

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

49

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

**MORBILIDAD MATERNO-FETAL: ENTRE
EL FORCEPS SALINAS SIMPLIFICADO
Y EL FORCEPS SIMPSON**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :
DR. RAMON FERREYRA MARTINEZ**



MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1990

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TABLA DE CONTENIDO

	PAGS.
RESUMEN	
INTRODUCCION.....	I
SITUACION ACTUAL.....	3
HIPOTESIS.....	5
OBJETIVO.....	5
JUSTIFICACION.....	5
MATERIAL Y METODO.....	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSION.....	11
CONCLUSION.....	13
ANEXOS.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	24

RESUMEN.

En la búsqueda por la disminución de la morbilidad materno-fetal con el uso del fórceps, se realizó este estudio para comparar la morbilidad del fórceps Salinas Simplificado con la morbilidad que tiene el fórceps Simpson.

Nuestra hipótesis se basa en la situación de que la morbilidad materno-fetal en igualdad de condiciones se verá disminuída con el uso de fórceps Salinas Simplificado comparada con el uso del fórceps Simpson. Teniendo como objetivo demostrarlo basándose características del nuevo instrumento.

Se eligieron en forma aleatoria a 60 pacientes ingresadas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General de México de la S.S., en trabajo de parto, - la necesidad de la aplicación de un fórceps por período-expulsivo prolongado, variedad occipitopúbica, por debajo de espinas ciáticas, con edad materna entre 18 a 35 años, edad gestacional de 37 a 41 sems., sin sufrimiento fetal, sin patología sistémica agregada, con no más de dos gestaciones anteriores, previa anestesia epidural. Se estudiaron las variables de la edad materna, edad gestacional, número de gestaciones, sexo de los productos.-

calificaciones de Apgar y Capurro, y, por último, morbilidad del binomio (lesiones maternas y fetales).

En un lapso de dos meses, fueron atendidos 1,143 nacimientos de los cuales, a 165 se les aplicó fórceps; de éstos, se obtuvieron los 60 pacientes para nuestro estudio. La edad materna fluctuó con promedio de 21.2 años \pm 3.4 años (P:N/S). La edad gestacional promedio fue de 39.3 semanas, \pm 1.04 sems. (P:N/S). El 78% de los pacientes fueron primigestas, 11.6% secundigestas y 13.3% trigestas. El sexo de los productos obtenidos fue igual en ambos tipos de fórceps utilizados: 13 masculinos y 17 femeninos. Se obtuvo un peso promedio de 2.997 Kgrs \pm 0.320 Kgrs. (P:N/S). Se obtuvo una calificación de Apgar de 7/9 en cinco productos y de 8/9 en el resto (55). El Capurro fue de 39.3 semanas, \pm 0.8 sem. (P:N/S).

La morbilidad materna no fue significativa y se presentó en un 15%. La fetal por huellas de fórceps fue de P:0.4 mayor con Simpson. Encontrando morbilidad de P:0.02 superior con el uso de fórceps Simpson en la morbilidad global. Tales porcentajes demuestran que la morbilidad materno-fetal fue menor con el fórceps Salinas Simplificado.

INTRODUCCION.

En un constante intento por mejorar la tasa de morbi-mortalidad materno-fetal, se han desarrollado innumerables maniobras, instrumentos o intervenciones en busca de mejorar cada día el bienestar del binomio materno-fetal, (30, 21) para que algún día se pueda obtener la perfección todavía no encontrada. A principios del siglo los intentos se dirigían hacia la disminución de la tasa de morbilidad materna, siendo un éxito, aunque a veces - a expensas del feto. Recientemente se ha buscado que sea paralelo para ambos con la selectividad de los casos, -- disminuyendo la cifra de partos atendidos por vía vaginal y por consiguiente la menor aplicación del fórceps, - (10, 23, 24, 26, 32, 34, 35). En E.U.A. ha tenido auge el uso del extractor de vacío no teniendo resultado muy significativos en comparación con el fórceps (1, 5, 7, - 8, 17, 27). Por lo que se sigue buscando o modificando los diferentes instrumentos, maniobras o intervenciones.

