



PARTO DE NALGAS

- [Introducción](#)
- [Definición, frecuencia, variedades y etiología](#)
- [Conducta durante el embarazo. Versión externa](#)
- [Mecanismo del parto en presentación de nalgas y sus complicaciones](#)
- [Conducta obstétrica en parto pretérmino](#)
- [Conducta en el parto de nalgas a término](#)
- [Parto vaginal: criterios, ventajas y riesgos. Vigilancia del parto](#)
- [Maniobras para la asistencia al parto de nalgas en la cesárea y por vía vaginal](#)
- [Pronóstico perinatal](#)
- [Documento de consentimiento informado](#)

Introducción

En el estudio y valoración obstétrica del parto en presentación de nalgas surgen dos problemas básicos y fundamentales. El primero es la consideración que tiene como parto de alto riesgo, no sólo con relación al parto en presentación cefálica, sino per se, es decir, por la etiología de la presentación de nalgas y del desarrollo del parto. El segundo problema, de difícil respuesta, es conocer la conducta asistencial en el parto que proporcione una mayor calidad de vida no sólo perinatal, sino materna.

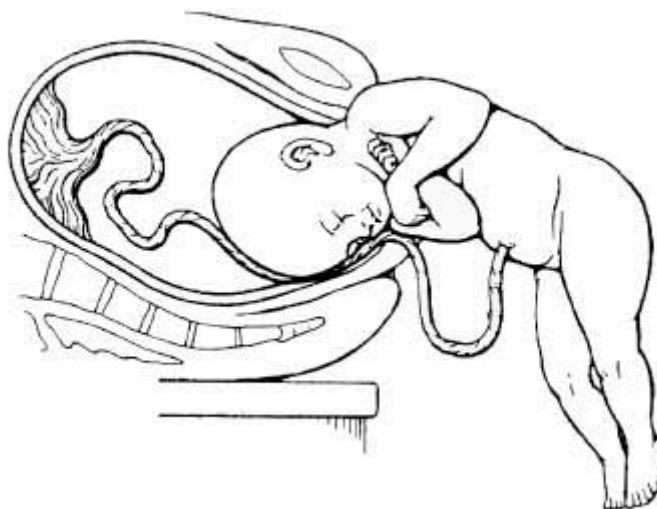
La presentación de nalgas lleva inherente la situación longitudinal, condición sine qua non para permitir el parto vaginal. Además, los tres segmentos fetales denominados clásicamente "de distocia" (diámetros bitrocantéreo, bisacromial y suboccipito-frontal) pueden ser compatibles con el tamaño y morfología del canal del parto. Sin embargo, estos hechos no permiten equiparar el parto en presentación de nalgas con la eutocia en el sentido más estricto del concepto. Los autores clásicos consideraban el parto de nalgas por vía vaginal como un parto eutócico en los límites de la distocia. Un parto eutócico es aquel que presenta un desarrollo y un mecanismo que permite el nacimiento de un feto vivo, sano y sin traumatismos que puedan producir minusvalías e hipotecar el resto de su vida (1). En este sentido el parto en presentación de nalgas presenta una mayor morbilidad y mortalidad que el parto en presentación cefálica, bien por la posible prematuridad, por la existencia de defectos congénitos y por el riesgo de hipoxia y traumatismo del parto (2,3). Estrictamente se trata de un parto de alto riesgo materno-perinatal (2), bien por las causas que determinan la estática fetal, bien por el mecanismo del parto o su desarrollo y por las maniobras empleadas para su asistencia.

– **Etiología de la presentación de nalgas.** Es indudable que los factores que impiden la "voltereta fisiológica del feto" pueden determinar la presentación de nalgas. Además, las causas que se asocian a la presentación de nalgas representan una patología de alto riesgo perinatal. Un claro ejemplo es el parto pretérmino y la prematuridad subsiguiente.

– **Mecanismo y desarrollo del parto.** Se pueden producir diversas y graves alteraciones que explican el incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal. Entre estas alteraciones se citan la rotura prematura de membranas, la distocia dinámica, la procidencia y prolapso de cordón umbilical, la posibilidad de cortedad y circulares del cordón umbilical, el parto lento, la rotación a dorso posterior, la elevación de los brazos fetales (aumentando el volumen del segmento fetal) y la distocia de cabeza última. Este último hecho va a condicionar la hipoxia fetal subsiguiente. Desde el momento en que la cabeza fetal penetra en la excavación pélvica, el cordón umbilical queda comprimido comprometiéndose los intercambios gaseosos feto-maternos (**Figura 1**).

– **Maniobras para la asistencia.** Las maniobras de asistencia, bien por vía vaginal o incluso por cesárea, pueden asociarse a diversas y graves complicaciones del recién nacido, neurológicas, óseas, musculares y viscerales, lo que puede explicar un incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal. La mayor frecuencia de parto operatorio, incluido desde luego la cesárea, puede explicar una mayor morbilidad materna, así como una mortalidad levemente incrementada (3).

Cordón umbilical comprimido desde que la cabeza penetra en la pelvis



Por todo lo expuesto queda patente que el parto en presentación de nalgas puede conducir a la hipoxia y al traumatismo fetal, y que su desenlace puede tener un final incierto, con evidente riesgo fetal. El parto de nalgas es un parto distócico en la frontera de la eutocia.

La consideración del riesgo perinatal en el parto de nalgas ha sido siempre motivo de preocupación para los obstetras, que en todas las épocas han tratado de mejorar la asistencia al parto en presentación de nalgas en beneficio materno-fetal; recuérdese por ejemplo que la maniobra de Francois Mauriceau data del siglo XVII-XVIII. Concretamente, esta preocupación se ha centrado en los últimos 35 años, y su mejor exponente es la gran cantidad de publicaciones existentes sobre el parto de nalgas. Las dos preguntas fundamentales sobre la asistencia al parto de nalgas giran en torno al papel preventivo y útil de la versión externa, así como llegar a conocer la vía del parto -vaginal o cesárea- que aporte una menor morbilidad y mortalidad materno y perinatal, es decir una mejor calidad de vida materno-fetal.

La cesárea es la técnica de finalizar la gestación que con más frecuencia se emplea en la presentación de nalgas. En el parto pretérmino, algunos estudios randomizados hablan en favor de la cesárea electiva en beneficio fetal, siendo mayor la morbilidad materna. No obstante no se alcanzan diferencias significativas. En el parto a término, sólo dos trabajos randomizados habían analizado antes del año 2000 los efectos perinatales de la cesárea electiva en comparación con la vía vaginal, observando en uno de ellos una reducción de la morbilidad neonatal, pero la morbilidad materna estaba incrementada como efecto de la cesárea. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas, al igual que en el grupo pretérmino, por lo que, dados los tamaños muestrales, no se permitía comprobar el efecto de la vía del parto sobre la salud perinatal (4,5).

La inclusión de otros 22 trabajos entre prospectivos y retrospectivos, junto a los 2 trabajos anteriormente citados, han sido analizados por Cheng y Hannah (6) concluyendo que existe una mayor morbi-mortalidad perinatal para el feto asistido por vía vaginal en relación al que se extrae por cesárea. En su meta-análisis, sobre 7.695 partos vaginales hubo que lamentar 75 muertes perinatales y, de 4.026 cesáreas, sólo hubo 2 muertes perinatales. Las principales causas de muerte perinatal fueron atrapamiento de la cabeza, hemorragia cerebral, prolapso de cordón e hipoxia severa. Asimismo la morbilidad neonatal fue más elevada en los casos asistidos por vía vaginal. Sin embargo, los resultados pudieran explicarse también por diversos sesgos que hayan podido influir al margen del desarrollo del parto. Por eso los autores recomiendan un trabajo randomizado, controlado y mucho más amplio para poder responder adecuadamente a la pregunta ¿la cesárea aporta menor morbi-mortalidad que el parto vaginal en la presentación de nalgas con feto único y a término? Hasta tener los resultados de este trabajo (6) se consideraba seriamente la cesárea electiva en casos de presentación de nalgas a término. En el meta-análisis de Gifford et al (7) que incluye 2 estudios randomizados y 7 de cohortes (2 prospectivos y 5 retrospectivos), se observó que en el intento de parto por vía vaginal la morbilidad neonatal (hemorragia cerebral, lesión del plexo braquial, fractura de clavícula, test de Apgar < 7 a los 5 minutos) fue del 1,0%. En ausencia de ensayo de parto vaginal, esta tasa fue del 0,09%. La tasa de morbilidad y mortalidad perinatal en intentos de parto por vía vaginal fue de 1,23% y, sin este intento, del 0,09%. Concluyen que el riesgo de mortalidad y morbilidad se incrementa después del intento de parto vaginal.

Los estudios recogidos por el Cochrane Pregnancy and Childbirth Group indican que la tendencia por la cesárea electiva se acompañaba efectivamente de más cesáreas reales, mayor morbilidad materna y una tendencia no relevante a encontrar menos lesiones de plexo braquial y de test de Apgar inferior a 7 en los 5 minutos y, además, en un trabajo se observó una reducción de la morbilidad neonatal a corto plazo (8).

Los dos estudios randomizados que se citaron antes (4,5), incluidos en el meta-análisis de Cheng y Hannah (6) y de Gifford et al (7), indican que tras una buena y rigurosa selección clínica, el parto vaginal en modalidad de nalgas puras (4) y de nalgas completas e incompletas (5) resulta ser una elección segura.

Otros autores con metodología retrospectiva (9-11) no observaron diferencias en el resultado perinatal (mortalidad, test de Apgar y morbilidad neonatal) entre los grupos de parto vaginal y cesárea. Otros autores (12), en un estudio retrospectivo, no encontraron diferencias estadísticamente significativas de mortalidad perinatal tanto con la cesárea como en el parto vaginal; sin embargo los recién nacidos por vía vaginal presentan mayor probabilidad de test de Apgar bajo.

Así pues, hasta el año 2000, la evidencia científica no permitía decir cuál era el mejor método asistencial para el parto de nalgas a término (13), aunque en ausencia de un estudio definitivo, la indicación de la cesárea electiva parecía una opción razonable para las gestantes con presentación de nalgas a término (2,3,8).

Sin embargo a partir de la publicación del trabajo de Hannah et al (14), en octubre de 2000 en la prestigiosa revista *The Lancet*, de los resultados del Term Breech Trial Collaborative Group, sabemos que los fetos extraídos por cesárea electiva tienen una menor morbi-mortalidad perinatal que los asistidos por vía vaginal. Efectivamente, en los casos de cesárea electiva, en comparación con el parto vaginal, se observó una tasa menor de mortalidad perinatal, mortalidad neonatal y grave morbilidad neonatal. Estos resultados fueron más ventajosos para los países con bajas tasas de mortalidad perinatal. Así pues, parece que la pregunta que formulábamos al principio comienza a tener respuestas. No obstante, es preciso recordar que la cesárea no va a impedir lesiones traumáticas en la cabeza y cuello fetal y que, además, se asocia a un incremento de la morbilidad materna, aunque en el trabajo ya citado (14) sorprendentemente no es así.

Otro problema añadido en la conducción del parto en presentación de nalgas radica en el temor a las demandas legales ante resultados fetales desfavorables. Es evidente que antes de tomar una decisión se deberán explicar a la gestante las ventajas y riesgos de la cesárea y de la vía vaginal, obteniendo el adecuado consentimiento informado. Pero es probable que, aún cumpliendo los criterios obstétricos de asistencia por vía baja, el desenlace y el final de un parto de nalgas es siempre incierto.

Por último, la mayor tendencia a la práctica de la cesárea condicionará, si no lo ha hecho ya, que las nuevas promociones de especialistas no dispongan de la experiencia y de las habilidades necesarias para la asistencia del parto por vía vaginal, situación que paulatina e irremediablemente irá modificando la política asistencial en el parto de nalgas, lo que conducirá al incremento de la cesárea (8,13). Sin embargo, el obstetra debe conocer las maniobras de asistencia al parto de nalgas por vía vaginal, ya que de forma muy semejante las deberá utilizar con habilidad y destreza durante la extracción fetal en la cesárea.

Antes de la publicación de Hannah et al (14), tanto la FIGO (15), como el Consenso Canadiense para el tratamiento de la presentación podálica a término (16), reclamaban una Conferencia de Consenso sobre este tema. Por todos estos motivos de incertidumbre, debate y controversia, parece oportuno y acertado que la SEGO haya propuesto un documento de consenso sobre la asistencia al parto de nalgas. Los integrantes del mismo deseamos conseguir y acertar con el contenido de este documento y esperamos que sea de utilidad para las gestantes y los obstetras.

