

Versión cefálica externa

EMILIO RESTREPO, JOHN JAIRO ZULETA

Se revisa el tema controvertido de la versión cefálica externa que pretende corregir la presentación podálica y atender el parto por vía vaginal; se resumen los requisitos para la maniobra y sus aspectos técnicos así como los motivos para suspender el intento de versión y para terminar el embarazo; se recalcan las contraindicaciones y las complicaciones. Se concluye que es necesario diseñar protocolos de investigación para lograr más claridad respecto a este procedimiento en nuestro medio.

PALABRAS CLAVE

**VERSION CEFALICA EXTERNA
PRESENTACION PODALICA**

Debido a la morbilidad materna y fetal del parto vaginal de la presentación podálica (1,2) y al riesgo inherente de la operación cesárea (3,4) algunos grupos han propuesto retomar la maniobra de la versión cefálica externa para tratar de atender un parto lo más eutócico posible con el menor número de intervenciones quirúrgicas y el mejor resultado perinatal. En este sentido se encuentran intentos interesantes (5-9) que reproducen la invitación de otros más antiguos (10,11).

Se sabe que hay un incremento en la morbilidad perinatal de los productos de un parto vaginal en podálica, aun excluyendo los que tienen malformaciones congénitas asociadas, lo que es frecuente; además, el seguimiento a largo plazo ha mostrado mayor incidencia de daño neurológico no detectado en el período perinatal y que depende más del tipo de parto que de la presentación como tal (3,6,9,12).

Está ampliamente demostrado que el resultado de la presentación podálica atendida por cesárea es comparable al del parto vaginal en vértice; sin embargo, es un procedimiento con riesgos y complicaciones (4,6). En un estudio local reciente de 33 muertes maternas que tuvieron como causa directa o indirecta un evento obstétrico se concluyó que "las mujeres sometidas a cesárea tienen una probabilidad de muerte materna cuatro veces mayor que la de aquéllas que no sufrieron tal procedimiento" (3). Hubo, sin embargo, situaciones especiales que contribuyeron a tal desenlace.

Se recomienda la versión cefálica externa realizada por personal experimentado, en pacientes a término y en un medio que tenga los recursos necesarios para resolver cualquier contingencia aguda que ponga en peligro la salud maternofetal.

DOCTORES EMILIO RESTREPO y JOHN JAIRO ZULETA, Residentes, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Los índices de éxito de la versión cefálica externa van desde 25 hasta 100% según la serie; en cambio, la versión espontánea después de la semana 37 se presenta en 12-30% (5-7,12). El porcentaje de regresión a podálica o transversa después de un procedimiento inicial exitoso se acerca al 7% si no se inicia de inmediato el trabajo de parto pero queda siempre el recurso de uno o varios intentos posteriores (12,13).

Entre 62 y 94% de las versiones exitosas pudieron terminar en un parto en vértice espontáneo o ayudado con fórceps (5,6-9,14).

Ha habido reducción estadísticamente significativa en el número de cesáreas que tienen como única indicación la presentación podálica; así Stine (8) lo redujo de 85 a 29% y Dyson (9) de 92 a 14%. Otros estudios han dado resultados similares (5,6).

A pesar del éxito de la versión aún es alto el número de cesáreas debido a que la presentación podálica se asocia con frecuencia, entre otras, a anomalías congénitas o adquiridas, placenta previa o desproporción céfalo pélvica severa (12).

CONTRAINDICACIONES

Mientras más estricta sea la selección de las pacientes menor será el índice de fracasos o complicaciones de la versión cefálica externa. En la búsqueda del rigor, con miras a lograr el éxito del procedimiento y minimizar sus riesgos, se deben excluir las pacientes que presenten cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Sospecha clínica o ecográfica de insuficiencia uteroplacentaria secundaria a enfermedades de base como hipertensión arterial crónica, preeclampsia severa, diabetes con vasculopatía, enfermedades del colágeno o enfermedad renal crónica con deterioro.

