



ANEXO I
FICHA DE RECOGIDA
BUENAS PRÁCTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA:

ATENCIÓN AL PARTO Y DE SALUD REPRODUCTIVA.

2. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP:

Implementación de la versión cefálica externa para disminución de las cesáreas en la presentación podálica a término

3. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

- Nombre de la entidad y de la persona de contacto: SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA.
- Domicilio social: C/Mezquita s/n, Paraje Los Arcos. Barrio de Santa Lucía. 30202 Cartagena. CCAA: REGIÓN DE MURCIA
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹: Rocío López Pérez.
rocio.lopez.perez@gmail.com. Teléfono 619041063

4. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)²	Atención al Parto
	Salud Reproductiva

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda

- Estatal
- Comunidad Autónoma, provincia, municipio
- Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
- Zona básica
- Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: Febrero 2013
- Actualmente en activo: sí
- Fecha de finalización: No prevista

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: Dichas líneas son las que figuran en el criterio de PERTINENCIA dentro de la herramienta de Autoevaluación (Anexo II) utilizado. La(s) línea(s) que se cumplimenten en esta ficha –como máximo 3- debe(n) coincidir con las que Vds. haya señalado en la herramienta de Autoevaluación o en caso de haber señalado más de tres en la herramienta, aquí sólo podrá incluir como máximo 3.

7. BREVE DESCRIPCIÓN

Población diana

La población diana es la mujer embarazada a término con la presentación fetal en podálica. Globalmente y por el alcance de la experiencia, también se han implicado profesionales no obstetras relacionados con la Obstetricia y la Atención al Parto, como anestesistas y matronas.

La experiencia es llevada a cabo en el Área del Bloque Obstétrico (Paritorio y Urgencias) del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena, Área II del Servicio Murciano de Salud. Se trata de una práctica diseñada por los facultativos de Obstetricia responsables del Bloque Obstétrico, en colaboración con el Servicio de Anestesia y con la asistencia de matronas y enfermería. La experiencia surge de la iniciativa de los facultativos del Bloque Obstétrico y de la Sección de Obstetricia, y ha contado con el apoyo y el impulso de la Jefatura de Servicio.

Objetivos:

Incorporar la VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA en gestaciones a término, parte de la Cartera de Servicios de nuestra Área de Salud.

Debido a nuestro compromiso con la línea de Asistencia al Parto Normal, las recomendaciones del MSSSI y de las Sociedades Científicas internacionales, se planteó como objetivo principal la implementación de la VCE en la Maternidad del HGUSL de Cartagena, en aras de las Buenas Prácticas clínicas y con intención de controlar la tasa de cesáreas.

Metodología

La puesta en marcha de esta experiencia ha seguido varias fases muy planificadas:

Formación en la técnica de la VCE.

Los facultativos del Área de Paritorio y Bloque Obstétrico planificaron y realizaron una estancia formativa de 5 días lectivos en el Hospital Universitario Cruces, de Bilbao, gracias a la gran colaboración de sus obstetras y su dilatada experiencia en esta técnica desde hace años.

Diseño del protocolo de procedimiento

Se elaboró de la manera más completa, asimilando la experiencia previa de las Maternidades con más experiencia, teniendo en cuenta la documentación necesaria como un documento divulgativo y un documento de consentimiento informado (anexos), ubicación de la versión en el Bloque Obstétrico y plan de contingencia ante una complicación.

Establecimiento del circuito de pacientes.

Se elaboró el circuito más sencillo y con menos sobrecarga de trabajo, para que las pacientes vistas en las Consultas de Obstetricia fueran informadas y derivadas al Bloque Obstétrico, donde se realiza la VCE. Los embarazos con el feto de nalgas en la semana 33 (Visita habitual de control de embarazo en la Consulta de III trimestre). Se evalúa a la gestante para identificar los criterios de exclusión



(isoimmunización Rh, malformación uterina, cesárea anterior o cirugía uterina previa) se derivan a Consulta Maternofetal en semana 36 para información detallada y ofrecimiento de la técnica si el feto persiste en podálica. En caso de aceptar el intento de VCE se deriva a la paciente al Bloque Obstétrico. En caso de no desear la Versión externa, la gestante continuará control habitual de la gestación realizándose cesárea electiva no antes de la semana 39.

