

El parto instrumentado. Repercusión materno - perinatal. Instrumented delivery. Maternal and perinatal incidence.

Ognary Valdivia Parra(1), Lesbia Valdivia Parra(2), Carlos Rodríguez de Vernardo(3), Nivia Martínez Ramos(4), Juan Carlos Villares Vázquez(5).

RESUMEN

La instrumentación obstétrica es el tema más discutido, controvertido, complejo y peligroso de la obstetricia actual que busca mejorar las condiciones del nacimiento del niño y disminuir los riesgos de la madre, razón esta que nos ha motivado a realizar un estudio observacional analítico de casos y controles del empleo de las instrumentaciones como elemento facilitador del parto para conocer la repercusión materno – perinatal, en el Hospital General Provincial Docente "Cap. Roberto Rodríguez Fernández" de Morón, en el período comprendido entre el 1^o de enero al 31 de diciembre de 1999. Se conformo un grupo de casos con todos los partos instrumentados (n = 23) y un grupo de controles por cada caso de partos eutócicos a término por muestra aleatoria simple. Como medida de resumen de la información se utilizaron las distribuciones de frecuencias, los porcentajes y tasas de incidencia, utilizándose pruebas estadísticas de T de Student, Wilcoxon Mann Whitney, Ji cuadrado de Pearson y Bartholomew. Los resultados de este trabajo permitieron aumentar los conocimientos sobre las instrumentaciones en nuestro medio y confirmar estrategias de salud acorde con dichos hallazgos. Los resultados más importantes que se obtuvieron fueron: se encontró un índice de 5.4% de los instrumentados; las nulíparas predominaban en ambos grupos; 32.5% presentó enfermedades asociadas a la gestación sin haber asociación estadística; las inducidas y conducidas del modo de comienzo del parto superaron en igual forma al grupo control; el tiempo de trabajo de parto difiere significativamente en ambos grupos; la variedad de posición mayormente presentada fue la occipito–pública.

Palabras clave: PARTO INSTRUMENTADO, FÓRCEPS, ESPÁTULA.

1. Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia. Profesor Instructor.
2. Especialista de Primer Grado en MGI. Profesor Instructor.
3. Especialista de Segundo Grado en Ginecobstetricia. Profesor Asistente.
4. Especialista de Primer Grado en MGI.
5. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad ha habido una virtual explosión de recursos tecnológicos en la especialidad de Ginecobstetricia. Es más decir, que ha habido avances significativos en la atención de la madre y el recién nacido (RN). Los residentes que se gradúan actualmente en Ginecobstetricia están bien versados en las técnicas de la laparoscopia, ultrasonografía, cesáreas y otras técnicas quirúrgicas, y al menos se percataron de los aspectos de alta tecnología del diagnóstico prenatal. Muchos médicos jóvenes son cirujanos muy hábiles, pero no tan bien capacitados y experimentados como sus predecesores en alguna técnicas obstétricas.

En casi todos los países ha habido una declinación constante en la aplicación del fórceps en los últimos 30 años (1). Hay varias explicaciones plausibles para esta tendencia, que incluye la menor enseñanza de las técnicas, el temor a los litigios, mayor seguridad de las cesáreas y la popularidad creciente de la extracción por vacío en algunos países(2).

La instrumentación obstétrica (fórceps, espátula) es el tema más discutido, controvertido, complejo y peligroso de la obstetricia aunque los modelos y los conceptos actuales de estos instrumentos dista mucho de los iniciales, comenzó como un instrumento compresos que

al extraer el feto, aunque fuese muerto, salvaba la mujer de la muerte por rotura uterina, hemorragia o por infección.

En la actualidad busca mejorar las condiciones del nacimiento del niño y disminuir los riesgos de la madre.

¿Pero se puede decir que siempre logra estos objetivos? ¿En cuántas oportunidades no aumenta el riesgo de muerte o afecta la calidad de vida de uno o de ambos? (3).

Se considera que no debe constituir temor la utilización de un instrumento siempre que seamos capaces de elegir el momento ideal, tener una indicación precisa, y los requisitos indispensables para la aplicación, cumpliendo las reglas necesarias para su uso.

MÉTODO

Para dar salida a los objetivos propuestos se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles.

El universo estuvo constituido por todos los nacimientos en el período comprendido entre el 1^o de enero y el 31 de diciembre de 1999 en el Hospital General Provincial Docente "Cap. Roberto Rodríguez Fernández" de Morón (n = 2258). Se conformó un grupo de casos con todos los partos instrumentados (n = 123) y un grupo de controles con una muestra de 123 (un control por cada caso) partos eutócicos a término seleccionados a través de una muestra simple aleatoria.

