la maniobra del Kristeller para prácticas de profesionales ante el trabajo de parto, atención, cuidado en el lapso del parto se deberían respetar los tiempos de la mujer.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)<sup>10</sup>, considera que el nacimiento de un niño sano no es, aunque lo parezca, un hecho casual. Se requiere de consentimiento informado, tamizaje prenatal, ecográficas o sea, alternativas médicas previamente diagnósticas y que respeten el curso natural del parto. El no registro de su uso en la historia clínica dificulta ponderar aciertos/desaciertos o del tipo práctica-beneficio comunes en otros estudios exploratorios y/o confirmatorios, y hace que se desconozcan si se produce un efecto adverso y qué camino se debe seguir amparados en la praxis, los aspectos legales y los diagnósticos previo acorde con la experticia particular de cada profesional en salud obstétrica.

**Primera fase:** La preocupación como estudiante de fin de master o ante directivos de clínicas, médicos, docentes, algunos estudiantes de medicina durante la enseñanza universitaria que influyan con la relación entre el objeto de estudio presentado y sus repercusiones externas (un estudiante de medicina sin hábitos de practica social difícilmente puede entender las repercusiones externas en el proceso de enseñanza aprendizaje versus la práctica médica):

- Número de mujeres que se sintieron vulneradas y no informadas.
- Número pacientes por grupo etario.

**Segunda fase.** Se consultan artículos, tesis, bases de datos hacia la estructuración de los marcos y la escogencia de 100 formularios de entrevista validados y con criterios de inclusión/no inclusión, de mujeres en postparto en lapsos no comunes entres, atemporales,

grupos etarios. Un único estudio demográfico seleccionado por el autor de una base de datos en la ciudad de Cali, Palmira, El Cerrito, Valle, según análisis de varianzas previos y la con datos de alto impacto para no sesgo en la fuente, historias clínicas siendo un obstáculo entre la relación del objeto de estudio presentado probablemente ligado a la carencias de información científica, por su uso que no se refleja en la en los profesionales de la salud obstétrica y no presenta ninguna diferencia significativa en cuanto a la disminución del tiempo del trabajo de parto.

El estudio de casos con entrevistas a paciente pues se presenta que estos se tornan a la manera particularizar y hacer notables las carencias en el sistema de salud en lo referente a prevención (en Colombia recibían el nombre de promotores de salud).

**Tercera fase.** En esta fase se ingresa en los meses de diciembre de 2016 enero, febrero y marzo del 2017 en las instalaciones de clínicas, centros médicos, hospitales, consultorio de profesionales de la salud obstétrica, enfermería, psicología de acuerdo con el cronograma en las ciudades indicadas.

**Cuarta fase.** En esta parte se analiza cada instrumento y luego se relacionan, de acuerdo con los criterios de análisis determinados para cada uno de estos con el objetivo de identificar los factores que corresponden a la parte teórica de la maniobra que afectan la relación entre los objetos de estudio presentados en el proceso de enseñanza-aprendizaje<sup>16</sup> de enfermería o de las técnicas ginecoobstetras hacia su praxis que se recopila de expertos<sup>1</sup> y, las variables externas utilizadas en estos procesos anteriores de 100 mujeres entrevistadas por grupos etarios, etnia, con un cuestionario validado de ocho preguntas de opinión, paridad, datos básicos fecha del trabajo de parto de las pacientes; antes de ello se caracterizaron, nombraron los objetivos presentados como también su análisis e interpretación de acuerdo con metodología para

describir los resultados y toma de “diseños narrativos” se contextualiza la época, lugar donde ocurrieron las experiencias y reconstruye historias individuales<sup>13</sup>.

Finalmente, al relacionar estos instrumentos y haber identificado los factores que impidieron el sesgo al prevenirse desde la fase de diseño del estudio. El sesgo de selección que es un error sistemático con un sentido definido y predecible, ya que no depende del azar, sino de una causa definida porque la tan nombrada relación objeto de estudio-maniobra de Kristeller es para que se realizarán sugerencias pensando en aportes a trabajos de mejoramiento de posteriores estudios.

Llama la atención que en la interacción con los profesionales de obstetricia el término de “nos dimos cuenta” puesto que la mayoría de estos no toman registros particulares o estudios de caso sino su orientación es fruto de pericia de profesionales y que no se deberá utilizar en lo habitual, no es rutinaria, sino solo en situación de emergencia y, no estandarizado en las actividades medicas como procedimiento ideado por Samuel Kristeller quien la dio al mundo y durante tantos años se ha venido ejercitando porque aún se desconocen otras técnicas de trabajo de parto o alternativas de uso: el “cinturón [que está] sincronizado con la contracción, fijado en velcro alrededor del abdomen sobre el fondo uterino, con sensor” y monitoreo del parto.