El fórceps dentro de la obstetricia tiene una historia tan interesante y antigua, refiriendo Dill que su -- uso data de los orígenes de la palabra escrita, (15).- Describiendo Hipócrates (400 años antes de Cristo) el parto por tracción, (9, 25, 31, 41). Evolucionando con

una infinidad de modelos de fórceps y en 1848 el Dr. --- Simpson, médico Inglés, fabricó un fórceps con ramas cru-
zadas, articuladas y cucharas fenestradas; usadas en la-
escuela Viena y modificado por De Lee en 1925 en su ta-
maño, (9, 14). Por sus características físicas es cla-
sificado dentro de los fórceps clásicos que hasta nues-
tros días se utiliza.

Con el afán de cooperar en la búsqueda del instru-
mento ideal, en 1964 el Dr. Héctor Salinas Benavidez en-
Monterrey Nuevo León, México, creó el fórceps que lleva-
su nombre, pensando en el mecanismo normal de parto; y -
en que el fórceps ideal es aquél que permite dar al polo
cefálico con más precisión y más facilidad, los movimien-
tos que normalmente ejecuta en el parto espontáneo, bus-
cando con ello, disminuir el traumatismo materno-fetal,-
(2, 3, 5, 6, 11, 18, 19, 20, 28, 31). haciendo del fór-
ceps una guía en la atención del parto, (4, 12, 13, 22,
36, 37, 39, 40).

El primer modelo (Salinas) ha sido ampliamente --
utilizado desde hace 24 años en el Norte del país con --
buenos resultados. Con las siguientes características: -
Articulación móvil (Bastidor), cucharas largas, anchas,
no fenestradas, convergentes, casi rectas, pequeña curva

tura pélvica y dinamómetros en cada una de ellas, (36).

El segundo modelo se creó hace 18 años, el cual carece de curvatura pélvica. En la práctica tiene ventaja de simplificar la operación, ya que siendo las ramas --- iguales, pueden ser introducidas indistintamente, evitando con ello la doble toma descrita por Scanzoni para las variedades posteriores, (9, 36, 37, 38).

El tercer modelo se fabricó hace 10 años, y tiene como agregado una articulación a nivel del talón de la cuchara, que permite cambiar durante la operación el sentido de la tracción, bajando o subiendo los mangos, sin que estos movimientos se comuniquen íntegramente a las cucharas, (37, 38).

El cuarto modelo se " simplificó " al retirársele el bastidor y dinamómetros, con angulación interna de -- sus ramas para disminuir la distensión del introito y -- cambiarle el tipo de articulación utilizándose solo por sus características físicas para tracción únicamente.

SITUACION ACTUAL.

En nuestros días el uso del fórceps depende del Hospital donde es empleado, existe una gran discrepancia en la frecuencia de utilización desde un 79% de Albea, has-

ta un 0% de Novo (9). En el Hospital General de México es de 8.39% (29), de los cuales el 45% de las aplicaciones son con fórceps Simpson, teniendo una morbilidad materna de 9% y una morbilidad fetal de 10.9% (42). El fórceps Salinas tipo II tiene una frecuencia de aplicación en nuestro hospital de 22% con 1.5% de morbilidad fetal y 20% de morbilidad materna (42). No existió mortalidad materna ni fetal en ninguno de los dos casos.

En estudios realizados en otros hospitales los resultados obtenidos son semejantes por la aplicación del fórceps Simpson, pero es menor la morbilidad materna reportada con la aplicación de fórceps Salinas tipo II en un 7% (36, 40).

Tomando en cuenta la estadística existente del fórceps Salinas tipo II usado en variedades anteriores, --- transversas y posteriores es, (39) mayor la morbilidad en comparación con el fórceps Simpson utilizado únicamente en variedades occipitopúbicas.

Con las modificaciones realizadas por el Dr. Salinas a su fórceps, su utilización es recomendada únicamente como tractor y no rotador; se carece de estadística -- hasta el momento de este fórceps por su reciente fabricación por lo que es motivo nuestro estudio y que mejor --

compararlo con un fórceps clásico bien estudiado.

