



PARTO VAGINAL A TÉRMINO EN PRESENTACIÓN PELVIANA, ¿UNA OPCIÓN TEMERARIA O UNA OPORTUNIDAD?

Durante el siglo XX, la obstetricia modernizó su práctica de manera radical como consecuencia de dos circunstancias: la seguridad inobjetable de la cesárea a partir del progreso vertiginoso del quirófano y la aparición del ultrasonido como una modalidad diagnóstica que redujo el azar de una práctica, otrora llena de sorpresas inesperadas (1). De esta manera, la esperanza para el siglo XXI es la desaparición de entidades que en otra época fueron determinantes de la mortalidad materno-perinatal (2): las molas gigantes, el recién nacido posmaduro, la coagulopatía del feto muerto y retenido, el fórceps alto, la situación transversa abandonada, el ectópico roto y la tormentosa eclampsia.

Pero la llegada del siglo XXI, no solo trajo la bonanza del desarrollo tecnológico (3). El albor del milenio despuntó con la publicación de “Term Breech Trial” (TBT) (4), que propuso un cambio en el arte de la espera en la atención del parto en pelvis, como fue sugerido por Erick Bratch, desde la primera mitad del siglo pasado (5). El estudio TBT comparó la seguridad y la efectividad de la cesárea programada frente al parto vaginal electivo en pacientes con gestación a término y feto único vivo en presentación pelviana. La intervención quirúrgica se realizó a la semana 38, o antes en caso de trabajo de parto, en tanto que para las gestantes asignadas a parto vaginal se esperó el inicio espontáneo de la actividad uterina o la aparición de alguna indicación de inducción (v. g. postérmino).

El protocolo de parto contempló el uso de oxitocina, prostaglandinas o amniotomía; auscultación fetal intermitente o monitoreo fetal continuo; analgesia o anestesia; el control en la velocidad de dilatación y del descenso, y cesárea emergente en caso de ocurrir alguna otra indicación. Como gran conclusión, este ensayo documentó que los frutos asignados a cesárea, experimentan una menor frecuencia de mortalidad y morbilidad neonatal seria (Riesgo relativo [RR] = 0,23; IC 95 %: 0,07-0,81 y RR = 0,36; IC 95 %: 0,19-0,65, respectivamente), sin diferencias aparentes en la frecuencia de muerte o retraso en el neurodesarrollo a los dos años de seguimiento (RR = 1,09; IC 95 %: 0,52-2,30). Estas conclusiones llevaron a una caída dramática en la frecuencia del parto vaginal en fetos con esta presentación (6).

Pero la controversia no terminó y falencias en la conducción del estudio (7, 8) tales como la no adherencia a los criterios de inclusión y de exclusión; fallos en el protocolo de atención de parto; participación de profesionales legos; sesgo de datos incompletos y la terminación prematura del estudio por aparente beneficio; avivaron la discusión en torno a la validez de los hallazgos y de su impacto sobre la práctica obstétrica (8). Como consecuencia, surgió la iniciativa de desarrollar un estudio de cohorte prospectivo, que enmendara los errores cometidos.

Bajo este contexto, se diseñó el estudio Premoda (9) (Presentation and Mode of Delivery), en donde

se comparó la seguridad del parto vaginal frente a la cesárea, en gestantes con feto único en presentación pelviana a término (vivo o no), respetando los preceptos de la escuela francesa (pelvimetría adecuada; no hiperextensión de la cabeza fetal; peso fetal estimado entre 2500 y 3800 g; feto en franca de nalgas y monitoreo fetal continuo) (9). Este estudio, que incluyó 2502 gestantes pertenecientes a la cohorte de parto vaginal y 5573 a la de cesárea, no documentó diferencias aparentes entre los grupos, en términos de muerte fetal o neonatal (Razón de Oportunidades [OR] = 0,64; IC 95 %: 0,13-3,06) o para el desenlace compuesto morbimortalidad fetal o neonatal (OR = 1,10; IC 95 %: 0,75-1,61). Tal y como era su objetivo, corrigió algunas deficiencias del TBT (4, 9), pues el 92 % de los partos fueron atendidos por obstetra experto; se vigiló el bienestar fetal, y la pelvimetría fue la norma más que la excepción; rescatando el parto en pelviana desde el quirófano a la sala de partos y recalando la necesidad perentoria de enseñar esta práctica clásica de la obstetricia (8) para ser aplicada en pacientes adecuadamente seleccionadas (9). Pero no todo lo que brilla es oro y no toda buena intención se cristaliza en buenos resultados. En virtud del diseño seleccionado (10), los grupos exhibieron diferencias sustanciales en variables pronósticas, al tiempo que fueron susceptibles al sesgo de desempeño por desviación de la intervención asignada (10). Falencias propias que recuerdan la amarga experiencia vivida al interior del TBT. De esta forma, continuó el vacío del conocimiento y, una vez más, los clínicos quedaron a la espera de que la evidencia apoyara de forma contundente la toma de decisiones.

A dos décadas de la publicación de ambos estudios, los partos en presentación pelviana siguen y seguirán ocurriendo probablemente como consecuencia de la ignorada, y hasta abandonada, versión cefálica externa (11); la no identificación oportuna de la presentación pelviana (desconocimiento de la semiología obstétrica) (8); la llegada en trabajo de parto avanzado en mujeres con feto en esta pre-

sentación (8) (lo que obliga al obstetra a conocer el mecanismo y manejo de la gestante) y, en menor medida, por elección de algunas pocas mujeres que no desean someterse a un procedimiento quirúrgico (12).

