

## LAS ESPATULAS DE THIERRY

Doctores **Alvaro Velasco Ch.** y **Bernardo Handszer Guss.**\*

Este nuevo instrumento, ideado por E. Thierry, de Francia, fue diseñado para auxiliar el parto durante el período expulsivo de las presentaciones cefálicas. Su objetivo principal es disminuir el traumatismo materno fetal.

De acuerdo a las informaciones de su autor, es un instrumento ideal para estos menesteres. El presente trabajo, ejecutado en el Instituto materno-infantil "Concepción Villaveces de Acosta", hace un análisis de los resultados obtenidos durante los años de 1962 y 1963, en trescientos casos. El personal ejecutante pertenece a la Universidad Nacional de Colombia en cuyas manos se encuentra la atención asistencial del mencionado Instituto.

### *Material y métodos*

#### *Descripción del aparato*

Es necesario aclarar que la diferencia específica con el fórceps radica en que las espátulas no son una pinza; en consecuencia, carecen de ar-

ticulación. Son dos palancas independientes de 40 cms de longitud y cada una está constituida por dos partes bien diferenciadas: las espátulas propiamente dichas y los mangos.

Las espátulas propiamente dichas tienen una longitud de 16 cms por una anchura de 5,5 cms. No tienen ventanas, carecen de curva cefálica pero poseen en cambio una curva facial y la contra-curvadura es muy poco acentuada. Su borde anterior es casi rectilíneo y su borde posterior ligeramente curvo. La longitud de las espátulas sobrepasa ampliamente la longitud de los diámetros cefálicos fetales lo cual facilita su manejo y su modo de acción.

Los mangos, de 24 cms de longitud, son muy angostos en la parte con la cual se unen a la espátula propiamente dicha y se amplían en su extremidad posterior o distal. En su borde inferior poseen unas depresiones para el apoyo de los dedos.

En su conjunto son casi rectilíneas y no existe más sino una pequeña

\* Del Instituto de Protección Materno-Infantil de Bogotá.

curva pelviana sin la contracurva correspondiente.

### *Modo de acción*

Su acción estriba en su efecto de palanca que se constituye en cada una de sus ramas automáticamente, una vez que se han aplicado y se comience la tracción.

Puede afirmarse que no es un instrumento prensor; su función es casi únicamente de extractor. Esta es una diferencia funcional con el fórceps el cual no puede cumplir su cometido de extractor sin llenar previamente la función de prensión. Esta es una de las razones por las cuales se disminuye la agresión fetal.

La palanca tiene su punto de resistencia a nivel de la cara fetal y *sólo sobre ella*. La fuerza se ejerce en los mangos y el punto de apoyo se encuentra a niveles variables de la pared pélvica.

Es necesario recalcar que la palanca no la forma el obstetra. Ella se efectúa sola, automáticamente, al ejercer la tracción.

La tracción hecha sobre los mangos tiende a separar las espátulas que se encuentran aplicadas sobre la cara fetal pero este movimiento de desplazamiento se halla impedido por la pared pélvica estableciéndose así el punto de apoyo el cual desciende a medida que la tracción haga progresar la presentación en la cavidad pélvica.

La posibilidad de escape está descartada. Esta tendencia permanente a desplazarse hacia afuera disminuye la presión, en el sentido transverso, sobre la cabeza fetal. El progreso del polo cefálico se encuentra favorecido por la disminución de la resistencia vagino-perineal que las espátulas ofrecen gracias a su amplia anchura y al mecanismo de palanca.

Existen en resumen, dos funciones inherentes al instrumento: una de extractor y otra de separador vulvo-vagino-perineal. Esta última función se cumple con la parte proximal de las espátulas propiamente dichas, las cuales no se apoyan sobre la cara fetal sino que separan los tejidos, disminuyendo la resistencia materna al ovoide fetal, siendo de esta manera necesario hacer una tracción menor. A su vez evita el estiramiento longitudinal de los tejidos vagino-perineales con reducción futura de prolapso y celes.

Las espátulas se denominan derecha e izquierda según la mano con la cual se manejan y no según el lado materno en el cual quedan colocadas.

