



Hace 55 años

El Forceps Electivo como Factor en el Parto Moderno

Por el Dr. HUBERT PH. DE KANTER
México, D.F.

Con la evolución de la obstetricia moderna, el intervencionismo predomina sobre el abstencionismo y ya es raro el obstetra que no utilice diversas maniobras para lograr que la paciente y su producto tengan un parto menos traumático y más seguro. Si bien es cierto que el fórceps no tiene nada de moderno, lo que ha tomado una acepción moderna es el uso de él. Antiguamente, el fórceps era un instrumento con el cual se resolvían problemas de desproporción céfalo-pélvica, falta de encajamiento, sufrimiento fetal, etc. Hoy consideramos que la desproporción y la falta de encajamiento son contraindicaciones, y que se debe de usar mucho antes de que haya sufrimiento fetal. El fórceps electivo es una aplicación de fórceps hecha por elección del partero, es decir, no debe haber indicación patológica para usarlo, sino que se persigue con ello única y exclusivamente hacer más fácil el parto para la madre y para el producto. En diversas estadísticas (DE KANTER, POINS, DENNEN) se ha comprobado que la mortalidad y morbilidad infantil es francamente menor en los casos en los que se utiliza este sistema. En la gráfica (Figura 1) hecha en la Enfermería de San José de Houston, se advierte que la mortalidad infantil bajó conforme se utilizaron más episiotomías y fórceps bajos; el alza se presentó en el año de 1942 cuando los obstetras jóvenes, con ideas modernas, tuvieron que

ingresar al ejército, y los médicos generales de mayor edad tuvieron que ocuparse de los partos. No obstante, como ya se habían demostrado las ventajas de los nuevos métodos, los médicos generales también empezaron a aplicar más fórceps electivos y de nuevo hubo una baja en la mortalidad infantil. El hecho que esta gráfica esté basada sobre cerca de 25,000 casos hace que el error estadístico fuera reducido al mínimo.

Las cifras de POINTS (Cuadro 1) tenían por objeto recomendar anestesias y no técnicas de atención del parto. Pero como también hace un estudio comparativo entre el parto espontáneo y el fórceps electivo, me permito incluirlo en el presente trabajo. En los prematuros sobre todo se destaca la notable ventaja que tiene la atención del parto con la ayuda del fórceps electivo.

Las estadísticas de la Policlínica de Nueva York (Cuadro 2) incluyen también un estudio de morbilidad y nuevamente se comprueba cómo parece haber mejores resultados.

Hay un factor en las tres estadísticas que nos da una perspectiva quizá errónea. Los especialistas en obstetricia definitivamente utilizan el fórceps electivo; en cambio, los médicos generales tienen tendencia a dejar que el parto evolucione espontáneamente. Los primeros, naturalmente, estarán más capacitados para afrontar los problemas obstétricos y las estadísticas globales lo han comprobado, de manera que si los que saben más obstetricia lo utilizan y obtienen mejores resultados, nos debemos de unir a este grupo en beneficio de nuestras pacientes.

El efecto traumático de las últimas contracciones uterinas forzando la cabeza del producto contra el periné rígido de la madre, es contrarrestado por la analgesia o

Artículo reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1957;XII:305-309.

