

VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

INTRODUCCION

La **presentación fetal** es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis materna. La **presentación de nalgas** es aquella en la que la pelvis del feto está en contacto con la pelvis materna. Durante la primera mitad de la gestación la relación abundante de líquido amniótico apenas limita la movilidad y es frecuente la situación estática inestable y la presentación fetal pelviana. Conforme avanza la gestación, la mayoría de los fetos presentan su cabeza en la pelvis materna. Esta versión cefálica espontánea es cada vez más infrecuente a medida que avanza la gestación y es poco frecuente que el feto modifique su estática fetal a término (salvo en multigestas o en poli hidramnios). La presentación no cefálica a término tiene una incidencia de entre el 3 y 4%. En la situación transversa fetal, el eje longitudinal del feto es perpendicular al de la madre. El hombro, suele ser la presentación fetal más frecuente en el estrecho superior. Suele tratarse de una estática inestable, que tiene de resolverse antes del inicio del parto con la versión espontánea a cefálica o a nalgas, por lo que su incidencia al momento del parto es baja (0.3-0.4%) y es una indicación de cesárea.

El parto vaginal en presentación podálica ha demostrado mayor incidencia de pobres resultados perinatales que el parto en cefálica, por lo que es una indicación de cesárea a las 39 semanas al considerarse un procedimiento más seguro para el recién nacido. Sin embargo, la cesárea electiva no está exenta de riesgos maternos principalmente, por lo que uno de los objetivos de este protocolo es la disminución de la tasa de cesáreas indicadas por presentaciones no cefálicas.

Se denomina VERSION al movimiento del feto dentro del útero, en virtud de la cual, se aleja del estrecho superior la parte que se presentaba y es sustituida por otra. La VERSION CEFÁLICA EXTERNA es una maniobra obstétrica que mediante manipulación externa de los polos fetales, pretende desplazar la presentación pelviana del estrecho superior, dirigir la versión fetal y llevar el polo cefálico a ocupar el estrecho superior de la pelvis materna.

Nuestra experiencia ha demostrado un porcentaje global de éxito del 53 al 63%, un 40% en primíparas y 80% en múltiparas. Con una tasa global de parto vaginal del 60 al 80% de las pacientes versionadas.

PROTOCOLO: VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

INDICACION

La Versión Cefálica Externa está indicada en las gestantes con presentación fetal no cefálica y sin contraindicación al parto vaginal o a la técnica. Idealmente a realizar entre la semana 36.0 y 37.6 y aceptable desde las 35 semanas y hasta el parto.

Si durante los controles gestacionales se detecta durante el tercer trimestre una presentación no cefálica, y la paciente no presenta ninguna de las contraindicaciones para un parto vaginal o para la técnica, se puede informar del procedimiento y firmar el consentimiento. Citar entre las semanas 36.0 y 37.6 en la Agenda de Versiones externas (días Jueves en HSJD – Miércoles en Sede Maternitat). Nulíparas preferible semana 36 y múltiparas semana 37.

CONTRAINDICACIONES

- Absolutas
 - Gestación múltiple (se puede considerar en el segundo gemelo tras el parto del primero)
 - Anomalías de la placentación
 - Infecciones maternas activas (VIH, VHB, VHC – aunque no hay estudios que demuestren el riesgo de transmisión, se considera contraindicación)
 - Isoinmunización Rh
 - Amniorrexis
 - Trastornos de la coagulación (incluyendo tratamiento con heparina)
 - Malformación fetal o uterina significativa
 - Sospecha de compromiso del estado de bienestar fetal
 - Antecedente de desprendimiento de placenta normoinserta
 - Preeclampsia severa, Sd.. HELLP
 - Restricción del crecimiento intrauterino con alteraciones del Doppler fetal
 - Exitus fetal
- Relativas
 - Cesárea o cirugía uterina previa (aunque no se ha demostrado un aumento del riesgo de ruptura uterina en estas pacientes, las guías aun la consideran una contraindicación relativa)
 - Trastornos hipertensivos
 - Trabajo de parto ya iniciado (aunque la tasa de parto vaginal es menor que en la versión antes del trabajo de parto, no se aumentan los riesgos de complicaciones y tiene altas tasas de éxito sobre todo en la paciente múltipara)
 - Oligoamnios severo
 - Dificultades para la valoración de la presentación fetal por maniobras de Leopold