### *Técnica de aplicación*

Antes de iniciar la descripción de la técnica de aplicación precisaremos algunos *principios básicos de rígida observancia*:

a) *Toma*. La toma transversa es de obligatoria exactitud. No deben hacerse temas oblicuas ni antero-posteriores.

b) *Paralelismo*. Una vez aplicadas las espátulas deben permanecer paralelas entre sí, tanto en su sentido longitudinal como en su plano sagital. Este paralelismo se rompe sólo durante las maniobras de rotación que describiremos posteriormente.

Nunca se aproximarán los mangos entre sí. Al hacerlo los picos de las espátulas se separan y pueden herir el cuello uterino. Tampoco se separan los mangos de las cucharas por riesgo de desgarro perineal y traumatismo sobre el cuello fetal.

Si durante la tracción las espátulas pierden su paralelismo sagital o sea que una o ambas rotan sobre su eje longitudinal, debe suspenderse la tracción y rectificar la toma pues ello es índice de aplicación defectuosa (tomas oblicuas) ó de haber hecho una aplicación muy alta en cuyo caso debe esperarse mayor descenso de la presentación antes de hacer un nuevo intento de aplicación.

Este paralelismo también puede perderse cuando no se está haciendo la tracción en el sentido correcto.

La pérdida del paralelismo es pues un indicio de algo anormal en cuyo caso habrán de rectificarse las condiciones de aplicación.

c) *La tracción*. La tracción no se efectúa en el sentido del eje del canal pélvico, sino en el mismo sentido del diámetro suboccipito-mentoniano para evitar la deflexión cefálica. Hemos visto en nuestra experiencia que también pueden hacerse traccio-

nes en el eje mento-occipital. Vale decir, en las variedades anteriores, los mangos estarán en declinación variable hacia el pubis; en las transversas, hacia el muslo. En las variedades posteriores los mangos se inclinan hacia la tuberosidad isquiática. Hemos preferido siempre, en las variedades oblicuas posteriores hacer rotación antes de iniciar la tracción.

d) Las espátulas no deben introducirse excesivamente. Las espátulas propiamente dichas sobrepasan los diámetros de la presentación y por tanto siempre resta una porción de ellas (2 a 4 cms) por debajo del punto más inferior de la presentación.

Si se observan con obstinación las anteriores premisas, la extracción fetal se facilitará notoriamente. Expliquemos ahora sí la técnica de aplicación y el correcto manejo del instrumento.

### 1º. *Introducción de las espátulas*

Para la introducción de las espátulas se sigue la misma técnica que se indica para el fórceps. No insistiremos por ello en este detalle. La única diferencia se detallará al resumir, posteriormente, la maniobra de Quiñones.

### 2º. *La tracción*

La tracción se efectúa en el sentido del diámetro sub-occipito-mentoniano o en el diámetro mento-occipital.

Al hacer la tracción se tendrá la sensación de que el polo cefálico desciende libremente en la excavación pelviana; parece deslizarse entre las ramas de las espátulas. Esta tracción se hará suavemente. La salida muy brusca de la presentación, caso por demás frecuente, puede lacerar los tejidos blandos. La cabeza fetal se lleva hasta la gran coronación momento en el cual se retiran las espátulas y el resto del desprendimiento del primer polo se efectúa fácilmente con contrapresión perineal o una suave maniobra de Kristeller.

### 3<sup>o</sup>. *La rotación*

En las variedades oblicuo anteriores o transversas puede hacerse la rotación simple: toma directa y rotación dirigiendo los mangos desde su posición original hasta el pubis, recorriendo un arco de 45 a 90 grados, según el caso.

Pero puede efectuarse la singular maniobra del tobogán, que se ejemplariza a continuación.

Variedad occipito izquierda anterior:

a) Introducción de las espátulas y toma directa.

b) Cruzamiento de los mangos. La espátula izquierda se adelanta hasta formar con la derecha un ángulo de cruzamiento de más o menos 30 grados, conservando siempre el paralelismo sagital\*.

c) Separación y desplazamiento de la espátula. La espátula izquierda que hemos cruzado anteriormente se desplaza, en arco, en un movimiento hacia la izquierda del operador que comprende 30 a 45 grados hasta llegar a la extremidad derecha del diámetro transversal. Durante su recorrido ha pasado por debajo de sínfisis pública y bajo rama iliopúbica derecha.

