

PRESENTACIÓN PODÁLICA EN EL EMBARAZO A TÉRMINO.

PREGNANCY BREECH PRESENTATION AT TERM.

Autor:

Miranda Moreno M.D.⁽¹⁾; Rodríguez Villar, V.⁽¹⁾; Bonilla García, A.M.⁽²⁾

Institución:

⁽¹⁾ Servicio Andaluz de Salud. m.d.miranda@hotmail.com

⁽²⁾ Generalitat Valenciana

Resumen:

La presentación podálica se presenta en un 3- 4% de los embarazos a término. Ante esta situación se procede a realizar una cesárea para evitar el riesgo de un parto de nalgas. Existen distintos métodos para intentar modificar la posición del feto, que van desde la medicina tradicional china al uso de plantas medicinales o medidas posicionales como andar en cuclillas. Entre todas ellas, la moxibustión y la versión externa son dos de las técnicas más utilizadas en la práctica médica habitual.

Palabras Clave:

Embarazo, feto, presentación podálica, moxibustión, versión cefálica externa, ejercicios.

Abstract:

Breech presentation occurs in a 3- 4% of pregnancies to term. In this situation we proceed to perform a caesarean section to avoid the risk of a breech delivery. There are different methods to try to change the position of the fetus, ranging from traditional Chinese medicine to the use of medicinal plants or

postural changes like riding squatting. Among them, moxibustion and the external version are two of the techniques used in routine medical practice.

Key Words:

Pregnancy, fetus, breech presentation, moxibustion, ECV, exercises.

1. INTRODUCCIÓN.

La presentación podálica de los fetos es frecuente durante el segundo trimestre del embarazo aunque la mayoría de los fetos giran antes del inicio del trabajo de parto, hay algunos que no lo hacen. Entre la semana 28 y la semana 32 del embarazo, la mayoría de los bebés se dan la vuelta y se colocan en posición cefálica, es decir, con la cabeza hacia abajo, preparándose para llegado el momento, salir por el canal del parto con la cabeza primero.

Se estima que la frecuencia de la presentación podálica es del 3 al 4% de todos los embarazos llevados a término. Ante esta situación se procede a realizar una cesárea para evitar el riesgo de un parto de nalgas. Existe un 1% de probabilidad de una muerte perinatal durante el parto vaginal y un incremento de un 2,4% en secuelas neonatales mayores. La cesárea programada en comparación con el parto vaginal en presentación podálica programado ha demostrado reducir la muerte perinatal o neonatal del feto único a término, a costa de un cierto aumento de la morbilidad materna, además también se dispone de información limitada sobre las consecuencias a largo plazo de la cesárea, como las funciones reproductivas y el ajuste emocional. Se ha estimado que el 4,5% de las mujeres sometidas a cesárea presentan complicaciones (hemorragias, relaparotomía, infección pélvica, trombosis venosa profunda, sepsis, neumonía y problemas de coagulación)

Existen numerosos métodos para intentar modificar la posición del feto, que van desde la medicina tradicional china al uso de plantas medicinales o medidas posicionales como andar en cuclillas. Entre todas ellas, la moxibustión y la versión externa son dos de las técnicas más utilizadas en la práctica médica habitual.

2. VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA.

La versión cefálica externa (VCE) ha sido descrita en la literatura médica desde la época de Hipócrates y fue un procedimiento común a principio de

siglo. Durante la primer mitad del siglo XX ha sido un método muy utilizado y cayó en desuso en la década del 40 debido a la importancia que habían tomado los partos vaginales en pelviana.

La VCE, que consiste en la versión de la posición fetal aplicando las manos sobre el abdomen de la mujer para ejercer una fuerza externa. Se trata de una maniobra que se utiliza para transformar una presentación pelviana en cefálica, es decir, mediante maniobras manuales sobre el vientre de la madre conseguir localizar la cabeza del feto y abocarla en la pelvis de la madre para permitir un parto vaginal y evitar cesáreas.

El éxito oscila entre el 40-74%. La edad gestacional, el índice de líquido amniótico, la presentación y la situación de la placenta son factores que pueden influir en el éxito de la maniobra.

Debemos estar seguros de que nos encontramos con un feto saludable, en una madre sin patología uterina, en la edad gestacional adecuada y en el lugar correspondiente. Para ello se deben cumplir ciertas condiciones:

- a) Edad gestacional entre 36 y 38 semanas por lo comentado anteriormente.
- b) Ecografía previa: descarta patología materna y fetal evaluando tamaño (por medio de la biometría) y cantidad de líquido amniótico.
- c) Monitoreo fetal reactivo.
- d) No debe haber contractilidad de trabajo de parto, pues dificulta enormemente la maniobra.
- e) Pelvis adecuada y canal de parto sin obstrucciones.
- f) Quirófano disponible y cerca por la eventualidad de una complicación.
- g) Consentimiento informado.

