



**SEGO**

Sociedad Española de  
Ginecología y Obstetricia

## **NOTA DE PRENSA**

**Se trata de un procedimiento por el que, mediante la manipulación fetal a través de la pared abdominal materna, se rota al feto desde una presentación de nalgas a una presentación de cabeza**

**LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA AVALA LA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA COMO UN PROCEDIMIENTO EFICAZ Y SEGURO QUE DISMINUYE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y FETAL DEL PARTO DE NALGAS Y LA TASA DE CESÁREAS**

**Acaba de publicar un consenso que pone al día toda la evidencia científica acumulada en relación con sus indicaciones y contraindicaciones, factores de éxito, complicaciones e información a las mujeres**

**Los datos sobre el porcentaje de éxito de este procedimiento, a falta de un estudio transversal, son alentadores y las mujeres a las que se les ha practicado lo refieren como una experiencia satisfactoria en su proceso de embarazo**

**Lograr una relación de confianza mutua, despejando todas las dudas sobre el proceso, pronóstico, posibles complicaciones y alternativas, es un factor clave para la aceptación de este procedimiento, en el que el consentimiento informado debe obtenerse por escrito**

**El consenso de SEGO recomienda, para la realización de este procedimiento, la creación de equipos superespecializados que incluyan no solo a obstetras, sino a anestesiólogos, pediatras, matronas, enfermeros, auxiliares de enfermería y celadores**

**La posición fetal, la cantidad de líquido amniótico y la localización de la placenta son los factores más importantes para el éxito de este procedimiento.**

**Madrid, 27 de enero de 2022.-** La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha publicado un consenso que en el que avala y pone al día toda la evidencia científica acumulada en relación con la versión cefálica externa, un procedimiento consistente en una serie de maniobras externas sobre el abdomen materno que permiten darle la vuelta al feto y transformar una presentación fetal inicial «de nalgas» (podálica) en una presentación final de cabeza (cefálica), mucho más favorable para el parto vaginal. La

evidencia científica demuestra que se trata de “un procedimiento eficaz, seguro, validado, adecuado, admisible y oportuno”, que disminuye la morbimortalidad materna y fetal del parto de nalgas que se produce tanto por vía vaginal (parto natural) como abdominal (cesárea).

El parto en presentación de nalgas es un parto de riesgo. Su incidencia disminuye desde cerca de un 20% aproximadamente en la 28 semana de gestión hasta un 3-4% en el embarazo a término. Esta disminución se debe principalmente a la posición fisiológica que se produce en el último mes de embarazo, cuando el feto se coloca dentro del útero materno de la manera más beneficiosa desde el punto de vista anatómico. Pero en algunos casos, por diferentes motivos, el feto no adopta la posición cefálica y en esos casos, sea el parto natural o por cesárea, existe una mayor morbimortalidad fetal asociada a factores como la prematuridad (nacer antes de tiempo), el traumatismo fetal durante el parto o el mayor riesgo de hipoxia (disminución de suministro de oxígeno).

La Versión Cefálica Externa (VCE) es un procedimiento que intenta modificar la posición fetal, ofreciendo una oportunidad de parto vaginal con menos riesgos que la presentación de nalgas. El primer estudio experimental sobre el parto de nalgas con un número importante de pacientes fue el publicado por el grupo colaborativo Term Breech Trial (TBT) en el año 2000. Esa investigación, en la que participaron centros de 26 países y se reclutaron a más de 2.000 mujeres, llegó a la conclusión de que la cesárea disminuía la mortalidad perinatal y neonatal y la morbilidad neonatal relevante en las primeras seis semanas de vida. Las conclusiones de ese trabajo, luego muy discutido por sus deficiencias metodológicas, fueron asumidas rápidamente y condicionó un incremento en la tasa de cesáreas. Durante los años 2000, varios grupos de trabajo de diversos países han publicado sus datos que reflejan que, con adecuados criterios de selección y manejo, el parto vaginal de nalgas a término es una opción razonable. Y en el año 2006 un nuevo estudio multicéntrico en Bélgica y Francia concluyó que los resultados adversos maternos y fetales en el parto de nalgas vaginal y en el abdominal eran similares.

A día de hoy, se estima que la mortalidad del parto de nalgas por vía vaginal, tras la selección cuidadosa de los casos y conducción adecuada del parto, es aproximadamente 2/1000 y la morbilidad neonatal grave a corto plazo es aproximadamente de un 2%. Por su parte, la morbilidad materna se asocia más con la cesárea que con el parto vaginal. Sin embargo, inicialmente, en el TBT, de manera sorprendente, se reportó que ambas eran muy similares. Así, en las cesáreas electivas se detectó morbilidad materna (hemorragia posparto, lesión genitourinaria, infección...) en el 3,9%, mientras que en el grupo de parto vaginal en el 3,2%.

En este contexto, es preciso considerar la opción de la VCE, procedimiento por el que, mediante la manipulación fetal a través de la pared abdominal materna, se rota al feto desde una presentación no cefálica a la cefálica. Se trata de una práctica con una larga historia, que se remonta a los tiempos de Hipócrates, y que desde la década de los 70 hasta el final del siglo XX, adquirió una gran importancia con el auge de la ecografía, de la monitorización fetal continua y de la tocólisis (procedimiento mediante el cual la mujer recibe medicación para reducir la fuerza o frecuencia de las contracciones o

ambas). Finalmente, a partir del año 2000, la VCE ha adquirido la importancia en la práctica clínica habitual que tiene en nuestros días para tratar de reducir la tasa de cesáreas por presentación de nalgas.

La VCE es un procedimiento que requiere de habilidades y destrezas específicas, que hoy, sin embargo, pueden conseguirse con el uso de simuladores hiperrealistas, los cuales evitan tener que contar con un volumen de alto de partos para conseguir estándares altos de efectividad y seguridad. El consenso de la SEGO fija en 130 el número de procedimientos como operador principal que el obstetra debe realizar para adquirir la destreza necesaria para realizar este procedimiento en un parto real. Asimismo, el consenso de la SEGO recomienda para la realización de este procedimiento la creación de equipos superespecializados en los hospitales, que incluyan no solo a obstetras, sino a anestesiólogos, pediatras, matronas, enfermeros, auxiliares de enfermería y celadores.

Los datos que se disponen sobre el porcentaje de éxito de este procedimiento, a falta de un estudio transversal, son alentadores y las mujeres a las que se les ha practicado lo refieren como una experiencia satisfactoria en su proceso de embarazo. El Dr. Javier Herrera, responsable del documento de consenso de VCE de la SEGO y obstetra del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, explica que “en el caso de nuestro hospital estamos rozando un 80% de éxito. Aunque en general también hay un porcentaje de rechazo en las embarazadas por miedo y desconocimiento de la técnica”. Lograr una relación de confianza mutua, despejando todas las dudas sobre el proceso, pronóstico, posibles complicaciones y alternativas, es un factor clave para la aceptación de este procedimiento, en el que el consentimiento informado debe obtenerse por escrito.

Existen dos técnicas para la VCE. Ambas comparten un primer tiempo en el que se elevan las nalgas del feto desimpactándolas de la pelvis materna para proceder a continuación a la rotación fetal. La técnica de forward-roll es la más utilizada y consiste en guiar la rotación fetal de modo que el dorso fetal se presente al fondo uterino. En otras ocasiones, puede utilizarse la técnica de back-flip en la que se guía la rotación fetal presentando el dorso fetal al segmento uterino. El procedimiento puede ser realizado por un profesional sanitario o dos y, por lo general, para evitar la fricción de las manos con la piel del abdomen materno se emplean sustancias como el gel ecográfico que aumenten el deslizamiento. El uso de la fuerza debe ser muy restringido y se recomienda no superar los cuatro intentos dentro del mismo procedimiento.

Desde el punto de vista práctico, si no se consigue desimpactar la nalga de la pelvis materna en el primer intento las posibilidades de éxito se reducen de manera drástica. Y si tras el segundo intento no se eleva la nalga fetal, las posibilidades de complicaciones durante el procedimiento aumentan, sobre todo si se emplea analgesia y tocólisis. Tras una VCE fallida, puede ser razonable plantear la situación de repetir el procedimiento antes de finalizar el embarazo mediante una cesárea o mediante un parto de nalgas vaginal. El consenso de SEGO propone repetir el procedimiento tras una VCE fallida en un plazo máximo de 7-10 días.

En cuanto a su localización, puede realizarse tanto en consulta como en el área de partos, si bien debe asegurarse la disponibilidad inmediata de un quirófano obstétrico, anesthesiólogo, matrona y pediatra, pues, si bien las complicaciones son excepcionales, el equipo obstétrico debe estar preparado para responder ante ellas. En cuanto al momento, el consenso recomienda practicarla a partir de la semana 37, no solo por tener una tasa similar de éxito y complicaciones, sino también por la disminución de la tasa de versión espontánea a presentación de nalgas.

Las circunstancias que por sí mismas contraindiquen el parto vaginal como placenta previa, malformaciones o determinados riesgos de transmisión vertical de infecciones son contraindicaciones absolutas de la VCE, como también isoinmunización Rh, feto muerto, compromiso fetal, signos de desprendimiento placentario, preeclampsia severa o síndrome de HELLP o alteraciones de la coagulación. Por su parte, la posición fetal, la cantidad de líquido amniótico y la localización de la placenta son los factores no modificables más importantes para el éxito de este procedimiento, establece el consenso, que revisa detalladamente la evidencia científica acumulada en torno a los factores modificables, como los diferentes tipos de analgesia, la tocólisis o la estimulación vibroacústica.

El consenso incide que la VCE es un procedimiento seguro con un bajo número de complicaciones severas. Las complicaciones fetales más habituales son las alteraciones transitorias de la frecuencia cardiaca fetal y, de estas, la más frecuente es la bradicardia fetal, con una incidencia muy variable, entre el 2,6% el 4,8% de los casos, y que generalmente es de corta duración, con una recuperación espontánea en la mayoría de los estudios en menos de tres minutos. En relación con la morbimortalidad materna, el malestar o dolor es el efecto materno más frecuentemente descrito, hasta en un 35%, que llega a provocar el cese de la maniobra hasta en un 13,2% de los casos.

Finalmente, y en relación con los métodos alternativos a la realización de la VCE, que, como este procedimiento, buscan lograr situación cefálica en el feto, el consenso concluye que “la principal limitación que ofrecen radica en la evidencia científica de cada uno de ellos y la escasez de estudios clínicos correctamente realizados para valorar tanto su eficacia como su seguridad”.

**Para más información:**

**Gabinete de comunicación de Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO):  
Manuela Hernández (651 867 278) / Jesús Herrera (625 872 780)**