

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Parto de nalgas	 huca+ hospital universitario central asturias Dirección Médica
	Fecha: Noviembre 2018	
	Edición: 3 (sustituye a 2011 y 2016)	

Parto de nalgas

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

AUTORES Dr Jose Adánez	REVISORES Sección Obstetricia	AUTORIZADO Profesor Ferrer
Fecha: Noviembre 2018	Tercera edición	

Justificación

El parto vaginal en gestación única a término, se considera una opción razonable en pacientes correctamente seleccionadas y con obstetra experimentado^{1,2,3,4}.

Criterios de selección

Los criterios de selección están basados en estudios observacionales bien diseñados y extrapolables a la población general^{5,6,7}.

La selección adecuada de candidata a parto vaginal de nalgas hace que sea tan segura como el parto vaginal en cefálica (C)¹,

- Edad gestacional entre 37*- 41 semanas (287 días). (ver capítulo parto imprevisto pretermino de nalgas)
- Nalgas puras o completas.
- Pelvimetría clínicamente normal.
- Peso fetal estimado por ecografía < 3800 g**.
- Ausencia de CIR.
- Descartadas malformaciones incompatibles con el parto.
- Cabeza fetal no hiperextendida (en determinación ecográfica o radiopelvimetría)***.
- Ausencia de presentación de cordón.
- Presencia o disponibilidad de obstetra experimentado.

**La cesárea no mejora la supervivencia en gestaciones < 37 semanas, Ante un parto en fase activa en gestaciones menores de 37 semanas se valorará la vía de parto en función de la evolución del parto por el equipo de guardia. (ver parto de nalgas no planificado pretérmino).*

***De manera similar pesos estimados entre 3800 y 4000 en fase activa de parto se valoraran en función de la evolución del parto. La SEGO establece el límite superior en 4000 g.*

****La radiopelvimetría no ha demostrado una mejoría en los resultados perinatales. Se utiliza para documentar gráficamente la capacidad de la pelvis.*

En el caso de no existir obstetra experimentado se contactará de forma telefónica con el obstetra disponible al ingreso y posteriormente en dilatación completa.

Las gestantes con feto en presentación de nalgas serán enviadas en la semana 36 de gestación al área de partos. Tras exploración y estudio ecográfico, se ofrecerá la versión cefálica externa. (A)¹

En caso de contraindicación, rechazo o fracaso del intento se comprobará si cumplen los criterios de selección para parto vaginal. El control se hará semanalmente desde la semana 36-37, comprobando la persistencia de dichos criterios.

Información al paciente

La paciente recibirá información de que aunque las sociedades reflejan una mayor incidencia de test de Apgar bajo, no hay diferencias en la morbilidad fetal a largo plazo. (B)¹

La paciente recibirá información de los resultados neonatales y maternos de la aplicación de este protocolo en nuestro Servicio del IPV en podalica (A).

La paciente recibirá información de que la adherencia al protocolo reduce la morbilidad neonatal¹
Se informará de incremento en la morbilidad materna en la cesárea. (A)¹.

Se informará de la protección que el parto vaginal ofrece en morbilidad respiratoria, y patología autoinmune.

Se informará de la protección que el parto vaginal incrementa la lactancia materna.

Se debe informar a las mujeres que la cesárea aumenta el riesgo de complicaciones en el futuro embarazo, incluidos los riesgos de optar por el parto vaginal después de la cesárea, el aumento de riesgo de complicaciones en la cesárea repetida y el riesgo de acretismo placentario (B)¹

Se debe informar a las mujeres que la cesárea se ha asociado con un pequeño aumento en el riesgo de muerte fetal para los bebés posteriores aunque se desconoce la causa (C)¹.

La selección adecuada de candidata a parto vaginal de nalgas hace que sea tan segura como el parto vaginal en cefálica (C)¹.

No es preciso el consentimiento informado para el parto vaginal, aunque la historia debe recoger que la paciente está correctamente informada de ventajas y riesgos del parto de nalgas, que lo ha entendido, y acepta⁹.

El parto vaginal de nalgas o planificado se atiende como una urgencia.

Manejo del parto y Check-list

Selección

Considerar cesárea si ¹³:

- Nalgas incompletas
- Pelvimetría clínicamente inadecuada.
- Peso fetal estimado por ecografía > 3800 g.
- CIR.
- Cabeza fetal hiperextendida (en determinación ecográfica o radiopelvimetría).
- Presentación de cordón.
- Malformación incompatible con el parto.
- Ausencia de disponibilidad de obstetra experimentado.

