

## Uso actual del extractor de vacío

Gilberto Ramírez Cueto,\* Gilberto Ramírez Bergeron\*

Con el aumento en la incidencia de la operación cesárea ha disminuido la utilización de fórceps a grados muy bajos en la práctica privada; sin embargo, en los servicios asistenciales es un instrumento común cuando se requiere.

Debe considerarse el temor del obstetra por ser demandado, aun injustificadamente, y que han sido pocas las oportunidades de enseñar la práctica del extractor de vacío. En la actualidad, la operación cesárea es el método de elección en la prolongación del segundo periodo del parto.

El propósito de este artículo es describir, someramente, la relativa bondad del extractor de vacío, que de ninguna manera es un instrumento nuevo, pues en 1953 Tage Malstrom reportó el que se construyó conforme su idea y su uso.

En México, los doctores Río de la Loza y Septién publicaron (1961) un artículo en el que señalaron la historia y utilización del extractor de vacío. Tiempo después, Ramírez Soto y McGregor describieron (1966), particularmente, su utilidad. Ambos trabajos concluyen que el extractor de vacío de metal o acero proporcionan buenos resultados en partos con presentaciones bajas, ya que en las altas ocasiona mayores lesiones fetales, en comparación con las originadas por fórceps.

El trabajo de parto es más largo en las pacientes primigrávidas que en las multíparas. En el segundo periodo del parto, el obstetra decide cuánto tiempo debe vigilar

juiciosamente para esperar el nacimiento espontáneo, siempre y cuando no haya condiciones que ameriten la utilización de fórceps o el extractor de vacío, incluso la práctica de la operación cesárea.

En la institución de los autores se utiliza el extractor de vacío desde 1992. En Estados Unidos se estima una frecuencia de 6% en los partos, incluidas 50,000 intervenciones anuales hasta el 2002, entre las que destacan extracciones no sólo de salida, si no de presentaciones más altas que quizá originaron las lesiones reportadas en algunos neonatos.

El extractor de vacío es fácil de aplicar en neonatos con presentaciones bajas; también es relativamente inocuo y las pacientes requieren poca anestesia.

Las recomendaciones en presentaciones fetales bajas, cuya indicación principal es materna y solamente en el llamado fórceps de salida, comprenden:

- 1) Cuando el cuero cabelludo fetal es visible en el introito, sin separar los labios vaginales.
- 2) Cuando el cráneo ha bajado al piso pélvico.
- 3) Si la sutura sagital coincide con el diámetro anteroposterior; también localizada hacia la derecha, izquierda (OIIA, OIIA) o posterior directa.
- 4) Cuando la cabeza fetal está en el periné.
- 5) La rotación es menor a 45°.

Estas son las recomendaciones para utilizar el extractor de vacío y sólo cuando haya indicación materno-fetal para que su aplicación siempre sea exitosa.

Las indicaciones más frecuentes son:

- a) Falta de evolución del trabajo de parto.
- b) Acortar el segundo periodo del trabajo de parto (problemas maternos: cesárea previa, cardiopatía, enfermedad cerebrovascular, cansancio para pujar).
- c) Sufrimiento fetal agudo (debe terminar el parto con el extractor o fórceps, y si las condiciones lo permiten, practicar la cesárea).

\* Servicio de Ginecoobstetricia, Hospital Médica Sur, Santa Teresa.

Correspondencia: Dr. Gilberto Ramírez Cueto. Acueducto Río Hondo núm. 26, colonia Lomas Virreyes, México, DF. E-mail: giracu@yahoo.com.mx  
Recibido: junio, 2008. Aceptado: julio, 2008.

Este artículo debe citarse como: Ramírez CG, Ramírez BG. Uso actual del extractor de vacío. Ginecol Obstet Mex 2008;76(10):629-31.

La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

Contraindicaciones:

- 1) Inexperiencia del obstetra.
- 2) Duda en la variedad de la posición.
- 3) Neonato con presentación alta.
- 4) Antecedente fallido del uso de fórceps.
- 5) Fetos menores de 34 a 35 semanas de gestación.

Para utilizar el extractor de vacío con la debida supervisión, se selecciona una paciente cuya presentación del neonato se encuentre, prácticamente, en el periné, y que ésta no pueda expulsarlo, ya sea porque el peso neonatal es superior a 3,500 g, la fuerza de contracción es insuficiente para su expulsión o por cansancio materno. En la actualidad, el extractor de vacío se construye con material plástico y es mucho más ligero que los anteriores, en comparación con el modelo original de Maltstrom. Además, el manómetro para ejercer vacío se encuentra adherido al tubo de plástico que lo conecta con la copa (figuras 1 y 2, el último más fácil de operar).



