



Consideraciones sobre 113 casos de Aplicación de Fórceps Medio

*Por el Dr. Javier MARTÍNEZ PACHECO
Del Centro Materno-Infantil
"Maximino Ávila Camacho",
México, D. F.*

En la actualidad, gracias a los adelantos alcanzados en fisiología y fisiopatología del parto, el uso seguro y controlado de ocitócicos por la vía intravenosa y el amplio margen de seguridad con que se cuenta en la operación cesárea, existe una tendencia principalmente en el medio angloamericano hacia la desaparición dentro de la operatoria obstétrica del fórceps medio. (1, 2, 3, 4). Sin embargo, a pesar de la tendencia antes mencionada hay autores (5, 6, 7), que reportan buenos resultados maternos y fetales con su empleo. El presente estudio representa nuestra experiencia con dicha operación obstétrica en la maternidad del Centro Materno Infantil General Maximino Ávila Camacho.

MATERIAL

El presente estudio comprende cuatro años de trabajo que abarcan desde el 1º de enero de 1951 hasta el 31 de diciembre de 1954. En este lapso se atendieron 3,975 pacientes que dieron a luz 3,986 niños. De estas pacientes, 133, 3.3%, o sea 1 de cada 30 fueron sometidas a intervención de fórceps medio para resolver su problema obstétrico.

Nuestra incidencia de fórceps medio, 3.3%, es ligeramente superior a la reportada por MORGAN Y REYES (22), 2.59%, DECKER Y COL (6), 2.5%, ligeramente inferior a la de DENNEN (10), 4.48%, y muy inferior a la de WEINBERG (5), 11%.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Habiendo discrepancias de opinión para clasificar lo que constituye una operación de fórceps medio (8) y teniendo necesidad de definir nuestro criterio a este respecto, hemos considerado que la clasificación propuesta por WEINBERG (9) es la más satisfactoria. Dicho autor considera como fórceps medio a todo aquel que se aplica estando la parte más baja del cráneo óseo-fetal en la pelvis media, es decir, entre el plano de las espinas ciáticas (tercer plano o paralelo de HODGE) y el plano de las tuberosidades isquiáticas. Desde el punto de vista técnico creemos que no todos los fórceps medios que se aplican entre los planos antes mencionados tienen la misma facilidad para su resolución; por lo tanto, desde que apareció la clasificación de DENNEN (10), de acuerdo con su criterio reclasificamos nuestros fórceps medios en "medios" y "medio bajos", considerando como "fórceps medio bajo a aquel en el cual la parte más baja del cráneo óseo-fetal se encuentra a un través de dedo del periné, lo que correspondería aproximadamente a una línea imaginaria que uniera las dos tuberosidades isquiáticas".

Es lógico suponer que el cabalgamiento excesivo de los huesos craneanos, el asinclitismo de la cabeza fetal, así como las deformidades de la pelvis ósea tienen que ser cuidadosamente evaluados, cuando existen, para clasificar correctamente un fórceps como medio.

De hecho, los fórceps que hemos clasificado nosotros como medio bajos pueden ser considerados por muchos como bajos. Ahora bien, es indudable que si estos fórceps son aplicados por especialistas, la morbilidad materna y la mortalidad y morbilidad fetales serán bajas; pero, si como

frecuentemente ocurre en nuestro medio, son resueltos por médicos generales no familiarizados con el uso del fórceps, los resultados materno fetales tendrán que ser inferiores a los obtenidos por especialistas, con el consiguiente descrédito para el fórceps bajo, que es una operación obstétrica de utilidad reconocida (11). Es por esto que en nuestra Institución los residentes con entrenamiento pueden hacer operaciones de fórceps bajo sin supervisión, cuando éstos llenan los requisitos delineados por EASTMAN, TITUS, GREENHILL y MC CORMICK (12) y solamente pueden efectuar operaciones de fórceps medio de acuerdo con el criterio antes expuesto bajo supervisión. Creemos que nuestra morbilidad materna, 4.8%, y mortalidad y morbilidad fetales, 8.5%, en nuestros 256 casos de fórceps bajo, 6.4%, durante los cuatro años que comprenden este estudio justifican ampliamente nuestro criterio rigorista, para lo que consideramos como fórceps medio.