Información

El Protocolo completo, así como el circuito de pacientes, se comunicaron en formato de Sesión Clínica a todo el Servicio de Obstetricia y Ginecología, así como al Servicio de Anestesiología, y a Matronas y Enfermeras de la Maternidad. Dirigida a los Centros de Salud, también se realizó difusión con charlas de información para familiarizar a todo el personal sanitario que atiende al embarazo, y a las propias gestantes. Creemos que este punto resultó de capital importancia para aumentar las posibilidades de éxito de nuestro proyecto. La implantación de una técnica nueva va a requerir adecuada información desde Atención Primaria para evitar dudas, y disfunciones. No se diseñó como una actividad aislada o anecdótica de unos obstetras cualificados; sino como una política global de todo el área maternal del área II del SMS, que debía ser conocida y apreciada por todas las matronas, médicos de familia y obstetras.

Descripción de cómo es llevado a cabo el procedimiento:

- La gestante de 36 semanas con el feto en podálica ha sido vista en consultas, donde se le ha remitido al Bloque Obstétrico. Allí se le da información detallada, un folleto informativo y un documento de Consentimiento Informado. Además se realiza extracción de sangre para preoperatorio y se consulta posible visita por el Servicio de Anestesia.
- Si la gestante opta por intentar la VCE, se cita a partir de la 37.0 semanas de edad gestacional (preferible entre 37.0-37.6 aunque puede realizarse en cualquier edad gestacional hasta el final del embarazo) en el Bloque Obstétrico, a primera hora de la mañana, en ayunas. Se comprueba la presentación podálica mediante ecografía, se realiza monitorización cardiotocográfica basal, y si el registro tiene un patron normal, se procede a poner en marcha el proceso:
 - Se instaura tocolisis IV, y se realiza anestesia (por parte del Servicio de Anestesia), y con control ecográfico, se realiza la VCE, en el área de Quirófano Maternal (Bloque Obstétrico)
 - tras el intento de VCE, sea exitoso o no, se suspende la tocolisis, y se monitoriza a la gestante y la frecuencia cardiaca fetal durante un tiempo. Transcurrido un tiempo de registro normal que sea estimado como seguro, en torno a 2 ó 3 horas, se da el alta a la gestante, siendo así el procedimiento totalmente ambulatorio.
- Si se ha conseguido la presentación cefálica se sigue el curso normal del control de la gestación.
- Si no se ha conseguido el volteo del feto, se programa cesárea electiva más adelante (39.0-40.6 semanas)



Uno de los grandes problemas de la Obstetricia actual es la elevada tasa de cesáreas. La cesárea, además de ser un procedimiento mucho más intervencionista que multiplica aproximadamente por cinco las tasas de mortalidad materna, incrementa la morbilidad, complica la fertilidad posterior y aumenta el consumo de recursos sanitarios, con respecto al parto vaginal. Además influye negativamente en la vivencia del nacimiento por parte de los padres debido a que reduce la participación activa de la madre en el proceso y obliga a separar al padre en la mayoría de las Maternidades. También incrementa las dificultades para conseguir determinados objetivos claramente beneficiosos para el recién nacido como el contacto piel con piel o la instauración adecuada de la lactancia materna.

El nacimiento por cesárea ha ido en incremento en nuestro país, si bien hay muchas diferencias de unos centros a otros en función de numerosas circunstancias como de si se trata de centros públicos o privados, con o sin formación y docencia de especialistas, hospitales clínicos, e incluso por comunidades autónomas. Pero la tasa global de cesáreas ha ido aumentando progresivamente hasta llegar el 21% según se comunicó en cifras oficiales en 2010 (iCMBD, ministerio de sanidad SS igualdad 2010), siendo del 23% en nuestro medio concreto. La relación entre la presentación podálica a término del embarazo y la cesárea es muy estrecha.