Existen varios tratamientos que pueden ayudar a una VCE exitosa. Se incluyen el uso de fármacos tocolíticos (fármacos como betaestimulantes, bloqueadores de los canales de calcio que relajan el útero), la estimulación del feto con sonido a través del abdomen de la madre (estimulación acústica), el aumento del líquido alrededor del feto (amnioinfusión transabdominal), el uso de

fármacos para el alivio del dolor que se inyectan en la región lumbar de la madre para producir analgesia regional (analgesia epidural o espinal) o la administración de fármacos opiáceos a la madre para ayudarla a relajarse.

Las contraindicaciones que deben ser respetadas se dividen en absolutas y relativas. Las primeras desaconsejan la realización de la maniobra y las relativas deben ser evaluadas en cada caso particular. Están descritas en la Tabla 1.

Absolutas	Relativas
RPM	Metrorragia del 3er. Trimestre
RCIU	Macrosomía fetal
Oligoamnios	Anomalías fetales
Embarazo múltiple	Patología materna asociada

Tabla1. Contraindicaciones de la VCE. Modificado de Araya y Zambrano 2009.

3. LA MOXIBUSTIÓN.

La moxibustión es un tipo de medicina china que puede ser útil para girar un feto en posición podálica. Consiste en quemar una hierba cerca de la piel en un punto de acupuntura del dedo pequeño del pie hasta producir una sensación de calor. Esta técnica está recomendada por la OMS.

Esta técnica incluye sostener palillos de moxa (1,5 cm de diámetro y 20 cm de longitud) o quemar conos de moxa sobre el punto de acupuntura BL67, en ambos dedos. La moxibustión se puede administrar durante 15 a 20 minutos, de una a diez veces al día, hasta un máximo de diez días

En España la situación la moxibustión no está integrada en nuestra cartera de servicios. En otros países europeos, como Francia y Alemania, esta técnica

está completamente integrada en los respectivos sistemas sanitarios nacionales.

Una revisión de la Cochrane incluyó ocho ensayos controlados aleatorios que implicaron a 1.346 mujeres. Las mujeres asignadas al azar a la moxibustión recibieron el tratamiento de una vez al día a dos veces por semana entre las semanas 28 y 37. En un ensayo los eventos adversos relacionados con el tratamiento incluyeron olor desagradable (con o sin irritación de la garganta), náuseas y dolor abdominal por las contracciones. Los ensayos incluidos fueron de calidad metodológica moderada, los tamaños de la muestra en algunos de los estudios fueron pequeños, la forma de aplicar el tratamiento fue variable y la información proporcionada fue limitada. En tanto que los resultados se combinaron deben interpretarse con precaución debido a las diferencias en los estudios incluidos. Se necesita más evidencia sobre los beneficios y la seguridad de la moxibustión. Esta revisión halló pruebas limitadas a favor del uso de moxibustión para corregir la presentación podálica. Existen algunas pruebas que sugieren que el uso de moxibustión puede reducir la necesidad de oxitocina. Al combinarla con acupuntura, la moxibustión podría reducir los partos por cesárea; y cuando se la combina con técnicas de manejo postural puede reducir el número de partos con presentaciones no cefálicas. Sin embargo, se necesitan ensayos controlados aleatorios bien diseñados para evaluar la moxibustión para la presentación podálica que informen los resultados de relevancia clínica y la seguridad de la intervención. La evidencia de la efectividad y la seguridad de las revisiones sistemáticas es alentador aunque también encontramos cierta heterogeneidad significativa entre los ensayos.

4. EJERCICIOS.

Existen diferentes ejercicios que pueden facilitar el cambio a presentación podálica.

El objetivo de los ejercicios es que las nalgas se separen de la pelvis de la madre y así puedan girar. Este tipo de ejercicios son totalmente inocuos, no conlleva ningún riesgo para la madre ni para el bebe pero no está demostrada su eficacia. Entre estos ejercicios encontramos: nadar boca abajo en la piscina, gatear, “la postura del mahometano” o “la postura de yoga del gato”.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peralta NM, Sánchez EG, Torres EM. Programa de prevención de cesáreas mediante la técnica de moxibustión en presentaciones podálicas. *Nure Inv.*2016. 13(80).
2. Pérez I, López A, Burgos N, Guerra S, Muñoz H. Intervención farmacéutica en gestante. Derivación al médico para modificar la posición del feto. *FC.* 2010 .2 (2), 74-75.
3. Núñez R, Marlene H, Benítez Rodríguez G. Métodos de manipulación en la medicina tradicional asiática. *MediSan.* 2014. 18(5), 695-704.
4. Valenti DA. Versión externa. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá.* 1998. 17(2).
5. Delgado A. Las distintas especialidades de la Medicina Tradicional China: Acupuntura y moxibustión. *Natura M.* 1993. (34), 21-24.
6. Coyle ME, Smith CA, Peat B. Versión cefálica con moxibustión para la presentación podálica. *Bibl Cochr Plus.*2008.(4).
7. Benítez SC, Sánchez MJ, Romero BU. CA 2-249: moxibustión durante el embarazo: mejorando la morbimortalidad materno-filial. *Enf Doc.* 2016. 1(106), 91.