Inducción

Se deberá favorecer el parto de inicio espontáneo (D). No obstante hay estudios suficientes que documentan la seguridad de la inducción en partos seleccionados^{10,11,12}. Se ofrecerá para asegurar la presencia de obstetra experimentado, o causas obstétricas principalmente rotura de membranas.

Se permite el uso de maduración cervical con dinoprostona y métodos mecánicos.

Fase de latencia

Se permite el uso de analgesia no farmacológica y farmacológica. Se debe procurar el ingreso en área de Partos en fase activa de parto (6 cm).

Primer estadio de parto (a partir de 6 cm)

Monitorización CTG continua. (recomendado)¹³

Se debe evitar el parto lento (dilatación \geq 1 cm/ hora)⁵.

Si hay hipodinamia, se permite el uso de oxitocina y amniorrexis.

Si la dilatación es > 1 cm/hora no realizar amniorexis.

Se permite el uso de analgesia epidural.

Tacto vaginal cada 2 horas.

Considerar cesárea si:

Dilatación < 1 cm/hora evaluado cada 2 horas con >250 UM y amniorexis¹³.

Segundo estadio de parto (a partir de 10 cm)

Fase pasiva

Asegurarse de que la dilatación es completa

Permitir una duración de 2 horas para el descenso de la nalga.

Fase activa

Asegurar CTG continua con registro materno fetal (IA)¹³

Comenzar la fase activa tras 2 horas de fase pasiva o sensación de pujo.

Los esfuerzos maternos efectivos son esenciales para un parto seguro y debe ser promovidos y apoyados (IA)¹.

Analgesia epidural que permita preservar cierta sensación pudenda¹³.

Se recomienda el Hands off y evitar el contacto con el feto durante esta fase.

Considerar cesárea si:

Después de 60' de pujos el parto no es inminente, (IA)³.

Una evolución correcta del parto, unido a una asistencia acorde a protocolo, es el criterio más importante para predecir un expulsivo sin complicaciones, en casos bien seleccionados⁸.

Técnica del parto

Personal requerido

Se precisa:

Un operador obstetra que debe tener habilidades requeridas (IA)¹

Un obstetra experimentado y seguro en el manejo en el parto vaginal de nalgas debe estar presente y supervisar a otros obstetras en formación (IA)¹.

En el momento del parto de la cabeza, un asistente, debe estar presente para aplicar presión suprapúbica, favorecer la flexión y evitar el compromiso de la cabeza fetal. (II-3B)³.

Posición de la paciente

Colocación de la paciente: piernas maternas elevadas, nalgas en el borde de la cama¹³.

En estudios retrospectivos el parto de pie en 4 o en cuclillas reduce la intervención.

Parto normal

No se debe realizar una extracción completa de nalgas en gestación única a término (2-A)¹

El parto de nalgas puede ser espontáneo o asistido. Se asistirá al parto si existe retraso o alteración del cardiotocograma.¹

Todos los obstetras estarán familiarizados con la técnica para asistir el parto vaginal de nalgas.¹

La tracción fetal debe evitarse, y solo se realizará manipulación fetal después de la salida del feto a nivel del ombligo. (III-A)¹.

Episiotomía restrictiva que se realizará no antes de la salida del ano¹³.

Mantener el sacro en posición anterior¹³.

Comprobar látido del cordón y considere la posibilidad de liberar un bucle. Las maniobras del cordón se realizarán alejados de la inserción del ombligo.

La extracción de los hombros se realiza de forma espontánea o por la maniobra de Rojas¹³.

La cabeza fetal puede salir espontáneamente, con la ayuda de presión suprapúbica o por la maniobra de Mauriceau-Smellie-Veit (III-B)¹

El operador acabalga el feto presiona y flexiona en la nuca con tres dedos de una mano y dos de la otra en el surco nasogeniano. En ese momento, se le indica al operador que realice la presión suprapúbica. (III-B)

Complicaciones

Brazo nucal

La presencia de brazo nucal se reduce con las maniobras de Rojas (III-B) girando el tronco fetal hacia donde indica la mano¹⁴.

Si es brazo nucal derecho girando el feto hacia la izqda. Si es brazo nucal izqdo girando el feto hacia la derecha.

Esta complicación es típicamente causada por una tracción precoz del feto en el parto.

Hiperextensión de extremidades superiores

La hiperextensión de extremidades superiores se realiza por la maniobra de Deventer Muller¹⁴.

Atrapamiento de cabeza última

Si los muslos y el cuerpo de una presentación de nalgas puras o completas han pasado fácilmente es muy improbable la existencia de una desproporción cefalopélvica.