Bibliografía

1. Grallj Y, Dubois J, Moquet P, Poulain P, Blanchot J, Laurent MC. Présentation du siege. *Encycl. Med. Chir. (Elsevier, Paris), Obstetrique* 1994;5049-L-40:1-17.
2. Izquierdo F, Almagro JM, Bermejo JA. Parto podálico. Protocolos asistenciales en ginecología y obstetricia. (I). *Obstetricia. S.E.G.O.* 1994;34:195-198.
3. Cunningham F, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hankins G y Clark S. Distocia: Presentación, posición y desarrollo anormal del feto. En *Williams Obstetricia*, 20ª Ed, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 1998;18:407-429.
4. Collea J, Chein C, Quilligan E. The randomized management of term frank breech presentation. A study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137:235-244.
5. Gimovsky M, Wallace R, Schifrin B, Paul R. Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: A preliminary report. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:34-40.
6. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. *Obste Gynecol* 1993;82:605-618.
7. Gifford D, Morton S, Fiske M y Kahn K. A meta-analysis of infant outcomes after breech delivery. *Obstet Gynecol* 1995;85:1047-1054.
8. Cruikshank D. Presentaciones anormales y complicaciones del cordón umbilical. En Scott J, Di Saia P, Hammond C, Spellacy W. Danforth. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 8ª Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México. 2000;27:437-455.

9. Green J, McLean F, Smith L, 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 1982;142:643-648.
10. Brown L, Karrison T, Cibils L. Mode of delivery and perinatal results in breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1994;171:28-34.
11. Bingham P, Hird V, Lilford R. Management of the mature selected breech presentation: an analysis based on the intended method of delivery. Br J Obstet Gynaecol 1987;94:746-752.
12. Linquist A, Norden-Lindeberg S, Hanson U. Perinatal mortality and route of delivery in term breech presentations. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:1288-1291.
13. Melchor J. Actitud ante el parto en presentación podálica en la gestación a término. En Fabre E: Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Zaragoza, Ino Reproducciones S.A. 1999;11:179-187.
14. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnet ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet 2000;356:1375-1383.
15. Recommendations of the FIGO Committee on Perinatal Health on Guidelines for the Management of Breech Delivery. Int J Gynecol Obstet 1994;44:297-300.
16. The Canadian consensus on breech management at term. J SOGC 1994;1839-1848.



Definición, frecuencia, variedades y etiología

Definición

Presentación de nalgas es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto se relaciona con el estrecho superior de la pelvis materna y el polo cefálico se ubica en el fondo del útero. Se le denomina también presentación pelviana y, de forma menos correcta, podálica (1).

Importancia

Viene determinada por asociarse de forma evidente con un incremento de la morbilidad perinatal por parto difícil, bajo peso al nacer por parto pretérmino, retraso del crecimiento o ambos, prociencia de cordón, malformaciones fetales, embarazo múltiple, placenta previa, anomalías uterinas y elevada incidencia de cesárea.

Variedades

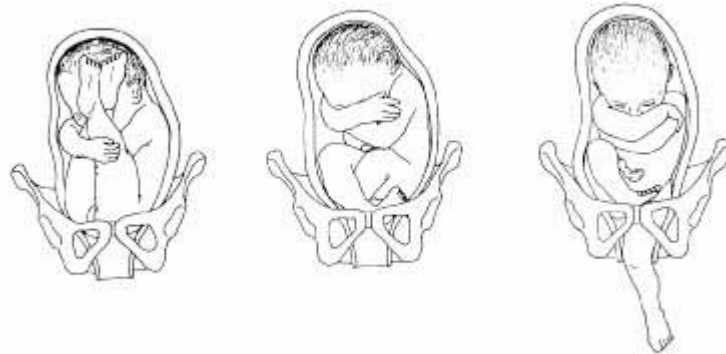
Seguendo a Cruikshank (2), se distinguen las siguientes variedades de la presentación de nalgas (**Figura 2**):

1- Nalgas puras (simples o solas): Las nalgas ocupan el estrecho superior siendo determinantes de la dilatación del cuello. Los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas extendidas, de tal forma que los pies se ubican muy cerca de la cara del feto. Representan el 60% de los casos (**Figura 2A**).

2- Nalgas completas o pies más nalgas: Los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos de tal forma que las nalgas y los pies ocupan el estrecho superior. Suponen el 5% (**Figura 2B**).

Figura 2

Variedades de presentación de nalgas (I)



3- Nalgas incompletas: Presentación de nalgas con prolapso de uno o ambos pies o rodillas en la vagina. Representan entre el 25 y 30%. Durante el parto es cuando puede producirse el prolapso de los pies o las rodillas colocándose por delante de la presentación. Aunque algunos autores les denominan presentación de pies (podálica) o de rodillas, parece más apropiado designar estos casos como presentación de nalgas con prolapso de pies o rodillas, porque presentación es aquella parte del cuerpo fetal relacionada con el estrecho superior y es capaz de ocuparlo. Los pies o las rodillas obviamente no ocupan totalmente el estrecho superior y actúan como una cuña de dilatación deficiente (1) (**Figura 2C**).

Epidemiología y factores etiológicos

En una encuesta realizada en España en 1992 la presentación de nalgas representó el 3,8% de todos los partos (3). Su frecuencia aumenta a medida que disminuye la edad de gestación.

En la mayoría de los casos es imposible hallar ningún factor etiológico que justifique esta presentación. Hasta la 28-32 semana y en condiciones normales el feto goza de una extraordinaria movilidad encontrándose en una situación inestable. Ello parece estar condicionado por el elevado volumen de líquido amniótico y por la forma esférica del útero.

Paulatinamente dicha forma va haciéndose piriforme y el volumen de líquido amniótico va disminuyendo con respecto al volumen que podría ocupar. Estas circunstancias probablemente determinan que, a partir de las fechas antes referidas, el feto ubique su polo más ancho (pelvis, muslos) en el fondo del útero y el polo más pequeño, la cabeza, en la parte más estrecha, es decir en la pelvis materna. Generalmente permanece así hasta el parto porque el útero continúa creciendo más en el sentido longitudinal que en el transversal y porque sigue disminuyendo el líquido amniótico.

Múltiples circunstancias pueden impedir la "versión" o voltereta fisiológica del feto a cefálica. Las que referimos a continuación se basan en los resultados de un estudio sobre 2.418 presentaciones de nalgas habidas en el Hospital de Cruces de Bilbao (4):

- PARTO PRETÉRMINO. Probablemente es el factor más influyente. El parto "sorprende" al feto en presentación de nalgas antes de que le haya dado tiempo a realizar la "versión" a cefálica. Por ello su frecuencia es tanto mayor cuanto menor es la edad de gestación: 35% antes de la 28 semana, 16,8% entre la 28 y 31 semana, 8,9% entre la 32 y 36 semana y de 3,7% entre la 36 y 41 semana.
- MALFORMACIONES FETALES. Las más relacionadas con la presentación de nalgas son la anencefalia, hidrocefalia, espina bífida, riñones poliquísticos y síndrome de Potter, además de las trisomías 13, 18 y 21.
- EMBARAZO MÚLTIPLE. Su frecuencia con respecto al embarazo de feto único se multiplica por 7. Quizá se deba a la falta de espacio que dificulta la "versión" espontánea a cefálica.
- PARIDAD. Es algo más frecuente en las primíparas que en las múltiparas, 4,7% y 3,3% respectivamente.
- OTROS FACTORES ETIOLÓGICOS. También aumentan la probabilidad de esta presentación las malformaciones uterinas (útero bicorne, septo, o unicornio), algunos miomas, la implantación de la placenta en un cuerno uterino, la placenta previa, el oligoamnios, el hidramnios y el cordón corto.

Bibliografía

1. Hernández García JM. Parto en presentación de nalgas. En Usandizaga JA y de la Fuente P. Tratado de

Obstetricia y Ginecología. Madrid. Mc Graw-Hill Interamericana de España, S.A. 1997;11(1):467-479.

2. Cruikshank D. Presentaciones anormales y complicaciones del cordón umbilical. En Scott J, Di Saia P, Hammond C, Spellacy W. Danforth, Tratado de Obstetricia y Ginecología. México. McGraw-Hill Interamericana. 2000;27:437-455.

3. Acien P. Breech presentation in Spain, 1992: a collaborative study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995;62:19-24.

4. Melchor JC. Epidemiología de la presentación podálica. En Fabre E (ed). Manual del parto y puerperio patológicos. Grupo de trabajo sobre asistencia al parto y puerperio patológicos. Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Zaragoza. Ino Reproducciones, S.A. 1999;8:155-163.



Conducta durante el embarazo. Versión externa

Control de la gestación

Durante las primeras fases del embarazo, el feto se mueve libremente y no adopta una presentación específica. En este período, la presentación de nalgas es bastante frecuente, de tal manera que, por debajo de las 28 semanas, cerca del 35% de las gestaciones están en presentación podálica. Para las 32 semanas, esta incidencia desciende hasta el 7-15% y, a término, la frecuencia de la presentación de nalgas es alrededor del 4% (1).

Por todo ello, la presentación podálica no puede considerarse como anormal durante el embarazo y por se no requiere ningún control diferente del que se emplea habitualmente en el resto de las gestantes. La única excepción sería en aquellos casos en que se vaya a intentar realizar una versión externa.

Dado que las alteraciones fetales, placentarias o pélvicas se asocian, con relativa frecuencia, a la presentación podálica, durante el control gestacional sería importante descartarlas.

Versión externa

Aunque la idea original era reducir la incidencia de presentaciones podálicas durante el parto y la alta tasa de cesáreas que conllevaba este tipo de parto, la versión externa no es una técnica que se haya generalizado en nuestro país. En la actualidad, en pocos centros españoles se realiza este procedimiento de forma rutinaria (2).

Época adecuada para realizar la versión externa

Si se realiza, se recomienda que la versión se haga a partir de la semana 37 por cuanto en este momento la probabilidad de versión espontánea es reducida, la tasa de éxitos mayor y además se evita la posible prematuridad yatrógena. Se estima que la tasa media de éxito de la versión se sitúa alrededor del 65% y probablemente el factor que más importancia tiene en el éxito o fracaso de la técnica es la experiencia de quien realiza la versión (3).

En el meta-análisis de los estudios randomizados incluidos en la base de datos Cochrane (4,5) se observa que, cuando la versión se realiza a término, disminuye significativamente la frecuencia de presentaciones no cefálicas en el parto así como la tasa de cesáreas. Por el contrario, antes del término, la versión externa no ha demostrado ningún efecto significativo ni sobre la tasa de presentaciones anormales en el parto, ni sobre la tasa de cesáreas, ni en los resultados perinatales.

En la actualidad está en marcha un ensayo clínico randomizado multicéntrico dirigido desde la Universidad de Toronto con el fin de comprobar si la versión externa precoz (34-36 semanas) es más eficaz para disminuir la incidencia de presentaciones no cefálicas en el parto que la versión externa realizada a las 37-38 semanas. Todos los datos sobre el proyecto se pueden consultar en la web del centro (www.utoronto.ca/ecv).

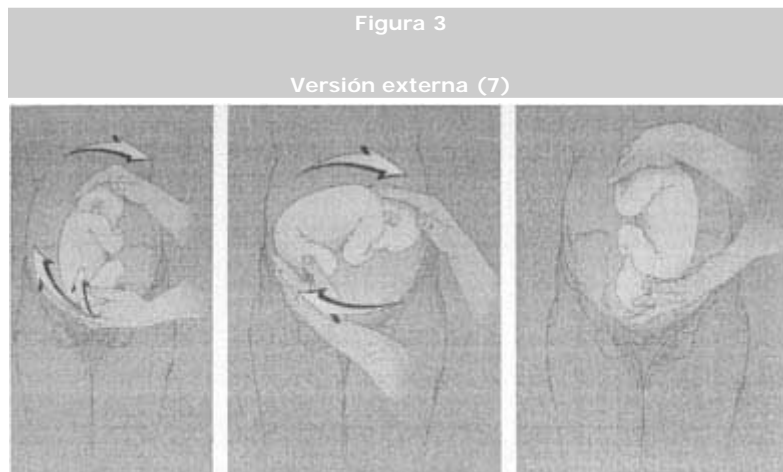
Técnica

Es importante que, antes de intentar la versión, se compruebe el bienestar fetal y se practique una cuidadosa exploración ecográfica para determinar si hay alguna contraindicación para la realización del método o para el parto por vía vaginal. También servirá para estimar el peso fetal y para confirmar que la presentación continúa siendo de nalgas (3).

De los diferentes procedimientos publicados para facilitar la versión externa, tan sólo han demostrado su utilidad en los estudios randomizados el uso de fármacos tocolíticos para relajar el útero durante el procedimiento (6). Aunque en ocasiones se han empleado, no existen estudios randomizados que demuestran la utilidad de la analgesia epidural, la estimulación vibroacústica o la amnioinfusión en la versión externa.

Las condiciones para el intento de versión externa son (3):

- Consentimiento informado y firmado.
- Ausencia de contraindicaciones.
- Bienestar fetal comprobado.
- Realización de la técnica cerca de un quirófano libre y dispuesto para la práctica de una cesárea urgente.
- Gestante en decúbito supino, semi-Fowler y ligero Trendelenburg.
- Vejiga vacía.
- Ritodrine IV a dosis de 200 mg/min.



