





UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE PARTERAS

Manejo de la presentación podálica en países de América Latina.

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Mariana Frenández

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. Kety Rodríguez CO TUTORA: Asist. Obst. Part. Rina Fagundez

1. Agradecimientos

A mi tutora, Kety Rodríguez por ser guía e impulsora de este trabajo. A mi co-tutora Rina Fagúndez, por su gran apoyo. A mi hermana, María Clara por ser correctora honoraria de este trabajo. A la Escuela de Parteras, hogar de mi formación.

2. Índice

1.	Agr	adecimientos	. 2
2.	Índi	ce	. 3
3.	Res	sumen	. 5
(3.1.	Abstract	. 5
4.	Intr	oducción	. 7
5.	Obj	etivos	10
į	5.1.	General	10
į	5.2.	Específicos	10
6.	Mai	rco teórico	11
(3.1.	Presentación podálica y colocación fetal	11
(6.2.	Frecuencia y etiología	12
(6.3.	Clasificación de la presentación podálica	14
(6.4.	Diagnóstico	15
(6.5.	Punto de reparo y principales diámetros fetales	18
(6.6.	Mecanismo de parto:	18
(6.7.	Asistencia del parto	21
(6.8.	Recomendaciones en el manejo de la presentación podálica:	26
(6.9.	Versión cefálica externa	27
(3.10.	Moxibustión	29
7. po		rco de referencia y recomendaciones para el manejo de la presentación	31
	7.1. oodál	Term Breech Trial: el antes y el después en el manejo de la presentación ica	31
	7.2. érmir	Principales recomendaciones en el manejo de la presentación podálica de	
	7.2	.1. Versión cefálica externa como primer paso	35
	7.2 me	.2. Evidencia de técnicas para la versión fetal espontánea: moxibstión y nejo postural	38
	7.2	3. Vía de nacimiento	38
	7.2	4. Particularidades en la asistencia del parto vaginal en presentación	
	pod	lálica	40

8.	Ana	álisis	43
8	.1.	Manejo actual de la presentación podálica en América Latina	43
9.	Co	nclusiones	49
10.	C	Glosario	52
11.	В	Bibliografía	54

3. Resumen

Sobre el final de la gestación un pequeño porcentaje de fetos se encuentran colocados con sus nalgas dirigidas hacia la pelvis materna, es decir, en presentación podálica. Esto implica un mayor riesgo perinatal. El manejo de la presentación podálica ha sido un tema de discusión por décadas, pero desde el año 2000 un estudio pareció haber dado respuesta a cuál era la mejor conducta para los mejores beneficios maternos y perinatales.

En Latinoamérica desde hace dos décadas el manejo se mantiene estancado en una única posibilidad por lo que a la gestante no se le abren mayores posibilidades para una toma de decisión respecto a su embarazo. Nueva evidencia ha demostrado que técnicas como la versión cefálica externa, que había quedado en desuso, podría volver a ser una posibilidad. A su vez, con ciertos criterios el parto vaginal en podálica podría ser una opción viable.

El presente trabajo monográfico analiza la situación actual respecto al manejo de la presentación podálica en algunos países de América Latina y al compararlo con las recomendaciones actuales a nivel internacional denota que hay una importante desactualización.

Palabras clave: presentación podálica, versión cefálica externa, manejo de la presentación podálica.

3.1. Abstract

At the end of gestation, a small percentage of fetuses are not positioned with their buttocks directed towards the maternal pelvis, that is, in breech presentation. This generates an increased perinatal risk. The management of breech presentation has been a topic of discussion for decades, but since 2000 a study seemed to have answered what was the best behavior for the best maternal and perinatal benefits.

In Latin America for two decades, management has remained stagnant in a single possibility, which is why the pregnant woman does not have greater possibilities for a decision-making regarding her pregnancy. New evidence has shown that techniques such as the obsolete external cephalic version could once again be a possibility. In turn, with certain criteria, breech vaginal delivery could be a viable option.

This monographic work analyzes the current situation regarding the management of breech presentation in some Latin American countries and when comparing it with current recommendations at the international level, it shows that there is an important outdated situation.

Keywords: breech presentation, external cephalic version, management of breech presentation.

4. Introducción

Sobre el final de la gestación, el feto suele colocarse en presentación cefálica, conformando la acomodación más favorable para el parto. Al término del embarazo, alrededor de un 3 % a 4 % de los fetos nunca realizan su versión interna fisiológica y quedarán colocados en presentación podálica, es decir, ofreciendo sus nalgas a la pelvis materna (Gabbe et al., 2019). Si bien se trata de un porcentaje pequeño, su relevancia se encuentra en que presenta mayores riesgos de complicaciones, principalmente perinatales.

Durante décadas fue discutido cuál era el manejo más seguro para el feto y neonato que se encontraba en presentación podálica a término. Buscando responder dicha incógnita, se llegó a un gran estudio multicéntrico llamado "Term breech trial" (TBT) donde se compararon los resultados maternos y perinatales entre la cesárea y el parto vaginal para la presentación podálica. El estudio, que publicó sus resultados en el año 2000, arribó a la conclusión que la cesárea era la vía más segura para el feto y neonato (Hannah M. E et al., 2000 como se citó en Gabbe et al., 2019).

Como consecuencia a nivel mundial se vio un cambio casi inmediato en el manejo de la presentación podálica con la finalización en cesárea de todas las gestaciones de término con esta condición.

A dos décadas del TBT, y a pesar que evidencia posterior muestra fallas en éste, en la región el manejo de la podálica parece haberse mantenido igual. Esto ha generado que las destrezas en la asistencia del parto vaginal se hayan perdido y quedaron en desuso diferentes técnicas antes utilizadas para la versión fetal con el objetivo de lograr un parto vaginal en presentación cefálica.

Nueva evidencia respaldada por reconocidas sociedades de ginecología y obstetricia nos muestran que podría ser el momento de volver a algunas prácticas que habían quedado en el olvido; como son la versión cefálica externa y la asistencia del parto vaginal podálico con todas sus particularidades.

El lograr prácticas de nacimiento seguras con las intervenciones más adecuadas y evidencia actualizada es un objetivo de las obstetras parteras y eso debería verse reflejado en el manejo de estos casos.

Contar con una revisión de dichas prácticas, nos permitirá una mejor atención de la mujer al poder abrir una gama de posibilidades que antes se restringía a una cesárea, como única vía de parto.

Así, en este trabajo monográfico se pretende responder cuál es la situación actual respecto al manejo de la presentación podálica en algunos países de América Latina, desde cuándo se cuenta con dicho manejo y compararlo con las recomendaciones actuales a nivel internacional.

Tener en cuenta a diferentes países de la región, hacer un análisis y comparación entre ellos nos permitirá ver distintas perspectivas que podrán aportar a un conocimiento más rico de técnicas que se puedan incorporar a la formación y la práctica de los profesionales que atienden a las gestantes.

Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica a través de la utilización de palabras clave como "presentación podálica", "presentación pelviana", "parto podálica", "parto nalgas", "versión cefálica externa"; aplicadas principalmente en las siguientes bases de datos: Google académico, Bvsalud, Scielo y Cochrane Library. De allí se tomaron los trabajos de países latinoamericanos con acceso gratuito, realizados tanto en español como en inglés. De cada país, se reunió la bibliografía más reciente marcando como base el año 2000. Dado que no se encontró tan grande variedad de trabajos, se amplió la búsqueda a sitios oficiales de los diferentes Ministerios de Salud de cada país ya que algunos cuentan con guías que proporcionan recomendaciones nacionales acerca del embarazo y parto.

De esta forma se consiguió material de Chile, Perú, Colombia, Ecuador, Argentina, Uruguay y Paraguay. Además, se utilizaron trabajos de cada país que tratan acerca de la cesárea, los que proporcionaron datos respecto a la incidencia de éstas para los casos de presentación podálica.

Por otra parte, se accedieron a los sitios oficiales de sociedades de ginecología y obstetricia más reconocidas a nivel internacional debido a sus constantes actualizaciones y revisiones por comités de expertos. De esta forma se consiguieron los protocolos de manejo de la presentación podálica y sobre versión cefálica externa del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos Británicos (RCOG), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC).

Respecto a la organización del trabajo, en primer lugar se plantean los objetivos a cumplir. A partir de éstos, se presenta un marco teórico con foco en la semiología obstétrica, tan importante para el manejo de la presentación podálica. Así se plantea el conocimiento y nomenclatura básica en obstetricia para la comprensión de la disposición del feto en el útero materno. Seguido a esto se plantea la etiología y frecuencia de la presentación podálica. Se sigue con la clasificación, de la cual se explican las dos formas diferentes de clasificar la presentación podálica, una más clásica y la otra que sigue a la escuela anglosajona; esto resultó importante para poder luego comprender a cuál tipo de presentación se hace referencia en la diferente bibliografía a analizar. En el siguiente punto se describe el mecanismo de

parto en presentación podálica marcando en primer lugar las diferencias con la presentación cefálica. A continuación, se describe la asistencia del parto con las particularidades que la diferencian a aquella en presentación cefálica, y las maniobras que pueden requerirse para el apoyo en el desprendimiento fetal. Se presentan las recomendaciones que los principales libros de obstetricia realizan respecto al manejo de la presentación podálica, lo cual no se desarrolla en detalle debido a que más adelante se presentarán las recomendaciones internacionales.

Se describen como último punto del marco teórico los dos procedimientos que se encuentran para lograr la versión fetal de podálica a cefálica: versión cefálica externa y moxibustión.

Luego de esto, se realiza un apartado con los antecedentes del tema y las principales recomendaciones. Dada la relevancia que tuvo y continúa teniendo el Term Breech Trial (TBT) en el manejo de la presentación podálica surge la necesidad de detallar en el primer punto el trabajo, sus conclusiones y sus cuestionamientos. A continuación, se plantean las recomendaciones internacionales a partir de sus protocolos y guías de manejo. Se presta principal atención a las guías del RCOG por tener un enfoque menos intervencionista y por presentar en más detalle la evidencia científica de la que basa cada recomendación que realiza.

Por otra parte, en el análisis se compara la situación actual de los países Latinoamericanos entre sí y con aquellas recomendadas por las entidades internacionales.

Por último, en las conclusiones finales se hace una reflexión acerca de la situación latinoamericana sobre la temática, intentando aportar una perspectiva desde la partería y plantear tanto sugerencias como posibles líneas de investigación.

5. Objetivos

5.1. General

Realizar una revisión sobre el manejo de la presentación podálica en países de América Latina.

5.2. Específicos

- Conocer las recomendaciones internacionales sobre la vía de finalización de la gestación con feto único en presentación podálica.
- Conocer las recomendaciones internacionales sobre las opciones para lograr un parto vaginal en presentación cefálica, cuando la presentación está inicialmente en podálica.
- Conocer el manejo actual de la presentación podálica en países de América Latina.
- Comparar la situación actual de los diferentes países estudiados con las recomendaciones internacionales.

6. Marco teórico

Para la realización del marco teórico se utilizan los principales libros de obstetricia de la escuela anglosajona y latinoamericana con el objetivo de mostrar un conocimiento amplio, variado, y que refleje las diferencias y similitudes respecto al tema.

6.1. Presentación podálica y colocación fetal

Llegando al término del embarazo el feto se coloca usualmente en presentación cefálica de vértice, es decir, con la cabeza flexionada sobre el pecho e insinuada a la pelvis materna. Esta colocación es la más favorable para el parto ya que conlleva las menores complicaciones tanto para la madre como para el feto. En aproximadamente un 5 % de los casos, la colocación fetal es distinta a la antes mencionada. Dicha desviación se conoce como presentación anómala fetal (Gabbe et al., 2019). Se denomina de esta forma debido a que se asocia a un aumento de riesgo materno perinatal.

La presentación podálica, objeto de este trabajo, se encuentra incluida en el 5 % antes mencionado. Esta se define como aquella presentación fetal en la que el polo podálico se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna. También se conoce como presentación de nalgas, pelviana o de pelvis. Para poder comprender cómo se coloca el feto dentro de la cavidad uterina, además del concepto de presentación fetal, en obstetricia se describen los conceptos de actitud, situación y posición. Mediante esta nomenclatura se explican las relaciones que guarda el feto respecto a sí mismo, el útero y la pelvis materna.

Se define actitud fetal como la relación que tienen entre sí las diferentes partes fetales: cabeza, tronco y miembros. La actitud comúnmente adoptada al final del embarazo es de flexión generalizada, esto se debe a que el feto, de mayor longitud que la cavidad uterina, debe reducir su volumen al máximo para caber en ésta, es decir, debe "apelotonarse" (Schwarcz et al., 2016). Se describe entonces la cabeza flexionada sobre el tórax, con el mentón dirigido hacia el esternón, las extremidades superiores cruzadas por delante del tronco, muslos flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos.

Esto le concede al feto una forma ovoidea, ya que acompaña la forma del útero. Al ovoide fetal se le describen dos polos, uno cefálico, formado por la cabeza y uno podálico o pelviano integrado por las nalgas y miembros inferiores. Por acomodación entonces el eje mayor del ovoide fetal y el uterino coinciden. Esto deriva al concepto de situación fetal que se define como la relación entre el eje mayor del feto, el eje mayor del útero y el eje mayor de la madre (Schwarcz et al., 2016). Existen tres situaciones: longitudinal, transversa y oblicua. Se trata de una situación longitudinal

cuando el eje mayor del feto, del útero y de la madre coincide. Por otro lado, cuando el eje largo del ovoide fetal es perpendicular a los otros dos, se trata de una situación transversa. En la situación oblicua, el eje largo del feto se encuentra intermedio entre las otras dos situaciones. Esta última es generalmente transitoria y en el parto se vuelve transversa o longitudinal (Topolanski y Burgos, 1974; Cunningham, et al., 2019).

