

---

# Espátulas de Velasco y de Thierry.

## Velasco's spatula and thierry's spatula.

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

---

### RESUMEN

Las espátulas del parto son instrumentos fabricados de acero inoxidable de forma cóncava en su extremo superior o distal, sin articulación y con un mango en su extremo proximal para sujetarlo. Son utilizadas en distocias del parto ya que permiten la abertura del canal del parto facilitando la salida del feto en la fase expulsiva. Existen dos tipos de espátulas de parto: de Velasco y de Thierry. Las espátulas de Velasco son más pequeñas y rectas; las de Thierry son más grandes y presentan una ligera curvatura en su extremo superior. Para tener una mejor idea de como actúan las espátulas, éstas se comparan con el calzador del zapato, cuya función es ayudar a deslizar.

**Palabras clave:** Distocia. Espátula de Velasco. Espátula de Thierry.

### SUMMARY

Labor spatulas are stainless steel fabricated instruments, concave in the upper or distal extreme, without articulation and with a handle on its proximal extreme for holding it. These spatulas are used in labor dystocias because it helps the labor canal and the fetus exit in the expulsive stage. There are two labor spatula types: Velasco's and Thierry's. Velasco's spatula are smaller and straight, Thierry's ones are bigger and show a slight curvature on their upper extreme. To have a better idea of how spatulas work, they are compared to a shoehorn, whose function is to help slide.

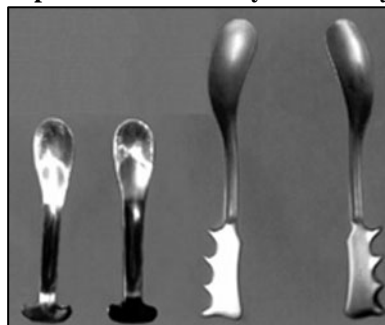
**Key words:** Dystocia. Velasco's spatula. Thierry's spatula.

---

### Introducción

Las espátulas del parto son instrumentos de aproximadamente 10cm a 25cm de longitud 20 por 5cm de ancho en la porción mayor, y 2cm en la rama intermedia. Su espesor es de 3,5mm<sup>16</sup>. Las espátulas del parto no fenestrada, presentan forma cóncava en su extremo superior o distal, no presentan articulación<sup>7,8,10,21</sup> y en su extremo proximal presentan un mango para sujetarlo, figura 1. Su extremo distal se ajusta a la doble convexidad del cráneo y su punto de apoyo es la pared pélvica, figura 2. Las espátulas permiten la abertura del canal del parto y facilitan la salida del feto en la fase expulsiva, separa los obstáculos del canal vaginal y ayuda a deslizar la cabeza fetal<sup>1,7,8,10,11,16,18,21,25</sup>.

**Figura 1**  
**Espátulas de Velasco y de Thierry**



**Fuente:** Lattus J, Paredes A, Junemann K, Martic A, Contreras P, Baeza N: Espátulas de Thierry versus Fórceps de Kjelland. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago – Chile, 68 (6): 477-486, 2003.

---

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

\*\* Estudiante de internado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

**Figura 2**  
**Desplazamiento del feto por el canal vaginal**



**Fuente:** Rivas M, Veiga M, Mendaña J, Casar E: "Parto con espátulas 09". Hospital "Arquitecto Marcide". Dirección: <http://www.zambon.es/areasterapeuticas/03mujer/atlas/fichas/6141.htm>

Las espátulas son fabricadas de acero inoxidable y existen dos tipos: de Velasco y de Thierry. Las espátulas de Velasco son más pequeñas y rectas, las de Thierry son más grandes y presentan una ligera curvatura en su extremo superior<sup>18</sup>. Generalmente se indica utilizar estos instrumentos de asistencia del parto en:

- Detención prolongada del proceso del parto<sup>26</sup>
- Ausencia o disminución de contracciones maternas<sup>2,21</sup>
- Sufrimiento fetal
- Fatiga materna durante el parto<sup>2,3, 27</sup>
- Falta de cooperación por parte de la madre
- Exceso de anestesia<sup>27</sup>

Las contraindicaciones del uso de estos utensilios se presentan en las siguientes patologías:

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

### Manejo del instrumento

1. Vestimenta adecuada de la paciente, además de la asepsia y antisepsia.
2. Se realiza tacto vaginal para verificar la posición del feto y además observamos si existe alguna contraindicación para no realizar el procedimiento.