REQUISITOS PREVIOS AL PROCEDIMIENTO

- Valoración ecográfica: confirmación de la situación y presentación fetal (la versión espontánea hasta la semana 36 alcanza un 40% según nuestros datos), frecuencia cardiaca fetal, inserción placentaria, índice de líquido amniótico, dorso fetal, extensión de la cabeza fetal, tipo de presentación no cefálica, descartar anomalías uterinas
- Comprobar analítica de tercer trimestre tomada (con coagulación) y el Rh materno
- Explicación clara del procedimiento, riesgos, probabilidades de versión, beneficios y alternativas por parte del equipo obstétrico encargado de la versión, firma de consentimiento informado si no se ha realizado en consultas externas
- Dado el bajo índice de complicaciones, no se considera que las pacientes deban acudir en ayunas, ya que solamente aumenta el tiempo de observación por baja reactividad fetal
- Confirmación de bienestar fetal mediante la realización de un registro cardiotocográfico (al menos 20 minutos)
- La comadrona encargada colocará una vía endovenosa para el uso de tratamiento tocolítico: la literatura ha demostrado la eficacia de los betamiméticos de acción corta. En nuestra institución: Salbutamol solución inyectable 0.5mg/ml en 100cc de suero fisiológico a pasar por dosiflow a 25ml/h. Si no tiene analítica de tercer trimestre, extracción de sangre para hemograma y coagulación.
- Es importante dar a conocer a la paciente que es una técnica que es molesta y podría llegar a ser algo doloroso, aunque su duración es muy breve y en general es bien tolerado. Se debe explicar que ante el aviso de dolor se suspenderá la maniobra. Si la paciente lo requiere se puede colocar un analgésico previo al inicio de las maniobras (en Sede HSJD Paracetamol 1gr IV / en sede Maternitat se cuenta con el circuito para uso de óxido nitroso)
- En pacientes en las que el dolor es un factor que no permita la realización del procedimiento, se puede considerar el uso de un opioide por vía endovenosa o la anestesia loco-regional.
- Vaciamiento de la vejiga previa al inicio del procedimiento
- Si el procedimiento se realiza en CCEE se debe avisar al adjunto de partos que se realizará el procedimiento para tener preparado quirófano en caso de complicación grave que requiera extracción fetal urgente

PROTOCOLO: VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

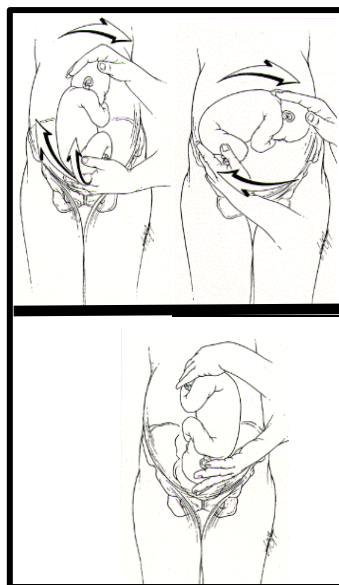
PROCEDIMIENTO

Se recomienda guiar la técnica con ecografía.

La maniobra se realiza por uno o dos operadores experimentados con la técnica. La gestante debe colocarse en decúbito supino y ligero Trendelenburg o en posición de Hofmeyr (decúbito lateral hacia el lado donde se sitúa la cabeza fetal) en caso de tolerar mal el decúbito.