Es factible, entonces, entender por qué el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos considera que “la evidencia actual demuestra beneficios a corto plazo en la morbilidad y mortalidad neonatal y materna para parto por cesárea”, pero “los beneficios a largo plazo para los neonatos y las madres son menos claros” y, por ende, “un parto vaginal planificado de un feto en pelviana a término y único podría ser razonable según pautas específicas [...] La decisión en torno a la vía de parto debe considerar los deseos de la paciente y la experiencia del profesional” (13). Este conjunto de recomendaciones guarda consonancia con los preceptos del sistema de clasificación de Robson (14), en donde la presentación de pelvis está dividida en el grupo 6 para las nulíparas y en el grupo 7 para las multíparas (8), lo que demarca un enfoque diferencial acorde con un factor pronóstico. La presentación pelviana podría ser considerada, entonces, como una indicación absoluta de cesárea bajo ciertas circunstancias, pero para otras pacientes apropiadamente seleccionadas, el parto vaginal podría tener un espacio definido (15).

De esta manera, se hace necesario encontrar los mejores escenarios para el ejercicio y el aprendizaje del buen arte de la obstetricia. Por esto, en este número de la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* se recapitula una práctica clínica del pasado —propia de una especialidad rica en detalles semiológicos como lo es la obstetricia—, muy reglada en sus principios clínicos y gobernada por el legado de gigantes que ejercieron su destreza alrededor de su orientación espacial, su habilidad para precisar detalles con su palpación y sensibilidad digital y el conocimiento exacto de los mecanismos del parto.

La semiología obstétrica es inherente a la sala de partos, es propia del control prenatal, ilumina

una práctica sensible a las consideraciones generales, pero es rica en medidas, parámetros y percepciones. La relevancia de escribir un artículo de educación sobre la atención del fruto en pelviana permite recapitular y rescatar detalles semiológicos olvidados: punto de reparo de la presentación de pelvis, modalidades de presentación, variedades de posición, diámetro intertrocantereo, surco interglúteo, deflexión cefálica fetal *in utero*, extensión de brazos nucales, ángulo inferior de las escápulas, y los demás detalles mencionados en el artículo. Los educadores tenemos la responsabilidad de volver a un conocimiento clásico, objetivo, propio del experto: la riqueza semiológica de las variedades sacras, los mecanismos del trabajo de parto en la presentación de pelvis y las maniobras obstétricas principales para atender el parto, en el escenario real y práctico de esta presentación distócica.

Una nueva generación de obstetras podría estar emergiendo con escasa destreza para la atención de partos en pelviana, sometiendo a un mayor riesgo a los fetos que nacen en esta presentación (8). Para evitar esta situación, es responsabilidad de los educadores garantizar que todos los obstetras en formación tengan la capacidad de manejar un parto con fruto en presentación pelviana (16). La oportunidad del residente de atender los casos con una delegación supervisada, es lo único que otorga cierto grado de tranquilidad para la atención de estas pacientes. Nuestra profesión como docentes y especialistas en el arte de la obstetricia es muy exigente; 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. Reflexionemos sobre nuestro diario vivir y no olvidemos el pasado, que es un patrimonio de la humanidad.

REFERENCIAS

1. Sedano M, Sedano C, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014;25(6):866-73. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70632-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70632-7)
2. Chamberlain G. British maternal mortality in the 19th and early 20th centuries. *J R Soc Med*. 2006;99(11):559-63. <https://doi.org/10.1177/014107680609901113>
3. Raitt, D. The greatest engineering achievements of the twentieth century. *Int J Entrepren Behav Res*. 2000;6(1). <https://doi.org/10.1108/ijebr.2000.16006aaa.001>
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomised multi-centre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000; 356:1375-83. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02840-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02840-3)
5. Dunn PM. Erich Bracht (1882-1969) of Berlin and his "breech" manoeuvre. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003;88(1):F76-7. <https://doi.org/10.1136/fn.88.1.F76>
6. Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Breech Presentation. *BJOG* 2017; 124: e151-e177. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14465>
7. Glezerman M. Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(1):20-5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.039>
8. Lawson GW. The term breech trial ten years on: Primum non nocere? *Birth*. 2012;39(1):3-9. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00507.x>
9. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al., Premoda Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective

- survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(4):1002-11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.10.817>
10. Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. *BMJ.* 2016;355:i4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>
11. de Hundt M, Vezel J, de Groot CJ, Mol BW, Kok M. Mode of delivery after successful external cephalic versión: A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2014;123:1327-34. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000295>
12. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2018;15(1):e1002494. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
13. ACOG Committee Opinion No. 745: Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol.* 2018;132:e60-e63. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000002755>
14. La clasificación de Robson: Manual de aplicación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
15. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: A meta-analysis including observational studies. *BJOG* 2016;123:49-57. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13524>
16. Bergsjö P. Breech births at term revisited: New contributions from Finland and Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:121-3. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00363.x>

Alejandro Antonio Bautista-Charry, MD, MSc

Director, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Carlos Fernando Grillo-Ardila, MD, MSc

Profesor Asistente, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.