HIPOTESIS VERDADERA.

El fórceps Salinas Simplificado disminuye la morbilidad materna y fetal comparada con el fórceps clásico - tipo Simpson.

HIPOTESIS DE NULIDAD.

El fórceps Salinas Simplificado aumentará la morbilidad materna y fetal comparada con el fórceps clásico - tipo Simpson.

OBJETIVO.

Demostrar la menor morbilidad materna y fetal del fórceps Salinas Simplificado en relación al fórceps Simpson.

JUSTIFICACION.

En este estudio se trata de corroborar la menor morbilidad materno-fetal con uso de fórceps Salinas Simplificado en comparación con el fórceps Simpson. Sus características físicas son: El tamaño de las cucharas es mayor en el fórceps Salinas Simplificado (17 cms.), te--

niendo mayor área de prehensión que el fórceps Simpson - (16 cms). Las cucharas del fórceps Salinas Simplificado no son fenestradas por lo cual está más distribuida - la presión ejercida sobre la cabeza fetal en comparación con las ramas fenestradas del fórceps Simpson, siendo ma - yor la presión ejercida por la menor área de prehensión. La tracción de la cabeza fetal debe hacerse en el eje -- del canal de parto, teniendo esta consideración es mayor el movimiento necesario para la obtención de la cabeza - fetal con el fórceps Simpson por la curvatura pélvica -- tan acentuada que tiene, habiendo mayor peligro de produ - cir desgarros vaginales en comparación con el fórceps Sa - linas Simplificado que no tiene curvatura pélvica, y se - requiere menor movimiento para la obtención de la cabeza fetal. El fórceps Simpson tiene ramas cruzadas y diver-- gentes por lo cual es mayor la presión ejercida sobre la cabeza fetal, en comparación con las ramas del fórceps - Salinas Simplificado que son paralelas y convergentes, - teniendo menor presión sobre la cabeza fetal.

MATERIAL Y METODO.

Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, -- observacional, comparativo y aplicado a la atención ma--

terno-fetal.

Se estudiaron 60 pacientes internadas el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General de México; - en trabajo de parto, se seleccionaron en forma aleatoria a todas aquellas que requirieron la aplicación de fórceps por indicación obstétrica en período expulsivo-prolongado; tomando en cuenta la curva de Friedman para la valoración del tiempo necesario para poder calificarlo como tal. Teniendo como criterios de eliminación a todas aquellas pacientes mayores de 35 años y menores de 18 años, con edad gestacional menor de 37 sems, y mayor de 41 sems., con más de dos gestaciones previas, -- con patología sistémica agregada, sin bloqueo peridural, uso de otro tipo de fórceps que no sea Salinas Simplificado o Simpson, que el diámetro biparietal se encuentre a nivel de espinas ciáticas o arriba de ellas, o que -- tenga variedad de posición diferente a la occipitopúbica, con sufrimiento fetal.

RESULTADOS.

De un total de 1,143 nacimientos entre los meses de Noviembre y Diciembre de 1989 atendidos en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de México de-

la Secretaría de Salud, se atendieron, de parto eutócico 771 pacientes (67.45%), cesárea 207 (18.11%) y fórceps 165 (14.5%), de estas últimas se estudiaron 60 pacientes cuya edad materna fluctuó entre los 18 a 35 años con un promedio de 21.2 años. \pm 3.4 años de desviación estándar la cual no es significativa, la edad promedio de las pacientes atendidas con fórceps Simpson fue de 21.5 años, \pm 3.5 años de desviación estándar y las de fórceps Salinas Simplificado de 21.3 años, \pm 3.2 años de desviación estándar con P=N/S. (Tabla I).

La edad gestacional media fue de 39.3 sems. con una desviación estándar de \pm 1.04 sems, siendo la edad gestacional promedio del Simpson de 39.3, con desviación estándar de \pm 1.03 sems. las de Salinas con promedio de 39.3 sems. y una desviación estándar de \pm 1.09 sems., P=N/S. (Tabla II).