El primer objetivo a conseguir, sin el cuál no debe proseguirse con el intento de versión, es desplazar las nalgas del estrecho superior en la dirección adecuada para aumentar la flexión fetal. Puede ser necesaria la colaboración de un ayudante que por vía vaginal facilite la elevación de la presentación (7). La relajación del útero, abdomen y piernas, junto a una posición de ligero Trendelenburg serán de gran ayuda. En ocasiones puede ser útil para lograr la versión, desplazar la cabeza fetal hacia uno de los lados, pero nunca intentar bajar la cabeza hasta la pelvis sin que ésta esté libre de las nalgas (3).

El momento crucial es el paso del ecuador por la columna vertebral, lo que puede lograrse con ambas manos a la vez, subiendo el polo podálico que se había desplazado hacia un lado y al mismo tiempo intentando desplazar la cabeza hacia el otro lado y hacia la pelvis. No deben realizarse maniobras bruscas, sino presión moderada y sostenida, intentando "convencer" al feto para que él haga el resto del movimiento. En definitiva se trata que el feto busque una posición más cómoda que la que tiene bajo la presión (**Figura 3**).

Es conveniente que durante la maniobra se controle la situación fetal con el ecógrafo y la FCF con el cardiotocógrafo. El intento se debe interrumpir si se produce una bradicardia fetal o aparecen molestias maternas importantes, si la versión no se puede completar fácilmente o si no tiene éxito tras un breve periodo de tiempo. Con independencia del éxito o del fracaso de la versión, se debe evaluar de nuevo el estado fetal después del procedimiento. Se recomienda la monitorización del feto durante 30-45 minutos. Si la cardiotocografía es normal y no hay pérdidas sanguíneas ni dolor, la paciente puede ser enviada a su domicilio, recomendando un reposo relativo de 24 horas (3).

Si la técnica fracasa y el feto vuelve de nuevo a la presentación podálica, la versión puede repetirse en un plazo de 5-7 días.

Contraindicaciones

Se consideran contraindicaciones para la realización de la versión: compromiso fetal o su sospecha, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, oligoamnios, muerte fetal intraútero, malformaciones graves, rotura de membranas, gestación múltiple, sensibilización Rh, anomalías uterinas y trastornos de la coagulación. Si la cesárea estuviera justificada por otros motivos, la versión externa está contraindicada.

Se consideran contraindicaciones relativas: trastornos hipertensivos del embarazo, sospecha de crecimiento fetal retardado, cardiopatía materna, cabeza fetal deflexionada, peso estimado >3.800-4.000 gramos, placenta insertada en cara anterior y el trabajo de parto ya iniciado (3).

No existen todavía estudios randomizados que demuestren que la cesárea anterior es una contraindicación, por lo que aún es pronto para poder recomendar o desaconsejar su práctica en dicha situación.

Complicaciones

La versión externa es una técnica que no está exenta de complicaciones, aunque si se realiza de forma correcta, el riesgo es bajo (3). Entre ellas están las hemorragias, rotura de membranas, circulares de cordón, desprendimiento de placenta, muerte fetal, transfusión feto-materna, rotura uterina y el inicio del parto. La aparición de bradicardias fetales durante el procedimiento es bastante frecuente, aunque suelen desaparecer tras el cese de las maniobras. Sin embargo, en ocasiones estas bradicardias pueden ser indicación de una cesárea urgente.

Por todo ello, se recomienda que la técnica se practique en un área adecuada y preparada para la atención inmediata de las citadas complicaciones (8). A las pacientes Rh (-) se les administrará Gamma-globulina anti-D tras la versión porque se estima que el riesgo de hemorragia fetomaterna es del 1%. Se recomienda la realización de un test de Kleinhauer para cuantificar el paso de hematíes fetales a la circulación materna y adecuar la dosis de Gamma-globulina anti-D.

Una vez conseguida la versión a cefálica, se han observado durante el parto una mayor frecuencia de complicaciones intraparto. Se desconoce el por qué de estas complicaciones, y no es seguro que se deban a la propia versión externa.

En definitiva, la versión externa puede ser considerada como una técnica segura que disminuye la incidencia de presentaciones podálicas en el parto con un mínimo riesgo para la madre y para el feto (4,8). Con todo, es un procedimiento bastante controvertido que no ha logrado introducirse de forma rutinaria en España (3). El grupo de trabajo sobre atención al parto de nalgas de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO ha propuesto un estudio multicéntrico en nuestro país para investigar la utilidad de la versión externa frente a la cesárea electiva.

Bibliografía

1. Melchor JC. Epidemiología de la presentación podálica. En: Fabre E.: Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Patológico. Zaragoza. 1999;8:155-164.
2. Acien P. Breech presentation in Spain, 1992: a collaborative study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995;62:19-24.
3. Cararach V, Melchor JC, Palacio M. Versión externa e interna. En: Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Patológico. Fabre E (ed). Zaragoza.1999;13:205-222.
4. Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term (Cochrane review). In: The Cochrane Library, 1, 2001. Oxford: Update Software.
5. Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term (Cochrane review). In: The Cochrane Library, 1, 2001. Oxford: Update Software.
6. Hofmeyr GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term (Cochrane review). In: The Cochrane Library, 1, 2001. Oxford: Update Software.
7. Coco AS, Silverman SD. External cephalic version. Am Fam Physician 1998;58:742-744. (publicadas erratas en Am Fam Physician 1998;59:1122).
8. ACOG practice bulletin. External cephalic version. Int J Gynecol Obstet 2001;72:198-204.



Mecanismo del parto en presentación de nalgas y sus complicaciones

El mecanismo del parto, es similar al de vértice pero con inversión del orden: parto del polo pelviano, parto de la cintura torácica y hombros y parto de la cabeza (1-7).

En el mecanismo del parto de nalgas se deben considerar dos cuestiones importantes:

1. La solidarización del cilindro fetal: Normalmente el cilindro fetal se mantiene íntegro, con la cabeza encajada entre los hombros bien flexionada, con el mentón tocando el esternón, los brazos flexionados y cruzados por delante y todo el feto en actitud de flexión ventral. Es decir, se establece una solidarización entre el polo cefálico, la cintura escapular y el tronco. A veces esto no ocurre, generalmente por deflexiones de la cabeza o extensiones de la columna, dando lugar a alteraciones del mecanismo del parto.

2. La variedad de presentación: Cuando se trata de un parto variedad de nalgas puras, el diámetro mayor que ofrece el feto a la pelvis es el bitrocantéreo, que mide 9,5 cm, con una circunferencia de polo podálico de 27 cm, mientras que en las nalgas completas, el diámetro mayor es el sacro-pretibial, que mide 12 cm, con una circunferencia de 32 cm.

Se considera en la actualidad que el mecanismo del parto en presentación podálica varía sólo ante la presencia o ausencia de la integridad del cilindro fetal. Si el cilindro está íntegro el mecanismo sólo conlleva dos rotaciones, al igual que en el parto en cefálica.

Mecanismo del parto de nalgas con cilindro fetal único

1. Acomodación del polo pelviano al estrecho superior: Haciendo coincidir el diámetro mayor con uno de los diámetros oblicuos de la pelvis.

2. Descenso y rotación interna de las nalgas: Generalmente se superponen ambos movimientos, a semejanza del parto de vértice, haciendo coincidir el diámetro bitrocantéreo con el antero-posterior del estrecho inferior (rotación de 45°), adaptándose la flexión lateral de la columna vertebral del feto al eje del canal del parto.

3. Desprendimiento de las nalgas: La nalga anterior se apoya bajo la arcada púbica y se desprende primero; posteriormente se desliza por la horquilla vulvar la nalga posterior. En la variedad completa, las extremidades inferiores, se desprenden con las nalgas e incluso con anterioridad en ocasiones. En la variedad incompleta tras desprenderse el polo podálico, el cuerpo fetal adquiere forma de V, desprendiéndose las extremidades inferiores.

4. Rotación externa de las nalgas y acomodación de los hombros: Fuera de la vulva, el diámetro bitrocantéreo, realiza una rotación de 90°, de tal forma que la parte posterior del sacro fetal se coloca bajo la sínfisis de la madre. De esta forma, el diámetro bisacromial se acomoda en el diámetro transversal útil del estrecho superior (algunas veces puede hacerlo en alguno de los diámetros oblicuos).

5. Descenso de los hombros: Habitualmente descienden con rapidez por el canal del parto en transversa, es decir, haciendo coincidir su diámetro bisacromial con el transversal del estrecho inferior. En condiciones normales los brazos flexionados sobre el tórax acompañan el descenso de los hombros. En estas condiciones, la cabeza ya no tiene que rotar para ser expulsada; basta con un movimiento de deflexión.

Mecanismo del parto de nalgas con cilindro fetal no conservado

1. Rotación interna de los hombros y acomodación de la cabeza:

a) Para traspasar el diámetro interespinoso (9,5 cm), el diámetro bisacromial (12 cm) además de tratar de reducirse, busca el diámetro anteroposterior de la pelvis materna, para lo cual necesita describir un giro de 45° si su descenso se realizó en uno de los diámetros oblicuos o de 90°, si se realizó en el transversal de la pelvis.

b) La rotación interna de los hombros se acompaña de la acomodación de la cabeza en alguno de los diámetros del estrecho superior (habitualmente en uno de los oblicuos, con el occipucio orientado hacia la parte anterior de la pelvis materna y el mentón hacia la posterior). La posición más corriente adoptada por la cabeza fetal al introducirse en el estrecho superior, es la izquierda anterior.

c) Conforme se acomoda la cabeza fetal al estrecho superior, se produce la adecuada flexión sobre el tórax, lo que facilitará el parto de la cabeza.

2. Desprendimiento de los hombros y descenso de la cabeza:

a) Se desprende primero el hombro anterior por deslizamiento bajo la arcada pubiana y luego el posterior por deslizamiento sobre la horquilla vulvar. En condiciones normales, los brazos se desprenden conjuntamente con el tórax.

b) El desprendimiento de los hombros se acompaña del descenso del polo cefálico por el canal del parto.

3. Rotación externa de los hombros e interna de la cabeza:

a) Una vez desprendidos los hombros, el diámetro bisacromial debe rotar 90°, quedando paralelos al diámetro biisquiático para que la cabeza ejecute su rotación interna, de manera que la sutura sagital se coloque en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior.

4. Desprendimiento de la cabeza:

a) Antes de ser expulsada la cabeza, el mentón está orientado hacia el periné de la madre. El desprendimiento se realiza por un movimiento de flexión, utilizando el occipucio como punto de apoyo (hipomoclon) apareciendo sobre la región perineal sucesivamente el mentón, la boca, la nariz, la frente y la región occipital.

Alteraciones en la evolución normal del mecanismo del parto

Cuando se producen modificaciones en la evolución normal del mecanismo del parto de nalgas, se pueden presentar diversas complicaciones que dificultan o imposibilitan de la expulsión fetal y/o producen lesiones del mismo. Las más frecuentes son las siguientes:

1. Procidencia o descenso de un solo pie: Si es el anterior no se modifica el mecanismo del parto; por el contrario, si se trata del posterior debe realizar un giro de 180° para que se convierta en anterior, dado que la flexión lateral del tronco es mucho más fácil por el lado de la pierna descendida. De todas maneras, la procidencia de un miembro, debe considerarse perjudicial para el parto.

2. Distocia de hombros: Generalmente está en relación con la tracción intempestiva del cuerpo fetal por parte del que asiste el parto, para lograr el encajamiento de los hombros. Se produce cuando uno o los dos brazos se elevan junto a la cabeza fetal impidiendo que ésta se encaje. El pronóstico es desfavorable pues la reposición no se suele lograr sin fracturas de húmero o de las clavículas del feto.

3. Distocia de cabeza última: Es una causa importante de morbimortalidad perinatal y se produce cuando la cabeza queda retenida por no lograr encajarse. Se produce fundamentalmente en tres situaciones:

a) Rotación de la cabeza a occipito-sacra: Constituye una grave complicación pues el mentón al chocar con la sínfisis del pubis va a dificultar el desprendimiento de la cabeza.

b) Actitud de la cabeza en deflexión: La deflexión o hiperextensión primitiva de la cabeza es más frecuente en múltiparas, en placentas de inserción baja, en úteros con miomas, en partos prematuros, en fetos con malformaciones y en casos de circulares apretadas de cordón. La actitud de la cabeza puede evaluarse ecográfica y/o radiográficamente. Cuando el ángulo entre las vértebras cervicales y una línea trazada por la prolongación craneal del eje principal de las vértebras dorsales superiores es mayor de 90°, no se debe dejar evolucionar el parto por vía vaginal.

c) Dilatación cervical incompleta, situación que conlleva el atrapamiento de la cabeza fetal

4. Parto rápido de la cabeza fetal: La brusca expulsión de la cabeza fetal, puede originar una hemorragia intracraneal, así como lesiones traumáticas en el cuello del feto.

