



Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología
ISSN: 0034-7434
ISSN: 2463-0225
Federación Colombiana de Obstetricia y
Ginecología; Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

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

Bautista-Charry, Alejandro Antonio; Grillo-Ardila, Carlos Fernando

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

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 70, núm. 4, 2019

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología; Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195262823001>

DOI: 10.18597/rcog.3483

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

VAGINAL TERM BREECH DELIVERY, A
FOOLHARDY OPTION OR AN OPPORTUNITY?

Alejandro Antonio Bautista-Charry¹

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Carlos Fernando Grillo-Ardila²

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología, vol. 70, núm. 4, 2019

Federación Colombiana de Obstetricia
y Ginecología; Revista Colombiana de
Obstetricia y Ginecología

DOI: 10.18597/rcog.3483

CC BY-NC-ND

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 inesperadas¹. De esta manera, la esperanza para el siglo XXI es la desaparición de entidades que en otra época fueron determinantes de la mortalidad materno-perinatal²: 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 tecnológico³. 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 pasado⁵. 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 fruto 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 presentación 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.

The practice of obstetrics took a radical turn during the 20th century as a result of two circumstances: undeniable safety of cesarean section due to the dizzying speed of operating theater advances, and the arrival of ultrasound as a diagnostic modality which diminished the role of chance in a practice heretofore filled with unexpected surprises¹. Therefore, for the 21st century, the hope is that conditions which were determining factors for maternal and perinatal mortality in the past will disappear²: giant moles, post-mature neonate, fetal demise and retention-related coagulopathy, high forceps, neglected transverse position, ruptured ectopic pregnancy, and the tempestuous eclampsia.

But the 21st century did not only bring with it the boom of technological development³. The publication of the "Term Breech Trial" (TBT) came with the dawn of the millennium⁴, bringing the proposal of a change in the art of waiting in breech delivery care, as suggested by Erick Bratch since the first half of the past century⁵. The TBT study compared the safety and effectiveness of elective cesarean section versus elective vaginal delivery in patients with term gestation and live singleton breech fetus. The surgical intervention was carried out at 38 weeks or before in case of labor, while patients assigned to vaginal delivery waited until the spontaneous initiation of uterine activity or the presence of any indication for induction (i.e., post-term fetus). The delivery protocol included the use of oxytocin, prostaglandins or amniotomy; intermittent fetal auscultation or continuous fetal monitoring; analgesia or anesthesia; control of rate of dilation and descent; and emergent cesarean section in the event of any other indication. As an overarching conclusion, this trial documented a lower frequency of serious neonatal mortality and morbidity (relative risk [RR] = 0.23; 95% CI 0.07-0.81 and RR = 0.36; 95% CI 0.19-0.65, respectively) in neonates assigned to cesarean section, with no apparent differences in the frequency of death or neurodevelopmental delay after two years of follow-up (RR = 1.09; 95% CI: 0.52-2.30). These conclusions resulted in a dramatic drop in the frequency of vaginal delivery in cases of breech presentation⁶.

But the controversy did not come to an end, and study flaws^{7,8} such as non-adherence to inclusion and exclusion criteria; failures in the delivery care protocol; participation of lay professionals; incomplete data biases and early termination of the study due to apparent benefit, kindled the discussion regarding the validity of the findings and their impact on obstetric practice⁸. This gave rise to the initiative of developing a prospective cohort study to address those flaws.

Thus, the Premoda study (Presentation and Mode of Delivery) was designed to compare the safety of vaginal delivery versus cesarean section in pregnant women with single term singleton breech fetuses (alive or not), abiding by the precepts of the French school (adequate pelvic measurement; no fetal head extension; estimated fetal weight between 2500 and 3800 g; overt breech presentation and continuous fetal monitoring)⁹. This study, which included 2502 pregnant women in the vaginal delivery cohort and 5573 in the cesarean section cohort, did not report apparent differences between the groups in terms of fetal or neonatal death (odds ratio [OR] = 0.64; 95% CI: 0.13-3.06) or for the composite endpoint of fetal or neonatal morbidity and mortality (OR = 1.10; 95% CI: 0.75-1.61). True to its objective, it addressed some of the flaws of the TBT^{4,9}, given that 92% of the deliveries were attended to by an expert obstetrician; fetal wellbeing was monitored and pelvic measurement was more the norm than the exception, rescuing breech delivery from the operating room back to the delivery suite and highlighting the pressing need for teaching this classical obstetric practice⁸ and applying it in adequately selected patients⁹. But not all that glitters is gold and not all good intentions materialize into good results. On account of the selected design¹⁰, the groups exhibited substantial differences in terms of prognostic variables and they were also prone to performance bias due to deviation of the assigned intervention¹⁰. These flaws are poignant reminders of the bitter experience within the TBT. Thus, the knowledge gap persisted and, again, clinicians were left waiting for the strong evidence on which to base their decision-making.