El 78.3% de las pacientes atendidas eran primigestas (47), el 11.6% (7) era su segunda gestación, y el 10% (6) trigestas. El 66% (20) de las pacientes atendidas con fórceps Simpson fueron primigestas, 3.3% (1) secundigestas y el 13.3% (4) trigestas; en cambio con el Salinas Simplificado el 90% (27) eran primigestas, 3.3% (1) secundigestas y 6.6% (2) trigestas.

(Tabla III).

El sexo de los productos con el uso de ambos fór--
ceps fue igual con un total de 26 (43.3%) Masculinos--
(13 con cada fórceps) y 56.6% (34) Femeninos (17 -
de cada fórceps). (Tabla IV).

El peso de los productos obtenidos osciló entre --
2.000 a 3.700 Kgrs., con peso promedio de 2.997 Kgrs., -
y una desviación estándar de ± 0.320 Kgrs. Al usar fór--
ceps Simpson se obtuvo un peso promedio de 3.016 Kgrs.,
con desviación estándar de ± 0.28 Kgrs., y al emplear--
Salinas Simplificado el peso promedio encontrado es de--
2.977 Kgrs., ± 0.358 Kgrs de desviación estándar. P=N/S
(Tabla V).

Los productos fueron calificados con Apgar al nacer
de 7 a 8 al minuto y de 9 a los 5 minutos, se obtuvo un
total de 5 productos con Apgar de 7 al minuto y 9 a los
5 minutos, de los cuales 4(13.3%) fueron atendidos con
Salinas Simplificado y 1(3.3%) con Simpson, los 55 --
productos restantes obtuvieron Apgar de 8 al minuto y -
9 a los 5 minutos, 29(96.7%) fueron obtenidos con ---
Simpson y 26(86.7%) con Salinas Simplificado. P=N/S.-
(Tabla VI).

La calificación de Capurro, del total de los pro--

ductos atendidos fluctuó entre 38 a 41 sems., con media en el Simpson de 39.3 sems., \pm 0.8 sems., de desviación-estándar, y con el Salinas Simplificado de 39.2 sems., - con \pm 0.9 sems. de desviación estándar. P=N/S (Tabla -- VII).

La morbilidad materna con el fórceps Simpson fue de tres pacientes (10%) presentaron desgarros vaginales - de un centímetro, y una (3.3%) desgarro perineal Grado III. Con el fórceps Salinas Simplificado 4 (13.3%) tuvieron desgarros vaginales de tres centímetros, y una - (3.3%) con desgarro perineal Grado III. Se obtuvo con la prueba exacta de Fisher que la P=N/S. Observándose - morbilidad materna en un 30% de los pacientes atendidas (Tabla VIII).

La morbilidad fetal obtenida en total fue 46.8%, -- del cual el 40.1% con fórceps Simpson y el 6.7% por el Salinas Simplificado. Con la prueba exacta de Fisher se obtuvo que en lo que respecta a huellas de fórceps la - P=0.4, siendo mayor para Simpson. En comparación a las laceraciones y equimosis no fue significativa la prueba. Con el Simpson existió una incidencia de 26.7% de hue--- llas, tres de un centímetro de longitud y cinco de dos - centímetros de longitud, en comparación con el Salinas -

Simplificado en el cual hubo un 6.7%, uno con huellas de un centímetro de longitud y uno de dos centímetros de longitud. En lo que respecta a laceraciones solo existieron con la aplicación del Simpson 6.7% una de 1.5 cms. y otra de 0.9 centímetros de longitud. Se obtuvo con el método exacto de Fisher una morbilidad fetal significativa mayor con la aplicación de fórceps Simpson. $P=0.02$ (Tabla IX).

En la morbilidad total materno-fetal encontramos -- que de 30 pacientes atendidas con Simpson tuvieron morbilidad en 16(53.3%) y 14(46.6%) sin problemas. Con el Salinas Simplificado 7(23.4%) tuvieron morbilidad y 23 (76.6%) sin problemas. En dos pacientes una de cada -- fórceps presentó tanto morbilidad materna como fetal. Se encontró una $P=0.01$ significativa de mayor morbilidad -- materno-fetal con el fórceps Simpson, obtenida por el método exacto de Fisher. (Tabla X).

