



Hace 55 años

Forceps. Revisión y actualización de su doctrina y su operatoria *,**

Dr. Rosendo AMADOR FERNÁNDEZ
Profesor de Clínica Obstétrica
Universidad Nacional de México

Esta comunicación constituye un estudio analítico de uno de los temas que han apasionado a los obstetras de todas las épocas, y que tiene una amplísima proyección por su trascendencia primaria, ya que se vincula con el supremo y magnífico acto de la vida de una mujer: el parto, culminación del desarrollo de un nuevo ser.

Vamos a integrarla con los siguientes apartados: *conceptos doctrinarios, indicaciones, contraindicaciones, operatoria: prerrequisitos y técnica, conclusiones* (apéndice), *referencias*.

CONCEPTOS DOCTRINARIOS

Es incuestionable que muchos capítulos de la obstetricia y de la ginecología, disciplinas médicas que comprenden de manera preferente los problemas clínicos de la esfera genital femenina, han sufrido modificaciones substanciales sobre todo en las tres últimas décadas, como resultado de distintas adquisiciones, lo mismo en el campo de la investigación fisiopatológica que en el de la farmacodinámica, que han permitido obtener nuevos medicamentos preventivos y curativos, y un incesante perfeccionamiento de métodos terapéuticos médicos y quirúrgicos.

Recordaremos de manera sucinta: la obtención de sulfas y antibióticos; el enriquecimiento de nuestro arsenal para el tratamiento moderno del choque quirúrgico; los avances impresionantes en la supresión del dolor con el empleo de gases atóxicos combinados con la administración simultánea de oxígeno en equipos de circuito cerrado, la utilización de soluciones anestésicas iso e hiperbáricas por vías extra e intradural, así como de barbituratos endovenosos y espasmolíticos inyectables, y la premedicación anestésica y del posoperatorio inmediato; la constante renovación y superación de técnicas quirúrgicas y el levantamiento y deambulación tempranos de nuestras parturientas, operadas o no, que alcanzan así una recuperación anatómica y funcional verdaderamente admirable. Tales avances de la medicina moderna, necesariamente han tenido repercusiones espléndidas en obstetricia y ginecología, y ello ha dado lugar a que muchos capítulos terapéuticos hayan sido objeto de una revisión completa, recibiendo por ello modificaciones radicales, como el capítulo del fórceps, que es, junto con la versión mixta, la intervención tocoquirúrgica por excelencia.

Esto nos ha impulsado a meditar en el estudio del tema y conducido a comparar las descripciones clásicas de ese capítulo con las realizaciones del presente, permitiendo establecer una premisa muy importante: el concepto moderno del fórceps debe ser diferente, y en algunos de sus postulados, antagónico de los conceptos antiguos que se mantuvieron inmutables a lo largo de varias centurias.

De este estudio comparativo hemos podido obtener algunas conclusiones, que por su evidencia nos parecen indiscutibles y sólo requieren breves referencias explicativas.

* Trabajo presentado a la III Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia.

** Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México, 1953;VIII:276-91.

Consideramos que la aplicación de fórceps debe ser una intervención operatoria invariable e indefectiblemente técnica, es decir, ha de estar siempre apegada en su ejecución a la observancia estricta de todas y cada una de las maniobras que la constituyen. Para ser realizable lo anterior, estimamos que se hace necesario simplificar la operatoria del fórceps, mediante una sistematización lógica y comprensiva.

Una de las circunstancias que más han de contribuir al logro de dicha finalidad, es limitar el fórceps a casos en que está justificado como recurso terapéutico científico e inobjetable, pues tal norma de conducta contribuirá a erradicar de la clínica las aplicaciones que carezcan de fundamento técnico: fórceps profiláctico (DE LEE), fórceps de fuerza (BRINDEAU y LANTÚEJOL), fórceps electivo (DAVIS), fórceps de complacencia; porque en ellas la ejecución del acto quirúrgico se efectúa sin comprobar la ausencia parcial o total de los fenómenos fisiológicos que caracterizan un parto eutócico y que puedan y deban ser sustituidos, y en lo posible reproducidos, por el instrumento.

Esta limitación a los casos en que funcionalmente está indicado, hará que el fórceps sea siempre una intervención quirúrgica poco o nada traumatizante, y por ende, con bajo índice de lesión para madre e hijo, equivalente a mortalidad fetal y materna igual a cero, y morbilidad en ambos que se aproxime en lo posible a este guarismo.

INDICACIONES

Presentamos una clasificación previa con la cual facilitar el enunciado de las consideraciones respectivas:

1) Causas maternas:

a) de la esfera genital

i) distonías: atonía (inercia); hipotonía (irreductible con ocitócicos); hipertonía (tetanismo, contractura)

ii) rigidez de estructuras blandas: perineal (perineo inelástico, perineo con lesiones); vulvovaginal (hipoplasia, imperforación del himen, tabicamientos); cervical

2) Generales o extragenitales:

a) fatiga materna (astenoadinamia)

b) choque obstétrico

c) gestosis: síndrome preecláptico; síndrome ecláptico

d) enfermedades intercurrentes (cardiopatías, tuberculosis pulmonar; nefropatías: glomerulonefritis, nefrosis)

2) Causas fetales:

a) sufrimiento fetal

b) variedades posteriores estacionadas

c) cortedad del cordón (relativa y absoluta)

d) deformaciones plásticas exageradas

En esta relación de cuadros clínicos que plantean de manera franca la realización de un fórceps, hemos conservado la clasificación consagrada: causas que radican en la madre y causas que existen en el producto, pero a diferencia de dicho agrupamiento, entre las primeras exclusivamente estamos considerando las circunstancias en que se comprueban alteraciones de los tejidos blandos, eliminando por completo las modificaciones morfológicas y dimensionales de la pelvis ósea, porque éstas nunca deben constituir una causa que motive la extracción instrumental de la cabeza fetal, pues casi siempre implican estenosis del conducto del parto y originan necesariamente desproporción cefalopélvica, que sugiere, para nosotros, una abstención total para resolver estos problemas de distocia por vía vaginal.