2. Hemorragias del tercer trimestre.

3. Ubicación anterior de la placenta.

Hay mayor probabilidad de complicaciones (por lo general menores) cuando la placenta es anterior (17). Algunos autores no encuentran tal asociación (16).

4. Antecedentes de cesárea clásica o vertical.*

5. Enfermedad cardíaca materna.

6. Contraindicación materna para el uso de uteroinhibidores intravenosos.

7. Oligoamnios.

* En general son, de por sí, indicaciones de cesárea obligada.

** Existe reporte de un caso exitoso de versión en una paciente con RPM (15).

8. Retardo del crecimiento intrauterino.

9. Cirugía ginecológica vaginoperineal previa.*

10. Sospecha de desproporción cefalopélvica.*

11. Ruptura prematura de membranas.**

12. Malformaciones fetales.

13. Trabajo de parto.

14. Encajamiento de la presentación.

15. Alteraciones en el monitoreo fetal previo.*

El antecedente de cesárea segmentaria como tal no es contraindicación absoluta (16).

REQUISITOS PARA LA MANIOBRA

1. Edad gestacional superior a 37 semanas.

2. Realizarla en un nivel de atención donde se garantice que se dispone de los recursos para resolver de inmediato las complicaciones agudas.

3. Canalización de vena.

4. Explicar el procedimiento y obtener el consentimiento de la paciente.

5. Realizar monitoreo electrónico previo y posterior (NST)

6. Confirmar los hallazgos previos y posteriores por ecografía.

7. Aplicar profilaxia con *Rhessuman* si la paciente es Rh (-) no sensibilizada (50 µg Anti D).

8. Conocer la técnica y tener experiencia con ella.

9. Hay mayor probabilidad de éxito en multiparas.

ASPECTOS TECNICOS (Figuras N° 1 y 2)

1. Colocar a la paciente en posición de Trendelenburg durante 30-60 minutos.

2. Uteroinhibición venosa con terbutalina (5 µg/min) durante 30 minutos o una dosis única subcutánea de 0.25 mg. Este tratamiento disminuye el riesgo de hemorragia fetomaterna y la fuerza con que deben realizarse los movimientos. En algunos sitios de los Estados Unidos se emplea *Ritodrine*, droga aún no disponible en Colombia.

3. Reconocimiento de partes, dorso y polos fetales.

4. Atraer suavemente los polos, tratando de colocar al feto en su máxima flexión.

5. Avanzar el polo cefálico hacia el flanco materno mientras se empuja de las nalgas, llevando al feto a

una situación transversal y desde allí a cefálica sosteniéndolo en esta posición durante 5 minutos

