

### PROTOSCOLOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OBSTETRICIA PROTOCOLO N.º 18

#### Versión externa en presentación de nalgas

#### DEFINICIÓN

La versión externa es una maniobra obstétrica que intenta convertir una presentación de nalgas en una cefálica, más favorable para el parto. A pesar de ello, la versión externa no es un procedimiento implantado de forma sistemática en España, de modo que en la actualidad son pocos los centros españoles que realizan esta técnica.

Sin embargo, a partir de la reciente publicación de los resultados del estudio multicéntrico sobre el parto de nalgas a término<sup>1</sup>, la versión externa vuelve a estar de actualidad por cuanto se puede plantear como una opción válida frente a la cesárea electiva, tal y como se refiere en la base de datos Cochrane.

#### FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ÉXITO DE LA VERSIÓN EXTERNA

La tasa media de éxitos de la versión externa se sitúa alrededor del 65% (límites 45-75%). Aunque probablemente el factor más importante es la experiencia de quien realiza la técnica; diferentes autores han centrado sus esfuerzos en la búsqueda de variables que pudieran predecir el éxito o el fracaso de la versión a cefálica<sup>2,3</sup>. No obstante, la utilidad de estos sistemas de puntuación está aún pendiente de confirmación en nuevos estudios por otros autores<sup>4</sup>. Parece que la presentación más favorable es la de nalgas puras con el dorso situado en la cara anterior.

De los diferentes procedimientos publicados para facilitar la versión externa, tan sólo el empleo de fármacos tocolíticos para relajar el útero durante la versión ha demostrado su utilidad en estudios aleatorizados. Aunque se ha usado en ocasiones, en la actualidad no hay estudios aleatorizados adecuados sobre la utilidad de la analgesia epidural, la estimulación vibroacústica o la amniotomía en la versión ex-

terna<sup>5</sup>.

#### ÉPOCA ADECUADA PARA SU REALIZACIÓN

Se recomienda que la versión se practique a partir de la semana 37, por cuanto en este momento la probabilidad de versión espontánea es reducida.

Los metaanálisis de estudios realizados en gestaciones a término<sup>6</sup> demuestran una reducción significativa de las presentaciones no cefálicas en el momento del parto así como la tasa de cesáreas sin que se pudiera comprobar un mejor resultado perinatal debido al pequeño número de casos analizados. Por contra, en gestaciones pretérmino<sup>7</sup> la versión externa no ha demostrado ningún efecto significativo sobre las tasas de presentaciones anómalas en el parto, ni sobre la incidencia de cesáreas o los resultados perinatales. En la actualidad, está en marcha un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico con el fin de comprobar si la versión externa temprana (34-36 semanas) es más eficaz para disminuir la incidencia de presentaciones no cefálicas en el parto que la versión externa realizada a las 37-38 semanas<sup>8</sup>.

#### CONDICIONES

Antes de intentar la versión externa se deben cumplir las siguientes condiciones<sup>9</sup>:

1. Consentimiento informado y firmado por la propia gestante.
2. Ausencia de contraindicaciones.
3. Bienestar fetal comprobado.
4. Exploración ecográfica que determine si hay alguna contraindicación para la realización del método o para el parto por vía vaginal. También nos servirá para estimar el peso fetal y para confirmar que la presentación continúa siendo podálica. Tiene importantes ventajas disponer de un ecógrafo y realizar la maniobra con ayuda del mismo.
5. Realización del procedimiento cerca de un quirófano libre y dispuesto para la práctica de una

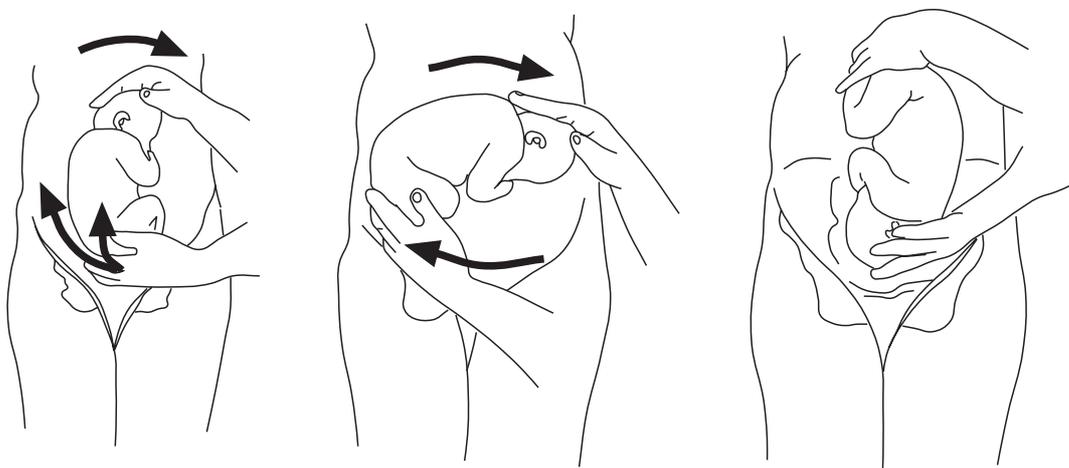


Figura 1. Versión externa<sup>10</sup>.

cesárea urgente en caso de una hipotética complicación grave.

6. Gestante en decúbito supino, semi-Fowler y ligero Trendelenburg con la vejiga vacía y perfusión intravenosa de 200 µg/min de Ritodrine.

#### TÉCNICA

Antes de iniciar la versión se debe tranquilizar a la paciente, e informarle de que el procedimiento puede producir una ligera molestia pero que no es doloroso, y que es muy importante que esté relajada. La versión no puede hacerse contra su voluntad ni si hace fuerza<sup>9</sup> (fig. 1).

