

## **Título: Traducción y comentarios sobre el artículo "Parto vaginal instrumental. Green-top Guideline No. 26."**

Nombre revisor: Ester Arango Fragoso. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

### 1. - Artículo Original:

Murphy DJ, Strachan BK, Bahl R, on behalf of the Royal College of Obstetricians Gynaecologists. Assisted Vaginal Birth. BJOG 2020

DOI: 10.1111/1471-0528.16092

PMID: 32346983

### 2. - Resumen del artículo:

Se trata de la cuarta edición de esta guía sustituyendo a las anteriores: Octubre 2000→ Octubre 2005→Enero 2011.

#### **2.1 Propósito y alcance**

El objetivo de esta guía es proporcionar recomendaciones basadas en evidencia sobre el uso de fórceps y ventosa con el fin de proporcionar una atención segura. Incluye indicaciones, procedimientos y cuestiones legales.

#### **2.2 Introducción y antecedentes**

Entre un 10-15% de los partos vaginales del Reino Unido son instrumentales (1 de cada 3 nulíparas).

Se ha producido un incremento en la tasa de cesáreas en el segundo estadio del parto, que puede ser consecuencia de que los obstetras somos más conscientes de la morbilidad materno-fetal derivada del parto instrumental, y también de la pérdida de habilidades tocúrgicas.

El motivo de la actualización de esta guía con respecto a la de 2011 está relacionada con la importancia médico legal en los últimos años de disponer de consentimiento informado de la asistencia al parto, así como del incremento de condenas por negligencia médica en el Reino Unido asociado a lesiones traumáticas durante el parto.

#### **2.3 Identificación y evaluación de la evidencia**

Esta guía fue desarrollada utilizando una metodología estándar para desarrollar las Guías RCOG Green-top (GTG). La Biblioteca Cochrane (incluida la base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, la base de datos de resúmenes de Revisiones de Efectos [DARE] y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados [CENTRAL]), EMBASE, se realizaron búsquedas en MEDLINE y Trip en busca de documentos relevantes. También se buscaron pautas relevantes utilizando los mismos criterios en la Guía Nacional Clearinghouse y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Evidence Search.

## **2.4 Preparación para el parto vaginal instrumental**

### **2.4.1 ¿Se puede evitar el parto vaginal instrumental?**

- El apoyo continuo durante el trabajo de parto podría reducir la necesidad de parto instrumental. **A**
- Informar a la paciente que la analgesia epidural, puede incrementar la necesidad de parto vaginal instrumental, siendo menos probable con el uso otras técnicas de analgesia nuevas. **[New 2020] A**
- Informar a la mujer de que administrar la analgesia epidural en la fase latente del parto no aumenta el riesgo de parto vaginal instrumental con respecto a administrarla en la fase activa. **[New 2020] A**
- En las mujeres que no usan analgesia epidural, adoptar posiciones verticales o laterales en la segunda etapa del parto, reduce la necesidad de parto vaginal instrumental. **A**
- Ponerse de un lado o de otro mientras permanecen tumbadas, en lugar de permanecer decúbito supino en la segunda etapa del trabajo de parto aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo. **[New 2020] A**
- Demorar los pujos activos durante 1-2 horas en mujeres nulíparas con analgesia epidural, reduce la necesidad de parto vaginal instrumental. **B**
- No suspender rutinariamente la analgesia epidural durante los pujos activos, ya que esto aumenta el dolor sin evidencia de reducir la incidencia de parto vaginal instrumental. **[New 2020] A**
- No hay evidencia suficiente para recomendar una técnica de analgesia regional respecto a otra en términos de reducción de la incidencia de parto vaginal instrumental. **[New 2020] A**
- No hay evidencia suficiente para recomendar el aumento de oxitocina de manera rutinaria para mujeres con analgesia epidural como estrategia para reducir la incidencia de parto vaginal instrumental. **[New 2020] A**
- No hay evidencia suficiente para recomendar la rotación manual profiláctica de rutina del feto malposicionado en la segunda etapa del parto para reducir el riesgo de parto vaginal instrumental. **[New 2020]**

## 2.4.2 ¿Cómo debemos definir el parto vaginal?

- El uso de un sistema de clasificación estándar para parto vaginal instrumental promueve la práctica clínica segura, la comunicación efectiva entre profesionales de la salud y facilita la auditoría de los resultados. **D**