6. Las maniobras deben ser delicadas.

7. Permanentemente se debe estar monitoreando la fetocardia.

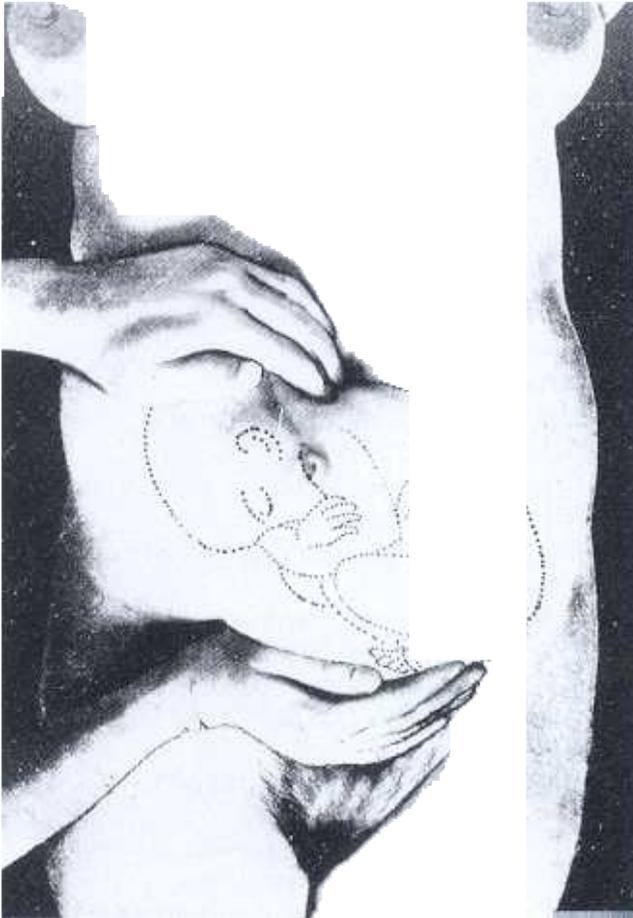


FIGURA N° 1

**TECNICA DE LA VERSION CEFALICA EXTERNA
UNA MANO DESCIENDE LA CABEZA Y LA OTRA LEVANTA
LAS NALGAS (7)**

MOTIVOS PARA SUSPENDER EL INTENTO DE VERSION

1. Si no se tiene éxito después de 15 minutos.
2. Si hay inicio de actividad uterina o sangrado.
3. Si hay bradicardias de menos de 90 latidos por minuto persistentes por más de 60 segundos.
4. Si no hay tolerancia del procedimiento por parte de la paciente debido a dolor o ansiedad.

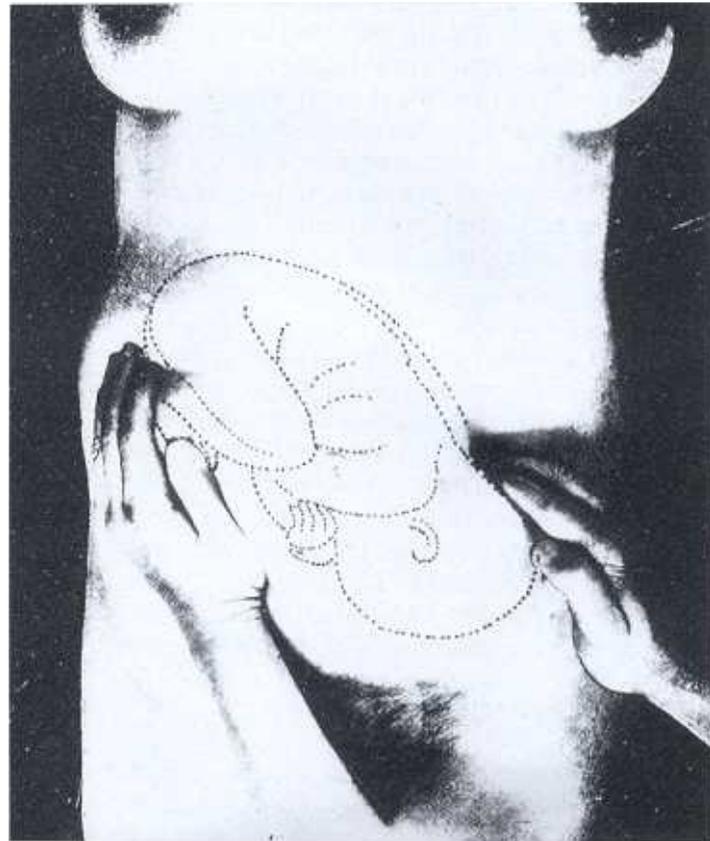


FIGURA N° 2

**TECNICA DE LA VERSION CEFALICA EXTERNA
EL EJE MAYOR DEL FETO HA FRANQUEADO EL EJE TRANS-
VERSAL DEL UTERO, COMPLETANDO LA VERSION (7)**

MOTIVOS PARA TERMINAR EL EMBARAZO

1. Signos de sufrimiento fetal agudo de difícil recuperación.
2. Ruptura de membranas.
3. Signos de abrupcio placentario.
4. Prolapso del cordón.
5. Signos de ruptura uterina.

Usualmente se recurre a la operación cesárea urgente, dado que las condiciones del cuello no permiten el parto vaginal.