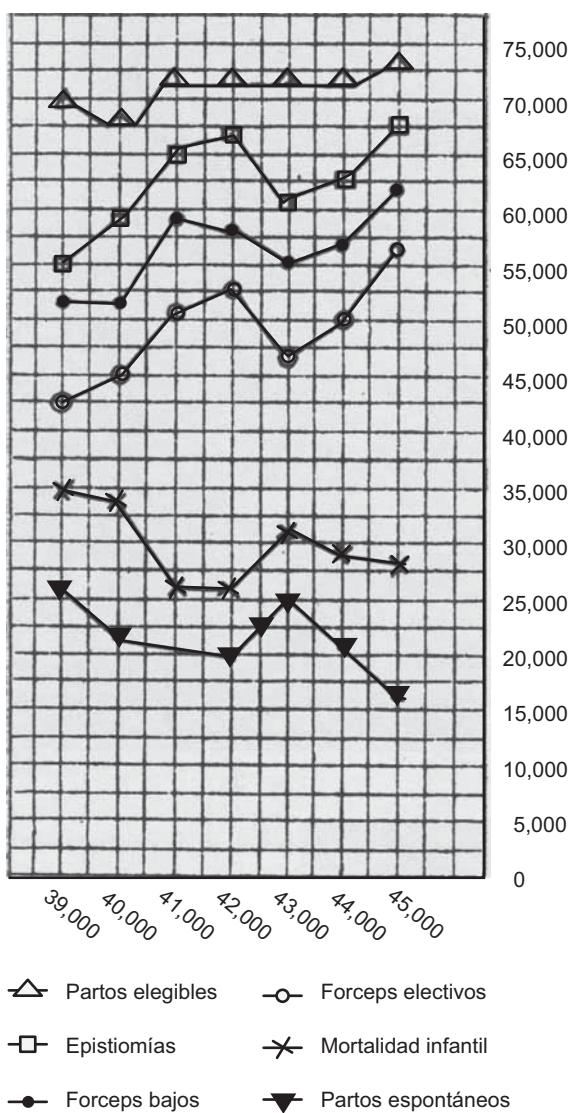


Figura 1.

anestesia obstétricas. La intervención activa del partero al extraer el producto, después de hacer una episiotomía, evitará que el efecto tóxico de los anestésicos pudieran perjudicar al nuevo ser.

La aplicación baja del fórceps, cuando la cabeza ha llegado al perineo no implica peligro y es una maniobra fácil de realizar. No nos cabe duda que en aquellos hospitales en los que se utiliza la anestesia y analgesia obstétricas, son los que tenemos que aceptar como los más adecuados. Me imagino que son pocos entre ustedes los que no insistirán que se le ayude a sus esposas durante el parto, sobre todo si con ello también se beneficia al recién nacido.

Cuadro 1.

Partos a término:		Fórceps	Espontáneo
Anestesia utilizada			
Ciclopropano	3.8	4.0	
Subaracnoidea	6.7	12.1	
Otras	2.1	5.9	
Ninguna	-	5.2	

Partos prematuros:		Fórceps	Espontáneo
Anestesia utilizada			
Ciclopropano	7.5	16.1	
Subaracnoidea	14.4	33.6	
Otras	3.2	29.6	
Ninguna	-	56.5	

Cuadro 2.

	Fórceps	Espontáneo
Mortalidad	9,237	4,583
Corregida	10.01%	2.9%
Morbilidad	0.60%	1.15%
	0.85%	1.04%

Es quizás el hecho que todos los médicos generales se dedican a partos lo que hace que los especialistas en obstetricia sean aún contados y que numerosas maniobras propias para los especialistas no se puedan hacer públicas. El fórceps puede ser un instrumento muy peligroso, sobre todo si el que lo manipula no se ha acostumbrado a su uso y trata de hacer con él maniobras para las que no está hecho. Los cirujanos torácicos describen cómo se puede abrir la cavidad pleural con toda confianza y sabemos que ninguno de nosotros lo haríamos al no tener el entrenamiento adecuado. Debemos acordarnos que el número de partos es mucho mayor que cualquiera intervención quirúrgica por sencilla o complicada que sea y, por ende, debía haber muchos más médicos que se especializaran en ellos. No es necesario entrar a la especialización para aprender a manejar el fórceps. Es más, considero que el médico que atiende partos debe aprender a usarlo, tal como el cirujano usa el bisturí. Igual que el bisturí, tiene una técnica especial que se debe aprender, y si usamos el fórceps en esas condiciones será un instrumento noble y útil.

El fórceps electivo es una ventaja para la madre y el producto, y si no se obtiene esa ventaja es preferible no aplicarlo. El Dr. David Fragoso resumía las indicaciones diciendo que la aplicación del fórceps debe de ser fácil ya que si hay dificultad en ello, es también muy probable que su uso no esté indicado.

Las *ventajas* del fórceps son las siguientes:

1. Nos da mucho mayor control sobre el parto, podemos hacer descender la cabeza y extraerla cuando así lo deseemos.
2. Protegeremos el cráneo del producto de la presión que sobre él pudiera ejercer el piso perineal.
3. Nos permitirá anestesiar a la paciente, hacer una episiotomía y reconstruirla con todas las reglas de la cirugía moderna.

