

Espátulas de Thierry

EL INSTRUMENTO

Las espátulas son 2 palancas independientes, delgadas y totalmente macizas, es decir, no fenestradas. La derecha es prolongación de la mano derecha y se aplica en el lado izquierdo de la madre en los casos en que la cabeza está rotada totalmente. La izquierda al revés.

Cada una de ellas está constituida por un mango o empuñadura y la espátula propiamente dicha. La parte externa del mango está diseñada para contactar con la palma de la mano, el borde superior con el dedo pulgar y las 4 escotaduras del borde inferior se destinan para los 4 dedos restantes, aunque Thierry recomendaba introducir en ellas el índice y el medio.

La espátula propiamente dicha, que también se denomina de forma más impropia cuchara, tiene una cara externa ligeramente convexa, otra interna levemente cóncava, un borde superior casi recto y otro inferior moderadamente curvo.

La curvatura pelviana es muy poco marcada, lo que limita su aplicación a sólo las partes bajas de la excavación. La curvatura cefálica, que es de mayor radio, se adosa a la cara del feto, pero sólo en su mitad distal porque la mitad proximal de la espátula, que es de menor radio, se separa del cráneo y le sirve de parachoques. Además, por fuera, separa los tejidos maternos.

En estos 2 aspectos, las diferencias con el fórceps son sustanciales.

Las espátulas son 2 palancas de primer género, cuyo punto de apoyo es la pared pélvica que contacta con la cara externa del instrumento. La potencia se sitúa en las empuñaduras y la resistencia en la cara fetal. Su acción fundamental es por empuje desde arriba («cucharas»), y separa los obstáculos que la cabeza va encontrando en el canal del parto.

CONDICIONES E INDICACIONES

Las condiciones para poder aplicarlas son:

- Membranas rotas.
- Cuello totalmente dilatado.
- Cabeza encajada.

No existe unanimidad en cuanto a las indicaciones entre los obstetras que las utilizan, que varían desde aquellos que las encuentran ideales en todos los casos en los que se indica el fórceps, hasta los que piensan que no es un instrumento adecuado en las posiciones transversas y en las distocias por mala actitud de la cabeza fetal. Existe acuerdo general en que parece ser el instrumento ideal en los preterminos.

Como se puede apreciar, muchas de las indicaciones son compartidas tanto por las espátulas como por el fórceps o la ventosa obstétrica. La elección de uno u otro instrumento va a depender de criterios de escuela, formación recibida, condiciones del parto, estado del cuello, estado fetal, altura de la presentación, posición, etc.

PROCEDIMIENTO

– La anestesia epidural o general son deseables, aunque el propio Thierry sugirió que no era imprescindible, y que podía ser suficiente la analgesia local.

– La vejiga urinaria deberá estar totalmente vacía.

– Se aplican de forma similar a las ramas del fórceps.

– Con las espátulas siempre paralelas, cogidas independientemente con las manos del operador, en el momento de la contracción uterina se realiza una ligera tracción, combinada con una mínima separación de los mangos, así se proporciona un empuje a la presentación desde arriba y se «eliminan» los obstáculos encontrados abajo. Cuanta más fuerza se hace, más se separan las espátulas del cráneo, por lo que no lo comprimen sino que se separan de la cabeza dilatando el canal del parto. La dirección que se debe ejecutar en la tracción es la del eje pélvico. El operador nota que trabaja sobre un polo «libre» y no sobre una cabeza «aprisionada» entre las cucharas, como ocurre con el fórceps, y se tiene la sensación de que la cabeza cae en el periné no porque se la haya traccionado sino por haber movilizado los obstáculos del canal del parto.

– Si es necesario, es aconsejable realizar la episiotomía cuando la cabeza se encuentre cerca del suelo perineal, muy distendido por las espátulas.

Para la correcta ejecución del procedimiento conviene conocer sus diferencias con el fórceps:

308

– Las espátulas son 2 palancas independientes, paralelas, delgadas y macizas. Los fórceps se articulan, se cruzan, son algo más gruesos y sus cucharas están fenestradas.

– La curvatura cefálica de las espátulas es mínima y contacta con la cara fetal sólo en su porción superior o distal. La del fórceps es mayor, y está diseñada así para hacer presa en el cráneo y en la cara.