En el año 2000 se publicó el estudio Hannah (1), que mostraba evidencia de menor riesgo fetal si la presentación de nalgas nacía por cesárea y no por vía vaginal. Aunque posteriormente se elevaron numerosas críticas a la metodología, desde la difusión de esta publicación ha existido un abandono marcado de la práctica del parto podálico vaginal. El parto vaginal de nalgas es seguro realizado bajo determinadas condiciones y en centros con experiencia, pero la realidad es que no parece que sea una práctica fácil de retomar, debido a varias razones como el abandono progresivo de esta práctica por los obstetras, la existencia de documentos de Consentimiento Informado en los que se presenta el parto de nalgas con un mayor riesgo, y la opinión global que existe en la sociedad en esta línea.

Los fetos se encuentran con mucha frecuencia en presentación podálica durante la gestación. De hecho, es una presentación más frecuente cuanto más temprana es la edad gestacional. Alrededor de la semana 32 se produce el volteo fisiológico por el que la gran mayoría de los fetos se posicionan en cefálica. Se desconoce el motivo último, pero los cambios anatómicos uterinos van favoreciendo este cambio hacia la cefálica. Sin embargo, un 4-5 % de los embarazos a término persisten en la presentación podálica hasta el final.

La presentación podálica es la causa de cesárea programada más frecuente, representando en numerosos centros hasta un 50% de las cesáreas programadas, y un 15% del total de cesáreas, programadas y en curso de parto.

La Versión Cefálica Externa (VCE) es una técnica clásica conocida hace décadas, que tras años de desuso se ha recuperado actualmente para reducir las cesáreas indicadas por presentación podálica.

Consiste en realizar una serie de maniobras externas manuales sobre el abdomen de la gestante mediante las que el obstetra hace rotar al feto desde la presentación de nalgas hasta colocarlo en presentación cefálica. Tiene una tasa de éxito que varía de un 30% al 80% (2). No requiere tecnología, sino las manos entrenadas del obstetra y una perfusión de fármaco relajante uterino (tocolisis) ampliamente utilizado en cualquier Maternidad. Es muy útil la analgesia simultánea, ya que aumenta las tasas de éxito al evitar el dolor de la madre.

Por este motivo, en la estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, se ha intentado promover el control sobre la elevación de la tasa de cesáreas en nuestro país. En España esta práctica está consolidada desde hace años en algunas Maternidades de referencia; su práctica está promovida por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y por la mayoría de Sociedades Científicas Internacionales (RCOG (2), ACOG (3)).

Además es conocido el interés creciente de las mujeres y obstetras por realizar conductas en la línea de la Asistencia al Parto Normal (4,5), por lo que este programa de implantación de VCE es una práctica en total consonancia con la adecuada Atención al Nacimiento, a la que nuestra Maternidad pretende aspirar.

8. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

El indicador principal ha sido la reducción de las cesáreas en caso de presentación podálica a término. Los indicadores secundarios han sido las complicaciones maternas o fetales.

Se recogen todos los casos en una detallada Base de Datos Excel

- Hasta el momento hemos realizado un total de 41 intentos de VCE, en 31 de las cuales se ha conseguido la presentación cefálica.
- Todas las 31 presentaciones cefálicas se han mantenido en cefálica hasta el momento del parto en 29 casos.
- De las 31 pacientes con presentación cefálica tras VCE exitosa, 24 tuvieron un parto vía vaginal.
- Se ha interrogado a todas las pacientes sobre si han presentado dolor durante la realización de la VCE, contestando con una escala del 0-10. Todas han contestado 0.
- No hemos observado ninguna complicación fetal. No hemos observado ninguna complicación materna. Se han producido 2 casos de RPM (rotura prematura de membranas) y 3 de sangrado vaginal, dos autolimitados y uno que precisó cesárea urgente, con buen resultado perinatal. En un caso, tras la VCE se produjo una alteración persistente de la FCF detectada en el registro cardiotocográfico que obligó a la realización de una cesárea urgente, con buen resultado perinatal.



- Se encuentran disponibles gráficos y tablas de los resultados que facilitan su visualización e interpretación.

RECOMENDACIONES.

Dado que consideramos que los resultados han sido muy satisfactorios, decidimos dar por completada la curva de aprendizaje y la instauración del procedimiento en nuestra área de salud, por lo que decidimos ampliar la población diana de gestantes incluyendo aquellas que presentan un antecedente de cesárea anterior o cirugía uterina previa.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.