

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

SEGURIDAD DE LA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA PARA LA CORRECCIÓN DE LA PRESENTACIÓN FETAL NO CEFÁLICA.

Autor principal ENRIQUE RAMÓN ARBUÉS

CoAutor 1 SUSANA MARTÍN GÓMEZ

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Palabras clave Revisión Embarazo Presentación en trabajo de parto Versión fetal

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Introducción: El parto podálico vaginal y la cesárea son dos opciones obstétricas derivadas de las presentaciones fetales no cefálicas que acarrear mayores riesgos para madre y feto que el parto cefálico vaginal. Para minimizar estos riesgos la maniobra de versión cefálica externa (VCE) trata de convertir las presentaciones fetales desfavorables (podálicas, transversas u oblicuas) en cefálicas. El objetivo de este trabajo fue describir las características, criterios de aplicación, efectividad y complicaciones del procedimiento de VCE.

Materiales y métodos: Para la realización de esta revisión bibliográfica se recogió información de las más importantes bases de datos biomédicas: Pubmed, Biblioteca Cochrane, Science Direct, Embase, etc. El cribado cualitativo de los estudios localizados se realizó mediante las herramientas de lectura crítica CASPe.

Resultados: La VCE se asocia con una reducción del número de cesáreas y de partos podálicos vía vaginal en las mujeres con presentación no cefálica. La incidencia de eventos adversos derivados de la VCE se sitúa alrededor del 6%. Sin embargo, la mayoría de ellos son momentáneos y revierten en un corto espacio de tiempo.

Discusión: La evidencia disponible indica que la VCE es una técnica efectiva y segura en el manejo de las gestantes con presentación no cefálica. Sin embargo, es necesaria una mayor investigación que lleve a comprender el momento del tercer trimestre del embarazo más apropiado para realizarla.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

En las últimas décadas se ha observado una tendencia hacia la práctica de cesáreas tanto en la sanidad pública como en la asistencia privada. Este aumento viene determinado por diferentes motivos, generalmente alejados del enfoque obstétrico. Factores médico-legales o la presión de algunas gestantes por tener un parto programado podrían explicar esta tendencia. Por otra parte, la mejora de las condiciones quirúrgicas y anestésicas ha generalizado la asunción de que la cesárea es una intervención casi exenta de riesgos. Diversos estudios han demostrado que ésta es una visión sesgada de la realidad ya que la cesárea se ha asociado repetidamente con una mayor incidencia de morbi-mortalidad materna, complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un período de recuperación y un costo superior al del parto vaginal.

Alrededor del 4% de las gestaciones llegan a término con presentación diferente a la cefálica. La actitud obstétrica hacia estas presentaciones era, hasta hace pocos años, la de realizar una cesárea electiva o en su defecto permitir un parto de nalgas. Sin embargo, y especialmente en los últimos años, se han considerado otras alternativas con el objeto de reducir las tasas de morbi-mortalidad materna debidas al alto número de cesáreas y a las complicaciones perinatales derivadas del parto podálico vía vaginal. Algunas de estas alternativas son las maniobras posturales maternas, la moxibustión, la acupuntura o, mucho más extendida en el mundo occidental, la versión cefálica externa (VCE). De todos estos métodos, parece que la VCE puede ser el más efectivo, sin embargo, éste es todavía un método poco conocido y no generalizado en la mayoría de los hospitales. En este sentido, el objetivo de esta revisión de la literatura es dar a conocer las características básicas de la VCE al profesional obstétrico.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos biomédicas más importantes: Pubmed, Cochrane, Embase, Science Direct, etc. Para esta búsqueda se utilizaron descriptores como: external cephalic version, delivery, obstetric, breech, version, fetal and pregnancy, entre otros. Se incluyeron en esta revisión todos los artículos encontrados en diferentes idiomas que contaban con características metodológicas adecuadas, dando especial importancia a los meta-análisis, las revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos aleatorizados más actuales. El cribado cualitativo de los estudios localizados se realizó mediante las herramientas de lectura crítica CASPe (Disponibles en: <http://www.redcaspe.org/drupal/?q=node/29>).