– Las espátulas actúan como palancas de primer género, mientras que el fórceps lo hace como palanca de tercer género, ya que en el momento de la tracción la potencia se sitúa entre la existencia (cráneo y cara) y el punto de apoyo (articulación), por lo que se duplica la fuerza ejecutada. Por esta razón, las extracciones algo difíciles pueden ser más lentas, pero probablemente más seguras con las espátulas que con el fórceps.

– La rotación y el descenso se realizan con el fórceps a expensas de una tracción, por lo que la cabeza tiene que hacerse solidaria con el instrumento. En dicha tracción se produce una tendencia lógica e indeseable a la deflexión. En el caso de las espátulas el descenso de la cabeza es libre, gracias a una propulsión desde arriba, así, la cabeza «rebota» ayudada por la separación de los obstáculos que se lo impedían. Es decir, con el fórceps existe el principio de la solidaridad y con las espátulas el de movilidad, sin tendencia a la deflexión.

– Por muy correcta que se haga la presa con el fórceps, siempre existe un mínimo deslizamiento inducido por la tracción. Ello no ocurre con las espátulas, con las que más que traccionar se hace palanca. Por esta misma razón, con ellas es casi imposible derrapar.

– Las espátulas empujan la cabeza desde arriba hacia el exterior separando lateralmente los obstáculos del canal del parto hacia fuera. Por el contrario, el fórceps «tira» de la cabeza cogida entre las cucharas y rechaza las partes blandas, sobredistendiéndolas y alargándolas.

– Cuanto más fuerza de tracción se realiza con el fórceps, más presión se ejerce sobre la cabeza, lo que no ocurre con las espátulas.

MORBILIDAD FETAL

En amplias revisiones se describen escasas lesiones fetales que casi siempre son eritemas cutáneos o mínimas alteraciones de la piel.

En general, las espátulas no se asocian con lesiones oculares, faciales u óseas. Todo esto se comprende porque el instrumento no atenaza la cabeza, sino que goza de una amplia movilidad y porque al ser macizas, la presión que ejercen se reparte mejor.

MORBILIDAD MATERNA

Los desgarros del canal del parto son más frecuentes que en el parto espontáneo y que con la ventosa. Cuando aparecen problemas, suelen ser debidos a rotaciones forzadas. Por ello la aplicación y las maniobras para la rotación y el descenso deben hacerse con delicadeza y suavidad, la episiotomía (si se precisa) con la cabeza cerca del periné, el desprendimiento muy lento y ambas espátulas deben retirarse lo antes posible.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Carmona F, Martínez-Román S, Mariau D, Cararach V, Iglesias X. Immediate 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. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:55-9.
- Dexeus JM, Arce J, Carabias J, Font V, Losa F, Martínez T, et al. Revisión estadística de las operaciones presoras y extractoras fetales. *Prog Obstet Ginecol* 1979;22:7.
- García Gamboa MA. Repaso y juicio crítico sobre las espátulas de Thierry (veintitrés años después de su aplicación). *Prog Obstet Ginecol* 1973;16:293-12.
- Guyomar J. Valeur obstetricale des spatules de Thierry. Resultats de 1000 applications. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1965;12:775-83.
- Hagadorn-Freathy AS, Yeomans ER, Hankins GDV. Validation of the 1988 ACOG forceps classification system. *Obstet Gynecol* 1991;77:356-60.
- Hankins GDV, Rowe TF. Operative vaginal delivery-year 2000. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:275-82.
- Ordás J, Oñorbe F, Alonso E. La extracción fetal mediante las espátulas de Thierry. *Toko Gine Pract* 1970;39:201.
- Puertas A, Fontes J, Suárez AM, Carrillo MP, Moreno I, Herruzo AJ, et al. Espátulas de Thierry: análisis de 506 casos. *Clin Invest Gin Obst* 1998;25:43-7.
- Robertson PA, Laros RK, Zhao RL. Neonatal and maternal outcome in low pelvic and mild pelvic operative deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:1436-44.

Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *Br Med J* 1994;308:887-91.

Thierry. Nouvel instrument destiné a remplacer le fórceps. *Presse Medi* 1950;58:1423.

Williams MC, Knuppel RA, O'Brien WF, Weiss A, Kanarek KS. A randomised comparison of assisted vaginal delivery by obstetric forceps and polyethylene vacuum cup. *Obstet Gynecol* 1991;78:789-94.

Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos

Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.

309