Two decades after the publication of both studies, breech deliveries continue and will continue to occur as a result of the ignored or even abandoned external cephalic version¹¹; failed timely identification of presentation (lack of knowledge of obstetric semiology)⁸; arrival in advanced labor in cases of breech presentation⁸ (forcing the obstetricians to know the mechanism and management of the pregnant woman); and, to a lesser degree, the choice of a few women who refuse to undergo a surgical procedure¹².

Consequently, it is easy to understand why the American College of Obstetricians and Gynecologists believe that “current evidence shows short-term benefits in neonatal and maternal mortality for cesarean delivery”, but “long-term benefits for neonates and mothers are less clear” and, therefore, planned vaginal delivery of a term singleton breech fetus could be reasonable, following specific guidelines [...] The decision regarding the mode of delivery should consider patient

wishes and the experience of the health care provider.”¹³ These series of recommendations are in agreement with the tenets of Robson’s classification system¹⁴, in which breech presentation is divided into group 6 for nulliparous women and group 7 for multiparous women⁸, pointing to a differential approach based on a prognostic factor. Therefore, breech presentation could be considered as an absolute indication for cesarean section under certain circumstances, but vaginal delivery could have a clear place in other appropriately selected patients¹⁵.

Consequently, the best settings for the practice and learning of the good art of obstetrics need to be found. This issue of the Colombian Journal of Obstetrics and Gynecology is a recap of a clinical practice of the past -germane to a speciality rich in semiological details as is obstetrics - ruled by clinical principles and governed by the legacy of giants who exercised their skill around their spatial orientation, their ability to hone on the details by means of palpation and digital sensitivity and their accurate knowledge of delivery mechanisms.

Obstetric semiology is inherent to the delivery room, an integral part of prenatal care, and sheds light on a practice that is sensitive to general considerations but rich in measurements, parameters and perceptions. The relevance of an education article on breech delivery care is that it allows to recap and rescue forgotten semiological details: breech presentation landmarks, modes of presentation, position variations, intertrochanteric diameter, intergluteal cleft, in utero fetal cephalic deflection, nuchal arm extension, lower scapular angle, and other details mentioned in the article. As educators, we have the duty to return to the classical objective knowledge which characterizes the experts: the semiological wealth of sacral variations, labor mechanisms in breech presentation, and the main obstetric maneuvers at the time of delivery, in the real and practical setting of this dystocic presentation.

It may be that a new generation of obstetricians with little skills for breech deliveries are coming on stage, creating a higher risk for these fetuses⁸. To avoid this situation, it behooves educators to ensure that all obstetricians in training develop the ability to manage breech deliveries¹⁶. Opportunities to attend to the cases under supervision are the only way in which residents can become comfortable with the management of these cases. Our profession as instructors and specialists in the art of obstetrics is a very demanding one; we are called upon to protect the future of our country by making sure that the coming generations are born under optimal oxygenation conditions. We build the future of nations in the delivery room.

Safe care in breech vaginal delivery is a prevailing issue which fell into oblivion because of the current practice of cesarean sections which has numbed the creativity and clinical judgement of modern obstetricians. Perhaps the time is ripe for the rebirth of a lost knowledge needed in a world rendered simple by the easy way out. Let us reflect about our daily lives and not forget the past, a heritage of mankind.

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. Doi: 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. Doi: 10.1177/014107680609901113
3. Raitt D. The greatest engineering achievements of the twentieth century. *Int J Entrepren Behav Res*. 2000;6(1). Doi: 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. Doi: 10.1016/S0140-6736(00)02840-3
5. Dunn PM. Erich Bracht (1882-1969) of Berlin and his "breech" manoeuvre. *Arch Dis Child Fetal Neo- natal Ed*. 2003;88(1):F76-7. Doi: 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. Doi: 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. Doi: 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. Doi: 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. Doi: 10.1016/j.ajog.2005.10.817
10. Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC, Savovic 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. Doi: 10.1136/bmj.i4919
11. de Hundt M, Vezel J, de Groot CJ, Mol BW, Kok M. Mode of delivery after successful external cephalic version: A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2014;123:1327-34. Doi: 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. Doi: 10.1371/journal.pmed.1002494
13. ACOG Committee Opinion No. 745: Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol*. 2018;132:e60-e63. Doi: 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. doi: 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. Doi: 10.1111/j.0001-6349.2004.00363.x