



Versión Cefálica Externa: Experiencia del equipo del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Sánchez Romero, Javier¹; Gómez Carrascosa, Inmaculada¹; Martínez Vicente, Laura¹; García Soria, Vanesa²; Sánchez Camps, María Luisa³; Araico Rodríguez, Fernando³; Herrera Giménez, Javier³; Blanco Carnero, José Eliseo³



UNIVERSIDAD DE MURCIA

¹ MIR de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).

² FEA de Ginecología del Hospital Universitario Reina Sofía (Murcia, España).

³ Unidad Materno Fetal de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).

Introducción: La Versión Cefálica Externa (VCE) tiene una tasa de éxito del 58% (RR: 0,42 0,29-0,61) y reduce la tasa de cesáreas en un 43% (RR: 0,57 0,40-0,82). Aún así, tras una VCE el riesgo de finalizar el parto en cesárea es de un 119% (RR: 2,19 1,73-2,76) respecto a la población general. La tasa de cesárea urgente inmediatamente tras VCE es de 0,38% (0,27-0,48%).

Material y Métodos: Se ha realizado un análisis descriptivo de las VCE llevadas a cabo entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) de Murcia por el equipo de la Unidad Materno-Fetal. Las candidatas a VCE se evalúan una semana antes del procedimiento. Se administra 10 mL de ritodrine 30 minutos antes del procedimiento. Tras el procedimiento y a las 24 horas se evalúa el bienestar fetal con registro cardiotocográfico. El análisis estadístico se ha realizado con SPSS (IBM® Software).

Resultados: Durante el año 2018 se han realizado un total de 83 VCE en el HCUVA. La edad media de las pacientes fue de 32,83 (31,77-33,89) años, la edad gestacional media de 37+3 (37+2-37+4) SG, el IMC medio de 26,28 (25,28-27,29) y el PFE la semana antes del procedimiento fue de 2855 g (2781-2930). El 60,2% (49,5-70,3%) de las pacientes no había tenido partos vaginales previos y una sola paciente tenía cesárea anterior.

El 81,9% (72,6-89,0%) de las VCE realizadas fueron exitosas. Se presentaron complicaciones graves (metrorragia, prolapso de cordón, bradicardia y monitor no satisfactorio) en 4 (4,8% 1,6-11,1%) pacientes y requirieron cesárea urgente intraversión.

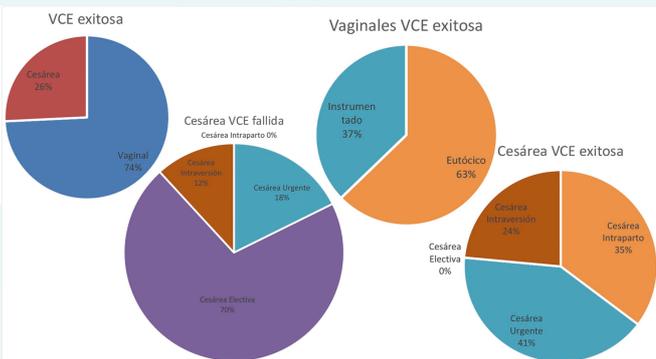


Gráfico 1. Desenlace del parto en función del resultado de la VCE.

La tasa de cesáreas en pacientes que se han sometido a VCE es de 27,9% (17,3-38,6%). En las pacientes en las que la VCE resultó exitosa la tasa de parto vaginal es de 72,1% (61,4-82,7%), siendo eutócico en el 62,7% (49,1-75%) e instrumentado en el 37,3% (25-50,9%) de los casos. La tasa de cesáreas en las pacientes con VCE exitosa es de 27,9% (17,3-38,6%), siendo urgente el 47,1% (23,3-70,8%) de los casos e intraparto (parto estacionado o inducción fallida) en el 29,4% (7,8-51,1%) (Gráfico 1).

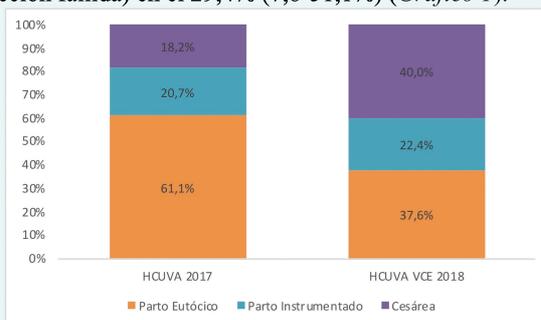


Gráfico 2. Comparativa del desenlace del parto. Datos de 2017 y resultados de la VCE en 2018.

Conclusiones: La VCE es un procedimiento que debe llevarse a cabo por equipos con experiencia. Debe seleccionarse cuidadosamente a las candidatas a VCE para reducir las complicaciones tras el procedimiento. No existen diferencias estadísticas en la tasa de éxito en función de la paridad ni de la localización placentaria. La tasa de cesáreas aumenta en pacientes que se someten a VCE, independientemente de si ha sido exitosa o no. La tasa de parto instrumentado en pacientes tras una VCE exitosa es superior a la población no expuesta.

Discusión: La tasa de cesáreas en HCUVA en 2017 es de 18,21% (17,25-18,21%). En ese periodo el 25,35% (24,23-26,47%) de los partos vaginales requirieron instrumentación, frente al 74,65% (73,53-75,77%) que fueron eutócicos. La VCE aumenta el riesgo de cesárea OR: 4,62 (2,97-7,21) si se compara con la muestra de 2017. Sin embargo, no existe evidencia para sostener que la VCE aumenta la tasa de parto instrumentado OR: 1.74 (0,98-3,09).

Bibliografía

- Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(4):CD000083.
- de Hundt M, Velzel J, de Groot CJ, Mol BW, Kok M. Mode of delivery after successful external cephalic version: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2014;123(6):1327-1334.
- Grootscholten K, Kok M, Oei SG, Mol BWJ, van der Post JA. External cephalic version-related risks: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2008;112(5):1143-1151.
- Krueger S, Simioni J, Early External Cephalic Version 2 Trial Collaborative Group. Labour Outcomes After Successful External Cephalic Version Compared With Spontaneous Cephalic Version. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(1):61-67.
- Melo P, Georgiou EX, Hedditch A, Ellaway P, Impey L. External cephalic version at term: a cohort study of 18 years' experience. BJOG. 2019;126(4):493-499.