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

La VCE es una maniobra obstétrica, ya practicada en la antigüedad, cuyo fin es el de manipular al feto en situación podálica o transversa, a través de la pared abdominal materna, para conseguir que adopte una presentación cefálica. La práctica de la VCE ha variado a lo largo de los años.

En España, son los obstetras los responsables de la realización de la versión. Sin embargo, en otros países occidentales como Canadá o Reino Unido constituye una práctica habitual de las matronas. En los países subdesarrollados, esta maniobra es parte de las habilidades tradicionales de las matronas.

CONTRAINDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA VCE

Existen una serie de criterios que determinan que una gestante sea total o relativamente excluida de ser candidata a esta maniobra. A saber:

Contraindicaciones Absolutas.

Oligoamnios.

Hemorragia antes del parto.

Rotura de membranas.

Toxemia del embarazo.

Patrón de monitorización fetal alterado.

Contraindicación para el parto vaginal.

Contraindicaciones relativas.

Retraso de crecimiento intrauterino. Hay que valorar individualmente cada caso.

Peso fetal estimado >3.800g. Algunos autores no lo consideran un aspecto de interés.

Cicatriz uterina anterior. Ciertos autores recomiendan no excluir a estas mujeres.

PROCEDIMIENTO DE LA VCE

La VCE debe realizarse tras la firma por parte de la gestante del consentimiento informado. Idealmente, la posición de la mujer será en decúbito supino, en semi-Fowler y ligero Trendelenburg, y se contará con un ecógrafo y la proximidad de un quirófano que permita la práctica de una cesárea urgente.

En primer lugar se intenta desplazar las nalgas de la pelvis mediante presión abdominal con una mano, mientras la otra mano intenta que la cabeza se desplace en sentido ventral, si no se consigue se intenta en sentido dorsal. La presión moderada y mantenida hace que el feto busque una posición más cómoda produciendo su versión.

La frecuencia cardíaca fetal (FCF) debe ser controlada mediante ecógrafo o cardio-tocógrafo durante la manipulación, vigilando la aparición de posibles patrones anómalos de frecuencia cardíaca fetal.

Una vez terminadas las maniobras se mantendrá monitorizada la FCF durante 45 minutos para detectar posibles patrones anómalos de frecuencia cardíaca fetal. Si se mantiene un registro cardio-tocográfico adecuado, no existe pérdida hemática ni dolor, podrá remitirse a la mujer a su domicilio recomendando reposo relativo durante 24 horas.

En el supuesto de que la gestante fuera Rh negativo, deberá administrarse gammaglobulina anti-D tras la versión, puesto que el riesgo de isoimmunización feto-materna se cifra en un 1%.

En cuanto a la utilización de agentes tocolítics varios estudios, incluida una revisión Cochrane, la recomiendan para relajar el útero durante la técnica, ya que parece aumentar la probabilidad de éxito de la VCE.

Existe controversia en cuanto a la consideración del momento óptimo para realizar la VCE. La mayoría de equipos recomiendan que la VCE se practique a partir de la semana 37, ya que en ese momento la posibilidad de versión espontánea es reducida y se evita la posible prematuridad yatrogénica por comienzo de trabajo de parto o por mala tolerancia fetal a la maniobra. Sin embargo, otros autores defienden que las tasas de complicaciones fetales graves y la tasa de partos prematuros no aumentan significativamente tras una versión temprana. De esta forma, una revisión sistemática Cochrane parece asociar la práctica temprana de VCE (34-35 semanas de gestación) con una disminución de presentaciones podálicas en el momento del parto en relación a la VCE realizada a término. No obstante, esta misma revisión sistemática refiere la necesidad de una mayor investigación sobre este tema con el fin de descartar riesgos derivados de la prematuridad u otros efectos perinatales adversos.

EFFECTIVIDAD DE LA VCE

La evidencia disponible señala gran disparidad acerca de la tasa de éxitos de la VCE, oscilando entre el 26% y el 62% en las nulíparas y entre el 52% y el 95% en las múltiparas. La efectividad de la VCE ha sido estudiada por una revisión sistemática que incluye siete ensayos clínicos aleatorizados. En esta revisión se concluye que las mujeres sometidas a VCE presentan un riesgo significativamente menor de presentar partos no céfalicos o cesáreas que aquellas mujeres con presentaciones no céfalicas que no se someten a una VCE, riesgos relativos de 0,46 y 0,63 respectivamente.