Bibliografía

1. Carrera JM. Parto podálico operatorio. En Carrera JM: Tratado de Obstetricia Dexeus (vol 3) Barcelona: Salvat, 1988:244-284.
2. Ezcurdia M, Muruzabal JC, Carrasco S. Mecanismo del parto en presentación podálica. En Fabre E: Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Patológicos, Zaragoza. Ino Reproducciones, S.A. 1999;9:165-172.
3. FIGO. Recommendations of the FIGO Committee on Perinatal Health on guidelines for the management of breech delivery. Eur J Obstet. Gynecol Rep Biol 1995;58:89-92.

4. González-Merlo J, Del Sol JR. Mecanismo del parto en las presentaciones pelvianas. En González-Merlo J, Del Sol JR. Obstetricia. Barcelona: Salvat, 1988:463-470.
5. Hernández García JM. Parto en presentación de nalgas. En: Usandizaga JA, De la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología (vol. 1). Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 1997:469-479.
6. Vidart JA, Jimeno JM. Mecanismo del parto de nalgas. En: Vidart JA, Jimeno JM. Obstetricia. Madrid: Luzán 1996:661-669.
7. Pérez Sánchez A, Donoso E. Mecanismo del parto en presentación podálica. En: Pérez Sánchez A. Obstetricia. Santiago de Chile: Mediterráneo.1992:266-269.



Conducta obstétrica en parto pretérmino

Aunque no existen estudios randomizados que lo justifiquen, la mayoría de los autores abogan por la realización de una cesárea electiva en los embarazos de menos de 32 semanas de gestación (1).

En los embarazos entre la 32 a la 37 semana, la elección de la vía de parto debe seguir los mismos criterios que en las gestaciones a término con presentación podálica, tanto para el control como para la atención al mismo.

La presentación de nalgas complica el parto pretérmino y se asocia a una mayor morbimortalidad perinatal que la presentación cefálica. Esto es debido a un riesgo de prolapso de cordón más elevado y a un mayor riesgo de traumatismo obstétrico, en gran medida provocado por la alta probabilidad de atrapamiento de la cabeza fetal, ya que en estas semanas de gestación tiene un mayor volumen en comparación con el tronco. Además, la frecuencia de presentaciones podálicas es más elevada en los pretérminos, estimándose que antes de la semana 28 de gestación la prevalencia es del 35% y va disminuyendo a medida que avanza el embarazo.

Aunque no hay estudios prospectivos, los estudios retrospectivos sugieren que la cesárea mejora el pronóstico perinatal, con la disminución de la incidencia de depresión neonatal, morbilidad a corto y largo plazo y mortalidad neonatal (2,3). Por otro lado hay que tener presente que la extracción fetal en la cesárea también representa un riesgo para el feto. Así se ha descrito un aumento de las dificultades respiratorias, probablemente debidas a una menor tasa de catecolaminas en el recién nacido. Además, la cesárea en fetos pretérmino tiene dificultades para la realización de la histerotomía, que deberá tener la localización y dirección adecuadas para minimizar los traumatismos fetales. El segmento uterino inferior tiene 4 cm de altura en la semana 34, pero sólo 1 cm en la semana 28, por lo que a veces es difícil realizar la histerotomía segmentaria transversa. Sin embargo puede hacerse la histerotomía segmentaria longitudinal. Se ha descrito también un tipo de cesárea, la cesárea "en bloque" para la extracción de pretérminos de bajo peso, en la cual la histerotomía se realizará en la cara anterior uterina, preferentemente longitudinal y se intenta la extracción del saco gestacional y la placenta en bloque, pero su uso no está suficientemente documentado.

Las complicaciones maternas más frecuentes en la cesárea del pretérmino son las lesiones vesicales y las del ligamento ancho. Además la cesárea segmentaria longitudinal es motivo de aconsejar una cesárea programada en la siguiente gestación. En ocasiones puede producir un espasmo de los bordes de la incisión uterina, cuando la tracción es brusca o el feto es muy pequeño, lo que obliga a una ampliación en forma de "T" en la parte superior de la incisión uterina. Los aspectos quirúrgicos específicos de la cesárea en el parto de nalgas pretérmino se exponen en otro capítulo.

Conducta obstétrica basada en la viabilidad fetal

Un problema importante en la asistencia al parto la presentan los fetos de muy bajo peso, sobretodo cuando se encuentran en el límite de la viabilidad fetal (22 a 26 semanas de gestación), es la mortalidad que sigue siendo muy alta, aunque la tasa de supervivencia de estos niños ha mejorado notablemente en los últimos años. Y aunque la tasa de morbimortalidad disminuye conforme aumentan las semanas de gestación, también se ha logrado una mayor reducción de la mortalidad que de las lesiones residuales (4).

La asistencia del parto en edades precoces de gestación es un problema extraordinariamente complejo. En estos casos el pronóstico a largo plazo es difícil de hacer incluso en los primeros días de vida. Hay una edad gestacional crítica por debajo de la cual no está justificado un tratamiento activo. Por otra parte, también es cierto que una actitud intervencionista en fetos de menos de 1.000 g, y una correcta asistencia del recién nacido gran prematuro contribuye a mejorar la supervivencia (**Tabla I**).

Una declaración conjunta de consenso por parte de las Sociedades de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de Canadá, ha establecido las siguientes recomendaciones en función de la edad gestacional (5):

- Edad gestacional menor de 22 semanas (< 154 días): las decisiones terapéuticas deben basarse en la salud de la madre. El feto no es viable, por lo tanto la cesárea sólo está justificada por indicaciones maternas.

- Edad gestacional de 22-23 semanas (154-160 días), al igual que en el grupo anterior, la cesárea sólo se realizará por indicación materna.

- Edad gestacional comprendida entre 23 y 25 semanas (161-174 días): los recién nacidos en la semana 23

tienen un pronóstico muy diferente de los nacidos en la semana 25. La tasa de supervivencia neonatal aumenta muy rápidamente en el intervalo de esas dos semanas, aunque el 25-30% de los supervivientes tendrán lesiones residuales, siendo el 10% de ellas muy graves (**Tabla I**).

- Edad gestacional entre 25-27 semanas (175-188 días): la tasa de supervivencia llega hasta el 50%. Aquí ya predomina el interés del feto y se debe finalizar el parto mediante cesárea.

- Edad gestacional mayor o igual, a 27 semanas (189 días o mayor): como comentábamos al principio se debe finalizar el parto mediante cesárea si la edad gestacional es menor de 32 semanas. A partir de esta semana se debe seguir el mismo protocolo de finalización de la gestación que en las podálicas a término (≥ 37 semanas) aunque no existe evidencia científica que demuestre la mejor conducta obstétrica entre 32 y 37 semanas.

Hay que huir pues de criterios extremadamente intervencionistas y gravosos, pero sin olvidar que estos deben estar actualizados a los resultados neonatales. Aun así se considera que no está justificado un abordaje agresivo por debajo de las 24 semanas. En espera de estudios posteriores, se estima que 1 de cada 5 niños que pesan menos de 1.000 g al nacer y 1 de cada 3 niños que al nacer pesan menos de 750 g tienen deficiencias neurosensoriales en el transcurso de 2 años (6).

En el momento actual se considera que la cesárea es la conducta más recomendable en las gestaciones que superan las 24 semanas, mientras no haya estudios controlados que indiquen lo contrario.

Bibliografía

1. Mínguez J, Domínguez R, Gallo M, Perales A, Monleón J. Asistencia al parto pretérmino. En Fabre E. Manual de Asistencia a la Patología Obstétrica. Zaragoza. Ino Reproducciones, S.A. 1997;16:419-441.
2. Goldenberg RL, Nelson KG. The premature breech. Am J Obstet Gynecol 1995;172:240-244.
3. Cibils LA, Karrison T, Brown L. Factors influencing neonatal outcome in the over and low birth weight fetus (<1.500 g) with a breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1994;171:35-42.
4. Whyte HE, Fizhardinge PM, Shennan AT, et al. Extreme immaturity: outcome of 568 pregnancies of 23-26 weeks gestation. Am J Obstet Gynecol 1993;82:1-7.
5. Anonymus. Management of the woman with treatment birth of an infant of extremely low gestational age. Fetus o Newborn Comitee Canadian Pediatric Society, Maternal-fetal Medicine Comitee. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Can Med Assoc J 1994;151:547-553.
6. Kuban KCK, Leviton A. Cerebral palsy. N Engl J Med 1994;330:188-195.

Edad gestacional	Peso medio al nacer (g)	Supervivencia (%)	Supervivencia sin lesión (%)
22	500	0	0
23	575	4	2
24	650	17	9
25	775	30	18
26	900	51	41
27	1.025	64	54
28	1.150	75	67
29	1.250	81	74
30	1.400	87	81
31	1.550	93	87
32	1.750	95	90
33	2.000	97	93
34	2.200	98	95
35	2.400	99	97
36	2.600	>99	98

Sullivan CA, Morrison JC. Tratamiento urgente de la paciente en trabajo de parto pretérmino. Clin Obstet Ginecol. Temas Actuales (ed. esp.) 1995;2:183-199 (7).

<p style="text-align: center;">TABLA II</p> <p style="text-align: center;">Criterios para realización de una cesárea electiva (1, 2, 3)</p>	
•	<i>Peso fetal estimado > 3.500 g.</i>
•	<i>D.B.P. >96 mm.</i>
•	<i>Cualquier presentación que no sea nalgas puras o completas.</i>
•	<i>Pelvis inadecuada (clínica o radiológicamente).</i>
•	<i>Cabeza fetal deflexionada (diagnóstico radiológico o ecográfico).</i>
•	<i>Anomalías fetales o cualquier contraindicación médica u obstétrica para el parto vaginal.</i>
•	<i>Patología materna, placentaria o fetal.</i>

7. Sullivan C y Morrison J. Tratamiento urgente de la paciente en trabajo de parto pretérmino. Clin Obstet Ginecol (Temas actuales) E.E 1995;2:183-199.

Conducta en el parto de nalgas a término

Cesárea electiva: criterios, ventajas y riesgos

A partir de los años setenta en muchos centros se tomó la decisión de realizar de forma sistemática cesárea electiva en todas las presentaciones de nalgas a término, basándose en una serie de artículos aparecidos en la bibliografía en los que siguiendo esta conducta se demostraba una disminución de la morbi-mortalidad perinatal.

Posteriormente, y revisando estos trabajos, se evidenció que, debido a determinadas limitaciones metodológicas y epidemiológicas, no estaban tan claramente demostrados los supuestos beneficios de la cesárea electiva. Y, aunque dicha conducta permaneció estable en muchos centros, en otros cambió y se permitió el parto vaginal en la presentación podálica a término, independientemente de la paridad de la paciente, siempre que se cumplieran una serie de requisitos. Recogemos a continuación de distintos protocolos los criterios necesarios para la realización de cesárea electiva (**Tabla II**).

En los años setenta trabajos retrospectivos afirmaban que el parto vaginal en podálica tenía una morbi-mortalidad perinatal muy superior a la cesárea. Pero, hasta octubre del 2000, no había ningún trabajo randomizado que pudiera demostrar con evidencia científica que los beneficios de esta conducta superase a los riesgos (Cochrane Review). Una revisión de 22 artículos dejó clara la ausencia de trabajos que tuvieran los planteamientos, metodología, criterios de selección y tamaño correctos y adecuados. Por todo ello se puso en marcha el Term Breech Trial, que muy probablemente ayudaría a resolver el problema.

En el mes de octubre de 2000, Hannah et al (3) publican en The Lancet los resultados de dicho estudio. El trabajo integra un estudio colaborativo en 121 centros de diferentes países, a 2.088 gestantes a término con presentación de nalgas y que son asignadas de manera aleatoria a algún grupo; cesárea electiva o parto vaginal. Los resultados vienen a demostrar que las cifras de morbi-mortalidad perinatal son significativamente peores en el grupo de parto vaginal, manteniéndose prácticamente las mismas cifras de morbi-mortalidad materna tanto si el parto finalizó por cesárea o por vía vaginal.

Analizado este trabajo por un grupo de expertos designado por la SEGO, han llegado a las siguientes conclusiones que exponemos a modo de resumen:

El trabajo, multicéntrico y randomizado, reúne suficiente número de casos y resulta impecable desde el punto de vista metodológico. Aunque es susceptible de alguna crítica sus conclusiones son evidentes. Los resultados señalan que la cesárea electiva es mejor que el parto vaginal para la atención del parto de nalgas a término. Tanto la mortalidad perinatal como la neonatal y la morbilidad neonatal fueron menos frecuentes en el grupo atendido mediante cesárea que en el grupo en el que se realizó parto vaginal. No hubo apenas diferencias entre ambos grupos en cuanto a la morbilidad materna. Estos resultados están incluidos en la base Cochrane 2001. Por tanto se recomienda, basado en la evidencia científica disponible y vigente, que la gestante con un feto en presentación de nalgas a término debe ser informada de los resultados y hechos anteriores, aconsejando la realización de una cesárea electiva en las gestaciones a término en presentación podálica.