DISCUSION.

Este estudio nos demuestra los riesgos maternos y -- fetales que se obtienen con el uso de fórceps Simpson -- y Salinas Simplificado y la frecuencia con lo que se pueden presentar.

El 14.5% de los nacimientos (165) fueron atendidos de parto con fórceps, de los cuales se estudiaron se senta, elegidos en forma aleatoria.

La edad media materna fue de 21.2 años \pm 3.4 años, esta edad promedio nos demuestra que en las pacientes -- atendidas en su mayoría (78.3%) eran primigestas. Lo que significó que en la primera gestación es cuando se presenta con mayor frecuencia la complicación de período expulsivo prolongado debido tal vez por la inexperiencia de la madre hacia el trabajo de parto o la consistencia-anatómica conservada del canal de parto.

La edad gestacional promedio en que se utilizaron los fórceps fue de 39.3 sems. \pm 1.04 sems. pues sólo se usó en embarazos de término y no en productos prematuros por el mayor riesgo de provocar hemorragia cerebral.

Los pesos de los productos fue en promedio de 2.997 Kgrs \pm 0.320 Kgrs., no siendo significativa la diferencia de peso en los productos atendidos por ambos fórceps, observándose que la mayoría de los productos fueron adecuados para la edad gestacional.

Por la eliminación de productos con sufrimiento fetal y la indicación obstétrica precisa se obtuvo una calificación de Apgar casi uniforme, pues solo 5 productos

obtuvieron Apgar de 7 al minuto y 9 a los 5 minutos, los 55 restantes obtuvieron 8 al minuto y 9 a los 5 minutos.

La morbilidad materna observada ocurrió en 9 pacientes (15%) del cual 8.3% (5) fueron producidos por Salinas Simplificado y el 6.7% (4) por Simpson, y no fue significativa la diferencia de morbilidad.

La morbilidad fetal obtenida fue de 46.8% (14) -- que en su mayoría el 40.1% (12) fueron ocasionados por fórceps Simpson y únicamente 5.7% (2) por Salinas Simplificado. No fueron significativas las comparaciones -- con lo que respecta a laceraciones (2) y equimosis (-- 2) que solo se presentaron con Simpson, únicamente fue mayor con lo que respecta a las huellas de fórceps, donde se presentó más frecuentemente con Simpson por el tipo de ramas y cucharas que posee.

La morbilidad materno-fetal global observada, existe el doble de riesgo de producir lesión materna o fetal con fórceps Simpson siendo de 53.3% (16 pacientes) en comparación con el fórceps Salinas Simplificado que fue de 23.4% (7 pacientes).

CONCLUSIONES.

- 1).- El fórceps sigue siendo un instrumento útil --

de la obstetricia, siempre y cuando su indicación y la persona que lo aplique sea la adecuada.

2).- No se observó diferencias significativas en las aplicaciones con respecto a la edad materna, edad gestacional, número de gestaciones, sexo de los productos, calificaciones de Capurro y Apgar al minuto y a los cinco minutos ni en las lesiones maternas.

3).- Encontramos una mayor morbilidad fetal con el uso de fórceps Simpson comparada con la morbilidad del fórceps Salinas Simplificado.

4).- Fue significativamente mayor la morbilidad materno-fetal global con el uso de fórceps Simpson que con el fórceps Salinas Simplificado.

5).- El fórceps Salinas Simplificado disminuye la morbilidad materno-fetal global en comparación con el fórceps Simpson.

6).- No se presentó ningún caso de mortalidad tanto materna como fetal.

