

11217

# Universidad Nacional Autónoma de México 9

FACULTAD DE MEDICINA



**VALOR DEL FORCEPS PROFILACTICO EN  
PACIENTES CON ANTECEDENTE DE  
CESAREA PREVIA**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
GINECO - OBSTETRA  
P R E S E N T A:**

**LUIS ARIEL ANCHONDO HERNANDEZ**

**MEXICO, D. F.**

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA - DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. CUATRO  
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TESIS DE POSTGRADO

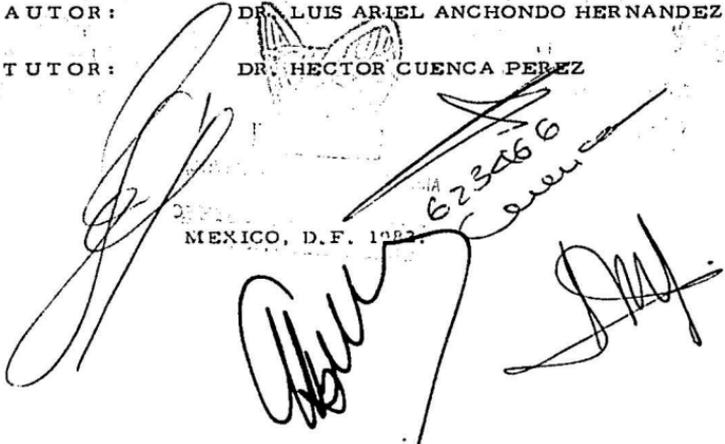
"VALOR DEL FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON ANTECE  
DENTES DE CESAREA PREVIA"

AUTOR: DR. LUIS ARIEL ANCHONDO HERNANDEZ

TUTOR: DR. HECTOR CUENCA PEREZ

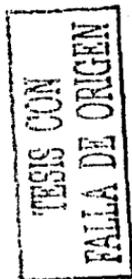
MEXICO, D.F. 1983.

623066  
Cuenca

The bottom section of the page contains several handwritten signatures and a stamp. On the left, there is a large, stylized signature. In the center, there is a circular stamp with some illegible text inside. To the right of the stamp, there is a handwritten number '623066' and the name 'Cuenca' written in cursive. Below these, there are two more signatures: one large, bold signature and one smaller, more delicate signature.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	3
RESULTADOS	4
FRECUENCIA	4
EDAD	4
PARIDAD	7
EDAD GESTACIONAL	8
ANTECEDENTES	9
TIEMPO TRANSCURRIDO	9
INDICACION DE LA CESAREA	10
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	11
INDICE CEFALO-PELVICO	13
EPISIOTOMIA	14
TIPO DE FORCEPS	15
ALTURA DE LA TOMA	18
VARIEDAD DE POSICION	21
ANESTESIA Y VALORACION APGAR	24
PESO DEL PRODUCTO	27
ESTADO DEL PRODUCTO AL ALTA	29
MORBILIDAD FETAL	30
MORBILIDAD MATERNA	32
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFIA	37



## INTRODUCCION.

El antecedente de una cesárea, condiciona durante el embarazo y parto el peligro de ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz previa y las circunstancias que rodean cada caso deben ser analizadas muy cuidadosamente. Las cesáreas clásicas o corporales han demostrado mayor facilidad a la ruptura, lo que sucede con frecuencia antes de la iniciación del parto, por el contrario las cesáreas segmentarias se rompen generalmente durante el trabajo de parto.

Se encuentra establecido en nuestro Hospital que una cesárea por sí sola no constituye indicación para una nueva operación. Si la indicación de la primera cesárea no es recurrente en el embarazo actual se permitirá una prueba de trabajo de parto aplicándose fórceps profiláctico para abreviar el período expulsivo.

Existe considerable discrepancia según diferentes autores, sobre el riesgo-beneficioso materno fetal en la aplicación del fórceps profiláctico para abreviar el período expulsivo, siendo un hecho de observación que pacientes con cesárea anterior a los cuales no se les aplica dicho fórceps generalmente no presentan dehiscencia de la histerorrafia y por el contrario la aplicación del fórceps profiláctico en ocasiones aumenta considerablemente la morbi-mortalidad materno fetal.

Es por ello que nos hemos propuesto evaluar la morbi-mortali-

\* \* \* \* \*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2.

dad materno fetal en pacientes con cesárea anterior a las cuales se les aplica fórceps profiláctico, comparándola con aquellas a las cuales no se les aplica dicho fórceps para tener un conocimiento real del valor del fórceps profiláctico en la paciente con antecedente de cesárea previa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron 200 expedientes de pacientes con antecedentes de cesárea previa, se eligió la vía vaginal como medio para terminación del embarazo, en el lapso comprendido del 1o. de Enero al 30 de Junio de 1981. Dichas pacientes fueron atendidas en el Hospital de Gineco - Obstetricia No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se elaboró un protocolo para la recolección de datos el cual se anexa, y que incluye una evaluación de morbi-mortalidad tanto materna como fetal. El método de resolución del embarazo fue dividido en dos grupos: Primero por fórceps y Segundo por parto eutócico, revisándose la indicación, complicaciones, técnica y tiempo transcurrido entre la cesárea y la terminación del presente embarazo; haciendo incapié en la edad, paridad, semanas de gestación, patología agregada al embarazo actual, si se efectuó estudio radiológico o nó, tipo de anestesia administrada, episiotomía efectuada, recolectándose además datos sobre tipo de fórceps usado, altura de la toma y variedad de posición, peso y apgar del producto al minuto y a los cinco minutos, así como su estado al ser dado de alta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

