

**NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR**

Se añaden los indicadores de evaluación

**INDICE**

1. Introducción
2. Indicación.
3. Contraindicaciones
4. Complicaciones
5. Protocolo clínico
6. Técnica de la versión
7. Indicadores
8. Bibliografía

**1. IINTRODUCCIÓN**

La versión cefálica externa (VCE) es una maniobra que, mediante manipulación externa a través del abdomen materno, busca convertir una presentación podálica o transversa en una presentación cefálica con el objetivo de lograr un parto vaginal y evitar una cesárea electiva por este motivo. El mayor beneficio de la versión cefálica externa es la reducción de la morbilidad materna debida a la cirugía

**2. INDICACIÓN**

La VCE está indicada en todas las gestantes con un feto en presentación diferente a la cefálica a partir de la semana 37+0 y que no presenten ninguna contraindicación. La VCE se puede realizar antes del término, pero el riesgo de que la presentación revierta a una forma no cefálica es mayor.

**3. CONTRAINDICACIONES**

La evidencia es limitada respecto a las contraindicaciones para realizar una VCE.

Contraindicaciones absolutas:

- Presencia de otras indicaciones de cesárea.
- Compromiso fetal (alteraciones del RCTG o del estudio Doppler).
- Gestación gemelar (excepto después del nacimiento del primer gemelo).
- Antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta o sospecha de desprendimiento actual.
- Oligoamnios (bolsillo mayor < 2 cm).
- Anomalías uterinas significativas.
- Trastornos de la coagulación.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Versión cefálica externa

Contraindicaciones relativas:

- Isoinmunización Rh.
- Rotura prematura de membranas (valorar Bishop).
- Trastornos hipertensivos del embarazo.
- Trabajo de parto iniciado.
- Cardiopatía materna.
- Malformaciones fetales.

Si bien la evidencia es limitada, la VCE parece igual de segura y efectiva en mujeres con antecedentes de una cesárea que en otras mujeres múltiparas

### 4. COMPLICACIONES

La versión cefálica externa no está exenta de complicaciones, aunque si se realiza correctamente, el riesgo de estas es bajo. Se han descrito hemorragias, rotura de membranas, desprendimiento de placenta, transfusión feto–materna, inicio del parto y, excepcionalmente, rotura uterina y muerte fetal. Es relativamente frecuente la aparición de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal durante el procedimiento que suelen desaparecer tras el cese de las maniobras, aunque en ocasiones requieren la realización de cesárea urgente.

Se ha observado que las pacientes con una VCE exitosa tienen mayor probabilidad de necesitar una cesárea durante el transcurso del parto que aquellas con fetos en presentación cefálica espontánea. También se ha descrito mayor probabilidad de necesitar un parto instrumental. Se desconoce el por qué de estas complicaciones y no es seguro que sean debidas a la propia versión externa.

### 5. COMPLICACIONES

La paciente acudirá en ayunas a las 8.30 de la mañana a la puerta de paritorio del Hospital Materno-Infantil.

1. A la llegada de la paciente se comprobará:
  - Que la paciente comprende y acepta el procedimiento.
  - Consentimiento informado firmado.
  - Ausencia de contraindicaciones.
  - Analítica preoperatoria (hemograma + coagulación + cultivo SGB).
  - Grupo y Rh.
2. Vaciamiento vesical, preferentemente mediante micción espontánea.
3. Se realizará en dilatación una ecografía abdominal para determinar: volumen de líquido amniótico, presentación y actitud de la cabeza, localización del dorso fetal, inserción de la placenta.
4. Se comprobará el bienestar fetal mediante test no estresante
5. Administración de un agente tocolítico:
  - Ritodrine: 200µg/min intravenoso antes de comenzar, manteniéndose mientras dure el procedimiento (4 ampollas de Ritodrine en 500 ml en suero glucosado a un ritmo de 30 ml/hora).