Los casos clínicos en que hay trastornos de la contractilidad uterina (distonías, disrritmias, discinesias o disistolias –términos equivalentes, pero impropios– que no son corregidos con tratamiento médico: ocitócicos y espasmolíticos); así como aquellos en que no existe permeabilidad completa cervical o vulvoperineal –pero susceptible de lograrla–, como ocurre con la rigidez de cuello uterino y la rigidez de piso pélvico, son determinantes para una aplicación de fórceps.

Entre las causas maternas extragenitales quedan comprendidas aquellas que tienen como denominador común la necesidad de interrumpir o suprimir el trabajo muscular del órgano gestante y el de los músculos abdominales, porque constituyen un riesgo inminente para la vida de la madre, por agravar o desencadenar insuficiencia cardíaca o respiratoria, o por exponer a la parturienta a un estado agudo de colapso, y que imponen la necesidad urgente, inaplazable, de extraer rápidamente al feto a fin de suprimir la sobrecarga funcional no tolerada, y restituir al organismo materno su equilibrio fisiológico.

Por lo que hace a las causas fetales, incluimos las que son clásicas, así como otras que sólo ocasionalmente se toman en consideración.

El sufrimiento fetal lo individualizamos así: taquicardia de 160 o más, bradicardia de 120 o menos, disritmia o arritmia, expulsión de líquido amniótico teñido de meconio, o convulsiones fetales.

Las variedades posteriores, occipitoderechas las más frecuentes, cuando no evolucionan normalmente, es decir, en todas las veces en que se adquiere la certidumbre de que en un lapso de observación suficiente no roten ni descendan, a pesar de las contracciones uterinas rítmicas y progresivas, son las que calificamos de estacionadas, y justifican por sí solas, aun sin otro factor concurrente, aplicar fórceps.

La cortedad de cordón, cuyo diagnóstico directo no es fácil, es una entidad clínica que se resuelve satisfactoriamente con una aplicación de fórceps.

También conceptuamos entre las causas fetales, aquellos casos en que se encuentran deformaciones plásticas exageradas del polo inferior –gibas enormes, cefalematomas, cabalgamiento de los huesos craneales–, cuya etiopatogenia siempre es múltiple, pues a ella conducen compresión intensa y continua por la impulsión uterina y contrapresión pélvica, inmovilidad de la presentación y fenómenos de ectasia, y aun cuando son la consecuencia de estos factores concomitantes, adquieren gran importancia práctica, porque la supresión de esas circunstancias determinantes es extemporánea y no resuelve la nueva complicación que provocan: difícil o nula progresión del polo inferior.

CONTRAINDICACIONES

Como en el capítulo anterior, procederemos en igual forma: haremos una sinopsis y las agruparemos en absolutas y relativas:

1) Absolutas:

- a) presentaciones podálicas, completa e incompleta
- b) presentaciones de frente
- c) presentaciones cefálicas no descendidas

2) Relativas:

- a) cabeza última
- b) cabeza transversa retenida

Constituyen casos en los que, por ningún motivo, ni siquiera se ha de esbozar la posibilidad de aplicar un fórceps, porque todas ellas implican problemas positivamente insuperables en cuanto a su realización técnica, y porque ocasionan siempre serias lesiones para madre e hijo.

Analicémoslas someramente. El polo pélvico es un cuerpo que por su forma y volumen no es posible adaptar, sino de manera mediocre, a la curvatura muy cóncava de las cucharas, lo cual da como resultado que en aquellos casos de fórceps en presentación podálica, para hacer una presa relativamente sólida, se impone la necesidad de ejercer una compresión enérgica con (o sin) el tornillo de reducción –lo cual fatalmente provoca fracturas o contusiones más o menos graves de los tejidos blandos del polo pélvico– ya que de no proceder así, se tienen deslizamientos o derrapes que son potencialmente agresivos para vagina y perineo.

Estimamos que las presentaciones de frente constituyen también una contraindicación absoluta, en primer lugar porque siempre se resuelven de mejor manera recurriendo a otros procedimientos, como su transformación por maniobras manuales en vértice o cara, o practicando una versión podálica mixta, o, en último caso, efectuando una operación cesárea: soluciones todas que sin discusión resultan incomparablemente superiores, por su trauma moderado y su porcentaje elevado de fetos vivos y viables, respecto de los resultados casi siempre desastrosos que se logran con aplicaciones de fórceps en presentaciones de frente; y además, porque en dichas aplicaciones las tomas son siempre atípicas (parietofrontales, frontoccipitales o frontomastoideas), con las que jamás se logra una conjugación o paralelismo del eje de las cucharas y del diámetro sincipitomentoniano, y se realizan en planos muy elevados de la excavación o en el estrecho superior, debido a la actitud de deflexión del polo cefálico que provoca una desproporción cefalopélvica que dificulta o imposibilita su encajamiento progresivo. Si a ello agregamos que esas tomas atípicas son grandemente lesivas para la cabeza fetal, porque obligan a gran compresión y tracciones violentas y sostenidas, así como a rotaciones extensas y muy laboriosas, y si consideramos que la realización de todas estas maniobras acarrea laceraciones muy graves del canal del parto, sobre todo al segmento inferior, pared posterior de la vagina, vejiga y uretra, tomando en cuenta estas circunstancias estimamos que un fórceps en presentación de frente debe rechazarse sistemáticamente.

Las presentaciones cefálicas no descendidas –cabezas móviles y cabezas fijas– son también contraindicaciones para realizar un fórceps, porque además de que la falta de descenso, las más de las veces, supone una desproporción cefalopélvica; aun cuando ésta no existiera y fueran otros los motivos por los que una cabeza no descendiera, pretender hacer presa sólida, ideal, de una cabeza en o por encima del área del estrecho superior, es pretender una utopía, cualesquiera que sean su actitud, orientación y sinclitismo o asinclitismo.