Cabe aclarar que el eje longitudinal de la madre y del útero son paralelos entre sí pero puede suceder que no lo sean, como en el caso de úteros cordiformes. En estas circunstancias el eje que predomina para definir la situación fetal es el de la madre. Autores como Cunningham, et al. (2019) definen entonces a la situación como la relación entre el eje largo del feto y el eje largo de la madre y la denominan estática fetal. En gestaciones únicas y de término la situación será longitudinal en el 99 % de los casos (Cunningham, et al., 2019) y es la única que permite el parto vaginal (Gabbe et al., 2006).

Asimismo, se vuelve importante conocer la relación que guarda el polo inferior del ovoide fetal respecto a la pelvis materna para su paso por el canal de parto. A este efecto, se describe el concepto de presentación definido como aquella parte del ovoide fetal que se ofrece al estrecho superior de la pelvis, que puede llenarlo y es capaz por sí misma de cumplir un mecanismo de parto (Topolanski y Burgos, 1974; Schwarcz et al., 2016). Las presentaciones son dos: cefálica y podálica (o pelviana); en estas la situación es longitudinal y son las únicas que cumplen con la definición anteriormente mencionada.

Cabe mencionar que algunos autores excluyen de su definición la capacidad del segmento fetal de desencadenar un mecanismo de parto. En esos casos describen una tercera presentación llamada transversa o de hombro que ocurre cuando el feto se encuentra en situación transversa y uno de los dos hombros se ofrece al estrecho superior (Pérez y Donoso, 2011; Cunningham, et al., 2019).

La presentación fetal no siempre se ofrece a la pelvis materna de la misma forma ya que depende de la actitud que adopta el feto. De esta forma se describe el concepto de modalidad de presentación. A partir de éste concepto se clasifica a la presentación podálica en tres modalidades, las cuales se describen en el capítulo (ver capítulo que corresponde). Por otra parte, la posición fetal se define como la relación entre el dorso fetal y el lado derecho o izquierdo de la madre (Topolanski y Burgos, 1974; Pérez y Donoso, 2011).

6.2. Frecuencia y etiología

La disposición del feto en la cavidad uterina no es fortuita, sino que se explica por la ley de Pajot que expone lo siguiente:

Cuando un cuerpo sólido, de superficie lisa y resbaladiza (feto recubierto de unto sebáceo), está contenido en otro de paredes deslizantes y poco angulosas (útero tapizado por el amnios) y animadas de movimientos alternativos de contracción y relajación, el contenido tiende a adaptarse en su forma y dimensiones al continente. (Schwarcz et al., 2016, p. 59)

De este modo el feto (contenido) se adapta al útero materno (continente) viéndose influido tanto por el tono y motricidad uterina como por sus propios movimientos. En las primeras etapas del embarazo, el útero es redondo y la proporción de líquido amniótico es mucho mayor al volumen fetal por lo que éste tendrá una disposición muy variable. Sin embargo, a medida que avanza la gestación la proporción de líquido amniótico disminuye respecto a la masa fetal, ocasionando que éste cuente con una menor movilidad y deba adaptarse más a la cavidad uterina siguiendo la ley de acomodación antes mencionada. Por consiguiente, el polo cefálico que es el de mayor volumen del ovoide fetal los dos primeros tercios del embarazo, ocupará el espacio de mayor tamaño del útero, el fondo. Luego de las 26 a 30 semanas de embarazo el polo de mayor volumen es el podálico por lo que el feto realiza su versión interna fisiológica y espontánea de reacomodación.

De esta forma se explica cómo la incidencia de la presentación podálica disminuye con la edad gestacional pasando de un 25 % de las gestaciones únicas antes de las 28 semanas a un 3 a 4 % de los partos de término (Gabbe et al., 2019), siendo la presentación cefálica la más frecuente. La causa que provoca la persistencia de la presentación podálica en la mayoría de los casos es la presencia de un obstáculo que impide el cumplimiento de la ley de Pajot. Por otra parte, existen otras situaciones que causan la presentación podálica en el que sí se cumple la ley de acomodación, pero se debe a cambios en las dimensiones de los polos del ovoide fetal o en la forma del útero. Esto sucede, por ejemplo, en fetos con hidrocefalia en los que el polo mayor es el cefálico por lo que se acomoda en el fondo uterino o en anomalías uterinas en las que el segmento inferior del útero es de mayor volumen que el fondo.

Causas maternas de presentación podálica son multiparidad, estrechez pélvica, tumores y malformaciones uterinas. La multiparidad puede ser una causa de podálica debido a la atonía uterina por flacidez uteroabdominal. Ésta no permite que se cumpla la ley de Pajot en la que es necesario que el feto se vea sometido a períodos de contracción y relajación por parte del útero (Schwarcz et al., 2016). La estrechez pélvica es otro motivo que no permite que se cumpla la ley de acomodación, en este caso por disminuir la movilidad fetal. En úteros con malformaciones como es el caso del útero tabicado, uni o bicorne, entre otros, la forma de la cavidad es asimétrica y por acomodación la podálica se mantiene en la parte inferior del útero. Lo mismo sucede en el caso de tumores uterinos o yuxtauterinos, además de que agrega la rigidez uterina lo que tampoco permitirá la versión espontánea del feto.

Por otra parte, causas fetales son las gestaciones múltiples, anomalías fetales como hidrocefalia y anencefalia (por razones mencionadas anteriormente) y prematuridad. La mayor frecuencia de presentación podálica en partos pretérmino se debe a que el nacimiento ocurre previo a la versión interna de reacomodación del feto. Asimismo, existen causas ovulares como volumen de líquido amniótico extremos (polihidramnios y oligoamnios), placenta de inserción baja y cordón umbilical corto. En el polihidramnios el exceso de líquido amniótico ocasiona mayor movilidad al feto lo que dificulta la acomodación. En el caso del oligoamnios, el escaso líquido amniótico no permite la versión fetal. En tanto, las placentas de inserción baja, por su ubicación en el útero, no permiten la acomodación. Asimismo, el cordón umbilical corto limita la movilidad fetal y así su disposición en el útero.

6.3. Clasificación de la presentación podálica

La presentación podálica se clasifica en diferentes modalidades según la relación que guardan los miembros inferiores respecto a las nalgas, es decir, según la actitud que adopta el polo podálico fetal. No existe en la literatura un consenso respecto a las modalidades de presentación por lo que se detallan a continuación las diferentes clasificaciones. Por un lado, para algunos autores la presentación podálica presenta dos modalidades: completa e incompleta.

En la podálica completa el feto se encuentra apelotonado manteniendo la actitud de flexión generalizada, con los muslos sobre la pelvis y las piernas flexionadas sobre los muslos. De esta manera aparenta estar sentado "en cuclillas" sobre el estrecho superior de la pelvis materna, ofreciendo a esta sus nalgas y pies.

Mientras tanto, la podálica incompleta se presenta cuando los muslos se encuentran hiperflexionados y las piernas extendidas de manera que los miembros inferiores quedan dispuestos delante del tronco fetal "como tablillas". De esta forma únicamente las nalgas se ofrecen al estrecho superior de la pelvis materna, mientras que los pies se encuentran en el fondo uterino en contacto con la cabeza fetal. Schwarcz et al. (2016) llama a dicha podálica como incompleta, modalidad de nalgas.

Cabe destacar que también se pueden encontrar otras variedades como de pies y rodillas. Estas se reconocen como subvariedades dentro de la podálica completa, irrelevantes para la clínica (Topolanski y Burgos, 1974; Schwarcz et al., 2016). Por otra parte, se puede encontrar en la literatura, principalmente anglosajona, tres modalidades de pelviana: nalgas puras o francas, completas e incompletas (figura 1).

En este caso, la definición de podálica completa se mantiene igual a lo descrito anteriormente. Mientras tanto, la pelviana incompleta se define de manera diferente. Esta ocurre cuando uno o ambos muslos se encuentran extendidos, de forma que los miembros inferiores o alguna parte de estos quedan por debajo de las nalgas y por consiguiente se adentran en el canal de parto. Cunningham, et al. (2019), explican que la llamada presentación de pie se trata de una podálica incompleta, pudiendo estar uno o ambos pies debajo de las nalgas.

En tanto cuando sólo las nalgas se ofrecen a la pelvis se denomina modalidad de nalgas puras o franca. A esta última se le describen las mismas características que en la podálica incompleta de la clasificación anterior.

La presentación de nalgas puras es la más frecuente apareciendo en el 48 a 73 % de las podálicas. Le sigue la modalidad incompleta en un 12 a 38 % y la completa en un 4,6 a 11,5 % (Gabbe et al., 2019).

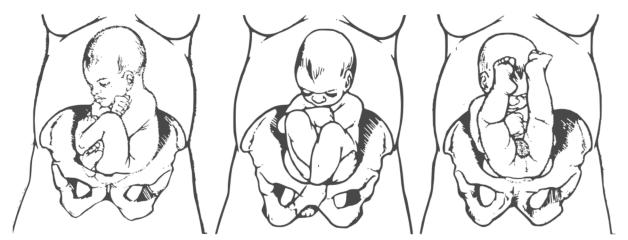


Figura 1. Modalidades de podálica: completa, incompleta y nalgas puras (Gabbe et al., 2006).

6.4. Diagnóstico

El diagnóstico de la presentación fetal se realiza clínicamente mediante exploración abdominal y tacto vaginal. Además, se utiliza como examen paraclínico la ecografía obstétrica, la cual confirma el diagnóstico. Las cuatro maniobras de Leopold son las empleadas en el examen abdominal para, mediante la palpación profunda y sistemática, identificar la colocación fetal y dar diagnóstico de presentación (figura 2).

La primera maniobra de Leopold se realiza con quien examina mirando hacia la cara de la mujer. Se coloca el borde cubital de cada mano sobre el abdomen materno buscando delimitar el fondo uterino. De esta forma se identifica la altura uterina y la

parte del ovoide fetal que ocupa el fondo del útero. El polo podálico es grande, blando, irregular, reductible, que no pelotea. A cambio, el polo cefálico se identifica como una masa dura, regular, no reductible, redonda y que pelotea. Cuando la situación fetal es transversa, en el fondo uterino no se palpa ninguno de los polos fetales.

Mediante la segunda maniobra de Leopold se determina la posición, al distinguir el dorso fetal del lado derecho o izquierdo del abdomen materno. Para esto quien examina dirige sus manos desde el fondo uterino hacia abajo, siguiendo la palpación uterina a ambos laterales del abdomen. En situación longitudinal, el dorso fetal se identifica como una superficie lisa, resistente y ligeramente convexa, mientras que del lado opuesto se palpan pequeñas partes fetales de los miembros.

Es conveniente para esta maniobra que una mano palpe mientras con la otra se ejerce una ligera presión para acercar al feto a la mano que palpa. En caso de que aún no se distinga la posición fetal, se puede recurrir a la maniobra complementaria de Budin en la que una mano presiona sobre el fondo uterino mientras que la otra palpa los lados del útero para su comparación. De esta forma se exagera la flexión del feto generando que el dorso sobresalga y sea más fácil de identificar (Schwarcz et al., 2016).

Con la tercera maniobra de Leopold se identifica la presentación fetal. Para esto quien examina permanece de frente a la mujer y con una mano forma una "C" entre el dedo pulgar e índice para, encima de la sínfisis púbica, ubicar el polo fetal en la región inferior del útero. Se puede intentar movilizar el polo para evaluar si pelotea. En la cuarta maniobra quien examina, mirando a los pies de la mujer, coloca ambas manos a los costados del hipogastrio deslizándolas hacia la profundidad de la pelvis. Entre los dedos de las manos se abarca el polo fetal por lo que se corrobora la presentación y se identifica el grado de encajamiento y la actitud del polo.

Por lo tanto, cuando en la palpación abdominal, mediante las maniobras de Leopold, se identifica al polo cefálico ocupando el fondo y el podálico en la región inferior del útero se hace diagnóstico de presentación podálica. Cabe agregar que se pueden apreciar a la palpación algunas diferencias dependiendo de la modalidad de presentación. En el caso de la pelviana completa se describe al polo como de gran volumen, que permanece alto y puede estar móvil al inicio del parto. Por otro lado, en la pelviana incompleta, modalidad de nalgas, el polo es más pequeño y duro, pudiendo estar encajado desde antes del parto.

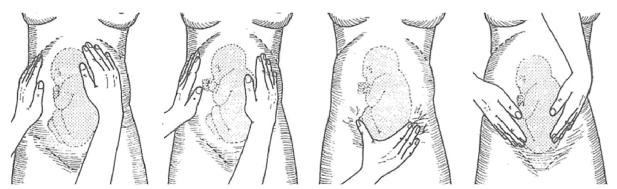


Figura 2. Maniobras de Leopold (Pérez y Donoso, 2011).

Por otra parte, otro elemento que guía al diagnóstico de la presentación podálica es la altura en la que se ubica el foco de mayor auscultación de los latidos fetales. Este se encuentra a nivel del hombro anterior del feto y se le llama foco máximo de auscultación. En la presentación podálica este se ubica a nivel umbilical o supraumbilical, del lado derecho o izquierdo materno dependiendo de la posición del feto. Esto es opuesto a la presentación cefálica, en la que los latidos fetales se auscultan por debajo de la cicatriz umbilical. Es importante destacar que la cicatriz umbilical varía en ubicación debido a que de cada mujer y la cantidad de panículo, especialmente en mujeres con sobrepeso y obesidad.

Pasando al examen genital, al tacto vaginal, es frecuente encontrar una excavación pelviana vacía por la falta de encajamiento de la presentación podálica antes del inicio del parto. Una vez con membranas rotas y dilatación cervical, el polo podálico se identifica con una consistencia y forma irregular a diferencia de la presentación cefálica que es dura, regular y presenta suturas y fontanelas.

La percepción de los pies fetales ayuda a identificar la modalidad de presentación. En el caso de la pelviana franca estos no se encuentran al tacto, sino que se palpan las nalgas fetales como dos masas blandas y redondeadas, separadas por un surco, el pliegue interglúteo. A un lado del surco se identifica el sacro y del lado opuesto, el ano y genitales externos. Sin embargo, en la podálica completa, además de las nalgas, se encontrarán en una misma altura a los pies. Si éstos últimos se encuentran por debajo de las nalgas se trata de una pelviana de pie.

