

Alternativas para disminuir la presentación podálica a partir de la semana 34

Inmaculada García Rojas*, María Teresa Aragón Núñez**, Inmaculada Cubillas Rodríguez**.

*Matrona. C.S. Huelin/C.S. Cruz de Humilladero de Málaga. **Matrona. Hospital Materno infantil Málaga.

RESUMEN

Introducción: La presentación de nalgas o podálica aparece en el 3-4% de embarazos a término. En nuestro entorno, que son los Hospitales Virgen de la Victoria y Hospital Materno Infantil de Málaga, la técnica más utilizada para asistir estos partos es la cesárea electiva.

Nos planteamos en este artículo revisar la evidencia disponible de las intervenciones descritas en la bibliografía para lograr la versión fetal.

Objetivo: El objetivo del presente estudio es conocer la evidencia científica existente a cerca de las técnicas disponibles para disminuir las presentaciones podálicas.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en Cuiden, Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario de Andalucía, Pubmed y Biblioteca Cochrane.

Resultados: Tras la revisión realizada y la evidencia disponible actualmente, pensamos que sería beneficioso para las mujeres y recién nacidos, ofrecerle sistemáticamente a la mujer información acerca de las diferentes alternativas que actualmente existen para lograr una presentación cefálica en presentaciones de nalgas.

Palabras claves: Complicaciones del embarazo, presentación de nalgas, cesárea, moxibustión, versión fetal.

ABSTRACT

Introduction: Breech presentation at term occurs in around 3%–4% of pregnancies. The majority of breech babies born in our reference hospitals are delivered by caesarean section. This paper reviews evidence concerning breech presentation and the use of several methods which may be used in the third trimester of pregnancy to turn a breech baby to a cephalic presentation.

AIM: This essay is aimed to provide available evidence concerning different methods which have the potential to turn a breech presentation around to a cephalic position and reduce the risk of cesarean section.

Methodology: A literature review was undertaken using the Andalusian Health e-library, Cochrane Library, CUIDEN and PUBMED. **OUTCOME:** This literature review has identified several methods that can be used to turn a breech to a cephalic presentation. Therefore it is important that women have up-to-date evidence-based information about the alternative to proceeding straight to planned caesarean section when a breech presentation is identified.

Key words: Pregnancy complications, breech presentation, cesarean section, moxibustion, version fetal.

Introducción

La presentación de nalgas o podálica es frecuente durante el segundo trimestre del embarazo, versionándose espontáneamente a presentación cefálica en la mayoría de los embarazos a término. Tras la presentación cefálica es la segunda forma de presentación más frecuente, ocurriendo entre el 3% y 4% de las gestaciones a término. Antes de la semana 28 esta presentación alcanza el 25-30%, a medida que la gestación se acerca a su término disminuye hasta el 7% en semana 32 y el

3-4% para fetos a término expuesto anteriormente^{1,2}.

El parto de nalgas ha dejado de practicarse en los últimos tiempos por la elevada morbilidad materno-fetal, generalmente asociada a la prematuridad, malformaciones, distocias cefálicas, rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta y prolapso de cordón¹.

En nuestro entorno que son los Hospitales Virgen de La Victoria y Hospital Materno Infantil de Málaga, la técnica más utilizada

para asistir estos partos es la cesárea electiva, se realiza en torno al 40-60% de gestaciones con presentación podálica³.

En el año 2000 tras la publicación del Term Breech Trial (TBT)⁴ la mayoría de los expertos recomendaban la cesárea en la presentación de nalgas. Pues este estudio defiende que una política de cesáreas sistemáticas es mejor que un intento de parto vaginal en presentaciones de nalgas a término. Defendiendo que en países con baja mortalidad perinatal, aunque hubo diferencias en la morbilidad neonatal a corto plazo, no se encontraron diferencias en la mortalidad perinatal ni en la mortalidad o morbilidad grave materna.

Este ensayo clínico aleatorio tuvo un gran impacto sobre la asistencia al parto vaginal en presentación podálica según la encuesta realizada a más de 80 centros de 23 países en 2003. El 92,5% de los centros practicaban cesáreas electivas en presentaciones podálicas a término⁵.

Esta recomendación fue adoptada por el Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), el Real Colegio de Obstetricia y Ginecología británico (RCOG) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) pero otros organismos como el CNGOF, El Centro Noruego para Las Tecnologías de la Salud y la Dirección de la Asistencia Sanitaria de La Consejería de sanidad del Gobierno Vasco decidieron no seguir dichas recomendaciones. Y el parto de nalgas vía vaginal se continuó practicando con éxitos en algunos centros donde los médicos tenían experiencia en su asistencia⁶.

Esta intervención es una técnica de cirugía mayor y como tal presenta mayor riesgo de complicaciones y de morbimortalidad materna y neonatal en comparación con el parto vaginal⁷.