3. Se coloca la primera espátula en la entrada del canal del parto. La espátula derecha debe sostenerse con la mano homónima e introducirse suavemente en el lado izquierdo del canal del parto. La espátula debe introducirse verticalmente.
4. Se introducen los dedos del operando (de la mano opuesta a la que sostiene la espátula) entre la cabeza y la pared vaginal izquierda materna. Se lleva la punta de la espátula por encima de la presentación. En dirección descendente se introduce la espátula entre la cabeza del feto y los dedos del operador.
5. Una vez colocada la espátula se rota el mango hasta quedar en posición horizontal, la curvatura de la espátula debe estar sobre la región faciomalar del feto.
6. Se verifica la colocación de la primera espátula y se extrae la mano del canal vaginal.
7. Se coloca la segunda espátula. Mientras un ayudante sujeta la primera espátula, el operador repite el mismo procedimiento para aplicar la espátula izquierda sobre el lado derecho de la madre. De igual forma y ayudándose con los dedos, desliza entre éstos y la superficie cefálica desde arriba la espátula.
8. Una vez colocada la segunda espátula se rota el mango, hasta quedar en posición horizontal, paralela con la espátula anterior.
9. Se verifica la colocación correcta de la segunda espátula y se extrae la mano del canal vaginal.
10. Se agarran las espátulas con ambas manos. Las espátulas deben estar siempre paralelas, cogidas independientemente con las manos del operador. No deben separarse más de 2 a 3cm porque pueden producir traumas<sup>14,23</sup>.
11. En el momento de la contracción uterina se realiza una suave tracción. La dirección que se debe ejecutar en la tracción es siguiendo el eje fetal suboccípito-bregmático y no el eje materno umbilíco-coccígeo. Es decir, no se debe traccionar mucho hacia abajo como se hace con el fórceps clásico.

12. La espátula no debe realizar presa a la cabeza fetal, solamente debe presentarse como palanca<sup>23</sup>. La suave tracción dirigida adecuadamente es combinada con una mínima separación de los mangos, proporcionando así un empuje a la presentación desde arriba y eliminando obstáculos encontrados abajo. Cuanto más fuerza se hace, más libre queda la cabeza fetal, permitiendo la rotación espontánea del mismo y facilitando el desplazamiento por dilatación del canal del parto.
13. Al desprendimiento de la cabeza fetal el ayudante debe realizar la protección del periné ya que el operador tiene las dos manos ocupadas.
14. Posterior a la expulsión del recién nacido se debe evaluar si hubo lesiones mediante el uso del instrumento.
15. Observar si hubo desgarros cervicales o vaginales por el procedimiento realizado para reparar mediante sutura.

### Morbilidad

Las lesiones maternas se presentan en un 13,79% con el uso de espátulas en comparación al 42,94% que se presenta con el uso del fórceps<sup>14</sup>. Las lesiones fetales se presentan en el 6,32% de los recién nacidos atendidos con espátula en comparación con un 24,84% de los nacidos por fórceps<sup>14</sup>.

No existe evidencia estadística sobre el beneficio de la utilización profiláctica de antibióticos con el uso de instrumentos del parto<sup>15</sup>, por lo cual, queda a criterio del profesional que emplea dichos instrumentos.

### Complicaciones maternas

Existe un estudio que manifiesta que el uso de la espátula del parto no produce lesión en aproximadamente 32,9 % de las embarazadas y de las complicaciones mas comunes está el desgarro cervical: 29%, y perianal grado I, 20%<sup>5</sup>. De las complicaciones pueden todas, excepto los hematomas, ser solucionados con sutura. Dentro de las lesiones posibles maternas por el uso de espátulas del parto obtenemos:

- Desgarros vaginales, vulvares o cervicales<sup>4</sup>.
- Hematomas.
- Lesiones de otros órganos como ano, recto y vejiga.
- Desgarro perineales.
- Episiotomía ampliada.