Es importante destacar que cuando el parto se hace prolongado, las nalgas pueden inflamarse y así al tacto llegar a confundirse con la cara fetal. El ano se confunde con la boca y las tuberosidades isquiáticas con las eminencias malares. La diferencia estará en que el esfínter anal genera una resistencia que no sucede en la boca, además de que al tactar el ano se puede producir expulsión de meconio. Otro aspecto a tener en cuenta para la diferenciación es que las eminencias malares no se encuentran en línea recta con la boca, como sucede entre el ano y las tuberosidades isquiáticas (Cunningham, et al., 2019).

La ecografía obstétrica, además de confirmar el diagnóstico clínico, aporta otra información de gran utilidad para definir una conducta. Mediante la ultrasonografía, no sólo se reconoce la presentación sino que se describe la colocación fetal, características de la placenta y del líquido amniótico. También, se puede llegar a identificar la causa que da origen a la presentación distócica, como son malformaciones fetales o uterinas.

6.5. Punto de reparo y principales diámetros fetales

El punto diagnóstico y punto guía de la presentación podálica es la cresta coccisacra independientemente de si la modalidad es completa o incompleta.

Mientras tanto, el diámetro que predomina en la presentación podálica es el bitrocantéreo con una longitud de 9,5 cm. Este es perpendicular al punto de reparo, la cresta coccisacra.

Por lo tanto, para identificar la variedad de posición se busca el sacro fetal en el tacto vaginal.

Se distinguen 8 posiciones: sacro-ilíaca-izquierda-anterior (SIIA), sacro-ilíaca-derecha-posterior (SIDP), sacro-ilíaca-izquierda-posterior (SIIP), sacro-ilíaca-derecha-anterior (SIDA), sacro-ilíaca-izquierda-transversa (SIIT), sacro-ilíaca-derecha-transversa (SIDT), sacro púbica (SP) y sacro sacra (SS).

Por otra parte, como las nalgas se acomodan al estrecho superior de la pelvis en uno de sus diámetros oblicuos, Schwarcz et al. (2016) describen sólo cuatro variedades: SIIAA, SIDO, SIIP, SIDA.

6.6. Mecanismo de parto:

El mecanismo de parto consiste en los movimientos pasivos que realiza el feto para atravesar el canal de parto. Se distinguen diferentes etapas en la que el feto debe efectuar ciertos movimientos para acomodarse al canal pelvigenital. Estas diferentes etapas se denominan tiempos. Cada segmento fetal (nalgas, hombros y cabeza) describe cuatro tiempos: acomodación, descenso, rotación interna y desprendimiento.

Debido a la proximidad entre la cabeza y los hombros, siempre hay dos tiempos que se superponen. Cuando el parto sucede en presentación cefálica, la cabeza, que se trata del segmento fetal más prominente, es la primera en realizar el mecanismo de parto. Debido a esto el canal se dilata lo suficiente para dar paso a los segmentos restantes, sucesivamente más pequeños. Por ende, cuando desprenden los hombros, el resto del cuerpo sale con facilidad y no se describen tiempos para las nalgas. En consecuencia, el parto en presentación cefálica se estudia en seis tiempos.

En el caso de la presentación podálica, sucede lo opuesto: el parto del segmento más prominente es último. Por consiguiente se describen los tiempos de las nalgas, los hombros y la cabeza. Es así que el mecanismo de parto en presentación podálica cuenta con diez tiempos y se estudia de igual manera independientemente de la modalidad de presentación. Dado que la distancia entre las nalgas y los hombros es mayor que la altura de la excavación pélvica, las nalgas realizan todo su mecanismo de parto antes de que los hombros y la cabeza se adentren en la pelvis (Schwarcz et al., 2016).

En el primer tiempo, las nalgas se acomodan al estrecho superior de la pelvis. El diámetro bitrocantéreo de 9,5 cm se orienta hacia uno de los diámetros oblicuos de la pelvis materna. Esta acomodación se debe a la reducción de los diámetros del polo podálico por apelotonamiento y compresión, y no por cambios de actitud como sucede en las cefálicas (Schwarcz et al., 2016).

A continuación, en el segundo tiempo, con el empuje de las contracciones uterinas las nalgas descienden en el diámetro adoptado en el primer tiempo y, siguiendo el eje de la pelvis, se encaja. En general, el descenso ocurre en un ligero ascinclitismo¹ anterior (la nalga anterior desciende antes que la posterior encontrándose el surco interglúteo más cerca del sacro que del pubis).

El descenso es más lento y dificultoso en la pelviana completa y sólo se cumple una vez que la dilatación es completa y la bolsa rota. En cambio, en la pelviana incompleta modalidad de nalgas (homólogo a nalgas puras) esto sucede más fácil y precozmente (Schwarcz et al., 2016).

Cuando el feto en su descenso encuentra resistencia en el piso pélvico, se produce la rotación interna de las nalgas por acomodación al estrecho inferior de la pelvis, lo que corresponde al tercer tiempo. El diámetro bitrocantéreo pasa a ocupar el diámetro anteroposterior de la pelvis materna quedando el surco interglúteo en el diámetro transverso y el sacro al extremo derecho o izquierdo de éste. El grado de rotación depende del diámetro adoptado por las nalgas en el primer tiempo, siendo generalmente de 45°.

Una vez que se produjo la rotación, el descenso continúa en sacrotransversa hasta el desprendimiento de las nalgas, correspondiente al cuarto tiempo del mecanismo de parto. Para esto el periné se distiende dando paso a las nalgas; la nalga anterior

_

¹ Se le llama sinclitismo a la coincidencia del eje del feto con el eje de la pelvis materna. Esto se aprecia cuando la sutura sagital se encuentra equidistante del promontorio y del pubis en la presentación cefálica. En el caso de la presentación podálica, sucede cuando es equidistante con el surco interglúteo. En el ascinclitismo entonces el eje del feto se encuentra más cerca del promontorio o del pubis.

se apoya bajo la sínfisis del pubis actuando como hipomoclion (punto de apoyo) y el tronco fetal se incurva lateralmente para seguir el eje del canal. La nalga anterior desprende primero, seguido de la nalga posterior. En la modalidad de podálica completa, los miembros inferiores acompañan el desprendimiento de las nalgas. Por el contrario, en las nalgas puras el desprendimiento de los miembros inferiores es posterior al desprendimiento de las nalgas.

Schwarcz et al. (2016) describen un desprendimiento diferente en el caso de la incompleta modalidad de nalgas (homólogo de nalgas puras para otros autores). En dicha modalidad, una vez que la nalga anterior comienza a exteriorizarse, el dorso rota hasta quedar orientado en sacropúbica (con el dorso mirando hacia arriba). Se debe a que los miembros inferiores del feto, actúan como férulas, dificultando la flexión del tronco necesaria para adaptarse al eje curvo del canal de parto para el desprendimiento. Dicha rotación permite que los miembros inferiores desprendan y así facilite la salida completa de las nalgas.

Con las nalgas desprendidas, el tronco continúa su descenso sin dificultad. Una vez que se visualiza el ombligo fetal los hombros comienzan a ofrecerse a la pelvis. De esta forma en el quinto tiempo, los hombros se comprimen reduciendo su diámetro de 12 a 9 cm para acomodarse al estrecho superior de la pelvis. El diámetro biacromial, se dispone en el oblicuo del estrecho superior de la pelvis que ocupó anteriormente el bitrocantéreo por ser paralelos entre sí. Debido a la acomodación de los hombros, se observa la rotación externa de las nalgas, quedando el feto con el dorso orientado hacia el pubis materno.

En el sexto tiempo los hombros descienden y se encajan. La progresión por el canal de parto sigue el diámetro adoptado anteriormente. Se exterioriza entonces de forma progresiva el tronco fetal hasta que comienza a visualizarse el tórax. A continuación, en el séptimo tiempo, se produce la rotación interna de los hombros y la acomodación de la cabeza. El diámetro biacromial se dispone en el estrecho inferior de la pelvis ocupando su diámetro anteroposterior, mediante un giro de 45°. Al mismo tiempo, la cabeza cambia su actitud a flexión moderada para acomodarse al estrecho superior de la pelvis, ofreciendo su diámetro suboccipitofrontal (10,5 cm) al oblicuo opuesto al utilizado por los hombros.

Acompañando a la rotación de los hombros, el dorso fetal gira y se orienta hacia el lado derecho o izquierdo de la madre. Es frecuente que el diámetro biacromial se acomode en el transverso del estrecho inferior, realizando una rotación de 90° en vez de 45°. En este caso el dorso fetal se mantiene dirigido hacia el pubis materno. En el octavo tiempo los hombros desprenden y la cabeza desciende. Con el diámetro biacromial sobre el anteroposterior del estrecho inferior de la pelvis, primero desprende el hombro anterior, ubicado bajo la sínfisis del pubis. Autores clásicos explican que sucede por el propio peso que ejerce el cuerpo del feto que cuelga sobre la vulva, mientras que el hombro posterior lo hace con la elevación del

feto. Simultáneamente la cabeza desciende y se encaja siguiendo el diámetro oblicuo adoptado anteriormente.

Cuando el diámetro biacromial está orientado sobre el transverso de la pelvis, los hombros desprenden en asinclitismo. Habitualmente los brazos desprenden en conjunto con el tórax del feto. En el noveno tiempo se produce la rotación externa de los hombros e interna de la cabeza. Con todo el cuerpo ya en el exterior, sólo queda la cabeza del feto en el canal de parto. El polo cefálico rota para acomodarse al estrecho inferior de la pelvis, orientando el occipucio bajo la sínfisis del pubis. La sutura sagital ocupa entonces el diámetro anteroposterior de la pelvis inferior. Debido a la acomodación de la cabeza, los hombros rotan 90° quedando el diámetro biacromial paralelo al biisquiático materno. La cabeza desprende en el décimo tiempo. Al igual que en la presentación cefálica, el occipucio actúa de bisagra o hipomoclion sobre el pubis. Mediante su flexión, el polo cefálico exterioriza sucesivamente el mentón, la nariz, la frente y la fontanela anterior hasta su total desprendimiento.

6.7. Asistencia del parto

Para la asistencia del parto vaginal en presentación podálica se deben tener ciertas consideraciones que se detallan a continuación. En general, el trabajo de parto en presentación podálica es más lento comparado al de vértice, sin embargo, el progreso cervical de forma constante es un buen indicador de proporciones pélvicas adecuadas (Lennox, 1998, como se citó en Cunningham, et al., 2019).

Durante el período dilatante es indispensable preservar la bolsa de aguas íntegra dado que ésta contribuye en gran parte a la dilatación cervical frente a un polo podálico irregular y que generalmente se encaja tardíamente en el canal de parto; siendo esto último de mayor riesgo para procidencia de cordón. En caso de rotura espontánea de membranas, se recomienda el tacto vaginal inmediato para descartar procidencia de cordón y evaluación de la frecuencia cardíaca fetal.

Se destaca a la dilatación completa del cuello uterino como un prerrequisito esencial para el éxito del parto en podálica (Williams, 1903, como se citó en Cunningham, et al., 2019). Por lo tanto se desaconseja el pujo materno hasta dicho momento. En el período expulsivo la atención del parto se puede realizar de tres maneras: parto espontáneo, asistencia de nalgas y gran extracción de nalgas.

En la gran extracción de nalgas o extracción pelviana total, quién asiste el parto, interviene en la completa extracción del feto (en modalidad completa o incompleta) desde antes de su encajamiento en la pelvis materna. Este método actualmente sólo puede llegar a considerarse en caso de óbito fetal o parto de segundo gemelo (Pérez y Donoso, 2011). Las maniobras requeridas exceden el propósito del trabajo por lo

que no serán descritas pero cabe mencionar que se tratan de las mismas que pueden ser utilizadas para la extracción fetal en el nacimiento por cesárea (Cunningham, et al., 2019).

Por otra parte, en el parto espontáneo no se interviene en el desprendimiento del feto, quien cumple el mecanismo de parto de forma espontánea completamente. La asistencia se limita únicamente al sostén del neonato. Mientras tanto, en la asistencia de nalgas (también conocida como extracción pelviana parcial), se permite la progresión espontánea del parto hasta que se visualiza el ombligo del feto. A partir de dicho momento, quien realiza la asistencia, interviene efectuando ciertas maniobras de apoyo. Se trata de la forma en la que usualmente se asiste el expulsivo en presentación podálica ya que rara vez sucede el parto completamente espontáneo.

Schwarcz et al. (2016) explican esta asistencia en dos fases; la primera es más larga y transcurre durante la etapa en la que quien asiste el parto mantiene una actitud vigilante y permite el progreso espontáneo del expulsivo. La segunda fase comienza cuando se requiere intervención para el apoyo en el desprendimiento del feto. Cuando las nalgas comienzan a distender el periné, comienza la primera fase. En este momento la episiotomía mediolateral es indicada de rutina. Cunningham, et al. (2019), sin embargo, aclaran que puede evitarse en caso de que el periné se encuentre relajado completamente.

Si bien Pérez y Donoso (2011) indican que se le solicite a la madre comenzar a pujar una vez con membranas rotas y dilatación completa, Schwarcz et al. (2016) prefieren permitir la expulsión de las nalgas con el mero impulso de las contracciones uterinas para reservar las energías maternas para la segunda fase del parto.

Una vez exteriorizadas las nalgas, se envuelve al feto con compresas tibias para evitar su excitación por diferencia de temperatura. Es frecuente la expulsión de meconio que no se trata de un signo de alarma, sino que ocurre por compresión abdominal en el canal de parto.

Siempre que no existan alteraciones en el bienestar fetal, se enfatiza la importancia de la paciencia y no intervención en el desprendimiento ya que puede retrasar y perjudicar el nacimiento.