TABLA I

EDAD MATERNA

EDAD	FREC. SALINAS		FREC. SIMPSON		PORCENTAJE	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%
18	7	23.3	4	13.3	11	18.3
19	4	13.3	6	20.0	10	16.3
20	7	23.3	5	16.6	12	20.0
21	3	10.0	5	16.6	8	13.3
22	1	3.3	3	10.0	4	6.6
23	2	6.6	1	3.3	3	5.0
24	2	6.6	1	3.3	3	5.0
25	1	3.3	1	3.3	2	3.3
27	1	3.3			1	1.6
28	1	3.3	1	3.3	2	3.3
29			1	3.3	1	1.6
30	1	3.3	2	6.6	3	5.0
TOTAL	30	100.0	30	100.0	60	100.0

P=N/S

TABLA II

E. GEST	EDAD GESTACIONAL					
	FREC. SALINAS		FREC. SIMPSON		PORCENTAJE	
	No.	%	No.	%	No.	%
37	2	6.6	2	6.6	4	6.6
38	5	16.6	4	13.3	9	15.0
39	8	26.6	8	26.6	16	26.6
40	12	40.0	14	46.6	26	43.3
41	3	10.0	2	6.6	5	8.3
TOTAL	30	100.0	30	100.0	30	100.0

P=N/S

TABLA III

FORCEPS	NUMERO DE GESTACIONES					
	PRIMIGESTA		SECUNDIGESTA		TRIGESTA	
	No.	%	No.	%	No.	%
SIMPSON	20	66.6	6	20.0	4	13.3
SALINAS	27	90.0	1	3.3	2	6.6
TOTAL	47	78.3	7	11.6	6	10.0

TABLA IV

SEXO DE LOS PRODUCTOS

FORCEPS	MASCULINO		FEMENINO		PORCENTAJE	
	No.	%	No.	%	No.	%
SIMPSON	13	43.3	17	56.6	30	100.0
SALINAS	13	43.3	17	56.6	30	100.0
TOTAL	26	43.3	34	56.6	60	100.0

P=N/S

TABLA V

PESO DE LOS PRODUCTOS

PESO	FREC. SALINAS		FREC. SIMPSON		PORCENTAJE	
	No.	%	No.	%	No.	%
2.000	1	3.3			1	1.6
2.001-2.500	2	6.6	1	3.3	3	5.0
2.501-3.000	13	43.3	12	40.0	25	41.6
3.001-3.500	11	36.6	16	53.3	27	45.0
3.500-4000	3	10.0	1	3.3	4	6.6
TOTAL	30	100.0	30	100.0	60	100.0

P=N/S

TABLA VI

APGAR DE LOS PRODUCTOS

APGAR	FREC. SALINAS		FREC. SIMPSON		PORCENTAJE	
	No.	%	No.	%	No.	%
7/9	4	13.3	1	3.3	5	8.3
8/9	26	86.7	29	96.6	55	91.6
TOTAL	30	100.0	30	100.0	60	100.0

P=N/S

TABLA VII

CAPURRO DE LOS PRODUCTOS

CAPURRO SEMANAS	FREC. SALINAS		FREC. SIMPSON		PORCENTAJE	
	No.	%	No.	%	No.	%
38	6	20.0	4	13.3	10	16.6
39	12	40.0	13	43.3	25	41.6
40	10	33.3	12	40.0	22	36.6
41	2	6.6	1	3.3	3	5.0
TOTAL	30	100.0	30	100.0	60	100.0

P=N/S

TABLA VIII
MORBILIDAD MATERNA

FORCEPS	VAGINALES		PERINEALES		CERVICALES	PORCENTAJE
	No.	cms.	No.	Grado		
SIMPSON	3	I	I	III		4
%	10.0		3.3			13.3
SALINAS	4	3	I	III		5
%	13.3		3.3			16.7
TOTAL	7 (23.%)		2 (6.6%)			9 (30.0%)

P=N/S

TABLA IX

MORBILIDAD FETAL

FORCEPS	HUELLAS		LACERA		EQUIMOSIS		PORCENTAJE
	NO.	cms.	NO.	cms.	NO.	cms.	NO.
SIMPSON	3	1	1	1.5	1	1.5	12
%	$\frac{5}{8}$	26.7	$\frac{1}{2}$	6.7	$\frac{1}{2}$	6.7	40.1
SALINAS	1	1					2
%	$\frac{1}{2}$	6.7					6.7
TOTAL	10 (33.4%)		2 (6.7%)		2 (6.7%)		14 (46.8%)
M. FETAL	P=0.2						
HUELLAS	P=0.4						
EQUIMOSIS	P=N/S						
LACERA	P=N/S						