La presentación habrá rotado hasta O. P. En ocasiones es necesario hacer dos veces esta maniobra pero la mayoría de las veces se logra en el primer intento.

d) Reposición de la cuchara derecha. La espátula derecha que hasta entonces permaneció fija brinda un plano de deslizamiento para la presentación; una vez rotada ésta, se asciende la espátula derecha hasta la extremidad izquierda del diámetro transversal de la pelvis.

Al restablecerse los paralelismos se inicia la tracción.

La maniobra de tobogán provoca la flexión, rotación y descenso de la presentación. Se debe efectuar con ferencia durante una contracción uterina.

Durante el movimiento de cruzamiento de los mangos la espátula anterior se traslada del diámetro occipito mentoniano al diámetro suboccipito nasal. Durante el movimiento de separación y desplazamiento de la espátula, ésta hace presión sobre la cara del feto provocando su rotación.

\* Con este movimiento, la espátula se ha dirigido hasta frente a la rama pública izquierda.

La rotación para las variedades oblicuas anteriores derechas, se hace de igual manera más en sentido contrario; la espátula rotadora es la derecha.

En las variedades transversa puede utilizarse la maniobra del tobogán; el arco de desplazamiento será mayor. Puede utilizarse también la maniobra de Quiñones.

En las variedades posteriores hemos preferido utilizar el método de rotación de Quiñones por considerarlo más fácil de ejecutar. Esta maniobra está descrita por su autor en detalle por lo cual no la describiremos sino someramente:

Ejemplo de aplicación para O. D. P.

Se introduce la espátula izquierda invertida, en la extremidad posterior del diámetro oblicuo derecho, se presiona sobre la presentación y durante una contracción se inicia un movimiento de desplazamiento hacia la extremidad posterior del diámetro oblicuo izquierdo, pasando por delante del sacro. Con este movimiento se logra la rotación hasta O. D. A. (rotación de 90 grados). Si se ha logrado fácilmente, se lleva hasta O. P. Se deja la espátula en su sitio y luego se introduce la espátula derecha en el lugar correspondiente. Se puede iniciar la tracción al cumplirse el paralelismo.

#### *Evaluación de los casos de aplicación de espátulas*

Parte del personal docente de la Sección de Obstetricia de la Facultad de

Medicina de la Universidad Nacional y personal en entrenamiento, hicieron 300 aplicaciones de espátulas en un lapso comprendido entre agosto de 1962 y octubre de 1963.

Se indicó en diferentes grupos de pacientes con preferencia hacia las primíparas por ser estas quienes frecuentemente necesitan más auxilio durante el período expulsivo del parto.

Las pacientes ingresaron al Instituto durante el trabajo de parto y pocas frecuentaron el Servicio Prenatal. En los capítulos siguientes analizaremos sus condiciones y resultados.

#### *Edad*

Expresada en cuatro grupos (cuadro 1) demuestra claramente, en ascenso a la paridad, que las pacientes jóvenes requieren usualmente alguna ayuda durante el período de expulsión, conclusión lógica si se tiene en cuenta el estado de tensión de los tejidos vagino perineales.

CUADRO 1  
EIDADES POR GRUPO

Casos		
14 a 20 años	144	48 %
21 a 25 "	93	31 %
26 a 30 "	41	13.7%
30 y más "	22	7.3%

Para efectos de clasificación consideramos primíparas añosas a aquellas pacientes que cursaban el primer parto y que tenían más de 27 años. Diez

y seis pacientes fueron catalogadas en este grupo. A ellas se les aplicaron las espátulas a manera de profilaxis.