### Complicaciones fetales

Existe un estudio que manifiesta que la lesión fetal mas común fue el hematoma en el 50% de los nacidos por espátulas, pero esto último causado por el paso del producto a través del canal del parto y no por instrumento<sup>5</sup>.

Dentro de las lesiones posibles al feto por el uso de espátulas del parto obtenemos:

- Laceraciones<sup>13</sup>
- Equimosis
- Hematomas que se resuelven en el lapso de horas<sup>13,24</sup>
- Parálisis facial transitoria<sup>4,6,8,9,13</sup>
- Hundimientos o fracturas lineales óseas<sup>2,24</sup>
- Compromiso del arco periorbitario
- Lesiones oculares<sup>19</sup>

### Conclusión

Las espátulas del parto son instrumentos que presentan aproximadamente 20 años de uso<sup>16</sup> y según referencias entre el 8 y 14% de los partos en Chile son instrumentados o requieren de apoyo técnico para facilitar la salida del recién nacido<sup>14</sup>.

Existen pocos datos relacionados al peligro que atañe utilizar espátulas de parto, y se piensa que éstos son los instrumentos más inocuos entre el fórceps<sup>4,8,9,17,20,21,22,26,28</sup> y la ventosa del parto, tanto para la madre como para el feto<sup>10,14</sup>.

Las espátulas del parto deben considerarse una alternativa en las situaciones de distocia del parto. Se recomienda que las escuelas de posgrado de Ginecología y Obstetricia tomen en consideración la docencia y la aplicación de estos instrumentos; el residente de posgrado debe tener opciones para resolver las distocias del parto y no simplemente realizar la opción más fácil y no siempre la correcta que es la cesárea, cuyos índices están en un ascenso preocupante<sup>11,12</sup>.

### Referencias bibliográficas

1. Alcázar J: "Instrumentación durante el parto". Publicaciones Clínica Universitaria de Navarra. Dirección: [www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/futura-mama/instrumentacion-durante-el-parto](http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/futura-mama/instrumentacion-durante-el-parto), 18 de Junio 2003.
2. Alonso R, Cárdenas Y, Crespo Y, Félix Y, Izquierdo M: Comportamiento de los recién nacidos con instrumentación en el parto. Rev. Cubana Pediatría, La Habana – Cuba, 75 (4), 2003.
3. Benedetti TJ: Birth Injury and Method of Delivery. New England Journal of Medicine, Massachusetts – USA, 341 (23):1758-1759, 1999.
4. Carmona G: Casos de responsabilidad médica en Parto Instrumentado. Rev. Médico-Legal, Bogota - Colombia, 12 (1), 2006.
5. Caveda A, Fuentes S, Couto D, Andérez O: Principales indicaciones y repercusiones materno fetales por ejecución de partos con espátulas. Rev. Medisan, Cuba, 9 (2), 2005.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 460-70, 2000.
7. Cunningham G, Mac Donald P, Grant N, Leveno K, Gilstrap L, Hankins G: Ginecología y Obstetricia de Williams. 20ma Ed, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires – Argentina, 443-62, 1998.
8. Danforth M: Tratado de obstetricia y ginecología. 6ta. Ed, Editorial Mc-Graw-Hill Interamericana, DF – México, 349-68, 2000.
9. Davis V: New and underused technologies to reduce maternal mortality. The Lancet, 363 (3): 75-76, Enero 2004.
10. Enciclopedia temática obstétrica: "¿Qué es un parto instrumental?" Publicación informativa de Fertilab. Dirección: [www.fertilab.net/de\\_mujer/emb\\_pi.html](http://www.fertilab.net/de_mujer/emb_pi.html), Junio 2008.
11. Félix G, Hernández T, Nachón M: Uso o abuso del fórceps: ¿igual a desuso? Rev. La ciencia y el hombre, Veracruz – México, 16 (1), 2003.
12. Herruzo A: "Situación actual de la mortalidad maternal 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)
13. Hopkins J: Ginecología y Obstetricia. 2da Ed, Editorial Marbán, Madrid – España, 87-88, 2005.
14. Lattus J, Paredes A, Junemann K, Martic A, Contreras P, Baeza N: Espátulas de Thierry versus Fórceps de Kjelland. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago – Chile, 68 (6): 477-486, 2003.
15. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam M: Profilaxis antibiótica para el parto vaginal instrumentado. Rev. Med. Cochrane, Barcelona – España, 3, 2007.
16. Llinás J: "Uso de las espátulas en cesárea". Rev. Tribuna Médica 120 (4), Dirección: [http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/T/Tribuna102n4invitado/art\\_invitado.htm](http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/T/Tribuna102n4invitado/art_invitado.htm)
17. McMahon S: Operative vaginal delivery. ACOG, Washington – USA, 17: 9-15, 2000.
18. Mendaña J, Castellano A, Iglesias J: Las espátulas de Thierry. Rev. Ciencia Ginecológica, Madrid – España, 9 (3): 132-136, 2005.
19. Pérez N, Hernández J, Alonso M: "Utilización del instrumental: fórceps, ventosas, espátula". Publicaciones MAPFRE. Dirección: [www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/forceps-ventosas-espatalas.shtml](http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/forceps-ventosas-espatalas.shtml), Abril 2006.
20. Ramírez L: "El fórceps es reemplazado por espátulas". Publicaciones La Nación. Dirección: [www.lanacion.cl/p4\\_lanacion/antialone.html?page=http://www.lanacion.cl/p4\\_lanacion/site/artic/20030730/pags/20030730191132.html](http://www.lanacion.cl/p4_lanacion/antialone.html?page=http://www.lanacion.cl/p4_lanacion/site/artic/20030730/pags/20030730191132.html), 2003.