El estudio concluyó con cuatro dimensiones acorde a los objetivos como componente educativo a razón de que médicos y, enfermeras deben ahondar en capacitación, adiestramiento según la variedad de presentaciones fetales a la hora del expulsivo.

Un primer enfoque reduccionista del sistema de salud que debe generar políticas de atención institucional a la mujer en la edad reproductiva y evitar acciones que generen “violencia obstétrica” seguidamente de las no adecuadas

relaciones hacia la maniobra intraparto es no benéfica.

Tercero, el componente intrahospitalario frente a la responsabilidad social de los sistemas de salud al cual deben suministrar equipos e instrumental menos lesivos en las presentaciones distócicas en el parto y diseño de atención primaria acorde a la nuevas leyes que vayan surgiendo en *v.gr Tamizaje Neonatal* el cual consiste en una serie pruebas que permiten detectar enfermedades metabólicas y finalmente fomentado estudios de comportamientos biopsicosociales<sup>11</sup> en las facultades de obstetricia, a través de los grupos de cohortes previos y de diagnóstico ante signos y síntomas de alguna causas de aplicación de la maniobra invisible durante los expulsivos prolongados y probablemente, por cansancio y fátiga física por falta de preparación de la usuaria le hacen candidata a la paciente por una maniobra de Kristeller como alternativa de ayuda posible al ciclo expulsivo.

## Referencias

1. Cifuentes R. Ginecología y obstetricia basadas en las nuevas evidencias. 2ª ed. Madrid: Distribuna; 2009. 5.551 pp.
2. Vázquez Lara J, Rodríguez Díaz L, Riesco González F, Arroyo Molina J, Martínez Alsina N, Vega Gómez M, *et al.* Manual básico de obstetricia y ginecología. 2ª ed. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2017. Disponible en: [http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual\\_obstetricia\\_ginecologia.pdf](http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf)
3. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Presión del fondo uterino durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. Biblioteca Cochrane Plus; 2009. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD006067/presion-del-fondo-uterino-durante-el-periodo-expulsivo-del-trabajo-de-parto-para-mejorar-los>
4. Rengel C. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Prof.* 2011; 12 (3): 82-9. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/82-9-art-revision-maniobra-12-3.pdf>
5. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labor. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 7(4): CD006067. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821352>



6. Pantoja J. Martha Muñoz obstetra [video]. Colombia Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=C-Fg2z1DsW4>
7. Pantoja J. Enfermera jefe área obstetricia [video]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=b5rucbZDVHl&feature=youtu.be>
8. Pantoja J. Gladis García Psicóloga. [Video]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=iEgmowBRsI8&feature=youtu.be>
9. Pantoja J. Maniobra de Kristeller y el posible impacto psicológico en la vida reproductiva de la mujer en un grupo poblacional de Santiago de Cali y ciudades aledañas en El Cerrito, Valle del Cauca, Colombia. [Tesis de grado] Madrid: Vertice Bussines School & Universidad Rey Juan Carlos; 2017.
10. SEGO Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Tratado de ginecología y obstetricia 2 ed. España: SEGO, EAN: 9788498357516. 2013. Disponible en <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:s0D9Gzv9Ga8J:https://www.medicapanamericana.com/fichaPDF.aspx%3Fid%3D4839+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>
11. Llinás R. El cerebro y el mito del yo. 6ª ed. Bogotá: Norma; 2003.
12. Cox J, Cotzias CS, Siakpere O, Osuagwu FI, Holmes EP, Paterson-Brown S. Does an inflatable obstetric belt facilitate spontaneous vaginal delivery in nulliparae with epidural analgesia? Br J Obstet Gynaecol. 1999; 106 (12): 1280-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10609722>
13. Sampieri Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw Hill; 2014. Disponible en: <http://observatorio.epa-cartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
14. Velázquez V. Situación actual, académica y práctica de la controvertida maniobra de Kristeller en Sevilla. Rev Hygia. 2014; 85 (1): 5-14.
15. Buhimschi C, Buhimschi A, Malinow A, Kopelman J, Weiner C. The effect of fundal pressure manoeuvre on intrauterine pressure in the second stage of labour. BJOG. 2002; 109 (5): 520-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12066941>
16. Jurisprudencia España. Sentencia administrativo. Sentencia Contencioso-Administrativo Nº 288/2017. Tribunal Superior de Justicia de Comunidad Valenciana, Sala de lo Contencioso, Sección 2, Rec 257/2014 de 31 de Mayo de 2017 Disponible en: [https://www.iberley.es/todas-las-colecciones/?page\\_number=1&input\\_filtrar=Kristeller&coleccion%5B%-5D=SENTENCIAS](https://www.iberley.es/todas-las-colecciones/?page_number=1&input_filtrar=Kristeller&coleccion%5B%-5D=SENTENCIAS)