

VERSIÓN EXTERNA

Docente Autorizado Dr. Eduardo A. Valenti

División Urgencias, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Definición

La versión cefálica externa conocida como versión externa es una maniobra que se utiliza para transformar una presentación pelviana en una presentación cefálica. También puede utilizarse para transformar una situación transversa en una longitudinal que puede ser cefálica o pelviana pero en la actualidad su uso se remite casi con exclusividad a la transformación de pelvianas en cefálicas.

Está demostrado que su uso reduce en forma significativa la frecuencia de partos vaginales en pelviana y también la frecuencia de cesáreas por la misma causa cuando se trata de embarazos de término. No se cumple lo mismo si nos referimos a embarazos pretérminos.

Historia

La versión externa ha sido descrita en la literatura médica desde la época de Hipócrates y fue un procedimiento común a principio de siglo.

Durante la primer mitad del siglo XX ha sido un método muy utilizado y cayó en desuso en la década del 40 debido a la importancia que habían tomado los partos vaginales en pelviana. El hacer “por abajo” una presentación pelviana era una demostración de arte obstétrico y un motivo de orgullo académico. Posteriormente con el advenimiento de la cesárea muchos de estos partos comenzaron a terminar por la vía abdominal y es así como llegamos a la década del 90 en que más del 80% de las pelvianas terminan en cesárea. Por lo tanto *se produce el renacimiento de la versión externa como una manera de reducir la frecuencia de cesárea en dicha presentación.*

Durante las pasadas décadas la maniobra había entrado en descrédito porque se pensaba que traía aparejado *mayor riesgo fetal* (desprendimiento de placenta, accidentes del cordón, etc.) y además tenía mucha aceptación el parto vaginal en pelviana. Hoy, los *riesgos se pue-*

den prever con ecografía previa y evaluación de la salud fetal y por otra parte disminuyó notablemente la aceptación de la vía vaginal para la presentación pelviana.

Evidencias

Teniendo en cuenta el aumento progresivo de las cesáreas por pelviana en los últimos años resulta difícil pensar en un regreso al parto vaginal en un corto plazo. Motivos de diferente índole (desde médicos hasta legales) hacen que las conductas relacionadas con la vía de terminación del embarazo se inclinen más hacia la vía alta que hacia el parto vaginal.

Entre 1970 y 1985 la frecuencia de cesárea en pelviana en EE.UU. se incrementó 7 veces (de 11,6% a 79,1%)² por lo que en 1986 el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología indicó que “tanto la cesárea como el parto vaginal (en casos cuidadosamente seleccionados) pueden ser indicados para la presentación pelviana incompleta variedad nalgas de término” y señaló que “las controversias relacionadas con el parto en pelviana no podían ser contestadas todavía con consenso total”.³

En Canadá la frecuencia general de cesárea aumentó de 5,6% en 1970 a 18,9%⁴ en 1986 y por ello la Conferencia Nacional de Consenso sobre Nacimientos por cesárea aconsejó “que el parto vaginal planificado debería ser recomendado en pelviana completas o incompleta variedad nalgas con 36 semanas o más y/o con un peso estimado entre 2.500 y 4.000 gramos”.⁵

Esta tendencia universal de cesárea en pelviana fue responsable del 40% de aumento de la incidencia total de cesárea en la década pasada.

En las últimas tres décadas la cesárea en la presentación pelviana tuvo un continuo crecimiento y se aproximaba al 100% en algunas instituciones.⁶ En 1991 la oficina de Estadísticas Vitales de Estados Unidos publicó una frecuencia de cesáreas

Durante las pasadas décadas la maniobra había entrado en descrédito porque se pensaba que traía aparejado mayor riesgo fetal (desprendimiento de placenta, accidentes del cordón, etc.)

del 23,5% y de ellas el 11,7% fueron por presentación pelviana.

Un hito importante para el manejo de la presentación pelviana de término ha sido la aplicación exitosa y segura de la versión externa. Su uso convierte aproximadamente el 65% de las presentaciones pelvianas en cefálicas con importante reducción del índice de cesárea. Esta maniobra ha pospuesto la resolución definitiva del debate parto *versus* cesárea.

