Prog Obstet Ginecol. 2013;56(5):248—253

PROGRESOS de
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog

ORIGINAL

Recuperación del parto vaginal de nalgas y versión cefálica externa

José García Adánez*, **Marina Navarro López, Carmen Fernandez Ferrera, María Medina Díaz, Natalia Pagola Limón, Oscar Vaquerizo Ruiz y Ana Escudero Gomis**

Unidad de Presentación Podálica, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Central de Asturias, España

Recibido el 20 de julio de 2012; aceptado el 30 de julio de 2012
Disponible en Internet el 18 de febrero de 2013

PALABRAS CLAVE
Presentación de nalgas;
Parto vaginal;
Cesárea;
Versión cefálica externa;
Morbilidad perinatal

Resumen
Objetivo: Se analizan retrospectivamente los resultados obstétricos y neonatales de la aplicación de un protocolo de parto vaginal de nalgas tras 10 años de su abandono.
Métodos: Las pacientes eran derivadas a una unidad específica en la semana 36 donde se les ofrecía una versión cefálica externa. Si la presentación de nalgas persistía, eran seleccionadas para intento de parto vaginal si cumplían los siguientes criterios: *a)* peso fetal estimado 2.500-3.600 g; *b)* nalgas puras o completas; *c)* cabeza fetal no hiperextendida, y *d)* pelvis clínicamente adecuada. El progreso del parto requería: *a)* primer estadio $\geq$ 1 cm/h; *b)* segundo estadio 90 min para el descenso pasivo de las nalgas y una hora de pujos activos, y *c)* se estableció la disponibilidad de experto localizado.
Resultados: Se encontró a 93 pacientes con presentación de nalgas única y viva tras la aplicación de la versión cefálica externa. En 69 (73,4%) se indicó una cesárea electiva, y 24 (26,6%) fueron candidatas para parto vaginal, 19 de las cuales lo lograron (20,1%). La tasa de cesáreas por esta indicación se redujo significativamente del 5,7% en 2009 a 2,02% ($p < 0,001$). No se observó ningún resultado fetal adverso (muerte fetal, test de Apgar < 7 en 5 min, pH de la arteria umbilical < 7 o traumatismos fetales).
Conclusiones: El cumplimiento de los criterios anteparto e intraparto y la disponibilidad de expertos localizados hacen posible un parto vaginal seguro. La aplicación combinada de versión e intento de parto vaginal reduce la tasa de cesáreas por presentación de nalgas.
© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Breech presentation;
Vaginal delivery;
Cesarean delivery;
External cephalic version;
Perinatal morbidity

Reintroduction of vaginal breech delivery and external cephalic version

Abstract
Objective: To review the obstetric and neonatal outcomes of the application of an updated vaginal breech delivery protocol 10 years after this practice had been discontinued.
Methods: Breech presentations were referred to a dedicated breech unit at 36 weeks where the external cephalic version was offered. If breech presentation persisted, the patients were

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: josegarciaa@sego.es (J. García Adánez).

0304-5013/$ — see front matter © 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2012.07.011

selected to undergo attempted vaginal delivery if the following criteria were met: *a)* estimated fetal weight of 2.500-3.600 g; *b)* frank or complete breech presentation; *c)* absence of hyperextension of the fetal head; and *d)* a clinically adequate pelvis. Intrapartum criteria included: *a)* progression of labor of $\geq$ 1 cm/hour in the first hour; *b)* In the second stage, 90 minutes were allowed for adequate descent of the breech, and 1 hour of active pushing, and *c)* the availability of an on-call expert.

Results: A total of 93 patients showed single live pregnancies in breech presentation after external cephalic version. Sixty-nine patients (73.4%) underwent elective prelabor cesarean delivery, and 24 (26.6%) progressed to attempted vaginal breech delivery, which was successful in 19 (20.1%). Cesarean indications for breech presentation were reduced from 5.7% in 2009 to 2.02% after the application of external cephalic version and vaginal breech delivery ($P<.001$). We observed no fetal deaths, no Apgar test at 5 minutes of less than 7, no umbilical artery pH of less than 7, and no fetal injuries.