Las *condiciones* que se deben reunir para poder hacer una aplicación electiva del fórceps son las siguientes:

1. Debe ser en medio hospitalario estéril.
2. La paciente debe de estar anestesiada.
3. Debe haber dilatación completa del cuello.
4. La vejiga debe ser vaciada por sondeo.
5. Debe haber presentación de vértece, en OIIA o OIDA, y debe haber descendido por abajo de las espinas ciáticas.
6. Se debe hacer episiotomía antes de la aplicación.

Son *contraindicaciones*:

1. Desproporción céfalo-pélvica.
2. Dilatación incompleta del cuello.
3. Cabeza flotante, o arriba de las espinas ciáticas.
4. Membranas íntegras.
5. No saber usarlo.

El uso del fórceps está descrito en la mayoría de los libros de texto, pero aun siguiendo las instrucciones letra por letra, es difícil manejarlo con la habilidad necesaria para no dañar al producto. He visto médicos, quienes deberían considerarse expertos por el número de partos que atienden, usarlo como verdadera barrena.

Haré una somera revisión de los puntos referentes a la mecánica y a la técnica de los fórceps, que me han sido muy útiles. Los fórceps son, a semejanza de las pinzas o las tijeras (Figura 2), un conjunto de palancas de primer grado. La potencia activa en los mangos, el punto de apoyo en el cierre y la resistencia en las hojas. Sabemos que la distancia que recorre la resistencia y la distancia que recorre la potencia están en proporción directa de la distancia que cada una tiene del punto de apoyo. Es decir, si aproximamos los mangos 1 cm., la punta de las hojas habrá recorrido una distancia cuatro o cinco veces mayor. Transmitimos la fuerza con que cerramos los mangos a la punta de las hojas, comprimiendo con ello la cabeza del producto, y aunque la fuerza esté en relación inversa de la distancia, es fácil comprender el daño que podemos hacer si comprimimos el mango con una fuerza de unos cuatro o cinco kilogramos. De estas conclusiones físicas deducimos que nunca debemos cerrar o apretar los mangos del fórceps. El mango está hecho para dirigir el fórceps y no para apretar la cabeza.

Los lados del conducto pélvico (Figura 3), en ocasiones también se convierten en punto de apoyo, sobre todo si

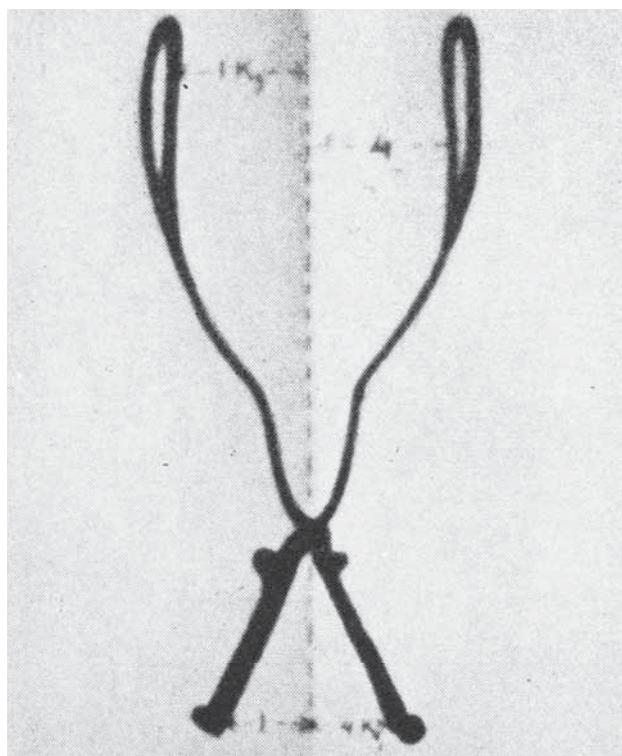


Figura 2.