A pesar de que los riesgos quirúrgicos han disminuido considerablemente en los últimos tiempos, los costes económicos son muy altos en relación al parto vaginal. El tiempo de hospitalización también es mucho mayor siendo para un parto normal sin complicaciones entre 2 y 3 días y para una cesárea que evoluciona con normalidad suele duplicarse. Pero las repercusiones de la cesárea no son solo en términos económicos sino también psicológicas, ya que para muchas mujeres es una intervención forzada y traumática. A esto le añadimos los costes sociales, humanos y organizativos que suponen para la mujer y su entorno. Por todos estos motivos la calidad de vida de la mujer

disminuye, además de aumentar los riesgos para posteriores embarazos (cicatrices uterinas, adherencias y riesgo de rotura uterina)^{3,8}.

La OMS entiende que el parto debe ser un acontecimiento humano, interviniendo lo mínimo posible, disminuyendo el uso de medicación y donde se respeten los derechos de la mujer y el recién nacido⁹.

A lo largo del tiempo se han propuesto intervenciones para revertir las presentaciones podálicas a cefálicas. Nos planteamos en este artículo revisar la evidencia disponible de las intervenciones descritas en la bibliografía, con la finalidad de ofrecérselas a la mujer con feto en presentación de nalgas.

Entre las maniobras descritas la más frecuente es la versión cefálica externa (VCE).

La versión cefálica externa puede ser considerada una alternativa para disminuir las presentaciones de nalgas. Consiste en girar al feto y llevarlo de la presentación anómala a la cefálica mediante la manipulación manual externa del abdomen materno. Actualmente existen muchos detractores de esta técnica, por los riesgos que representan para la madre y el niño. Estos riesgos son: hemorragias, rotura prematura de membranas, circulares de cordón, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, transfusión feto-materna o uterina rotura¹⁰.

La VCE según Hutton y colaboradores aumenta la probabilidad de nacimientos en cefálica sin reducción de las cesáreas necesarias para finalizar la gestación¹⁰.

Actualmente en España esta técnica no se realiza de forma rutinaria. Además encontramos otras técnicas como la moxibustión o la terapia postural.

Las posiciones que fueron estudiadas son la posición india, la de rodillas contra el tórax y la posición en decúbito lateral elevando la pelvis¹².

La moxibustión se cree que contribuye a corregir la presentación no cefálica del feto cuando se aplica calor mediante moxa en el punto de acupuntura V67, localizado el quinto dedo del pie en el ángulo¹³.

Objetivo

El objetivo de esta revisión es conocer la evidencia disponible acerca de las intervenciones que se realizan para disminuir las presentaciones podálicas. Seleccionando para ello ensayos clínicos y revisiones sistemáticas realizadas en los últimos cinco años.

Metodología

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos y buscadores: Guíasalud, Cuiden, Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario de Andalucía, Pubmed, Biblioteca Cochrane y Google Académico. También hemos consultado protocolos y guías nacionales e internacionales de organizaciones científicas y profesionales.

La búsqueda la hemos centrado en los artículos publicados en los últimos 10 años. Se utilizaron las siguientes palabras claves: <Complicaciones del embarazo>, <presentación de nalgas>, <cesárea>, <moxibustión> y <versión fetal>. Nuestra estrategia de búsqueda consiste en combinar los términos elegidos con los operadores booleanos AND y OR. Hemos descartado los artículos publicados con anterioridad al periodo indicado y los que no guardaban relación con el tema de estudio.

Seleccionamos los artículos de calidad científica relacionados con los contenidos presentación de nalgas, presentación fetal, versión cefálica y moxibustión.

El idioma de los artículos seleccionados ha sido español e inglés, de ámbito nacional e internacional.

RESULTADOS

En relación VCE encontramos la revisión sistemática de Cluver 2012¹¹, que analiza las intervenciones que facilitan la VCE, estas son:

1. Fármacos tocolíticos:
 - Se observó un aumento estadísticamente significativo en la presentación cefálica en el momento del parto y el nacimiento con el uso de tocolíticos (estimulantes beta, bloqueadores de los canales del calcio o donadores de óxido nítrico en relación con el placebo).
 - Se observó una reducción significativa en la tasa de cesáreas en relación con el placebo con el uso de tocolíticos en comparación con el placebo.
 - No hubo diferencias significativas en relación con la presentación de bradicardia fetal entre el grupo tratado con tocolíticos y el grupo placebo¹⁰.
2. Estimulación acústica fetal:

La estimulación vibroacústica también ha sido evaluada en la RS de Cluver 2012. Con una calidad baja de la

evidencia, observa una reducción significativa del riesgo de fracaso de la VCE en el grupo con estimulación vibroacústica, en comparación al grupo placebo¹⁰.

