

Ecografía intraparto en las salas de nacer del Hospital Británico. Continuación de la experiencia iniciada en 2017

Intrapartum ultrasound in the birth rooms of the British Hospital. Continuation of the experience started in 2017

D. Grasso¹, M. Solari²

Resumen

Clásicamente la valoración y seguimiento del trabajo de parto se realiza de forma clínica. Por lo que a la inevitable subjetividad se le suma la gran variabilidad que puede haber entre los distintos clínicos. Esto implica un desafío cuando la progresión del trabajo de parto no es la esperada y el obstetra responsable debe tomar decisiones sumando argumentos no del todo sólidos. Es en ese contexto que la ecografía intraparto adquiere protagonismo.

Se trata de una técnica rápida y sencilla, no invasiva, que aporta información objetiva, demos-

trable y documentable, con mínima variabilidad intra e interobservador. Esta ampliamente difundida en países desarrollados donde demostró disminuir el número de cesáreas durante el periodo expulsivo. Es fácilmente reproducible dado que los repères utilizados para la valoración del ángulo de progresión son estructuras óseas rápidamente identificables, por lo que los clínicos podrán adquirir esta destreza a corto plazo, aunque no tengan conocimientos previos específicos en ultrasonido.

Se describe en este artículo el resultado final de su implementación en las salas de nacer del Hospital Británico como complemento del estudio publicado en el año 2017 "Implementación de la ecografía intraparto en las salas de nacer del Hospital Británico. Primeras experiencias de su uso sistemático a nivel nacional".

Se evaluó la variedad de presentación y ángulo de progresión en mujeres en periodo expulsivo, que tuvieron su nacimiento en el Hospital Británico.

1 Ex asistente de la Clínica Ginecotológica "B". Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UdelaR.

Diplomando en Ecografía Gineco-obstétrica y Medicina fetal. Departamento de Ginecotología Hospital Británico.

2 Ex asistente de la Clínica Ginecotológica "C". Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. UdelaR. Departamento de Ginecotología Hospital Británico

D. Grasso <https://orcid.org/0009-0001-1151-4264>

M. Solari <https://orcid.org/0000-0003-4209-583X>

Autor corresponsal: Maite Solari, maitesolaridelgado@gmail.com

Recibido: 7/8/2024 Aceptado: 29/8/2024

Una vez más se evidenció la utilidad de esta herramienta para la toma de decisiones durante el trabajo de parto.

Palabras clave: Ecografía intraparto; ecografía translabial intraparto; posición cabeza fetal.

Abstract

Classically the management and follow up of labor was based upon clinical findings. To this inevitable subjectivity we have to add the great variability between the physicians. This is a challenge when progression of labor is not what was expected and the doctor in charge has to make decisions with not so solid arguments. In this situations, intrapartum ultrasound has a leading role.

It's a simple, fast, non-invasive technique that grants objetivable, demonstrable and documentable information with minimal variability intra and interobserver. It's widely spread in developed countries where it shows to lower the cesarean delivery during the second stage of labor. It's easily reproducible because the bone landmarks that are used to measure the angle of progression are quickly identifiable, so the physician can acquire the skills in a short time, although he may lack the specific previous ultrasound knowledge.

This article describes the final results of the implementation in the British Hospital birthing rooms, complementing the previous study published in 2017 "Implementation of intrapartum ultrasound in the British Hospital birthing room. First experience of a systematic use nationwide". It was assessed the variability of the head position and the angle of progression in women on the second stage of labor, that birth in the British Hospital.

Once more, it was evident the utility of this tool in the decision making at the labor.

Key words: Intrapartum ultrasound; intrapartum translabial ultrasound; fetal head position.

INTRODUCCIÓN

La valoración de las mujeres durante el trabajo de parto se realiza mayormente de forma clínica. Es decir, nos basamos en el examen vaginal digital para valorar diferentes parámetros como la progresión de la dilatación cervical, posición y altura de la presentación cefálica, así como su progresión a través del tiempo, lo que nos permite establecer distintos diagnósticos y pronósticos. Pero hasta aquí, estamos basando nuestras decisiones en datos subjetivos, indemostrables, con una gran variabilidad intra e inter observador.

Es un gran desafío arribar al diagnóstico de trabajo de parto prolongado. Desde 2014, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) afirma que no existe un tiempo establecido para el segundo periodo del trabajo de parto, siempre y cuando se observe progresión. De esto se desprende la complejidad en la toma de decisiones en cuanto al momento y tipo de intervención, con el fin de disminuir la morbimortalidad materno-perinatal. También de aquí se desprende que importa más el concepto de si existe o no un progreso, y no el mero tiempo de evolución^{1,2,3}.