### Paridad

En el cuadro 2 detallamos la frecuencia de la aplicación según la paridad. Aclaramos que denominamos primíparas a aquellas pacientes que cursan su primer parto; secundíparas aquellas que cursan el segundo parto. Hacemos esta aclaración pues por divergencia en métodos de nomenclatura, hay quienes denominan nulípara a la paciente que cursa su primer parto. Como era de esperar, las primíparas llevan el mayor porcentaje por razones que expusimos anteriormente. En las múltíparas la incidencia disminuye progresivamente ya que la profilaxis en ellas es de menor incidencia. También lo es la dificultad expulsiva.

CUADRO 2

FRECUENCIA DE APLICACIONES

Primíparas	226 casos	75,33%
Secundíparas	34 "	11,33%
Tercíparas	17 "	5,66%
4 y más partos	23 "	7,66%

### Variedad de posición

Las variedades O. P., O. I. A. y O. D. A. fueron las que más se beneficiaron en el número de aplicaciones (cuadro 3).

Las variedades transversas y oblicuas posteriores son de menor frecuencia por su incidencia original de menor número.

En las variedades oblicuas anteriores se obtuvieron resultados satisfactorios de rotación, indistintamente, con la maniobra del tobogán o la rotación simple.

En las variedades transversas se practicó la rotación con la maniobra del tobogán en 41 casos y con la maniobra de Quiñones en los 8 restantes. Con ambas maniobras se tuvieron resultados favorables.

En las variedades oblicuas posteriores la rotación se practicó exclusivamente con el método de Quiñones, con éxito.

En ocho casos de variedad O. S. se extrajeron 6 niños sin intentar rotación. En los restantes se hizo rotación con el método de Quiñones con buen resultado.

A título de estudio se hicieron tres aplicaciones para cabeza última en parto de pelvis, todas ellas con buen resultado. La aplicación practicada reemplazó la maniobra de Mauriceaux y fue suficientemente alentadora para continuar futuras intervenciones.

CUADRO 3

FRECUENCIA DE APLICACION SEGUN  
VARIEDAD DE POSICION

O. P.	97 casos	32,33%
O. I. A.	90 "	30 %
O. I. T.	24 "	8 %
O. I. P.	6 "	8 %
O. S.	8 "	2,66%
O. D. A.	37 "	12,33%
O. D. T.	17 "	5,66%
O. D. P.	18 "	6 %
M. S. (parto en pelvis)	3 "	1 %

*Altura de la presentación*

Llenando los requisitos de aplicación de las espátulas, en un todo similares a aquellos del fórceps, se emplearon solamente en casos de presentación encajada, en término más preciso, por debajo de la estación 0 de la clasificación de De Lee. Los casos que en el cuadro número 4 se estipulan a una altura 0 y menos 1, se refieren a casos muy favorables en los cuales la presentación descendía hasta más 2 durante la contracción uterina.

**CUADRO 4**

ALTURA DE LA PRESTACION  
RELACIONADA AL NUMERO  
DE APLICACIONES

— 1	1 caso	0,33%
0	3 "	1 %
+ 1	13 "	4,33%
+ 2	77 "	25,66%
+ 3	196 "	65,33%
+ 4	10 "	3,33%

*Indicación de la aplicación*

En detalle, el cuadro N<sup>o</sup> 5, relaciona las condiciones por las cuales fue necesario el uso del instrumento. Se dividen en profilácticas y terapéuticas.

La prevención del traumatismo feto-materno se hace más notorio en las primíparas. La añosidad ocupa un buen nivel en nuestra serie. Las espátulas profilácticas ocupan en nuestra serie la tercera parte de los casos.

Las espátulas terapéuticas corresponden a los dos tercios de la serie. Es de notar que algunos casos tienen más de una indicación. En un total de 226 primíparas se hizo profilaxis en 69 casos. En el grupo como prolongación del período expulsivo se incluyen diversas causas; rotación detenida, asinclitismo marcado, resistencia anormal de partes blandas, etc. Se individualizan los casos de hipotonía uterina tratada, sin éxito, con ocitócicos.

