
CARTAS AL DIRECTOR

2 Parto de nalgas: ¿vía vaginal o cesárea electiva?

Señor director:

Desde que R. Wright en 1959 recomendó la cesárea para todos los partos en presentación de nalgas, la frecuencia de su realización ha sido progresiva, a pesar de que la mayoría de los expertos en el tema han clamado por una selección apropiada de los casos y por su indicación en no más del 50% de los mismos.

De entrada debemos señalar los siguientes aspectos: *a)* la morbitmortalidad perinatal en la presentación de nalgas, comparativamente con la presentación cefálica, está aumentada en cualquier edad gestacional; *b)* en muchos casos la vía vaginal puede aumentar gravemente el riesgo de daño fetal, y *c)* ese riesgo y las implicaciones medicolegales, aparte de otros factores que brevemente citaremos, son lo que ha conducido a la recomendación sistemática de cesárea en muchos centros.

Sin embargo, la cesárea también aumenta las complicaciones maternas y eleva los costes sanitarios; por otro lado, no siempre modifica la alta morbitmortalidad perinatal relacionada con la presentación de nalgas. Otras variables, como la prematuridad, la mayor incidencia de malformaciones fetales, la calidad de los cuidados en el embarazo y el parto o el desarrollo socioeconómico y sanitario, también ejercen un papel importante. Por ello, muchos autores señalan que en manos de equipos obstétricos experimentados, con estrategias y protocolos adecuados de conducta, y que dispongan de correctos cuidados neonatales, la vía vaginal para el parto de nalgas no se correlaciona con ningún incremento en la morbitmortalidad perinatal, ni en la incidencia de hándicap a largo plazo¹. Por tanto, "la cesárea por el sólo hecho de tratarse de una presentación de nalgas no está justificada, ni siquiera en el pretérmino, salvo en presentación de pies"².

No obstante, la creciente demanda de cesárea por parte de las mujeres (con frecuencia inducida por su médico), el temor a complicaciones para cuya resolución no se está suficientemente capacitado y las

denuncias por "mala práctica", con la consiguiente respuesta ejerciendo una medicina defensiva, han inducido en los equipos de guardia esa tendencia a hacer cesárea en casi todas las presentaciones de nalgas. En diferentes foros hemos señalado que "los residentes de la especialidad se están olvidando ya de lo que es hacer una maniobra de Bracht y, consecuentemente, los nuevos especialistas con frecuencia no saben hacer otra cosa que no sea la cesárea en las presentaciones de nalgas".

Ahora bien, la reciente publicación del artículo de Hannah et al³ sobre la cesárea planeada en los partos de nalgas a término ha propiciado que empeorara la situación, aunque creo que de forma injustificada. Efectivamente, este artículo, por publicarse en *The Lancet* y por tratarse de un ensayo multicéntrico aleatorizado (han participado 121 centros de 26 países y se han incluido 2.088 mujeres), ha causado gran impacto y discusiones clínicas, replanteándose en muchos hospitales la conducta a seguir en tales presentaciones y favoreciéndose aún más la realización casi sistemática de cesáreas que algunos médicos preconizaban. Sin embargo, muchos otros autores han mostrado su discrepancia con esta publicación, y sólo algunas de las cartas al editor han aparecido después en *The Lancet*⁴. Nosotros también lo hicimos, pero nuestras críticas no estuvieron entre las cartas seleccionadas para publicar en la sección de correspondencia.

Para los lectores de PROGRESOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA queremos señalar aquí que no estamos de acuerdo con esa publicación de *The Lancet*, con los métodos, con la interpretación de los resultados ni con las conclusiones, que creemos incorrectas. No aceptamos, por tanto, la interpretación del artículo referido en el sentido de que la cesárea programada sea mejor que el parto vaginal planificado en las presentaciones de nalgas. Y nuestras críticas son las siguientes:

1. La aleatorización no ha sido hecha al comienzo del parto (o justo antes del mismo), sino a

las 37 semanas de embarazo, aproximadamente. De esta manera, el 10% de las mujeres incluidas en el grupo de cesárea programada terminó en parto de nalgas por vía vaginal (100 casos). Además, entre esos partos vaginales del grupo de cesárea planeada hubo 4 partos inducidos, en 6 casos el trabajo de parto fue prolongado, y en 4 casos el tipo de presentación en el parto fue de pies o indefinido. Y aún más, en 19 mujeres del grupo de cesárea programada y en 39 del grupo de parto vaginal planeado, la presentación en el parto fue cefálica.

2. Aunque los autores señalan como criterio de inclusión la existencia de un solo feto vivo en presentación de nalgas puras o completas a término, y como criterios de exclusión la evidencia de desproporción fetopélvica, la existencia de feto grande (de un peso superior a 4.000 g), la hiperextensión de la cabeza fetal, la placenta previa y las anomalías fetales que pudiesen causar un problema mecánico en el parto, la realidad fue que:

– El tipo de presentación de nalgas no fue claro (*uncertain*) en más del 4% de los casos; de hecho, 12 partos vaginales lo fueron en presentación de pies o indefinida.