- a) Extracción con la ayuda de un fórceps de Piper, evitando la hiperextensión del cuello fetal (III A)¹³
- b) Maniobra de la valva de Lee¹⁴.

C) Incisión de Dührssen. *En fetos prematuros y cuello no completamente dilatado, el orificio cervical puede ser ampliado quirúrgicamente. Se colocan uno o dos dedos en el cuello del útero para proteger al feto y permite al cirujano palpar la unión cervicovaginal. Se hacen de una a tres incisiones a lo largo del labio del cuello uterino, por lo general a los 2, 10, y seis (incisiones Dührssen)^{1, 14}.*

D) Sinfisiotomía: se infiltra piel y tejido subcutáneo, se sonda uretra que se lateraliza con dedo índice izqdo, y se realiza una incisión vertical parcial en profundidad en la sínfisis que permita salida de cabeza¹³

- e) Rescate abdominal de urgencia¹³.

El obstetra debe estar preparado para actuar con prontitud en las raras circunstancias de atrapamiento de cabeza última o brazo nucal irreducible, y poder realizar una sinfisiotomía o rescate abdominal de urgencia (III-B)¹³.

Parto vaginal de nalgas no planificado

A las mujeres que se encuentran cerca o en la segunda etapa activa del parto no se les debe ofrecer habitualmente una cesárea (C)¹.

Se valorará la presencia de criterios de inclusión: variedad de nalgas, peso estimado, presencia o disponibilidad de experto (C)¹,

Las maternidades deben disponer de un modelo de supervisión de habilidades en parto de nalgas y un protocolo específico¹.

Parto vaginal de nalgas no planificado pretérmino

La cesárea de rutina en pretérmino de nalgas no se recomienda. Será individualizado en función de la etapa del parto, tipo de presentación de nalgas, bienestar fetal y disponibilidad de un operador experto en parto de nalgas vaginales¹.

Se debe informar a las mujeres que la cesárea de rutina en pretérmino extremo 24-25+6 no se recomienda ©¹.

La indicación de cesárea se realizará por compromiso materno o fetal¹.

La técnica del parto es igual que a término.¹

Recomendaciones para el SESPAs y Consejería

Se debe realizar entrenamiento en simulación para ensayar las habilidades que se necesitan para el parto de nalgas por parte de todos los médicos y matronas¹.

Se debe desarrollar una guía para la selección de casos y el manejo del parto vaginal¹ en cada departamento por los profesionales que supervisan dichos nacimientos.

Se recomienda adherencia a las pautas del protocolo para reducir el riesgo de complicaciones intraparto.¹

Los departamentos deben considerar desarrollar una lista de verificación para asegurar un asesoramiento integral de los profesionales e incrementar la seguridad de la mujer y recién nacido de nalgas¹.

Bibliografía

1. RCOG Management of breech presentation. March 17. Green Top Guideline no 17b
2. ACOG committee opinion n° 340: Mode of term singleton breech delivery. Obstetrics and Gynecology. 108 (1) (pp 235-237), 2006.
3. SOGC Vaginal delivery of breech presentation. J Obstet Gynaecol Can 2009;31(6): 557–566
4. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Protocolos asistenciales en Obstetricia. Parto en la presentación de nalgas a término. 2011 Disponible en www.prosego.com
5. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, Keane DP, O'Herlihy C, Foley ME. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. Obstet Gynecol 2004;103:407–12.
6. Goffinet, Francois MD, Carayol, Marion Midwife, Foidart, Jean-Michel MD, Alexander, Sophie MD, Uzan Serge MD. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006;194

7. Giuliani, Albrecht MD, Scholl, Wolfgang MJ, Basver, Asli MD, Tamussino, Karl FMD. Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002;187;1694-1698
8. *Obstetricia de Williams*. Presentación y parto pélvico. 22ª edición. 2005. Mc Graw Hill.
9. Documento informativo para la paciente del Servicio Vasco de Salud en la presentación de nalgas.
10. Bleau G: Effectiveness and safety of induction of labor for term breech presentations. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* Volume 46, Issue 1, January 2017, Pages 29-34
11. Sun W. Comparison of outcomes between induction of labor and spontaneous labor for term breech - A systemic review and meta analysis. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, Volume 46, Issue 7, 2017, pp. 597-600
12. Burgos J Induction of labor in breech presentation at term: a retrospective cohort study. *J Perinat Med*. 2017 Apr 1;45(3):299-303.
13. Michael B. Sexter . Learning From Experience: Qualitative Analysis to Develop a Cognitive Task List for Vaginal Breech Deliveries. Nov *JOGC* 2015.
14. Pschyrimbel *Obstetrica práctica*. 1981.