De los 133 casos que estamos analizando, 84, 63.1%, quedaría dentro de la denominación de fórceps medio y 49, 36.9%, dentro de la de medio bajo.

INCIDENCIA

De las 133 pacientes, 81, 60.9%, eran primigestas y 52, 39.1%, multíparas. Las edades variaron entre 14 y 42 años y la paridad de nulípara a octípara como puede apreciarse en el cuadro Núm. 1.

Cuadro Núm. 1

Edad	Primigestas	Multíparas	Total	%
Menos de 15	2	—	2	1.5%
15 a 24	58	15	73	54.9%
25 a 24	20	28	48	36.1%
35 ó más	1	9	10	7.5%
Total	81	52	133	
%	60.9%	39.1%		100%

Considerando nuestra población materna de nulíparas y multíparas aproximadamente igual, la incidencia de fórceps medio es francamente más alta en primigestas como era de esperarse; pero el hecho de que 39.1% de multíparas sufrió este tipo de operación obstétrica justifica el enfatizar que la vigilancia del trabajo de parto en ellas no debe ser negligente sino tan estrecha y meticulosa como en la de las primigestas.

INDICACIONES

Las indicaciones las hemos dividido de acuerdo con las normas clásicas en maternas y fetales. De hecho, en muchos casos existieron más de una indicación, pero por motivos de claridad en esta exposición hemos puesto la indicación que juzgamos más seria como la causante de la indicación. Sin embargo, en 16 casos no hubo justificación obstétrica definida para la intervención; en este grupo 6 de los casos se terminaron mediante aplicación de fórceps medio por ser considerados como adecuados para la enseñanza por ser técnicamente de fácil solución. En los otros 10 casos la única justificación fue el criterio del médico.

Es útil señalar que de estos 16 fórceps medios, solamente 2 fueron considerados como medios y el resto medio bajos. Esto puede apreciarse en el cuadro Núm. 2.

Cuadro Núm. 2

Indicaciones Maternas

	Posteriores	29	21.8%
1. Paro en el descenso y la rotación	Transversas	35	26.3%
2. Desproporción feto pélvica relativa		3	2.3%
3. Rigidez del cérvix		4	3%
4. Parto prolongado y sufrimiento materno		9	6.8%
5. Resistencia de partes blandas (periné)		6	4.6%
6. Padecimiento cardíaco		5	3.7%
7. Padecimiento pulmonar		1	0.7%
8. Cesárea previa		1	0.7%

Indicaciones Fetales

Sufrimiento fetal	24	18%
Por motivos de enseñanza	6	4.6%
Electiva		
A juicio del médico	10	7.5%
	133	100%

Como se observó, en el 48.1% la indicación para aplicar fórceps medio fue detención en el descenso y la rotación de la presentación. Este porcentaje es mucho más bajo que los observados por KLEIN y MALINCÓNICO (7) y WEINBERG (5) que fueron de 72.6% y 92.1%, respectivamente. Sin embargo, nuestro grupo de no indicación obstétrica, que fue de 12.1%, es mucho más alto que los reportados por los autores antes mencionados y que fueron de 7.7% y 5.2%.

DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

En nuestra Institución consideramos de acuerdo con GREENHILL, SCHMITZ y COL, y otros (13, 14, 15, 16) como parto prolongado aquel en el cual la suma del primero y el segundo período del trabajo de parto sobrepasa de 24 horas. Asimismo, estimamos como segundo período de trabajo prolongado aquel que dura una hora o más en multiparas y dos horas o más en primigestas y creemos, salvo excepciones, que esta política está justificada por los beneficios que representa para la madre y el producto (6). Como puede apreciarse en el cuadro Núm. 3, solamente 36, 27%, de enfermas tuvieron un trabajo de parto normal de acuerdo con nuestros standars en ambos períodos: 33, 24.8%, tuvieron un primer período de 24 horas o más; 64, 48.1%, un segundo período de 1 hora o más; y 14, 10.5%, ambos períodos prolongados.

Nuestra incidencia de parto prolongado es alta comparándola con la incidencia usual que indica WEINBERG (5), ser de 3% para todos los casos. Sin embargo, no es tan sorprendente, ya que BRADFORD y WOLTZ (17) reportan una incidencia de fórceps medio de 49% en 85 casos de parto prolongado.