El partero avanzado no trata nunca de acelerar el parto traccionando del feto, aunque primero los miembros inferiores, luego las nalgas y por fin el tronco inviten traicioneramente a servirse de ellos como elementos tractores. El inexperto que por ansiedad o con deseo equivocado de salvaguardar la vida fetal adopta una conducta activa, al descender un pie disminuye el perímetro de la presentación y dificulta más el paso de la cabeza última. Los brazos y la cabeza se deflexionan y tornan su desprendimiento difícil o imposible. (Schwarcz et al., 2016, p. 217)

Cuando se hace visible el ombligo fetal, comienza la segunda etapa, de intervención. Quien asiste debe realizar un asa del cordón umbilical traccionando de su extremo placentario. Esto permite corroborar que cuenta con una longitud suficiente para el avance del parto y evita el tironeo del funículo (Schwarcz et al. 2016).

Se permite la expulsión espontánea hasta que se visualiza el omóplato fetal. En dicho momento la cabeza se acomoda al estrecho inferior de la pelvis y se reduce la oxigenación fetal por compresión del cordón, se trata de la fase crítica del parto. Como se menciona anteriormente, se puede requerir de intervención por parte del profesional para el desprendimiento de hombros y/o cabeza. Para esto, se describen las siguientes maniobras a continuación.

La maniobra de Bratch facilita la expulsión de los brazos, permitiendo simultáneamente la liberación de hombros y cabeza. Se utiliza cuando se hace visible el ángulo del omóplato y el parto no progresa luego de una mínima espera. Para esto, se necesita la asistencia de un ayudante quien debe realizar una presión con ambas manos sobre el abdomen materno siguiendo el eje de la pelvis. Mientras tanto, el profesional toma al feto con los pulgares comprimiendo los muslos sobre el abdomen fetal y sus otros dedos apoyados sobre la región lumbosacra; de esta forma lo levanta, exagera su lordosis y se dirige el dorso fetal hacia el abdomen materno. Así desprenden los brazos en el diámetro transverso al tiempo que la presión ejercida desde el abdomen materno permite el paso de la cabeza por el canal de parto y su liberación. Se debe tener cuidado de no tirar del feto para evitar lesionar la columna vertebral (Schwarcz et al. 2016).

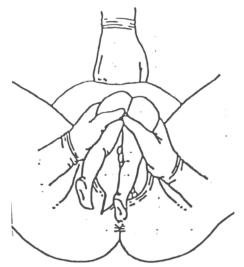


Figura 3. Maniobra de Bratch, primer tiempo (Schwarcz et al. 2016).



Figura 4. Maniobra de Bratch, segundo tiempo (Schwarcz et al. 2016).

En tanto para la liberación de los hombros se describen tres maniobras diferentes: de Pajot; Deventer-Muller; y de Rojas. Estas pueden requerirse en caso de que los

brazos se encuentren deflexionados (es decir, por encima del tronco) y no desprenden espontáneamente.

La maniobra de Pajot (figura 5) consiste en la extracción manual de los brazos fetales de a uno a la vez. En primer lugar, se extrae el brazo posterior, por lo que se requiere levantar el cuerpo del feto para llegar a éste. Utilizando la mano semejante al brazo fetal a extraer, se accede entre el hombro posterior y el canal de parto hasta llegar al codo del feto; a partir de éste se extrae el brazo deslizándolo delante de la cara siguiendo una trayectoria de semicírculo hasta que se desprenda por completo. Se dice que el movimiento descrito es como "lavarle la cara" al feto (Schwarcz et al. 2016).

En segundo lugar, para extraer el brazo anterior se intenta acceder hasta el codo fetal y realizar el mismo movimiento mencionado anteriormente. Sin embargo, esto puede se puede ver dificultado debido a que no se encuentra el mismo espacio que aporta la curvatura del sacro. En dicho caso para lograr la extracción se debe rotar el hombro anterior hacia posterior sujetando el cuerpo del feto por el tronco y realizando un movimiento de semi círculo. Con el hombro anterior ahora en posterior, se realiza la misma técnica que se había utilizado para la extracción del otro brazo. Es importante remarcar que la extracción se ha de realizar a partir del codo para evitar la fractura del húmero.

Por otro lado, otra maniobra que se puede utilizar para el desprendimiento de los hombros, es la de Deventer-Müller que consiste en la tracción con firmeza del feto hacia abajo hasta desprender el hombro anterior y luego hacia arriba para que lo haga el posterior. Si en el primer intento no se logra, se puede intentar el movimiento nuevamente (Schwarcz et al. 2016).

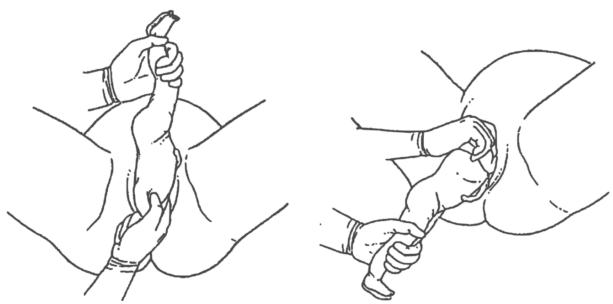


Figura 5. Maniobra de Pajot (Schwarcz et al. 2016).

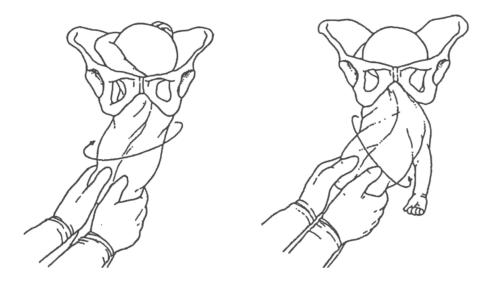


Figura 6. Maniobra de Rojas (Schwarcz et al. 2016).

Por último, se puede utilizar la maniobra de Rojas (figura 6). En esta se toma al feto por sus muslos, con los pulgares sobre el sacro, y se realiza un movimiento simultáneo de tracción y rotación para tornar el hombro posterior en anterior.

Durante dicha maniobra, el hombro posterior comenzará a descender por el canal de parto hasta exteriorizar la parte superior del brazo; el cual puede desprender espontáneamente o requerir que se tire del codo hasta exteriorizarlo por completo. En este momento, el dorso fetal se encuentra dirigido del lado opuesto a su orientación original, y el brazo que queda por desprender y en un primer momento era anterior, ahora es posterior.

Se debe ejercer un movimiento de restitución, nuevamente girando y traccionando del feto pero en este caso en la dirección opuesta a la realizada al inicio de la maniobra. Debido a la restitución, el brazo desprende por debajo del pubis.

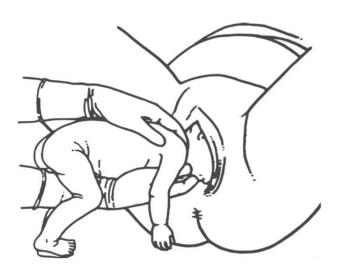
Como ya se vio anteriormente, la maniobra de Bratch permite la expulsión de brazos, hombros y cabeza en simultáneo; pero también, si los hombros ya habían desprendido espontáneamente, puede ser utilizada para el desprendimiento de cabeza última (Pérez y Donoso, 2011). Se trata de una maniobra con la que se consiguen los mejores resultados, permitiendo un fácil desprendimiento en casos no complicados.

Mientras tanto, la maniobra de Mauriceau es el procedimiento que se puede utilizar para extraer la cabeza última que se encuentra encajada en la excavación pélvica. Siguiendo el mecanismo de parto en podálica, en este momento el dorso fetal mira hacia adelante y la cabeza se encuentra con su diámetro suboccipitofrontal en uno de los oblicuos del estrecho superior de la pelvis, con la boca en la parte posterior de uno de estos diámetros.

Con la maniobra se exagera la flexión de la cabeza fetal evitando la hiperextensión del cuello y así se ayuda al desprendimiento. Para esto se dispone el antebrazo que corresponde a la mano hábil del operador debajo del feto, de modo que queda cabalgando sobre éste con las piernas a cada lado. Mientras con la misma mano se busca el maxilar fetal hasta llegar a la boca, en la que se introducen dos dedos.

Asimismo, la mano opuesta se dispone en el dorso fetal, con los dedos índices y medio abiertos en "V" sobre los hombros. De esta forma se lleva el mentón al pecho del feto a la vez que se tracciona suavemente hacia abajo. Al mismo tiempo, se realiza la rotación interna de la cabeza fetal para dirigirla al diámetro anteroposterior de la pelvis y que quede el occipucio debajo de la sínfisis del pubis. Se continúa guiando la cabeza fetal hacia abajo hasta que se vea el pelo de la nuca (figura 7).

Para seguir el desprendimiento progresivo de boca, nariz y frente, se eleva el cuerpo del feto hacia el abdomen materno (figura 8). Se describe también para esta maniobra a un ayudante que ejerce presión suprapúbica mantener la flexión de la cabeza fetal (Cunningham, et al., 2019). Si la maniobra resulta dificultosa no se debe emplear mayor fuerza sino que se requerirá la utilización de fórceps. Retención de cabeza última.



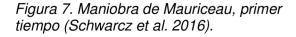




Figura 8. Maniobra de Mauriceau, segundo tiempo (Schwarcz et al. 2016).

6.8. Recomendaciones en el manejo de la presentación podálica:

Frente a un feto único en presentación podálica la recomendación general es la prevención del parto vaginal en pelviana. Para esto, se aconseja la versión cefálica

externa (VCE), de no estar contraindicada (Schwarcz y williams), con el objetivo de lograr un parto vaginal en cefálica. En caso de no realizarse o falla de la versión, las recomendaciones son la programación de cesárea al término o la prueba de parto vaginal en casos seleccionados.

La cesárea se prefiere por riesgo aumentado de morbimortalidad perinatal asociado al parto vaginal en podálica. El parto vaginal se deja evolucionar en casos de trabajo de parto avanzado o cuando no está disponible la cesárea de urgencia (Schwarcz). Williams realiza las recomendaciones del colegio americano: "la decisión sobre la modalidad de parto debe depender de la experiencia del especialista de la atención médica y que "el parto vaginal planificado de un feto único de término con presentación pelviana puede ser razonable bajo las pautas de protocolo específicas del hospital".

Los criterios de selección para la vía vaginal del parto en presentación podálica son los sigientes: peso fetal estimado menor a 3500 g; diámetro biparietal menor a 96mm; pelvis adecuada evaluada clínica o radiológicamente; modalidad de nalgas completas; cabeza flexionada o indiferente; ausencia de anomalías fetales; ausencia de impedimentos para la vía vaginal; ausencia de patología medico obstétrica concomitante; consentimiento de la madre; equipo médico calificado.

6.9. Versión cefálica externa

Para disminuir los riesgos que se asocian al parto en presentación podálica y reducir las tasas de cesárea por esta causa, se puede intentar transformarla a presentación cefálica mediante la versión cefálica externa (VCE). Esta consiste en una maniobra que se realiza sobre el abdomen materno para sustituir una presentación no cefálica por una cefálica. Es utilizada entonces en casos de presentación podálica y situaciones oblicuas o transversas.

La tasa de éxito de la VCE en una presentación podálica es de alrededor del 60 % (como se citó en Cunningham, et al., 2019). Se recomienda su realización entre la semana 36 y 37 de gestación y previo al inicio del trabajo de parto. Antes de las semanas mencionadas existe la posibilidad de que la podálica se corrija de forma espontánea y de realizarse es más probable que revierta a pelviana nuevamente (Cunningham et al., 2019).

La versión tiene contraindicación absoluta en los casos que la vía vaginal de por sí esté contraindicada. Schwarcz et al. (2016) contraindican su práctica en los siguientes casos: edad gestacional menor a 38 semanas, desproporción feto pélvica, cirugías uterinas previas (como cesárea o miomectomías), tono uterino aumentado, útero con malformaciones o miomas, gestación múltiple, óbito fetal, malformaciones

fetales mayores (como hidro o anencefalia), placenta previa, oligoamnios y obesidad materna.

Antes de comenzar su realización, se debe obtener el consentimiento de la mujer habiéndo explicado los riesgos y beneficios de la maniobra. El procedimiento ha de realizarse en una institución equipada y preparada para una cesárea de emergencia. Se indica una ecografía obstétrica para confirmar la presentación, evaluar volumen de líquido amniótico, descartar anomalías fetales, identificar ubicación de la placenta, y posición fetal. Para evaluar la reactividad fetal, se realiza, antes del comienzo de la maniobra, una monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal. En caso de que la mujer sea de grupo sanguíneo Rh negativo, se indica inmunoglobulina anti-D (Cunningham et al., 2019).

Es preferente, debido a la posibilidad de realización de cesárea, que la mujer no ingiera sólidos al menos 6 horas antes de que se practique la maniobra y se obtenga un acceso venoso (Cunningham et al., 2019). Schwarcz et al. (2016) indican que evacúe intestino y vejiga, y se coloque en decúbito dorsal. Por su parte Cunningham et al. (2019), para mejorar la perfusión uteroplacentaria, indican que se coloque con una inclinación lateral izquierda y en Trendelemburg para que ayude a la elevación de las nalgas.

La técnica de versión cefálica externa en la presentación podálica consta de tres tiempos (figura 9). En primer lugar, ambas manos abrazan el polo podálico y de forma suave se lo eleva en dirección a la cavidad abdominal. A continuación, con una sola mano se mantiene elevado el polo podálico mientras la otra se dirige hacia el polo cefálico, para ejercerle una presión constante en dirección a la pelvis y así exagerar su flexión. De esta forma, el diámetro longitudinal del feto se reduce. En el tercer tiempo se produce la versión propiamente dicha (Schwarcz et al. 2016).

Se debe intentar en primer lugar girar al feto hacia adelante. Se desliza al feto primero hasta una situación oblicua, lo que se logra sin dificultad y luego hasta una situación transversa, parte más dificultosa del procedimiento. Si se logra que el feto continúe su versión y atraviese el eje transversal, el procedimiento se finaliza con facilidad quedando en situación longitudinal con presentación cefálica (Schwarcz et al. 2016).

Se debe tener en cuenta que si se presenta alguna contracción uterina debida a la manipulación del útero, quien realiza la VCE debe detenerse hasta que ésta ceda. Asimismo, se suspenderá la maniobra en caso de una frecuencia cardíaca fetal anormal persistente, molestias maternas excesivas o luego de varios intentos fallidos (Cunningham et al., 2019).

