

Dr. Haroldo Capurro
Dr. Ricardo Velasco

Actualización: Octubre 2009

Pregunta: Presentación podálica en pretérmino al nacer ¿Vaginal o cesárea? Valor de la versión cefálica externa.

NACIMIENTO en FETO de PRETÉRMINO en PRESENTACIÓN PODÁLICA

INTRODUCCION

En general los niños nacidos en presentación podálica, tienen más problemas en el nacimiento que los nacidos en cefálica. La versión externa antes del término puede modificar esta situación y rotar la cabeza fetal a la posición cefálica. Esta es la única intervención clínica que puede reducir la incidencia de cesáreas. La popularidad de la versión externa antes del término disminuyó a mitad de la década del 70 debido a repórteres asociados a ciertos negativos resultados perinatales Bradley-Watson 1975 (1) y frente a la percepción de que la cesárea era una opción segura en caso de presentación podálica. En contraposición, Dashe 2002 (2), Minkoff 2003 (3), Gilliam 2002 (4) y Lydon-Rochelle 2003 (5) observan que la cicatriz uterina puede incrementar las complicaciones en futuros embarazos como ser el embarazo ectópico, la placenta previa, la placenta ácreta, el abrupto placentae entre otras. La presentación podálica a término puede ser causada por subyacentes anomalías maternas o fetales. La prevalencia es de alrededor del 3% a 4% de gestaciones a término (6).

PRESENTACION PODALICA y RETARDO de CRECIMIENTO

Se ha considerado que la incidencia de la presentación podálica en el retardo de crecimiento es independiente del nacimiento de pretérmino. En 1997, Sherer (7) en USA, tuvo como propósito evaluar la relación entre retardo de crecimiento con menos de 32 semanas de gestación con la presentación podálica. Estudió 465 mujeres no hipertensas y no diabéticas con feto único no malformado, junto al el volumen de líquido amniótico. La restricción del crecimiento fetal fue definida por debajo del percentil 10 ya sea simétrica o asimétrica y se correlacionó con diferentes variables maternas. De 298 pacientes, 85 (28,5%) tuvieron presentación podálica y 213 (71,5%) cefálica. El retardo de crecimiento estuvo presente en 56/298 casos (19%) y de ellos 31 (10,4%) fueron simétricos y 25 (8,3%) asimétricos. De los 31 fetos con retardo de crecimiento simétrico 14 estaban en presentación podálica y 17 en presentación cefálica. De los 25 con retardo de crecimiento asimétrico 10 estuvieron en podálica y 15 en cefálica (total $p = 0,03$). En casos de restricción del crecimiento fetal, no hubo asociación con la paridad, la edad materna, fumar, ruptura de membranas ni edad gestacional con la presentación fetal. Los fetos de menos de 32 semanas y presentación podálica incrementaron la incidencia de retardo de crecimiento independientemente de otros factores confundentes.

NACIMIENTO por CESAREA o VIA VAGINAL

Un estudio de Robillo publicado en el 2007 (8) tuvo como objetivo, determinar la morbi-mortalidad en prematuros y bajo peso, nacidos por vía vaginal en presentación podálica comparado con el nacimiento por cesárea. El estudio de cohorte incluyó 14.417 bajo peso y pretérmino, en presentación podálica, de los cuales 14% nacieron por vía vaginal y 86% por cesárea. El grupo control fueron 150.570 bajo peso y pretérmino en presentación cefálica de los cuales el 82% nacieron por vía vaginal.

En caso de bajo peso, cuyo nacimiento se produjo por vía vaginal, en mujeres nulíparas se incrementó la mortalidad neonatal en los grupos de peso entre 500-

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

1.000g (OR = 11,7 IC95% 7,9-17,2), entre 1.001-1.500g (OR = 17 IC95% 6,8-42,7), entre 1.501-2.000g (OR = 3,8 IC95% 1,4-10,1), entre 2.001-2.500g (OR = 6,6 IC95% 2,1-21,2) comparados con los nacidos por cesárea.

El trauma al nacer también se incrementó en los nacidos por vía vaginal con pesos entre 1.501-2.000g (OR = 3,8 IC95% 1,4-10,1g) y entre 2.001-2.500g (OR = 4,5 IC95% 2,6-7,9) en relación con los nacidos por cesárea en nulíparas.

La asfixia al nacer se incrementó en neonatos con presentación podálica, nacidos por vía vaginal (pesos entre 2.001-2.500g) en comparación con los nacidos por la misma vía, pero en presentación cefálica.

Concluye el autor, que los fetos de bajo peso y de pretérmino, con presentación podálica nacidos por vía vaginal, incrementan la mortalidad, el trauma obstétrico en mayores de 1.500g y la asfixia en los mayores de 2.000g.

Phipps en Australia (9) evalúa la práctica utilizada en caso de feto único y presentación podálica. Después del "Term Breech Trial" (2001) la práctica del parto vaginal disminuyó un 20%, se recomendó la versión externa que se realizó en 67% usando en el 52% de los casos tocolisis y un alto porcentaje la realizan antes de las 37 semanas de gestación. Mientras que las últimas recomendaciones son la cesárea planificada y el uso de versión externa en la presentación podálica, es necesario identificar si las tasas de eficacia de esta maniobra se han incrementado.

Vasilij publica en el 2007 (10), que la operación cesárea ha aumentado significativamente en el nacimiento de fetos con presentación podálica, mientras que la vía vaginal actuando selectivamente puede ser exitosa cuando los profesionales de los centros han tenido posibilidad de adquirir experiencias y habilidades en el manejo de esa presentación o sea trabajando en instituciones con importante número de nacimientos. Hasta el momento la decisión de nacimiento por vía vaginal o cesárea no hay suficiente evidencia para respaldar una u otra recomendación y depende de cada caso individual.