Después de impregnar el abdomen con abundante gel de ultrasonidos para disminuir la fricción, se procede a la versión. Inicialmente se determina el grado de encajamiento y se procura la liberación cuidadosa de las nalgas desplazándolas en la dirección adecuada. El operador eleva con los dedos y el borde cubital de una o ambas manos la presentación fetal para liberarla de la pelvis. De forma sincronizada, la cabeza se guía suavemente hacia la pelvis mientras que las nalgas se desplazan hacia arriba. No se descenderá la cabeza fetal sin que la presentación esté libre en la pelvis.

Si la columna vertebral del feto y la cabeza están al mismo lado de la línea media materna, se intenta un desplazamiento inverso ("**black flip**"), en caso contrario se intenta un desplazamiento hacia delante ("**forward roll**"). La pelvis fetal liberada se eleva a la vez que con la otra mano del operador o con la ayuda de un segundo operador se desciende la cabeza fetal; los polos giran en direcciones opuestas. Las manos deben dirigir de forma firme y sostenida los polos fetales evitando movimientos bruscos. La maniobra finaliza cuando el polo cefálico se emplaza en la pelvis materna.



PROTOCOLO: VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

La maniobra debe interrumpirse si el polo fetal no progresa, si resulta intolerable o se registra desaceleración del latido fetal determinado mediante ecografía.

La mayoría de las versiones obtienen el éxito mediante un único intento y son bien toleradas. No se recomiendan realizar más de 3 a 4 intentos consecutivos, porque la probabilidad de éxito disminuye con los intentos y aumenta el malestar de la paciente y el riesgo de complicaciones.

Realizada la versión externa se debe realizar un registro cardiotocográfico durante al menos una hora.

Se debe realizar profilaxis con gammaglobulina anti D en pacientes Rh Negativo.

En ausencia de complicaciones la gestante es dada de alta.

Si la paciente no ha tolerado bien el dolor y se considera que esta ha sido la causa del fracaso de la técnica se puede recitar una semana después con el uso de una técnica anestésica (anestesia locoregional) para disminuir las molestias generadas.

Si el intento de versión externa resulta fallido, se puede realizar un nuevo intento de versión en 7 días, o programar visita con el ginecólogo para programación de cesárea electiva (semana 39).

Si el intento de versión externa es exitoso y la cabeza queda inestable con condiciones obstétricas favorables se puede indicar una inducción estabilizadora a partir de la semana 38.

La tasa de reversión a podálica es de un 3% y ocurre principalmente en gestantes multíparas y con polihidramnios. Si la cabeza queda inestable se puede dejar programada ecografía de control una semana después del intento de versión.

Informar de control de movimientos fetales por parte de la paciente hasta el día del parto.

PROTOCOLO: VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

COMPLICACIONES

Aunque es un procedimiento de bajo riesgo, se han descrito en la literatura complicaciones con una frecuencia global de 6.1%.

En nuestro centro tenemos una tasa global de complicaciones de 6.2% que incluye alteraciones transitorias del RCTG, sangrado vaginal y amniorrexis como las más frecuentes. Trabajo de parto en menos de 24 horas en 1.4%. Menos frecuentemente se ha encontrado DU oligosintomática en el monitor postprocedimiento e hipotensión materna durante las maniobras.

En la mayoría de ocasiones estos síntomas revierten durante el periodo de observación.

El porcentaje de cesáreas intraparto tras versión cefálica exitosa es discretamente más alta que el de la población de bajo riesgo (16 vs 13%) y más bajo que la tasa ajustada de cesáreas de nuestro centro (20%)
El número de partos instrumentados no es mayor.

Responsables del protocolo:	E. Marimon, J. Parra, P. Pagès, M. Muñoz
Fecha del protocolo y actualizaciones:	2008, 2015
Última actualización:	01/07/2019
Próxima actualización:	01/07/2023
Código Hospital Clínic:	MMF-28-2008
Código Sant Joan de Deu:	XXXXXXXX