COMPLICACIONES

Los estudios que indujeron alarma y llevaron al rechazo de la versión externa aparecieron en una

época en que se logró, merced a los adelantos en todos los campos, que la cesárea fuera un procedimiento de bajo riesgo; igualmente, en un período en que no se contaba con las facilidades actuales de vigilancia fetal ni se tenían en cuenta las recomendaciones que hoy se aceptan como normas.

Si se seleccionan bien los casos y se cumplen los requisitos expuestos las complicaciones tienden a ser menos frecuentes y menos graves. El uso rutinario de uteroinhibidores, la profilaxis de la isoimmunización, el monitoreo fetal y el ultrasonido y el abandono de la anestesia general hacen que los informes actuales sean optimistas y que se reporten pocas complicaciones, usualmente leves. Se han encontrado las siguientes: 1. Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal entre 8 y 56% de los casos (taquicardia, bradicardia, disminución de la variabilidad, desaceleraciones) (5,6-9,17). Todos los autores revisados concuerdan en que se trata de alteraciones que ceden después de suspender las maniobras y en que no se hallan efectos sobre los productos, al menos medibles por el Apgar (6,8,9).

Solamente en unos pocos casos (1.4%-2%) (8,9) se requirió terminar el embarazo por desaceleraciones mantenidas de 6 a 9 minutos y se encontró otra causa para el fenómeno: inserción velamentosa del cordón (8) sin signos de abrupcio o circulares, distocias de hombro, postmadurez, broncoaspiración (9) o anomalías congénitas. En algunos casos la única causa fue la versión (17).

2. Hemorragia fetomaternal con una frecuencia de 4.1-32% (8,9,17,18) que fue más alta cuando no se usó uteroinhibición.

3. Ruptura de membranas (17,19); dado que se recomienda realizar la versión en embarazos a término se elimina el riesgo de prematuridad.

4. Muerte fetal; el estudio de Bradley-Watson (19) reveló la frecuencia más alta (0.9%) de esta complicación entre 866 pacientes a quienes se les realizaron 1308 intentos de versión. En su casuística no se usó uteroinhibición, que es lo que más ha mejorado el resultado de la versión, y sí sedación y anestesia general cuya abolición, precisamente, ha mejorado el pronóstico de la maniobra.

En la revisión de Hofmeyr (5) sobre 951 pacientes de 15 investigadores las únicas 4 muertes ocurrieron cuando se usó anestesia o analgesia inhalatoria.

Stine (8) menciona una sola muerte fetal que ocurrió tres semanas después de una versión exitosa; el seguimiento había sido normal durante ese período. No se encontraron evidencias de hemorragia, abrupcio ni malformación que explicaran el deceso.

5. Muerte materna: se ha reportado un caso (8); la madre sufrió embolia masiva de líquido amniótico, sepsis, coagulación intravascular diseminada y ruptura prematura de membranas sin abrupcio; todo ello ocurrió 4 días después de una versión exitosa pero no se pudo comprobar que hubiera sido consecuencia directa de la maniobra.

6. Aunque se ha atribuido el abrupcio placentario a la versión no se hallaron reportes del mismo en la literatura revisada y sí, en cambio, la afirmación de que no se presentó (5,6,8,9,13,17,18,20). El abrupcio fue reportado en un estudio (12) pero el autor aclara que su proporción fue similar a la del resto de las pacientes obstétricas atendidas por él.

7. Hemorragia anteparto: sólo en un estudio se la menciona con una frecuencia del 3% (19).

8. Actividad uterina: en varios estudios se encuentra inicio de tal actividad como consecuencia de las maniobras pero cabe insistir en que no es una complicación grave pues se ha asegurado la madurez fetal.

A pesar de esta visión optimista queda claro que, para ser exitosa, la versión debe ser realizada en un hospital de II o III nivel puesto que exige monitoreo electrónico, ecógrafo, ecografista y personal que resuelva rápidamente cualquier emergencia; precisamente en tales sitios es donde la cesárea debiera tener menor morbilidad por disponer del personal más entrenado. Sin embargo, si no se habla de la parte técnica (cesárea) y sí de una paciente de quien se sabe que a largo plazo tiene más complicaciones con una cesárea que con un parto vaginal, vale la pena volver a analizar los hechos y pensar en retomar un procedimiento que, a la luz de los adelantos y conocimientos actuales, no debe ser desvalorizado.