Para corroborar plenamente las contraindicaciones que anteceden, debemos señalar qué obras y autores coinciden en que estas aplicaciones de fórceps que objetamos se caracterizan por elevados coeficientes de mortalidad y morbilidad fetal, por lesiones que provocan secuelas permanentes de invalidez o incapacidad funcional para el futuro niño, y también por la considerable cantidad de madres que sufren serias lesiones, que aún con tratamiento quirúrgico oportuno y conveniente, en no pocas ocasiones dejan anomalías persistentes de la estática y dinámica pélvicas, sin ocasionar los casi constantes fracasos en la aplicación del instrumento que obligan a intentos repetidos de introducción.

Las contraindicaciones relativas, en términos generales, para nosotros tienen el mismo valor de las absolutas, porque son entidades clínicas con idénticas características y susceptibles, por tanto, de críticas análogas.

Aplicar un fórceps en cabeza última es realizar una intervención más compleja y traumatizante que su extracción mediante las maniobras manuales de CHAMPETIER DE RIBES y MAURICEAUVEIDT-SMELLIE, con las cuales se resuelven satisfactoriamente todos los casos; y por lo que hace a las aplicaciones en cabezas retenidas en transversa, solamente las justificamos cuando el polo cefálico se encuentra en plena excavación pélvica, con su circunferencia máxima entre el 29 y 39 planos paralelos, pues aun cuando en ellas se realiza toma atípica, como el recorrido del móvil cefaloinstrumental es relativamente corto, y como existe la posibilidad de hacer una rotación más o menos fácil de octavo de círculo a oblicua anterior, una vez lograda ésta se desarticula el fórceps, para realizar una segunda presa típica, con lo cual el fórceps en transversa, por lo menos *a priori*, y haciendo la salvedad de las peculiaridades de cada trabajo de parto, no constituye problema muy difícil de técnica pura, ni tampoco expone siempre a graves lesiones de la presentación y del conducto pelvigenital.

OPERATORIA

Procederemos de un modo idéntico como en los capítulos precedentes, enumerando primero sus conceptos fundamentales, y advirtiéndole que el instrumento que utilizamos es el fórceps Tamier con tractor o el fórceps Simpson, indistintamente.

1) Prerrequisitos:

- a) feto vivo
- b) dilatación completa
- c) huevo roto
- d) polo cefálico en actitud de flexión (vértice), intermedia (bregma), deflexión extrema (cara)
- e) polo cefálico con grados III o IV de penetración pélvica

2) Técnica:

- 1^{er} tiempo*: diagnóstico obstétrico completo: presentación, subtipo, variedad, grado de descenso.
- 2^{do} tiempo*: objetivación de la toma.
- 3^{er} tiempo*: introducción de las cucharas sin mano guía (ESPINOSA Y DE LOS REYES), cuchara posterior primera, en los ejes medio, izquierdo y derecho.
- 4^o tiempo*: articulación de las ramas, directa o con descruzamiento preliminar.
- 5^o tiempo*: verificación de la toma o presa.
- 6^o tiempo*: tracción sin o con rotación previa.
- 7^o tiempo*: periodo expulsivo tratado como parto espontáneo: desarticulación y extracción del fórceps, propulsión fetal, maniobras protectoras del perineo –directas, indirectas o quirúrgicas.
- 8^o tiempo*: alumbramiento artificial (ocitócito endovenoso más expresión uterina).
- 9^o tiempo*: rafias.

De los prerrequisitos enunciados resultan obvios algunos, por lo cual sólo haremos las necesarias explicaciones sobre los referentes a la exigencia establecida de que el fórceps debe aplicarse única y exclusivamente en los casos de cabeza flexionada (vértice), o intermedia (bregma), o francamente deflexionada (cara) y que se encuentra mediana o completamente descendida. La afirmación de estos dos prerrequisitos nos permite eliminar las presentaciones de frente, así como las presentaciones libres o fijas. Elimi-

namos las presentaciones de frente porque constituyen una contraindicación absoluta para el fórceps, pues en ellas, ya lo dijimos, nunca es posible hacer una toma ideal, sólida, como consecuencia de la falta de homologuismo entre el eje mayor de las cucharas y el eje sincipitomentoniano, condición *sine qua non* para una presa de FARABEUF, por lo cual es recomendable transformarlas en vértice, cuando es posible, o en cara, que casi siempre es lo más factible, y cuando dichas maniobras fracasan, inclusive es menos peligroso realizar una versión podálica por maniobras mixtas, que hace parir un feto en presentación de frente.

La exigencia que establecemos de aplicar el fórceps únicamente cuando la presentación está mediana o profundamente descendida, se funda en que solamente en cabeza encajada es como se puede lograr una toma ideal o una toma oblicua en frontomastoidea, ya que el polo cefálico situado entre el 29 y 39 planos paralelos, o bien entre el 39 y 49 planos, tiene un asinclitismo discreto y ha realizado la mayor parte de su rotación y su descenso, lo cual da lugar a que las cucharas no penetren profundamente y, por ende, la agresión contra el segmento inferior del útero será poco probable, contrariamente a lo que ocurre en las llamadas tomas altas, en las que la mayor parte de la cuchara se encuentra en la pelvis no obstétrica, ejerciendo compresión y distensión no sólo por el pico sino también por las gemelas.

Las consideraciones a propósito de la técnica del fórceps serán las esenciales: o porque entrañan conceptos disímiles a los aceptados como clásicos, o porque enfatizan puntos que siendo de universal aceptación, no se les ha concedido la trascendencia y primacía que realmente tienen.

Creemos que el 1º tiempo de toda aplicación de fórceps no está constituido por la maniobra inicial que se realiza con el instrumento, sino que debemos estatuir como tal la elaboración del diagnóstico obstétrico, porque este equivale a conocer cuál es la disposición que tiene el polo cefálico en el conducto del parto, especificando sus relaciones de contigüidad con los diferentes puntos de referencia anatómicos de la pelvis obstétrica. A tal grado estimamos que es indispensable un diagnóstico obstétrico íntegro y exacto para realizar un fórceps, que no concebimos ninguna operación de este tipo sin saber con exactitud casi matemática cómo está dispuesta la cabeza fetal y, consecuentemente, cómo deberán quedar aplicadas en ella las cucharas del fórceps formando el móvil cefálico-instrumental, que nos proponemos hacer avanzar a lo largo

del conducto pélvico hasta lograr su exteriorización. Para tener un concepto definido de esa disposición interna del polo cefálico en la pelvis, es indispensable que definamos su actitud de flexión o extensión, la orientación de su eje anteroposterior refiriéndolo a los principales diámetros del conducto pélvico, la ubicación de la región toconómica respecto de las extremidades de dichos diámetros y la de la sutura sagital con el centro de figura de la excavación, apreciando su equidistancia del arcuatum y de la concavidad sacra; y por último, situar su circunferencia máxima en diferentes alturas de la pelvis, utilizando como términos de comparación los planos de HODGE. Todos los conceptos descritos forman un diagnóstico obstétrico íntegro, que abarca, como hemos expuesto en la sinopsis de la técnica operatoria: presentación, subtipo, posición, variedad y grado de penetración pélvica o descenso.