Los datos necesario para el estudio fueron extraídos diariamente del libro de registros de parto de nuestro centro, así como de las historias clínicas de cada paciente. De ahí fueron transferidas a un cuestionario de datos confeccionado por el autor en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación. De cada paciente se escogieron las variables siguientes: paridad, tiempo de gestación y grupos étnicos; indicaciones que provocaron el uso del instrumento; variedad de posición al instrumentar, enfermedades propias y asociadas más frecuentes; forma de comienzo del parto, duración del trabajo de parto, características del líquido amniótico y estadía postparto; peso y apgar de los RN así como las complicaciones maternas y fetales.

Como medida de resumen de la información se utilizaron las distribuciones de frecuencia y los porcentajes.

Para contrastar las pruebas de hipótesis de las diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio y las variables cuantitativas continuas se utilizaron la T de Student (edad) y la prueba de Wilcoxon Mann Whitney (tiempo de estadía postparto, tiempo de trabajo de parto, tiempo de gestación y peso). En estos casos se rechazó la hipótesis nula cuando la probabilidad asociada al estadígrafo era menor o igual a 0.05. Para demostrar o no la existencia de asociación estadísticamente significativa entre la variable tipo de parto (instrumentado o eutócico) y las variables cualitativas nominales (complicaciones del RN, características del líquido amniótico, apgar, modo de comienzo del parto, enfermedades propias y asociadas al embarazo), se utilizó el Ji cuadrado de Pearson. En esta prueba se rechazó la hipótesis de nulidad cuando el estadígrafo calculado (χ^2) era mayor o igual al estadígrafo tabulado (χ^2). Para demostrar o no que existía asociación de forma tal que la proporción de la embarazada con parto instrumentado aumentaba al incrementarse el número de partos anteriores se utilizó el Ji cuadrado de Bartholomew y se rechazó la hipótesis nula cuando el valor tabulado (C') era menor que Ji cuadrado calculado (χ^2). En todos los casos se prefijó un $\alpha = 0.05$.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como se exponen las indicaciones del uso del instrumento (TABLA 1). Si tenemos en cuenta que para la utilización de dicho proceder debemos tener presente un diagnóstico preciso que lo justifique ya sea de causa materna, fetal u ovular, y que se tome en cada gestante la indicación básica para la instrumentación. En nuestro estudio solo correspondieron como principal causa el período expulsivo demorado (34.9%), seguido del

agotamiento materno (18.7%) y el sufrimiento fetal agudo (17.1%) y Hablamos de causa principal dado que en la revisión de las historias clínicas en 48 ocasiones la indicación fue por más de una causa, predominando los tres mayores porcentajes anteriormente referidos. Al igual que nosotros Pérez Lugo (6) encontró en 1998 en su trabajo de terminación de residencia en Camagüey, que las principales de instrumentación eran estas, predominando el sufrimiento fetal agudo en un (57.1%). Para otros autores la principal causa se ofrece en la distocia de rotación, evento que ocupa el cuarto lugar en frecuencia para nosotros (7). Al analizar las variedades de posición al instrumentar (TABLA 2). La variedad de posición mayormente presentada es la occipito – púbica seguida de la occipito – iliaca izquierda anterior con un 61.8% y 19.5% respectivamente. Las posiciones posteriores y las derechas anteriores e izquierdas posteriores, con sus rotaciones, le siguieron en orden de frecuencia porcental.

Para la mayoría de los autores las variedades más frecuentes, no así para Rodríguez Martínez (4) en las variedades posteriores. Hacemos relación del predominio de la variedad occipito - púbica en nuestro trabajo con la frecuencia elevada del período expulsivo demorado y sufrimiento fetal agudo como primera y segunda causa del uso del instrumento respectivamente, relegando a un cuarto plano a la distocia de rotación.

Quedó evidenciado en nuestro trabajo la mayor utilización de la espátula de Thierry en nuestro centro hospitalario lo cual ocurrió en un 95.0% de las veces. En contraposición con esto la mayoría de los autores norteamericanos continúan utilizando mucho más el fórceps (8,9).

La variedad de menor incidencia fue la occipito- iliaca izquierda transversa y occipito –iliaca izquierda posterior no habiendo casos para las variedades occipito – iliaca derecha transversa.

Si el encajamiento oblicuo fisiológico tiene lugar en posterior o transversa derecha o izquierda, la cabeza tiene que rotar 135 grados o menos. La posibilidad para que estas cabezas en oblicua posterior hagan su rotación depende de tres factores: la conformación del cilindro fetal, la curvatura del canal del parto o conformación pélvica y la intensidad y/o eficacia de las contracciones.

Cuando el feto es grande o las anteriores condiciones son adversas, entonces esta rotación se prolonga y puede ocasionar complicaciones o alteraciones en la evolución normal del parto (3,9,12).