Sin embargo, esta recomendación de carácter general no ignora que la práctica médica y la asistencia al parto

es individual. Por ello, en algunos casos tras estimar las condiciones obstétricas, en ausencia de circunstancias desfavorables o factores de riesgo y siempre con la información adecuada y el consentimiento firmado de la paciente, existiendo aceptación tanto de la gestante como del médico, se podrá intentar el parto vaginal.

Ventajas y riesgos

Como ya hemos señalado, se plantea la duda sobre si compensan las mayores complicaciones de la cesárea respecto a morbi-mortalidad materna frente a la disminución de la morbi-mortalidad perinatal.

En el trabajo antes comentado, la morbi-mortalidad materna es similar en los dos grupos. De todas formas analizaremos más detenidamente ambos apartados, ventajas y riesgos de la cesárea electiva.

Ventajas

La cesárea electiva tiene como objetivo disminuir la morbi-mortalidad perinatal o, lo que es lo mismo, la práctica desaparición en un alto porcentaje de casos del trauma obstétrico, entendido tanto como lesión de origen mecánico como afectación hipóxica fetal, debidas ambas directamente al parto vaginal, y pasando a la historia la tan temida distocia de cabeza última.

La cesárea conlleva menor riesgo que el parto vaginal para que se produzca un traumatismo obstétrico cuyos factores predisponentes son la macrosomía fetal y las anomalías de la estática fetal. En la presentación podálica, las probabilidades de lesión y trauma obstétrico fetal son cuatro veces mayores que cuando la presentación es cefálica (4).

Los traumatismos obstétricos que se producen durante el parto vaginal de la presentación podálica no siempre son evitables con la realización de una cesárea. Los más frecuentes son los siguientes:

- Óseos: fractura de clavícula, húmero y fémur.
- Sistema nervioso central: hemorragia subdural (incidencia diez veces superior que en el parto en presentación cefálica).
- Medulares: se asocian en un 75% de los casos a partos vaginales en podálica, se localizan en el segmento cervical inferior o torácico superior.
- Nervios periféricos: lesión del plexo braquial: proximal (parálisis de Erb-Duchenne) o distal. Este traumatismo obstétrico es el segundo en frecuencia, después de la fractura clavicular. Menos frecuente es la lesión de los nervios radial, mediano o ciático.

Riesgos

En este apartado analizaremos los principales inconvenientes de la cesárea frente al parto vaginal.

Mortalidad materna

Es un problema difícil de valorar porque es verdad que la mortalidad materna es hasta siete veces superior en la cesárea que en el parto vaginal (13). Pero, en la mayoría de los casos la muerte de la madre ocurre como consecuencia de la causa por la que se indicó la cesárea, y no por los riesgos que lleva implícitos la intervención en sí misma. Este hecho es mucho más notorio si nos referimos a las cesáreas electivas y no a las urgentes (5). El riesgo en estos casos es 2,84 veces superior para la cesárea.

Las principales causas de muerte son los accidentes anestésicos, la hemorragia, la infección y los tromboembolismos pulmonares. En la actualidad y gracias a los avances en los distintos campos de la medicina estas muertes han disminuido de manera notoria. Es importante señalar que la utilización casi sistemática de la anestesia epidural en el parto ha igualado la anestesia como causa de muerte en la cesárea frente al parto vaginal.

Morbilidad materna

Se considera que la endometritis, las hemorragias, la infección y las complicaciones tromboembólicas son las principales causas de morbilidad de la cesárea. En las cesáreas programadas y de bajo riesgo las cifras de morbilidad materna son muy bajas, muy similares a las de los partos vaginales (6).

También se han recogido otros problemas asociados a la cesárea como son mayores molestias postoperatorias, dificultad en la lactancia materna, recuperación más prolongada. Hay que señalar que estos problemas en la actualidad se han minimizado de una manera extraordinaria por dos hechos importantes: la aplicación casi

sistemática de anestesia regional en la cesárea y la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas, más rápidas y fáciles y con menos complicaciones. Posiblemente la más empleada es la propuesta por Stark en 1994 (7,8) y que lleva el nombre del hospital donde se introdujo por primera vez, Misgav Ladach (9). Esta técnica está basada en los principios de la cirugía mínimamente agresiva, aporta rapidez, sencillez, seguridad y economía, consigue una disminución en el sangrado intraoperatorio, de la morbilidad postoperatoria y del riesgo de adherencias, acelerando la recuperación y facilitando el alta precoz (10).

Costes económicos

Este es otro de los argumentos esgrimidos por los defensores de las políticas de reducción de las tasas de cesáreas. Indudablemente la cesárea es más cara que el parto vaginal. Para el National Health Service inglés cada aumento de un punto en el índice de cesáreas supone un coste de 5 millones de libras al año (11).

Aunque la actuación obstétrica no debe estar sujeta a criterios economicistas estrictos, también es cierto que en un mundo de recursos limitados es necesaria la optimización de los mismos para poderlos dedicar de una manera más lógica a otros problemas de salud que los necesiten.

De todas formas, otros autores que no están de acuerdo con estos criterios argumentan que sería mucho más cara la atención de los recién nacidos con morbilidad neurológica importante.

También debemos señalar que gracias a las nuevas técnicas anestésicas y quirúrgicas, ya referidas en el apartado anterior, los costes han disminuido; se gasta menos al reducir el tiempo quirúrgico, en materiales de sutura, en estancias hospitalarias y se consigue una pronta recuperación, lo que también origina indudablemente una reducción de gastos.

Futuro reproductivo

La cesárea, aún cuando no hayan existido complicaciones de ningún tipo, puede ser un factor condicionante en el futuro reproductivo de la mujer. La presencia de una cicatriz uterina favorece las inserciones anómalas de la placenta (placenta previa, acretismos placentarios) y puede condicionar la indicación de una segunda cesárea ante el riesgo de rotura uterina.

Por otro lado se debe tener en cuenta que las complicaciones quirúrgicas (lesión vesical, hemorragias, histerectomía obstétrica) siempre serán más frecuentes en cesáreas iterativas.

Por último, la presencia en la historia obstétrica de una cesárea limita el número de embarazos de una mujer, debido a las complicaciones que potencialmente pueden aparecer, ya que la morbilidad es acumulativa.

Todos estos problemas han sido recogidos en un estudio realizado sobre más de 33.000 mujeres (12), en el que se llegó a las siguientes conclusiones:

- La fertilidad desciende, en la mayoría de los casos de forma voluntaria. Hay mayor número de esterilizaciones.
- Hay mayor número de abortos espontáneos y de inserción anómala de la placenta.
- El recién nacido de una mujer con el antecedente de cesárea previa tiene con más frecuencia bajo peso, y la incidencia de malformaciones y su mortalidad es superior.

No obstante, estos estudios no son del todo estrictos en la forma, por lo que las conclusiones a las que llegan no deben considerarse plenamente probadas.

Bibliografía

1. Melchor J. Actitud ante el parto en presentación podálica en la gestación a término. En Fabre E. Manual de asistencia al parto y puerperio patológico. Zaragoza. Ino Reproducciones S.A.1999;11:179-187.
2. Izquierdo F, Almagro JM, Bermejo JA. Parto podálico. Protocolos asistenciales en Ginecología y Obstetricia (I) Obstetricia. S.E.G.O.1994;34:195-198.
3. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnet ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet 2000;356:1375-1383.
4. Monleón J, Monleón J, Sánchez R, Tejerizo L, Teijelo A, Mínguez J. Traumatismos obstétricos. En: Fabre E. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Zaragoza. Ino Reproducciones S.A. 1999;23:453-471.

5. Miller JM. Maternal and neonatal morbidity and mortality in cesarean section. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1988;15:629-638.
6. Watson WJ et al. High risk obstetric patients. Maternal morbidity after cesareans. *J Reprod Med* 1997;42:267-270.
7. Stark M. Technique of cesarean section: the Misgar Ladach method. In: Popkin DR, Peddle LJ. *Women's Health Today*, Montreal, Parthenon Publish Group, 1994;81-85.
8. Stark M, Chavkin Y, Kupfersztein C et al. Evaluation of combinations of procedures in cesarean section. *Int J Obstet Gynecol* 1995;48:273-276.
9. Darj E, Nordstrom M. The Misgav Ladach method for cesarean section compared to the Pfannenstiel method. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:37-41.
10. Magdaleno F, de la Calle J, Reque A, González A. Cesárea de Misgav Ladach. Descripción y análisis del método. *Actual Obstet Ginecol* 2000;12:155-162.
11. Editorial. *The Lancet* 1997;349:815.
12. Hemminki E. Impact of caesarean section on future pregnancy: a review of cohort studies. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1996;10:366-379.
13. Hall M, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999;354:776.



Parto vaginal: criterios, ventajas y riesgos. Vigilancia del parto

Criterios de selección de la vía vaginal: ventajas y riesgos materno-perinatales

Los estudios existentes antes de 2000, y que ya se han citado en la introducción (1-4) indicaban que los fetos a término extraídos por cesárea electiva tenían menor morbi-mortalidad perinatal que los asistidos por parto vaginal. Sin embargo existían controversias en los resultados comunicados, tal vez en función de las condiciones obstétricas, de posibles sesgos metodológicos y de los tamaños muestrales. Asimismo se repite con frecuencia que la cesárea incrementaba la morbilidad materna. En estos trabajos (4) se solicita un estudio más amplio y randomizado para tener conclusiones definitivas y poder tomar las mejores decisiones en beneficio materno-fetal.

En octubre de 2000, Hannah et al (5) publican los resultados del Term Breech Trial Collaborative Group, proyecto de investigación multicéntrico que integra a 121 hospitales de diferentes países. Se incluyen 2.088 gestantes con presentación de nalgas puras a término, que de forma aleatoria se asignaron al grupo de cesárea electiva o de parto vaginal. El objetivo de este estudio es determinar los beneficios materno-perinatales de la cesárea electiva, comparados con los resultados obtenidos por vía vaginal en el parto de nalgas. En este estudio Hannah et al (5) señalaron para el grupo de parto vaginal peores resultados perinatales, que en el grupo de cesárea. Así, se observaron las siguientes complicaciones en los partos programados para asistirse por vía vaginal: abruptio placentae 0,6% (0% en cesárea), prolapso de cordón 1,3% (cesárea 0%), corioamnionitis 1,1% (cesárea 0,3%), anomalías de la frecuencia cardiaca fetal 15,2% (cesárea 1,3%), dificultades en el parto, afectando cabeza, hombros o tronco del feto 4,6% (cesárea 2,1%), mortalidad perinatal y grave morbilidad perinatal 5,0% (cesárea 1,6%) traumatismo obstétrico 1,4% (cesárea 0,6%), hipotonía neonatal 1,8% (cesárea 0,2%), test de Apgar < 7 a los 5 minutos, 3,0% (cesárea 0,8%), pH de arteria umbilical < 7,0, 2,6% (cesárea 0,45%), e ingreso en UCI neonatal, 3,0% (cesárea 1,5%).

La morbilidad materna en la cesárea (hemorragia postparto, lesiones genito-urinarias, infección postquirúrgica) fue muy semejante a la observada en el parto vaginal, dato muy esperanzador, pero no menos sorprendente. Así, en las cesáreas electivas se detectó morbilidad materna (hemorragia postparto, lesión genito-urinaria, infección) en 41 pacientes (41/1.041) (3,9%). En el grupo de parto vaginal, 33 pacientes sufrieron algún tipo de morbilidad (33/1.042) (3,2%).

En este trabajo se estima que por cada 14 cesáreas se evitaría una muerte o grave lesión neonatal.

Ciertamente después de este trabajo nos preguntamos ¿queda algún lugar para el parto vaginal de nalgas en la obstetricia actual? Si aplicamos el concepto de la medicina basada en la evidencia, es decir el uso o empleo consciente, explícito y prudente de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones en la atención de

TABLA III	
Criterios obstétricos recomendables para el intento de asistencia al parto de nalgas a término por vía vaginal	
•	<i>Embarazo con peso fetal estimado inferior a 3.500 g.</i>
•	<i>Diámetro biparietal inferior a 96 mm.</i>
•	<i>Pelvis adecuada evaluada clínica o radiológicamente.</i>
•	<i>Modalidad de nalgas puras o completas.</i>
•	<i>Cabeza flexionada o indiferente.</i>
•	<i>Ausencia de anomalías fetales.</i>
•	<i>Ausencia de impedimentos o contraindicaciones para la vía vaginal.</i>
•	<i>Ausencia de patología médico-obstétrica concomitante.</i>

pacientes individuales, es cierto que después del trabajo de Hannah et al (5), la mejor evidencia que poseemos en la actualidad, nos indica que los fetos en presentación de nalgas a término extraídos por cesárea electiva tienen menor mortalidad

perinatal y neonatal así como una menor incidencia de seria morbilidad neonatal que los asistidos por vía vaginal.

