

---

# Utilización de la ventosa del parto para embarazos con distocia de presentación.

## Use of labor cupping in pregnancies with dystocia.

Danny Gabriel Salazar Pousada \*  
Natasha Haydee Vélez Sáenz \*\*

---

### RESUMEN

Las ventosa de parto es un instrumento facilitador en la extracción del feto que debe ser tomado en consideración en las distocias del parto. Se conoce muy poco de este instrumento ya sea por falta de socialización por temor a utilizar instrumentos nuevos que pudiesen provocar demandas por supuesta mala práctica médica o, porque simplemente es más fácil y rápido solucionar una distocia del parto con una cesárea; pero no siempre esta última es la opción correcta. La utilización satisfactoria de la ventosa del parto no aporta mayor riesgo de hemorragia intracraneal al feto en comparación a la cesárea durante el trabajo de parto, por lo cual debemos conocer esta alternativa en la asistencia del parto.

**Palabras clave:** Distocia. Ventosa del parto. Hemorragia intracraneal.

### SUMMARY

The labor cupping is an instrument that makes the extraction of the fetus easy, and it must be taken into account in labor dystocias. This instrument is unknown because of the lack of socialization for the fear of using new instruments that could result in law suits for malpractice or just because is easier and faster to solve a labor dystocia with a cesarean; although this last option is not always the correct one. The satisfactory use of labor cupping does not cause any risk of an intracranial hemorrhage to the fetus compared to a cesarean during labor. For all of this we should know about this alternative in-labor assistance.

**Keywords:** Dystocya. Cupping labor. Intracranial hemorrhage.

---

### Introducción

La ventosa del parto o también conocido como vaccum extractor, es un instrumento de asistencia del parto; es un facilitador del mismo que se utiliza en situaciones de riesgo<sup>9,27</sup> (parto prolongado o sufrimiento fetal), para evitar complicaciones o el peligro quirúrgico que implica una cesárea con trabajo de parto.

Generalmente se indica utilizar este instrumento de asistencia del parto en:

- Detención prolongada del proceso del parto.
- Ausencia o disminución de contracciones maternas.
- Sufrimiento fetal.
- Fatiga materna durante el parto.
- Falta de cooperación por parte de la madre.
- Exceso de anestesia.

Para lograr una práctica adecuada con dichos instrumentos se deben cumplir los requisitos enunciados a continuación:

- Conocimiento absoluto del instrumento que se va a utilizar.
- Ruptura de membranas espontánea o artificial.
- Vaciamiento vesical y rectal.
- Cabeza fetal encajada en la pelvis.
- Cérvix completamente dilatado.
- Conocer perfectamente la posición y altura de la cabeza fetal para la correcta colocación del instrumento.
- Registro de frecuencia cardiaca fetal normal. El registro normal debe tener una duración de más de 2 horas en nulíparas o más de 1 hora en múltiparas<sup>11,17</sup>.

---

84 \* Doctor en medicina y cirugía, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

\*\* Médico, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

Es importante señalar que está contraindicado en casos de:

- Prolapso de cordón.
- Abrupto placentario.
- Bradicardia tanto fetal como materna.
- Desproporción cefalopélvica.
- Prematuridad fetal (menos de 36 semanas).
- Anomalía materna o fetal seria.

### Definición

La ventosa del parto o también denominado vacuum extractor es un instrumento de apoyo en complicaciones de la fase expulsiva del proceso del parto<sup>10,12,23</sup>.

Su estructura está conformada por una especie de copa metálica o plástica que se inserta por vía vaginal y se adhiere a la cabeza fetal, aproximadamente a 3cm de la fontanela posterior<sup>26,30</sup>. Esta copa o ventosa se encuentra unida a una máquina de succión que puede ser manual o eléctrica, figura 1. Para el correcto funcionamiento de la máquina de succión se requiere una presión al vacío de 0,7 a 0,8kg/cm<sup>2</sup> la cual se demora aproximadamente 7 minutos en conseguirlo<sup>13</sup>. Una vez que la presión establecida esté completa, se procede a realizar lentamente la extracción del feto por el canal vaginal con la ayuda de las contracciones uterinas<sup>20</sup>.