Establecido el diagnóstico obstétrico, procedemos, como 2º tiempo de la operatoria, a intentar una demostración gráfica de la disposición que tendrá el fórceps aplicado en el polo cefálico. Esta representación material de la disposición interna del fórceps, y que debe efectuarse invariablemente en cada caso, constituye una maniobra indispensable para hacer una operación rigurosamente técnica, y constituye lo que llamamos objetivación de la toma. Para llevarla al cabo, sujetamos por sus mangos el fórceps articulado y lo ponemos enfrente de la región pudenda de la parturienta, haciendo que coincidan el eje del fórceps y el sincipitomentoniano cefálico y, por tanto, aquel con uno de los tres únicos diámetros con los cuales puede estar conjugado dicho eje, o sea diámetro anteroposterior o eje medio, diámetro oblicuo izquierdo o eje izquierdo y diámetro oblicuo derecho: a esta coincidencia o paralelismo del eje mayor de las cucharas con el eje sincipitomentoniano y el diámetro que corresponda del conducto pélvico, la definimos con el término orientación. Mas con el objeto de lograr una representación más exacta de la presa instrumental, también debemos situar el fórceps de acuerdo con la actitud de flexión o extensión de la cabeza, puesto que si se pretende una toma simétrica, dada la solidarización de las cucharas con las regiones laterales de aquella, el pico debe corresponder al mentón y el ojo al sincipicio, y la mayor, igual o menor elevación de uno –mentón– respecto del otro –sincipicio–, determinará consiguientes variaciones en las cucharas, que provocarán mayor o menor altura de los mangos, que es lo que expresamos con el término inclinación. Este 2º tiempo que

es la objetivación de la toma, es básico de la operatoria, porque nos permite observar cuál es la cuchara posterior –primera–, cuál es la cuchara anterior –segunda– y cuál es la forma de realizar la articulación, todo ello sin necesidad de haber memorizado los conocimientos teóricos referentes a dichos puntos, que varían con las diferentes tomas del fórceps y han dado lugar a gran cantidad de reglas, que no se requiere conocer y aplicar para el tiempo siguiente, introducción de las cucharas, sujeto en todo a los datos que proporciona la objetivación de la toma.

La introducción de las cucharas, 3^{er} tiempo, verdaderamente esencial de toda aplicación de fórceps, la realizamos con una ejecución fundamentalmente diferente de la técnica clásica que se estudia y enseña por textos y profesores de todos los países, merced a una modificación creada por el doctor ISIDRO ESPINOSA Y DE LOS REYES, que no titubeamos calificar como genial, y que consiste en no introducir una mano* en el conducto genital, antes de iniciar la penetración sucesiva de las cucharas para adaptarlas en la cabeza fetal. Tal es la técnica preconizada por el doctor ESPINOSA Y DE LOS REYES: introducir las cucharas en el conducto pélvico sin mano guía, y que indiscutiblemente es una brillante aportación de quien fue maestro merítísimo, y a cuyo procedimiento ajustamos las aplicaciones de fórceps que realizamos desde hace veinte años y que explicamos y demostramos en nuestra cátedra.

Con la objetivación de la toma, sabemos cuál es el eje conforme al que deben quedar paralelas las ramas del fórceps, cuál es su inclinación, que obedecerá al grado de flexión o de extensión del polo cefálico, y además, por encontrarse el fórceps articulado, cuál es la cuchara posterior, primera. Una vez adquiridos todos estos elementos que forman las bases de una correcta aplicación de fórceps, como parte inicial de este 3^{er} tiempo procederemos a desarticularlo, conservando solamente la cuchara que primero va a introducirse, sostenida con la mano homónima por medio de dos o tres dedos, suspendiéndola verticalmente –como se suspende el hilo de una plomada– y apoyándola por su pico a la altura del introito y perpendicularmente al plano transversal de la vulva, hecho lo cual comenzamos su penetración mediante un movimiento complejo, que para ser comprendido mejor disociaremos en sus des-

alojamientos parciales que lo forman, y que han de ser ejecutados con una extraordinaria delicadeza, para que sea posible apreciar cabalmente, y transmitidas por el mango, las sensaciones táctiles estereognósticas, que corresponden al contacto que va realizando la cuchara con las distintas porciones del polo cefálico y con las diversas estructuras del conducto genital contiguas a él.

Con el pico de la cuchara en el introito y apoyado sobre la cabeza, se da al mango un movimiento de rotación sobre su eje para adaptar la concavidad de la cuchara a la convexidad de la cabeza fetal, logrado lo cual, y sin perder en lo sucesivo el contacto con ella, que constituye para nosotros el mejor índice de protección para las estructuras maternas, se inicia en el mango un amplio movimiento de descenso, desarrollando un extenso arco de círculo con dirección de arriba a abajo y ligeramente de dentro hacia afuera (en dirección opuesta de la mitad del conducto genital en que se va a hacer progresar la cuchara del fórceps) y cuyo movimiento, gráficamente, correspondería al trazo de un gran arco de círculo por medio de un lápiz sujeto a una cuerda insertada precisamente en la comisura posterior de la vulva como centro de dicho movimiento. Descendiendo el mango en esa forma, se logra insinuar la cuchara exactamente en el espacio virtual que limitan la cabeza fetal y la pared del conducto, y que al avanzar va transformando en ángulo diedro, deslizando o apoyando siempre el pico de la cuchara sobre el polo cefálico, realizando de este modo la llamada maniobra de la legra (SUZOR) cuya denominación es suficientemente explícita. La cuchara a la vez que penetra asciende y contornea la cabeza fetal, hasta que esa progresión termina, cuando tiene el mango la orientación e inclinación necesarias, conocidas oportunamente con la objetivación de la toma.