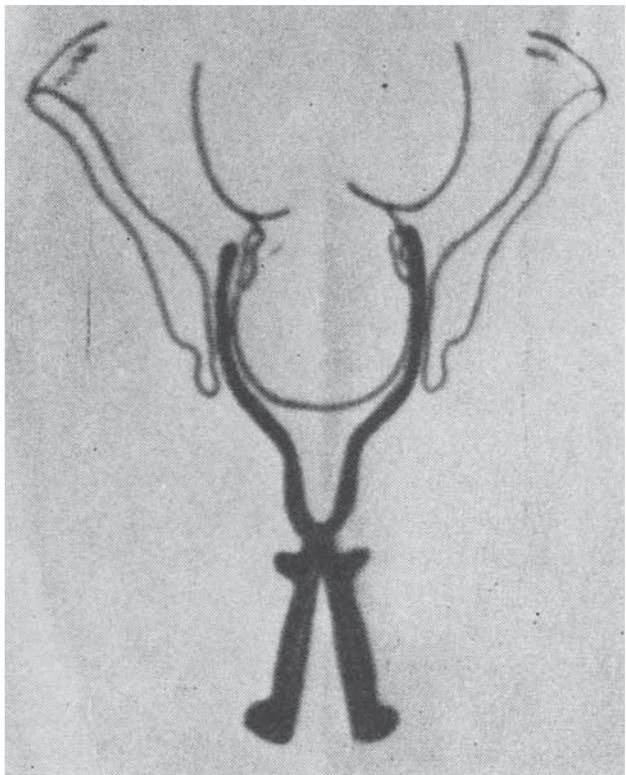


Figura 3.

hacemos movimientos de lateralidad, forcejeando para extraer la cabeza. BAUDELOQUE, OSIANDER, TARNIER y FARABEUF usaban estos movimientos para extraer la cabeza, aceptando el daño que hacían a las partes blandas de la madre como sacrificio que se justificaba al salvarle la vida. El daño y el tratamiento que se hacía al producto en aquellos días no se tomaba en consideración. Hoy ya no es aceptado, porque tenemos otros métodos como la cesárea, etc., para solucionar estos problemas. Al hacer tracción también el conducto pélvico se convierte en punto de apoyo, y aunque la potencia se desplaza en distinto sentido, la cabeza sigue siendo la resistencia, e indirectamente sufrirá por la fuerza ejercida. Como regla general, podemos decir que no se debe hacer mayor tracción que la que el partero pueda ejercer con los brazos en semiflexión. Siempre que el partero utilice un apoyo para hacer la tracción anda por caminos peligrosos. En el fórceps electivo nunca es necesario utilizar gran fuerza.

Se encuentran descritas en los libros de texto distintas aplicaciones del fórceps, y se describe una como "la ideal". Esta toma se logra cuando las hojas del fórceps

pasen por los parietales y se fijen sobre las orejas del producto. Debemos recordar que la región petrosa es la que primero se osifica y donde las articulaciones no tienen los movimientos que encontramos entre los otros huesos del cráneo. Además, el temporal es un hueso ancho, ya que sensiblemente tiene la misma dimensión en todos los sentidos, y de acuerdo con la patología ósea son estos huesos los que más fácilmente se fracturan. En el fórceps electivo solamente se debe hacer esta toma, lo cual no es muy difícil, al localizar las suturas craneales y orientar las hojas por medio de ellas. Después de haber hecho una aplicación (Figura 4) debemos revisar que la sutura intraparietal divida la distancia entre las hojas en dos, y que la "Y" que se forma por la unión de los parietales con el occipital, quede hacia arriba.

El canal pélvico está formado por un arco con concavidad anterior y que tiene como centro el pubis (Figura 5). Es imposible que a base de tracción en una sola dirección pasemos la cabeza del producto a través de este conducto

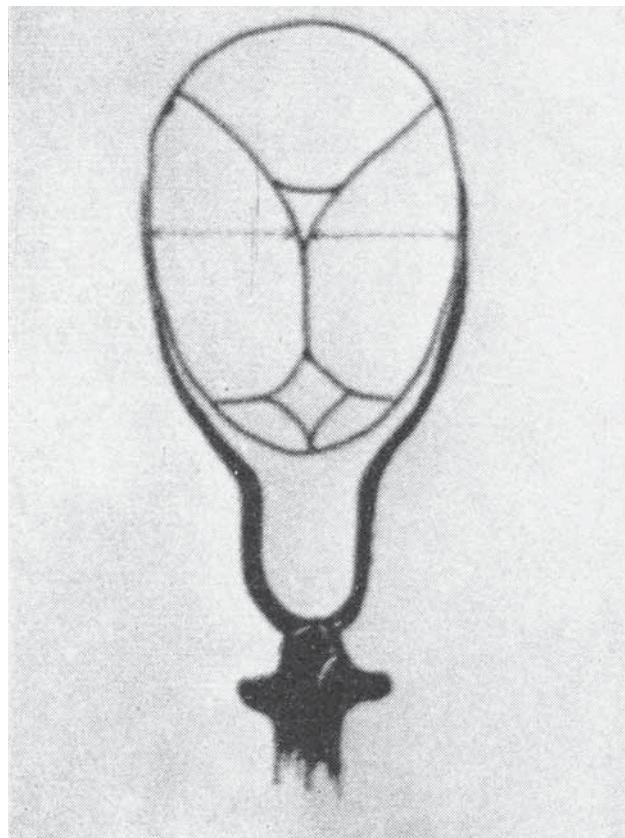


Figura 4.

