

EL MEU NADÓ ESTÀ DE NATGES: QUINES OPCIONS TINC?

INTRODUCCIÓ I PREVALENÇA:

La majoria de nadons es presenten amb el cap primer (posició cefàlica), mode considerat idoni per néixer. Alguns altres ho fan col·locant el cul o les cames primer (posició de natges). **La incidència d'aquest darrer tipus de presentació es xifra sobre el 20% al voltant de les 28 setmanes i descendeix fins el 3-4% quan la gestació arriba a terme.** La majoria de nadons es giraran de forma espontània, però n'hi haurà que persistiran de natges al final de la gestació podent ser un indicatiu d'una malformació uterina, del nadó o anomalia del volum de líquid amniòtic. Que el nadó romangui de natges pot estar influenciat, també, per la localització de la placenta.

TIPUS DE NATGES

- Franques
- Completes
- Incompletes
- Podàlica

Es considera que **el part vaginal es mes favorable amb una presentació de natges franques o completes.** Pel contrari, la menys favorable i inclús contraindicada es la presentació podàlica.

HISTÒRIA

El part vaginal de natges era considerat normal fins aproximadament el 1959 on es va suggerir que tots els nadons que es presentessin així haurien de néixer a través de cesària per reduir la morbi-mortalitat neonatal. Tot i així, alguns obstetres i llevadores amb experiència van seguir atenent parts vaginals de natges. **L'any 2000, es va publicar un rellevant estudi que va tenir un gran impacte en la comunitat mèdica a nivell internacional, anomenat *Hannah trial*. Aquest conclouia que el part per cesària era més segur pel nadó que el part vaginal de natges, i aquest tenia resultats similars en quant a seguretat per a la mare. Arrel d'aquest estudi, la pràctica mèdica va anar extingint poc a poc l'habilitat dels professionals per atendre aquest tipus de naixements** a la majoria dels països desenvolupats. Com a conseqüència, les decisions de les dones en escollir el tipus de naixement que desitgen s'han vist des d'aleshores afectades directament per aquestes limitacions professionals. L'any 2006 sorgeix un nou estudi, *Premoda*, que conclou que quan el part vaginal de natges ha estat planificat i hi ha els adequats criteris d'inclusió, a més de ser atès per professionals qualificats, aquest és segur per a la mare i el nadó. Tot i així, l'aparició d'aquest nou estudi no va ser prou significatiu per modificar la pràctica a Espanya, però si ho ha estat a països com Canadà, entre d'altres, que van incorporar novament l'opció dels parts vaginals de natges. Més recentment, aquest

any 2015, ha estat publicat un altre meta anàlisis que conclou que **la mortalitat neonatal en nadons amb presentació de natges nascuts per cesària es del 0,05% mentre que per els nascuts per part vaginal es del 0,3%. Es a dir, que el risc es superior en el part vaginal de natges, però el risc absolut es baix.**

DIAGNÒSTIC

La determinació de la presentació fetal es realitza mitjançant la palpació abdominal, la qual consta com un dels procediments recomanats a partir de la setmana 28 de gestació al Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. No obstant, el mateix protocol no especifica a partir de quina setmana de gestació la posició fetal és significativament rellevant. Tenint en compte que l'ecografia del tercer trimestre s'indica a la setmana 34 de gestació, aquest és un factor detonant per a què la presentació de natges sigui diagnosticada aleshores i, conseqüentment, esdevingui motiu d'intervencions precoces. No obstant, el protocol del Regne Unit per a l'atenció de l'embaràs elaborat per l'Institut Nacional per a l'Excel·lència Clínica (NICE) recomana que **la presentació del nadó hauria de ser avaluada a partir de la setmana 36**, donat que seria el moment en què tindria repercussions a l'hora de planificar les alternatives per al tipus de part escollit per la dona. En cas de què se sospités la presentació de natges, la confirmació a través d'una ecografia estaria indicada.

OPCIONES PER VERSIONAR

Existeix l'opció, una vegada diagnosticada la presentació de natges, d'intentar ajudar al nadó a girar-se per adoptar una presentació més favorable per néixer (cefàlica):

- **Exercicis:** sèrie de posicions que poden afavorir a que el bebè es giri, sobretot si són combinades amb altres tècniques. Aquestes es poden començar a utilitzar al voltant de la setmana 36 de gestació. No existeix però evidència científica que les recolzi.
 - Posició invertida abdominal
 - Posició invertida d'esquena
 - Gatejar
 - Balancejar la pelvis
 - Posició de gat

- **Moxibustió:** Es una teràpia de medicina tradicional Xinesa que es basa en l'estimulació de punts d'acupuntura mitjançant el calor que produeix la combustió d'una herba Japonesa anomenada Artemisa vulgaris. La teràpia es comença a aplicar a partir de les 34 setmanes de gestació, unes 3 vegades per setmana, una o dues vegades al dia, durant una setmana. **Alguns estudis mostren que la moxibustió combinada amb acupuntura té una efectivitat que es situa entre el 50 i el 70%.** Tot i així, la revisió Cochrane 2012 conclou que malgrat que s'ha demostrat en algun estudi que aquesta pràctica, combinada amb la versió externa o exercicis posturals, redueix les posicions no cefàliques o les cesàries, l'evidència científica és limitada i es precisen més estudis per poder tenir conclusions consistents sobre la seva efectivitat.