La práctica de la medicina basada en la evidencia trata de armonizar la experiencia, la evidencia científica y la decisión del paciente. Es preciso individualizar cada caso, considerando las características, condiciones y circunstancias que en un momento determinado se presenten. Además es necesario valorar la mejor evidencia científica así como tener muy presentes las preferencias de la paciente. Por último, médico y paciente determinarán las opciones terapéuticas preferibles basadas en esa evidencia (10).

Así, para la elección y decisión del parto de nalgas por vía vaginal a término pueden plantearse situaciones individuales. Si el médico o equipo de guardia consideran que existen todos los criterios adecuados para permitir el parto por esta vía, y la gestante, conocedora de las ventajas y riesgos de ambas vías, solicita a su médico el intento de parto por vía vaginal, ¿se podría y debería intentar entonces un parto vaginal, aunque ya conocemos los beneficios de la cesárea electiva? ¿cuál sería la conducta a seguir?

En este caso deben explicarse a la paciente y a su pareja las ventajas y riesgos de la cesárea y del parto vaginal de forma veraz y comprensible. Hay que tener presente que la cesárea no es garantía de un nacimiento atraumático. Así, en el trabajo de Hannah et al (5), el traumatismo obstétrico se observó en el 0,6%. Es imprescindible realizar una rigurosa selección clínica, como señalaron diversos autores (2,3). Los criterios recomendables para el intento de asistencia del parto por vía vaginal aparecen en la **Tabla III**:

– Embarazo de término, con peso fetal estimado inferior a 3.500 g. Diámetro biparietal inferior a 96 mm. Pelvis adecuada (1,6,7,9)

El peso fetal estimado es un factor importante a la hora de considerar un parto vaginal. El riesgo del parto en un feto pretérmino (peso estimado < 1.500 g ó < de 32 semanas de gestación), consiste en un cuello insuficientemente dilatado, que permite el paso de las nalgas y tronco, pero no de la cabeza, que queda atrapada, originando hipoxia, situación a la que se añade el posible traumatismo de la extracción, aspectos especialmente ominosos en un feto pretérmino. Cuando la edad gestacional es inferior a 24 semanas y/o el peso estimado es inferior a 500 g, la cesárea sólo deberá hacerse por indicación materna.

Evitar un parto con un feto de peso superior a 3.500 g, o con un diámetro biparietal superior a 96 mm pretende impedir el atrapamiento de una cabeza fetal no modelada en la pelvis materna, es decir una distocia de cabeza última (1). En el parto de nalgas no hay tiempo para el modelamiento de la cabeza. Una pelvis ligeramente estenótica, que probablemente no hubiera causado dificultades en un parto en presentación cefálica, puede ser peligrosa en el parto en presentación de nalgas. La pelvis puede evaluarse por la clínica o por métodos radiológicos. Parece que el método ideal de pelvimetría radiológica es la tomografía computerizada, ya que su principal ventaja es la menor exposición radiológica del feto respecto de la pelvimetría radiológica convencional (1). Las medidas adecuadas de la pelvis son: diámetro anteroposterior del estrecho superior 11 cm y diámetro transversal del estrecho superior 12 cm; diámetros antero-posterior de la pelvis media 12 cm y diámetro transversal de la pelvis media, 9,5 cm (1).

– Modalidad de nalgas puras o completas

Las modalidades de nalgas incompletas se asocian a una alta incidencia de patología de cordón que bien prolapsado, laterocidente, o enredado en las extremidades de cordón, puede condicionar un riesgo de hipoxia

TABLA IV	
Condiciones para tomar la decisión de conducir un parto de nalgas a término por vía vaginal	
•	<i>Decisión individual.</i>
•	<i>Criterios obstétricos para permitir la vía vaginal (Tabla III).</i>
•	<i>Información veraz y comprensible: evidencia científica vigente.</i>
•	<i>Consentimiento de la gestante.</i>
•	<i>Médico o equipo con cualificación asistencial suficiente.</i>

fetal, razón por la que debe exigirse una modalidad de nalgas puras para intentar el parto vaginal (1,6,7).

– Cabeza flexionada o indiferente

Fueron Ballas y Toaf (8)

quienes demostraron que cuando el cuello fetal está hiperextendido, en un ángulo de 90° (feto que mira a las estrellas), el parto vaginal se asoció en el 70% de los casos con lesiones de médula espinal. La solicitud de radiología de abdomen o ecografía debe hacerse al inicio del trabajo de parto y no antes, dado que la extensión del cuello fetal depende de la musculatura cervical, y puede modificarse con el tiempo. De igual forma la constatación radiológica de unos brazos elevados o extendidos sobre la cabeza fetal, aconseja la realización de la cesárea, para evitar la lesión del plexo braquial. No obstante, en estos casos, también en la cesárea se tendrá un cuidado especial en la extracción de los brazos. Se remite al lector a los Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia (12).

– **Ausencia de anomalías fetales**, que pudieran distorsionar el ovoide fetal y producir una distocia en el parto (7).

– **Ausencia de impedimentos o contraindicaciones para la vía vaginal** (7).

– **Ausencia de patología médico-obstétrica concomitante**, que pudiera agravar el pronóstico materno-fetal (mala historia obstétrica anterior, patología médico-quirúrgica y patología obstétrica en el embarazo actual). La paridad es un tema de controversia (6,7).

Hecha esta valoración clínica y antes de tomar la decisión de afrontar la vía vaginal debe obtenerse el **consentimiento firmado de la gestante**.

Por último, para poder asistir un parto por vía vaginal es preciso tener la **experiencia suficiente** para asistir correctamente este tipo de partos y poder resolver, si así fuera el caso, complicaciones en el periodo expulsivo, como elevación de brazos, y distocia de cabeza última.

Sin embargo como ya se ha señalado en la introducción, cada vez son menos los nuevos especialistas que poseen este bagaje tocúrgico, situación favorecida por la elevada tendencia a la práctica de la cesárea (6,7), así como por las inquietudes y temores médico-legales. Es obvio que careciendo de experiencia suficiente, la cesárea será la conducta más adecuada. Pero no es menos cierto que las principales maniobras en la vía vaginal deben conocerse ya que sólo así podrán aplicarse y realizarse correctamente en la cesárea.

En resumen, la decisión de conducir un parto por vía vaginal será siempre **individual (Tabla IV)**. Deberán existir **requisitos o criterios** clínicos adecuados que ya se han mencionado para permitir la vía vaginal. Previamente se dará **información veraz y comprensible** a la gestante sobre las ventajas y riesgos materno-fetales de la cesárea o de la vía vaginal según la evidencia científica vigente. Es un requisito básico tener el **consentimiento** de la gestante. Por último, el médico o el equipo médico que asuma el parto por vía vaginal deberá tener la **cualificación suficiente**, no sólo para realizar una asistencia habitual, sino para solucionar las complicaciones que pudieran surgir. Hasta la publicación del trabajo de Hannah et al (5), se estimaba que cumpliendo los requisitos que permiten el intento de parto por vía vaginal, la tasa adecuada de partos vaginales estaba alrededor de 40% de las presentaciones de nalgas, pero las diferencias entre hospitales eran evidentes.

Después del trabajo de Hannah et al (5), posiblemente vayan cambiando definitivamente los criterios y protocolos asistenciales del parto de nalgas. En la 20ª edición española de la Obstetricia de Williams (1998) (1), consideran que "tanto el parto vaginal como la cesárea son razonables y aceptables en la obstetricia actual, si se consideran las situaciones individuales". Y, como ejemplo, citan la experiencia de su propio centro el Hospital Parkland de Dallas, Texas en Estados Unidos (1). En este hospital, la vía del parto se individualiza en función de las circunstancias clínicas. El resultado es que en 1995, se realizó cesárea en el 85% de todos los partos en presentación de nalgas.

Vigilancia y asistencia del parto de nalgas

La vigilancia del parto de nalgas por vía vaginal supone la monitorización de los fenómenos clínicos del trabajo de parto, así como identificar precozmente y evitar las anomalías del parto, como la distocia dinámica, el prolapso de cordón que es más frecuente en modalidades no francas, bien completas (incidencia del 5%) o incompletas (incidencia 15%) (1), parto lento, rotación a dorso posterior, elevación de los brazos (6% de los partos en el meta-análisis de Cheng y Hannah) (4) y distocia de cabeza última. Sin embargo, no se debe olvidar que el parto de nalgas, aún en los casos mejor seleccionados y mejor asistidos, puede deparar sorpresas, cuyo final es siempre incierto. Repasaremos someramente los criterios asistenciales tanto en el periodo de dilatación como en el periodo expulsivo.

– Periodo de dilatación: Los partos vaginales en presentación de nalgas han de ser fáciles y de evolución rápida (7). No existe consenso si se deben aplicar los criterios de normalidad en la evolución y de progreso de dilatación cervical de Friedman (velocidad de dilatación cervical igual o superior a 1,2 cm/h en primigestas y 1,5 cm/h en multigestas), o bien un criterio más restrictivo (velocidad de dilatación cervical igual o superior a 0,5 cm/h). Se requiere una dinámica eficaz, siendo razonable la estimulación oxitócica si es preciso. La detección de un parto lento, es motivo de indicar una cesárea. La amniotomía debe regirse por las mismas pautas que en la presentación cefálica, aunque es necesario individualizar cada caso. No olvidemos que mientras la bolsa esté íntegra no ocurrirá un prolapso de cordón. Puede emplearse la analgesia epidural, ya que la presentación de nalgas no es una contraindicación para la misma. Por último los criterios de interpretación cardiotocográfica son los mismos que en la presentación cefálica, debiendo aceptar sólo los registros adecuados para permitir el parto vaginal. Cualquier anomalía cardiotocográfica, bien dudosa, de alarma o sugestiva de hipoxia fetal debe hacernos desistir de la vía vaginal, y realizar una cesárea (7,9). La pulsioximetría es una buena alternativa para el control fetal (11).

– Periodo expulsivo: La parturienta debe pasar al paritorio cuando la dilatación sea completa. La existencia de un reborde cervical, creyendo que se ha alcanzado la dilatación completa, supone un enorme riesgo de atrapamiento de la cabeza fetal (distocia de cabeza última). La monitorización cardiotocográfica es básica, al igual que en la presentación cefálica. Se recomienda la **estimulación oxitócica**, si no la tuviera ya. El parto puede conducirse con analgesia epidural, aunque es prudente solicitar la presencia de un anestesista. El expulsivo debe ser rápido y fácil, ya que de no ser así, debe recurrirse a la cesárea. Un criterio clásico aconseja cesárea si después de 1 hora con pujo materno, las nalgas no apoyan en el periné (1,6,7,9).

En un parto vaginal, se requiere la presencia de un **neonatólogo** o pediatra cualificado y de **dos obstetras**. Al distender las nalgas el periné materno se aconseja la **episiotomía**, que debe ser generosa. Hasta la salida de las escápulas por la vulva (lo que indica que la cabeza ha entrado en la pelvis), no deben iniciarse las maniobras asistenciales de ayuda manual. Las maniobras intempestivas o precipitadas deshacen el cilindro fetal, elevándose entonces los brazos y aumentando por lo tanto los diámetros de paso. El último resultado es la mayor probabilidad de distocia y por lo tanto de morbilidad hipóxica y traumática. No olvidemos, como ya se expuso antes, que desde el momento en que la cabeza penetra en la pelvis, el cordón umbilical queda pinzado entre la cabeza fetal y el plano óseo de la pelvis (Figura 1). El fórceps, de Piper o semejantes, debe estar siempre presente en la mesa de partos.

Casos especiales

Un caso especial, en la actualidad infrecuente pero no imposible, es el ingreso en el paritorio de una gestante con feto vivo en presentación de nalgas a término, con dilatación completa. No existe tiempo para una detenida valoración clínica. Es difícil expresar aquí los elementos que guiarán al médico en una situación de urgencia, dado que el parto vaginal puede ser inminente. Siempre se sopesarán las condiciones obstétricas que se presentan y la experiencia en la asistencia al parto por vía vaginal (6,7,9).

Bibliografía

1. Cunningham F, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hankins G, Clark S. Distocia: Presentación, posición y desarrollo anormal del feto. In: Williams Obstetricia, 20ª ed, Madrid, Ed. Médica Panamericana, 1998;18:407-429.
2. Collea J, Chein C, Quilligan E. The randomized management of term frank breech presentation. A study of 208 cases. Am J Obstet Gynecol 1980;137:235-244.
3. Gimovsky M, Wallace R, Schifrin B, Paul R. Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: A preliminary report. Am J Obstet Gynecol 1983;146:34-40.
4. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. Obstet Gynecol 1993;82:605-618.
5. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnet ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation a term: for the Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000;356:1376-1383.
6. Cruikshank D. Presentaciones anormales y complicaciones del cordón umbilical. In Scott J, Di Saia P, Hammond C, Spellacy W. "Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología". 8ª Ed. México. Mc Graw-Hill

Interamericana, 2000;27:437-455.