Cumpliendo con las condiciones mencionadas, la VCE se trata de una maniobra de bajo riesgo materno fetal. Dicho esto, las complicaciones que se describen son:

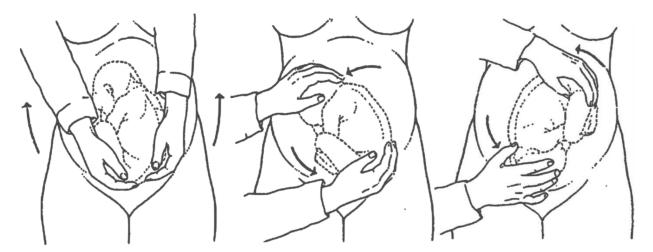


Figura9. Técnica de versión cefálica externa (Schwarcz et al., 2016)

desprendimiento de placenta, compromiso fetal y trabajo de parto pretérmino. Rara vez, se produce rotura uterina, hemorragia fetomaterna, aloinmunización, embolia de líquido amniótico y muerte fetal. La tasa de complicaciones graves es muy baja, y las cesáreas de emergencia ocurren en un 0,5 % de los casos o menos (como se citó en Cunningham, et al., 2019).

Incluso con una VCE exitosa, es más frecuente que se presenten distocias de la presentación y patrones intranquilizadores de la frecuencia cardíaca fetal comparado con fetos que se encontraban originalmente en presentación cefálica de vértice (como se citó en Cunningham, et al., 2019).

6.10. Moxibustión

La moxibustión se trata de una técnica de la medicina tradicional china en la que se utiliza una hierba llamada Artemisa vulgaris (también conocida como moxa), la cual se quema y se aplica contra la piel en diferentes puntos de acupuntura. En el caso de la presentación podálica se aplica sobre el punto de acupuntura BL 67 (Zhiyin en chino) situado en la punta del quinto dedo del pie, con el objetivo de lograr la versión espontánea del feto. Se cree que tiene la función de aumentar los movimientos fetales y así lograr el giro de la presentación. En general se aplica entre las 33 y 36 semanas de gestación, como intento previo a la VCE.

Existen diferentes opciones para su aplicación pero el tratamiento más conocido consiste en la aplicación de moxibustión durante 15 minutos a unos 3 cm de uno o ambos pies a la vez (en sus puntos de acupuntura). Esto se realiza una vez al día en

un período de 1 a 5 días (Izurieta, 2009). Aún no existe suficiente evidencia sobre sus beneficios (Coyle et al., 2012).

7. Marco de referencia y recomendaciones para el manejo de la presentación podálica

7.1. Term Breech Trial: el antes y el después en el manejo de la presentación podálica

El manejo de la presentación podálica de término se vio influenciado enormemente por los resultados presentados por el Term Breech Trial (TBT) en el año 2000. Se trató de un estudio multicéntrico realizado entre los años 1997 y 2000 en el que se compararon los resultados maternos y perinatales según la vía de nacimiento en busca de resolver cuál de ellas se trataba de la más segura para la madre y el feto.

Así, participaron 121 centros de 26 países de Asia, Europa y América con diferentes capacidades de atención. Se abarcó un total de 2088 embarazadas a las cuales les fueron asignadas de manera aleatoria la vía de finalización de su gestación en podálica. De esta forma, 1042 fueron asignadas para el parto vaginal planificado y 1041 para cesárea programada. De ellas, el 90,4 % y 56,7 % tuvieron su nacimiento por la vía prevista, cesárea y parto vaginal respectivamente (como se citó en Gabbe et al., 2019).

Los resultados del estudio demostraron que mientras no se presentan diferencias significativas en cuanto a la mortalidad y morbilidad materna grave entre los dos grupos estudiados, sí las hay para el neonato. Se evidenció que el nacimiento por cesárea programada se asociaba a menor riesgo de mortalidad perinatal comparado con el parto vaginal planificado: 3 de cada 1000 contra 13 de cada 1000. Asimismo, la cesárea se asoció a menor morbilidad neonatal grave, la cual se presentó en un 1,4 % en comparación con 3,8 % de los nacimientos por la vía vaginal (como se citó en Cunningham, et al., 2019). Es así que la conclusión del trabajo fue la recomendación de la cesárea programada para las podálicas de término.

Hasta ese momento no existía respecto al tema un estudio tan amplio y trabajos más pequeños no eran concluyentes respecto al modo de nacimiento más seguro para estos casos. Pero como consecuencia a los datos aportados por el TBT, se generaron importantes repercusiones a nivel mundial. Por un lado, se vio un vuelco casi inmediato hacia la práctica de cesárea programada para las podálicas de término. Organismos como la SEGO y ACOG al año siguiente del estudio, publicaron nuevas recomendaciones en sus guías que seguían las conclusiones del TBT. Mientras RCOG hizo lo mismo en el año 2006.

Asimismo, el cambio se refleja en un estudio de seguimiento en el que respondieron a un cuestionario 80 de los centros participantes del TBT, de los cuales 92,5 %

contestaron que a partir de éste la práctica había cambiado hacia una política de cesárea programada para las podálicas de término (como se citó en Gabbe et al., 2019).

Sin embargo, desde un inicio, algunos países escandinavos y en el país Vasco no se siguieron las recomendaciones del TBT ya que consideraron que las realidades de los países en los que se basó el estudio no aplicaban a las suyas que contaban con protocolos y experiencia profesional para la asistencia de partos en podálica.

Por otro lado, se produjeron diversos estudios que cuestionan las conclusiones del TBT y la validez mundial que estas puedan tener. La controversia se produjo debido a que fueron encontradas fallas en el desarrollo del trabajo y en el análisis de resultados.

Uno de los tantos trabajos publicados en respuesta al TBT fue el del Dr, Marek Glezerman, ginecólogo que presidía uno de los centros participantes del estudio en Israel. Este publicó en el año 2006 un artículo llamado "A cinco años del estudio sobre presentación pelviana a término: el apogeo y la caída de un estudio controlado aleatorio" en el que analiza las falencias del TBT y declara que la comunidad médica adoptó prematuramente las recomendaciones del estudio.

Glezerman (2006) alega que no se cumplieron los criterios de inclusión, algunos de los cuales era: feto único vivo, cabeza fetal no hiperextendida, parto vaginal programado, peso fetal estimado menor o igual a 4000 g. Una de las contraindicaciones para el parto vaginal en pelviana es la hiperextensión de la cabeza fetal, lo cual no puede ser valorado de forma certera por el examen clínico, sino que debe ser estudiado mediante estudio de imágenes. En más de un 30 % de las gestantes que participaron del TBT no se realizaron estudios por imágenes para valorar la actitud de la cabeza fetal. Los fetos con cabeza hiperextendida nacidos por parto vaginal se encontraban en desventaja respecto a los nacidos por cesárea (Glezerman, 2006).

Respecto al peso fetal, una de las observaciones que se realizaron del TBT es el hecho que en el grupo de parto vaginal se esperaba al inicio espontáneo del trabajo de parto (salvo casos en el que se indica la inducción como en el postérmino) mientras que la cesárea se programaba para la semana 38, lo que llevó a mayor edad gestacional y pesos fetales mayores en el grupo de parto vaginal. En el 5,8 % de los partos los fetos contaban con un peso mayor a 4000 g en comparación al 3,1 % de las cesáreas (Glezerman, 2006).

_

² Publicado originalmente en inglés con el título Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. Fue traducido al español por el Dr. Oscar Torres y publicado en la Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Por otro lado, era requerimiento del TBT la asistencia de los partos vaginales por personal experimentado, lo cual no se cumplió en todos los casos. Glezerman (2006) encontró que 31,9 % de los neonatos con morbilidad severa fueron asistidos por personal no capacitado. Asimismo la diferencia respecto a los niveles de cuidado de cada centro también marcó una clara desventaja para el grupo de parto vaginal.

Se consideró que un centro otorgaba un "alto nivel de cuidado" si el parto por cesárea podía realizarse en menos de 10 minutos, si contaba con la disponibilidad inmediata de resucitación con oxígeno mediante bolsa, máscara o intubación endotraqueal y ventilación con presión positiva, y si contaba con el personal y la infraestructura disponible para proveer ventilación por más de 24 horas. Si no se cumplían estos requisitos, se consideraba que el centro brindaba un "nivel normal de cuidado". (Glezerman, 2006)

Un 64,8 % de los centros brindaban un nivel normal de cuidado con tiempo para la realización de una cesárea de emergencia de hasta 60 minutos, y de hasta 30 minutos para la intubación de emergencia por lo que en estos lugares claramente los resultados favorecen al grupo de cesárea programada. Además de que los resultados aportados por los centros con capacidad de cuidados normales no pueden ser aplicados a la mayoría de los centros del mundo occidental (Glezerman, 2006).

Respecto a los casos de muerte perinatal Glezerman (2006) encontró que entre los 16, hubo dos pares de gemelos, un caso de anencefalia y dos óbitos fetales que ocurrieron previos a la aleatorización. Revela que 8 de las 13 muertes que se encuentran en el grupo de parto vaginal no se asociaban al método de parto. Como son los casos 6 y 9 en el que los neonatos fallecieron luego de ser dados de alta por muerte súbita o vómitos y diarrea severos; el caso 7 presentaba malformaciones congénitas; o el caso 4 con una posible restricción de crecimiento intrauterino (con un peso al nacimiento de 2400 g).

Mientras tanto, en el grupo de morbilidad neonatal grave sucede también la inclusión de causas no atribuibles al parto. A modo de ejemplo, uno de los neonatos incluido en el grupo (caso 15) por los autores del TBT se trataba de un macrosómico con un peso al nacer de 4720 g, y más aún, con un parto en presentación cefálica. Así Glezerman (2006) manifiesta que de los 69 casos de morbilidad y muerte perinatal sobre los que se basan los resultados del TBT, sólo 16 pueden ser relacionados a la vía de nacimiento.

Dada la controversia generada, los mismos autores del TBT, en una publicación en 2004, admiten que la mayor parte de los casos de morbilidad perinatal no eran asociables al método de parto y no discuten que suceda lo mismo con los casos de mortalidad perinatal (Su M et al., 2004, como se citó en Glezerman, 2006). La controversia generada por el TBT fue impulso para un nuevo estudio llamado

Presentation and Mode of Delivery, traducido como presentación y modo de parto y más conocido por su acrónimo PREMODA. Fue publicado en el año 2006, y al igual que el TBT, se trató de un estudio multicéntrico, pero a diferencia de éste, fue prospectivo, observacional y cuatro veces más grande. Abarcó 174 centros de Francia y Bélgica³ con un total de 8105 mujeres con gestaciones únicas a término en presentación podálica.

Los criterios de selección fueron estrictos, de esta forma, 31 % de las gestaciones se asignaron al intento de parto vaginal y 69 % al grupo de cesárea programada. De las 2526 mujeres en el grupo de parto vaginal, 71 % finalizaron la gestación por dicha vía, con una tasa global de 22,5 %. En el 82 % de los partos se había evaluado la pelvimetría materna mediante radiografía y en todas se realizó una ecografía previa o al inicio del trabajo de parto. Asimismo, se excluyeron los fetos con cabeza hiperextendida, por ser contraindicación del parto vaginal, se incluyeron sólo aquéllos con peso fetal estimado de 2500 a 3800 g y todos los trabajos de parto requirieron monitorización contínua de la frecuencia cardíaca fetal.

El estudio encontró que no existieron diferencias significativas entre los dos grupos (parto vaginal y cesárea) respecto a la mortalidad perinatal y morbilidad perinatal severa. La diferencia se encontró en el test de Apgar menor a 4 a los 5 minutos, el cual presentó en el grupo de parto vaginal una tasa más elevada. Las conclusiones entonces fueron que en centros donde el parto vaginal en podálica sea una práctica habitual y se siga con estrictos protocolos antes y durante el parto, no se encuentran riesgos significativamente mayores asociados a la vía de nacimiento, en comparación con la cesárea programada. Bajo dichas condiciones el parto vaginal para las gestaciones únicas de término en podálica es una opción segura que puede ser ofrecida a las gestantes (Goffinet et al. 2006).

7.2. Principales recomendaciones en el manejo de la presentación podálica de término

De las guías y protocolos que existen respecto al manejo de la presentación podálica a término, se describen:

 Los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) "Parto en presentación de nalgas a término" y "Versión cefálica externa" actualizados en 2011 y 2014 respectivamente.

-

³ Países en los que los resultados del TBT fueron tomados con más precaución desde un inicio, por lo que no había tenido grandes repercusiones sobre las tasas de parto vaginal en podálica.

- Las publicaciones sobre vía de finalización de la presentación podálica de término y la de versión cefálica externa publicadas por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) en 2018 y 2020 respectivamente. En éstas se encuentran las recomendaciones realizadas por su comité de opinión en su última actualización.
- Las guías del Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos Británicos (RCOG) sobre versión cefálica externa y de manejo de la presentación podálica. Ambas se actualizaron en 2017.
- El protocolo de manejo de la presentación podálica a término de la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC) con su última actualización de 2019 (Kotaska y Menticoglou).

7.2.1. Versión cefálica externa como primer paso

En primer lugar, todas las guías coinciden en la recomendación de ofrecer la versión cefálica externa a las gestantes con feto único en presentación podálica con el objetivo de prevenir el nacimiento no-cefálico y reducir la probabilidad de cesárea. Para esto, la gestante debe ser informada acerca de los riesgos y beneficios de la maniobra; además de tener el deseo de un parto vaginal en presentación cefálica. Dentro de la información a proporcionarle a la gestante está la tasa de éxito de la VCE, la cuál varía entre las diferentes guías ya que se basan en distintos estudios. El rango VCE satisfactorias va de un 40 a 78 %, diferencia que se da por la experiencia del profesional que la realiza y los criterios de selección utilizados (SEGO 2014).