Conclusions: . When antepartum and intrapartum criteria are met, vaginal breech delivery is safe. The availability of an on-call expert allows vaginal breech delivery to be safely performed. The combination of external cephalic version and vaginal breech delivery decreases the cesarean rate for breech presentation.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El parto vaginal en presentación podálica ha sido mayoritariamente abandonado en el mundo occidental[1,2]. Según la reciente encuesta de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO), solo 16 de los 140 centros encuestados refieren su asistencia de forma rutinaria[3] y únicamente 6 hospitales valoran positivamente el periodo formativo de sus residentes. Estos factores pueden determinar que la actual generación sea la última en asistir partos vaginales de nalgas. Durante los últimos años, la metodología utilizada en el Term Breech Trial (TBT)[4] ha sido seriamente criticada[5-7]. Glezerman, director de uno de los centros participantes en el estudio, publicó graves violaciones en los criterios de inclusión y una ausencia de relación entre morbilidad, mortalidad fetal y vía de parto[8]. Los propios autores del TBT no encuentran diferencias en los resultados a los 2 años entre los nacidos por vía vaginal y abdominal[9]. Posteriormente, estudios prospectivos observacionales bien diseñados han mostrado resultados que contradicen las conclusiones del TBT[10-12]. En consecuencia, las sociedades científicas han revisado sus recomendaciones, y si se cumplen determinadas condiciones, el parto vaginal en presentación de nalgas se mantiene como una opción razonable[13-17]. Uno de los requerimientos exigidos es la presencia de un obstetra experimentado, pero tras una década de abandono, estos prácticamente han desaparecido y se ha materializado una situación compleja. La cesárea incrementa la morbilidad materna[18-21], la morbilidad respiratoria neonatal[22] y condiciona el futuro genésico de la pareja[23,24]. A pesar de estos conocimientos acreditados, la mayoría de las maternidades no están en disposición de ofrecer un parto vaginal. La sección de Perinatología de la SEGO ha realizado un esfuerzo en su recuperación mediante la actualización del protocolo y el desarrollo de habilidades mediante talleres de simulación. En el Servicio de Obstetricia del Hospital Central Universitario de Asturias (HUCA) nos planteamos la recuperación del parto vaginal de nalgas instaurándose y aplicando un protocolo cuyos resultados exponemos.

Métodos

Analizamos en un estudio retrospectivo todas las gestaciones a término en presentación de nalgas asistidas en el HUCA entre mayo del 2010 y noviembre del 2011. En este periodo, las gestantes eran derivadas a una unidad específica en el área de partos a partir de la semana 36, donde se realizaban una exploración clínica y un examen ecográfico. El protocolo del manejo incluye el ofrecimiento de realización de una versión cefálica externa (VCE) con consentimiento informado. Las contraindicaciones para esta son principalmente la existencia de una indicación para cesárea independientemente de la presentación, restricción del crecimiento con alteración del Doppler, oligoamnios severo no revertido con hidratación por vía oral e intravenosa y encajamiento de la presentación con test de Bishop modificado mayor de 3. El antecedente de cesárea previa no se consideró como contraindicación[25]. Si la presentación podálica persistía, la VCE era rechazada por la paciente, o bien no estaba indicada por criterio de encajamiento de la presentación, se valoraba la inclusión como candidata a intento de parto vaginal (IPV) si cumplían las siguientes condiciones:

1. Criterios fetales anteparto: nalgas puras o completas, peso estimado por ecografía de 2.500 a 3.600 g, ausencia de hiperextensión de la cabeza fetal (ángulo superior a 90° estimado por ecografía), edad gestacional inferior a 41 semanas (287 días) y ausencia de sospecha de compromiso fetal, fundamentalmente, oligoamnios severo con bolsa de líquido amniótico menor de 2 cm y retraso severo del crecimiento[10]. Se establecen controles periódicos semanales para evaluar la persistencia de estos criterios.
2. Criterios maternos anteparto: se realiza una valoración clínica de la pelvis materna y se considera la progresión satisfactoria del parto como el factor que mejor predice la adecuada capacidad de la pelvis[26]. No se precisa por tanto la realización de una radiopelvimetría. El antecedente de cesárea anterior se considera un factor desfavorable[15], aunque no una contraindicación absoluta. En estas gestantes se individualiza su valoración incluyendo otros

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3968596

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3968596

Daneshyari.com