**CUADRO 5**

INDICACIONES DE APLICACION

Indicación profiláctica:	
Primiparidad	69 casos
Primípara añosa	16 "
Cesárea anterior	10 "
Pre-eclampsia	11 "
Eritroblastosis	2 "
Utero bicorne y vagina tabicada	1 "
Prematurez	8 "
Rotación profiláctica en	
oblicuas posteriores	9 "
Cardiopatía materna	1 "
Indicación terapéutica:	
Trabajo prolongado	23 casos
Período de expulsión prolongado	125 "
Hipotonía uterina	18 "
Incoordinación de la contracción	1 "
Agotamiento materno	4 "
Sufrimiento fetal	50 "
Infección amniótica	15 "
Eclampsia	2 "
Cabeza última (pelvis)	3 "

*Anestesia*

Cuarenta y cuatro pacientes no requirieron anestesia.

Se utilizó de preferencia el bloqueo pudendo y la infiltración local, (véase cuadro 6). La anestesia por bloqueo en silla y la general por inhalación se reservó para pacientes pusilámines.

CUADRO 6

## ANESTESIA USADA

Sin anestesia	44 casos
Infiltración local	138 "
Bloqueo pudendo	107 "
Anestesia en silla	6 "
Anestesia general	5 "

*Resultados maternos y fetales*

El peso de los niños extraídos con espátulas de Thierry se halla anotado por grupos en el cuadro 7 en donde se diferencia claramente la mayoría que recae en el grupo de niños que pesaron entre 2.501 grs y 3.500 grs.

Nos llama la atención el escaso uso de profilaxis en los partos prematuros y se nos ocurre indebido; debería generalizarse más este concepto; entre nosotros son pocos los que intervienen profilácticamente en estos casos.

Gracias al concepto de aplicación baja, de preferencia, no se presentaron fracasos de aplicación por error de apreciación en la proporcionabilidad feto-pélvica.

CUADRO 7

PESO DE LOS NIÑOS EXTRAIDOS  
CON ESPATULAS

1.051 a 2.000 grs	6 casos
2.001 " 2.500 "	35 "
2.051 " 3.000 "	125 "
3.001 " 3.500 "	102 "
3.501 " 4.000 "	30 "
4.001 y más "	2 "

*Apgar*

La clasificación de Apgar, de los niños extraídos por espátulas en esta serie, fue bastante aceptable. Desafortunadamente esta clasificación, la más completa de las que se utilizan actualmente no nos da una idea exacta de las condiciones futuras del niño y podemos ver frecuentemente que niños clasificados con un 5 se recuperan completamente en pocos minutos y salen en perfectas condiciones del hospital y sucede también lo contrario. En el cuadro 8 compendiamos este dato.

CUADRO 8

## CLASIFICACION DE APGAR

10	226 casos
9	28 "
8	24 "
7	16 "
6	2 "
5	2 "
3	1 "
2	1 "

CUADRO 8

MORBIMORTALIDAD MATERNA

	Casos
Desgarro vaginal grados I y II	20
Desgarro unilateral del cuello	8
Desgarro bilateral del cuello	5
Retención de placenta	3
Hemorragia por atonía uterina	5
Shock hemorrágico	2
Endometritis puerperal	4

No se registró mortalidad materna. La morbilidad, escasa es comparable a la del parto espontáneo. Los desgarros del cuello no tuvieron carácter de gravedad y en ningún caso sobrepasaron los límites vaginales.

Los desgarros vaginales fueron todos grado I o II.

Solamente en cinco casos ascendieron hasta el tercio superior de vagina y fueron suturados fácilmente pues sus bordes eran muy delimitados. En un caso el desgarro se acompañó de hematoma el cual fue necesario drenar. La morbilidad restante no es imputable al instrumento.

CUADRO 9

MORBIMORTALIDAD FETAL

Cefalohematoma occipital	1 caso
Cefalohematoma parietal	2 casos
Fractura de clavícula	2 "
Anoxia por insuficiencia placentaria	2 "
Hipoxia por drogas	1 "
Bronconeumonía	3 "
Onfalitis	1 "
Eritroblastosis	2 "
Displasia de la cadera	1 "
Ictericia habitual precoz	5 "

La morbilidad fetal, bastante reducida, es un indicio de la benignidad del instrumento. Desde la primera revisión del niño se aprecia el poco traumatismo que le ocasiona. En efecto, sobre la cara y cráneo no se aprecian huellas del instrumento, a excepción de pocos casos, en los cuales se han hecho maniobras de rotación un poco bruscas, casos en los cuales puede verse una pequeña excoriación superficial, a nivel de las mejillas del niño.