3. Analgesia regional:

La RS de Cluver 2012 compara la utilización de analgesia regional en el momento de realizar la VCE, con la utilización de un placebo y no se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la presentación cefálica en el parto, tasa de cesáreas o riesgo de bradicardia fetal¹⁰.
4. Amnioinfusión transabdominal:

La RS de Cluver 2012 no identifica ningún ECA que evalúe la Amnioinfusión transabdominal para facilitar la VCE.
5. Opiáceos sistémicos:

La RS de Cluver 2012 no identifica ningún ECA que evalúe los opiáceos sistémicos en comparación con el placebo para facilitar la VCE¹¹.

Intervenciones alternativas a la VCE

1. Manejo postural:

Los efectos del tratamiento postural en la presentación podálica han sido evaluados en la RS de Hofmyr 2011. Las posiciones que fueron estudiadas son: la posición india, la de rodillas contra el tórax y la posición en decúbito lateral elevando la pelvis. La edad gestacional en el inicio del estudio no fue homogénea. No se observaron diferencias en el riesgo de nacimientos en presentación podálica en el grupo con manejo postural en comparación con el grupo sin tratamiento. No se observaron diferencias en la tasa de cesáreas en el grupo con tratamiento postural en comparación al grupo sin tratamiento¹².
2. Moxibustión:

Desde hace mucho en tiempo en China se ha utilizado la aplicación de calor mediante la combustión Artemisa Vulgaris, técnica conocida como moxibustión. Se cree que contribuye a corregir la presentación no cefálica del feto cuando se aplica en el punto de acupuntura V67, localizado en el quinto dedo del pie en el ángulo ungual¹³. Al revisar la bibliografía encontramos que los autores aconsejan cautela para interpretar los resultados, debido al su alto grado de heterogeneidad. Dos

estudios recientes presentan resultados contradictorios^{14,15}.

En la RS Cochrane (Coyle 2012) se hallan pruebas limitadas para la aplicación de moxibustion en las presentaciones podálicas. Ya que los ensayos incluidos fueron de calidad metodológica moderada, los tamaños de las muestras en algunos estudios fueron pequeños y la forma de aplicar el tratamiento fue variable. Concluyen aceptando que existen algunas pruebas de que la aplicación de moxibustión puede disminuir la necesidad de utilizar oxitocina. Al combinarla con acupuntura podría disminuir los partos por cesárea y al combinarlas con técnicas de manejo postural puede disminuir el número de partos con presentación no cefálica. Pero señala que es necesario realizar ensayos aleatorios controlados bien diseñados para evaluar la efectividad y la seguridad de la moxibustión¹⁶.

Posteriormente aparece el ensayo clínico controlado de Vas y colaboradores 2014, en él concluyen que la moxibustión en el punto de acupuntura 67V es efectiva y segura para corregir la presentación no cefálica cuando se utiliza entre la semana 33 y 35 de gestación. Es una técnica bien aceptada por las mujeres y se puede realizar en el domicilio con facilidad, representando una opción de tratamiento a considerar^{17,18}.

CONCLUSIONES

Tras consultar la bibliografía señalada obtenemos la siguiente información:

En relación a la VCE:

- La administración de fármacos tocolíticos antes de la VCE aumenta la incidencia de recién nacidos/as con presentación cefálica y disminuye la tasa de cesáreas, sin presentar más bradicardia fetal en comparación a placebo (Cluver, 2012)¹². Con una calidad moderada de evidencia¹⁸.
- La estimulación acústica fetal para la VCE disminuye el riesgo de fracaso de la VCE (Cluver, 2012)⁷. Con una calidad baja de evidencia¹⁸.
- La VCE bajo analgesia regional (espinal o epidural) no aumenta la presentación cefálica, ni disminuye la tasa de cesárea ni presenta más bradicardia fetal en comparación a

placebo (Cluver, 2012)¹². Con una calidad baja/moderada de evidencia¹⁸.

- La eficacia y seguridad de la amnioinfusión durante la VCE no ha podido ser evaluada¹⁸.
- La administración de opiáceos sistémicos para la VCE no disminuye el riesgo de cesárea ni presenta más bradicardia fetal en comparación a la analgesia regional (Cluver, 2012)¹¹. Con una calidad baja de evidencia¹⁹. En relación a las intervenciones alternativas a la VCE:
- El manejo postural (como alternativa a la VCE) no disminuye el riesgo de presentación no cefálica en el nacimiento, de cesáreas o de una puntuación baja en el test de Apgar en comparación al no tratamiento¹⁸. Con una calidad baja de evidencia.
- En relación a la moxibustión encontramos la Revisión sistemática Cochrane (Coyle 2012) donde se hallan pruebas limitadas para la aplicación de moxibustión en las presentaciones podálicas. Concluyen aceptando que existen algunas pruebas de que la aplicación de moxibustión puede disminuir la necesidad de utilizar oxitocina. Al combinarla con acupuntura podría disminuir los partos por cesárea y al combinarlas con técnicas de manejo postural puede disminuir el número de partos con presentación no cefálica. Pero señala que es necesario realizar ensayos aleatorios controlados bien diseñados para evaluar la efectividad y la seguridad de la moxibustión¹⁶.