- **Versió cefàlica externa:** És una maniobra que consisteix en aplicar pressió amb les mans a la paret abdominal de la mare per primer reduir l'eix longitudinal fetal i per posteriorment intentar donar la volta al nadó, utilitzant de 1 a 3 intents. Durant tot el procés i fins 30 minuts després de la tècnica, el nadó ha d'estar monitoritzat per corroborar el benestar fetal. Algunes vegades s'utilitza medicació per poder relaxar les parets abdominals i així fer més fàcil i efectiva la tècnica. Aquesta maniobra és senzilla i barata i s'estima que la seva efectivitat ronda entre el 46-70% segons diferents estudis. L'evidència científica ha demostrat que l'ús d'aquesta maniobra redueix les presentacions no cefàliques al néixer i també redueix la incidència de cesàries gairebé a la meitat. **Es considera una tècnica relativament segura, però no exempta de riscos, que hauria d'oferir-se a tota dona amb una gestació a terme sana amb un nadó en presentació de natges.**

MANEIG

- A Catalunya i a la resta de l'Estat Espanyol, la publicació de *Hannah Trial* va condicionar la praxis relacionada amb l'assistència dels parts de natges de manera dràstica. La SEGO l'any 2001 validava l'evidència presentada i recomanava el part a través de cesària programada i admetia que la versió cefàlica externa no és una pràctica que s'hagués consolidat a l'estat; tot i així, es recomana fer-la a partir de la setmana 37 de gestació. **L'any 2011 la pròpia SEGO acollia al seu congrés un estudi retrospectiu amb una mostra de 732 parts amb presentació de natges en els quals es varen realitzar un 87,75% de cesàries i que tenia com a conclusió el necessari replantejament de la forma de part, donat que la pròpia taxa de cesàries no evidenciava una millora els resultats neonatals i sí que mostrava un increment del risc de complicacions per la mare.** De la SEGO i l'estratègia a l'atenció a l'embaràs i al part a Catalunya se'n dedueix que no hi ha una línia clara pel que fa l'actuació per part de l'atenció pública i que, sovint, la resolució depèn del centre i els criteris dels professionals disponibles amb qui està en contacte la mare.
- A Anglaterra el Col·legi d'Obstetres i Ginecòlegs, a la seva darrera guia respecte la presentació de natges (2006), basant-se en els estudis fets fins el moment, recomanava la cesària programada com a forma de naixement per a millorar la morbi-mortalitat neonatal. La mateixa guia admet que la presentació de natges s'associa a un major risc, independentment del mode de naixement. Als darrers anys, s'han accentuat les estratègies per a reduir la incidència d'aquest tipus de presentació alhora que s'han invertit esforços en millorar les possibilitats d'oferir el part vaginal. Es recomana que la versió cefàlica externa sigui oferta a partir de les 36 setmanes en dones que no hagin parit i a partir de les 37 setmanes de gestació a les que sí ho hagin fet anteriorment.
- **A Canadà es tenen molt en compte els riscos que comporta la cesària en si i des de fa anys es recomana que el part vaginal sigui la primera elecció** sempre i quan es donin les circumstàncies de què ocorri després de la 34 setmana gestacional; no se sospitin anomalies en la salut del nadó; la presentació de natges sigui franca o completa. La cesària es recomana en aquells casos en què el part no progressi amb normalitat o en cas de prolapse de cordó umbilical.

TIPUS DE PART

- Vaginal de natges:

Riscos	Beneficis
<ul style="list-style-type: none">- Prolapse de cordó- Dificultat per extreure el cap podent provocar lesions neurològiques al nadó.-0,3% risc de mort neonatal (1 de cada 300 bebès).	<ul style="list-style-type: none">- Més segur per a la mare i amb recuperació més ràpida- Millor adaptació respiratòria del nadó a la vida extrauterina- Millor taxes d'alletament matern- Pell amb pell amb la consegüent colonització de bacteries protectores- Colonització de microflora vaginal que protegirà el sistema immunitari del nadó a llarg termini contra malalties com ara la diabetis, asma i obesitat, entre d'altres.

- **Cesària programada:**

Riscos	Beneficis
<p>- Per a la mare els riscos immediats són infecció, hemorràgia, tromboembolisme, risc de lesions a òrgans pròxims, histerectomia i mortalitat 4 vegades superior al part vaginal. Una cesària pot influir negativament en futurs embarassos, ja que s'incrementa el risc d'embaràs ectòpic i la fertilitat es pot veure afectada. També existeix el risc de placenta acreta o prèvia en següents embarassos, així com d'adherències o de més probabilitats d'una següent cesària.</p> <p>- Pel nadó els riscos immediats són principalment la insuficiència respiratòria, prematuritat iatrogènica i dificultats amb la lactància materna. A llarg termini se sap que els nadons nascuts per cesària tenen més risc de patir obesitat, diabetis i asma en l'edat adulta.</p>	<p>- Menys morbi-mortalitat per el nadó.</p>