La introducción de la segunda cuchara, anterior, corresponde en todo a una técnica igual a la descrita, si se trata de presentaciones en el eje sagital, directas anteriores (OP) y posteriores (OS); pero con presentaciones en las que el eje anteroposterior del polo cefálico está conjugado con uno de los diámetros oblicuos –fórceps en ejes izquierdo o derecho–, entonces la introducción de la cuchara anterior, segunda, aun ejecutada conforme a los principios enunciados, difiere en que para ser llevada a una colocación simétrica a la cuchara posterior, es indispensable imprimirle la vuelta de espira de LACHAPELLE, para hacer posible la adaptación perfecta o casi de su concavidad a la porción lateral del ovoide cefálico, y que está caracterizada princi-

* Con este término nos referimos, en clínica obstétrica, no sólo a la extremidad distal completa del miembro superior, sino también a la parte de la misma: uno o varios dedos.

palmente por un movimiento de rotación amplía del mango cuando éste ha alcanzado el máximo de su descenso, y cuya rotación es indispensable, porque estando la cuchara colocada entre el arco anterior de la pelvis y la cabeza, sólo mediante esa rotación podrá recorrer la porción lateral de la cabeza y alcanzar la ubicación deseada.

Esta técnica de introducción de las cucharas sin penetración previa y obligada de mano guía, es perfectamente factible en todos los casos, porque permite siempre adaptarlas en el mejor meridiano del ovoide cefálico, resultando de ello: o una toma simétrica, biparietal, de FARABEUF, o una toma no simétrica, oblicua, frontomastoidea, que es la única posible en cabezas asinclíticas y parcialmente flexionadas.

Este *modus operandi*, a condición de ejecutarlo con maniobras de suavidad y delicadeza sumas que, reiteramos, nunca ofrece dificultades imposibles de dominar, sobre todo cumpliéndose escrupulosamente estos prerrequisitos: dilatación precisamente completa –espontánea o lograda artificialmente– y cabeza descendida profundamente –grados III y IV de nuestra escala, o grados -1 y 0 o +1 o +2 de la escala centímetro de DE LEE– o sea cuando la circunferencia máxima está próxima, o ha pasado el diámetro biciático, respectivamente.

Es evidente que *a priori* se podrían hacer algunas objeciones a la técnica de aplicación de fórceps del doctor ESPINOSA Y DE LOS REYES, y las cuales se derivarían, lógicamente, de las consideraciones que fundamentan la técnica clásica, que prescribe que antes de introducir una cuchara de fórceps debe introducirse primeramente una mano guía. De acuerdo con esos cánones, la mano que se introduce anticipadamente a la penetración de la cuchara de fórceps, es una mano que desempeña de modo simultáneo dos funciones: proteger las estructuras maternas y conducir y colocar en el sitio deseado la cuchara que penetra.

Respecto de la primera función, es fácil entender que haciendo penetrar la cuchara del fórceps precisamente aplicada sobre dicha mano, se ponen a salvo elementos maternos y ovulares de ser incluídos en la prensión instrumental del polo cefálico. En la práctica, estos elementos podrían ser incluídos: cuello uterino, membranas, cordón y un miembro procidente, enumerados en orden de mayor a menor frecuencia. Sin embargo, de todos estos elementos posibles de ser tomados y comprimidos entre el instrumento y la cabeza fetal, el más importante es el cuello uterino. Veamos cuál es la situación real. Si partimos del hecho

que toda aplicación de fórceps jamás deberá intentarse si no existe dilatación completa, podemos considerar que, satisfecho ese requisito, el cuello nunca podrá ser prensado, pues con dilatación total no existe cuello, sino a lo sumo un pequeño borde o una insignificante ceja uterina; pero aun en este caso, dado que la implantación de esa ceja residual se encuentra durante el periodo expulsivo a la altura del segundo plano paralelo en sus tres cuartos posteriores, y rebasándolo ligeramente hacia arriba en su cuarto anterior (conforme se desprende de cortes medios practicados en cadáveres congelados de mujeres muertas inmediatamente después del parto), y en cambio, el pico de la cuchara una vez logrado su ascenso completo, y tratándose lo mismo de tomas directas que de tomas oblicuas, e igual en casos de aplicaciones medias o bajas, está en planos más elevados que el del estrecho superior: ¿cómo sería posible que con la introducción progresiva, cuidadosa, verdaderamente gentil, de las cucharas, hasta alcanzar su total penetración y su perfecta adaptación sobre el ovoide cefálico, éstas pudieran hacer presa de la lengüeta cervical que se encuentra en planos notoriamente inferiores? En apoyo de lo expuesto, y ejecutando invariablemente el fórceps con dilatación completa, jamás hemos apreciado que el pico de la cuchara choque contra un fondo de saco cervicouterino, pero sí hemos corroborado en varias ocasiones que cuando existe un obstáculo a su progresión, éste nunca está constituido por el cuello uterino, sino las más de las veces por la cabeza misma (como ocurre de preferencia en presentaciones transversas, u oblicuas próximas al diámetro transversal, en las que por error de diagnóstico inadvertidamente se dirige el pico hacia el seno sacroiliaco en que está alojado el polo anterior o el polo posterior de la presentación), y en muy raros casos por algún elemento ovular (miembro o cordón procidentes), o excepcionalmente por un tumor previo. En estos casos, el método más práctico, y lógico, de evitar la inclusión de alguno de estos órganos, es pensar de inmediato en tal posibilidad, siempre que se sienta una resistencia, un tope, que impida la progresión fácil, suave, casi imperceptible de la cuchara, apenas con un impulso mínimo, discreto, sin necesidad de ejercer una presión o fuerza medianas, lo que obligará desde luego a auscultar el foco fetal y descubrir una marcada alteración de los latidos si está comprimiendo el cordón, y eliminada esta contingencia, practicar un tacto para localizar el miembro procidente, rechazarlo y hacer posible el ascenso muy

cuidadoso de la cuchara aplicada estrechamente sobre la cabeza (maniobra de la legra).