**Figura 1**  
Vacuum extractor con ventosa plástica



**Fuente:** Pope CS, O'Grady JP, Hoffman D. "Vacuum Extraction" Publicaciones Emedicine. Dirección: <http://www.emedicine.com/med/topic3389.htm>, 2004.

La copa del vacuum puede ser de dos tipos rígida o flexible, figura 2. La copa rígida presenta forma de hongo y es básicamente fabricada de acero inoxidable (diseño Malmström, Bird y O'Neil).

La copa flexible o suave presenta forma de cono y es básicamente fabricada de plástico elaborado de polietileno, poliuretano o silicona<sup>29</sup>, estos materiales dan la flexibilidad al instrumento. Todas las copas presentan vacuum interno, puerto de succión, manubrio, tubo de succión y cadena de tracción (excepto el diseño Malmström). Las copas flexibles o suaves producen menos trauma cefálico al feto pero tienen mayor incidencia de fracaso por desprendimiento en comparación a las copas rígidas<sup>14,15,21,30</sup>.

**Figura 2**  
Ventosa metálica y ventosa plástica



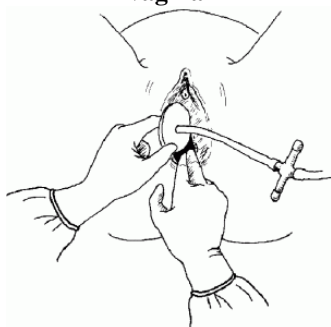
**Fuente:** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia: "Asistencia al parto" Dirección: [www.sego.es](http://www.sego.es)

### Manejo del Instrumento

Para el manejo adecuado del instrumento, se sugiere primero tener conocimiento cabal para lo que se vaya a utilizar; existen procedimientos generales que deberán cumplirse al momento de la utilización de la ventosa del parto, los cuales indicamos a continuación.

1. Vestimenta adecuada de la paciente con sus respectivos campos quirúrgicos
2. Correcta asepsia y antisepsia del área a intervenir.
3. Revisar la posición y situación fetal para establece la orientación correcta del instrumento. Si existen dudas de la posición fetal se debe realizar nuevamente examen pélvico o realizar un eco abdominal.
4. Asegurar que el dispositivo de succión esté en óptimas condiciones.
5. Insertar la copa lubricada con solución estéril o jabón quirúrgico<sup>21</sup>. Si se aplica una copa suave, ésta es parcialmente colapsada por la mano del operador introducida por el canal vaginal. Las copas rígidas son introducidas lateralmente, separando suavemente los labios vaginales, figura 3.

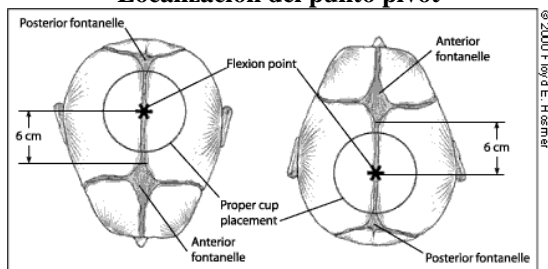
**Figura 3**  
Colocación de la ventosa metálica en el canal vaginal



**Fuente:** Department of Reproductive Health and Research of the World Health Organization, Managing complications in pregnancy and childbirth. Procedures. Dirección: [http://www.who.int/reproductivehealth/impac/Procedures/Vacuum\\_extraction\\_P27\\_P31.html](http://www.who.int/reproductivehealth/impac/Procedures/Vacuum_extraction_P27_P31.html), 2003.

6. Se realiza una episiotomía si no se puede introducir la copa de succión, esto es más común con las copas metálicas<sup>9,22</sup>.
7. Palpar la sutura sagital y asegurar la posición correcta de la copa sobre la cabeza fetal. Debe estar en posición central sobre el punto pivó, el cual anatómicamente está sobre la sutura sagital del cráneo fetal, aproximadamente 6cm posterior al centro de la fontanela anterior o de 1 a 2cm. anterior a la fontanela posterior, figura 4.