Cuadro Núm. 3

Duración del Trabajo de Parto		
Normal en Ambos Períodos	36	27%
Primer Período de 24 Hs. más	33	24.8%
Segundo Período de 1 hora o más	4	48.1%
Ambos Períodos prolongados	14	10.5%
<i>Primer Período</i>	<i>Primigestas</i>	<i>Multiparas</i>
24 a 29.59 H	13 (8)	2 (1)
30 a 39.59 H	7 (3)	2 (1)
40 a 40.59 H	2	1 (1)
50 o más H	6	
Total: 33.	28 (11)	5 (3)
<i>Segundo Período</i>	<i>Primigestas</i>	<i>Multiparas</i>
1 a 1.59 H	10 (7)	4
2 a 2.59 H		11 (2)
3 a 3.59 H	3 (1)	5 (1)
4 o más H	1	1
Total: 64	43 (11)	21 (3)

Nota: Las cifras dentro de los paréntesis corresponden a las enfermas con ambos períodos prolongados.

Como pudo observarse en el cuadro anterior, 10 enfermas estuvieron tres horas o más en segundo período de trabajo de parto; circunstancia que está en desacuerdo con la política anteriormente descrita. Es conveniente aclarar que de estos 10 casos 7 fueron posteriores persistentes con feto grande en los que se juzgó factible darle más oportunidad a la cabeza para que rotara espontáneamente sin resultado; y los otros 3 eran transversas en estación “-i” y “o” de la escala de DE LEE con moldeamiento de la cabeza fetal por lo que se estimó pertinente dejar que la presentación descendiera y rotase.

ESTIMACIÓN CLÍNICA DE LA RELACIÓN FETO PÉLVICA

En nuestro lote de enfermas, solamente 28, 21%, fueron sometidas a estudio radiológico pelvifetal y 42, 31.5% contaban con estudio clínico de la capacidad pélvica y relación fetopélvica. Por lo tanto, en 63 enfermas, 48.5%, el médico que decidió terminar el parto mediante aplicación de fórceps medio carecía de un conocimiento previo real o aproximado de la arquitectura y capacidad pélvicas y de la relación fetopélvica. WEINBERG, (5) y DECKER, (6) y nuestros propios resultados materno-fetales indican que no sólo es conveniente sino indispensable que antes de que el médico se decida a terminar un parto mediante aplicación media de fórceps, cuente con un estudio radiológico de la pelvis materna y del cráneo fetal. En efecto, si se tiene un conocimiento previo del caso mediante el estudio antes citado, el tocólogo podrá escoger, por así decirlo, el instrumento y la maniobra que le permitan resolver con más facilidad el caso en beneficio de la madre y del producto (6).

ALTURA Y VARIEDAD DE POSICIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN

Por considerarlo útil, sencillo y demostrativo para apreciar clínicamente la altura de la presentación, hemos usado en vez de los clásicos planos o paralelos de HODGE, la escala de DE LEE. Las variedades de posición, buscando simplicidad las hemos agrupado en tres grandes grupos: anteriores transversas y posteriores, en vez de hacerlo por grados de circunferencia que es lo más técnico, como se aprecia en el cuadro Núm. 4.

Se tomaron 69, o sea 51.9%, en presentación cefálica en variedad anterior; 35, 26.3%, en transversa y 29, 21.8%

en posterior. No tuvimos ningún caso de presentación de frente ni de cara.

En 84 casos, 63.1%, la parte más baja del cráneo fetal se encontró entre 0. y + 2 de la escala de DE LEE, correspondiendo este lote de enfermas a las que clasificamos como fórceps medio; y en 49,36.9% se encontró + 3 de la misma escala, correspondiendo a los que estimamos como fórceps medio bajos.

Cuadro Núm. 4.