Por último, una digresión a propósito de la inclusión de las membranas, que cuando ocurre carece en absoluto de importancia alguna, puesto que casi siempre da lugar a su desgarramiento o a un desprendimiento parcial de la placenta, posibilidades que no tienen ni remotamente el peligro que se les concede. A título informativo consignaremos que en una ocasión nos ocurrió comprimir el cordón (ya hecha la presa) entre el móvil cefaloinstrumental y la pared pelviana y observarlo extemporáneamente, cuando la cabeza había empezado a desprenderse, lo cual no dio lugar a complicación alguna, pues desatirulado y extraído el fórceps pudo terminarse el parto con expresión uterina.

Del segundo considerando básico que tiene la operación clásica del fórceps con una mano guía, o sea que ésta sirve para orientar y colocar la cuchara sobre la región fetal requerida, habrá que decir que su utilidad es muy discutible, como es fácil demostrarlo. Si el diagnóstico es correcto, y por ello la disposición interna de la mano es la que corresponde, a menos de que se trate de una presentación totalmente descendida, hacer llegar la mano hasta el sitio deseado provoca, quíerese o no, un desalojamiento de la cabeza que dará lugar a que la cuchara no quede aplicada exactamente en la región señalada; y si el diagnóstico es erróneo (y todos los textos consignan, cualesquiera que sean las causas, que son muy frecuentes las equivocaciones de posición y variedad) entonces la mano guía servirá, precisamente, aun a costa de esfuerzos casi siempre violentos, a situar la cuchara en la región que corresponda de acuerdo con el diagnóstico, y que vendría a ser precisamente aquélla en que no debió colocarse, originando también que la disposición de la segunda cuchara sea incorrecta y resultando consecuentemente una toma atípica.

En cambio, en la operatoria del fórceps con la técnica ESPINOSA Y DE LOS REYES, aun con diagnóstico errado, como las cucharas han de situarse necesariamente sin ejercer ninguna presión, avanzarán penetrando por las zonas menos resistentes que son aquéllas en las que existe un hueco, por una menor adaptación de la cabeza con el conducto pelviano, y que pertenecen a las regiones laterales del ovoide por ser sus dimensiones menores, contrariamente a los polos anterior y posterior –extremidades del diámetro anteroposterior, el mayor del ovoide– que son los de contacto más estrecho con la excavación; y precisamente dejando avanzar la cuchara por las zonas que oponen resistencia mínima

(cuántas ocasiones a pesar nuestro y con gran extrañeza al observar huellas del fórceps en partes que no coinciden con la toma diagnosticada) quedan dispuestas a lo largo del eje sincipitomentoniano y en admirable correspondencia la convexidad craneofacial con la concavidad de las gemelas ...entonces, *a posteriori*, advertimos nuestra equivocación –y es de aceptación dogmática que los desaciertos enseñan más– y nos sorprende la ejecución insospechada, y a veces impecable, de una toma ideal.

Conclusión: las finalidades que se propone la introducción preliminar de la mano protectora y conductora, son realidades impresionantes que nos brinda la técnica ESPINOSA Y DE LOS REYES, a condición de que desarrollemos con acuciosidad y delicadeza suprema nuestras maniobras instrumentales.

4º tiempo. La articulación de las ramas no tiene ninguna peculiaridad que amerite descripción especial, salvo en los casos de aplicaciones en el eje derecho, porque en las del eje medio y del eje izquierdo, una vez introducidas las ramas, pivote y muesca de ambos pedículos quedan en forma que basta aproximarlos uno a otro, o movilizarlos con muy pequeños desalojamientos inversos para conseguir fácilmente su mutua adaptación. En cambio, en las aplicaciones del eje derecho no hay posibilidad de hacer articulación directa de las ramas, debido a que en dichas aplicaciones (OIDA y OIIP) la cuchara posterior primera es la que tiene la muesca, se encuentra en un plano inferior respecto de la rama cuyo pedículo tiene el pivote y de esa manera no es posible articularlas; por ello es que en estas tomas se requiere hacer su descruzamiento, lo que se obtiene de manera sencilla cruzando las manos –la derecha sobre la izquierda– de manera que cada una sujete el mango de la rama de nombre contrario, y así hacer ejecutar al mango de la rama anterior un amplio movimiento circular de 360°, que en su primera mitad es desarrollado por encima del plano horizontal de la rama posterior que permanece fija, y cuya segunda mitad se efectuará por debajo de este plano, hasta situarlo en su orientación original pero con su pedículo colocado debajo del pedículo de la rama posterior que no ha sido desalojada en lo absoluto.

5º tiempo. Articulado el fórceps debemos proceder a comprobar: a) si el instrumento ha hecho presa exclusiva del ovoide cefálico sin incluir otro tejido u órgano; b) si esa presa es sólida; c) si las ramas del fórceps tienen orientación e inclinación requeridas de acuerdo con las

especificaciones ofrecidas por la objetivación de la toma. Para desarrollar este tiempo recomendamos llevar al cabo un tacto digital o manual, y con un movimiento de circunducción en el ecuador del polo cefálico, juzgaremos si las cucharas están precisamente en contacto inmediato con la cabeza fetal, en cuyo caso, y sujetando el fórceps a la altura de su articulación, ejercer una tracción moderada pero suficientemente enérgica para asegurarnos que no hay deslizamiento de las cucharas; y por último, observar si la dirección de los mangos corresponde al eje de toma y al grado de flexión de la misma.

6º tiempo. La tracción del móvil cefaloinstrumental ha de realizarse con estricto apego a las normas clásicas, igual se trate de variedades directas u oblicuas anteriores que no requieren que se imprima rotación preliminar al instrumento, como que sean variedades posteriores que sí imponen la mayoría de las veces que se dé una gran rotación de tres octavos de círculo, ejecutando las maniobras de BILL, SMELLIE-SCANZONI, KING u otras, y que obligan a hacer una nueva toma en directa anterior, que en su realización estará sujeta a las mismas directrices de la operatoria que recomendamos.

