

Señor director:

En la sección de "Cartas al Director" de PROGRESOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA 2001;44:232-234 se publicó el escrito que yo le había dirigido sobre "Parto de nalgas: vía vaginal o cesárea electiva?", donde criticaba el trabajo de Hannah et al¹ publicado en *The Lancet*, y sus conclusiones. Terminaba señalando que si ese trabajo hubiese estado bien hecho (que a mi parecer no lo estaba), y se hubiese estudiado a las pacientes correctamente aplicando un criterio o puntuación similar al TAN que nosotros recomendamos², se habría comprobado que la cesárea planeada no es mejor que el parto vaginal planeado, siempre que sólo aquellas pacientes con condiciones favorables fuesen las que se dejasen evolucionar por vía vaginal, mientras que a las demás se les debería practicar cesárea. Las críticas allí expuestas las mantengo en su totalidad.

Pero mi sorpresa ha sido que luego se reúna un grupo de trabajo de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO sobre Atención al Parto de Nalgas, se destaque que el trabajo de Hannah et al "resulta impecable desde el punto de vista metodológico" (quizá lo sea desde un punto de vista epidemiológico, pero en absoluto me parece que lo sea desde el punto de vista clínico), y que de acuerdo con las conclusiones de ese trabajo se recomiende la cesárea, permitiendo el parto vaginal en ciertos casos "siempre que la paciente haya dado y firmado el correspondiente consentimiento". Y la sorpresa es aún mayor cuando en un reciente Documento de Consenso de la SEGO sobre el parto de nalgas (la mitad de cuyo comité de redacción lo fue también del grupo de trabajo), se insiste en la misma línea y se presenta un modelo de "documento de consentimiento informado" (con el sello de la SEGO) que no comparto en absoluto, y que además, a todos aquellos ginecólogos que piensen como yo, o que traten de atender correctamente un parto de nalgas por vía vaginal, nos pone bajo la espada de Damocles de la Justicia y de las demandas por mala práctica.

Para mí resulta también ilógico que no se haya caído en la cuenta de que si hacemos lo mismo con todos los partos en presentación cefálica, o si comparamos la mortalidad perinatal de todos los partos en presentación cefálica en los que se haya hecho cesárea electiva programada a las 38 semanas (p. ej., dos cesáreas anteriores) frente a los demás partos cefálicos en los que se haya esperado e intentado parto vaginal tras el comienzo espontáneo o inducido del mismo, los re-

sultados serían tan significativos, o más, en lo que respecta a la mortalidad perinatal, que lo observado para las nalgas en el trabajo de Hannah et al, o en el más reciente de Golfier et al³. Y de momento (que yo sepa) no se ha propuesto un "documento de consentimiento firmado" para el parto normal de vértice.

Y otra cuestión: en todos los trabajos (incluidos los mencionados de Hannah et al y de Golfier et al) hay más morbilidad materna en el grupo de las cesáreas, pero no se han analizado (que yo sepa) las consecuencias posteriores y la morbimortalidad a largo plazo. Me refiero, por ejemplo, a que esa cesárea (quizá inapropiada) condicionará o favorecerá una nueva cesárea en gestación posterior que a lo mejor se complica, y entonces ¿no debería achacarse esta morbimortalidad posterior a la indicación incorrecta de la primera cesárea?

Así pues, cuando se habla de documento de consentimiento informado, depende de cuál y cuán correcta sea esa información. Yo creo que no se puede afirmar, como hace el "documento de consentimiento informado para el parto de nalgas" antes mencionado, que "la actitud recomendada hoy día para finalizar su embarazo (cualquier embarazo) con una presentación de nalgas es realizar una cesárea" (lo será para algunos, pero no para todos) y a continuación presentar a la firma de la mujer otro documento que dice "doy mi consentimiento voluntario para que se intente el parto vaginal". No me parece correcto. Lo correcto sería que el médico estudie el caso apropiadamente, que le haga todas las exploraciones, ecografías y radiografías pertinentes, dejando clara constancia de todo en la historia clínica, y que si no es apropiado el parto vaginal, indique la cesárea, o por el contrario, si lo es, que atienda el parto vaginal de nalgas con su mejor experiencia y conocimiento, y la mejor técnica tocúrgica. Y naturalmente que informando siempre a la paciente de que en su caso no hay circunstancias desfavorables para que el parto tenga lugar por vía vaginal, o por el contrario, que sí las hay y debe hacerse cesárea. Si ha de haber consentimiento "informado" y firmado (sería mejor que no), entonces yo creo que debería hacerse para todos los partos, independientemente de la presentación.

P. Acién

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR, and the Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356:1375-83.
2. Ación P. Presentación podálica. En: Ación P, editor. *Tratado de obstetricia y ginecología: obstetricia*. Alicante: Ediciones Mollon, 1998; p. 882-98.
3. Golfier F, Vaudoyer F, Ecochard R, Champion F, Audra P, Raudrant D. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section in singleton term breech presentation: a study of 1116 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;98:186-92.