**Figura 4**  
Localización del punto pivó

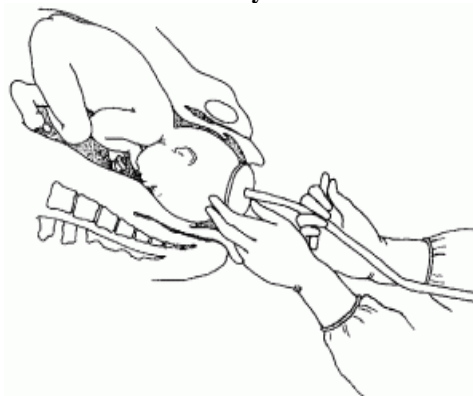


**Fuente:** Putta LV, Spencer JP: Assisted Vaginal Delivery Using the Vacuum Extractor, Editorial American Family Physician, Vol. 62, No. 6.

8. Una vez verificada la posición correcta del punto pivó es colocada la copa sobre ella y se aplica una presión negativa parcial de 0,2 kg/cm<sup>2</sup> para mantener la copa en posición mientras se revisa nuevamente su correcta posición<sup>9</sup>. Además, se verifica si existe alguna estructura del canal vaginal sobre la copa de succión.
9. Una vez asegurada la posición de la copa sobre la cabeza fetal se procede a aplicar una presión negativa de 0,8kg/cm<sup>2</sup>, lo cual se consigue en aproximadamente 7 minutos<sup>13</sup>.

10. Se realiza tracción del feto paralelamente con las contracciones. Puede mantenerse la presión establecida o puede reducirse entre contracciones según el criterio del operador, ambas técnicas son aceptables. Durante la tracción la mejor técnica es colocar la mano menos dominante dentro de la vagina, colocando el pulgar sobre la copa del extractor y uno o más dedos sobre el cráneo del feto. De esta manera se puede verificar el ángulo de tracción y la colocación de la copa sobre la cabeza fetal, figura 5.

**Figura 5**  
Colocación de manos y extracción del feto



**Fuente:** Department of Reproductive Health and Research of The World Health Organization, Managing complications in pregnancy and childbirth. Procedures. Dirección: [http://www.who.int/reproductivehealth/impac/Procedures/Vacuum\\_extraction\\_P27\\_P31.html](http://www.who.int/reproductivehealth/impac/Procedures/Vacuum_extraction_P27_P31.html)

11. Se debe realizar episiotomía, para facilitar la salida del feto.
12. Posterior a la extracción del feto se observa si hubo lesiones fetales y/o maternas.

### Recomendaciones

1. Realizar de 4 a 5 tracciones. El 85% de los partos requieren 4 tracciones o menos para la expulsión del feto<sup>21</sup>.
2. Limitar a 2 ó 3 despegos el desprendimiento de la copa. En ocasiones la copa de succión no permanece adherida correctamente a la cabeza del feto y requiere ser aplicada nuevamente lo cual retrasa más el parto, esto ocurre con mayor frecuencia con las copas de plástico.
3. La intervención debe durar máximo 30 minutos.
4. No se puede hacer rotación del feto con el vacuum funcionando. Si se requiere rotación se la realizará manualmente.

5. Sólo se debe realizar la tracción durante las contracciones maternas. Además, debe haber la ayuda de los pujos de la madre.
6. En caso que el procedimiento dure más de 30 minutos, se presenten más de 3 despegos o no exista avance durante la tracción, se considera como una intervención fallida y debe reevaluarse la situación.

### Morbilidad

La incidencia de daño fetal severo por vacuum es de 0.1 a 3 casos por cada 1.000 extracciones realizadas y las complicaciones maternas son menores en comparación al uso de fórceps o cesárea<sup>21</sup>.