La SGOC informa que la tasa promedio de éxito es de un 60 %, mientras que ACOG describe un 58 % y SEGO al igual que RCOG refieren que es de un 50 %. Esto además varía según la paridad, con mayor éxito en multíparas que en primíparas. Asimismo se han identificado otros factores que se asocian a mayor probabilidad de éxito de la VCE como son presentación podálica completa, no encajamiento de la podálica, peso materno menor a 65 kg, placenta de ubicación posterior, uso de tocolíticos, entre otras (Kok et al., 2008, como se citó en RCOG 2017). A partir de dichos factores, se crearon modelos de predicción de éxito de la maniobra. Sin embargo, la RCOG (2017) no recomienda la utilización rutinaria de éstos modelos para decidir si aplicar o no la VCE debido a los beneficios y seguridad de la técnica, agregado al bajo valor predictivo que tienen.

No existe un consenso respecto a las contraindicaciones para la aplicación de la VCE, aunque todas las guías coinciden en que aplican todos los casos en los que el parto vaginal es contraindicado (como tumor previo o placenta previa oclusiva). La SEGO (2014) las divide en relativas y absolutas. Éstas últimas son: embarazo múltiple, óbito fetal, malformaciones uterinas, oligoamnios severo, isoinmunización

Rh, preeclampsia severa, compromiso fetal y antecedentes de desprendimiento placentario o signos de desprendimiento.

Por otra parte, la SEGO (2014) describe como contraindicaciones relativas las cardiopatías maternas, malformaciones fetales graves, antecedente de dos cesáreas previas, coagulopatías, membranas rotas y estar en trabajo de parto al momento de la realización de la maniobra. En dichas situaciones se debe valorar si es apropiada la realización de la VCE evaluando cada caso en particular.

En tanto, el RCOG (2017) refiere que sólo existe evidencia de que la preeclampsia severa, desprendimiento de placenta, y alteración en la frecuencia cardíaca fetal contraindican la realización de una VCE.

Se destaca la importancia de informar a la mujer que el antecedente de cesárea no presenta mayores riesgos en la VCE comparado con mujeres que no tienen cicatrices uterinas y tampoco disminuye las tasas de éxito (College of Obstetricians and Gynecologists, 2020, SEGO, 2014, RCOG, 2017). El protocolo de SEGO (2014) es el único que señala como también posible la aplicación de una VCE a mujeres en trabajo de parto; especialmente si se utiliza tocolíticos y la mujer es multípara. Aunque informa que existe escasa evidencia disponible.

Respecto al momento indicado para la realización de una VCE, se plantea que si bien entre las semanas 34 y 35 de gestación hay mayor tasa de éxito, aumenta el riesgo de parto pretérmino y no se presenta disminución en la tasa de cesáreas (Hutton et al., 2015, como se citó en RCOG, 2017). Es así que el colegio americano sugiere ofrecer la VCE a partir de la semana 36 de embarazo. Mientras tanto, el RCOG plantea diferencias según la paridad; en mujeres nulíparas se puede realizar a partir de las 36 semanas y en multíparas es preferible que se intente a partir de la semana 37 de gestación. Sin embargo, la SEGO plantea que para todos los casos se debe ofrecer la VCE a partir del término de la gestación.

Todas las guías coinciden en la importancia de que la VCE sea realizada en una instalación que cuente con quirófano cercano por la eventual posibilidad de finalizar la gestación mediante cesárea. El RCOG (2017) aclara que la probabilidad de requerir una cesárea por VCE es menor a la probabilidad que tiene una mujer en trabajo de parto; por lo que indica que no se tomen medidas preoperatorias como ayuno o colocación de vía venosa (excepto que se para administración de tocolíticos). No obstante, la escuela española aconseja el ayuno, tal vez no asociado con la posibilidad de intervención quirúrgica sino por la manipulación del vientre materno que requiere la maniobra de VCE.

En cuanto al personal que puede realizar la técnica, la guía del RCOG (2017) indica que puede tratarse de un profesional capacitado o un practicante que se encuentre bajo supervisión; además señala que en Gran Bretaña fueron entrenadas parteras para la realización de VCE. Por otra parte, la SEGO (2014) informa que la técnica puede ser llevada a cabo por dos operadores.

La administración de tocolíticos es una recomendación generalizada que busca aumentar la tasa de éxito. Como se presenta en la guía británica, una revisión de Cochrane del 2015 concluyó que los tocolíticos que presentaron mejores resultados en la VCE son los betamiméticos (como salbutamol o fenoterol). En España se sugiere utilizar ritodrina, o atosiban en caso de estar contraindicada la anterior.

Hay consenso en la necesidad de monitorizar la frecuencia cardíaca fetal para valorar la salud del feto; tanto antes como durante y después del procedimiento. Esto se realiza mediante test basal no estresante previo a la VCE y con ultrasonografía durante y después. La SEGO (2014) indica que se realice control de la FCF cada 30 segundos durante el procedimiento y puede ser evaluado también mediante monitor de tipo Doppler; una vez finalizada la VCE (independientemente del éxito), indica un registro cardiotocográfico de al menos 30 minutos.

Puede encontrarse una bradicardia transitoria que dura menos de 3 minutos luego del procedimiento pero que requiere monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal, con la mujer en posición de decúbito lateral izquierdo. En caso de que la bradicardia persista luego de 6 minutos, que exista otro tipo de alteración en la frecuencia cardíaca fetal, se presente sangrado vaginal, o dolor abdominal inexplicable es indicada la cesárea de emergencia (RCOG, 2017).

Otro punto que valoran las guías es el uso de analgesia, ya que el procedimiento puede ser doloroso para algunas mujeres. ACOG y RCOG no recomiendan la utilización de analgesia de rutina pero en caso de requerirse por no tolerancia al procedimiento, es más apropiado aplicar la neuroxial. La SEGO agrega como otros métodos de alivio del dolor al óxido nitroso y remifentanilo intravenoso, aunque refiere que no existe consenso acerca de cuál de todos es preferible.

Por otra parte, todas las guías indican administración de inmunoglobulina anti D para los casos de mujeres con grupo sanguíneo Rh negativo.

No se deben realizar más de 4 intentos de VCE, en un período total de 10 minutos y en caso de fracaso, se puede repetir el procedimiento semanalmente (SEGO, 2014 y RCOG, 2017).

Es importante informar a la mujer acerca de las complicaciones que se asocian a una VCE, las cuales rara vez se presentan cuando se toman las precauciones pertinentes. Se ha descrito desprendimiento placentario como la complicación más grave pero sumamente infrecuente. Los últimos estudios que se mencionan en la guía del RCOG (2017) muestran que no se presentaron muertes asociadas a la VCE. La mayoría de las complicaciones que se presentan son leves, como alteración transitoria de la frecuencia cardíaca fetal (College of Obstetricians and Gynecologists, 2014). El riesgo de cesárea en las primeras 24 horas de realizada la maniobra es de 0,5 % (RCOG, 2017).

7.2.2. Evidencia de técnicas para la versión fetal espontánea: moxibstión y menejo postural

La guía sobre versión cefálica externa de la RCOG (2017) fue la única que incluyó en la discusión otros métodos para lograr la versión fetal espontánea, los cuales son la moxibustión y técnicas posturales. La recomendación respecto a la moxibustión es que si la mujer lo desea y se lleva a cabo por personal entrenado puede intentarla entre las 33 y 35 semanas de gestación.

Mientras tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su revisión acerca de la acupuntura, reconoce el uso de moxibustión para la versión de fetos en presentación no-cefálica.

Varios métodos de acupuntura como la presión en los puntos de la oreja (auriculoterapia) y la moxibustión en los puntos Zhiyin (67V) zúlínqí 12 (GB41) fueron utilizados para corregir la posición fetal anómala durante el último trimestre del embarazo. Los porcentajes de éxito en los grupos tratados con tales métodos eran mucho más altos con respecto a los casos en los cuales la inversión sucedía de forma espontánea o incluso con respecto a las pacientes tratadas con posición genupectoral o con la moxibustión practicada estimulando puntos no clásicos de la acupuntura (Izurieta, 2009, pp. 11-12).

Más reciente, una revisión de Cochrane por Coyle et al. (2012) concluyó que existen pruebas limitadas acerca de la efectividad de la moxibustión para la corrección de la presentación podálica, pero que cuando se combina con acupuntura o medidas posturales podría reducir los nacimientos por cesárea.

Por otra pasrte, respecto al manejo postural, el RCOG (2017) recomienda informar a la mujer que no existe evidencia que respalde su utilidad en la versión espontánea del feto. La última revisión de Cochrane por Hofmeyr y Kulier data del 2012 y concluye que se necesitan más investigaciones para evaluar los beneficios en la aplicación de diferentes posturas para el giro de la presentación fetal.

7.2.3. Vía de nacimiento

Como se mencionó anteriormente, es generalizada la recomendación de ofrecer el intento de versión cefálica externa a todas las gestantes con feto único en presentación podálica de término. En caso de que no haya sido exitosa o la mujer se haya negado a su realización, la decisión de la vía de parto debe de ser de la mujer luego de haberle informado los riesgos y beneficios del parto vaginal planificado y la cesárea programada (SEGO, RCOG, SOGC). El College of Obstetricians and

Gynecologists (2018), refiere que además de considerar los deseos maternos, se debe tener en cuenta la experiencia del profesional.

Para la toma de decisión, se debe informar a la mujer, que la cesárea programada reduce la mortalidad perinatal y morbilidad neonatal a corto plazo comparado con el parto vaginal en presentación podálica. Sin embargo, no se encuentran beneficios de la cesárea a largo plazo tanto para la madre como para el niño.

Por otra parte, el RCOG (2017) proporciona un conjunto más amplio de datos que se le deben proporcionar a la mujer para decidir sobre la forma de nacimiento; dividiendo en los factores que se deben tener en cuenta respecto a la salud de su hijo y los que se deben tener en cuenta respecto a su propia salud. Principalmente se destacan las implicaciones que pueden tener la elección de una cesárea. Así informa que comparado con el parto vaginal planificado, la cesárea reduce en una pequeña proporción la mortalidad perinatal. Esto se debe a: la realización de la operación en la semana 39 de gestación lo que evita el riesgo de óbito fetal, a que se evitan los riesgos asociados al parto y por último se previenen los riesgos asociados a las particularidades del parto en presentación podálica. Sólo el último es específico de la presentación pelviana.

La comparación de riesgo de mortalidad perinatal es: en la cesárea realizada después de las 39 semanas 0.5/1000; en el parto vaginal podálico planificado 2.0/1000 y 1.0/1000 en el parto vaginal cefálico. La selección de casos y la asistencia bien controlada por profesionales con experiencia, hace que sea casi tan seguro el parto podálico como el parto cefálico (RCOG 2017).

En cuanto a la salud materna, el RCOG (2017) sugiere informar a las mujeres que la cesárea presenta complicaciones inmediatas mayores en comparación con el parto vaginal, pero a su vez, es mayor el riesgo en las cesáreas de emergencia, las que suceden en el 40 % de los intentos de parto vaginal en podálica. La guía también agrega que las mujeres deben ser informadas acerca de las implicancias de la cesárea para su futuro reproductivo: aumenta el riesgo en el parto vaginal luego de una cesárea, se pueden presentar mayores complicaciones si se tiene una nueva cesárea, y aumenta el riesgo de una inserción placentaria anormal. Debido a esto cada caso debe ser individualizado contemplando los deseos maternos (RCOG, 2017).

Igualmente, todas las escuelas mencionadas comparten que existen situaciones en las que el parto vaginal en podálica implica un riesgo perinatal mayor por lo que son indicación de cesárea. Así, SEGO, SOGC y RCOG coinciden que son contraindicaciones de parto vaginal: cabeza fetal hiperextendida (evaluada mediante ecografía), presentación de pie y fetos grandes. Respecto a ésto último, el RCOG considera los 3800 g como límite de peso fetal estimado para el que se puede intentar el parto vaginal, mientras que para SEGO y SOGC son 4000 g. Por otro

lado, no está tan definido el mínimo de peso fetal estimado para el que sería seguro el intento de parto vaginal.

De esta forma, la SOGC (Kotaska y Menticoglou, 2019) marca como límite inferior de peso fetal estimado los 2800 g, además de referir como contraindicación la restricción de crecimiento intrauterino; el RCOG (2017) un PFE menor al percentil 10 para la edad gestacional y la SEGO (2011) indica que se puede realizar un IPV en fetos con crecimiento fetal acorde a su edad gestacional pero reconoce (al igual que las otras guías) que se han encontrado mayores resultados adversos en neonatos nacidos por vía vaginal con peso menor a 2800 g.

Es controvertido el uso rutinario de pelvimetría para la determinación de la vía de nacimiento. Para la escuela británica no están claros sus beneficios y se requieren más estudios al respecto (RCOG 2017). La escuela española indica que no es necesaria y recomienda la valoración clínica de la pelvis; lo mismo hace la SOGC. Se coincide en que el progreso adecuado del parto es el mejor indicador de una proporción feto-pélvica acorde.

7.2.4. Particularidades en la asistencia del parto vaginal en presentación podálica

Con relación a la asistencia del trabajo de parto y parto, se realizan recomendaciones respecto a la inducción, conducción con oxitocina, amniorrexis, monitorización fetal, analgesia, y sobre los tiempos esperables durante el período dilatante y expulsivo.

Dada la limitada evidencia respecto a la inducción del trabajo de parto en presentación podálica, usualmente no se recomienda.. La escuela española considera que ésta puede ser tenida en cuenta "si las condiciones individuales son favorables" (SEGO, 2011). La SOGC destaca que aunque la evidencia es limitada, no muestran peores resultados los casos en los que se utiliza inducción comparado con el inicio espontáneo del parto (Kotaska y Menticoglou, 2019).

En cuanto a la utilización de oxitocina, la SEGO (2011) y SOGC (Kotaska y Menticoglou, 2019) describen que puede ser considerada en caso de la no progresión de la dilatación adjudicada a una hipodinamia primaria. Se resalta la importancia de valorar en primer lugar que no se trate de una hipodinamia secundaria por una desproporción feto-pélvica.