El análisis de la forma de comienzo del parto se realiza comprobando que solo se inició espontáneamente el 47.2% de los partos instrumentados, las formas inducidas y conducidas superaron en igual forma al grupo control (TABLA 3). Boyd (15) reflejó en sus estudios que habitualmente en partos inducidos se instrumentaba el doble que en los de inicio espontáneo, en porcentajes parecidos coincide nuestro trabajo, así como otros autores (6,12–14). Hay asociación estadística.

Se hace evidente que el uso de la oxitocina a pesar de ser una indicación que debe estar bien justificada y avalada conlleva en muchas ocasiones a distocias en el momento del parto. Si tenemos en cuenta que el sufrimiento fetal agudo fue una de las causas de instrumentación en nuestro trabajo no podemos descartar que en muchas ocasiones, haya constituido la causa de la aparición y/o agudización de una hipoxia fetal.

En el análisis de la duración de la labor del parto encontramos que el 45.5% de las veces en el grupo estudio correspondió en el rango entre 6 y 12 horas, frente al 31.7% en el grupo control. Marcada la diferencia como era de esperar en la agrupación de menos de 6 horas y en la de 13 a 24 horas (TABLA 4).

Suárez Ocando (5) en su trabajo del año 1994 (213 espátulas) en Venezuela encontró que todas sus embarazadas tuvieron trabajo de parto entre 6 y 15 horas, correspondiéndose con los hallazgos nuestros y con la mayoría de los autores (6).

Revisando el tiempo promedio en horas para el trabajo de parto creemos necesario señalar que 17.1% de las pacientes en las cuales se empleó el instrumento facilitador del parto,

estuvieron 13 horas o más en esta labor, elemento que pudiera relacionarse con el agotamiento materno como causa de indicación de la instrumentación.

En el análisis de la TABLA 5 se muestra la realidad que se debe encontrar al comparar los dos grupos de la investigación, y que es lógico pensar que el grupo de partos instrumentados podría y debería tener una morbilidad mayor al grupo de partos eutócicos, ya que en este primeros existieron indicaciones para realizar un proceder, el cual a su vez se considera una agresión hacia el neonato y la madre, pero necesaria para resolver una situación dada y obtener un neonato y una madre con una mejor calidad de vida.

La morbilidad más frecuente encontrada en el grupo de partos instrumentados fue la depresión neonatal con un 12.2%, seguido en orden de frecuencia por las huellas del instrumento, representado el 2.4%.

Aunque algunos autores como Gray (17) y Suárez Ocando (5) hallaron pocas diferencias, entre la depresión al nacer, en partos instrumentados, y la depresión en partos eutócicos un gran porcentaje de los trabajos realizados (la mayoría) evidenciaba la presencia de complicaciones más frecuentes en los primeros (9,15). Maheshwari (16) realizó un estudio en 1982 de nacimientos por instrumentos, y en una proporción del doble en relación con el grupo control, comprobó la presencia de focos epileptógenos.

CONCLUSIONES

1. El período expulsivo demorado alcanzó el mayor porcentaje (34.9) dentro de las indicaciones fundamentales para la instrumentación, seguido del agotamiento materno 18.7% y el sufrimiento fetal agudo 17.1%.
2. Las variedades de posición mayormente presentadas en la instrumentación fueron la occipito – púlica en nuestro estudio.
3. Las formas inducidas y conducidas del modo de comienzo del parto superaron en igual forma al grupo control, habiendo asociación estadística.
4. El tiempo de trabajo de parto difiere significativamente en ambos grupos, solo siendo en un 17.1% de los instrumentados, la duración del trabajo de parto entre 13 y 24 horas.
5. El 16.2% de los RN presentó algún tipo de complicaciones siendo la morbilidad mayor en el grupo estudio que en el grupo control, existiendo asociación estadística.

ABSTRACT

Obstetric instrumentation is more controversial, complex, dangerous and discussed topic in Obstetric nowadays that is looking forward to better birth conditions of the baby and diminish mother's risk. This reason has motivated the analytical observational study of cases and controls of using the instrumentation as a facilitator element of the delivery to know maternal and perinatal repercussion in General Provincial Hospital "Roberto Rodríguez Fernández" in Morón in the period from January 1st to December 31st 1999. A group of cases was constituted with all the instrumented deliveries (n=23) and a control group by each case of term eutocics delivery by simple randomized sample. As a measure of summary of the information frequency distribution, percentages and incidence rates were used. T statistical tests of Student, Wilconxon Mann Whitney, and chi squared of Pearson and Bartholomew were also used. The results of this work allowed to increases knowledge about the instrumentation in our media and confirm health strategies in accordance with those findings.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Notzon F. International differences in the use of obstetric intervention. JAMA 1990;263:3286-91.
2. Hearly D, Laufe L. Survey of obstetric forceps training in North America in 1981. Am J Obstet Gynecol 1985;151;54-58.
3. Rodríguez Hidalgo N. Cirugía ginecológica y obstetricia. La Habana; 1993.

4. Rodríguez Martínez M. Las espátulas de Thierry. Camagüey 1997.
5. Suárez Ocando. Parto Instrumental. Espátula de Thierry. Rev Obst y Ginec 1994; 54(1):17-24.
6. Pérez Lugo, José L. El parto instrumentado. Trabajo de Terminación de Residencia para optar por el título de Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología, 1998.
7. Anete M. Instrumental (operative) vaginal deliveries; vacuum extraction compared with forceps delivery at ilor. University Teaching Hospital Nigeria West Afr Med 1991 Apr; 10(2):127-36.
8. Thomson JP. Fórceps deliveries. University of medicine and Dentistry of New Jersey. J Clin Perinatol 1995;22(4):953-72.
9. Menticoglou SM. High cervical spinal cord injury in neonates delivered with forceps : report of 15 cases. J Obstet Gynecol 1995;86(4 pt. 1):589-90.
10. Carmona F. Inmune maternal and neonatal effects of low-forceps delivery according to the new criteria of the American College of Obstetricians and Gynecologists compared with spontaneous vaginal delivery in term pregnancies. University of Barcelona. J Obstet Gynecol 1995; 173(1):55-9.
11. Tessier PC. Forceps use: a gender issue?. CMAJ 1995; 152(8):1188.
12. Rijhsinghani A, Belsare TJ. Neonatal intracerebellar hemorrhage after forceps delivery. Report of case without neurologic damage. University of Iowa Hospital and Clinics. J Repord Med 1997;42(2):127-30.
13. De Chalain TM, Clarke HM, Curtis CG. Case report: unilateral facial nerve and branchial plexus palsies in a neonate following a midlevel forceps delivery. Hospital for Sick Children. J Ann Plast Surg 1997; 38(2):187-90.
14. Ogunniyi SO, Sanisi YO, Faleyimu BL. Forceps delivery at Wesley Guild Hospital Ilesa, Nigeria: a ten year review. Obafemi Awolowo University. West Afr J Med 1997; 16(1):30-5.
15. Boyd ME, Usher RH, McLearn F, Bruce E. Failed forceps. British J of Obstetrics and Gynecology 1986; 68(6): 779-783.
16. Maheshwari MC. Forceps delivery as a risk factor in epilepsy some further observation. J Psychiatry Neurol 1992; 46(2):413-4.
17. Gray LC, Grantm HW. Should a Pedriatician be present at non-rotation forceps deliveries? British J of Obstetric Gynecology September 1981;91:899-900.

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 1. Distribución de las pacientes según indicaciones que provocan el uso del instrumento.

Causas	No.	%
Sufrimiento Fetal Agudo	21	17.1
Período expulsivo prolongado	43	34.9
Agotamiento materno	23	18.7
Distocia de rotación	18	14.6
Infección ovular	7	5.7
Cardiopatía	4	3.3
Cesárea anterior	1	0.8
Hipodinamia	6	4.9
Total	123	100.0

ANEXO 2

Tabla 2. Distribución de las pacientes según variedad de posición al instrumentar.

Tipo	Frecuencia	%
Occipito – púbrica	76	61.8
Occipito – ileaca – izquierda – transversa	1	0.8
Occipito – ileaca – derecha – posterior	1	0.8
Occipito – ileaca – derecha – transversa	0	0
Occipito – ileaca – izquierda – anterior	24	19.5
Occipito – sacra	13	10.6
Occipito – ileaca – izquierda – posterior	3	2.4
Occipito – ileaca – derecha – anterior	5	4.1
Total	123	100.0

ANEXO 3

Tabla 3. Distribución de las pacientes según grupo y forma de comienzo del parto.

Modo	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Espontáneo	58	47.2	86	69.9
Inducido	35	28.4	20	16.3
Conducido	30	24.4	17	13.8
Total	123	100	123	100

$$\chi^2 = 13.13 \quad \chi^2 = 5.99 \quad P = 0.0014$$

ANEXO 4

Tabla 4. Distribución de las pacientes según grupo y duración del trabajo de parto.

Horas	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Menos de 6	46	37.4	74	60.2
6 - 12	56	45.5	39	31.7
13 - 24	21	17.1	10	8.1
Total	123	100	123	100

$$Z_c = 5.95 \quad Z_t = 1.96 \quad P = 0.00$$

ANEXO 5

Tabla 5. Distribución de las pacientes según grupo y complicaciones del neonato.

Afecciones	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Depresión neonatal	15	12.2	3	2.4
Distrés respiratorio	2	1.6	0	0
Huellas del instrumento	3	2.4	0	0
Sin complicaciones	103	83.8	120	97.6
Total	123	100	123	100

$$\chi^2 = 12.452 \quad \chi^2 = 7.81 \quad P = 0.0059$$