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Versión cefálica externa

- Atosiban: inyección intravenosa de 0.9 ml en bolo de solución inyectable (7.5 mg/ml) durante 1 minuto, inmediatamente antes de comenzar las maniobras.
- 6. Mientras se realiza la maniobra se comprobará la frecuencia cardiaca fetal cada 30 segundos
- 7. Se realizarán un máximo de tres intentos de versión, pudiéndose repetir a la semana en caso de fracaso.
- 8. Tras el procedimiento, tanto si se ha tenido éxito como si no, la paciente permanecerá en observación durante una hora, durante la cual:
  - Se realizará un registro cardiotocográfico de 30 - 45 minutos.
  - Se prestará especial atención a la aparición de: dolor abdominal, hemorragia e inicio del parto.
- 9. A las pacientes Rh negativos se le administrará gammaglobulina anti-D.
- 10. Cita de revisión:
  - VCE exitosa: dar cita en consulta de Bienestar Fetal en una semana. En ocasiones se puede valorar iniciar inducción del parto inmediatamente después de una VCE exitosa (ej. presentación inestable, isoimmunización...).
  - VCE fallida: programar cesárea electiva en semana 39. Según la edad gestacional en el momento de la VCE se programará la cesárea desde paritorio ( $\geq 38$  SG) o desde consulta de bienestar fetal ( $< 38$  SG).

## 6. TÉCNICA DE LA VERSIÓN

La versión externa puede ser realizada por una o dos personas.

Con la paciente situada en decúbito supino y ligero Trendelenburg, el abdomen es impregnado de gel de ultrasonido para disminuir la fricción y la posibilidad de una manipulación excesivamente vigorosa.

Inicialmente se delimitará la situación de ambos polos fetales y se determinará su grado de encajamiento. Se realiza un movimiento de presión con una mano por detrás de la sínfisis del pubis y de desplazamiento craneal de la nalga fetal con el objetivo de liberarla de la pelvis (movimiento clave del procedimiento). En ocasiones puede ser necesaria la colaboración de un ayudante que por vía vaginal facilite la elevación de la presentación. Nunca se intentará bajar la cabeza a la pelvis sin haber conseguido liberar las nalgas primero.

El polo fetal que se manipula durante la maniobra es la nalga. La cabeza es guiada suavemente hacia la pelvis, mientras que las nalgas son desplazadas hacia arriba.

Hay dos maneras de efectuar la maniobra: el enrollamiento hacia delante (“forward roll”) o el desplazamiento inverso (“back flip”). Aunque la mayoría de los obstetras comienza con la primera maniobra, algunos eligen el tipo de maniobra en función de la posición del feto. Si la columna vertebral del feto y la cabeza están al mismo lado de la línea media materna, puede intentarse un desplazamiento inverso. Si la columna vertebral y la cabeza están en lados opuestos de la línea media, entonces la maniobra de elección será el enrollamiento hacia delante.

Si la primera maniobra realizada no es satisfactoria se puede llevar a cabo un segundo intento empleando la otra. La maniobra debe de ser “suavemente persuasiva”, sin realizar movimientos bruscos o violentos.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Versión cefálica externa

Las razones para desistir incluyen la molestia excesiva, fallos repetidos o evidencia de compromiso fetal. Si tras una versión satisfactoria se detecta bradicardia persistente, el feto se intentará reponer a su posición inicial si parece que va a ser fácil o se realizará una cesárea

### 7. INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Versiones exitosas	% versiones realizadas con éxito de conversión a presentación cefálica	Audit	50%
Tasa de versiones realizadas	% de presentaciones podálicas a las que se realiza el procedimiento	Audit	80%

### 8. BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Versión cefálica externa (guía de asistencia práctica). 2014.
- The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. External Cephalic Version and reducing the incidence of term breech presentation (Green-top Guideline No. 20). 2017
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. External Cephalic Version. ACOG practice bulletin nº221. 2020.

Autores	<b>Dra. Benito, Dr. Puertas, Dr. Barranco</b>		
Fecha elaboración	<b>19/6/2023</b>	Vigencia	<b>19/6/2026</b>