7º tiempo. Concluídas rotación y tracción cuando el móvil cefaloinstrumental termina su descenso, y su región toconómica –suboccipucio en ambas tomas directas– ha franqueado la extremidad correspondiente del diámetro anteroposterior del estrecho inferior e inicia su desprendimiento, nosotros aconsejamos que, inexcusablemente, siempre sea desarticulado y extraído el fórceps, procediendo para ello, como para su introducción, con maniobras de suprema delicadeza que han de evitar que las gemelas posteriores lesionen la pared vaginal o el perineo.

Retirado el instrumento, logramos el desprendimiento de la cabeza con propulsión fetal mediante expresión uterina (KRISTELLER) coordinada con maniobra de OLSHAUSEN-RITGEN, sin practicar perineotomía, porque estamos convencidos que a condición de graduar a voluntad el desprendimiento de la cabeza, con expresión uterina intermitente y de mediana intensidad, habrá una distensión progresiva y máxima del orificio vulvoperineal y sin peligro de rotura, favorecida por el relajamiento muscular que da la anestesia quirúrgica que requiere este tiempo de la operatoria, y con lo cual, en la mayoría de las veces, se desprende la circunferencia máxima suboccipitofrontal

sin laceraciones del perineo, o dando lugar apenas a un desgarro de la comisura vulvar.

Procediendo de esta manera queremos decir que uno de los tiempos de la operatoria del fórceps es precisamente el desprendimiento inerte de la cabeza fetal, como si se tratara de un parto fisiológico, y para ello intentamos, en lo posible, reproducir o imitar la secuencia de sus fenómenos naturales.

8º tiempo. Para el alumbramiento combinamos la expresión uterina (CREDE) con la inyección endovenosa de un ocitócico conforme a los lineamientos preconizados por PASTORE y CALKINS.

9º tiempo. Las suturas deben hacerse en las laceraciones que han sufrido las estructuras de la pelvis blanda, previa exploración cuidadosa de todo el tracto genital inferior.

CONCLUSIONES

Ante los adelantos sorprendentes que ha logrado la especialidad obstétrica es imperativo hacer una revisión de la operatoria del fórceps. El fórceps siempre debe ser una intervención quirúrgica sujeta a una técnica que se derive invariablemente del planteamiento de un diagnóstico obstétrico correcto e íntegro. Las indicaciones del fórceps quedan limitadas a aquellas condiciones clínicas en que constituyan el recurso terapéutico científico e inobjetable. Deben proscribirse definitivamente las aplicaciones en polos cefálicos no descendidos (tomas altas) y aquellas en presentaciones de frente y pélvicas, y en cabeza última, porque el fórceps es un tratamiento absurdo en los casos de desproporción cefalopélvica. El acatamiento obligado de estos prerrequisitos: cabeza flexionada, indiferente o fuertemente deflexionada y en grados III o IV de penetración pélvica, es parte inherente de la operatoria del fórceps. Diagnóstico obstétrico íntegro y objetivación de la toma, son los dos primeros tiempos imprescindibles de la operatoria del fórceps. La técnica ESPINOSA Y DE LOS REYES de introducción de las cucharas sin penetración previa de mano guía, valorada teórica y clínicamente, es superior a la técnica clásica y debe ser ampliamente difundida. Debe tratarse invariablemente, sin excepción, el desprendimiento del móvil cefaloinstrumental, previas desarticulación y extracción del fórceps, como se atiende el periodo expulsivo de un parto eutócico.

APÉNDICE

Descenso

Definimos como descenso o penetración pélvica, no encajamiento, a la progresión del polo inferior (que en las primigrávidas se inicia desde el octavo mes y en las multíparas casi con el trabajo de parto) a lo largo del conducto pelvigenital, desde la pelvis no obstétrica hasta el estrecho inferior que atraviesa durante su desprendimiento.

Encajamiento (en su acepción técnica, no en su significado etimológico) es una fase o estudio del descenso, y corresponde precisa y exclusivamente al franqueamiento que hace la circunferencia máxima del polo inferior del área del estrecho superior.

Descenso y encajamiento no son términos equivalentes: descenso es el todo, y encajamiento sólo una parte de ese todo.

Grados de descenso

La circunferencia máxima del polo inferior, en virtud del descenso (cuya causa primordial es la contractilidad uterina dolorosa e indolora) va adquiriendo diversas relaciones con puntos anatómicos de la pelvis ósea, que sirven para precisar y valorar, por lo menos clínicamente, la forma como va avanzando más y más en su recorrido intrapélvico, y cuyo avance es simultáneo con las modificaciones que la dinámica uterina provoca en las estructuras maternas para constituir el conducto del parto.

Hemos experimentado siempre la urgencia de establecer esa valoración del descenso, de manera racional, sencilla y práctica: por tanto, que pueda hacerse de inmediato y cualesquiera que sea el caso clínico.

Los términos de referencia pélvicos que adoptamos son los planos de HODGE, de aceptación universal.

Consideramos cuatro etapas o grados en el descenso:

Grado I. Cabeza, u otro polo, libre: circunferencia máxima superior a la del primer plano de HODGE –estrecho superior–; datos clínicos: polo inferior que por palpación abdominal puede ser movilizado amplia y fácilmente; al tacto muy profundo apenas se alcanza su porción declive, se puede imprimir una gran movilidad y no tiene contigüidad alguna con la pared pélvica.

Grado II. Cabeza encajada: circunferencia máxima inferior al estrecho superior, el cual ya ha pasado; datos

clínicos: por palpación abdominal polo parcialmente accesible y no movilizable; al tacto, vértex –porción más declive del polo– a la altura de las espinas ciáticas, 3^{er} plano de HODGE, ocupando la cabeza dos tercios superiores del sacro, siendo posible insinuar dos dedos entre el polo inferior y la concavidad sacra.