Variedad de posición	Altura de la presentación (de Lee)				Total	%
	0	+1	+2	+3		
Anteriores	-	3	27	39	69	51.9%
Transversas	9	21	5		35	26.3%
Posteriores	2	9	8	10	29	21.8%
		84		49	133	

ANALGESIA Y ANESTESIA EMPLEADAS

La medicación empleada para analgesia durante el trabajo de parto como es rutina en nuestra Institución, fueron el Demerol y la Escopolamina por vía intramuscular, usando como primera dosis 100 miligramos de Demerol y una pastilla de Escopolamina de 0.6 miligramos cuando hubo signos de franco trabajo de parto y repitiendo la medicación según las necesidades de cada caso. En 16 casos el Demerol solo a dosis de 200 miligramos agregados a 500 cc. de suero glucosado al 5% fue administrado por venoclisis y goteo variable según lo ameritaba la parturienta, La anestesia empleada durante la intervención tocoquirúrgica fue bloqueo pudiendo con Novocaína al 1 % según la técnica de GREENHILL, (18), adicionando Trilene como analgésico en 74 casos, 55,6%; en 39, 29.3%, se usó solamente Trilene; en 19, 14.3%, éter y en 1.8% raquianestesia, como puede advertirse en el cuadro núm. 5.

Cuadro Núm. 5.

Anestesia	Casos	%
Bloqueo pudiendo + Trilene	74	55.6
Trilene	39	29.3
Éter-Oxígeno	19	14.3
Raquianestesia	1	0.8
	133	100

En Norteamérica existe ya la tendencia de emplear cada vez más el bloqueo pudiendo adicionado con Trilene aún en las aplicaciones de fórceps, por la magnífica seguridad que su empleo proporciona al producto, pero la razón fundamental por la que nosotros usamos más este tipo de anestesia combinada fue que tanto el uno como el otro son de fácil aplicación técnica y manejo y no requieren personal especializado. En general, podemos asegurar que este tipo de anestesia nos ha dado buenos resultados para la intervención tocoquirúrgica a la que hemos venido haciendo referencia, concordando éstos con los obtenidos por otros (19). Es conveniente asentar que en algunos casos en que se hicieron maniobras de rotación la relajación perineal no fue tan completa y conveniente como la que se obtiene mediante otros tipos de anestesia, principalmente la regional (80). En 14.3% de los casos, dadas las dificultades que éstos presentaban, se recurrió a la anestesia con éter en plano quirúrgico.

Se usó raquianestesia en un caso de cesárea anterior y estrechez pélvica relativa (pelvis gineco-androide entre los límites bajos de lo normal) en que la cabeza se hallaba encajada a la altura de cero, variedad oblicua anterior y se juzgó factible hacer un fórceps de prueba en la sala de operaciones para evitar otra cesárea, resultando un éxito.

MODUS OPERANDI

Los instrumentos usados para resolver nuestros casos fueron: en 73% el fórceps de Simpson; en 14.1% el fórceps de Kielland; en 9.2% los fórceps de Kielland y Simpson y en 3.7% el fórceps de Tarnier.

En honor a la verdad, en nuestra Institución existe un franco predominio en el uso del fórceps de Simpson sobre el de Tarnier, no por razones científicas sino por preferencia de los obstetras. Creemos que el fórceps de Tarnier es un magnífico instrumento en manos hábiles, pero enseñamos poco su uso a los residentes, por el temor

Cuadro Núm. 6.

Instrumento	Casos	%
Fórceps de Simpson	97	73
Fórceps de Kielland	19	14.1
Fórceps de Tarnier	5	3.7
Fórceps de Kielland y Simpson	12	9.2
TOTAL:	133	100

que sentimos de que el principiante al tener un aparato de tracción en sus manos, substituya la habilidad y el arte por la fuerza bruta, con el consiguiente detrimento para la madre y para el producto. En la resolución de nuestros primeros 67 casos no contábamos en el instrumental obstétrico más que con los fórceps de Simpson y Tarnier; en los últimos 66 contamos ya con la ayuda del fórceps de Kielland. En nuestra opinión este último instrumento nos ha sido de enorme utilidad gracias a su diseño especial, sobre todo en aquellos casos en que hubo detención en la rotación de las posiciones cefálicas, transversas y posteriores, tanto en las sinclíticas como en las asinclíticas, para las que es útilísimo (21).

De los 69 casos de variedad de posición anterior, se resolvieron 67 con el fórceps de Simpson; 35 haciendo toma biparietal sin mano guía según la técnica del inolvidable maestro DR. ISIDRO ESPINOSA Y DE LOS REYES; 17 en la forma clásica y 15 haciendo toma imperfecta sin llegar a ser frontomastoidea.