VERSION CEFALICA EXTERNA

Hutton (11) realiza una revisión sistemática para evaluar la efectividad de la versión cefálica externa (VCE) antes de las 37 semanas sobre el nacimiento de pretérmino, morbilidad perinatal y mortalidad fetal y neonatal. Se seleccionaron 3 estudios clínicos randomizados que compararon la VCE antes del término con un grupo control (mujeres con presentación podálica al término). No hubo diferencias en cuanto a la presentación no podálica al nacimiento. Un estudio, que realizó la VCE antes de las 33 semanas necesitó repetirla antes del nacimiento y un segundo estudio mostró una disminución de la presentación no cefálica (RR = 0,59 IC95% 0,45-0,77). Un tercer estudio comparó la versión externa a las 34 y 35 semanas y compara sus resultados cuando ella se realiza a las 37 y 38 semanas. Los resultados no mostraron diferencias significativas; el descenso de la presentación no cefálica fue de 9,5% y las cesáreas disminuyeron el 7%.

Un reciente trabajo de Sullivan publicado en el 2009 (12) tuvo como objetivo de que la combinación de la analgesia espinal-epidural puede incrementar el éxito de la VCE comparándola con analgesia sistémica con opiáceos. Se estudiaron 96 gestantes con feto único y presentación podálica y fueron randomizadas. Un grupo recibió analgesia espinal-epidural con 2,5 mg bupivacaina y 15 microgramos de fentanil (AEE) o un segundo grupo (FIV) recibió 50 microgramos de fentanil endovenoso previo a la VCE. El éxito resultó en el 47% en el grupo AEE y 31% en el grupo FIV ($p = 0,14$). Subsecuentemente en el primer grupo se logró 36% de partos vaginales y 25% en el segundo ($p = 0,27$). El dolor tuvo una escala más baja en el grupo AEE ($p < 0,005$). No hubo diferencias en los patrones de la frecuencia cardíaca pero la recuperación a la línea basal fue más corto en el primer

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

grupo (AEE) comparado con el FIV. Los autores no encontraron diferencias en el éxito de parto vaginal entre ambos grupos, pero el dolor fue menor en el AEE.

Un párrafo aparte, merece el moxibustion (hierba usada en la medicina china) utilizado solo o con acupuntura , pareciera tener algún efecto sobre la presentación podálica y disminuiría la frecuencia de la versión cefálica externa (Coyle Meaghan, 2009) (13). No tenemos ninguna experiencia, pero la bibliografía es muy extensa al día.

CONCLUSION

Si bien no hay suficiente evidencia en recomendar la cesárea planificada en caso de presentación podálica en pretérmino, hay una tendencia a incrementarse su implementación en los últimos 10 años, lo mismo que el uso de la versión cefálica externa. De cualquier manera ambas intervenciones deberán seguir siendo estudiadas y tal vez la recomendación actual es hacer una estricta evaluación para cada caso particular.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bradley-Watson PJ. The decreasing value of external cephalic version in modern obstetric practice. *Am J Obstet Gynecol.* 1975 Oct 1;123(3):237-40.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846688?ordinalpos=16&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 2) Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos-Ramos R, Twickler DM. Persistence of placenta previa according to gestational at ultrasound detection. *Obstet Gynecol.* 2002 May;99(5 Pt 1):692-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11978274?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 3) Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med* 2003 Mar 6;348(10): 946-50.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12621140?ordinalpos=27&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 4) Gillian M, Rosenberg D, Davis F. The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol* 2002 Jun;99(6):976-80.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12052584?ordinalpos=16&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 5) Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001 Jul 5;345(1):3-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11439945?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 6) Hutton EK, Kaufman K, Hodnett E, Amankwah K, Hewson SA, Mackay D, Szalai JP, Hannah ME. External cephalic version beginning at 34 weeks' gestation versus 37 weeks' gestation: a randomized multicenter trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Jun;189(1):254-54.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12861170?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

7) Sherer DM, Spong CY, Minior VK, Salafia CM. Increased incidence of fetal growth restriction in association with breech presentation in preterm deliveries < 32 weeks. Am J Perinatol. 1997 Jan;14(1):35-7.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9259894?ordinalpos=51&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

8) Robilio PA, Boe NM, Danielsen B, Gilbert WM. Vaginal vs cesarean delivery for preterm breech presentation of singleton infants in California: a population-based study. J Reprod Med. 2007 Jun;52(6):473-9.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17694963?ordinalpos=6&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

9) Phipps H, Roberts CL, Nassar N, Raynes-Greenow CH, Peat B, Hutton EK. The managements of breech pregnancies in Australia and New Zealand. Aust NZJ Obstet Gynaecol. 2003 Aug;43(4):294-7; discussion 261.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14714714?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

10) Vasilij O, Matijevic R, Grgie O. Dilemma about the method of delivery for the fetus in breech presentation. Acta Med Croatica. 2007 Apr;61(2):177-84.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17585474?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

11) Hutton EK, Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term. Cochrane Database Syst Reviews. 2006 Jan 25;(1):CD000084.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437421?ordinalpos=8&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

12) Sullivan JT, Grobman WA, Bauchat JR, Scavone BM, Grouper S, McCarthy RJ, Wong CA. A randomized controlled trial of the effect of combined spinal-epidural analgesia on the success of external cephalic version for breech presentation. Int J Obstet Anesth. 2009 Oct;18(4):328-34. Epub 2009 Aug 13.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19682886?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

13) Coyle Maeghan E, Smith Caroline A, Peat Brian. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. Cochrane Database Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3, Art No. CD003928. DOI: 10.1002/14651858.Cd003928.pub2. y

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846688?ordinalpos=16&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum