

# Parto instrumental en clientela particular, años 1985 a 1994

Drs. Luzardo A Canache Campos, Scarlet J Canache H

Maternidad La Floresta C.A., Maracay, Estado Aragua

## RESUMEN

**Objetivo.** Evaluar resultado de partos instrumentales en pacientes privados, entre enero de 1985 a diciembre de 1994.

**Método.** Estudio descriptivo y retrospectivo de 88 partos instrumentales en presentación cefálica.

**Ambiente.** Policlínica Maracay, Maternidad Santa Rosa, Maternidad La Floresta, Clínica Calicanto y Clínica Lugo.

**Resultados.** De 431 partos asistidos el 20,4% fue instrumental. El 100% hizo control prenatal, hubo 94% de embarazos a término, 65% de primíparas. El fórceps fue profiláctico en 32%, la distocia de rotación sola y/o asociada en 56%, aplicación en occipito púbica 89%, por debajo del III plano el 64%, la morbilidad materna 33%, la fetal 2%. No hubo muerte materna ni perinatal.

**Conclusión.** Es recomendable que el ginecoobstetra en formación se familiarice con el uso y manejo de los diferentes instrumentos.

**Palabras clave:** Parto instrumental. Fórceps.

## SUMMARY

**Objective.** To evaluate the results of instrumental delivery in private patients, between January 1985 until December 1994.

**Method.** Descriptive and retrospective study of 88 instrumental deliveries in cephalic presentation.

**Setting.** Policlínica Maracay, Maternity Santa Rosa, Maternity La Floresta, Clínica Calicanto and Clínica Lugo.

**Results.** From 431 deliveries, 20.4% were instrumental. 100% had prenatal care; there was 94% of term pregnancies, 65% primiparas. Forceps was prophylactic in 32%, rotation dystocia alone and/or associated in 56%, application in occipito pubic 89%, below III plane 64%, maternal morbidity 33%, fetal morbidity 2%. There was no maternal and perinatal mortality.

**Conclusion.** It is advised that the gyneco-obstetrician in training should be aware of the use and management of the different instruments.

**Key words:** Instrumental delivery. Forceps.

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país, el fórceps lo introdujo el Dr. José María Vargas en 1825, pero la primera comunicación parece corresponder al Dr. Carlos Arvelo en 1857, sin identificar el instrumento usado; en ese mismo año el Dr. M. Porrás publica la aplicación de un fórceps en una eclámpica, pero tampoco lo identifica (1).

La primera mención del fórceps utilizado se debe al Dr. Luís Pérez Carreño en la ciudad de Valencia en 1901, el instrumento fue un modelo de Tarnier (2).

A lo largo del siglo XX, se han realizado muchas

revisiones sobre el parto instrumental, en especial el fórceps obstétrico, la mayoría en Caracas y pocas del interior y menos aún en las pacientes privadas. En estos 18 años aparecen en la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 2 publicaciones al respecto (3,4) y el ingreso del Profesor Oscar Agüero a la Academia Nacional de Medicina como Individuo de Número (1). Anteriormente el mismo profesor Agüero en el año 75, realiza la "Evaluación de fórceps tractores en el eje sin tractor" en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas (5).

Esto nos motivó a evaluar los instrumentos usados en el ejercicio privado entre enero de 1985 a diciembre de 1994 en los partos atendidos en la

Recibido: 12-01-99

Aceptado para publicación: 22-02-99

Policlínica Maracay, Maternidades Santa Rosa y La Floresta, así como las Clínicas Calicanto y Lugo en la ciudad de Maracay.

El concepto de "Obstetricia Moderna" implica la resolución por la vía de la cesárea de la mayoría de los problemas, lo que condujo a una pérdida de interés por el uso del fórceps y algunos consideran que está en vías de desaparecer, pero hay quienes trabajan afanosamente en la fabricación del fórceps ideal, siguen apareciendo modelos nuevos como los de Hay (6) y Salas Cisneros (7).

La disminución de la enseñanza en experiencias con el fórceps, ya sea debido a órdenes de los directores de programas o a presiones del consumidor, ha resultado en operadores inexpertos, cuya única opción segura es el parto por vía abdominal. Esto eleva los costes, riesgos y secuelas maternas sin mejorar los resultados fetales (8).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de 88 partos instrumentales, simples, en presentación cefálica, atendidos personalmente en el período comprendido entre enero 1985 a diciembre 1994. Se usaron 4 tipos de instrumentos, fórceps de Luikart, Smith y Mc Lane-Tucker y las espátulas de Velasco, todos no fenestrados.

Se estudiaron las siguientes variables: nacionalidad, profesión, estado civil, control prenatal, edad, gesta, edad de gestación, inicio del trabajo de parto, duración del mismo, indicación de la aplicación del instrumento, variedad de posición y el plano donde se aplicó, circulares de cordón y el tipo, la morbilidad inmediata materna y del recién nacido, sexo, peso y talla, así como la puntuación de Apgar al minuto, 5 y 10 minutos, el tipo de anestesia empleada, la episiotomía realizada y la duración de hospitalización.

## RESULTADOS

De los 431 partos atendidos en ese lapso, 88 son instrumentales, es decir el 20,4% (Cuadro 1). En este período se realizaron 364 cesáreas, dando un total de 795 pacientes atendidas, 54% de partos y 46% de cesáreas, disminuye la frecuencia del fórceps a 11,01%, corresponde a la citada por Fernández y Kízer (9), Fleitas y col. (10), Agüero (11).

En la Policlínica Maracay se atendió el 58% de los casos, en las Maternidades Santa Rosa y La Floresta el 40% (Cuadro 2).

Cuadro 1  
Partos años 1985 a 1994

A ñ o s	P. espontáneos	P. instrumental	Total	%
1985	50	07	57	12,2
1986	41	12	53	22,6
1987	50	17	67	25,7
1988	33	10	43	23,2
1989	31	12	43	27,9
1990	39	12	51	23,5
1991	34	01	35	2,8
1992	24	05	29	19,2
1993	08	26	34	23,5
1994	15	04	19	21,0
	343	88	431	20,4

Cuadro 2  
Ambiente

Institución	*P.I. Profiláctico	**P.I. Indicado	Total	%
Policl. Maracay	11	40	51	58
Mater. Sta Rosa	10	11	21	24
Mater. La Floresta	06	08	14	16
Clínica Calicanto	01		01	1
Clínica Lugo		1	01	1
	28	60	88	

\* Parto instrumental profiláctico

\*\* Parto instrumental indicado

La nacionalidad venezolana corresponde al 91%, la china en 5%, el resto de Colombia, Perú, España y Alemania en 1%.

La profesión más frecuente es el oficio del hogar con 27%, las secretarias con 16% y las profesoras y estudiantes con 12% c/u.

En cuanto al estado civil, el 81% eran casadas, el resto solteras.

Hubo 100% de control prenatal, el rango osciló entre 4 y 12 controles, con un promedio de 6,6 controles por paciente.

La edad de las pacientes comprende un rango de 15 a 34 años, y promedio de 27 años.

El 65% corresponde a primíparas, y 21% a secundíparas, (Cuadro 3).

PARTO INSTRUMENTAL

Cuadro 3  
Gesta

Nª Gesta	P. I. Profiláctico	P. I. Indicado	Total	%
1	23	34	57	65
2	3	16	19	21
3	1	5	6	7
4	1	4	5	6
5		1	1	1
	28	60	88	

Cuadro 4  
Instrumento

	P. I. Profiláctico	P. I. Indicado	Total	%
F. Luikart	16	28	44	50
F. Smith	9	30	39	44
F. Mc Lane-Tucker		1	1	1
Espátula Velasco	3	1	4	5
	28	60	88	

Cuadro 5  
Tipo de indicación

	Número	%
Distocia rotación	30	34
Distocia rotación + feto voluminoso	12	14
Distocia rotación + distocia descenso	7	8
Distocia dilatación + cesárea anterior	1	1
Cesárea anterior	7	8
Sufrimiento fetal agudo	1	1
Período expulsivo prolongado	1	1
Cardiopatía	1	1

La edad de gestación entre 37 y 41,3 semanas, el promedio de 39,4 semanas, el embarazo a término en 94%.

La aparición espontánea del trabajo de parto en 61%, la inducción en 39%, la droga utilizada en el 82% de los casos fue la oxitocina sintética (syntocinón) en infusión endovenosa con 9% de ruptura prematura de membranas (RPM) (8 casos).

El período de dilatación tuvo una duración entre 5 y 14 horas, con promedio de 8 h + 52' no se precisó en 13%. El período expulsivo entre 7' y 40', con promedio de 15' + 32". El trabajo de parto dura entre 7 y 12 horas en el 65%, el 13% no se precisó, el promedio es de 9h + 7' + 32".

La indicación profiláctica fue de 32%, el fórceps de Luikart se utilizó en 50%, el Smith en 44%, el Mc Lane-Tucker 1% y las espátulas de Velasco en 5% (Cuadro 4). La indicación más frecuente fue por distocia de rotación sola o asociada en el 57% de los fórceps indicados, se practicó rotación digital sistemática, fracasando en 2 casos 4%, otra indicación fue la cesárea anterior en 12% el resto como aparece en (Cuadro 5).

En 89% la aplicación fue en occípito pública (OP), occípito sacra (OS) el 2%, el resto en anteriores. En el III plano de Hodge se aplicó el 36% de los fórceps.

El hallazgo de circulares de cordón es de 35,2%, circular cervical única y reductible en 72%, una asociada a un nudo real y un nudo real sin circular.

La morbilidad materna inmediata es de 33% (Cuadro 6), corresponde en 49% los desgarros de una o ambas comisuras, desgarros de la pared vaginal grado 1, 2, representan el 34%. No hubo desgarro de periné y recto en los partos instrumentales profilácticos. No hubo muerte materna.

Cuadro 6  
Morbilidad materna

	P. I. Profiláctico	P. I. Indicado	Total	%
Desgarro ambas comisuras	1	5	6	21
Desgarro comisura izda.	3	1	4	14
Desgarro comisura dcha.		4	4	14
Desgarro pared vagina	1	9	10	34
Desgarro vestíbulo	1	1	2	7
Desgarro periné		2	2	7
Desgarro de recto		1	1	3
	6 21%	23 79%	29	33

La morbilidad del recién nacido (RN) atribuible al fórceps es de 2%, dos huellas facial unilateral con el fórceps de Luikart en un RN gigante (4 750 g) y otro voluminoso (4 440 g). Hubo una muerte fetal anteparto, por pre eclampsia severa, no atribuible al fórceps.

En cuanto al sexo predominó el femenino en 52%.

El peso osciló entre 2 000 g y 4 750 g con un promedio de 3 341 g (Cuadro 7). La talla entre 45 y 58 cm con promedio de 51,1 cm.

La puntuación de Apgar tuvo un promedio al minuto de 8, a los 5 y 10 minutos de 10.

La peridural continua se aplicó en el 78% de los casos, la pudenda bilateral + infiltración local en 14%, hubo como complicación anestesia raquídea por perforación accidental en una peridural (Cuadro 8).

La episiotomía oblicua derecha (EOD), se realizó en el 82%, la mediana posterior en 16%, ninguna en 2 casos y en aplicación de espátulas de Velasco como profilácticas en multíparas.

El promedio de hospitalización fue de 2 días.

Cuadro 7  
Peso del recién nacido

G	P. I. Profiláctico	P. I. Indicado	Total	%
2000 – 2499	3	1	4	4
2500 – 2999	5	11	16	20
3000 – 3499	11	21	32	36
3500 – 3999	8	19	27	30
4000 – 4499	1	7	8	9
4500 – 4999		1	1	1
	28	60	88	
<b>X</b>	3 197	3 408	3 341	

Cuadro 8  
Tipo de anestesia

	P. I. Profiláctico	P. I. Indicado	Total	%
Peridural continua	21	48	69	78
Peridural simple		1	1	1
Raquídea		1	1	1
Pudenda bilat. + infiltrativa	7	5	12	14
Pudenda bilat. + pentotal		5	5	6
	28	60	88	

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluaron variables que no aparecen en anteriores publicaciones, como la nacionalidad, profesión. Agüero (1) menciona el estatus socioeconómico, el estado civil aparece citado por Suárez y col. (4) y el control prenatal por Fernández y Kízer (9), no aparece tampoco el período de dilatación, período expulsivo, el tiempo de hospitalización y las complicaciones tardías tanto maternas como neonatales para poder evaluar en forma integral los instrumentos empleados.

Nuestra frecuencia de 20,4%, está muy alejada del 58,8% de Agüero (1) y del 46,91% de Zigelboim y Suárez (3); Suárez y col. (4), no dan la frecuencia de las espátulas de Thierry aplicadas en el Centro Médico de Cabimas. Nuestra frecuencia es superior a la reportada por Fleitas y col. (10) en el Hospital General del Oeste, de 12,32%, como también al 11,7% y 13,5% correspondiente a los años 1988 y 1989 reportados en los boletines de la Maternidad Concepción Palacios citados por Agüero (11) y muy por encima del 1,01% de Faneite (12) en el Hospital A. Prince Lara en Puerto Cabello en el mismo lapso.

Coincidimos con Fleitas y col. (10) en los tipos de fórceps no fenestrados, Luikart, Smith y Mc Lane-Tucker. No coincidimos, en la indicación profiláctica, porque están invertidas, su frecuencia varía entre 56% y 70% (5,1,3,4,10) y nuestra muestra sólo el 32%, como tampoco con Mendoza (13) con las espátulas de Velasco cuya indicación profiláctica es de 31% y en la nuestra es de 75%, tenemos coincidencias en la indicación profiláctica con Fernández y Kízer (9) y Martínez y Marcano (14).