Habida cuenta que no son suficientes las evidencias científicas para indicar en forma absoluta una cesárea en una presentación pelviana muchos Servicios de Obstetricia han normatizado el TOL (trial of labor) o "prueba de parto para vía vaginal". Para ello se establecen los criterios de elegibilidad (basados en condiciones y contraindicaciones para la vía vaginal) y si no se cumplen dichos requisitos se programa una cesárea. Todos estos servicios realizan una versión externa previo al análisis de los criterios.

En Australia se redujo en 17% la frecuencia de cesáreas y un 24% la frecuencia de partos vaginales en pelviana luego del uso de la versión externa con un éxito bajo (39%).⁷

El análisis de la Cochrane Database (Figura 1) muestra una reducción importante y estadísticamente significativa de la presentación pelviana (OR=0,15; IC95%:0,11-0,21) y de las cesáreas por pelviana (OR=0,42; IC95%:0,29-0,63) cuando se intenta la versión externa en embarazos de término.⁸

Surgen entonces la versión cefálica

Esta tendencia universal de cesárea en pelviana fue responsable del 40% de aumento de la incidencia total de cesárea en la década pasada.

externa y los criterios de selección para parto vaginal como alternativa válida ante el desmesurado aumento de las cesárea.

Momento

Si bien no existe una *edad gestacional* única para efectuar la versión externa el consenso es que no debe ser muy temprano para darle al feto la posibilidad de versión espontánea, ni muy tarde por la disminución fisiológica de líquido amniótico y la aparición de contracciones del preparto que hacen difíciles las maniobras.

Ranney en 1973 lanzó la famosa frase "la versión externa es más exitosa cuanto más temprano se hace".⁹ Treat Kornman en 1995 estudió 100 pacientes y tuvo un 79% de éxito en versión externa antes de la semana 37 y un 53% si ésta se realizaba durante o después de la semana 37.¹⁰

Sin embargo Jannett encontró que a las 36 semanas el 8,16% de los embarazos estaba en pelviana mientras que a las 40 semanas lo estaba el 4,40%.¹¹

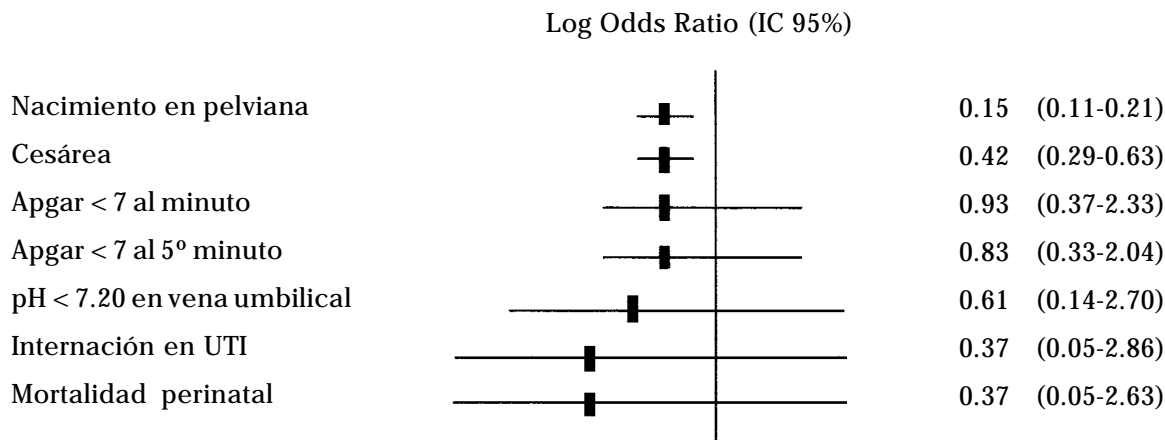
A las 34 semanas, las múltiples en pelviana tienen más del 40% de probabilidad de hacer una versión espontánea antes del parto en cambio las nulíparas tienen una probabilidad de 12% luego de la semana 34 y de 8% luego de la semana 37.¹²

En general no se encontraron resultados alentadores cuando la versión externa se realiza antes de la semana 36.⁸

Por lo tanto la versión externa antes de la semana 36 podría tener

En general no se encontraron resultados alentadores cuando la versión externa se realiza antes de la semana 36.

Figura 1: Metanálisis de la versión externa en embarazo de término.⁸



un éxito ficticio ya que se estaría rotando artificialmente a presentación cefálica a aquellos embarazos que lo iban a hacer en forma espontánea poco tiempo después.

Condiciones

Debemos estar seguros de que nos encontramos con un feto saludable, en una madre sin patología uterina, en la edad gestacional adecuada y en el lugar correspondiente. Para ello se deben cumplir ciertas *condiciones*:

- Edad gestacional entre 36 y 38 semanas por lo comentado anteriormente.
- Ecografía previa: descarta patología materna y fetal evaluando tamaño (por medio de la biometría) y cantidad de líquido amniótico.
- Monitoreo fetal reactivo.
- No debe haber contractilidad de trabajo de parto, pues dificulta enormemente la maniobra.
- Pelvis adecuada y canal de parto sin obstrucciones.
- Quirófano disponible y cerca por la eventualidad de una complicación.
- Consentimiento informado.

La bradicardia fetal transitoria es la complicación más común luego de una versión externa y se presenta en el 36% de los casos.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones que deben ser respetadas se dividen en absolutas y relativas. Las primeras desaconsejan la realización de la maniobra y las relativas deben ser evaluadas en cada caso particular (Tabla 1).

En una época se consideraba *criterio de exclusión* para una versión externa la existencia de una cesárea previa. Actualmente los pacientes con una

cesárea anterior pueden versionarse sin riesgo alguno para la madre y con un porcentaje de éxitos similar al de la población sin cesárea. Justamente Flamm en 1991 tuvo un 82% de éxitos en versión externa en 56 pacientes con cesárea anterior. No hubo ninguna ruptura uterina. De las pacientes versionadas a cefálica el 65% tuvo un parto vaginal.¹³

Algunos contraindican las modalidades dorso anteriores y otros las dorsoposteriores.¹⁴

Método

Las maniobras para la versión externa son sencillas y conllevan poco riesgo si se cumplen escrupulosamente las condiciones y las contraindicaciones.

El método practicado en el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" consiste en el cumplimiento de una serie de valoraciones de la salud fetal y del embarazo actual que nos permiten efectuar las maniobras con el mínimo de riesgo para la madre como para el feto (Tabla 2).

Complicaciones

*La bradicardia fetal transitoria es la complicación más común luego de una versión externa y se presenta en el 36% de los casos.*¹⁵

Los episodios de bradicardia se presentan con más frecuencia en las posiciones dorsoposteriores. Esto obedece a que el cordón es más vulnerable en estas circunstancias.¹⁶

Tabla 1. *Contraindicaciones de la Versión Externa.*

Absolutas	Relativas
RPM	Metrorragia del 3er. Trimestre
RCIU	Macrosomía fetal
Oligoamnios	Anomalías fetales
Embarazo múltiple	Patología materna asociada

Tabla 2. *Metodología de la Versión Externa (HMI R. Sardá).*

- Ecografía y rutina preoperatoria.
- Monitoreo fetal reactivo previo a la versión externa.
- Uteroinhibición IV a criterio del obstetra. No de rutina.
- Maniobra clásica propiamente dicha en 3 etapas: a saber: elevación de la presentación pélvica en la pelvis materna, rotación de la presentación y descenso de la cabeza en la pelvis materna.
- Auscultación posterior a cada etapa (o visualización con ecógrafo del latido cardíaco).
- Monitoreo fetal posterior a la versión externa.

Alternativas

- De ser exitosa la versión externa queda a criterio del obstetra la expectación o la conducta activa con inducción del trabajo de parto.
- De fracasar la versión externa puede intentarse nuevamente luego de 2 horas de realizada la primera.
- Se podrá efectuar un tercer intento luego de transcurridas 24 horas.
- De ser exitosa la versión externa y producirse posteriormente el regreso a la posición podálica (en horas o días) puede intentarse nuevamente la versión externa.

Interrupción

La versión externa se puede suspender por:

- 1) Molestia o dolor de la paciente.
- 2) Alteraciones de la FCF.
- 3) Luego de varios intentos fallidos.¹⁷

Ecografía

La ecografía en los embarazos en presentación pelviana permite obtener datos que son importantes para valorar la posibilidad de realización de una versión externa.

Previamente a la realización de una versión externa nosotros efectuamos una ecografía con los siguientes *propósitos*:

a) *Confirmación de la presentación*: Tratándose de un momento del embarazo en que se produce la rotación fetal no es infrecuente que un feto que el día anterior se encontraba en pelviana nos ofrezca hoy una presentación cefálica.

b) *Conformación de la edad gestacional*: La biometría cefálica, abdominal y de huesos largos nos permite confirmar la edad gestacional comparándola con ecografías anteriores y con la edad gestacional por FUM. Sabemos que existe una edad determinada para hacer la versión externa y que antes o después de la misma aumentan los fracasos y las complicaciones.

c) *Diagnóstico de posición*: La ubicación del dorso fetal nos permitirá establecer el sentido de rotación de la versión externa sabiendo que las dorsoanteriores y las dorsoposteriores son las más difíciles de efectuar.

d) *Diagnóstico de tipo o modalidad de pelviana*: La ubicación de la pelvis fetal y la posición de los miembros inferiores del feto nos permiten hacer el diagnóstico de tipo de pelviana

o modalidad como se la denominaba anteriormente. Así podemos saber si es una nalgas *franca* (fémur flexionado y tibia extendida) o una *completa* (fémur y tibia flexionados) o una incompleta que presenta una rodilla, un pie o dos pies.

e) *Biometría cefálica*: Nos informa sobre el tamaño de la cabeza fetal permitiéndolos evaluar la proporción entre la cabeza y la pelvis materna. Diámetros biparietales o perímetros cefálicos que denoten macrosomía deben hacer desistir la realización de una versión externa como así también malformaciones como el encefalocele.

f) *Evaluación del volumen de LA*: La presencia de oligoamnios contraindica la versión y el polihidramnios nos la contraindica pero se acompaña de una gran cantidad de fracasos por retorno a la posición original. No obstante ante un polihidramnios debe intentarse la versión externa.

g) *Localización placentaria*: La ubicación de la placenta no es para nosotros una contraindicación absoluta excepto la placenta previa oclusiva. Para algunos autores la placenta anterior ofrece mayor dificultad y la consideran contraindicación relativa. De todas maneras no efectuamos versión externa en embarazadas que han tenido metrorragia del tercer trimestre porque existen causas no diagnosticables relacionadas con patologías de los vasos placentarios.

h) *Valoración de la hiperextensión de la cabeza*: Si seguimos la columna cervical fetal veremos que forma un ángulo con la nuca. Este ángulo medido para afuera debe ser igual o mayor de 90°. Si es menor de 90 denota una hiperextensión de la cabeza fetal que hace dificultosa la versión externa y además contraindica la vía vaginal si persiste en pelviana.¹²

i) *Indemnidad de la columna vertebral*: Es importante que el feto que vamos a versionar no presente *malformaciones abiertas del tubo neural* que puedan corregirse con cirugía (mielomeningocele) ya

que la versión externa puede dañar esas estructuras. Si es una malformación no viable se puede intentar un parto en pelviana sin previa versión externa.

j) *Descartar otras patologías*: Es necesario descartar otras malformaciones o patologías como la gastrosquisis, tumores, etc. ya que las mismas pueden indicar una vía alta para su mejor solución y no correspondería hacer una versión externa.

La ecografía durante la maniobra propiamente dicha ofrece la ventaja del control directo de cada uno de los pasos y posibilita la visualización continua de la FCF.

La ecografía durante la maniobra propiamente dicha ofrece la ventaja del control directo de cada uno de los pasos y posibilita la visualización continua de la FCF.

Al finalizar cada uno de los tiempos de la maniobra de versión externa propiamente dicha está indicado la auscultación del corazón fetal que se efectúa generalmente con un detector de latidos fetales.

Nosotros utilizamos la ecografía y la misma nos permite supervisar otros detalles relacionados con la táctica y la técnica de la versión externa, a saber:

- *Seguimiento permanente de la FCF:* no solo al terminar cada tiempo sino durante los procedimientos podemos visualizar los latidos cardíacos.

Un éxito en la versión externa de 60-70% implica una disminución de la frecuencia de las pelvianas al parto de un 3% a un 1%.

- *Ubicación de la cabeza fetal:* nos permite seguir la dirección que va tomando la cabeza fetal y comprobar que la misma cumple con las etapas determinadas previamente. Por palpación a veces es dificultoso conocer exactamente la ubicación de la cabeza.

- *Comprobar el ascenso de la pelvis fetal:* el signo más importante para predecir el éxito de la versión externa en la visualización de la pelvis

fetal por encima del ombligo. Cuando esto se produce solamente es necesario descender suavemente la cabeza sobre el estrecho superior.

- *Medir el descenso de la cabeza:* La determinación de la altura de la cabeza fetal establecerá si está indicando seguir descendiendo en dirección al canal de parto. Este descenso debe ser acompañado de un estricto control de la FCF ya que es el momento en que se producen estiramientos o compresiones del cordón umbilical.

Tabla 3: Porcentaje de éxitos de versiones externas.

Autor	N	Exito (%)
Brocks	31	41
Van Dorsten	25	68
Hanss	96	48,9
Lau	243	69,5
Shalev	55	73
Marchick	65	60
Stine	148	73
Cook	60	53
Laros	344	51

Resultados

Según los criterios de inclusión y de exclusión de las distintas publicaciones nos encontramos con diferentes porcentajes de éxitos (*Tabla 3*) que van desde el 40% los más bajos hasta un 73% los más altos.^{2-10,15,29,30}

Debido a que el éxito de una versión externa varía según las diferentes publicaciones, Spelliscy Gifford efectuó un metanálisis de las mismas utilizando los métodos estadísticos correspondientes.¹⁸ El autor, en base a 217 artículos publicados, estableció la probabilidad (P) de ocurrencia de diferentes eventos (*Tabla 4*).

Cuatro trabajos randomizados^{1,5,7,14} en embarazadas de término han demostrado que la versión

Tabla 4: Probabilidad de diferentes puntos finales en la versión externa.

• Exito en una versión externa.	78%
• Llegar en cefálica al parto luego de versión externa.	97%
• Parto vaginal en cefálica luego de versión externa o versión espont.	90%
• Reunir criterios de elegibilidad para TdeP en pelviana.	36%
• Versión cefálica espontánea antes del T de P.	19%
• Parto vaginal en el pelviana cumpliendo criterios de elegibilidad.	82%
• Versión cefálica espontánea antes de cesárea programada.	13%

Tabla 5: Resultados de la versión externa (n=23; Sardá 1997).

• Exito en una versión externa (21/23)	91,3%
• Rotación posterior a pelviana (1/21)	4,8%
• Terminación en cefálica (20/23)	86,9%
• Partos vaginales de las cefálicas (18/20)	90%
• Partos vaginales en todas (18/23)	78,3%
• Amenorrea al nacimiento (promedio)	37,3 semanas
• Peso promedio al nacimiento	3285g

externa puede disminuir el número de pelvianas en el parto hasta un 70%.

Un éxito en la versión externa de 60-70% implica una disminución de la frecuencia de las pelvianas al parto de un 3% a un 1%.¹⁹

Una encuesta realizada en Inglaterra, Gales, Escocia, Irlanda del Norte y la República de Irlanda reveló que existe una correlación inversa entre el porcentaje de médicos que practican la versión externa y la frecuencia de pelvianas al parto, como también hay correlación inversa entre el porcentaje de uso de la versión externa y la frecuencia de cesárea por pelviana.¹

El éxito de una versión externa a término es en promedio de un 75% mientras que la versión espontánea es de un 12-17%.²⁰ Esto es clave para analizar el propósito que se quiere alcanzar.

En el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá realizamos una experiencia (Tabla 5) con 23 embarazadas seleccionadas obteniéndose un éxito parcial (versión externa exitosa) del 91,3% y un éxito total (cefálica al parto) del 86,9%.²¹

Predictores de éxito

La posibilidad de predecir el éxito de un procedimiento es importante en cualquier rama de la medicina porque facilita el análisis riesgo/beneficio y permite normatizaciones adecuadas.

Hubo varios intentos para identificar los factores maternos o fetales que influyen en el éxito o fracaso de una versión externa, pero estos trabajos han sido frecuentemente contradictorios. Ninguno de estas publicaciones ofrece una herramienta clínica para predecir el éxito de una versión externa.³¹

En Hong Kong muestran un éxito de 57% en nulíparas y un 83,5% en multíparas con un promedio de 70% en 243 versiones²² sugiriendo la

Si se ajusta por paridad e índice de masa corporal (boby mass index) la versión externa es 27 veces más probable de ser exitosa si se efectúa antes de la semana 37.

hipótesis de que el éxito se relaciona con la paridad. En este sentido Ferguson encontró que la paridad mayor a 2 se asociaba significativamente con éxito.¹⁹

Si se ajusta por paridad e índice de masa corporal (boby mass index) la versión externa es 27 veces más probable de ser exitosa si se efectúa antes de la semana 37.¹⁰

Generalmente el tipo de pelviana de nalgas franca (antiguamente llamada incompleta modalidad nalgas) tiene más probabilidad de éxito que las otras y el dorso posterior tiene más

probabilidad de fracaso que otras posiciones (Tabla 6) expresando que la semiología obstétrica juega un papel importante en la selección.¹⁶

La relación entre el índice de LA y el éxito de una versión externa no es lineal y podemos observarla en la Figura 2.⁷

Uno de los scores que se utiliza para predecir el éxito de una versión externa es el descrito por Newman en 1993 quien encontró 5 factores con importante peso estadístico.¹⁷ Estos son paridad, dilatación, peso estimado, ubicación de la placenta y altura de la presentación.

Figura 2: Versión externa: Distribución de éxitos según índice de líquido amniótico.⁷

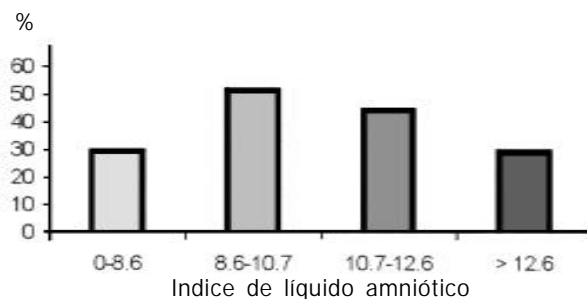


Tabla 6. Versión externa: Distribución de éxitos según tipo de pelviana.¹⁶

Tipo	Exito parcial (%)	Exito total (%)
Nalgas franca (N= 28)	71	79
Completa (N= 15)	53	53
Incompleta (N= 10)	30	30
Total (N= 53)	59	63

Tabla 7. Versión externa: Score de predictibilidad de éxito.¹⁷

Puntaje	0	1	2
Paridad	0	1	≥2
Dilatación (CM)	≥3	1-2	0
Peso estim. (G.R.)	<2.500	2.500-3.500	>3.500
Placenta	Ant	Post	Lat-Fund
Altura pres.	≥-1	-2	--3

Ninguna versión tuvo éxito con un score menor o igual a 2 y todas fueron exitosas con un score mayor de 8. El puntaje puede observarse en la *Tabla 7*.

Si hablamos de *predictores de fracaso* estamos obligados a mencionar la presentación encajada, la dificultad para palpar la cabeza fetal y la nuliparidad. La presencia de los tres da un fracaso del 100% y la presencia de dos un fracaso de más del 86%. En ausencia de ellos se fracasa solo en el 6% de las versiones.²²

Recurrencia

El algunas ocasiones luego de la versión externa de pelviana a cefálica el feto vuelve a su posición original y se coloca nuevamente en pelviana. La mayoría de los autores coincide en realizar nuevamente la versión externa con los controles de vitalidad fetal que se utilizaron en la primera.¹⁰

Se ha publicado el caso de una paciente a quién se le efectuaron 3 versiones externas luego de la semana 38.²⁰

Aproximadamente el 7% de las versiones externas vuelven a la presentación pelviana original.

Por lo tanto, el retorno espontáneo a presentación pelviana puede ser manejado con procedimientos de versión externa adicionales.

El retorno espontáneo a presentación pelviana puede ser manejado con procedimientos de versión externa adicionales.

De todas maneras el ahorro de dinero no es solo para la disminución de los días de estada y los gastos quirúrgicos sino por el descenso de la mortalidad materna y por el descenso de la morbimortalidad perinatal.

Terminación de parto

Algunas publicaciones señalan un mayor porcentaje de cesárea en las pacientes versionadas que llega en cefálica al trabajo de parto^{2,3,6} mientras otros autores no encuentran tal diferencia.⁴

El aumento de cesárea se explicó por una incidencia aumentada de SFA intraparto y de distocia.¹⁵

La incidencia de cesáreas va de un 6% hasta un 31% como podemos observar en la *Tabla 8*.^{8,10,15,23-26,29,30}

Hay, por supuesto quienes no encuentran una mayor cantidad de cesárea en pacientes versionadas.²³ Tampoco se encontró mayor requerimiento de ocitocina en las versionadas.

En el metaanálisis de la Cochrane Database no se encontraron diferencias en el Apgar menor de 7 al primero y quinto minuto ni en el pH menor de 7,20 de la vena umbilical ni en el ingreso a UTI neonatal como podemos observar en la *Figura 1*.⁸

Costos

En nuestro país todavía no le damos demasiada importancia al costo de un procedimiento pero en países desarrollados es un factor decisivo para tomar en cuenta.

Spelliscy Gifford efectuó un estudio de costos en base a las conductas a tomar en una pelviana.¹⁸ Si se efectuaba una versión externa y se

permitía un trabajo de parto (TdP) a las que no tenían éxito se llegaba a un 25% de cesáreas y costaba \$ 8.071 por caso. Si se operaban las que no tenían éxito se llegaba a un 32% de cesáreas y costaba \$ 8.276. Si no se efectuaba versión externa y se permitía un TdP a los casos indicados se llegaba a un 63% de cesáreas y costaba \$ 8.755 cada caso. Y finalmente si se programaban las cesáreas se llegaba a un 89% y costaba \$ 9.544 cada caso. Observamos que el menor índice de cesáreas y el menor costo total se obtiene intentando la versión externa y permitiendo un TdP a las no versionadas.

En Carolina del Sur se ahorran \$ 2.462 por cada versión externa en lo relacionado con la internación y los gastos de una cesárea.¹⁹

De todas maneras el ahorro de dinero no es solo para la disminución de los días de estada y los gastos quirúrgicos sino por el descenso de la mortalidad materna y por el descenso de la morbimor-

Tabla 8. *Frecuencia de cesáreas luego de versión externa según autor.*

Autor	n	Cesárea luego de versión externa exitosa (%)
Van Dorsten	25	5,9
Hanss	96	17
Lau	243	20
Shalev	55	20
Marchick	65	23
Stine	148	24
Cook	60	28
Laros	344	31

talidad perinatal.

El costo de una internación de 6 horas con monitoreo, ecografía y el procedimiento es de 1.700 dólares por lo que debe seleccionarse muy bien a las pacientes.¹⁷

Gemelar

Si nos referimos al embarazo gemelar la versión externa no es utilizada por muchos y en cambio está desarrollándose habitualmente la versión interna con bolsa íntegra.²⁷

La extradición en pelviana es preferible a la versión externa en un segundo gemelar porque está asociada a menor SFA, menor incidencia de cesárea y mejores resultados perinatales.

Conclusión

Como vemos la versión externa es un método *sencillo* (si se efectúa como corresponde), *sin riesgos* (si la efectúa personal idóneo) y *efectivo* (si se efectúa cuando corresponde) que enciende una luz en el futuro de la presentación pelviana.

Bibliografía

1. Coltart T, Keith Edmond D, Al-Mufti R. External cephalic version at term: a survey of consultant obstetric practice in the United Kingdom and Republic of Ireland. *Br J Obstet Gynecol* 1997; 104: 544-7.
2. Croughan-Minihane MS, Petitti DB, Gordis L et al. Morbidity among breech infants according to method of delivery. *Obstet Gynecol.* 1990; 75: 821-5.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of the breech presentation. ACOG technical bulletin N° 95. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1986.
4. The Cesarean Birth Quality Assurance Committee. Cesarean birth in Ontario. Appropriate use of cesarean section: Recommendation for a quality assurance program. Toronto, Canadá: Ministry of Health of Ontario, 1991; 6-7.
5. Consensus Conference Report. Indications for cesarean section: Final statement of the panel of the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth. *Can Med Assoc J* 1986; 134: 1348-52.
6. Stafford RS. Recent trends in cesarean section use in California. *West J Med* 1990; 153: 511-4.
7. Healey M, Porter R and Galimberti A. Introducing external cephalic version at 36 weeks or more in a district general hospital: a review and an audit. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1073-9.
8. Hofmeyr GJ. External cephalic version at term. *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (1995, Issue 1).
9. Ranney B. The gentle art of external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 116: 239-48.
10. Treat Kornman M, Kimball KT, Reeves KO. Preterm external cephalic version in an outpatient environment. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1734-41.
11. Hanss JW Jr. The efficacy of external cephalic version and its impact on the breech experience. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1459-64.
12. Westgren M, Edvall H, Nordstrom L et al. Spontaneous cephalic version of breech presentation in the last trimester. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 19-22.
13. Flamm BL, Fried MW, Lonky NM et al. External cephalic version after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 370-2.
14. Van Dorsten JP, Schiffman BS, Wallace RL. Randomized control trial of external cephalic version with tocolysis in late pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 141: 417-24.
15. Lau TK, Lo KWK, Rogers M. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 218-23.
16. Donald WL, Barton JJ. Ultrasonography and external cephalic version at term. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1542-7.
17. Newman RB, Peacock BS, Van Dorsten JP et al. Predicting success of external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 245-50.
18. Spelliscy Gifford D, Keeler E, Kahn KL. Reduction in cost and cesarean rate by routine use of external cephalic version: a decision analysis. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 930-6.
19. Mauldin JG, Mauldin PD, Feng TI et al. Determining the clinical efficacy and cost savings of successful external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 1639-44.
20. Rosen DJD, Illeck JS, Greenspoon JS. Repeated external cephalic version at term. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 508-9.
21. Valenti EA, Almada R, Illia RH et al. La versión externa como opción real y concreta. X Jornadas Internacionales de Obstetricia y Ginecología de SOGBA. Libro de resúmenes: pág. 91, 1997.
22. Lau TK, Lo KWK, Dan W et al. Predictors of successful external cephalic version at term: a prospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 798-802.
23. Egge T, Schauburger C, Schaper A. Dysfunctional labor after external cephalic version. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 771-3.

24. Laros RK, Flanagan Ta, Kilpatrick SJ. Management of term breech presentation: A protocol of external cephalic version and selective trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1916-25.
25. Cook HA. Experience with external cephalic version and selective vaginal breech delivery in private practice. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1886-90.
26. De Rosa J, Anderle LJ. External cephalic version of term singleton breech presentations with tocolysis: A retrospective study in a community hospital. *J Am Osteopath Assoc* 1991; 91: 351-7.
27. Rabinovici J, Barkai G, Reichman B et al. Internal podalic version with unruptured membranes for the second twin in transverse lie. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 428-30.
28. Chauhan SP, Roberts WE, McLaren RA et al. Delivery of the nonvertex second twin: Breech extraction versus External cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1015-20.
29. Brocks V, Philipsen T, Secher NJ. A randomized trial of external cephalic version with tocolysis in late pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1984; 91: 653-6.
30. Mahomed K, Seeras R, Coulson R. External cephalic version at term: A randomized controlled trial using tocolysis. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 8-13.
31. Hofmeyer GJ. Effect of external cephalic version in late pregnancy on breech presentation and cesarean section rate: A controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90: 392-9.

*Los necios niegan lo que existe
y explican lo que no existe.*

ATRIBUÍDO A J.J. ROUSSEAU