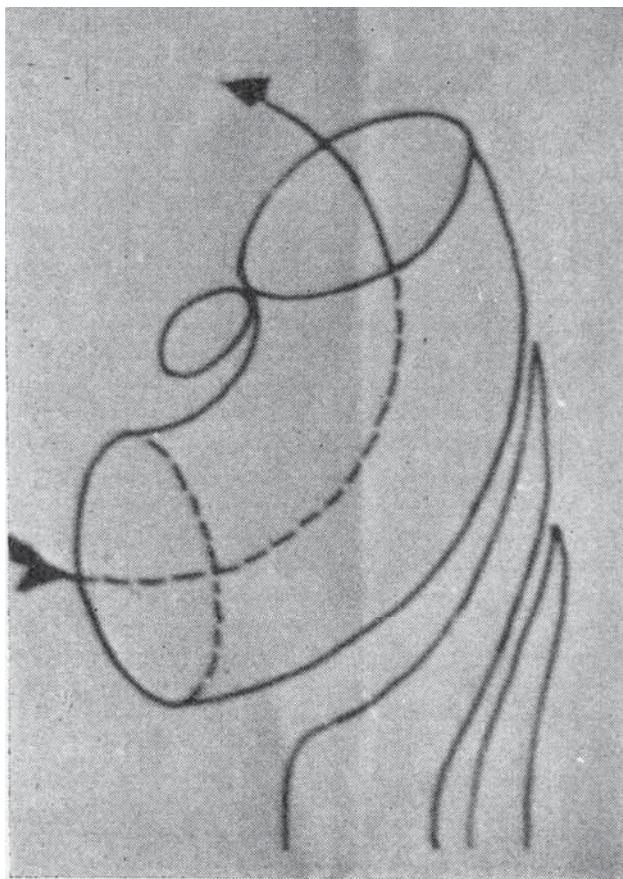


Figura 5.

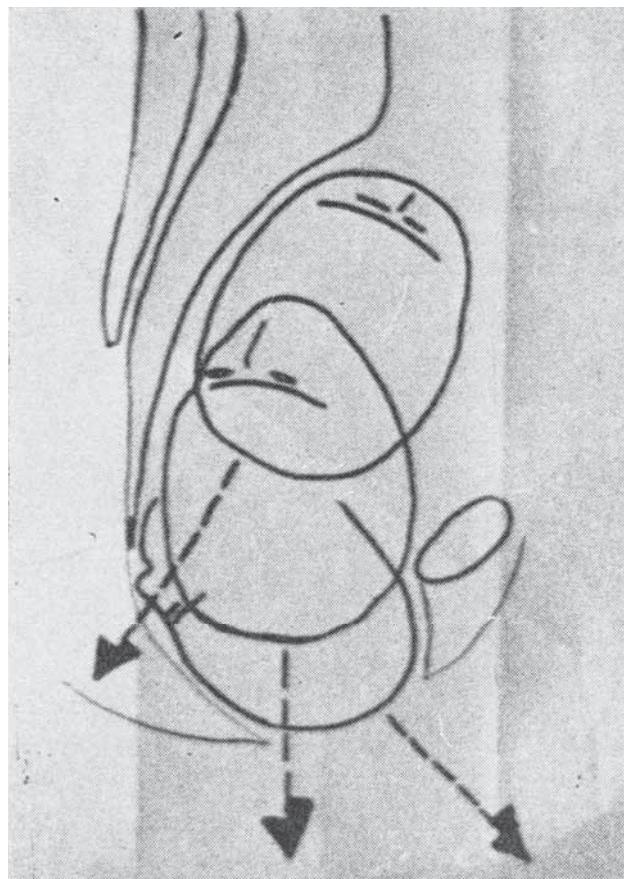


Figura 6.

