

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Se añade el vacuo Medela y la sección “fracaso de la técnica”. Se elimina la episiotomía como condición necesaria para la instrumentación.

INDICE

1. Introducción.
2. Condiciones necesarias para la instrumentación.
3. Contraindicaciones para la instrumentación.
4. Indicaciones de instrumentación del parto.
5. Fórceps.
6. Ventosa o vacuo.
7. Espátulas.
8. Fracaso de la técnica.
9. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

El parto vaginal instrumental se basa en la aplicación de un instrumento (fórceps, espátulas, vacuo) sobre la cabeza fetal para su extracción, mediante tracción de la misma y/o ampliación del canal del parto. El objetivo es “imitar” las condiciones de un parto vaginal espontáneo, con la menor morbilidad materna y neonatal.

2. CONDICIONES NECESARIAS PARA LA INSTRUMENTACIÓN

- ✓ Dilatación completa.
- ✓ Bolsa rota.
- ✓ Diagnóstico preciso de la presentación, variedad de posición y actitud fetales. Es recomendable la realización de una ecografía intraparto antes de colocar el instrumento.
- ✓ Presentación en al menos III plano de Hodge.
- ✓ Ausencia de signos de desproporción cefalo-pélvica (DCP).
- ✓ Anestesia materna adecuada.
- ✓ Vaciamiento vesical materno.

*La episiotomía ya no se considera una condición necesaria para la instrumentación. No obstante, se recomienda su uso (menor probabilidad de desgarro del esfínter anal) de forma individualizada

3. CONTRAINDICACIONES PARA LA INSTRUMENTACIÓN

- ✓ Que no se cumplan TODAS las condiciones necesarias.
- ✓ Enfermedades óseas desmineralizantes del feto.

4. INDICACIONES DE INSTRUMENTACIÓN DEL PARTO

Aquellas situaciones en las que se requiere acortar la segunda fase del parto. No existen indicaciones absolutas, debiéndose individualizar cada caso.

- ✓ Interés fetal: Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF).
- ✓ Interés materno:
 - Condiciones maternas que desaconsejen una 2ª fase de parto prolongada (desprendimiento de retina, enfermedades cardiovasculares, malformaciones vasculares cerebrales...)
 - Enfermedades neuromusculares que imposibiliten los pujos.
 - Agotamiento materno, falta de cooperación o analgesia excesiva.
- ✓ Estancamiento del expulsivo.

5. FÓRCEPS

Descripción: 2 ramas independientes con 3 partes (cuchara, articulación y mango). Las cucharas son cóncavas para adaptarse a la cabeza fetal y fenestradas para aligerar el instrumento y mejorar la presa. La articulación puede ser fija o móvil.

Modelos en nuestro centro:

- Kjelland: ramas cruzadas con articulación móvil.
- Simpson: Ramas cruzadas con articulación fija.

Mecanismo de acción: palanca de tercera clase. Presión, rotación y tracción. Para que la prensa sea correcta debe ser parieto-malar (abarcando parietal y llegando a apófisis cigomática del hueso malar).

Técnica de aplicación:

- Presentación del instrumento.
- Desarticular el fórceps.
- Introducción de las cucharas (primero la rama posterior). Maniobra de Madame LaChapelle. Si se necesita aplicar mucha fuerza para introducir la rama, ésta debe sacarse y empezar de nuevo la maniobra.
- Articulación de las ramas.
- Tacto de comprobación de que no se ha pellizcado entre las cucharas y la cabeza fetal ningún tejido materno o parte fetal.
- Comprobación de la presa.
- Tracción de prueba para comprobar que desciende la presentación fetal.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

PARTO INSTRUMENTAL

- Tracción suave, preferiblemente coordinada con las contracciones y pujos maternos. La dirección de la tracción será perpendicular al plano de la pelvis siguiendo el canal del parto, de forma que la cabeza realice la deflexión espontáneamente.

Complicaciones más frecuentes:

Maternas: desgarro, disfunción urinaria o anal.

Fetales: parálisis del nervio facial, fracturas craneales con depresión ósea

6. VENTOSA O VACUO

Descripción: consta de 3 partes fundamentales 1) campana o cazoleta (puede ser metálica o de plástico y estas últimas a su vez pueden ser rígidas o flexibles), 2) sistema de tracción y 3) dispositivo de vacío con manómetro.

Modelos en nuestro centro:

- Kiwi: campana de plástico rígida
- Medela: campana de silicona flexible

Mecanismo de acción: Se fija a la presentación mediante presión negativa. Extracción fetal mediante tracciones sincrónicas a la contracción. Aunque no es en sí mismo un instrumento rotador puede facilitar la autorrotación.

Técnica de aplicación:

- Aplicación de la campana sobre la sutura sagital, lo más próxima posible al occipucio, con el centro de la campana a 2-3cm del occipucio.
- Comprobación de ausencia de interposición de tejidos maternos entre la campana y el cuero cabelludo fetal.
- Hacer el vacío. La presión de vacío máxima con el vacuo Medela NO debe sobrepasar los - 80 kPa (- 600 mmHg).
- Traccionar con la mano dominante y con la otra controlar los posibles movimientos de la campana y el descenso de la presentación.
- Retirada de vacío y desprendimiento de la cazoleta antes del desprendimiento de los hombros fetales.

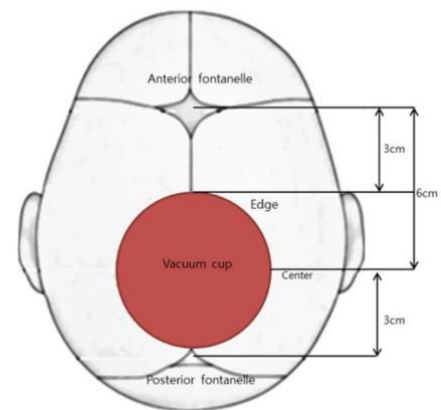


Ilustración 1: colocación de la campana del vacuo sobre la cabeza fetal (Jeon y Na, 2017).

Contraindicaciones específicas del instrumento:

- Prematuridad (absoluta si menos de 34 semanas, relativa entre las semanas 34 y 36+6).
- Antecedente traumático sobre cuero cabelludo (pH de calota, electrodo cefálico para monitorización de FCF) (contraindicación relativa).
- Sospecha de macrosomía (contraindicación relativa)
- Diátesis hemorrágicas fetales.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

PARTO INSTRUMENTAL

- Presentación de cara o frente.
- Malformaciones de la cabeza fetal (anencefalia, hidrocefalia)

Complicaciones más frecuentes:

Maternas: menos desgarro que el fórceps

Fetales: abrasiones y laceraciones del cuero cabelludo, cefalohematoma (entre hueso y periostio), hemorragia subgaleal (entre periostio y tejido celular subcutáneo), hemorragia intracraneal, hemorragia retiniana.

7. ESPÁTULAS

Descripción: 2 palancas independientes, metálicas y no fenestradas. Cada palanca tiene 2 partes, empuñadura y espátula/cuchara.

Modelo en nuestro centro: Espátulas de Thierry.

Mecanismo de acción: separa los tejidos blandos del canal del parto y empuja desde arriba la cabeza fetal.

Técnica de aplicación:

- Introducción de las ramas. Las ramas se mantienen paralelas entre sí y con relación a la sutura sagital del feto.
- Movimientos de separación y ligera tracción en la dirección del eje pélvico sin perder el paralelismo con la sutura sagital.

Complicaciones más frecuentes:

Maternas: desgarro perineal

Fetales: parálisis del plexo braquial, mínimos hematomas, erosiones epidérmicas. Es el instrumento que mejores resultados obtiene en el test del Apgar y las cifras de mortalidad perinatal.

8. FRACASO DE LA TÉCNICA

Deberemos abandonar la instrumentación (cambiando de instrumento o bien optando por realizar una cesárea) cuando:

- Encontremos dificultad para aplicación del instrumento.
- No se evidencia descenso de la presentación fetal con tracción moderada durante la contracción.
- No se produzca la resolución del parto en 10 min si se usa un fórceps o 20 min si se usa un vacuo.
- No se consiga la extracción fetal tras 3 tracciones con el fórceps o 5 tracciones con el vacuo.
- Se haya escapado más de 3 veces la campana de la ventosa.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto instrumental (guía de asistencia práctica). 2013.
2. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Assisted Vaginal Birth (Green-top Guideline No. 26). 2020
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Operative Vaginal Birth. ACOG practice bulletin nº219. 2020.
4. Puertas Prieto A, Herruzo Nalda A, Montoya Ventoso F. Dirección médica del parto. Granada. Gami Editorial. 2017.
5. Jeon J, Na S. Vacuum extraction vaginal delivery: current trend and safety. *Obstet Gynecol Sci.* 2017;60(6):499-505.

Autores	Dra. Benito, Dr. Puertas		
Fecha elaboración	07/07/2020	Vigencia	07/07/2024