### Complicaciones maternas

- Desgarros vaginales y/o cervicales. Se ha observado desgarros severos en el 10% a 30% de las mujeres, los cuales son solucionables con la sutura apropiada<sup>21</sup>.
- Ampliación de la episiotomía realizada la cual es solucionado con una sutura apropiada.

### Complicaciones fetales

- Céfalo hematoma que se resuelve entre 3 a 8 semanas<sup>5,9,13</sup>.
- Hemorragia subglial o subaponeurótica, es la complicación más peligrosa.
- Laceraciones sobre la cabeza del recién nacido.
- Hemorragia retiniana.
- Hemorragias intracraneales.

No existe evidencia de complicaciones neurológicas a largo plazo con el uso de vacuum extractor, hecho respaldado por un estudio de tipo cohorte con 295 niños nacidos por vacuum extractor y 302 niños nacidos por parto espontáneo a la edad de 10 años, posterior al parto. Los resultados demuestran que los niños de ambos grupos presentaron adecuado desarrollo madurativo valorado en actuación escolar, habilidad de cuidado propio y estatus neurológico similar<sup>21</sup>.

### Conclusión

Debido al alarmante aumento en los índices de cesárea en Latinoamérica, es recomendable que

los médicos especialistas y obstetras tengan conocimiento y capacitación sobre el uso de los instrumentos de asistencia del parto.

Actualmente, hay una mayor tendencia a utilizar el vacuum extractor por su baja incidencia de lesiones, de manera que la entrega satisfactoria por vacuum no aporta mayor riesgo de hemorragia intracraneal en comparación a la cesárea durante trabajo de parto<sup>28</sup>.

Finalmente, cabe cuestionarse si la utilización de la ventosa del parto es más segura que utilizar fórceps<sup>16,18,19</sup> o realizar una cesárea con trabajo de parto, ¿por qué no se lo utiliza?. Probablemente la falta de conocimientos y experiencia sobre su utilización, es la principal causa. Otro inconveniente sería que los profesionales prefieren evitar demandas por la supuesta mala práctica realizada con instrumentación. En la actualidad, realizar una operación cesárea es más fácil, se obtiene mayor rédito económico y en ocasiones es una intervención más rápida, aunque no necesariamente es la más indicada. Cabe preguntar, ¿Se hace lo más fácil o lo correcto?

### Referencias bibliográficas

1. Alcazar J: Instrumentación durante el parto. Publicaciones Clínica Universitaria de Navarra, septiembre 2008. Dirección: <http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/futura-mama/instrumentacion-durante-el-parto>.
2. Althabe F: Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. The WHO Reproductive Health Library 2002. Dirección: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/2nd\\_stage/facom/en/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/facom/en/)
3. Alonso UR, Cárdenas Y, Crespo Y, Félix Y, Izquierdo M: Comportamiento de los recién nacidos con instrumentación en el parto. Rev. Cubana Pediatría 2003; 75 (4): 12-7.
4. Balderrama, F: Parto. Situaciones especiales. Galenored 2004. Dirección: [http://www.galenored.com/bolivia/reportajes/parto\\_situaciones\\_especiales.htm](http://www.galenored.com/bolivia/reportajes/parto_situaciones_especiales.htm).
5. Benedetti TJ: Birth Injury and Method of Delivery. New England Journal of Medicine 1999, 341(23):1758-1759.
6. Bolaños H. Trabajo de parto anormal (Distócico). Dirección: <http://losprofesionales.net/hebol/Archivos/partoanormal.pdf>