- **Cesària d'urgència:**

Riscos	Beneficis
<p>- Major estrès matern i dels professionals pel fet de no estar planificat.</p> <p>- Els riscos associats a la cesària i mencionats anteriorment.</p>	<p>- El nadó i la mare es beneficiaran de la cascada hormonal del part, aportant innumerables beneficis a la maduració pulmonar del nadó, a l'adaptació extrauterina, i a l'alletament matern.</p>

CONCLUSIÓ

La presentació de natges del nadó durant el naixement, menys habitual que la cefàlica, ha estat durant les darreres dècades, un motiu determinant a l'hora de planificar el part. La pèrdua de la destresa professional per atendre parts vaginals amb aquest tipus de presentació i la manca d'alternatives oferides durant el final de la gestació ha acabat contribuint a què la percepció del part així com el seu desenllaç redueixin les opcions de la dona.

El diagnòstic adequat i la incorporació de tècniques basades en l'evidència científica per a facilitar la versió del nadó o, en darrer terme, l'atenció al part de natges sota una sèrie de premises, contribueix a què

les dones adquireixin una apreciació de major opcions, control i poder sobre el propi cos i el procés de la maternitat.

Referències:

Bluistein, J., Liu, J. (2015) *Time to consider the risks of cesarian delivery for long term child health*. *BMJ* 2015;350:h2410

Coyle ME, Smith CA, Peat B (2012) *Cephalic version by moxibustion for breech presentation*. Published at Cochrane library.

Dekker, R. (2012) *What is the evidence for using an external cephalic version to turn a breech baby?* Published at Evidence based birth.

Dekker, R. (2013) *Evidence for using moxibustion to turn breech babies*. Published at Evidence based birth.

Fischer, R. (2015) *Breech presentation*. Published online at Medscape.

Goffinet, F., Carayol, M., Foidart, JM., Alexander, S., Uzan, S., Subtil, D., Bréart, G. (2006) *Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium*. Publicat a [Am J Obstet Gynecol](#). 2006 Apr;194(4):1002-11.

Hannah, ME., Hannah, WJ., Hewson, SA., Hodnett, ED., Saigal, S. Willan, AE. (2000) *Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial*. *Term breech trial collaborative group*. Publicat a *Lancet* 2000 Oct

Hofmeyr G, Hannah M, Lawrie TA (2011) *Planned cesarian section for term breech delivery*. Published at Cochrane library.

Hofmeyr G, Kulier R, West HM (2015) *External cephalic version for for breech presentation at term*. Published at Cochrane library.

Hussin, O.A, Mahmoud, M.A, Abdel-Fattah, M.M (2013) *External cephalic version for breech presentation at term: predictors of success, and impact on the rate of caesarean section*. WHO Volume 19 issue 2.

Kotaska, A., Menticoglou, S., Gagnon, R. (2009) *Vaginal delivery of breech presentation*. SOGC Clinical practice guideline 226.

Lede R. *Versión cefálica externa para el tratamiento de la presentación podálica: Comentario de la BSR (última revisión: 13 de marzo de 2006)*. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

NICE guidelines (2008) *Antenatal care*. England

Generalitat de Catalunya (2003) *Protocol d'assistència al part i al purperi i d'atenció al nadó.*

Generalitat de Catalunya (2005) *Protocol de seguiment de l'embaràs de Catalunya. 2^A edició.*

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006) *The management of breech presentation.* England Guideline n. 20b

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006) *External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation.* England Guideline n.20a

The American Congress of Obstetricians and Gynaecologists (2001) *Mode of term singleton breech delivery.* EEUU Online Number 340.

Sally C. Curtin M.A, Kimberly D. Gregori M.D, Lisa M. Korst M.D, Sayeedha F.G Uddin (2015) *Maternal Morbidity for vaginal and cesarean deliveries, according to previous cesarean history: New data from the birth certificate, 2013.* National vital statistics reports Volume 64 report number 4.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2001) *Parto de nalgas.* España.

Segons la Llei 16/2010, del 3 de juny, de modificació de la Llei 21/2000, del 29 de desembre, sobre els **dr**
ets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica:

- *Les persones tenen el dret de rebre informació sobre els diferents tractaments existents per tal de decidir lliurement.*

*Article 2.2. La informació ha de formar part de totes les actuacions assistencials, ha d'ésser verídica, i s'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments del pacient, per a **ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma.***

- *La decisió de sotmetre's a qualsevol prova o intervenció requereix el consentiment de la persona. Aques ta decisió es pot tirar enrere en qualsevol moment.*

*Article 6.1. Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hi hagi donat e l seu **consentiment específic i lliure** i n'hagi estat informada prèviament, d'acord amb el que estable ix l'article 2.*

*Article 6.4. En qualsevol moment la persona afectada pot **revocar lliurement el seu consentiment.***

Tots els drets reservats. Qualsevol forma de reproducció, distribució, comunicació pública o transformació d'aquesta obra podrà ser realitzada sempre i quan es citi la font i l'enllaç d'aquesta.