Grado III. Cabeza descendida (descenso mediano): circunferencia máxima a la altura de las espinas ciáticas –tercer plano de HODGE–; datos clínicos: polo difícilmente palpable por el abdomen, y al tacto, vértex debajo de las tuberosidades ciáticas, cubriendo casi todo el sacro y pudiendo sólo hacer penetrar un dedo entre la concavidad sacra y el polo inferior.

Grado IV. Cabeza perineal: circunferencia máxima a la altura del estrecho inferior –cuarto plano de HODGE–; datos clínicos: polo visible en la hendedura u orificio vulvar, y vértex apoyado en el piso perineal al que distiende de manera ostensible.

La ventaja de esta clasificación radica, esencialmente, en que es de apreciación puramente clínica y en que las diferentes estaciones del polo inferior, en su recorrido, corresponden sensiblemente, por lo menos en los casos de eutocia, a las modificaciones cervicouterinas progresivas y concomitantes, y no requiere para su diagnóstico comprobación instrumental, métrica o radiológica alguna. De ahí que consideremos que DE LEE hace del descenso una clasificación no práctica y sí enteramente arbitraria, y que no es susceptible de valoración por medios puramente clínicos, pues solamente un estudio radiopelvimétrico permitirá cuantificar la estación del polo inferior respecto del plano de las espinas ciáticas, expresándola en centímetros, porque con la exploración clínica manual de una grávida –palpación abdominal y tacto vaginal– ¿cómo se podrá decir que la circunferencia máxima del polo inferior está a tantos centímetros por encima o por debajo de la altura 0, que es la cifra asignada por DE LEE a la línea o plano biciático?

¿Cómo se podrá recurrir, en la exploración física de una parturienta, a la escala-centímetro, si no es de una manera absolutamente empírica, y por tanto de apreciación personal?

De ahí que consideramos que este método, creado por un autor distinguidísimo –la figura más relevante de la Escuela Obstétrica de Norteamérica– carece por completo de utilidad real y debe ser abandonado.

Objetivación de la toma

Es una expresión que preferimos a la de *presentación del fórceps*, que es una locución muy gráfica, para evitar posibles ideas confusas, ya que el término *presentación* en su acepción doctrinaria, está definido y aceptado en forma unánime como el polo inferior que, satisfaciendo determinados requisitos, recorre el conducto pelvigenital.

Aplicación del fórceps en los ejes pélvicos

Las expresiones *aplicación en el eje medio, en el eje izquierdo y en el eje derecho*, tienen para nosotros la connotación de paralelismo del eje mayor de las cucharas con el eje sinciprotomentoniano orientado o conjugado a su vez con los diámetros anteroposterior, oblicuo izquierdo u oblicuo derecho, respectivamente, de la excavación o del estrecho inferior.

REFERENCIAS

1. OSCAR H. BLOOM. A new rotating forceps for occiput posterior and occiput transverse positions. *Am J Obstet Gynecol* 59(4):924-25.
2. A. BRINDEAU. *La Pratique de l'Art des Accouchements*. IV;pp:85 ss.
3. ISIDORE DAICHMAN AND WILLIAM POMERANCE. Failed forceps. *Am J Obstet Gynecol* 56(3):527-29.
4. CARI HENRY DAVIS. *Gynecology and Obstetrics*. Vol. II, Chap. 3, pp. 17-50. WF Print Co. Inc.
5. WAYNE DECKER. Barton obstetric forceps; an analysis of 277 cases. *Am J Obstet Gynecol* 61(3):365-640.
6. EDWARD H. DENNEN. A classification of forceps operation according to station of head in pelvis. *Am J Obstet Gynecol* 63(2):272-83.
7. A. DOOERLEIN. *Tratado de obstetricia*. México: Editorial Labor, SA. pp:644 ss.
8. DANIEL B. DORMAN. Management of abnormal presentation during second stage of labor. *JAMA* 147(15):1404-6.
9. DE LEE-GREENHILL. *Principles and practice of obstetrics*. Philadelphia: WB Saunders. pp:877 ss.
10. EMANUEL M. GREENBERG. A suggested modification for the obstetrical forceps to avoid trauma. *Am J Obstet Gynecol* 59(5):1169.
11. J. P. GREENHILL. Hazards of midforceps operation. *JAMA* 1951;148(14):1216.
12. JENNINOS C. LITZENBERO. Sinopsis de obstetricia. Buenos Aires: UTEHA, XXXVIII;pp:420-6.
13. T. N. MACGREGOR. Management of persistent posterior position of occiput. *JAMA*;143(7):686.
14. MARCEL METZGER. *L'accoucheur moderne*. Paris: Lib. Félix Alean, pp:437-42.
15. WILLIAM F. PETERSON. A modified outlet forceps. *Am J Obstet Gynecol* 63(1):226-7.
16. A. RIBEILONT-DESSAIGNES ET G. LEPAGE. *Traité d'Obstetrique*. Paris: Masson et Cie, Edit. pp: 1179 ss.
17. F. STACY LLOYD JR., SIMÓN V. WARD AND THOMAS BENTON SELLERS. *Am J Obstet Gynecol* 62(1):129-34.
18. CHARLES M. STEER AND WALTER P. KOSAR. The causes of fetal mortality at the Sloane Hospital for Women, 1940 to 1949. *Am J Obstet Gynecol* 63(5):1091-101.
19. R. A. SUZOR. Forceps et Leviers, en *Encyclopedie Médico Chirurgicale*. Paris: A. Laffont y F. Durieux. Vol. II, pp:5091-7.
20. ABRAHAM J. TATELBAUM. A method of forceps rotation in posterior positions. *Am J Obstet Gynecol* 57(3):553-6.
21. PAUL TLTUS. *Atlas of obstetric technique*. St. Louis: CV Mosby. pp:79-90.
22. PAUL TLTUS. *Management of obstetric difficulties*. St. Louis: CV Mosby. pp:641 ss.
23. VAUX AND CASTALLO. *Mechanics of obstetrics*. FA Davis, pp:146 ss.
24. ARTHUR WEINBERG. Midforceps operations. *JAMA* 146(16):1465-9.
25. WILLIAM-STANDER. *Obstetrics*. Appleton-Century Co. Inc. pp. 547 ss.