De los 35 casos en posición transversa, 20 fueron resueltos mediante fórceps de Simpson; en 11 haciendo toma frontomastoidea y en 9 rotaciones por maniobra de DE LEE. Los otros 15 casos fueron resueltos mediante fórceps de Kielland; 6 usando la maniobra clásica y rotación; y 9 usando maniobras de deslizamiento de la cuchara anterior y rotación, maniobra que como GREENHILL la estimamos más segura para la madre.

De los 99 casos en posición posterior, 16 fueron resueltos por medio de rotación con el fórceps de Kielland, terminándose la extracción en 10 mediante nueva aplicación de fórceps de Simpson; 10 se resolvieron con el fórceps de Simpson, usando en 3 de ellos rotación por maniobra de DE LEE; y en 7 toma biparietal y extracción en occipito-sacra. Los 3 restantes se trataron mediante fórceps de Tarnier, haciéndose la extracción en occipito-sacra. Es conveniente indicar que de los 10 casos en los que se hizo extracción del producto en occipito-sacra, en 7 se conoció la posición de antemano y se juzgó conveniente hacer la extracción en dicha posición por indicarlo así la mecánica del parto. En los 3 restantes fue sorpresa para el médico la extracción en dicha posición.

Esto puede apreciarse en el cuadro Núm. 7.

A pesar de que en nuestros casos sólo usamos tres tipos de fórceps para su resolución, creemos que no es esto lo correcto en la obstetricia moderna, ya que hay fórceps especialmente diseñados para resolver los diferentes

problemas obstétricos del estrecho medio según tipos de pelvis como lo indican DECKER Y COL. (6), pero estamos totalmente de acuerdo con el clásico adagio de que no es el tipo de fórceps el que resuelve el caso sino el médico que lo maneja.

CONSIDERACIONES EN RELACIÓN CON LA MADRE

Como puede observarse en el cuadro Núm. 8, nuestra mortalidad materna fue de 0 la cual resalta en comparación con nuestra mortalidad general que fue de 0.2 y con la de cesárea que fue de 1.3%.

Nuestra morbilidad materna fue la siguiente: 3.7% de desgarros vaginales; 9.2% de desgarros cervicales; 1.5% de incisiones de DUHRSEN; 1.5% de sinfisiotomía; 4.4% de desgarros de segundo y tercer grados; 4.4% de hemorragias pospartum con el standard de 350 cc. o más; y 9% de puerperio patológico con el standard de 37.5° de temperatura bucal dos días seguidos.

Nuestra morbilidad en algunos aspectos es inferior y en otros superior a las presentadas por otros autores, pero es difícil de valorar en conjunto con la de ellos por tener factores distintos. En el cuadro Núm. 9 se muestra la morbilidad materna por causas, de 3,198 casos de diferentes autores agrupados por KLEIN Y MALINCÓNICO (7) en comparación con la nuestra

Esto viene a demostrar que la operación e fórceps medio, aún en las manos más hábiles representa riesgo considerable para la madre, especialmente en lo que se refiere al renglón de desgarros vaginales, cervicales y hemorragias post-partum que requieran el uso de transfusión. Por lo tanto, el obstetra debe de tener siempre en la mente estos riesgos con el objeto de prevenir un desenlace fatal.

CONSIDERACIONES EN RELACIÓN CON EL PRODUCTO

El peso de los productos varió entre ,245 gramos y 4,500 gramos; el peso promedio fue de 3,522 gramos y sólo hubo los productos con peso menor de 2,500 gramos (2,420 y 2,245 gramos, respectivamente). La mortalidad perinatal no colegida fue de 3.77%, siendo la corregida para fetos con defectos congénitos macroscópicos exclusivamente, ya que no puede hacerse para otros defectos congénitos por no ser permitidas las autopsias en nuestra Institución,