21. Real P: “Parto instrumental (fórceps y otros)”. Página informativa de Crecer juntos. Dirección: [www.crecerjuntos.com.ar/parto\\_instrumental.htm](http://www.crecerjuntos.com.ar/parto_instrumental.htm)
22. Requena J, Isla A, Zayas M, Sixto G: Parto instrumentado en la distocia de rotación. Resultados maternoperinatales (1997-2002). Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología, La Habana – Cuba, 31(2), 2005.
23. Rivas M, Veiga M, Mendaña J, Casar E: “Parto con espátulas 09”. Publicación del Hospital "Arquitecto Marcide". Dirección: [www.zambon.es/areasterapeuticas/03mujer/atlas/fichas/6141.htm](http://www.zambon.es/areasterapeuticas/03mujer/atlas/fichas/6141.htm), 2008.
24. Rodríguez J, Gómez A, Melchor J: “La patología neonatal asociada al proceso del parto”. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Dirección: [www.aeped.es/protocolos/neonatalogia/patologia-parto.pdf](http://www.aeped.es/protocolos/neonatalogia/patologia-parto.pdf), Junio 2003.
25. Rubio, G: “Conoce como será el momento del parto”. Publicación informativa Terra Mujer. Dirección: <http://mujer.terra.es/muj/articulo/html/mu27396.htm>, 2008.
26. Salinas E: “Eficacia y seguridad del parto vaginal”. Publicaciones Portal de Salud. Dirección: [www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=190&Itemid=158&limit=1&limitstart=3](http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com_content&task=view&id=190&Itemid=158&limit=1&limitstart=3)
27. Silva, J: “El parto instrumentado”. Publicación Bienestar Materno y Fetal. Dirección: [www.drjaviersilva.com/forceps.htm](http://www.drjaviersilva.com/forceps.htm), Octubre 2008.
28. Towner D, Castro M, Eby-Wilkens M, Gilbert WM: Effect of Mode of Delivery in Nulliparous Women on Neonatal Intracranial Injury. New England Journal of Medicine, Massachusetts – USA, 341:1709-1714, 1999.

**Dr. Danny Gabriel Salazar Pousada**  
**Teléfonos: 593-04-5100618; 091821181**  
**Correo electrónico: drdannysalazar@yahoo.com**  
**Fecha de presentación: 26 de mayo de 2008**  
**Fecha de publicación: 02 de marzo de 2009**  
**Traducido por: Estudiantes de la Carrera de Lengua Inglesa, Mención traducción, Facultad de Artes y Humanidades. Responsable: Estefanía Padilla V.**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL