



PROTOCOLO CLÍNICO ASISTENCIAL

Versión Cefálica Externa

(VCE) en gestación a término con presentación no cefálica



Servicio de Obstetricia y Ginecología

Elaborado por: Dr. F. Esteban Navarro

Documento de referencia para el equipo asistencial de GineSmart Salud

Versión 1.0 · Julio 2026

01 Definición y objetivo

La versión cefálica externa (VCE) es una maniobra obstétrica manual que tiene como objetivo rotar al feto desde una presentación no cefálica (nalgas o transversa) hacia una presentación cefálica, con el fin de aumentar las posibilidades de un parto vaginal y reducir la tasa de cesárea electiva por presentación anómala.

50% Tasa de éxito global de la maniobra	65% Parto vaginal en los casos versionados con éxito
---	--

Estas cifras deben comunicarse a la paciente durante el proceso de consentimiento informado, junto con los riesgos y alternativas terapéuticas disponibles.

02 Momento de realización

La maniobra se realiza en gestaciones a término, con edad gestacional ≥ 37 semanas, conforme a la recomendación de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Realizar la VCE antes de este límite no está contemplado en el presente protocolo.

03 Criterios de selección de la paciente

Antes de indicar la VCE debe descartarse de manera sistemática la presencia de cualquier contraindicación absoluta o relativa. La valoración debe apoyarse en la historia clínica, la exploración y la ecografía obstétrica previa al procedimiento.

Contraindicaciones absolutas

1. Cualquier condición que constituya, por sí misma, indicación de cesárea (placenta previa, dos o más cesáreas previas, cirugía uterina previa, sospecha de pérdida de bienestar fetal — SPBF).
2. Malformaciones uterinas.
3. Malformaciones fetales.
4. Anomalías fetales.
5. Feto pretérmino.
6. Gestación múltiple.
7. Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (abruptio placentae) o muerte fetal previa.
8. Crecimiento intrauterino restringido (CIR).
9. Preeclampsia o síndrome de HELLP.
10. Presencia de circular(es) de cordón.
11. Oligoamnios.
12. Isoinmunización Rh.
13. Rotura prematura de membranas (RPM).
14. Fase activa de parto.
15. Uso de heparina a dosis terapéutica durante la gestación.

Contraindicaciones relativas

1. Primigesta.
2. Feto macrosómico.
3. Presentación de nalgas puras (menor tasa de éxito de la VCE).
4. Alteraciones de la coagulación materna.
5. Cardiopatía materna.
6. Uso de heparina a dosis profiláctica durante la gestación.

Valoración individualizada

Ante toda contraindicación relativa, la indicación de VCE debe decidirse de forma individualizada, ponderando el balance riesgo-beneficio junto con la paciente.

04 Protocolo de actuación

4.1 • Preparación previa al procedimiento

1. Realizar el procedimiento en quirófano de cesáreas.
2. La paciente debe acudir en ayunas.
3. Canalizar una vía venosa periférica.
4. Avisar al equipo de Neonatología.
5. Avisar al Servicio de Anestesia (previsión de anestesia locorregional).
6. Realizar ecografía obstétrica inmediatamente previa a la maniobra (estática fetal, localización placentaria, volumen de líquido amniótico y descarte de circulares de cordón).
7. Asegurar el vaciamiento vesical de la paciente.

4.2 • Tocólisis

Se administra tratamiento tocolítico durante todo el proceso, según el siguiente orden de elección:

Elección	Fármaco	Pauta
1. ^a	Salbutamol	0,5 mg/ml en 100 cc de suero fisiológico, a pasar a 25 ml/hora durante todo el proceso.
2. ^a	Ritodrina	200 µg/min (4 ampollas preparadas en 500 ml de suero glucosado), a pasar a 30 ml/hora durante todo el proceso.
3. ^a	Atosiban	0,9 ml en bolo (solución inyectable 7,5 mg/ml), administrado en 1 minuto antes de iniciar la maniobra. Indicado en gestantes con diabetes mellitus.

4.3 • Posición de la paciente

Colocar a la paciente en decúbito supino, en ligero Trendelenburg, para facilitar el desencajamiento de la presentación fetal.

4.4 • Profilaxis de isoinmunización Rh

Administrar gammaglobulina anti-D a toda paciente Rh negativa, con independencia del resultado de la maniobra.



Fig. 2 — Técnica bimanual de la versión cefálica externa: rotación guiada del polo fetal.

4.5 • Límite de intentos

No superar 4 intentos

El procedimiento no debe intentarse en más de 4 ocasiones. Ante ausencia de progresión, dolor materno significativo o alteración del registro cardiotocográfico, debe suspenderse la maniobra.

4.6 • Vigilancia posprocedimiento

Tras finalizar la maniobra, la paciente ingresará en observación durante 2 horas, con monitorización cardiotocográfica continua, con independencia del resultado obtenido.

Autoría del protocolo

Protocolo elaborado por el Dr. F. Esteban Navarro, para su aplicación por el equipo asistencial de Obstetricia y Ginecología de GineSmart Salud. Su contenido debe revisarse periódicamente conforme a la evidencia científica vigente y a las guías clínicas de referencia.