Table 1. Classification for assisted vaginal birth<sup>28</sup>

Outlet	Fetal scalp visible without separating the labia Fetal skull has reached the perineum Rotation does not exceed 45°
Low	Fetal skull is at station + 2 cm, but not on the perineum Two subdivisions: 1. Non-rotational ≤ 45° 2. Rotational > 45°
Mid	Fetal head is no more than one-fifth palpable per abdomen Leading point of the skull is at station 0 or + 1 cm Two subdivisions: 1. Non-rotational ≤ 45° 2. Rotational > 45°

## 2.4.3 ¿Cuándo debemos aconsejar/contraindicar un parto vaginal instrumental?

- Los obstetras deben tener en cuenta que ninguna indicación es absoluta y que se requiere juicio clínico en todas las situaciones. **D**
- La sospecha de trastornos hemorrágicos fetales o predisposición a fractura son contraindicaciones relativas para el parto vaginal instrumental. **[New 2020]**
- Las infecciones virales susceptibles de ser transmitidas por la sangre en la mujer no son una contraindicación absoluta para el parto vaginal instrumental. **[New 2020]**
- El uso de la ventosa inmediatamente después de una toma de muestra de pH de calota o colocación de un scalp no está contraindicado. **[New 2020] B**
- Los obstetras deben conocer que existe un incremento del riesgo de hemorragia subgaleal y cefalohematoma con el uso de la ventosa en comparación con el fórceps en partos pretérmino. Se debe evitar el uso de ventosa por debajo de 32 semanas y usarla con cautela entre la 32 y la 36s. **[New 2020] C**

**Table 2.** Indications for assisted vaginal birth<sup>[22],[28]</sup>

Fetal	Suspected fetal compromise (cardiotocography pathological, abnormal fetal blood sampling result, thick meconium)
Maternal	Nulliparous women – lack of continuing progress for 3 hours (total of active and passive second-stage labour) with regional analgesia or 2 hours without regional analgesia  Parous women – lack of continuing progress for 2 hours (total of active and passive second-stage labour) with regional analgesia or 1 hour without regional analgesia  Maternal exhaustion or distress  Medical indications to avoid Valsalva manoeuvre
Combined	Fetal and maternal indications for assisted vaginal birth often coexist

#### 2.4.4 ¿Cuáles son las condiciones esenciales para un parto instrumental seguro?

- El parto vaginal instrumental seguro requiere una evaluación cuidadosa de la situación clínica, clara comunicación con la mujer y el personal sanitario, y experiencia en el procedimiento elegido. **D**

**Table 3.** Safety criteria for assisted vaginal birth

Full abdominal and vaginal examination	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Head is <math>\leq</math> 1/5 palpable per abdomen (in most cases not palpable)</li> <li>• Cervix is fully dilated and the membranes ruptured</li> <li>• Station at level of ischial spines or below</li> <li>• Position of the fetal head has been determined</li> <li>• Caput and moulding is no more than moderate (or +2)<sup>a</sup></li> <li>• Pelvis is deemed adequate</li> </ul>
Preparation of mother	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clear explanation given and informed consent taken and documented in women's case notes</li> <li>• Trust established and full cooperation sought and agreed with woman</li> <li>• Appropriate analgesia is in place: for midpelvic or rotational birth, this will usually be a regional block; a pudendal block may be acceptable depending on urgency; and a perineal block may be sufficient for low or outlet birth</li> <li>• Maternal bladder has been emptied</li> <li>• Indwelling catheter has been removed or balloon deflated</li> <li>• Aseptic technique</li> </ul>
Preparation of staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operator has the knowledge, experience and skill necessary</li> <li>• Adequate facilities are available (equipment, bed, lighting) and access to an operating theatre</li> <li>• Backup plan: for midpelvic births, theatre facilities should be available to allow a caesarean birth to be performed without delay; a senior obstetrician should be present if an inexperienced obstetrician is conducting the birth</li> <li>• Anticipation of complications that may arise (e.g. shoulder dystocia, perineal trauma, postpartum haemorrhage)</li> <li>• Personnel present who are trained in neonatal resuscitation</li> </ul>

<sup>a</sup>Moderate moulding or +2 moulding is where the parietal bones are overlapped but easily reduced; severe moulding or +3 is where the parietal bones have overlapped and are irreducible indicating cephalopelvic disproportion.