Es por esto que el uso de la ecografía intraparto adquiere relevancia, siendo una herramienta de gran utilidad para poder tomar decisiones en momentos claves, basadas en argumentos más sólidos. Es una técnica no invasiva que brinda información rápida en forma sencilla, nos permite documentarla y aporta objetividad a la toma de decisiones.

Su uso se ha difundido en países desarrollados en los que ha demostrado dismi-

nuir el índice de cesáreas, fundamentalmente las realizadas en período expulsivo, que son además las que acarrear mayores complicaciones^{2,4,5,6}.

TÉCNICA

El uso de ultrasonido en el trabajo de parto está avalado fundamentalmente para determinar la posición, plano de descenso y actitud de la cabeza fetal³. El abordaje se puede realizar mediante vía transabdominal, principalmente para determinar la posición de cabeza y la columna fetal. El abordaje transperineal, permite evaluar la posición, plano de descenso y actitud de la cabeza fetal^{3,7}.

Tiene como grandes ventajas que se trata de una técnica sencilla, no invasiva e indolora que aporta mucha información y muy valiosa en pocos minutos. Esta información además la podemos documentar en imágenes, dato no menor a la hora de justificar una conducta, ya sea ante la paciente y su pareja, así como ante un colega.

Frente a una paciente que cursa un período expulsivo prolongado podremos valorar mediante ecografía por vía abdominal ante

qué tipo de variedad de presentación estamos. Esta información es de gran importancia. Clásicamente, los médicos determinan la posición de la cabeza fetal palpando la sutura sagital y las fontanelas. Esto en algunos casos puede ser dificultoso por la remodelación de la cabeza fetal. Varios estudios han evaluado la precisión del diagnóstico clínico de la posición de la cabeza fetal. Estos demuestran consistentemente que el examen digital para determinar la posición de la cefálica es inexacto, con una tasa de error que oscila entre el 20% y el 70%, cuando se considera la ecografía como estándar³.

De esta forma veremos que en un 20% de los casos se tratara de una variedad posterior, siendo en estos casos la ecografía transperineal de utilidad incierta. Para los casos de variedad anterior (80%) podemos usar esta herramienta para valorar el ángulo de progresión de la siguiente manera: con la paciente en posición ginecológica colocaremos el transductor convexo (con una fina película de gel conductor y funda de látex) entre los labios vulvares. Allí obtendremos un corte sagital de la pelvis materna y observaremos dos estructuras óseas fácilmente identifica-

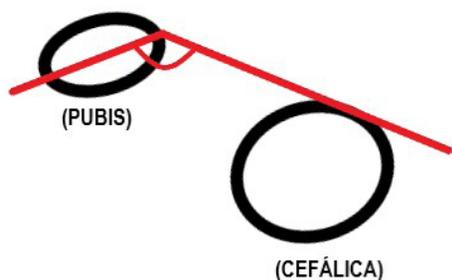


Figura 1.

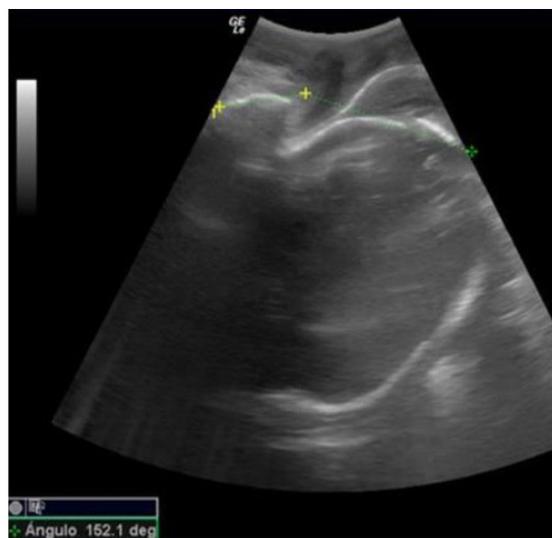
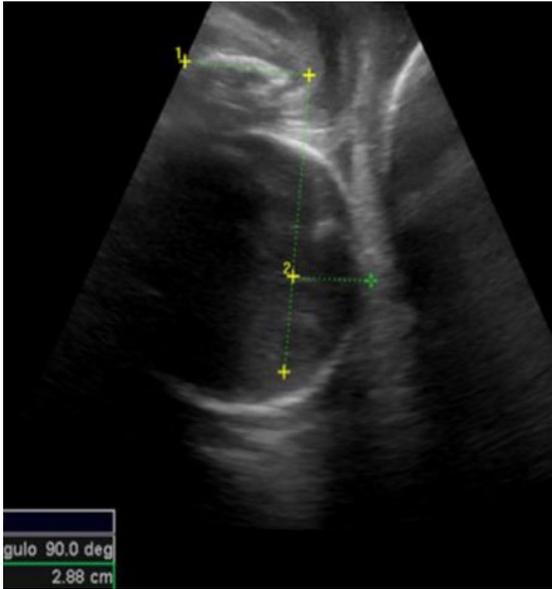


