

Revisión a los clásicos

"Parto vaginal de nalgas: una opción todavía segura"

6/03/2011

Navarro M.; García Adánez JM.; Escudero A.; Sánchez M.; Vaquerizo O.

Hospital Universitario Central de Asturias

"Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group"

Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. *Lancet* 2000;356:1375–83.

En el año 2000 se publicó el Term Breech Trial (TBT)¹, un ensayo clínico randomizado con la participación de 121 centros de 26 países. Incluía a 2088 mujeres con feto a término en presentación de nalgas puras o completas que fueron asignadas aleatoriamente en dos ramas; cesárea electiva o parto vaginal programado. Los autores señalaban que la mortalidad perinatal, mortalidad neonatal y morbilidad neonatal grave eran significativamente menores en el grupo de la cesárea comparado con el parto vaginal. En cuanto a la mortalidad materna o morbilidad materna grave, no se encontraron diferencias entre los grupos. La conclusión de los autores fue que la cesárea era más segura que el parto vaginal en los fetos a término en presentación de nalgas.

Comentario

Las conclusiones del estudio del TBT fueron asumidas inmediatamente por toda la comunidad científica. Sociedades de referencia como el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)² y la Cochrane aceptaron las recomendaciones tan pronto fueron publicadas. Nunca antes en la historia de la obstetricia, un solo ensayo de investigación había cambiado tan radicalmente la práctica médica. Esto se refleja en una encuesta reciente, en la que el 92.5% de los hospitales encuestados había abandonado el parto vaginal en favor de la cesárea. Los obstetras, también aceptaron las recomendaciones del TBT con satisfacción. Era más fácil realizar una cesárea que un parto vaginal y además se requería menos experiencia. Por otro lado, desde el punto de vista médico-legal, parecía más probable tener un litigio en caso de parto vaginal que de cesárea.

Desde entonces, han aparecido publicaciones adicionales que han ido modificando las conclusiones del TBT. Los mismos autores publicaron los resultados en el seguimiento a dos años³. Referían que la cesárea programada no estaba asociada con una reducción del riesgo de muerte o retraso neurológico en los niños a los dos años de edad. En cuanto a los resultados maternos, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. Esto, invalida por completo las conclusiones iniciales, basadas "solamente" en la morbilidad a corto plazo.

Otro de los participantes en el TBT, Glezerman⁴, refiere que se cometieron errores graves en el diseño del estudio, los métodos y las conclusiones. Hubo una falta de adherencia a los criterios de inclusión, el estándar de cuidados fue muy variable entre los centros y en algunos casos, el parto vaginal no fue atendido por un experto. Llama la atención la violación de los criterios de inclusión. En muchos casos las mujeres fueron reclutadas durante la fase activa de parto; en el 30% de los casos no había estudio de imagen para excluir la hiperextensión de la cabeza fetal; se incluyeron dos pares de gemelos, un anencéfalo y dos muertes fetales previas a la randomización; y la proporción de fetos mayores de 4000g. fue mayor en la rama del parto vaginal. En cuanto a los cuidados, hubo una disponibilidad variable de obstetras, anestesistas y pediatras así como de infraestructura. Esto condicionaba la capacidad de reacción ante una emergencia. Los partos vaginales fueron realizados un 18.5% por médicos residentes, un 2.9% por matronas y un caso por una residente de matrona. Además, numerosos fetos con crecimiento intrauterino restringido (algún gemelo), fueron incluidos inapropiadamente en el estudio y figuraban en las estadísticas de mortalidad. Con todos estos datos, los autores concluían que muchos de los casos de mortalidad y morbilidad neonatal no podían ser atribuidos al tipo de parto.

Aunque no se ha realizado un ensayo clínico randomizado, hay varios estudios que obtienen excelentes resultados manejando protocolos específicos. La National Maternity Hospital of Dublin, aplicando su protocolo⁵, obtiene resultados perinatales similares en Test de Apgar y pH de cordón a la cohorte de la cesárea electiva en el TBT y a los partos en presentación cefálica de bajo riesgo asistidos en la misma institución. En 138 maternidades francesas y 36 belgas se realizó un estudio prospectivo⁶ incluyendo 8105 gestantes con feto en presentación de nalgas. Se comparó el parto vaginal programado y la cesárea electiva. Concluían que el parto vaginal es una práctica segura en los lugares donde se realiza de manera habitual y siguiendo criterios estrictos.

La aplicación de las conclusiones de este estudio, con mala calidad metodológica, resultó prematura y equivocada. La posterior rectificación de la ACOG y otras sociedades llegó tarde. En el año 2006, la ACOG⁷ cambia su postura y su recomendación, y así, el parto vaginal de nalgas recupera su condición de opción

razonable en hospitales con un protocolo específico, en pacientes correctamente seleccionadas y con un obstetra experimentado. Durante cinco años se dejó de asistir partos vaginales en presentación de nalgas. La docencia fue interrumpida y la mayor parte de obstetras en formación no han aprendido las maniobras de asistencia al parto en podálica. Además, el antecedente de cesárea anterior condiciona el futuro genésico de la pareja. Su repercusión ha sido evaluada en algunos países. Se espera un incremento en la incidencia de placenta previa, rotura uterina, hemorragia fetal, muerte fetal inexplicada y mortalidad materna entre otras complicaciones. La medicina basada en la evidencia ofrece una nueva oportunidad al parto vaginal de nalgas. Las instituciones sanitarias y los servicios de obstetricia deberían apoyar y organizar modelos de asistencia para la recuperación de esta práctica, en la cual la presencia de obstetras expertos es requisito imprescindible.

Bibliografía

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. *Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000;356:1375–83.*
2. *ACOG committee opinion. Mode of term singleton breech delivery. Number 265, December 2001. American College of Obstetricians and Gynecologists.*
3. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al. *Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol 2004;191:864–71.*
4. *Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. Glezerman M. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 194 (1) (pp 20-25), 2005.*
5. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, Keane DP, O'Herlihy C, Foley ME. *Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. Obstet Gynecol 2004;103:407–12.*
6. *Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Goffinet F., Carayol M., Foidart J.-M., Alexander S., Uzan S., Subtil D., Breart G. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 194 (4) (pp 1002-1011), 2006*
7. *ACOG committee opinion no. 340: Mode of term singleton breech delivery. Obstetrics and Gynecology. 108 (1) (pp 235-237), 2006.*

Palabras clave:

Cesarea, Nalgas, Parto vaginal

e-notas de evaluación

Autores/as: Navarro M.; García Adánez JM.; Escudero A.; Sánchez M.; Vaquerizo O.

Título: "Parto vaginal de nalgas: una opción todavía segura"

Nº 10 de 2011

Disponible en: [Enlace a la noticia](#)