7. Melchor J. Actitud ante el parto en presentación podálica en la gestación a término. In Fabre E: Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Zaragoza, Ino Reproducciones S.A. 1999;11:179-187.

8. Ballas S, Toaf R. Hyperextension of the fetal head in breech presentation: radiological evaluation and significance. Br J Obstet Gynaecol 1976;83:201.

9. Hernández JM. Parto en presentación de nalgas. En Usandizaga JA y De la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología (vol. I): Obstetricia. Madrid, McGraw-Hill Interamericana. 1997;11:467-479.

10. Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson N. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't? Br Med J 1996;312:71-72.

11. Sánchez R, Monleón J, Monleón J, Ródenas J, Pastor A, Mínguez J. Nueva técnica de control intraparto. Cienc Ginecol 2001;1:25-31.

12. Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia. Fundación Avedis Donabedian. SEGO 1999.



Maniobras para la asistencia al parto de nalgas en la cesárea y por vía vaginal

El parto en presentación de nalgas no puede considerarse un parto normal debido al mayor riesgo de hipoxia y accidentes traumáticos. Aún dándose todas las condiciones consideradas como favorables para una buena evolución, descartando con un estudio los factores de riesgo que pueden aumentar la morbi-mortalidad, su terminación siempre será incierta. La primera actitud asistencial es el diagnóstico temprano de la presentación, antes de la 36 semana de gestación, ya que nos permitirá la posibilidad de transformar la presentación podálica en cefálica, mediante versión externa, si no hay contraindicaciones y se dan condiciones para ello.

Cesárea programada

Según la evidencia científica vigente es la mejor forma de terminar el parto y conseguir los mejores resultados perinatales (1). Tomada la decisión de la vía abdominal se deben considerar las siguientes recomendaciones:

- Información médica a la gestante y obtención del consentimiento (ver apartado de consentimiento). La intervención debe ir precedida del habitual estudio pre-anestésico. Previa a la intervención se confirmará la persistencia de la presentación, así como la madurez fetal por técnicas no invasivas.
- No hay indicación precisa en cuanto al tipo de anestesia, la elección entre un bloqueo regional o anestesia por inhalación será en función del historial clínico de la gestante, la urgencia de la intervención y posibles deseos de la paciente. La anestesia epidural tiene el mínimo riesgo de aspiración, es más lenta, según las drogas y la concentración puede producir analgesia y/o parálisis muscular en mayor o menor grado. La duración de la analgesia es teóricamente ilimitada al disponer de catéter peridural. La inducción es más rápida con anestesia general, tiene el riesgo de posible fallo en la intubación y la inhalación del contenido gástrico. La anestesia general se suele indicar cuando hay contraindicaciones para las anestésicas locorreregionales, necesidad de terminar de forma rápida generalmente por riesgo de pérdida del bienestar fetal o hemorragias del tercer trimestre entre otras.
- Se pondrá sonda vesical antes de la intervención.
- La técnica quirúrgica a seguir dependerá del obstetra. La incisión laparotómica media infraumbilical, es rápida, fácil, poco hemorrágica, se suele realizar en casos de urgencia o supuesta dificultad en la extracción fetal. Las incisiones transversales, tipo Phannenstiel, son más estéticas, o las modificaciones de ésta, como la incisión de Joel-Cohen, que se realiza en la cesárea de Misgav-Ladach, descrita por Stark, y basada en los principios de la cirugía mínimamente agresiva es otra alternativa.
- La histerotomía puede hacerse en sentido transversal o longitudinal. En la gran mayoría de los casos será segmentaria transversa baja o incisión de Kerr. Se caracteriza por su escasa pérdida hemática, fácil sutura y escaso riesgo de dehiscencia en gestaciones posteriores. Cuando se trata de partos muy pretérmino y el segmento uterino no es lo suficientemente amplio para realizar una incisión transversal que permita la extracción fetal con facilidad, lo indicado es la histerotomía segmentaria longitudinal. Esta decisión se tomará durante la intervención. Cuando realizada una histerotomía segmentaria transversa surgen dificultades no previstas para la extracción fetal, por necesidad de un espacio mayor o por anillo de contracción, se puede

recomendar una extensión hacia arriba por uno de los extremos de la histerotomía en forma de J. La incisión en T tiene mayor incidencia de dehiscencias y generalmente peor cicatrización.

– Las maniobras de extracción fetal se harán de forma pausada, sin precipitación, y para ello nada mejor que conocer y aplicar los fundamentos de la asistencia al parto de nalgas por vía vaginal. Las maniobras intempestivas o mal realizadas son motivo de traumatismos fetales. La extracción se hará traccionando con el dedo índice sobre la ingle fetal hasta visualizar la escápula por la histerotomía, momento en el que intentaremos reproducir una maniobra semejante a la de Brach (siempre con el dorso hacia arriba) dando lugar a la salida de los hombros y de la cabeza fetal. Otra alternativa posible, hecha la extracción de las nalgas, es coger el feto por la cintura pelviana, con los pulgares sobre el sacro, traccionando hasta la visualización de la escápula y mediante un giro de unos 90° nos permite el desprendimiento de un hombro, rotando en sentido inverso se desprenderá el otro, de forma semejante a la maniobra de Rojas-Löwset. Con una ligera hiperextensión del tronco fetal sobre el abdomen de la madre y una presión del ayudante, ejercida a través de la pared uterina, se consigue la extracción de la cabeza, sin necesidad de reproducir fielmente la maniobra de Mauriceau.

– Se hará toma de sangre del cordón umbilical para estudio de pH, que es mejor indicador del estado del recién nacido que el test de Apgar. La atención del recién nacido por el neonatólogo será siempre más adecuada conociendo el pH al nacimiento.

Parto por vía vaginal (2-7)

Se exponen aquí las principales maniobras de asistencia. Los criterios de asistencia y la vigilancia del parto vaginal se estudian en otro apartado.

Expulsión espontánea

Es el que tiene lugar sin participación del obstetra, con excepción de la protección perineal, que se realiza con una mano mientras que con la otra levanta el feto después de la salida de los hombros. Los defensores de esta conducta consideran que toda manipulación o tracción sobre el feto hace perder la homogeneidad del cilindro fetal y ser origen de posibles distocias.

Ayuda manual

Es el procedimiento más habitual para la asistencia al parto en presentación de nalgas por vía vaginal, cuya finalidad es facilitar la salida de los hombros y después de la cabeza.

Maniobra de Bracht

Tiene como finalidad el desprendimiento de los hombros y después la cabeza con una sola maniobra. Se debe esperar la expulsión de las nalgas y el tronco hasta el ombligo; mediante una ligera tracción se exterioriza un asa de cordón. Continuaremos con una actitud expectante hasta la visualización del ángulo inferior de la escápula. Se toma el feto por el tronco con los muslos flexionados con las dos manos, de manera que las palmas de las manos queden sobre el tronco fetal y los dedos pulgares sobre los muslos. Basculamos el cuerpo fetal sobre la sínfisis materna, mientras un ayudante presiona el fondo del útero a través de las paredes abdominales, facilitando el descenso de la cabeza. Con esta hiperextensión de la cabeza estamos realizando una tracción de los hombros y cabeza en dirección al canal del parto, dando lugar generalmente al desprendimiento de los hombros y brazos y posteriormente de la cabeza.

Maniobra de Müller (Deventer-Müller)

Se utiliza para el desprendimiento de los hombros, bien por fracaso de la maniobra de Bracht, o como sistemática asistencial para el desprendimiento de brazos y hombros.

Se coge el feto por la cintura pelviana, con las dos manos con los pulgares sobre el sacro. Rotamos ligeramente el feto hacia el lado en que se orienta el dorso, a la vez que traccionamos hacia abajo, haciendo coincidir el diámetro bisacromial con el anteroposterior del estrecho inferior, para liberar el hombro anterior que aparecerá bajo la arcada púbica. Con el dedo índice de la mano homónima al brazo fetal a desprender, alcanzamos el húmero fetal por el pliegue del codo y descendemos el brazo por la cara anterior del feto. Mediante una tracción hacia arriba, levantando el tronco fetal, y de forma semejante a la descrita anteriormente, descendemos y liberamos brazo y hombro posterior. Descendidos los brazos y liberados los hombros, con el dorso fetal en anterior, procedemos al desprendimiento de la cabeza (Maniobra de Mauriceau).

Maniobra de Rojas-Löwset

Es una maniobra alternativa para el desprendimiento de los hombros transformando el hombro posterior en anterior, mediante una rotación simultánea de 180°.

Visualizado el ángulo inferior de la escápula, se coge el feto de forma semejante a la descrita en la maniobra de Müller. Se ejerce una tracción hacia abajo hasta que la escápula pase la arcada púbica, seguida de una rotación fetal de 180°, facilitando el descenso y desprendimiento del hombro posterior que aparecerá bajo la sínfisis del pubis.

Rotando el tronco fetal 180° en sentido inverso, a la vez que traccionamos hacia abajo, transformamos el nuevo hombro posterior en anterior dando lugar al desprendimiento del segundo hombro y del brazo.

Realizada la extracción de los hombros se ha de evitar que el dorso fetal quede orientado hacia abajo. Esto nos obligaría a la extracción de la cabeza fetal en occípito-sacra, lo que resulta más difícil y traumático para el feto.

Maniobra de Mauriceau (Mauriceau-Levret-Veit-Smellie)

Es la maniobra más utilizada en la extracción de la cabeza fetal. Realizada la maniobra de Rojas-Lówset para el desprendimiento de hombros y brazos, la cabeza fetal se debe encajar en la pelvis con el occipucio en anterior bajo la sínfisis púbica.

Desprendidos los hombros, se introduce la mano derecha entre los muslos del feto, hasta alcanzar la boca con los dedos índice y medio, quedando el feto a horcajadas en el antebrazo. Los dedos índice y medio de la otra mano enganchan los hombros del feto. Con los dedos introducidos en la boca flexionamos la cabeza fetal, en tanto que, con la otra realizamos una tracción hacia abajo en dirección al eje pélvico hasta llevar el occipital bajo la arcada púbica, levantando el brazo sobre el que reposa el tronco fetal lo flexionamos sobre el abdomen de la madre. Con la ayuda de una presión sobre el fondo uterino, ejercida por un ayudante, a través de la pared abdominal, da lugar a la aparición por la horquilla perineal del mentón, nariz, frente y occipucio. El desprendimiento de la cabeza no debe ser brusco. Cuando aparece la boca fetal en el periné, conviene hacer una aspiración y liberar las vías respiratorias de secreciones y/o meconio.

Maniobra de Pinard

Es una variedad de la maniobra de Mauriceau, para el desprendimiento de la cabeza. En lugar de introducir los dedos índice y medio en la boca fetal se apoyan sobre la apófisis cigomática del maxilar, evitando de esta forma el riesgo de luxación del maxilar inferior.

Maniobra de Praga invertida

Rara vez el dorso fetal rota a posterior. Cuando se da esta circunstancia, no es posible realizar la maniobra de Mauriceau para el desprendimiento de la cabeza. Para ello, cabe realizar la maniobra de Praga invertida.

Con dos dedos de la mano izquierda sobre los hombros, con la mano derecha traccionamos de los pies hacia el abdomen de la madre y arriba.

Fórceps en cabeza última

Es una alternativa a la maniobra de Mauriceau para la extracción de la cabeza última. Es considerado, por algunas escuelas, como un procedimiento que reduce los traumatismos de la cabeza y las lesiones del plexo braquial. Se rige por los mismos fundamentos que en una aplicación en presentación de vértice. Se utiliza un fórceps con curvatura perineal (PIPER).

Maniobra de Wiegand-Martin-Winckel

Esta maniobra podría estar indicada en ausencia de encajamiento y retención de la cabeza sobre estrecho superior. Tiene como finalidad la flexión y descenso de la cabeza con el diámetro biparietal ocupando el anteroposterior del estrecho superior. Una vez la cabeza dentro de la excavación pélvica rotación de 90° colocando el occipucio bajo la sínfisis púbica para facilitar su desprendimiento. Se introduce la mano de forma semejante a la descrita en la maniobra de Mauriceau, con los dedos introducidos en la boca flexionamos la cabeza fetal, con la mano colocada sobre los hombros se tracciona hacia abajo, perpendicular al estrecho superior.

El ayudante mediante una presión suprapúbica facilita el descenso de la cabeza. Conseguida la flexión y el descenso de la cabeza, proseguimos con una tracción rotación hasta situar el occipucio bajo la sínfisis púbica. Conseguida la flexión, descenso y rotación de la cabeza, el desprendimiento se realiza de forma semejante a la maniobra de Mauriceau.

Gran extracción

La terminación del parto mediante una gran extracción supone un alto riesgo tanto materno como fetal, dando lugar a una alta incidencia de traumatismos obstétricos y asfioxias neonatales. La alternativa razonable ante una

gran extracción es la práctica de una cesárea.