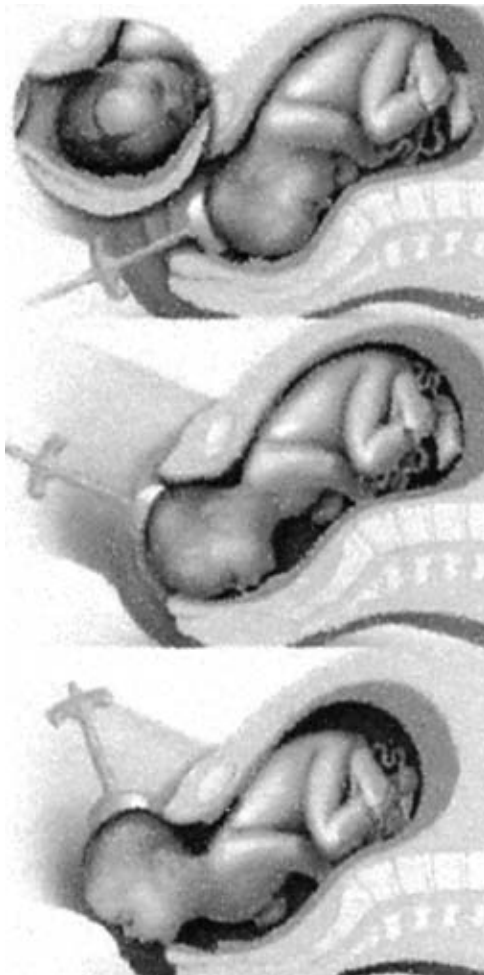
**Figura 1.** Extractor de vacío Maltstrom modificado con manómetro.

Técnica de aplicación:

- a) Valorar la pelvis materna, principalmente en pacientes primigestas, que la vejiga se encuentre vacía y la fuente rota.
- b) Conocer la variedad de la posición fetal.



**Figura 2.** Extractor de vacío Maltstrom actual con manómetro integrado.



**Figura 3.** Aplicación y uso del instrumento.

- c) Colocar la copa del extractor en el punto pivote. Se sitúa sobre la sutura sagital, más o menos dos centímetros anteriores de la fontanela posterior.

En este momento se introduce la copa del extractor, se fija en el cráneo del neonato, se aplica una ligera presión de vacío, de 50 a 100 mmHg (presión negativa), y se bombea hasta la zona amarilla (figura 2). Cuando se identifica la colocación de la copa (de preferencia Silastic) y se sitúa sobre el punto pivote, se ejerce presión hasta 350 o 400 mmHg y se realiza la tracción del neonato (debe realizarse en el eje pélvico y siempre coincidir con la contracción uterina). Al seleccionar presentaciones bajas, el eje y la tracción deberán ejercerse con la mano derecha, dirigirla hacia abajo (para flexionar la cabeza) y con la

izquierda auxiliar la maniobra para obtener la resultante en el eje pélvico (figura 3). Cuando la cabeza está prácticamente fuera, se hace la tracción hacia arriba y se practica una episiotomía, lo más pequeña posible; posteriormente se retira el extractor y se produce el parto.

El extractor de vacío “es menos agresivo” que el fórceps. Este último ocasiona más desgarros vaginales, ya que el eje transversal del conducto vaginal está aumentado por el grosor de las hojas del instrumento; sin embargo, deberá valorarse el conducto del parto cuando termine la expulsión de la placenta. Es raro que el extractor ocasione desgarros cervicales, aunque puede originar lesiones de la mucosa vaginal, las cuales deberán repararse.

Las lesiones debidas a este instrumento son menos serias que las originadas por fórceps; por esto sólo se recomienda el extractor de vacío cuando esté debidamente indicado. El pediatra se encargará de la valoración del neonato, pues los cefalohematomas son más frecuentes en recién nacidos en los que se utiliza el extractor de vacío. Las lesiones son muy raras cuando se coloca el extractor en presentaciones bajas.

Una vez que se tenga experiencia suficiente para manipular este instrumento podrá utilizarse en presentaciones más altas, lo que influirá en el descenso de las cesáreas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Río de la Loza F, Septién JM. Utilidad del extractor de vacío en la práctica obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* 1961;16:543-96.
2. Ramírez-Soto E, McGregor C. Estudio comparativo de morbilidad neonatal en niños nacidos con extractor de vacío, fórceps y parto normal. *Ginecol Obstet Mex* 1966;21:983-95.
3. Benítez-Salgado F. Tesis de posgrado “Estado actual de la utilización de fórceps en la Institución Ginecoobstétrica Santa Teresa”. Universidad Anáhuac 1999;14-22.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. *Gynecol Obstet* 2005;17:640-7.
5. Rodríguez-Argüelles J, Saldaña-García R. Las operaciones con el fórceps obstétrico. *PAC GO-4* 2008;828-9.
6. Kosciak DO, Gimovsky M. Vacuum extraction. *Obstet Manage* 2002;14(4):88-94.
7. Pope CS, O’Grady J, Hoffman D. Vacuum extraction. *E Med*, 2007.
8. Muise KL, Duchon MA, Brown RH. The effect of artificial caput on performance of vacuum extraction. *Obstet Gynecol* 1993;81:170-3.
9. Cunningham FG, Gant F, Leveno KJ, Gilstrap LC, et al. *Williams Obstetrics*. 21st ed. New York: McGraw-Hill, 2001;pp:503.