(Figura. 6). Debemos dirigir nuestra fuerza de tracción en el eje del fragmento que está recorriendo la cabeza. Primero debemos hacer tracción hacia abajo y franca mente hacia atrás de la enferma, para ir lentamente hacia adelante, conforme la cabeza va recorriendo el arco antes mencionado. Es imposible obtener la dirección exacta si no se ha hecho antes una episiotomía amplia, ya que el piso perineal no permite que las hojas del fórceps queden en posición adecuada. Es más, en la primípara, ni en los niveles medios, haremos una aplicación adecuada si no hemos hecho episiotomía previa. El paso de la cabeza a través del canal pélvico se lleva a cabo con movimientos rotatorios parciales, ajustándose los diámetros mayores de ella con los de la pelvis. De esta manera se buscan los planos de menor resistencia pues aunque no sea la manera más rápida, es la menos traumática para el producto. El tratar de forzar el descenso de la cabeza lleva consigo el peligro de causar lesiones en el producto. Es por ello que

la aplicación de los fórceps se debe realizar cuando la cabeza ha salido del conducto óseo y solamente la debemos desplazar a través de la parte muscular donde no existen estos peligros. Aun en estas condiciones, el fórceps correctamente manejado debe permitir suficiente movimiento sobre su eje para que la cabeza pueda rotar libremente.

Por la parte anterior y posterior, la vagina está fijada al recto y a la vejiga por medio de tejido celular laxo, que con facilidad se desprende, dando lugar a proctoceles y cistoceles. El recomendar a las enfermas que hagan esfuerzos que sirvan para descender la cabeza, cuando la dilatación aún no es completa, o el dejar que la cabeza permanezca sobre el piso perineal mientras éste cede a la fuerza destructora de la matriz, hace que se presenten con mayor frecuencia los proctoceles y los cistoceles. La episiotomía es una lesión nítida quirúrgica que pasa por las regiones que menos trastornos le traen a la enferma; en el parto espontáneo, los desgarros son lesiones que

abarcen las partes menos resistentes y que en el periné son las que dejarán trastornos serios a la enferma, tales como las lesiones del esfínter anal. La cicatrización de la lesión quirúrgica siempre será mejor que la de una lesión contusa. No debemos engañarnos al considerar que el periné no se lesionó porque la piel haya quedado íntegra. La piel es notablemente más elástica que el tejido fibroso que forma el cuerpo perineal, y aunque queda íntegra, la lesión en el tejido fibroso tarde o temprano dará sintomatología. No necesariamente debe relajarse el periné después del primer parto, sino que la reconstrucción de él nos asegurará que su funcionamiento no quede alterado.

Entre las episiotomías hay tres generalmente aceptadas: la central, la medio-lateral, y la mesio lateral (la lateral). La lateral completa no se acepta ya que además de ser de difícil reconstrucción no nos brinda ventaja marcada. La central y la mesio lateral son las más fáciles de reconstruir y las menos dolorosas para los pacientes, pero el peligro de que se prolonguen y de que lesionen el esfínter anal es demasiado grande. Personalmente siempre uso la medio-lateral derecha, aun cuando haga episiotomías por segunda y tercera vez. Hay autores que recomiendan que se usen alternadamente el lado derecho y el izquierdo, para evitar

la lesión repetida de los mismos tejidos. Hasta la fecha no he observado que la cicatrización haya sido defectuosa debido al tejido cicatricial de la episiotomía anterior.

COMENTARIO

El presente trabajo no pretende ser nuevo ni espectacular, ya que el tema que en él se trata no tiene esas características. Lo que se persigue es buscar el mejoramiento de la técnica utilizada en los partos comunes y corrientes, que forman la mayoría de los que son atendidos por los médicos generales. Vuelvo a repetir mi definición del buen partero. El buen partero no es aquel que logra sacar avante un caso difícil, sino aquel que a través de un número más o menos grande de partos tiene la menor morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Las características del parto moderno son un poco confusas, sobre todo porque todos tenemos la tendencia a utilizar la palabra “moderno” para describir nuestra técnica. Pero si consideramos que la finalidad del parto moderno, es tener una morbilidad y mortalidad materno-infantil menor, entonces el fórceps electivo con episiotomía es un factor esencial en él.