TABLA X
MORBILIDAD MATERNO-FETAL

FORCEPS	M. MATERNA		M. FETAL		SIN PROBLEMAS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SIMPSON	4	13.3	12	40.0	14	46.6	30	100.0
SALINAS	5	16.6	2	6.6	23	76.6	30	100.0
TOTAL	9	15.0	14	23.3	37	61.6	60	100.0

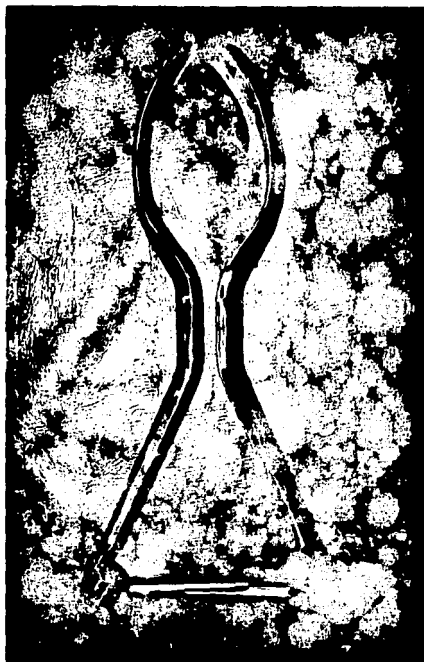
p= 0.01

A N E X O



FORCE PS SIMPSON

A N E X O



FORCEPS SALINAS
SIMPLIFICADO

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Baerthlein-WC; Comparación de la morbilidad materno fetal en parto con fórceps y extractor de vacío a - media pelvis. Obstet. and Gynecol.1986;67(4):594-7.
- 2.- Benavidez De Anda; Traumatismo Fetal por maniobras- Obstétricas. Memorias del 4to. Congreso Mexicano de Gineco-Obstet.1963; Tomo I: 201-7.
- 3.- Bergman I MD. Manejo de la parálisis facial causada por trauma al nacer. Laryngoscope.1986;96(4):581-4.
- 4.- Boyde ME. Fórceps Fallido. Obstet Gynecol.1986;68(6) 779-83.
- 5.- Broekhuizen FF. Parto con extractor de vacío versus fórceps; Indicaciones y complicaciones 1979 a 1984. Obstet Gynecol. 1987;69(3 parte I): 338-42.
- 6.- Camus M. Parálisis Facial de origen Obstétrico. Evolución y etiología. Rev. Fr. Gynecol Obstet. 1986;- 81(3):145-7.
- 7.- Crmondy F. Seguimiento de bebés después del parto en una comparación rozanada y controlada con extractor

de vacío y parto con fórceps. Acta Obstet Gynecol.-
Scand. 1986;65(7):763-6.

- 8.- Carter J. Parto con extractor de vacío y fórceps en un Hospital Distrital. Aust. N.Z.J. Obstet Gynecol. 1987;27(2):117-9.
- 9.- Carrera MD. Tratado y Atlas de Operatoria Obstétrica. 1978; Tomo III:163-230.
- 10.- Coutiño MR. El fórceps en la paciente con antecedentes de Cesárea previa. Gineco-Obst. Mex 1970;27:160
- 11.- Cyr MD. Patrones de cambios de trauma y asfixia al nacer a lo largo de 20 años. Am. J. Obstet Gynecol. 1984;148:490-8.
- 12.- Chestnut DH. El efecto de la analgesia epidural sobre la frecuencia de parto instrumentado. (Carta) Obstet & Gynecol.1987;70(5):814-6.
- 13.- Danforth MD. Tratado de Obstetricia y Ginecología - 4ta. Ed. 1987; Cap. 34:667-84.
- 14.- Dennen E. Fórceps en Obstetricia. Manual Moderno - 3era. ed. 1983.