– El peso fetal (y supongo que también la flexión o deflexión de la cabeza fetal) fue estimado en más del 40% de los casos de ambos grupos sólo clínicamente (sin ecografía).

– Las radiografías y otros métodos para estudiar la pelvis (y también para valorar el tipo de presentación o la deflexión de la cabeza fetal) fueron utilizadas en menos del 10% de los casos en ambos grupos.

– Casi el 10% de los recién nacidos del grupo de parto vaginal planeado (y el 3% del grupo de cesárea programada) pesaron al nacer 4.000 g o más.

– Cinco niños tenían anomalías congénitas letales (incluyendo anencefalia).

3. Con el fin de permitir o no el parto vaginal en las presentaciones de nalgas a término, tampoco consideraron los autores parámetros tales como la paridad, la necesidad de inducción del parto (de hecho, el parto fue inducido en

el 14,7% de las pacientes con programación para parto vaginal), la rotura prematura de membranas o el tiempo prolongado con bolsa rota, los antecedentes obstétricos desfavorables, etc., aunque algunos aspectos fueron analizados con posterioridad. El segundo estadio del parto, por ejemplo, con pujos, duró más de 1,5 h en el 3% de los partos vaginales. Naturalmente, con esas condiciones no se pueden obtener buenos resultados en los partos vaginales en presentación de nalgas.

4. Cuando se analizan los detalles correspondientes a los 16 casos de mortinato o con muerte neonatal, puede observarse que la mayoría de ellos fueron debidos a un parto vaginal difícil o a prematuridad y, en general, son casos en los que nosotros consideramos que se debería haber practicado previamente una cesárea. Otros fetos estaban probablemente muertos antes de la inclusión en el estudio, y alguna cesárea fue realizada demasiado prematuramente (como en el caso 11), aparte de los 5 casos con anomalías congénitas letales (incluida la anencefalia) en los que no sabemos si se realizó o no una cesárea inapropiada.

Hace ya varios años, analizamos la influencia de varios parámetros que podrían contribuir a aumentar la morbilidad perinatal en los partos de nalgas⁵, y modificamos el TAN inicialmente propuesto por Carrera y Mallafré⁶ para ser aplicado al comienzo de todos los partos con presentación de nalgas. En función de esta puntuación, decidimos si debe realizarse una cesárea o, por el contrario, podría permitirse el parto por vía vaginal. La experiencia con ese test ha sido extraordinaria, reduciéndose al 0% la mortalidad intraparto o neonatal en las presentaciones de nalgas tras un parto vaginal en el 40-50% de las mismas, y sin observar tampoco ninguna diferencia en el cociente de desarrollo psicomotor de los niños estudiados hasta los 5 años de vida, al comparar los nacidos en partos de nalgas por vía vaginal tras la aplicación del TAN con un grupo control de niños nacidos en presentación cefálica⁷. Más recientemente hemos modificado el TAN para conseguir que el porcentaje de cesáreas en las presentaciones de nalgas no excediese el 50% (como promedio entre primiparas y multíparas), sin que se

- 4 perjudique la morbimortalidad perinatal y que sí se mantenga la debida destreza en la asistencia al parto de nalgas por vía vaginal, evitándose además con ello el incremento en la morbimortalidad materna y en los costes de salud.

Así pues, consideramos que si una puntuación similar al TAN se hubiese aplicado a las presentaciones de nalgas incluidas en el estudio de Hannah et al³, se habría comprobado que la cesárea planeada no es mejor que el parto vaginal planeado, siempre que todas las pacientes fuesen adecuadamente estudiadas, y siempre que sólo aquellos casos con condiciones obstétricas favorables (más o menos el 50%) fuesen los que se dejaren evolucionar por vía vaginal.

Pedro Acién

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de San Juan. Departamento/División de Ginecología. Facultad de Medicina. Alicante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Danielian PJ, Wang J, Hall MH. Long-term outcome by method of delivery of fetuses in breech presentation at term: population based follow up. *BMJ* 1996; 312: 1451-1453.
2. Cibils LA, Karison T, Brown L. Factors influencing neonatal outcomes in the very-low-birth-weight fetuses (< 1.500 g) with a breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 35-42.
3. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR, y el 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.
4. Term breech trial. Correspondence. *Lancet* 2001; 357: 225-228.
5. Ruiz-Cotorruelo C, Acién P. Estudio de los parámetros que influyen en la evolución del parto de nalgas. Análisis del TAN y proposición de un nuevo protocolo. *Progr Obstet Ginecol* 1987; 30: 369-385.
6. Carrera JM, Mallafré J. Baremo asistencial para el parto podálico. *Prog Obstet Ginecol* 1980; 23: 303-307.
7. Acién P, Ruiz C, Martínez M. Cesárea y presentación de nalgas. *Progr Obstet Ginecol* 1991; 34: 131-139.