El primer objetivo que se debe conseguir, sin el cual no debe proseguirse con el intento de versión, es el desplazamiento de las nalgas del estrecho superior en la dirección adecuada para aumentar la flexión fetal. Puede ser necesaria la colaboración de un ayudante que por vía vaginal facilite la elevación de la presentación<sup>10</sup>. El útero, el abdomen y las piernas relajadas, junto con una posición de ligero Trendelenburg, serán de gran ayuda. En ocasiones, para lograr la versión puede ser útil desplazar la cabeza fetal hacia uno de los lados, pero nunca intentar bajar la cabeza hasta la pelvis sin que ésta esté libre de las nalgas<sup>9</sup>.

El momento crucial es el paso del ecuador por la

columna vertebral, lo que puede lograrse con ambas manos a la vez, subiendo el polo podálico que se había desplazado hacia un lado y al mismo tiempo intentando desplazar la cabeza hacia el otro lado y hacia la pelvis. No deben realizarse maniobras bruscas, sino presión moderada y sostenida, intentando *convencer* al feto para que él haga el resto del movimiento. En definitiva, se trata de que el feto busque una posición más cómoda que la que tiene bajo la presión.

Es conveniente que durante la maniobra se controle la situación fetal con el ecógrafo y la FCF con el cardiotocógrafo. El intento se debe interrumpir si se produce una bradicardia fetal mantenida o aparecen molestias maternas importantes, si la versión no se puede completar fácilmente o si no tiene éxito tras un breve período. Con independencia del éxito o del fracaso de la versión, se debe de evaluar de nuevo el estado fetal tras la realización del procedimiento. Se deberá mantener monitorizado al feto al menos durante 45 minutos. Si la cardiotocografía es normal y no hay pérdidas sanguíneas ni dolor, la paciente puede ser enviada a su domicilio, recomendando 24 h de reposo relativo. A las pacientes Rh (-) habrá que administrarles gammaglobulina anti-D tras la versión, pues se estima que el riesgo de hemorragia fetomaterna es aproximadamente del 1%<sup>9</sup>.

Si la técnica fracasa y el feto vuelve de nuevo a la presentación podálica, la versión podría repetirse en un plazo de unos días<sup>4</sup>.

## CONTRAINDICACIONES

Aunque no existe un grado de evidencia suficiente para confeccionar un listado completo de contraindicaciones, podríamos considerar como tales las siguientes: compromiso fetal o su sospecha, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, oligoamnios, muerte fetal intraútero, malformaciones graves, rotura de membranas, gestación múltiple, sensibilización Rh, anomalías uterinas y alteraciones de la coagulación. También es una contraindicación para la versión externa la existencia de alguna indicación para la realización de una cesárea.

Pueden considerarse como contraindicaciones relativas: trastornos hipertensivos del embarazo, sospecha de crecimiento fetal retardado, cardiopatía materna, cabeza fetal deflexionada, peso estimado > 3.800-4.000 g, placenta insertada en la cara anterior y el trabajo de parto ya iniciado<sup>9</sup>. Respecto de la cesárea anterior, no existen todavía estudios aleatorizados por lo que aún es pronto para poder recomendar o desaconsejar su práctica en dicha situación<sup>5</sup>.

## COMPLICACIONES

La versión externa es un procedimiento que no está exento de posibles complicaciones, aunque si se realiza correctamente, el riesgo de estas complicacio-

nes es bajo. Se han descrito hemorragias, rotura de membranas, circulares de cordón, desprendimiento de placenta, muerte fetal, transfusión fetomaterna, inicio del parto y, excepcionalmente, rotura uterina o muerte fetal. La aparición de bradicardias fetales durante el procedimiento es bastante frecuente, aunque suelen desaparecer tras el cese de las maniobras, pero en ocasiones requieren de la realización urgente de una cesárea. Por ello, se recomienda que la técnica se realice en un área adecuada y preparada para la atención inmediata de las citadas complicaciones.

Una vez conseguida la versión a cefálica, se han observado durante el parto una mayor frecuencia de parto distócico y de cesáreas, tanto por anomalías en el parto como por fracasos de inducción<sup>11</sup>. Se desconoce el porqué de estas complicaciones y no es seguro que sean debidas a la propia versión externa.

## CONCLUSIONES

La versión externa se puede considerar como una técnica segura y aceptable que disminuye la incidencia de presentaciones podálicas en el parto con un riesgo mínimo para la madre y para el feto<sup>4,6</sup>. Con todo, es un procedimiento aún controvertido que no ha logrado reintroducirse de forma rutinaria en nuestro país aunque comienzan a aparecer datos objetivos que hacen recomendable su empleo<sup>9</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- 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 multicentre trial. *Lancet* 2000;356:1375-83.
- Newman RB, Peacock BS, VanDorsten JP, Hunt HH. Predicting success of external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:245-50.
- Lau TK, Lo KW, Wan D, Rogers MS. Predictors of successful external cephalic version at term: a prospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:798-802.
- ACOG Practice Bulletin. External cephalic version. *Int J Gynecol Obstet* 2001;72:198-204.
- Hofmeyr GJ. External cephalic version facilitation at term (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.
- Hofmeyr GJ. External cephalic version at term (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.
- Hofmeyr GJ. External cephalic version before term (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.
- www.utoronto.ca/ecv.
- Cararach V, Melchor JC, Palacio M. Versión externa e interna. En: Fabre E, editor. *Manual de asistencia al parto y puerperio patológico*. Zaragoza, 1999; Cap. 13: p. 205-22.
- Coco AS, Silverman SD. External cephalic version. *Am Fam Physician* 1998;58:742-4. [fe de errores en: *Am Fam Physician* 1998;59:1122].
- Lau TK, Kit KW, Rogers M. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:218-23.