



Hace 56 años

## Técnica del forceps medio\*

Dr. E.L. KING

Traducción del Dr. Luis CASTELAZO AYALA

**S**e emplea el término “forceps medio” para designar el uso de forceps en una cabeza encajada cuyo diámetro biparietal ha franqueado el estrecho superior y el punto más bajo del cráneo fetal está al nivel o inmediatamente debajo de las espinas ciáticas. La sutura sagital ocupa generalmente uno de los diámetros oblicuos o el diámetro transverso, encontrándose raras veces orientada en el diámetro antero-posterior. La aplicación se hará sobre cabeza, esto es, que las cucharas del forceps deberán quedar colocadas sobre los parietales del producto.

Antes que nada, el operador debe estar seguro de la altura y actitud de la cabeza fetal, así como de la exacta posición de suturas y fontanelas. Debe tener presente las condiciones habituales para el uso del forceps: desproporción nula o muy pequeña, borramiento y dilatación completos del cuello, membranas rotas, anestesia adecuada, asepsia y antisepsia y vacuidad de recto y vejiga. La operación queda indicada cuando alguna de las siguientes circunstancias es evidente: 1) el parto no progresa o lo hace muy lentamente, 2) sufrimiento fetal (particularmente cuando está disminuida la frecuencia de los latidos fetales o éstos son arrítmicos) o peligro de que se presente en corto tiempo, 3) agotamiento materno, con inercia uterina secundaria, deshidratación, taquiesfigmia, etc.; en otras palabras, siempre que se piense que el producto moriría o sufriría

un daño serio si no se le extrae en poco tiempo o bien cuando la madre tenga un gran riesgo de infección, hemorragia o shock, o una combinación de estas complicaciones. No es una operación de conveniencia, ya que no es tan simple ni tan fácil como un forceps bajo. En condiciones apropiadas y en manos hábiles el procedimiento rendirá resultados satisfactorios para la madre y el producto.

### TÉCNICA

Las cucharas deben aplicarse sobre los huesos parietales. La cuchara posterior generalmente se introduce primero, aunque a veces es más fácil introducir primero la cuchara anterior, cuando su aplicación no obstaculiza la introducción de la cuchara posterior. Se inserta una mano sobre el hueso parietal de uno de los lados de la cabeza (teniendo siempre la referencia de una fontanela o una oreja) y se guía la cuchara entre la mano y la cabeza, asegurándose de que el cuello queda por fuera. Se introduce entonces la otra mano en el otro lado de la pelvis y se inserta la segunda cuchara en la misma forma. Generalmente las ramas pueden entonces articularse, pero en ocasiones queda la entabladura de la rama izquierda por delante de la entabladura de la derecha, habiendo entonces necesidad de efectuar el descruzamiento para poder realizar la articulación.

Una vez terminada la aplicación es necesario escuchar los latidos fetales ya que en ocasiones una asa del cordón puede haber quedado comprimida al articular las ramas, produciéndose una bradicardia fetal

\* Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1949;IV(Núms. 18-19):124-5.

acentuada. Cuando esto ocurra habrá necesidad de hacer una reaplicación del forceps. Cuando todo esté listo para la extracción del producto, se efectúa primero suavemente la rotación de la cabeza, haciendo o no una ligera tracción, hasta hacer anterior el occipucio colocándolo al nivel de la sínfisis o cerca de ella. Ocasionalmente sin embargo, existe necesidad de hacer descender a la cabeza a un nivel inferior antes de realizar su rotación. Es fundamental que la extracción se lleve a cabo con lentitud y habilidad, haciendo disminuir la presión de las cucharas sobre

la cabeza en los intervalos de las tracciones. Debe recordarse que se pueden causar serias lesiones cuando se actúa con prisa o se emplea demasiada fuerza, las cuales pueden evitarse usando maniobras suaves y cuidadosas.

El parto se facilita mucho con una episiotomía, prefiriendo nosotros la medio lateral realizada en cualquiera de los lados. La incisión puede ser hecha en la línea media cuando el operador esté seguro de que no se prolongará, pues si esto ocurre lo habitual es obtener un desgarro perineal de tercer grado.

El esqueleto de la pelvis se compone de cuatro huesos: los dos huesos ilíacos o coxales, el sacro y el cóccix.

El sacro está compuesto de cinco vértebras: la primera de ellas forma, con la quinta lumbar, una gran prominencia llamada *promontorio*.

Los huesos de la pelvis están reunidos entre sí por articulaciones poco móviles, llamadas *sínfisis pélvica*, la anterior, y *sínfisis sacroiliacas* derecha e izquierda, las posteriores. Los ligamentos que sujetan estas articulaciones se reblandecen durante el embarazo y permiten movimientos que no existen fuera de este estado. El cóccix está compuesto de vértebras atrofiadas; poco móvil en estado normal, es susceptible de movimientos durante el parto, principalmente útiles en el momento del desprendimiento.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941; p:72.