7. Borberg C: Ventosa Obstétrica. Fertilab 2005. Dirección: [http://www.fertilab.net/om\\_43\\_44.html](http://www.fertilab.net/om_43_44.html).
8. Carmona G: Casos de responsabilidad médica en Parto Instrumentado. Rev. Médico Legal 2006, 12 (1): 38-40
9. Davis V: New and underused technologies to reduce maternal mortality. The Lancet 2004, 363 (3): 75-76.
10. DeSantiago J, Cores M, Hernández G: Ventosa Obstétrica. Ciencia Ginecológica, 2005; 9 (3): 124-131
11. El parto. Página informativa de Ginecweb. Dirección: <http://www.ampersandsi.com/gineweb/embarazopartopuerperio/parto.htm#inicio>
12. El parto instrumentado. Universo de mujeres 2009. Dirección: [http://www.universodemujeres.com/embarazo/parto\\_instrumental/index.html](http://www.universodemujeres.com/embarazo/parto_instrumental/index.html)
13. Herruzo A: "Situación actual de la mortalidad materna e infantil". Publicaciones de la agencia española de cooperación internacional para el desarrollo. Dirección: [www.aecid.es/vita/docs/ftp/ponencia-alfonso-herruzo.pdf](http://www.aecid.es/vita/docs/ftp/ponencia-alfonso-herruzo.pdf)
14. Hopkins J. Ginecología y Obstetricia. 2da Ed, Editorial Marbán, Madrid-España 2005, 87-88.
15. Johanson RB, Menon BKV: Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery. Cochrane Library 2001; 4:1-8.
16. Johanson RB, Menon BKV: Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000224.
17. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam M: Profilaxis antibiótica para el parto vaginal instrumentado. Biblioteca Cochrane, 3 2008.
18. Martínez J, Veiga M, Díaz C: El fórceps. Ese nuevo-viejo instrumento. Rev. Med. Segó 2006, 2(1).
19. Parto instrumental - Fórceps. Crecer juntos 2009. Dirección: <http://www.crecerjuntos.com.ar/partoinstrumental.htm>
20. Parto vaginal asistido con fórceps o ventosas. Babycenter 2008. Dirección: [www.babycenter.es/pregnancy/parto\\_atipico/forceps\\_y\\_ventosas/](http://www.babycenter.es/pregnancy/parto_atipico/forceps_y_ventosas/)
21. Pérez N, Hernández J, Alonso M: "Utilización del instrumental: fórceps, ventosas, espátula". MAPFRE 2006. Dirección: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/forc eps-ventosas-espautulas.shtml>,
22. Pope CS, O'Grady JP, Hoffman D: Vacuum Extraction. Emedicine 2008. Dirección: <http://www.emedicine.com/med/topic3389.htm>
23. Putta LV, Spencer JP: Assisted Vaginal Delivery Using the Vacuum Extractor. American Family Physician septiembre 15, 2000; 62 (6).
24. Requena J, Isla A, Zayas M, Sixto G: Parto instrumentado en la distocia de rotación. Resultados maternoperinatales (1997-2002). Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología 2005; 31(2).
25. Rodríguez J, Gómez A, Melchor J: La patología neonatal asociada al proceso del parto. Rev. Asociación Española de Pediatría 2004; 21: 161-168.
26. Rubio G: Conoce como será el momento del parto. Terra Mujer 2009. Dirección: <http://mujer.terra.es/muj/articulo/html/mu27396.htm>
27. Sakala: Un apoyo continuo durante el parto proporciona importantes beneficios para la madre y el bebé. Holistika 2003. Dirección: [www.holistika.net/busqueda/articulo.asp?artid=349](http://www.holistika.net/busqueda/articulo.asp?artid=349)
28. Silva, J: El parto instrumentado. Bienestar materno fetal 2005. Dirección: <http://www.drjaviersilva.com/forceps.htm>
29. Towner D, Castro M, Eby-Wilkens M, Gilbert W: Effect of Mode of Delivery in Nulliparous Women on Neonatal Intracranial Injury. NEJM 1999; 341:1709-14.
30. Vacuum assisted delivery systems. Utah Medical products Dirección: <http://www.utahmed.com/vacuumdelivery.htm>

**Dr. Danny Salazar Pousada**

**Teléfono: 593-04-2272885; 091821181**

**Correo electrónico: drdannysalazar@yahoo.com**

**Fecha de presentación: 26 de mayo de 2008**

**Fecha de publicación: 15 de diciembre de 2009**

**Traducido por: Estudiantes de la Carrera de Lengua Inglesa, Mención traducción, Facultad de Artes y Humanidades. Responsable: Srta. Jamilet Loayza Romero.**