

## EL VACUM EXTRACTUM

Conferencia del Dr. ONOFRE AVENDAÑO (Chile)

EL tema que vamos a tratar es sobre la experiencia con el Vacum Extractor o ventosa obstétrica de Malstrom. Haré referencia en especial a este instrumento —aunque nosotros tenemos también experiencia con otros dispositivos semejantes que daremos a conocer, en momento oportuno— ahora que ha entrado en la práctica obstétrica en los últimos años y, que está haciendo una competencia con otras maniobras obstétricas, especialmente el Forceps y, "en cierto modo", también con la cesárea.

El primer punto que quisiera destacar, es que nosotros el año pasado, con motivo de nuestro Congreso de Ginecología, en Santiago de Chile, presentamos unos 500 casos, en la actualidad esta experiencia ha aumentado, lo que les puedo decir ahora se refiere más o menos a lo que ya en esa época habíamos planteado, como unas conclusiones.

En primer término diré que el aparato de Malstrom debe ser considerado desde el punto de vista de su indicación, que tiene mucha importancia en lo didáctico. A este respecto hemos hecho una división de las indicaciones en el forceps tipo A y el forceps tipo B. La aplicación de estos dos tipos, se puede decir que la planteamos en su forma original, en este Congreso.

Toda vez que el trabajo de parto ha llegado hasta un punto en que es necesario extraer el feto y están presentes las condiciones clásicas para hacer un forceps, entonces decimos que si en lugar de forceps hacemos un Vacum de Malstrom, estamos haciendo una indicación tipo A. Ahora, yo quisiera recordar, porque esto hay que sintetizarlo, que estas indicaciones llamadas clásicas son seis y entre éstas tal vez si habría que señalar que hay dos que tienen un carácter relativo, hay 4 que tienen un carácter absoluto, que son las que se refieren a la capacidad de la pelvis: a la forma de presentación, a la dilatación completa, las membranas rotas, y hay algunas consideraciones que tenemos que hacer acerca de que si el feto está vivo o muerto. Podríamos decir que el feto muerto si no es una contraindicación para un forceps, es una

malá indicación para un Vacum, sobre todo si han transcurrido algunas horas. Entonces toda vez que el forceps puede aplicarse, a este respecto yo debo recordar una expresión muy clara que señalaba médicamente en una sola frase, cuales son las indicaciones del forceps "toda vez que siendo necesario extraer el feto, se encuentran presentes las condiciones requeridas", y estas son las que hemos mencionado. Cuando falta algunas de estas condiciones, y me voy a referir en forma especial al encaje de la cabeza y a la dilatación del cuello, entonces podríamos hacer una aplicación de Vacum, a pesar de que clásicamente no recurriríamos a la aplicación de forceps. Hay otra más que se refiere a la rotación. Cuando la rotación no se ha realizado, cuando no hay dilatación completa y cuando no se ha producido el encaje de la presentación, podríamos hacer una aplicación del Vacum de Malstrom, a lo que llamaríamos una aplicación de tipo B.

Diremos unas palabras sobre ciertos detalles de Técnica: 1º—Anestesia. Se hace con anestesia de un tipo especial que permita la realización y la técnica. Un alto porcentaje se hicieron sin anestesia o bien con un poco de éter. Otro alto porcentaje importante se hizo con anestesia de conducción, es decir, por medio de bloqueo o por medio de ráquidea, etc. En segundo lugar la posición de la cápsula. Nosotros elegimos la cápsula más grande que es posible introducir sin dificultad a través del espacio en el campo operatorio. En primer lugar debemos referirnos a la presión, que es un detalle de importancia que muchas veces condicionan fracasos. La presión la hacemos en forma progresiva, comenzando con 0,2 kilogramos por cm.<sup>2</sup>, aumentando cada dos minutos hasta llegar a una presión requerida. Si Uds. hacen un cálculo matemático, van a llegar a la conclusión de la presión negativa total, que tiene esta cápsula. En seguida, en cuanto a la técnica misma, nosotros recomendamos vivamente las de ceñirse a las indicaciones originales del autor y de los primeros autores que trabajaron en esto, es decir, de que la tracción debe realizarse con una fuerza que no desprenda la cápsula; desafortunadamente la cápsula se desprende cuando uno excede cierto límite. Debe realizarse en forma sincrónica con la contracción y, si es posible, debe realizarse en forma sincrónica con el esfuerzo expulsivo de la madre, y todavía estaríamos autorizados para recurrir a un **Deep keler**, pero vamos a hacer un plagio de este autor, para que Uds. se atengan a las normas clásicas de un **Deep keler**. La extracción de la criatura a lo largo del eje del canal, tiene que ser suave, sin pasarse del límite por el cual de acuerdo con el proceso matemático se va a producir el desprendimiento de la cápsula. No nos preocupamos mayormente de la rotación interna, porque ésta generalmente se hace al mismo tiempo que estamos traccionando, o sea en el desprendimiento de la presentación. En algunas ocasiones yo hago la rotación interna previa digital, o bien la ro-