Nuestra frecuencia en edad de gestación, primiparidad, parto inducido, el trabajo de parto total, RPM, es mayor que las reportadas por Zigelboim y Suárez (3). Coincidimos en la variedad de posición, planos de aplicación, el peso y talla del RN, puntuación de Apgar, la morbilidad fetal atribuible al instrumento, la huella facial, así como la anestesia aplicada y la episiotomía realizada, no menciona ni sexo ni días de hospitalización (3) (Cuadro 9).

A todas las pacientes sistemáticamente se le practicó revisión del canal del parto y se usó antibióticos únicamente en los casos de RPM.

En esta revisión se confirma, que el período expulsivo, el trabajo de parto y la morbilidad materno fetal es mucho menor en la indicación profiláctica, por lo tanto la sugerimos.

## PARTO INSTRUMENTAL

Cuadro 9  
Comparación entre autores

	Agüero	Zighelboim y Suárez	Fleitas y col.	Fernández y Kízer	Martínez y Marcano	Presente
Edad		28,2 a	23,07 a	22,8 a		27 a
Edad gestación		38,4 semanas				39,4 semanas
I Gesta	41,99%	41%	69,69%	60%	55%	65%
Inducido		33%				39%
T. de P.		6h 39'				9'h 7'32"
Frecuencia	58,8%	46,91%	12,32%			20,4%
Profiláctica	63,49%	62%	70,62%	23%	32%	32%
Dist. rotación		26%	8,99%	7%		34%
OP	25,71%	74%	89,5%	75%	60%	89%
III- IV – IVP	94,1%	97%	95,8%	100%	100%	64%
Circular		35%				35%
RPM		4,35%		7%		9%
Morb. materna	9,8%	22%	9,40%	16%	18%	33%
Morb. fetal	1,75%	1,71%	0,28%	6%	18%	2%
Peso g		3 239 g				3341 g
Talla cm		49 cm				51,1 cm
Apgar 5' -10'	9	9				10
Peri continua	89,7%	90,6%	21%	51%	41%	78%
E O D	78%	89,3%		100%		82%
Hospitalización						X= 2 d

Es recomendable motivar a los directores de cursos de posgrado, para enseñar a los cursantes el manejo de los diferentes modelos de instrumentos, ya que el parto instrumental (fórceps), considerado el marcador de la calidad del partero, es una valiosa y necesaria habilidad que debe aprenderse para ser utilizada como estrategia en la alternativa del tratamiento de cualquier parto (8).

## REFERENCIAS

1. Agüero O. Fórceps obstétrico, 1940-1970. Experiencia de 40 años. Caracas: Publicación Rev Fundación Vargas; 1983.
2. Agüero O. Actualización sobre fórceps obstétrico. Rev Obstet Ginecol Venez 1986;46(1):3-6.
3. Zighelboim I, Suárez M. Experiencia con fórceps de

- Laufe en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1992;52(3):141-146.
4. Suárez Ocando D, García J, Marcano L. Parto instrumental. Espátulas de Thierry. Centro Médico de Cabimas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1994;54(1):17-24.
  5. Agüero O. Evaluación de fórceps tractores en el eje sin tractor. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1975;35(2):119-129.
  6. Hay A. Hay's flexion rotation obstetric forceps. *J Obstet Gynecol* 1986;6:227-231.
  7. Salas Cisneros S. Presentación de un nuevo modelo de fórceps obstétrico. *Ginecol Obstet Méx* 1988;56:30-34.
  8. Dennen Ph. Dennen forceps delivery. Filadelfia: F.A. Davis CO; 1989.
  9. Fernández S, Kízer S. Evaluación del fórceps de Smith. Análisis de 100 casos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1985;45(1):32-36.
  10. Fleitas F, Secondulfo G, Grego C, Uzcátegui O. Experiencias con el fórceps durante los años 1977 a 1985. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1988;48(3):165-167.
  11. Agüero O. Situación actual del fórceps. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1991;51(4):203-206.
  12. Faneite P. Salud reproductiva obstétrica. Tendencia 1969-1996. Asistencia obstétrica: nacimiento y sus forma. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57(3):145-149.
  13. Mendoza F. Evaluación personal de las espátulas de Velasco. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;53(4):189-194.
  14. Martínez P, Marcano H. Evaluación del fórceps de Laufe en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1979;39(1):54-56.