Figura 2.



bles: el pubis materno y el cráneo fetal. Entre estas dos estructuras, congelando la imagen podremos medir el ángulo de progresión y el estadio de la presentación (el plano de descenso de la presentación). El ángulo de progresión está conformado por una línea recta que trazamos sobre el eje mayor del pubis materno y la tangente (desde el borde inferior del pubis) al cráneo fetal. Esta medida demostró su valor para predecir la evolución favorable del parto en mujeres con dilatación completa cuando el ángulo es mayor o igual a 120° ^{8,9} (figura 1 y 2).

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es reafirmar la utilidad de la ecografía intraparto como método complementario y no sustituto de la valoración clínica del trabajo de parto y su importante rol en la toma de decisiones.

Como objetivo secundario nos propusimos continuar la difusión de la técnica y la familiarización de los obstetras para su incorporación definitiva en todas las maternidades del país.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se evaluó la variedad de presentación y el ángulo de progresión en mujeres en periodo expulsivo del trabajo de parto, que tuvieron su nacimiento en el Hospital Británico en el periodo mayo 2015 a mayo 2024.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento de las pacientes para recabar los datos mencionados.

Se procesaron los datos de 107 pacientes.

Para el análisis final se tomó como criterio de exclusión la variedad de presentación posterior (ya que la utilidad del ángulo de progresión para la variedad posterior es incierta, como se mencionó anteriormente). Por este motivo se excluyeron del análisis final 15 pacientes.

En todos los casos los datos fueron recabados por el mismo equipo (médico y ecógrafo).

RESULTADOS

De las 92 pacientes incluidas en el análisis, 88 (96%) tuvieron un ángulo de progresión mayor o igual a 120° . De estas, 83 (94.3%) finalizaron por parto vaginal y en 5 (5.7%) mediante operación cesárea. Las indicaciones de estas cesáreas fueron en 4 casos por descenso detenido de la presentación (80%) y 1 por sospecha de hipoxia fetal intraparto (20%).

Las pacientes con ángulo de progresión menor a 120° fueron 4 (4%). En este grupo, 2 (50%) tuvieron su nacimiento mediante operación cesárea (ambas indicadas por sospecha de hipoxia fetal intraparto) y 2 (50%) finalizaron su gestación por parto vaginal. (Figura 3 y 4).

Estos resultados arrojaron un valor predictivo positivo de 94% para nacimiento mediante parto vaginal cuando el ángulo de

Figura 3.

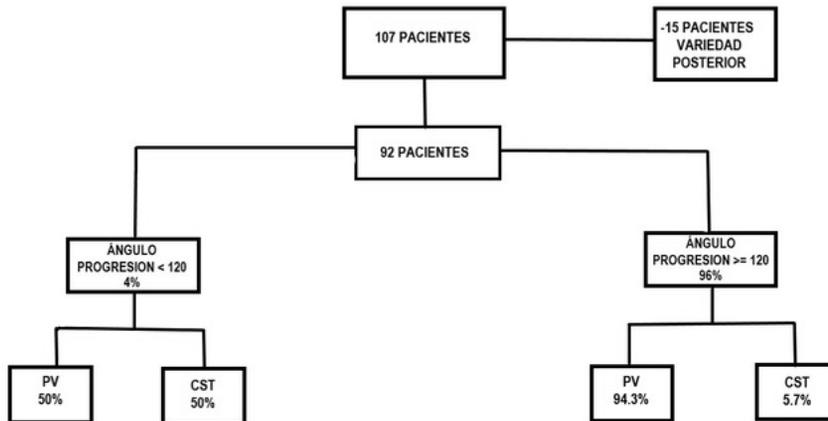
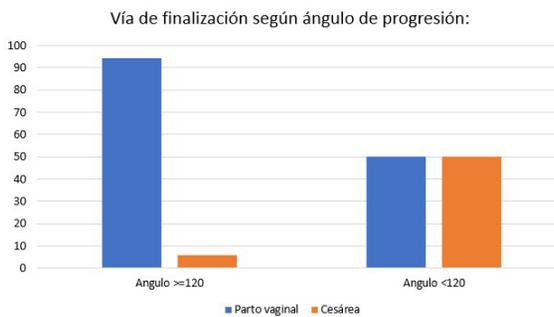


Figura 4.



progresión fue mayor o igual a 120°, siendo el valor predictivo negativo de 50%.