#### 2.4.5 ¿Tiene la ecografía un papel prioritario en el parto vaginal instrumental?

- Se recomienda el uso de ecografía antes de indicar un parto instrumental cuando existan dudas acerca de la presentación de la cabeza fetal. **[New 2020] A**
- No hay evidencia suficiente para recomendar el uso rutinario de ecografía abdominal o perineal para conocer la presentación, flexión o descenso de la cabeza fetal en la segunda fase del parto. **[New 2020] C**

#### **2.4.6 ¿Qué tipo de consentimiento es requerido para asistir a un parto vaginal instrumental?**

- Las pacientes deben ser informadas acerca de la asistencia al parto vaginal en el transcurso del embarazo, especialmente las primigestas. Si la paciente indica restricciones específicas o preferencias, éstas deben ser valoradas idealmente previo al trabajo de parto.
- Para los procedimientos llevados a cabo en la sala de dilatación debemos tener previo consentimiento informado verbal y dejarlo reflejado en la historia clínica.
- Cuando indicamos un parto instrumental, especialmente en distocias de rotación, debemos informar de los riesgos/beneficios del parto instrumental vs la cesárea en la segunda fase del parto. En caso de realizar una prueba de parto, es recomendable contar con un consentimiento informado escrito. **[New 2020]**

#### **2.5 Ejecución un parto vaginal instrumental**

##### **2.5.1. ¿Quién debe llevar a cabo un parto vaginal instrumental?**

- El parto vaginal instrumental debe ser realizado por o en la presencia de un obstetra con conocimientos, habilidades y experiencia necesaria para completar el procedimiento y las posibles complicaciones que puedan aparecer.
- Debemos aconsejar a los residentes, a ganar experiencia en los partos vaginales eutócicos antes de comenzar a formarse en los partos vaginales instrumentales.
- Debemos asegurarnos de que los residentes reciban la capacitación adecuada en la ventosa y el fórceps, incluyendo conocimiento teórico, entrenamiento en simulación y entrenamiento clínico bajo supervisión directa. **[New 2020]**
- La competencia para realizar partos instrumentales debe demostrarse antes de realizar partos sin supervisión. **[Nuevo 2020]**
- Los partos vaginales instrumentales complejos sólo deben llevarse a cabo por facultativos experimentados o bajo la supervisión de los mismos.

##### **2.5.2. ¿Quién debe supervisar un parto vaginal instrumental?**

- Un obstetra experimentado, con competencias en parto vaginal instrumental debe estar presente desde el principio del parto.

##### **2.5.3. ¿Dónde tiene que tener lugar un parto vaginal instrumental?**

- El parto vaginal instrumental indicado en un plano bajo no rotacional, tiene una probabilidad baja de fallo, por lo puede llevarse a cabo en un paritorio de forma segura. **[New 2020]**
- Las pruebas de parto, o partos instrumentales con altas probabilidades de fracasar deben llevarse a cabo en un entorno con posibilidad de reconversión a cesárea.

Higher rates of failure are associated with:

- maternal BMI greater than 30
- short maternal stature
- estimated fetal weight of greater than 4 kg or a clinically big baby
- head circumference above the 95th percentile
- occipito–posterior position
- midpelvic birth or when one-fifth of the head is palpable per abdomen.

#### 2.5.4 ¿Qué instrumentos deben utilizarse en un parto vaginal instrumental?

- El obstetra, debe escoger el instrumento más apropiado en función de las circunstancias y sus habilidades.
- Los obstetras deben tener en cuenta que el fórceps y la ventosa están asociados con diferentes riesgos y beneficios. La ventosa se asocia más con fracaso de parto vaginal y el fórceps con lesiones perineales. **[New 2020] A**
- La ventosa de silicona tiene más tasa de fallos pero menos incidencia de traumatismo neonatal. **[New 2020] A**
- En los partos instrumentales por distocia de rotación, la elección del instrumento depende de las circunstancias y experiencia del profesional. Las opciones incluyen fórceps de Kielland, rotación manual seguida de tracción directa mediante fórceps o ventosa o extracción mediante ventosa y rotación. **C**

Table 4. Vacuum extraction as compared with forceps assisted birth

More likely to fail at achieving vaginal birth	OR 1.7; 95% CI 1.3–2.2
More likely to be associated with cephalhaematoma	OR 2.4; 95% CI 1.7–3.4
More likely to be associated with retinal haemorrhage	OR 2.0; 95% CI 1.3–3.0
More likely to be associated with maternal worries about baby	OR 2.2; 95% CI 1.2–3.9
Less likely to be associated with significant maternal perineal and vaginal trauma	OR 0.4; 95% CI 0.3–0.5
No more likely to be associated with birth by caesarean birth	OR 0.6; 95% CI 0.3–1.0
No more likely to be associated with low 5 min Apgar scores	OR 1.7; 95% CI 1.0–2.8
No more likely to be associated with the need for phototherapy	OR 1.1; 95% CI 0.7–1.8