tación interna contemporánea, simultánea con un dedo, introducido adentro de los genitales, pero no hacemos la rotación por intermedio de la cápsula.

Otro punto que es interesante efectuar es la pelvino-anatomía, una pelvino-anatomía, que muchas veces no resuelve el problema del descenso. No quiero referirme a la casuística, ya que el tiempo de que disponemos es muy corto, pero quiero decir que las indicaciones precisamente tratando de esquemmatizarlas, éstas están divididas en profilácticas y curativas. Llamamos, así, profiláctica, a aquellas en que no existe propiamente un accidente o una distancia, sino por, ejemplo, se trata de la paciente cardíaca, a la cual le queremos evitar los esfuerzos finales, o también de una paciente que tiene una cicatriz de cesárea, a la cual también queremos evitar someter esa cicatriz a esfuerzos mayores.

Los resultados fueron calificados de excelentes en la aplicación de tipo A, cuando tenemos una presentación de vértice, encajada, cuando las membranas están rotas y la dilatación es completa, con feto vivo y, entonces, aquí vemos su aplicación en una serie más o menos de 300 casos, una mortalidad perinatal de 0,8% + que por cierto es mucho más baja que el resto del servicio.

El otro tipo tiene ciertas limitaciones, en primer lugar limitación en cuanto a la altura de la presentación, se vio con más frecuencia en múltiparas y gran múltiparas, porque hay que tener precaución respecto a las primíparas, porque el tipo B, requiere un buen canal, un canal amplio, elástico, que ya ha sido probado con eficacia; en segundo lugar, si la dilatación está completa (no recomendamos por ningún motivo que el cuello tenga menos de 6 cm.) o con un cuello con más de 6 cm. tiene que ser un cuello blando dilatante, de manera que nosotros vamos a hacer, junto con la tracción, vamos a causar la dilatación del cuello, el descenso de la presentación y al mismo tiempo la rotación anterior del vértice. En estos casos entonces, nosotros hemos dicho, luz amarilla y en muchas ocasiones, luz roja, es decir, este tipo de maniobras requiere de una mayor habilidad y de una mejor selección de los casos, lo que constituyen indicaciones propias del Vacuum y, en cierto modo, indicaciones en las que nosotros estamos limitando la cesárea o estamos transfiriendo la inminencia de cesárea a capacitación del Vacuum.

En estos casos entonces nosotros aumentamos el número de intervenciones con anestésicos y reducimos el número de intervenciones sin anestésico.

Ahora, ¿cuáles son las anestésias que nosotros usamos en estos casos? En nuestra experiencia hemos tenido la agradable sorpresa después de haber hecho, por ejemplo, una anestesia raquídea de tipo triamitar hasta con una dosis muy pequeña, nos encontramos que al término de la maniobra operatoria y después de colocar a la paciente en forma adecuada, para la extrac-

ción, con que solamente con el hecho de haberse aplicado la anestesia, la cabeza desciende, rota hacia una posición anterior y se completa la dilatación.

Termino esta rápida exposición acerca del Vacum, diciendo que a nuestro juicio es una importante adquisición dentro del manual operatorio; en segundo lugar, de que debemos clasificar las indicaciones, a través de las condiciones pre-operatorias, señalando que el Vacum de tipo A, es no solamente recomendable, sino que es mejor que el forceps y está en igualdad de condiciones anatómicas y, tercero, que el Vacum de tipo B, debe ser considerado con mucha cautela, y nosotros no lo recomendamos, si los casos no están muy bien seleccionados y las condiciones son las mejores para proceder a usar este nuevo instrumento y para no desvirtuar su propósito y su objetivo y, por cierto, para no desmejorar sus resultados.

---