Mientras tanto el RCOG (2017) prefiere un manejo más fisiológico y refiere que sólo puede considerarse la utilización de oxitocina para corregir la dinámica uterina en caso que, secundario a la administración de analgesia epidural, las contracciones uterinas sean espaciadas (bradisistolía).

Con respecto a la amniorrexis, la SEGO (2011) recomienda practicarla con igual criterio que en los casos de presentación cefálica. La escuela británica mientras tanto, especifica que para reducir el riesgo de compresión de cordón umbilical, la amniorrexis debe limitarse a situaciones clínicas bien definidas (RCOG, 2017). Otro aspecto que es importante definir se trata del control de la salud fetal durante el parto, para lo cual es generalizada la recomendación de realizarla mediante monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal.

El RCOG (2017) explica que con la monitorización continua se espera un mayor porcentaje de cesáreas pero a su vez si el parto vaginal se logra, se ven mejores resultados perinatales. Esto se debe a que la compresión del cordón umbilical es frecuente con el descenso de la cabeza fetal en el canal de parto; hecho que será bien tolerado por un feto no hipóxico. Así, la monitorización continua permite entonces prevenir que un feto hipóxico llegue a dicha etapa del parto. Igualmente, al no existir suficiente evidencia que la monitorización contínua sea superior a la auscultación intermitente, si la mujer deniega la primera, se puede hacer intermitente hasta que se halle algún signo de alerta (RCOG, 2017).

En lo que refiere a la analgesia durante el parto, la SEGO (2011) y el RCOG (2017) presentan recomendaciones opuestas. Mientras que la primera refiere seguir los mismos criterios que para la presentación cefálica y prefiere su aplicación debido a la posibilidad de practicar maniobras para la extracción fetal, el segundo prefiere que se evite su utilización. El RCOG (2017) explica que la analgesia puede interferir en el pujo materno efectivo, sumamente importante en el parto podálico. Asimismo recomienda informar a la mujer que el efecto de la analgesia epidural en el parto podálico no está claro pero es probable que aumente el riesgo de intervenciones, como se ha evidenciado que sucede con la analgesia en el parto cefálico.

En cuanto al progreso del parto durante el período dilatante las guías coinciden en manejarlo igual a los casos de presentación cefálica. En tanto, durante el período expulsivo, la SEGO (2011) y la SOGC (Kotaska y Menticoglou, 2019) recomiendan que para lograr un adecuado descenso de las nalgas, se permita una duración de hasta 90 minutos de la fase pasiva; mientras el RCOG permite esperar hasta 120 minutos al descenso de la presentación, de lo contrario se debe indicar la finalización de la gestación por cesárea.

Tanto la SEGO (2011) como la SOGC (Kotaska y Menticoglou, 2019) recomiendan que la fase activa no debe sobrepasar los 60 minutos.

Por otra parte, el RCOG (2017) también refiere recomendaciones respecto a la posición del parto. Para esto, destaca la importancia de la elección materna además de la experiencia profesional por lo que las posiciones semisentada y en cuatro apoyos pueden ser utilizadas si así lo desean. Se hace la aclaración que durante el

período expulsivo puede requerirse la posición semisentada para la utilización de maniobras de apoyo en la asistencia.

Asimismo, el RCOG (2017) realiza mayores recomendaciones respecto a la asistencia del parto. Se acentúa la importancia de no traccionar del feto a no ser que haya retraso en el nacimiento o evidencia de alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Por último, impone que tanto las parteras como obstetras tiene que estar en conocimiento de las técnicas necesarias para la asistencia del parto vaginal en presentación podálica.

8. Análisis

8.1. Manejo actual de la presentación podálica en América Latina

En lo que respecta a las gestaciones únicas en presentación podálica de término, en todos los países latinoamericanos de los que se consigue literatura, predomina como conducta la finalización de éstas por cesárea. Para algunos de los países esto se pudo ver reflejado en cifras, a través de publicaciones que tienen a la cesárea como tema central. Es el caso de Uruguay, con el artículo de Briozzo et al. (2019) titulado "Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay". Allí se encuentran datos del año 2017 en el que se aprecia que el 93 % de las presentaciones podálicas finalizaron por cesárea. Dicho porcentaje se trata de la tasa global entre mujeres multíparas y nulíparas en centros tanto públicos como privados de todo el país, único del que se consiguen datos a nivel nacional.

Mientras tanto, en Ecuador se encontró que en el Hospital Gíneco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, entre el 2015 y 2016, el 100 % de las primíparas y el 98,2 % de las multíparas con feto en presentación podálica finalizaron su gestación por cesárea (Sasintuña, 2017).

Cifras similares a las encontradas en Uruguay y Ecuador se presentan en el hospital público peruano Hipólito Unanue de Tacna. En éste, entre el año 2010 y 2018, 93 % y 92 % de las gestaciones únicas con presentación podálica finalizaron por la vía alta, en primíparas y multíparas respectivamente. Se puede apreciar el aumento de las cesáreas por presentación podálica ya que también se muestran las cifras del mismo hospital entre el periodo 2000-2009; las cuales fueron 89 % en primíparas y 76 % en multíparas (Ticona-Huanco et al. 2019).

Esta tendencia al aumento que se puede observar en números desde el año 2000 en el hospital peruano, sucede en los distintos países latinoamericanos analizados a lo que se le adjudica como un efecto de las recomendaciones presentadas en el TBT. En Chile por ejemplo, el Dr. Carrillo (2013) menciona los resultados de dicho estudio como causante del cambio de conducta hacia la cesárea programada en gestaciones con feto único de término en presentación podálica. A partir de ese vuelco, la asistencia del parto vaginal para dichos casos está casi abandonada (Carrillo, 2013).

Algo similar expresa el Dr. Francisco Cóppola (2015) en su artículo "Cesáreas en Uruguay" en el que plantea "el problema de la presentación podálica": a pesar que para el cambio hacia la cesárea programada la base fue el TBT y luego de éste se presentó nueva evidencia que apoya el parto vaginal bajo criterios estrictos de

selección, la conducta de cesárea se mantuvo en Uruguay. También en Colombia se menciona la misma situación en el trabajo "Parto vaginal a término en presentación pelviana, ¿Una opción temeraria o una oportunidad?" (Bautista-Charry y Grillo-Ardila, 2019).

Mientras en Argentina, la Licenciada en Obstetricia Andrea Ezquerro llega a la misma conclusión, en su publicación del 2015 "Explorando el Term Breech Trial: reflexiones sobre una investigación en el marco de la obstetricia actual" y agrega que a partir del TBT se generó un círculo vicioso en el que al no haber más partos no hay más capacitación. Ezquerro (2015) agrega una visión desde la bioética donde explica que la situación es coercitiva ya que si no hay alternativas, no hay elección posible. Además menciona que muchos profesionales ven el riesgo que presenta la cesárea es aceptable en comparación al parto donde el riesgo es desconocido.

La pérdida de habilidades en la asistencia del parto vaginal en podálica es mencionado en las publicaciones de sociedades internacionales y es un hecho que se repite en Latinoamérica. Se plantea con preocupación las escasas destrezas en la asistencia del parto vaginal en podálica por parte de las nuevas generaciones de profesionales y cómo eso podría afectar a los fetos que nacen por la vía vaginal (Bautista-Charry y Grillo-Ardila, 2019).

Muchos fetos seguirán naciendo por esta vía; siendo una causa el abandono de la versión cefálica externa. A esto agregan los casos de mujeres en trabajo de parto avanzado, y la elección de "algunas pocas mujeres que no desean someterse a un procedimiento quirúrgico" (Bautista-Charry y Grillo-Ardila, 2019). Siguiendo las directrices del ACOG de 2018 se plantea que el parto vaginal en presentación podálica podría ser considerado en casos seleccionados. Para esto se destaca la gran importancia del conocimiento de la semiología obstétrica.

Somos los encargados de proteger el futuro de nuestro país asegurando que la próxima generación nazca en circunstancias óptimas de oxigenación. En la sala de partos construimos el futuro de los pueblos. La atención del parto vaginal seguro en presentación de pelvis es un tema vigente, que ha sido relegado al olvido por la práctica actual de la cesárea que ha desbordado la creatividad y el juicio clínico del obstetra moderno. Quizás sea este el momento de retomar un conocimiento perdido, necesario para un mundo simplificado por el facilismo. (Bautista-Charry y Grillo-Ardila, 2019)

Dada la importancia del conocimiento obstétrico acerca de la asistencia del parto vaginal en podálica y en consonancia con el artículo anteriormente mencionado, Grillo-Ardila et al. (2019) publican una revisión de los conceptos más relevantes con el título "Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto". En este se expresa que muchas veces la realización de cesárea para todos los casos de podálica se debe a la desconfianza de los propios profesionales en contar con las habilidades y destrezas

para la asistencia del parto vaginal, y la ansiedad que esto desencadena. Por dicha razón plantean como objetivo del trabajo conseguir buen resultado materno perinatal cuando se debe asistir un parto vaginal inminente por encontrarse la presentación podálica ya encajada.

En Argentina, Chile, Paraguay, Ecuador y Perú, a través de guías de práctica clínica, los Ministerios de Salud de cada uno realizan la misma recomendación de finalizar la gestación mediante cesárea para todos los casos de presentación podálica de término.

En Chile la guía perinatal del Ministerio de Salud, con su única edición del 2015, expone que la realización de cesárea en las podálicas tiene el objetivo de reducir la morbimortalidad perinatal, basándose para dicha indicación en la guía clínica publicada por el RCOG en 2004. Por otro lado, es la única de las guías analizadas que menciona como opción el parto vaginal en pelviana en el exclusivo caso que se cuente con un protocolo de asistencia. A pesar de esto, se encontró que al 2020 el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile tiene como norma la cesárea electiva y no se encontró ningún protocolo de otros centros que cuenten con la asistencia del parto vaginal en podálica.

La misma guía perinatal, en el capítulo de inducción del parto, describe a la presentación podálica dentro de las situaciones en las que se contraindica el parto, lo que puede verse contradictorio visto lo planteado anteriormente. Por otra parte, la versión cefálica externa es únicamente mencionada como factor de riesgo de rotura uterina y prolapso de cordón.

Sin embargo, en las guías ministeriales de otros países sí se indica a la VCE como una posibilidad. Es el caso de Argentina, con las "Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal" (2013) en la que se propone la VCE a partir de las 38 semanas de gestación y se contraindica antes de dicha edad gestacional. Asimismo, la guía ecuatoriana de "Atención del parto por cesárea" (2016) recomienda la VCE entre las 35 y 37 semanas de gestación. En ambas se contraindica la VCE en caso de cesárea previa, lo que es opuesto a las recomendaciones internacionales.

Además se pueden apreciar las diferencias acerca del momento en el que se propone la realización de la VCE, distintas a las 36-37 semanas indicadas por las principales guías internacionales.

Contrario a los otros, el "Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas" de Paraguay se trata del más actualizado, publicado en 2018. Su recomendación de VCE sigue a las internacionales, al realizar la indicación a partir de 36 semanas de gestación y la contraindicación relativa para los casos de mujeres con cesárea previa.

En tanto, los países de Chile, Colombia, Uruguay, y Perú, no presentan en guías ministeriales la mención de la VCE. Sin embargo, tienen en común que se encuentran publicaciones que recomiendan a la VCE como estrategia para la reducción de la tasa de cesáreas (Carrillo, 2013; Rubio-Romero et al., 2014; Cóppola, 2015; Barrera et al., 2020).

Fernández-Guzmán et al. (2021) es su reciente publicación en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública realizan una revisión de las guías de la práctica clínica de Perú con las que comparan las recomendaciones de las sociedades/instituciones de ginecología y obstetricia más reconocidas.

En lo que respecta a las guías peruanas, se menciona como última edición aquella del año 2007 con recomendaciones que se encuentran desactualizadas. De esta forma, propician el aumento en el número de cesáreas innecesarias cuando "se conoce bien el aumento de la morbimortalidad materna durante la cesárea, comparada con el parto vaginal, así como sus repercusiones en futuros embarazos" (Fernández-Guzmán et al. 2021).

En base a la revisión de las guías de países desarrollados, Fernández-Guzmán et al. (2021) plantean que el intento de parto vaginal es válido para casos seleccionados y con personal capacitado. Asimismo, concluyen que deberían realizarse guías de la práctica clínica acerca la versión cefálica externa en países en vías desarrollo para así reducir las cesáreas por presentación podálica.

Chile se trata del único país lationamericano del que se encuentra evidencia de la práctica de VCE. Si bien no se hallan datos más actuales, en el artículo "Versión externa a cefálica: antiguo procedimiento para un problema obstétrico actual. Reducción de tasa de cesáreas" Carrillo (2013) expresa que desde el año 2002 el Hospital Parroquial de San Bernardo de Santiago de Chile ofrece la versión cefálica externa. Mientras tanto la Clínica Alemana de Santiago se trata del primer hospital privado en ofrecerla. En esta última se cuenta con el siguiente protocolo que se aplica cercano al término de la gestación y sigue las principales recomendaciones internacionales:

Nuestro protocolo de manejo requiere el consentimiento informado escrito de las pacientes y se realiza con la paciente hospitalizada, bajo evaluación ecográfica en tiempo real, con tocólisis en bolos intravenosos de fenoterol, sin suavizantes del abdomen materno y con un operador único. (Carrillo, 2013, p.21)

Hasta la fecha de publicación la Clínica Alemana había realizado 25 procedimientos, de los cuales se contaba información de 21 de estos. Se presentaron leves

diferencias según la paridad con mayor éxito en el grupo de multíparas (67%) y una tasa de éxito global del 62 % (Carrillo 2013).

En tanto, entre los años 2004 y 2008 cinco hospitales de Santiago de Chile participaron de un estudio acerca de la VCE por lo que el equipo obstétrico participante adquirió habilidades para la realización de la maniobra (Hutton EK, 2011, como se citó en Carrillo 2013). Sin embargo, no se encuentra información respecto a si en éstos se continúa implementando la VCE para el manejo de la presentación podálica.