### 2.5.5 ¿Cuándo debemos interrumpir el parto instrumental con ventosa y cómo debe manejarse el parto fallido?

- Debemos interrumpir un parto ventosa cuando no hay evidencia de descenso fetal tras realizar una tracción moderada en cada pujo, siempre y cuando el instrumento esté correctamente aplicado por un obstetra experimentado. **[New 2020]**
- La mayoría de los partos mediante ventosa requieren un máximo de 3 tracciones para que la cabeza fetal alcance el periné. Otras tres tracciones adicionales más suaves pueden ser requeridos para que la extracción fetal sea completa. **[New 2020]**
- Si tras las dos primeras tracciones de la ventosa, se produce un descenso mínimo, se debe considerar si la aplicación de la ventosa es subóptima, si la posición de la cabeza fetal no ha sido correctamente diagnosticada o si existe una desproporción cefalo pélvica. En caso de operadores poco experimentados, se puede considerar parar y pedir una segunda opinión a alguien más experto para reevaluar los hallazgos clínicos, y bien continuar o interrumpir el procedimiento. **[New 2020]**
- Se debe suspender el parto ventosa si ha habido dos "pop-offs" del instrumento. Los operadores menos experimentados deben consultar con otro operador de alto nivel después de un "pop-off" para asegurarse de si deben continuar con el parto vaginal. **[New 2020]**
- Se recomienda la aplicación de presión negativa rápida en el parto ventosa, porque reduce la duración del procedimiento sin diferencias en los resultados perinatales. **[New 2020]**
- El uso de varios instrumentos se asocia con un incremento del traumatismo en el neonato, sin embargo en ciertos momentos, los obstetras deben elegir entre los riesgos/beneficios de la cesárea tras ventosa fallida o el fórceps. **B**
- Los obstetras deben tener en cuenta que existe un incremento de lesiones neonatales tras el uso de varios instrumentos e informar a los neonatólogos para prestar los cuidados pertinentes al recién nacido.
- El uso de varios instrumentos aumenta el riesgo de lesión obstétrica del esfínter anal. **[New 2020]C**

### 2.5.6 ¿Cuándo debemos interrumpir el parto instrumental con fórceps y cómo debe manejarse el parto fallido?

- Interrumpiremos el parto fórceps cuando éste no puede ser aplicado de una forma fácil, si las ramas no se aproximan fácilmente o si no se objetiva un descenso paulatino de la cabeza fetal. **[New 2020] B**

- Interrumpiremos el parto fórceps rotacional si no se logra la rotación de una manera sencilla con una presión suave. **[New 2020]B**
- Interrumpiremos el parto fórceps si no se objetiva descenso fetal tras tres tracciones con el instrumento correctamente aplicado y por un operador experimentado **[New 2020] B**
- Si tras la primera o dos primeras tracciones, el descenso de la cabeza fetal es mínimo, debemos considerar que existe una aplicación inadecuada del instrumento, que la posición de la cabeza fetal no ha sido correctamente evaluada o que existe una desproporción pélvico cefálica. En caso de operadores no experimentados, deben consultar con un experto para evaluar la posibilidad de continuar con el parto vaginal o no. **[New 2020]**
- Tras un parto fórceps fallido, los obstetras deben informar a los neonatólogos para que el neonato reciba la atención adecuada. **[New 2020]**
- Existe un riesgo incrementado de cabeza fetal impactada en las cesáreas realizadas tras parto fórceps fallido. **[New 2020]**

### **2.5.7 ¿Cuál es el papel de la episiotomía en el parto vaginal instrumental?**

- El papel de la episiotomía medio lateral debe ser consensuada con la paciente como parte de la preparación en el parto instrumental. **[New 2020]**
- Dado que no existe una evidencia robusta acerca de la indicación o no de episiotomía en el parto vaginal instrumental, la decisión debe ser valorada en función de las circunstancias y lo consensuado con la paciente.
- La evidencia para apoyar la realización de la episiotomía mediolateral en la asistencia al parto vaginal en términos de prevención de OASI es más fuerte en las mujeres nulíparas y para el fórceps. **[New 2020]B**
- La episiotomía medio lateral debe ser realizada con un ángulo de 60° en el momento de máxima distensión del periné. **[New 2020] B**

## **2.6 Cuidados posteriores al parto vaginal instrumental**

### **2.6.1 ¿Debemos administrar antibióticos profilácticos?**

- Se recomienda la administración de una dosis única de amoxicilina-clavulánico tras el parto vaginal instrumental ya que reduce de manera significativa la infección maternal en comparación con el placebo **[New 2020] A**
- Se recomienda mantenimiento de estándares de higiene y asepsia.

### **2.6.2 ¿Debemos administrar tromboprolifaxis?**

- Se deben reevaluar los factores de riesgo de las mujeres después del parto vaginal instrumental por riesgo de tromboembolismo venoso y la necesidad de tromboprofilaxis

### 2.6.3 ¿Qué analgesia debemos administrar tras el parto?

- Debemos administrar AINES y paracetamol salvo contraindicaciones. **A**

### 2.6.4 ¿Qué precauciones debemos tener con la función urinaria tras el parto?

- Debemos informar a la paciente de la posibilidad de retención urinaria tras el parto y de la importancia de estar pendiente del vaciado de la vejiga en el periodo postparto. **[New 2020]**
- El tiempo y el volumen de la primera micción debe ser registrado **[New 2020]****C**
- Si se sospecha que exista retención urinaria, debemos evaluar el residuo postmiccional.
- En las pacientes en las que hayamos indicado una prueba de parto con anestesia epidural podemos valorar dejar una sonda vesical permanente 6-12 h para prevenir la retención de orina. **[New 2020]**
- Podemos ofrecer fisioterapia del suelo pélvico para prevenir el riesgo de incontinencia urinaria tras 3 meses postparto. **B**

### 2.6.5 ¿Cómo podemos reducir la morbilidad psicológica postparto en las pacientes?

- Establecer una buena comunicación durante el parto, la toma de decisiones de manera consensuada así como el soporte y positivismo continuos durante el trabajo de parto reducen la morbilidad psicológica postparto. **[New 2020]**
- Revisar la indicación del parto vaginal instrumental postparto y recordar si ha existido alguna complicación de cara a futuros embarazos. Lo ideal sería que el obstetra que visita a la paciente sea el mismo que estuvo en el parto.
- Ofrecer apoyo psicológico a aquellas pacientes que hayan tenido un parto vaginal traumático y también a su pareja. **[New 2020]**
- No abordar el tema en una sola sesión, ni realizar intervenciones psicológicas de alta intensidad con un enfoque explícito en “revivir” el trauma **[New 2020]**
- Ofrecer a las mujeres con síntomas persistentes de trastorno de estrés postraumático (TEPT) pasado un mes, derivación a profesionales calificados según la guía NICE sobre TEPT. **[New 2020]**

### 2.6.6 ¿Qué información debemos dar a la paciente de cara a futuros partos?

- Informar de la alta probabilidad de parto vaginal espontáneo en futuros embarazos. **[New 2020] B**
- Individualizar los cuidados en aquellas pacientes que han tenido un desgarro de III-IV grado o que presentan trastornos del suelo pélvico.

## 2.7 Cuestiones legales

### 2.7.1 ¿Qué documentación debe ser completada para un parto vaginal instrumental?

- Información detallada sobre la asistencia al parto, indicación y conducta en el procedimiento, cuidados postnatales e información de cara a futuras gestaciones. **[New 2020]**
- Registro de la toma de muestras de pH sangre de cordón **[New 2020]**
- Registro de complicaciones que incluyan parto vaginal fallido, hemorragia obstétrica, lesión del esfínter anal, distocia de hombros... **[New 2020]**

### 2.7.2 ¿Cómo debemos manejar las complicaciones graves?

- Hacer seguimiento del curso de la paciente y el neonato tras las complicaciones. **[New 2020]**
- Debemos ser sinceros, tenemos la responsabilidad profesional de ser honestos con los pacientes cuando las cosas van mal **[New 2020]**
- Contribuir a la notificación de eventos adversos y participar en revisiones periódicas y auditorías. Responder constructivamente a los resultados de las revisiones, tomando las medidas necesarias para abordar cualquier problema y llevar a cabo una nueva formación cuando sea necesario. **[New 2020]**
- Las maternidades deben proporcionar un marco seguro y de apoyo para apoyar a las mujeres, sus familias y al personal cuando ocurren eventos adversos graves **[New 2020]**