Cuadro Núm. 7. Modus operandi

Variedad de posición	Casos	Instrumentos	Casos	Maniobras	Casos	Desprendimiento	Casos
Anterior	69	F. Simpson	67	Toma biparietal sin mano guía			
				Toma biparietal maniobra clásica	35	Occipito púbica	35
					17	" "	17
	69	F. Tarnier	2	Toma imperfecta	15	" "	15
				Toma imperfecta	2	" "	2
				69	69		69
Transversa	35	F. Simpson	20	Toma frontomas-toidea	11	Occipito púbica	8
						Occipito oblicua	3
	35	Kielland	15	Rotación con maniobra De Lee	9	Occipito púbica	9
				Aplicación clásica y rotación	6	Occipito púbica	5
						Occipito púbica med. de Simpson	1
Posterior	29	Simpson	10	Aplicación con deslizamiento y rotación	9	Occipito púbica	8
						Occipito púbica med. F. Simpson	1
				35	35		35
	29	Kielland	16	Rotación	16	Occipito púbica	6
						Occipito púbica med. F. Simpson	10
				29	29	Occipito púbica	3
29	Tarnier	3	Rotación con maniobra De Lee	3	Occipito púbica	3	
			Toma biparietal	7	Occipito sacra	7	
			Toma biparietal	1	Occipito sacra	1	
			29	29	Toma imperfecta	2	Occipito sacra

Cuadro Núm. 8. Consideraciones en relación con la madre

Mortalidad materna		0
Episiotomías	86	
Medias	3	
Oblicuas	83	
Perineoplastias intrapartum	1	
Morbilidad		
Sinfisiotomías	2	1.5%
Incisiones de Dührssen	2	1.5%
Prolongación de la episiotomía	6	4.5%
Desgarros vaginales	5	3.7%
Desgarros cervicales	12	9.2%
Desgarros de 2º grado	3	2.2%
Desgarros de 3er grado	3	2.2%
Extracción manual de placenta		
	Placentas adherentes	2 4.4%
	Placentas encarceladas	5
Hemorragias post partum 350 c.c. o más	7	4.4%
Puerperio patológico	14	9%
37.5% bucal dos días seguidos		

Cuadro Núm. 9.

	3198 Casos Autores	133 Casos M. A. C.
Desgarros cervicales	4.6%	9.2%
Incisiones de Dührssen	0.5%	1.5%
Desgarros vaginales	5.6%	3.7%
Hemorragias	5.7%	4.4%
Desgarros de 3er grado	0.5%	2.2%

de 3.07%, cifra que puede compararse con la del resto de casos de nuestra Maternidad que fue de 2.8% (corregida para defectos congénitos macroscópicos y prematuros de menos de dos kilos de peso). Nuestra mortalidad fetal corregida para el fórceps fue de 2.2% la cual es comparable favorablemente con la de los siguientes autores:

MORGAN Y REYES (22)	0%
DENNEN (10)	2.61%
DECKER Y GOL. (6)	4.75%
TAYLOR (24)	26.0%
CORSTON (26)	5.8%

Nuestra morbilidad fetal fue la siguiente: 112 niños, 84.2%, respiraron inmediatamente; 21, 15.8%, tuvieron respiración tardía. De estos: 16 tardaron en respirar de uno a tres minutos; 2 de tres a cinco minutos; y 3 cinco minutos o más. Nuestro porcentaje de apnéicos es la mitad que el reportado por TUCKER y BENARON (23) en 137 casos y que fue de 32.1%. Es probable que el tipo de anestesia empleado en nuestros casos haya tenido que ver algo con nuestros mejores resultados; 4 niños, 3.0%, tuvieron parálisis facial transitoria; 3, 2.2%, lesiones óseas (2 con fisuras pequeñas de occipital y 1 con pequeña depresión de parietal derecho; 11, 8.2%, presentaron lesiones benignas dermoepidérmicas. En los tres niños con lesiones óseas, éstas fueron hallazgos radiológicos, ya que por rutina hacemos en nuestra Institución estudio radiológico de cráneo a todos los niños nacidos por aplicación de fórceps medio. Su evolución posterior en la cuna fue normal. Las lesiones dermoepidérmicas fueron marcas de las cucharas del fórceps, que desaparecieron en los tres primeros días post partum; sólo en 3 hubo abrasiones frontales pequeñas. De los 4 mortinatos, en 1 se sabía que estaba muerto durante el trabajo de parto por desprendimiento prematuro de placenta. La muerte de los otros 3 pudo ser evitada con

mejor juicio obstétrico, ya que en los 3 hubo desproporción fetopélvica relativa a juicio del médico, no confirmada con radiocefalo-pelvimetría; y a pesar de estos agravantes se resolvieron los casos: 2 con sinfisiotomía y fórceps medios traumáticos para las madres y para los productos (vivieron 15 y 20 minutos, respectivamente); y 1 con fórceps de Kielland fallido (en lo que posteriormente resultó ser una pelvis platipeloide con sacro plano) terminado con fórceps de Tarnier por forma fronto mastoidea y gran tracción; en vez de haber escogido la vía abdominal que era la más segura para los productos y la menos agresiva para las madres.