En la comparativa entre mujeres sometidas a VCE exitosa y mujeres con presentación céfalica espontánea se observa que el riesgo de sufrir una cesárea es 2,19 veces superior en el grupo de mujeres sometidas a VCE exitosa. El aumento de riesgo en este grupo parece deberse tanto a motivos obstétricos (distocias) como a alteraciones del patrón de la frecuencia cardíaca fetal.

Se han descrito variables, tanto clínicas como ecográficas, que pueden predecir el éxito o el fracaso de esta maniobra.

Factores asociados a un menor éxito de la maniobra:

Nuliparidad.

Placenta anterior, lateral o cornual.

Volumen de líquido amniótico disminuido.

Bajo peso fetal.

Descenso en la pelvis de la presentación.

Obesidad materna.

Posición fetal posterior.

Musculatura abdominal materna potente.

Presentación pura de nalgas respecto a posiciones transversas (requieren un menor ángulo de rotación).

Rotura de membranas.

RIESGOS DE LA VCE

Se ha descrito una tasa de complicaciones derivadas de la VCE del 6,1%. La más frecuente es la bradicardia fetal transitoria (4,7%) que se suele resolver espontáneamente, sólo en un 1-2% de los casos la bradicardia se mantiene precisando una cesárea para la extracción del feto de manera urgente. Con menor frecuencia de aparición también se han descrito otras complicaciones como la aparición de hemorragias (0,3%), rotura de membranas (0,2%), desprendimiento de placenta (0,2%), transfusión feto-materna (0,9%), rotura uterina (0,0%), complicaciones derivadas del cordón umbilical (0,2) o la muerte fetal (0,2%).

En relación al riesgo fetal en el parto tras VCE exitosa, un estudio realizado en el Hospital Clinic de Barcelona en el que se valoraban los resultados perinatales en partos tras esta maniobra, no objetivó diferencias significativas en la puntuación Apgar al minuto, a los cinco minutos, ni en el pH arterial al nacimiento entre el grupo de gestantes versionadas y el grupo control.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Existe evidencia suficiente para presentar la VCE como una técnica eficaz y segura en la disminución de las presentaciones no céfalicas consecuentemente de la tasa de partos podálicos y cesáreas. Consideramos que la VCE, realizada en las condiciones adecuadas, debe imponerse como una opción válida y segura a contemplar por el profesional obstétrico y la gestante en los casos de presentación no céfalica. No sólo con el objeto de evitar a las mujeres gestantes la práctica de una cesárea, y la morbimortalidad derivada de éstas, sino como un procedimiento seguro que supone un considerable ahorro en los costes sanitarios derivados de la asistencia al parto no vaginal.

En todo caso, la elección entre la práctica de una VCE, una cesárea o un parto vaginal podálico debe realizarse siempre tras un estudio individualizado de cada gestante y siempre informando de forma exhaustiva tanto a la paciente como a su pareja de las opciones disponibles.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Pese a que la evidencia acerca de la efectividad de la VCE parece sólida es necesaria una mayor investigación en relación al desarrollo evolutivo de los niños nacidos tras VCE, tanto a corto como a medio plazo. También es necesario profundizar en la investigación acerca del balance riesgo-beneficio de intentar la VCE antes de que el embarazo llegue a término.

» BIBLIOGRAFÍA.

- Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17;10:CD000083.
- Policiano C, Costa A, Valentim-Lourenço A, Clode N, Graça LM. Route of delivery following successful external cephalic version. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014 Sep;126(3):272-4.
- Walker S. To ECV or not to ECV? The current evidence base concerning external cephalic version. *Pract Midwife.* 2014 Oct;17(9):30-3.
- Vlemmix F, Rosman AN, te Hoven S, van de Berg S, Fleuren MA, Rijnders ME, et al. Implementation of external cephalic version in the Netherlands: a retrospective cohort study. *Birth.* 2014 Dec;41(4):323-9.
- Theron GB, Kader R. Obstetric outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014 Dec;127(3):298-9.