En Ecuador, al 2009 la VCE no se trataba de una práctica incorporada por las instituciones de salud sino que era una opción ofrecida por parteras las cuales emplean la técnica fuera de éstas (Izurieta, 2009). Es diferente a lo que sucede en Gran Bretaña con la capacitación de las parteras dentro de las instituciones para la realización de VCE.

De manera innovadora, Ecuador se trata del único país latinoamericano en el que se encuentran estudios acerca de la aplicación de moxibustión para la versión fetal. En una investigación realizada para la Universidad San Francisco de Quito en el año 2009 se intentó la moxibustión en gestantes no sólo con feto en pelviana sino que también incluyendo aquellos fetos ubicados en situación transversa. Se trataba de una técnica que no se utilizaba en el medio por lo que las mujeres y profesionales de la salud no estaban familiarizados. Se logró la versión a cefálica del 40.9 % de los casos, en los que se aplicó la técnica a partir de las 33 semanas de gestación. El porcentaje de versiones fue más bajo del esperado por la autora, pero lo adjudicó al bajo número de participantes, entre otros motivos.

La moxibustión en Zhiyin es un tratamiento muy fácil de llevar a cabo, que podría ser aplicado por cualquier personal de salud, incluso por la misma participante o un familiar, siempre que la persona que realice el tratamiento reciba el debido entrenamiento (Izurieta, 2009, pp. 11-12).

No se encontraron publicaciones posteriores para conocer si se trata de una práctica que se sigue utilizando en Ecuador.

Otra práctica que se realiza fuera de las instituciones es la que se encuentra en la región peruana de Amazonas, Awajun de Achoaga, en dónde es común la utilización de plantas medicinales. Para la acomodación del feto en presentación podálica se describe la utilización de una planta llamada "Ajeg" por parte de las mujeres nativas (Yampis, 2016).

También en la región andina de Ecuador; al norte de Chile; y en la comunidad mapuche de Junín, Argentina sucede la utilización de saberes ancestrales. Como

ocurre en Putre, provincia de Parinacota, Chile. Allí las parteras tradicionales utilizan la técnica de manteo para acomodar fetos que se encuentran en podálica y otras posiciones no cefálicas.

Como se ha mencionado, las técnicas para la versión fetal que buscan el logro de un parto vaginal en presentación cefálica, no son ampliamente utilizadas en Latinoamérica. Entonces, ¿Qué sucede con las situaciones en las que se requiere la asistencia del parto vaginal en podálica?

Paraguay por su parte cuenta con un protocolo de manejo del periodo expulsivo en el que se realizan recomendaciones actualizadas respecto a la asistencia del parto en presentación podálica para cuando la mujer se encuentra en trabajo de parto avanzado, es decir, con dilatación completa del cuello uterino. En el protocolo se recomienda que en forma periódica los centros que pueden asistir partos en podálica se capaciten mediante modelos de simulación.

9. Conclusiones

Para finalizar, en este trabajo monográfico fueron presentadas las recomendaciones más importantes y actualizadas respecto al manejo de la presentación podálica de término y se compararon con la realidad actual de países latinoamericanos, cumpliendo de esta forma con los objetivos planteados. Se presenta como una limitación el no contar con mayores referencias bibliográficas respecto a la realidad de un mayor número de países latinoamericanos.

Se puede concluir que el escenario actual en el manejo de la presentación podálica de término en América Latina fue altamente influenciado por el estudio conocido como TBT, siguiendo a lo sucedido en gran parte del mundo, por lo cual desde hace dos décadas, el estándar es la práctica de cesárea para la presentación podálica.

La última evidencia muestra que existen otras alternativas para el manejo de la presentación podálica, las que considero deben tenerse en cuenta para así comenzar un camino en el que se pueda ofrecer más de una única alternativa.

Como se mencionó en el trabajo, la presentación podálica presenta un riesgo perinatal aumentado en comparación con la cefálica, independientemente de la vía de nacimiento. Por lo cual, para reducir dicho riesgo considero que el enfoque en el manejo debería estar en lograr la experticia para revertir esta situación al momento del nacimiento. En este punto debemos recordar que la formación y el entrenamiento de la Obstetra Partera genera las competencias necesarias para lograr este objetivo.

La versión cefálica externa es una de las técnicas con un alto nivel de seguridad y eficacia que permite revertir la situación del feto para lograr minimizar los riesgos, a través de un parto en presentación cefálica, cuando es realizada por profesionales entrenados; la evidencia actual la recomienda de forma categórica desde hace ya varios años y sin embargo no se ve reflejado en el manejo en países de Latinoamérica.

La versión cefálica externa no es una práctica reciente, a través del tiempo ha sido discontinuada y esta situación ha sido condicionada fuertemente por los resultados del TBT. No obstante desde las comunidades académicas relacionadas a la atención perinatal se ha generado un fuerte impulso para volver a esta práctica; mientras en Latinoamérica se comienza a visibilizar que estas recomendaciones son tenidas en cuenta, sobre la base de que los beneficios superan a los riesgos.

Como Obstetra Partera considero que, para asegurar los mejores resultados en esta situación clínica, se deben implementar acciones que se orienten hacia el logro de estos objetivos.

Como primera acción garantizar la formación y el entrenamiento de profesionales para la realización de esta técnica. Como segunda acción, lograr que los equipos obstétricos cuenten con una línea de trabajo protocolizada a nivel institucional que garantice una atención de calidad minimizando los riesgos.

En lo que respecta a otras prácticas descriptas para la versión fetal, se encuentran aquellas no invasivas, de bajo riesgo pero que no se cuenta con suficiente evidencia sobre su efectividad, como en el caso de las diferentes medidas posturales y la moxibustión, prácticas en las cuales las Parteras latinoamericanas han adquirido experiencia. En este sentido considero necesario explorar nuevas líneas de investigación en dichas prácticas ya que se tratan de acciones sencillas y sin contraindicaciones.

Justamente, debemos pensar primero en las posibilidades menos invasivas que se pueden considerar para la presentación podálica, más en países con menores recursos como es el caso de los latinoamericanos.

Referido a la asistencia del nacimiento en podálica este análisis deja en evidencia la percepción actual de diferentes autores latinoamericanos quienes afirman que las habilidades y destrezas para la asistencia del parto vaginal en podálica se van perdiendo debido a que en la práctica son pocas las oportunidades para adquirir la experiencia.

En función de lo antes expuesto, como Obstetra Partera considero que, de no lograrse revertir la situación fetal, la adecuada asistencia del parto en podálica debiera estar garantizada, y en este sentido, también es necesario contar con profesionales entrenados con experiencia, y protocolos de servicio que garanticen un continuo de cuidado en el servicio.

En lo referido a la formación y entrenamiento de los profesionales debemos tener en cuenta que este cuadro clínico es de baja prevalencia, por lo cual, las estrategias didácticas deberían de basarse en la utilización de modelos de simulación obstétrica.

Se considera que se trata de un esfuerzo que se debe hacer para reducir la práctica de cesáreas evitables y así disminuir costos para la Salud Pública y las posibles complicaciones que afecten la calidad de vida en este período para mujer y la familia como son la eventual interferencia con el apego e instauración de la lactancia materna, la prolongación de la internación hospitalaria, aumento de la morbilidad en el período postoperatorio y el aumento del riesgo para futuras gestaciones con úteros cicatriciales.

Otro aspecto no menos importante, es tener en cuenta a la mujer como sujeto de derecho y protagonista en la toma de decisiones, por lo cual el profesional debe informar sobre beneficios y riesgos de las situación clínica y las opciones de manejo sobre las cuales se procurará una decisión consensuada.

Las Obstetras Parteras, tienen el conocimiento y la experticia en salud sexual y reproductiva con un enfoque de derecho y género que garantizan la asistencia de la mujer en todo su ciclo de vida, por esto, son las profesionales que deben de poner en discusión cuál es el manejo más adecuado para esta situación, a la luz de la nueva evidencia y de la disponibilidad de profesionales con experticia en la temática.

10. Glosario

ACOG: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynaecologists).

DBP: Diámetro biparietal.

FCF: Frecuencia cardíaca fetal.

FECOLSOG: Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

IPV: Intento de parto vaginal.

PFE: Peso fetal estimado

PREMODA: Presentación y modo de parto (Presentation and Mode of Delivery)

RCOG: Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos Británicos (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists).

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

SOGC: La Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada).

TBT: Term Breech Trial (estudio de parto pelviano a término).

VCE: Versión cefálica externa.

FECOLSOG: Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

11. Bibliografía

- Barrena, M., Quispesaravia, P., Flores, M. y León, C. (2020). Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 66(2), 4-4.
- Bautista-Charry, A. y Grillo-Ardila, C. (2019). Parto vaginal a término en presentación pelviana, ¿una opción temeraria o una oportunidad? *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología*, *70*(4), 215-218.
- Briozzo, L., Tomasso, G. y Colistro, V. (2019). Análisis de la vía de parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay. *Rev. Med. Urug.*, *35*(2), 94-104.
- Carrillo, T. (2013). Versión externa a cefálica: antiguo procedimiento para un problema obstétrico actual. Reducción de la tasa de cesáreas. Clínica Alemana de Santiago de Chile.

 https://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/search/authors/view?givenN ame=Jorge&familyName=Carrilo %20T.&affiliation=Cl %C3 %ADnica %20Alemana %20de %20Santiago&country=CL&authorName=Carrilo %20T. %2C %20Jorge
- College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Committee Opinion No. 745: Mode of Term Singleton Breech Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, *132*(2), 60-63.
- Cóppola, F. (2015). Cesáreas en Uruguay. Rev. Med. Urug., 31(1), 7-14.
- Coyle, M., Smith, C. y Peat, B. (2012). Cephalic *version by moxibustion for breech presentation*. Cochrane Database of Systematic Reviews. https://www.cochrane.org/es/CD003928/PREG_version-cefalica-conmoxibustion-para-la-presentacion-podalica
- Cunningham, F., Leveno, K., Dashe, J., Hoffman, B., Bloom, S., Spong, C. y Casey, B. (2018). *Williams Obstetricia*. McGraw-Hill.
- Departamento de Obstetricia. (2020). *Obstetricia. Pautas de Manejo*. Universidad Católoca de Chile.

- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2013). *Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional prenatal y puerperal*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Ezquerro, A. (2015). Explorando el Term Breech Trial: reflexiones sobre una investigación en el marco de la obstetricia actual. *Perspectivas Bioéticas, 37*(38), 101-116.
- Fernández-Guzmán, D., Ruesta-Berdejo, R., Galvez-Olortegui, J. y Torrejon-Becerra, J. (2021). Discrepancias sobre la versión cefálica externa en las guías de práctica clínica para el manejo de parto podálico. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, *38*(3), 476-8.
- Schwarcz, R., Fescina, R. y Duverges, C. (2016). *Obstetricia*. Editorial El Ateneo.
- Gabbe, S., Niebyl, J., Simpson, J., Landon, M., Galan, H., Jauniaux, E., D. Berghella, V. y Grobman, W. (2019). *Obstetricia. Embarazos normales y de riesgo*. Elsevier.
- Gabbe, S., Niebyl, J. y Simpson, J. (2006). *Obstetricia*. Marbán.
- Glezerman, M. (2006). A cinco años del estudio sobre presentación pelviana a término: el apogeo y la caída de un estudio controlado aleatorio. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 25*(2), 60-67.
- Grillo-Ardila, C., Bautista-Charry, A. y Diosa-Restrepo, M. (2019). Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología, 70*(4), 253-265.
- Hofmeyr, G. y Kulier, R. (2012). *Cephalic version by postural management for breech presentation*. Cochrane Database of Systematic Reviews. https://www.cochrane.org/es/CD000051/PREG_version-cefalica-mediante-tratamiento-postural-para-la-presentacion-podalica
- Izurieta, N. (2009). *Moxibustión para la corrección de la presentación fetal no cefálica*. Universidad San Francisco de Quito.

- Kotaska, A. y Menticoglou, S. (2019). No. 384-Management of Breech Presentation. *JOGC*, *41*(8), 1193-1205.
- Langdon-Embry, L. (2009). *El Rol de la Partera en la Provincia de Parinacota*. Independent Study Project Collection.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Control Parental. Guía de práctica clínica*. Dirección Nacional de Normatización.
- Ministerio de Salud Pública y Bien Estar Social. (2018). *Manual nacional de normas de atención de las principales patologías obstétricas*. Ministerio de Salud Pública y Bien Estar Social.
- Ministerio de Salud. (2007). Guías de la práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva: guía técnica. Minsa.
- Ministerio de Salud. (2015). Guía Perinatal. Gobierno de Chile.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2017). External Cephalic version and reducing the incidence of term breech presentation: Green-top Guideline No. 20a. *BJOG*, 124(7), 178-192.
- Rubio-Romero, J., Fonseca-Pérez, J., Molina, S., Buitrago, M., Zuleta, J., Ángel-Müller, E., Mendoza, M., Gómez-Pereira, D. y Sánchez, A. (2014). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 65*(2),139-151.
- Sasintuña, F. (2017). Análisis comparativo de la tasa de cesárea e identificación del grupo poblacional obstétrico prevalente, mediante la aplicación del sistema de clasificación de Robson en las mujeres gestantes ingresadas al servicio de centro obstétrico del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, de la ciudad de Quito, durante el periodo del 01 de enero del 2015 hasta el 30 de noviembre del 2016 [Postrgrado]. http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11288/1/T-UCE-0006-003.pdf
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2015). Parto en la presentación de nalgas a término. *ProSEGO*, *58*(7), 337-340.

- Ticona-Huanco, D., Ticona-Rendón, M., Huanco-Apaza, D., García-Montenegro, V. y Vargas-Zeballos, J. (2019). Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital público de Perú. *Ginecol Obstet Mex.*, *87*(10), 626-636.
- Topolanski, R y Burgos, J. (1974). *Semiologia obstétrica y neonatal*. Oficina del Libro.
- Yampis, J. (2016). Plantas Medicinales utilizadas durante el proceso de parto y puerperio en madres de la comunidad nativa Awajun de Achoaga, Amazonas. Universidad Toribio Rodriguez de Mendoza de Amazonas.