En dos casos de cefalohematoma parietal, este parecía haberse producido por el mismo instrumento, dada su localización. En el caso de cefalohematoma occipital suponemos se formó contra el pubis materno.

Los casos de fractura de clavícula se produjeron durante la extracción de los hombros y muy posiblemente por indebida precipitación durante su extracción. El resto de la morbilidad no es imputable al uso del instrumento.

Por las lesiones presentadas en el cuadro y analizadas brevemente podemos deducir que no es un instrumento completamente inocuo de lo cual se encuentra comprobación en los casos que expondremos a continuación.

*Mortalidad fetal*

El análisis de la mortalidad fetal es, desde luego, incompleto pues en ningún caso se practicó el rigor de la autopsia, pero podemos presumir por los datos clínicos la causa posible de muerte.

Presentamos, en resumen las historias clínicas.

Caso número 1: B. N. Historia número 9.600. Ingresó el 9 de enero de 1963.

G.: 6, P.: 5, 36 semanas, feto único vivo en O. D. T. Llega al Instituto durante el período expulsivo. Antecedente de dos cesáreas. Se hace aplicación de espátulas como auxiliar de rotación y profilaxia.

Niño vivo, masc. de 1.820 grs. Clasificación de Apgar 7.

Duración total del parto 12,50 horas.

Al exámen clínico se encuentra en estado satisfactorio según concepto pediátrico. Los seis primeros días se encuentra en buenas condiciones. Al séptimo día presenta: Deshidratación grado II, hipoventilación pulmonar, respiración pujante, tiraje y retracción torácica. Crepitación en hemitórax izquierdo, Moro retardado.

Diagnóstico: Enteritis, bronconeumonía, sepsis, deshidratación.

Fallece en estas condiciones el 17 de enero de 1963.

Comentario: La sepsis fue la causa de la muerte, agravada por la prematuridad. No influyó causa traumática.

Caso número 2: A. R. M. Historia número 60.689. Ingresó el 27 de septiembre de 1963.

G.: 4, P.: 5, 42 semanas. Feto único vivo en O. I. A., altura + 2.

Ingresa en trabajo de parto, período de expulsión, sufrimiento fetal agudo. Se aplican espátulas por el sufrimiento fetal.

Niño 2.600 grs. Apgar 7. Exfoliación de la piel, signos de hipermadurez fetal. Presenta hundimiento fronto-parietal izquierdo.

Al día siguiente se encontraron signos de sepsis, mal olor, esclerodermia, se traslada a aislamiento. Flexión generalizada, priapismo, fontanelas ligeramente tensas. Al segundo día, deshidratación moderada, estertores broncoalveolares. Diagnóstico: Bronconeumonía severa, sepsis, hundimiento frontal.

Fallece el día 29 de septiembre de 1963.

Diagnóstico final: Neumonía aspirativa. Sepsis. Hundimiento fronto-parietal.

Comentario: El niño nace con traumatismo craneal. Por el sitio de localización del mismo es presumible que se hubiera producido por presión contra el promontorio y en tal caso antes de la aplicación de las espátulas. No podemos descartar la posibilidad de aplicación defectuosa del instrumento como causa del traumatismo. La sintomatología y causa de muerte es sin embargo la sepsis. El traumatismo pudo ser factor coadyuvante mas no causal directo de la muerte.

Caso número 3: R. E. S. Historia número 89.211. Ingresó el 27 de diciembre de 1962.

G.: 2, P.: 0, 36 semanas. Feto único vivo en O. I. A.

Ingresa en trabajo de parto. Durante el encajamiento y descenso hace sufrimiento fetal por lo cual se

aplican espátulas para O. P. Altura + 3.

Niño vivo. Masc. de 1.960 grs. Clasificación de Apgar 7.

Al tercer día de nacido se encuentra llanto débil, Moro perezoso. Sución débil, fontanelas normotensas. Nistagmus horizontal, discreta hipotonía, reflejos perezosos. Persiste esta sintomatología durante tres días y fallece. Diagnóstico: Hemorragia cerebral por anoxia, prematuridad.