Cuadro Núm. 10. Consideraciones en relación con el producto

	Casos	%
Mortalidad perinatal	5	3.77
Mortinatalidad	4	3.07
Mortalidad neonatal intrahospitalaria	1	7
Mortalidad perinatal corregida	3	2.2
MORBILIDAD	Casos	%
Respiración inmediata	112	84.2
Respiración tardía	21	15.8
De 1 a 3 minutos	16	
De 3 a 5 minutos	2	
De 5 minutos o más	3	
Parálisis facial transitoria	4	3.07
Lesiones óseas	3	2.2
Lesiones dermoepidérmicas	11	8.2

CONCLUSIÓN FINAL

Creemos que la experiencia obtenida de la casuística presentada es aún insuficiente para emitir un juicio autorizado acerca del puesto que debe de tener dentro de la "Operatoria Obstétrica" el fórceps medio; pero la estimamos suficiente para justificar ampliamente el seguir empleando la operación antes mencionada en nuestra Institución, ya que nos ha prestado grande ayuda en los problemas en que la hemos creído indicada sin grandes riesgos materno-fetales estadísticamente hablando.

Es posible que una mejor y más completa valoración integral de nuestros casos nos haga en el futuro aplicar menos fórceps medios y hacer unas pocas más de cesáreas y que en los casos dudosos y difíciles la operación de

fórceps medio sea siempre una operación de prueba y no de resolución forzosa aunque con ello sufra la vanidad profesional del operador; pero también es conveniente tener presente sobre todo cuando se trata de primípara donde este tipo de problema es más frecuente, que a veces es preferible arriesgarse hasta donde la prudencia lo permita a efectuar una operación de fórceps medio con todas sus dificultades y riesgos materno fetales, que una operación cesárea por el problema futuro que ésta plantea para el binomio madre-hijo en embarazos futuros y por la experiencia común de que muchas de estas mujeres tienen partos posteriores carentes de mayores dificultades. En cuanto a lo que se refiere a la estimulación electiva del parto con ocitócicos por la vía endovenosa que tan magníficos resultados ha dado en manos de diferentes autores (1,29,30) para disminuir su incidencia de fórceps medios es conveniente indicar que STONE Y COL. (28) en 1220 casos en que usaron el método en cuestión para inducir o estimular el parto tuvieron una incidencia de fórceps medios de 5.9%.

Nosotros creemos, a pesar de la poca experiencia con que contamos a este respecto, que el método es bueno pero de uso general peligroso, ya que para obtener buenos resultados se necesitan, además de la experiencia y buen criterio para emplearlo, vigilancia estrecha y meticulosa en las pacientes, circunstancia esta última difícil de alcanzar en nuestra Institución porque el personal residente y de enfermeras es insuficiente para cubrir acuciosamente estas demandas.

RESUMEN

1.—Se hace un estudio de 133 casos de aplicación de fórceps medio que dio una incidencia de 3.3% en 3,975 pacientes asistidas en cuatro años en la Maternidad Maximino Ávila Camacho.

2.—Se indica la clasificación adoptada por nosotros para considerar un fórceps como medio, exponiendo las razones que nos movieron a ello.

3.—Este tipo de operación obstétrica fue más frecuente en nuestro grupo de primíparas que en el de múltiparas.

4.—Se hace la división de las indicaciones, en maternas y fetales, siendo la causa materna más común el paro en el descenso y la rotación; siguiendo en importancia el sufrimiento fetal y posteriormente los casos sin indicación obstétrica definida.

5.—La incidencia de parto prolongado en nuestro lote de enfermas fue alta (24.%) ; encontrándose 48.1% de enfermas con segundo período de trabajo de parto de más de una hora.

6.—Nuestro estudio radiológico pelvifetal fue muy bajo (21.%).

7.—Se encontraron 84 presentaciones cefálicas entre 0. y + 2 de la escala de DE LEE, correspondiendo a lo que nosotros consideramos como fórceps medio: con 49 a + 3 de la misma escala las que consideramos como fórceps medio bajo. Se hallaron 51.9% de posiciones anteriores, 26.3% de transversas y 21.8% de posteriores. No se encontraron presentaciones de cara ni de frente.