En resumen, para la asistencia al parto de nalgas por vía vaginal se debe mantener una prudente espera hasta que el ángulo inferior de la escápula sea visible en la vulva. Es en este momento cuando la cabeza fetal ha entrado en la pelvis (**Figura 1**). Ahora la ayuda manual consistirá en desprender los hombros (maniobra de Bracht, o maniobra de Muller o Rojas-Löwset), extrayendo con suavidad y lentitud la cabeza fetal (maniobra de Bracht, de Mauriceau o aplicación de fórceps Piper). Por lo tanto, son tres los tiempos que es preciso recordar:

1º- Hasta que aflora por la vulva el ángulo inferior de la escápula se mantiene una actitud expectante y de espera.

2º- Extracción de los hombros. Las maniobras deben realizarse en un tiempo máximo de 3-5 minutos, ya que el cordón está pinzado (**Figura 1**).

3º- Extracción de la cabeza con lentitud y suavidad.

Bibliografía

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willian AR. For the Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. Lancet 2000;356:1357-1383.
2. Carrasco S, Ezcurdia M, Muruzabal JC. Asistencia al parto en presentación podálica. En: Fabre E. Manual de asistencia al parto y al puerperio patológico. Zaragoza. INO reproducciones. 1999;189-203.
3. Melchor JC. Actitud ante el parto en presentación podálica en la gestación a término. En: Fabre E. Manual de asistencias al parto y al puerperio patológico. Zaragoza. INO reproducciones 1999;179-187.
4. Carreras JM. Parto podálico operatorio. En: Carreras JM. Tratado de Obstetricia Dexeus (vol. 3). Barcelona: Salvat. 1988;244-284.
5. FIGO. Recommendation of The FIGO Committe on Perinatal Health on guidelines for the management of breech delivery. Eur J Obstet Gynecol Rep Biol 1995;58:89-92.
6. Hernández García JM. Parto en presentación de nalgas. En: Usandizaga JA, De la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología (vol. 1). Madrid: McGraw-Hill-Internacional.1997;11:467-479.
7. González-Merlo J, del Sol JR. Mecanismo del parto en presentación podálica. En: González-Merlo J, del Sol JR. Obstetricia. Barcelona: Salvat,1988;463-470.



Pronóstico perinatal

El pronóstico materno, obviamente no difiere del de otras presentaciones y estará en relación con las diferencias de terminación: vaginal, instrumental o no, o cesárea, electiva o no. En todo caso debe tenerse en cuenta que recientemente se ha estimado que el riesgo de mortalidad materna en la cesárea electiva a término sin proceso activo de parto es 2,84 veces superior que en el parto vaginal (1). También se ha destacado la importancia de la edad de gestación en el momento de la cesárea programada. Se ha afirmado que los recién nacidos por cesárea en las semanas 37-38 tienen una probabilidad 120 veces mayor de necesitar asistencia ventilatoria que si nacen entre las semanas 39-41 (2,3). La situación es más severa cuando no ha habido trabajo de parto. No especifican diferencias relacionadas con el tipo de presentación. Estos autores sugieren que se redefina la gestación a término como el periodo abarcado entre la 39 y la 41 semanas (3). Otro trabajo muy reciente señala, en cambio, que el parto a término se asocia con el mínimo riesgo de muerte perinatal (nuevo índice que propone) en la semana 38, aunque la tasa de mortalidad perinatal mínima fue en la semana 41 (4).

Pronóstico inicial del recién nacido

El pronóstico del recién nacido a término con presentación de nalgas se ha relacionado fundamentalmente con el tipo de parto. Sin embargo deben tenerse en cuenta las posibles circunstancias que se asocian a dicha presentación y que constituyen elementos pronósticos independientes, como la incidencia aumentada de anomalías congénitas, hipomotilidad fetal, bajo peso fetal, anomalías pélvicas o uterinas, placenta previa, oligohidramnios o polihidramnios, cordón corto y otras patologías funiculares, etc. (5). Las gestaciones

pretérmino, frecuentemente asociadas a la presentación podálica y más cuanto más pretérmino, gravan claramente el pronóstico, pero especialmente en relación con el grado de prematuridad (5). En este documento no se discuten los embarazos múltiples.

En cuanto al pronóstico relacionado con la modalidad de parto, siempre se ha considerado que el parto vaginal en presentación de nalgas es de alto riesgo. La posibilidad de que se produzcan complicaciones como un atrapamiento de la cabeza o un prolapso de cordón hace que se puedan producir daños tanto por el problema en sí, como por consecuencia de las maniobras que a veces se tienen que aplicar para resolverlo. Se han descrito especialmente fracturas de huesos largos, lesiones neurales periféricas, lesiones medulares y fracturas craneales (en especial occipitales) asociadas o no a hemorragias cerebrales o de la fosa posterior y síndrome hipóxico-isquémico (6).

En el estudio realizado por el Term Breech Trial Collaborative Group (7) se establece que en la presentación podálica a término las mortalidades perinatal/neonatal y la morbilidad neonatal (consideradas las tres conjuntamente) son significativamente menores cuando se realiza una cesárea electiva que cuando se intenta la vía vaginal, sin que se hayan comprobado diferencias en la mortalidad/morbilidad materna. El mismo trabajo constata que cuando se agrupan los 26 países que intervinieron en el estudio en dos grupos, con mortalidad perinatal alta (más de 20 por mil) o baja (menos de 20 por mil), los resultados varían, siendo más ventajosos para los países con baja mortalidad perinatal. Sin embargo cuando se separan los problemas se comprueba que no hay diferencia significativa entre cesáreas y partos vaginales en cuanto a las mortalidades perinatal/neonatal en los países con baja mortalidad perinatal, siendo la morbilidad encontrada la que grava el pronóstico de esta población. Los propios autores, en la correspondencia que ha seguido a este trabajo (8), sugieren que sea la tasa de morbilidad la que se utilice como indicador si se hacen estudios en otros países desarrollados. También afirman que los beneficios pueden no ser debidos a la reducción de partos difíciles sino al hecho de que la planificación de la cesárea evite la prolongación de la gestación. En los países con alta mortalidad perinatal las diferencias en las mortalidades perinatal/neonatal y la morbilidad neonatal (consideradas las tres conjuntamente) cuando se realiza una cesárea electiva o cuando se intenta la vía vaginal no fueron estadísticamente significativas: O.R. 0,66 [0,35-1,24] (7).

Pronóstico a largo plazo

No existen al respecto datos concluyentes. En algunos estudios no se han encontrado diferencias en las tasas de secuelas entre los nacidos en presentación de nalgas y los de vértice en poblaciones seguidas hasta los cuatro (9) y los 10 años (10). En relación con la presentación de nalgas y la diferencia de pronóstico que pudiera entrañar la cesárea electiva o el intento de la vía vaginal, en el extenso estudio de Danielian y cols. (11), no se encuentran diferencias a los 4-5 años de edad: las proporciones de niños con secuelas resultaron idénticas en ambas poblaciones.

En la actualidad el Term Breech Trial Collaborative Group (7) está realizando el seguimiento a largo plazo de la población incluida en el estudio. Aunque los resultados están aún pendientes se podrán ir consultando en Internet según se vaya conociendo su evolución (<http://www.utoronto.ca/miru/breech>).

Bibliografía

1. Hall M, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999;354:776.
2. Halliday HI. Elective delivery at term: implications for the newborn. *Acta Paediatr* 1999;88:1180-1181.
3. Madar J, Richmond S, Hey E. Surfactant-deficient respiratory distress after elective delivery at term. *Acta Paediatr* 1999;88:1244-1248.
4. Smith GCS. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:489-496.
5. Melchor JC. Epidemiología de la presentación podálica. En Fabre E. *Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Patológicos*. Zaragoza. Ino Reproducciones S.A, 1999;155-164.
6. Mangurten HH. Birth injuries. In: Fanaroff AA and Martin RJ (Eds.) *Neonatal Perinatal medicine (6th Ed.)* St Louis: Mosby Year Book, 1997.
7. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. For the Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356:1375-1383.
8. Hannah ME, Hannah WJ, Willan AR. Authors replay. Correspondence. Term breech trial. *Lancet* 2001;357:227-228.
9. Svenningsen NW, Westgren M, Ingemarsson I. Modern strategy for the term breech delivery a study with a

4-year follow-up of the infants. J Perinat Med 1985;13:117-126.

10. Faber-Nijolt R, Huisjes HJ, Townen BCL, Fidler VJ. Neurological follow-up of 281 children born in breech presentation: a controlled study. Br Med J 1983;286:9-12.

11. Danielian PJ, Wang J, Hall MH. Long term outcome by method of delivery of fetuses in breech presentation at term: population based follow-up. Br Med J 1996; 312:1451-1453.



Documento de consentimiento informado

Parto en presentación de nalgas, gestación única a término

– ¿Quién es el médico responsable de plantear todo el procedimiento de Consentimiento Informado y, por supuesto, de asumir el tipo de parto? No cabe ninguna duda de que, siempre que fuera posible, debería ser el mismo médico.

– Sería muy conveniente tener contemplado el mecanismo de actuación ante el hipotético caso de una madre en la que, existiendo una indicación de cesárea por los factores intercurrentes que fueran, ésta se niegue a aceptarla, e insista en la vía vaginal a costa de un desproporcionado riesgo para la salud del recién nacido. Téngase en cuenta que, en principio, difícilmente se podría realizar una cesárea, ni ninguna intervención, contra la voluntad de la madre.

– Si la práctica de la cesárea se convierte en el método universalmente aceptado para finalizar una gestación única con feto en presentación de nalgas puede no proceder la solicitud del consentimiento informado, toda vez que la cesárea es simplemente la forma de maximizar el beneficio para un tercero que no puede decidir por sí mismo. Es el mismo argumento por el que no cabe la solicitud del consentimiento para el parto vaginal (método universalmente aceptado) en la presentación cefálica.

Puesto que su embarazo ha llegado a término y el feto viene de nalgas (lo que llamamos presentación de nalgas), debemos decidir cuándo y de qué manera será más seguro finalizarlo. Para que la decisión sea compartida y aceptada tanto por usted como por el médico responsable de su parto, es imprescindible que conozca esta información.

La presentación de nalgas, que ocurre en uno de cada 25 partos, supone un riesgo superior al de la presentación cefálica (cuando el niño viene de cabeza, como ocurre habitualmente) y este riesgo se sabe desde siempre que es más alto cuando el parto se realiza por vía vaginal que cuando se realiza mediante una cesárea. Esta evidencia observada a lo largo de la historia, ha sido demostrada recientemente, de modo que la recomendación actual más aceptada para el parto de nalgas es recurrir a la cesárea.

¿En qué se basa esta recomendación? En el caso de la presentación de nalgas, es más probable que se presenten complicaciones durante el parto por vía vaginal que si el parto se efectúa mediante cesárea. Estas complicaciones, que son en general inesperadas (como la salida del cordón umbilical antes del parto, o las dificultades para la extracción de la cabeza fetal), podrían ocasionar lesiones neurológicas severas o incluso la muerte del feto. Esta es la razón fundamental para recomendar la cesárea en el parto de nalgas.

Pero se debe conocer que aunque sea mucho más improbable, también podrían ocurrir lesiones severas o incluso la muerte fetal en el curso de la cesárea, sobre todo en los casos de riesgo elevado. Por otro lado, la cesárea tiene una mayor frecuencia de complicaciones maternas que el parto vaginal, y aunque debe considerarse una técnica segura para la madre, es una intervención quirúrgica mayor que precisa anestesia y apertura del abdomen materno, lo cual conlleva los riesgos habituales de este tipo de intervenciones además de una mayor frecuencia de complicaciones postparto como la hemorragia y la infección puerperal (endometritis) y el tromboembolismo. Por último, la mortalidad materna es hasta siete veces superior en la cesárea que en el parto vaginal.

Tenidas en cuenta todas estas consideraciones, la actitud recomendada hoy en día para finalizar su embarazo con una presentación de nalgas, es realizar una cesárea con el fin de reducir al mínimo posible los riesgos para la salud de su hijo.

No obstante, en caso de que se den condiciones favorables, que su obstetra debe valorar, cabe la posibilidad de intentar que el parto sea por vía vaginal si ese es su deseo, poniendo todos los medios disponibles para velar por la salud tanto de su hijo como de usted, de modo que si surge cualquier complicación que así lo haga aconsejable, se pueda optar por la cesárea.

D/Dña..... de años, manifiesto que:

Tras haber leído este documento y haber satisfecho todas mis dudas sobre las posibles formas de finalizar mi embarazo en presentación de nalgas, me considero adecuadamente informada por el Dr., y por tanto, tras el oportuno periodo de reflexión:

Doy mi CONSENTIMIENTO voluntario para la realización de la CESÁREA

FIRMA DE LA GESTANTE*

FIRMA DEL MÉDICO QUE INFORMA

*O Representante legal cuando por LEY proceda en calidad de

.....

Informado debería ser el mismo que asistiese el parto.