- 15.- Dumont M. Historia. Indicaciones del fórceps. Rev.- Fr. Gynecol Obstet. 1988;83(4):220-5.
- 16.- Editorial. Las consecuencias del fórceps. Br. M. -- Journal. 1979;1:362.
- 17.- Fall O. ¿ Fórceps o extracción por vacío ?. Una --- comparación de los efectos en el recién nacido. Acta Obstet Gynecol Scand, 1986;65(1):75-80.
- 18.- Freiderman. Desarrollo materno y fetal 20 años después de la aplicación del fórceps. Am. J. Obstet & Gynecol. 1984;150:941-65.
- 19.- Friedman. Labor de alto riesgo. J.Rep.Med,1971;7:52
- 20.- Friedman. Labor disfuncional XII. Efectos a largo tiempo en infantes. Am. J. Obstet & Gynecol. 1977;- 127:779.
- 21.- Goodlin RC. Rotación manual modificada en partos a media pelvis. Obst and Gynecol.1986;67(I):128-30.
- 22.- González C. Experiencia con el fórceps Salinas. Gine-obst. Mex,1975;37:207.
- 23.- Hughy MJ. Fórceps en operación Prospectiva II.J. --

- Rep. Med.1970;21:207.
- 24.- Ingrudia J. Fórceps uso y abuso. Clinicas en Perinatología.1981;8:63.
- 25.- Kelly JR. Establecimiento de la compresión y tracción del fórceps obstétrico. Am.J. Obstet & Gynecol. 1966;96:521.
- 26.- Laube DW. Parto con fórceps; Clínicas de Obstetricia y Ginecología de Norteamérica.1986;29(2):286--98.
- 27.- Mayer L. Morbilidad materno-fetal en partos instrumentados con Kobayashi extractor de vacío y fórceps bajos. Acta Obstet and Gynecol Scand.1987;66(7):--643.7.
- 28.- O'Driscul K. Hemorragia intracraneal traumática en primógenitos en partos con fórceps Br.J. Obstet and Gynecol.1981;81:47.
- 29.- Ovando R. Fórceps. Revista Médica Hospital General de México. 1980;325:331.
- 30.- Pernoll MD. Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obsté-

- trico 5ta. Ed.1987;Cap.8:181-208.
- 31.- Ramírez Cueto. La tracción, oficio central del fórceps. Gineco-Obste. Méx.1965;20:207.
- 32.- Ramírez M. Análisis de 1,000 aplicaciones de fórceps. Gine y Obst de Méx.1977;54:325-47.
- 33.- Ramírez S. Morbimortalidad fetal postnatal en 250 aplicaciones de fórceps. Memorias del 4to. Congreso de Gineco-Obst. Méx.1963; Tomo II:420.
- 34.- Rodríguez Arguelles. Criterio en el empleo de diferentes tipos de fórceps. Gineco-Obst. Méx.1965;20:721.
- 35.- Russe LL. Fórceps de uso corriente. Clínicas Obstétricas y Ginecológica.1965:882.
- 36.- Salinas B. Análisis de 1,000 aplicaciones del fórceps Salinas. Gineco-Obst. Méx.1963;34(XXVIII);205.
- 37.- Salinas B. Indicaciones en el manejo del fórceps. - Gineco-Obstet. Méx.1970;28:219-30.
- 38.- Septien J. Fórceps y sufrimiento fetal. Gineco-Obst Méx. 1981;25:134.

- 39.- Vargas L. Aplicación del fórceps Salinas en variedades de posición transversa y posterior. Gineco-Obst. Méx.1974;135(XXIX);229.
- 40.- Vargas L. Morbimortalidad materno-fetal con la aplicación del fórceps Salinas. Gineco-Obst. Méx. 1975; XXX;229.
- 41.- Wylie B. Fórceps: Tractor como índice de parto. Am. J. Obstet & Gynecol. 1963;86(I):38.
- 42.- Coronel B. Morbilidad Materno-Fetal a la aplicación de fórceps. Tesis recepcional del Hospital General-de México. 1988.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**