8.—La analgesia empleada fue el Demerol y Escopolamina por vía intramuscular en la mayoría de los casos. La anestesia en más de la mitad de los casos fue el bloqueo pudiendo adicionado con Trilene. El resto fue Trilene, éter y raquianestesia.

9.—El tipo de fórceps que más se usó fue el Simpson seguido por el Kielland; indicándose las maniobras con que fueron resueltos nuestros casos.

10.—La mortalidad materna fue de 0, que es inferior a nuestra mortalidad general que fue de 0.2% y de la de cesárea que fue de 1.3%. Nuestra morbilidad en algunos aspectos es alta y en otros más baja que la de autores extranjeros.

11.—Nuestra mortalidad corregida fue de 3.07% cifra que es ligeramente superior a la del resto de nuestros casos en la Institución que fue de 2.8%. Consideramos alta nuestra morbilidad fetal.

12.—Nuestros resultados materno-fetales nos hacen manifestar nuestra conclusión de que la operación de fórceps medio en nuestra Institución es una operación útil.

BIBLIOGRAFÍA

1. REID D. C.—Am. J. Obst. & Gynec. 52:719. 1946.
2. D'ESOPPO D. A.—Am. J. Obst. & Gynec. 59:77. 1950.
3. JONES O. H.—Am. J. Obst. & Gynec. 66:747. 1953.
4. STEER C. M.—Am. J. Obst. & Gynec. 60:395. 1950.
5. WEINBERG A.—J. A. M. A. 146:1465. 1951.
6. DECKER Y COL.—Am. J. Obst. & Gynec. 65:294. 1953.
7. KLEIN. J. Y MALINCÓNICO L. L.—Am. J. Obst. & Gynec. 70:952. 1955.
8. GREENHILL J. P.—The Year Book of Obst. & Gynec. The Year Book Publishers 1953-54:174.
9. WEINBERG A.—Am J. Obst. & Gynec. 64:371. 1952.
10. DENNEN E. H.—Am. J. Obst. & Gynec. 63:272. 1952.

11. DE KANTER H. PH.—Gynec y Obst. de México 5:21. 1947.
12. GREENHILL J. P.—The Year Book of Obst. & Gynec. The Year Book Publishers. 1950, 195.
13. GREENHILL J. P.—The Year Book of Obst. & Gynec. The Year Book Publishers. 1951, 165.
14. SCHMITZ H. E. Y COL.—The Year Book Obst. & Gynec. The Year Book Publishers. 1951, 164.
15. STARR S. H.—Am. J. Obst. & Gynec 63:333. 1952
16. GUSTAFSON G. W.—J. A. M. A. 155:1535. 1954.
17. BRADFORD Y WOLTZ.—Citado por Weinberg Ref. 5.
18. Control of pain in Childbirth. Lull & Hingson Third Edition 1948. J. B. Lippincott Company Pág. 306.
19. HARRIS J. B.—Am. J. Obst. & Gynec. 69:69. 1954.
20. AMADOR FERNÁNDEZ R.—Gynec. y Obst de México. Vol. IV: 17. 41.
21. ORTÍZ DE LA PEÑA R.—Empleo del Fórceps de Kielland. Junio de 1955.
22. MORGAN J. E. y REYES C. T.—Am. Obst. & Gynec 69:1193. 1955.
23. TUCKER B. E. y BENARON H. B. W.—Am. J. Obst. & Gynec. 66:540. 1953.
24. TAYLOR E. S.—The Year Book of Obst. Gynec. The Year Book Publishers. 1954 55:176.
25. HELLMAN L. M. y PRYSTOWSKY H.—Am J. Obst. & Gynec. 63:1223. 1952.
26. CORSTON J. Mc D.—Citado por KLEIN y MALINCÓNICO. Ref. 7.
27. WOOLSEY E. L.—Am. J. Obst. & Gynecol 69:128. 1955.
28. STONE M. L.—Am. J. Obst. & Gynec. 69:140. 1955.
29. EASTMAN N. J.—Citado por KLEIN y MALINCÓNICO. Ref. 7.
30. TAYLOR E. S.—Citado por KLEIN y MALINCÓNICO. Ref. 7.