DISCUSIÓN

El uso de la ecografía intraparto está avalado internacionalmente. Como era de esperarse, los resultados aquí obtenidos coinciden con los publicados en aquellos centros que aplican la ecografía intraparto en forma sistemática.

Queda en evidencia la utilidad de esta herramienta en la toma de decisiones durante el trabajo de parto, fundamentalmente durante el período expulsivo, aportando información objetiva en forma rápida y sencilla, permitiendo establecer un pronóstico de parto

y determinar la vía ideal de nacimiento para cada caso particular.

Es sin duda útil durante el trabajo de parto, importante en el período expulsivo e imprescindible en el período expulsivo prolongado, por lo que promovemos a la incorporación de esta herramienta en nuestro medio.

Bibliografía

1. Caughey AB, Cahill AG, Guise J-M, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2014;210(3):179–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.026>
2. Katzir T, Brezinov Y, Khairish E, Hadad S, Vaisbuch E, Levy R. Intrapartum ultrasound use in clinical practice as a predictor of delivery mode during prolonged second stage of labor. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2023;307(3):763–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-022-06469-5>
3. Ghi T, Eggebø T, Lees C, Kalache K, Rozenberg P, Youssef A, et al. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol [Internet]. 2018;52(1):128–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/uog.19072>
4. Alexander JM, Leveno KJ, Rouse DJ, Landon MB, Gilbert S, Spong CY, et al. Comparison of maternal and infant outcomes from primary cesarean delivery during the second compared with first stage of labor. Obstet Gynecol [Internet]. 2007;109(4):917–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000257121.56126.fe>
5. Tuuli MG, Liu L, Longman RE, Odibo AO, Macones GA, Cahill AG.

- Infectious morbidity is higher after second-stage compared with first-stage cesareans. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2014;211(4):410.e1-410.e6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.040>
6. Sung JF, Daniels KI, Brodzinsky L, El-Sayed YY, Caughey AB, Lyell DJ. Cesarean delivery outcomes after a prolonged second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2007;197(3):306.e1-306.e5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2007.07.005>
 7. Blasi I, D'Amico R, Fenu V, Volpe A, Fuchs I, Henrich W, et al. Sonographic assessment of fetal spine and head position during the first and second stages of labor for the diagnosis of persistent occiput posterior position: a pilot study. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2010;35(2):210–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/uog.7504>
 8. Implementación de la ecografía intraparto en las salas de nacer del Hospital Británico. Primeras experiencias de su uso sistemático a nivel nacional D. Grasso. *Archivos de ginecología y obstetricia*. 2017;55:108–12.
 9. Tutschek B, Braun T, Chantraine F, Henrich W. A study of progress of labour using intrapartum translabial ultrasound, assessing head station, direction, and angle of descent: Intrapartum translabial ultrasound. *BJOG* [Internet]. 2011;118(1):62–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02775>

PRÓXIMO NÚMERO: DICIEMBRE 2024

Publica con nosotros

AGO.uy

ARCHIVOS de GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA

Publicación científica de la Sociedad Ginecocológica del Uruguay
EDICIÓN CUATRIMESTRAL

ISSN 0797-0803 Impresa
ISSN 1510-8678 Electrónica



SGU
SOCIEDAD
GINECOTOLÓGICA
DEL URUGUAY

Lenzetto[®]

1,53 mg Estradiol

Nuevo e innovador pulverizador transdérmico para la Terapia Hormonal en la Menopausia



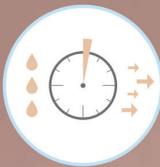
Vía de administración transdérmica



Precisión de la dosis individualizada



Diseño único en pulverizador



Se seca en menos de 2 minutos



Tras la aplicación del fármaco el área se puede lavar después de 1 hora



Aplicación localizada invisible



La aplicación del fármaco deja un área limpia y seca



GEDEON RICHTER
La salud es nuestra misión



Calidad europea al alcance de sus manos

Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989 | TeleFax: 2487 4108 - 2486 3683 - 2486 3747 | tresul@adinet.com.uy | www.tresul.com