



Hace 55 años

## *Cuándo, por qué y cómo debe cambiarse la posición anormal del feto durante el embarazo*

Dr. RODOLFO ARROYO LLANO  
MONTERREY, NL, MÉXICO

**E**n la práctica diaria de la consulta de mujeres embarazadas surge a menudo el problema de las presentaciones anormales, es decir, que el feto tenga una colocación transversa, pélvica u oblícua. En tales circunstancias, el médico obligadamente se pregunta si ha de cambiarse a la de vértece o cabeza, que como se sabe es la presentación normal, por ser la más favorable al parto.

Sin embargo, actualmente hay dos tendencias generales: una, partidaria de transformar la presentación por medio de la versión por maniobras externas; la otra, se inclina por dejar las cosas tal y como están, es por decirlo así, abstencionista, y espera el trabajo de la naturaleza. Del primer grupo hay quienes intentan verificar el cambio y al fracasar no vuelven a insistir. Del segundo, hay quienes se abstienen de hacer la maniobra externa, pero recurren a otros medios, v.g., administración de purgante (aceite de ricino), aplicación de faja, etc., siempre con la mira en poner al feto de cabeza.

Parece que el acuerdo es común en el sentido de practicar la revisión cuando se trata de la presentación transversa (incidencia de 1 por 150) ya que el parto de hombro es irrealizable espontáneamente. En cuanto a la presentación de nalgas o pélvica (incidencia 1 por 30), punto principal de este tema, las opiniones se dividen sobre si debe cambiarse o no a vértece, pues algunos estiman el parto de pelvis como normal, a mayor abundamiento si se atiende en Maternidad y por personal entrenado. También,

en favor de esta tendencia existe el hecho de observación que un 40% de presentaciones pélvicas se cambian espontáneamente a vértece al final del embarazo.

La práctica de las versiones externas data desde los tiempos antiguos. Hipócrates y Celsus la acostumbraban, lo mismo Ambrosio Paré.

En México, desde la era pre-cortesiana, entre la tribu nahua, la llamada "ticitl" o sea la comadrona, practicaba versiones, metiéndose junto con la paciente en una especie de horno para que se "ablandara" el vientre. Según cuenta Sahagún los resultados eran buenos.

Las versiones externas fueron estudiadas con empeño por Wigan (Hamburgo) en 1807 y Mattei (Francia) en 1855. Tocó a Pinard y Tarner vulgarizarlas en 1878. Hoy se practican en algunos centros obstétricos y en muchas clínicas prenatales oficiales y particulares.

### *¿Cuándo debe efectuarse la versión externa?*

En primer lugar, cuando el feto sea mayor de *siete y medio meses* aproximadamente, y cuando previa espera *razonable*, no se haya convertido espontáneamente.

En segundo lugar, cuando se hayan llenado los siguientes requisitos:

- 1º. Que las dimensiones de la pelvis sean normales; lo que importa es la pelvimetría interna, que el diámetro útil sea mayor de 8 o 9 centímetros y los otros normales o casi normales.
- 2º. Que la presentación no esté encajada.
- 3º. Que no haya hipertonia o contracciones uterinas que requieran hacer grandes esfuerzos para la evolución del feto.
- 4º. Que haya cantidad suficiente de líquido amniótico, para lo cual las membranas deben estar íntegras. En

\* Leído en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1954;IX (mayo-junio):212-15.

La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.nietoeditores.com.mx](http://www.nietoeditores.com.mx)

- caso de rotura, debe ser reciente y no haber perdido mucho líquido.
- 5º. Que el feto sea único, en caso gemelar o múltiple, se hará la versión hasta que haya salido uno o varios fetos.
- 6º. Que el feto esté vivo o sea reciente su fallecimiento, pues en caso contrario dejarlo para que salga espontáneamente o mediante extracción manual.

#### *Contraindicaciones*

I. Cuando haya contracciones uterinas (riesgo de producir rotura uterina).

II. En la presentación de nalgas incompleta, modalidad nalgas, porque está inmóvil la presentación, y aunque estuviera móvil, la maniobra resulta un tanto difícil en parte por la resistencia de las paredes (ocurre generalmente en primigestas), y además, por la dificultad de doblar el tronco del feto cuyos miembros inferiores se comportan como férulas.

III. En malformaciones del útero o tumores pelvianos que complican el embarazo.

IV. En caso de placenta previa.

V. En casos de fetos monstruosos (hidrocéfalo).

VI. En el hidramnios, por ser inútil la versión, ya que no se fija.

#### *¿Por qué conviene cambiar la presentación viciosa?*

Porque, en primer término, si se trata de transversa es evidente que el parto no se llega a efectuar espontáneamente y la versión-extracción registra una incidencia alta de mortalidad fetal, aparte de que los riesgos para la madre son frecuentes, inmediatos o en forma de secuelas (rotura uterina, fistulas, etc.). Ahora, si se trata de primigesta, la cesárea tendría que imponerse.

En segundo término, si se trata de presentación de asiento o pélvica, conviene también transformada a vértice, porque si bien es cierto que el parto de asiento se hace casi siempre espontáneo, está perfectamente probado por estadísticas nacionales y extranjeras y por nuestra propia experiencia, que el pronóstico para el feto es mucho más serio en este parto que en el de cabeza. La incidencia de muerte fetal es tres veces mayor en el parto de nalgas que en el de vértice, y aumenta si es prematuro. Davis estima la mortalidad fetal en 10% en los partos de nalgas; mayor aún en las primíparas, y aunque es muy baja la mortalidad materna, desde luego es mayor que en la de cabeza. La

mortalidad fetal oscila entre 2 y 12% (mayor en primíparas). Mortalidad materna entre 0.3 y 0.9%. Cosa igual sucede con las morbilidades, indudablemente más en los partos de pelvis que en los de vértice, debido a hemorragias e infecciones por las manipulaciones en los primeros.

Recientes estudios demuestran que son más frecuentes de lo que se creían las lesiones intra-craneanas o medulares en los partos de nalgas con retención de cabeza última, lesiones que causan directamente la muerte del feto, o dejan secuelas que comprometen el futuro físico y mental del niño. Hasta hace poco se le da la debida importancia a este asunto.

Autopsias de fetos por parto pélvico muestran, según varios autores como Potter y Adair, Holland, McCormick y otros, hemorragias cerebrales, lesiones de la tienda del cerebelo con hemorragias subdurales, traumatismos de la médula (arrancamiento) o fractura vertebral, lesiones del plexo braquial, etc.

Pierson (Sloan Hospital for Women de Nueva York) en 36 fetos viables encontró: 47% con hemorragia medular, 38% con fractura vertebral, 44% con hemorragia intracraneana.

#### *¿Cómo se hace la versión?*

Nuestra conducta personal es la siguiente:

Previa espera razonable para que se haga espontánea la conversión unas veces, y otras procediendo luego, tan pronto como se han llenado las indicaciones mencionadas, o bien cuando se ha fracasado con la acción del aceite de ricino, se coloca a la paciente en decúbito dorsal, los miembros superiores a lo largo del cuerpo, cabeza sin almohada, boca abierta, indicando afloje todas las partes de su cuerpo. De ser posible debe tener vaciada su vejiga y recto. En ciertos casos de personas gruesas o con vientre colgante, las colocamos en Trendelenburg. Generalmente la víspera de la versión, o una o dos horas antes se les recomienda que tomen 1 o 2 tabletas de espasmocibalgina, o similares. La paciente debe respirar tranquilamente y se auscultan latidos fetales. Se empieza por colocar las manos con suavidad en el vientre, que no deben estar demasiado frías para no causar contracciones espasmódicas a músculos de pared o útero.

Con previa radiografía, o sin ella, hay que asegurarse de la situación del feto. Es importante esto, porque no pocas veces, aun parteros experimentados, pueden confundir el polo cefálico con el pélvico y viceversa. Localizados los

polos se comienza la evolución del feto simultáneamente con las dos manos, interrumpiéndose si se presenta contracción. Con frecuencia seguimos el sistema de "pausas", es decir, un movimiento alternado con descanso, pero de descanso con las manos firmes para mantener el "terreno ganado".

En la presentación de nalgas se principia por separar la presentación del estrecho superior, aquí es donde el Trendelenburg facilita la maniobra del "despegue". La cabeza debe ser bajada a la pelvis por el camino más corto y en el sentido ventral del feto, aunque no siempre esto es indispensable. No hay temor de extender la cabeza cuando se tiene cuidado de hacer presión sobre el plano ventral al tiempo que se hace el descanso o pausa. Si al convertir la presentación de pelvis en cabeza queda el dorso a la derecha, no hay que preocuparse de llevarlo a la izquierda porque este cambio se hace espontáneo en el 80% de los casos, como lo hemos observado.

Las maniobras deben practicarse con suavidad y prudencia, conviene auscultar antes y después para ver si hay cambios debidos a posibles compresiones o estiramientos del cordón, etc.

No debe insistirse al encontrar demasiada resistencia (brevedad del cordón, circulares que suspenden al feto, etc.). Pensar en posible embarazo extrauterino.

Después de la versión, si hay duda se toma placa de comprobación. Después se recomienda la puesta de una faja con o sin cojinetes para mantener la nueva presentación. Periódicamente examinamos a la paciente, y en caso de haberse cambiado, procuramos repetir la

maniobra en la misma forma, y según las circunstancias de cada caso.

Hasta la fecha no hemos tenido un solo caso de desprendimiento prematuro de placenta o de muerte fetal que pudiera atribuirse a la versión externa, en nuestra serie de 500 versiones en los últimos seis años, practicadas en pacientes del Servicio Pre Natal del Seguro Social de Monterrey, y de la clientela privada. Aproximadamente el 95% de las pacientes a quienes se les hizo versión, dieron a luz normalmente o sea de vértece.

#### Resumen y conclusiones

1. Debe ser reconocida como normal únicamente la presentación de vértece.
2. Frente a la presentación anormal de un feto mayor de siete y medio meses, sea transversa, oblicua o pélvica, el médico debe tratar de convertirla a vértece mediante la versión externa, o por medios indirectos.
3. Para efectuar la versión, deben ser llenados los requisitos y tener en cuenta las contra-indicaciones.
4. Las versiones externas, efectuadas a tiempo, previenen muchas complicaciones del parto respecto a la madre, previenen la muerte del feto o lesiones que afectan su porvenir físico y mental del niño.
5. La radiografía es un valioso auxiliar para despejar dudas.
6. Es recomendable después de la versión poner faja y examinar periódicamente.
7. En una serie personal de 500 casos, no se registraron desprendimientos de placenta, ni muerte fetal.