Comentario: Aunque el diagnóstico clínico hace énfasis en la anoxia causante de la hemorragia no podemos descartar que esta se haya producido por un traumatismo o al menos agravado por el mismo. La prematuridad fue causa agravante.

Podemos pues cifrar que la mortalidad total es de un 1%. El primer caso puede ser depurado ya que en él no existe influencia traumática de ninguna clase y en tal caso la mortalidad quedaría reducida a un 0.66%, nivel aceptable, con reparos, susceptible de ser disminuido utilizando técnica correcta y en el tiempo oportuno.

### *Conclusiones*

Hemos observado que las espátulas de Thierry son un instrumento simplificado, de fácil aplicación, y de excelentes resultados maternos.

Un instrumento simplificado, sin articulaciones, sin tornillos ni aditamentos especiales. La independencia de cada una de sus ramas lo hace un aparato útil para el asinclitismo, pues es posible hacer tracción unilateral

con el fin de facilitar la acomodación fetal intrapélvica.

La ausencia de curva pelviana facilita la rotación.

Es de fácil aplicación, pero reservado a especialistas y basta observar los principios básicos del modo de acción y manejo (a los cuales debemos habituarnos por ser diferentes de aquellos de los métodos convencionales) y seguir las normas obstétricas y contraindicaciones generales de cualquier método de extracción fetal, para tener buen resultado.

Los resultados maternos son más que alentadores. Hemos preferido continuar con la episiotomía en las primíparas para disminuir al mínimo el traumatismo materno.

Consideramos que el instrumento no puede desplazar completamente al fórceps pues en casos de deflexión cefálica y especialmente en las variedades posteriores enclavadas, será necesario recurrir a maniobras más vigorosas que las que pueden hacerse con las espátulas.

En nuestra serie, no hemos tenido este tipo de complicación, pues hemos preferido hacer rotación más tempranamente de lo usual para evitar deflexión mortificante. La observancia de este precepto poco generalizado, nos ha facilitado en grado sumo la rotación.

Practicamos esta rotación en el plano más 3 de De Lee si antes no se ha verificado espontáneamente.

No compartimos el concepto de Ortiz Pérez acerca de la dificultad de

rotación de las variedades posteriores, debido a que nosotros no hemos intentado la rotación de estas variedades con el método de tobogán, que se nos antoja de difícil ejecución; el método de rotación de Quiñones, originalmente ideado para el fórceps, lo hemos adoptado para las espátulas con resultados más que favorables. Quizás con esta maniobra otros autores, entre ellos T. Monroy y colaboradores no habrían tenido dificultad de rotar las oblicuas posteriores lo cual parece ser el mayor obstáculo que al instrumento se pretende interponer.

Las lesiones fetales son de menor incidencia que la esperada cuando iniciamos el trabajo y por tanto quedamos con una buena impresión de él y pretendemos familiarizarnos a él progresivamente.

### Resumen

1. Se hace breve relato de la constitución y mecanismo de las espátulas de Thierry.
2. Se analizan las condiciones de aplicación y resultados de 300 casos.
3. Se resumen los resultados maternos como satisfactorios.
4. Se analiza la morbilidad fetal hallándose satisfactoria, pero susceptible de disminuir.
5. Se fija la mortalidad depurada en un 0,66% también susceptible de disminución.

### BIBLIOGRAFIA

1. DIAZ ESTRADA M.: Evaluación de las espátulas de Thierry. *Rev. Obst. y Ginec. de Venezuela* XX, 3, 1960.
2. MONROY T., CELLI B., CODECIDO F. y Cols.: *Rev. Obst. y Ginec. de Venezuela* XX, 3, 1960.
3. ORTIZ PEREZ JULIO: *Progresos de Obst. y Ginec.* Vol. I Fasc. II, 1958.
4. QUINONEZ ORTIZ E.: *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. N° 5, Vol. XIV, 1963.
5. THIERRY E.: Spatules. *Encyclopedie Médico Chirurgicale*, 5093-5094, 1956. París.