Posteriormente encontramos el estudio multicéntrico controlado y aleatorizada de Jorge Vas donde concluyen que la moxibustión en el punto de acupuntura 67 V es efectiva y segura para corregir la presentación no cefálica entre la semana 33 y 35 de gestación. Con una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos comparados.

Tras la revisión realizada y la evidencia disponible actualmente pensamos que sería beneficioso, para las mujeres y recién nacidos, elaborar un protocolo de atención a la gestante con presentación podálica identificada tras la realización de la ecografía del tercer trimestre. Este protocolo debería estar consensuado por el Hospital Virgen de la Victoria y Hospital Materno Infantil de Málaga. Donde sistemáticamente se ofrezca información a las usuarias

sobre las diferentes alternativas para conseguir alcanzar una presentación cefálica. Así como la posibilidad de la asistencia al parto de nalgas si reúne condiciones favorables y hay disponibilidad de personal sanitario entrenado, como sucede en otras comunidades autónomas.

Contemplamos como primera alternativa para lograr la versión fetal la

terapia con moxibustión, por los resultados obtenidos en el estudio multicéntrico de J.Vas entre la semana 33 y 35. Y a continuación la VCE detallada anteriormente. El manejo postural que tradicionalmente hemos recomendado no dispone de evidencia científica que lo respalde.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bajo Arenas, JM; Melchor Marcos, JC y Mercé TL (editores). Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid: ENE; 2007.p.683-695.
2. Hernández García, JM. Parto en presentación de nalgas. En: Usandizaga Beguiristáin, JA . De la Fuente Pérez, P. Obstetricia. 4º Edición. Madrid: Marban; 2011.p.536-546.
3. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdom C, Gayte GML. Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término (Revisión Cochrane traducida) En la Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford Update Software Lt: Disponible <http://www.update-software.com> (Traducción de The Cochrane Library 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons. Ltd.).
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willian AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicenter trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 2000; 365 (9239):1375-83.
5. Hogle KL, Kilburn L, Hewson S, Gafni A, Wall R, Hannah MW. Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators. J Obstet Gynaecol Can. 2003;25:14-6.
6. SEGO. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Parto en la presentación de nalgas a término. Protocolo actualizado en 2011. Elsevier (edición digital). Disponible en <http://www.elsevier.es> [acceso: 19/01/2016].
7. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid 2007.
8. F. Gary Cunningham. Obstetricia de Williams. 23ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. 2011.
9. OMS. Tecnologías del parto apropiadas. Ginebra. OMS, Abril 1985.
10. Hutton EK, Hannaah ME, Ross SJ, Delisle MF, Carson GD, Windrim R, et al. The Early External Cephalic Version 2 Trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies. BJO. 2011;118:564 -77.
11. Cluver C, Hofmeyr G, Gyte G, Sinclair M. Intervenciones para ayudar a rotar al feto a término de presentación podálica a cefálica mediante la versión cefálica externa. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 1. Art. No.: CD000184. DOI: 10.1002/14651858.CD000184.
12. Hofmeyr GJ, Kulier R. Versión cefálica mediante manejo postural para presentación podálica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
13. Liu GW. Clinical Acupuncture 6 Moxibustion. 1st ed. Tianjin: Tianjin Science & Technology Translation & Publishing Corp.;1996.
14. Guittier MJ, Pichon M, Dong H, Irion O, Boulvain M. Moxibustion for breech versión: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2009.
15. Do CK, Smith CA, Dahlen H, Bisits A, Schmied V. Moxibustion for cephalic versión: a feasibility randomised controlled trial. BMC Complement Alter Med. 2011;11:81.
16. Coyle M, Smith C, Peat B. Versión cefálica con moxibustión para la presentación podálica. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 5. Art. No.: CD003928. DOI: 10.1002/14651858.CD003928.
17. Vas, J., Aranda-Regules, J. M., Modesto, M., Ramos-Monserrat, M., Barón, M., Aguilar, I. & Rivas-Ruiz, F. (2014). Moxibustión en atención primaria para corregir la presentación no cefálica: estudio multicéntrico controlado y aleatorizado. *Revista Internacional de Acupuntura*, 8(2), 41-49.
18. Guía de Práctica clínica de Atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2014. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_53_3_Embarazo_AETSA_compl.pdf