Para llegar a conclusiones firmes sobre el valor real de la versión externa en nuestro medio debieran realizarse estudios comparativos a corto y largo plazo sobre sus riesgos, complicaciones y beneficios en relación con la cesárea.

SUMMARY

EXTERNAL CEPHALIC VERSION

A review is presented on the controversial subject of external cephalic version; this procedure has the purpose of attaining a vaginal delivery after correcting a breech presentation. Requirements and technical aspects are summarized; the reasons for discontinuing the attempt and for terminating pregnancy after it are included as well. Contraindications and complications are emphasized. It is concluded that research on the subject is required in order to gain clarity on the advisability of this version in the Colombian milieu .

BIBLIOGRAFIA

1. JOHNSON C. Breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 106: 865-867.
2. LEWIS VB, SENEVIRATNE HT. Vaginal breech delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 134: 615-618.
3. GIL E, CATAÑO LO. Mortalidad materna y factores de riesgo. Estudio de casos y controles. Medellín: Marín Vieco, 1992; 138 p.
4. COLLEA J, ROBIN S, WEGHORST G, QUILLIGAN E. The randomized management of term frank breech presentation: vaginal delivery vs cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 131: 181-195.
5. HOFMEYER GJ. Effect of external cephalic version in late pregnancy on breech presentation and cesarean section rate: a controlled trial. *Br J Obstet Gynecol* 1983; 90: 392-399.
6. VAN DORSTEN JP, SCHIFRIN B, WALLACE RL. Randomized control trial of external cephalic version with tocolysis in late pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 141: 417-424.
7. HERNANDEZ M, ISAZA V, JARAMILLO C. Versión cefálica externa en presentación podálica en embarazos mayores o iguales a 36 semanas. Hospital General de Medellín 1990-1991. *CES Medicina* 1993; 7: 19-28.
8. STINE LE, PHELAN JP, WALLACE R, et al. Update on external cephalic version performed at term. *Obstet Gynecol* 1985; 67: 642-646.
9. DYSON DC, FERGUSON JE, HENSLEIGH P. Antepartum external cephalic version under tocolysis. *Obstet Gynecol* 1986; 65: 63-68.
10. BOTELLA J. Versión. In: Tocurgia. 5a ed. Barcelona: Ed. científico médica, 1960: 135-136.
11. FABRE J. Manual de obstetricia. In: CARNOT P, FOURNIER L, eds. 4a ed. Barcelona: Salvat, Gilbert, Fournier, 1928: 224-227.
12. RAMEY B. The gentle art of external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 116: 239-251.
13. ROSEN D, ILLECK JS, GREENSPOON JS. Repeated external cephalic version at term. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 508-509.
14. MAHOMED K, SEERAS R, COULSON R. External cephalic version at term. A randomized controlled trial using tocolysis. *Br J Obstet Gynecol* 1991; 98: 8-13.
15. DREXLER B, DAVID BA, NEWMAN LA. External cephalic version with ruptured membranes and adequate amniotic fluid volume. *Am J Perinatol* 1991; 8: 220-221.
16. FLAMM BL, FRIED MW, LONKY NM, GILES WS. External cephalic version after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 370-372.
17. NORDE E, BLASCHKE E, GREEN K, THOMASSEN P. 100 cases of external cephalic version with special reference to fetomaternal transfusion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 55-58.
18. GJODE P, JORGENSEN J. Fetomaternal bleeding during attempts at cephalic version. *Br J Obstet Gynecol* 1980; 87: 571-573.
19. BRADLEY-WATSON PJ. The decreasing value of external cephalic version in modern obstetric practice. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 123: 237-239.
20. DONALD WL, BARTON JJ. Ultrasonography and external cephalic version at term. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1542-1547.