VALOR DEL FORCEPS PROFILACTICO EN CESAREA PREVIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ ICP \_\_\_\_\_

Indicación de la Cesárea \_\_\_\_\_ Tiempo Transcurrido \_\_\_\_\_

Antecedentes de parto por vía vaginal SI \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Antecedentes de prolongación de histerotomía o infección \_\_\_\_\_

Edad del embarazo \_\_\_\_\_ semanas. Patología agregada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parto eutócico \_\_\_\_\_ Fórceps \_\_\_\_\_

Altura del fórceps \_\_\_\_\_ Tipo del mismo \_\_\_\_\_

Variedad de posición. Anteriores \_\_\_\_\_ Transversas \_\_\_\_\_ Posteriores \_\_\_\_\_

Tipo de anestesia \_\_\_\_\_ Tipo de episiotomía \_\_\_\_\_

O t r o s : \_\_\_\_\_

MADRE

Dehiscencia de histerorrafia Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tipo de la misma \_\_\_\_\_

Desgarro Perineal No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Desgarro Vaginal No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Desgarro cervical No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Prolongación de la episiotomía No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

Hematoma vaginal No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Endometritis No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

O t r o s : \_\_\_\_\_

FETO

Calificación Apgar 1 min. \_\_\_\_\_ 5 min. \_\_\_\_\_

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

3-b

Hulleas de cucharilla No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

Laceraciones No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

Parálisis facial No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

Cefalohematoma No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

Hundimientos o fracturas No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

Hemorragia cerebral No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

O t r o s : \_\_\_\_\_

Estado del producto al ser dado de alta: \_\_\_\_\_

---

## RESULTADOS.

FRECUENCIA. - De las 200 pacientes estudiadas, a 165 (82.5%) se les aplicó fórceps profiláctico y 35 (17.5%) tuvieron parto eutócico.

Como se mencionó anteriormente, se encuentra establecido en - nuestro Hospital que a las pacientes con antecedentes de cesárea previa se les aplique fórceps profiláctico para abreviar el período expulsivo, - en ocasiones por el volumen de trabajo, aunado a escasez de personal - calificado, se pasa el momento oportuno para la aplicación de dicho fórceps permitiéndose en estas pacientes un parto sin su aplicación.

EDAD. - Esta varió entre los 15 y 42 años, correspondiendo el mayor porcentaje entre los 20 y 29 años, con un 71.5%, así mismo - la frecuencia de complicaciones fue mayor en esta edad, esto es segura - mente debido a que ésta década corresponde sin duda alguna la de mayor paridad en nuestro medio.

No se aprecia diferencia en cuanto a la forma de resolución del parto (eutócico o con fórceps), ni en cuanto a la frecuencia de aplicación de fórceps en general y el aplicado por cesárea anterior de acuerdo a - grupos de edad mencionado por diferentes autores (1, 2, 3, 8, 9, 10, 13, 15, 18, 26, 27, 31).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

P A R T O

EDAD	EUTOCICO		FORCEPS	
	No.	%	No.	%
15 - 19	5	14.28	15	9.09
20 - 24	15	42.8	81	49.09
25 - 29	8	22.8	39	23.63
30 - 34	7	20.0	17	10.30
35 y más	0	0.0	13	7.87
	<u>35</u>	<u>99.88</u>	<u>165</u>	<u>99.98</u>

C O M P L I C A C I O N E S

EDAD	MATERNAS	FETALES
15 - 19	9	2
20 - 24	20	3
25 - 29	12	3
30 - 34	5	3
35 y más	2	3
	<u>48</u>	<u>14</u>

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

**FALTA  
PAGINA**

**6**

PARIDAD. - Existe acuerdo general en que las partes blandas del canal del parto en las pacientes nulíparas dificultan la progresión de la cabeza fetal a través de la pélvis materna, aumentando la duración del segundo período del trabajo de parto, a sí mismo las estructuras pélvicas previamente modificadas en las pacientes multíparas favorecen la evolución normal de parto.

En el presente estudio se aprecia que de las 165 pacientes a las cuales se les aplicó fórceps, el 69% fueron nulíparas, y el 31% multíparas, apreciándose el fenómeno inverso en las pacientes con parto eutócico en las que únicamente el 14.2% fueron nulíparas y el 85.7% tenían el antecedente de 1 o más partos. Corroborándose lo enunciado por Coutiño, de que existe una relación inversamente proporcional entre la multiparidad de la paciente con respecto a la aplicación de fórceps en mujeres con antecedentes de cesárea previa (Coutiño).

	<u>PARTO</u>		<u>FORCEPS</u>	
	No.	%	No.	%
NULIPARAS	5	14.28	114	69.09
PRIMIPARAS	19	54.28	37	22.42
II PARTOS	4	11.42	10	6.06
III O MAS PARTOS	7	20.0	4	2.42
	35	99.98	165	99.99

Así mismo se observó que la frecuencia de complicaciones -

\* \* \* \*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tanto maternas como fetales fue mucho mayor en pacientes nulíparas - 89.5 y 71.4% respectivamente, disminuyendo la frecuencia de complicaciones con el aumento de la paridad.

COMPLICACIONES

	MATERNAS		FETALES	
	No.	%	No.	%
NULIPARAS	43	89.58	10	71.42
PRIMIPARAS	4	8.33	2	14.28
II PARTOS	1	2.08	0	0.0
III O MAS PARTOS	0	0.0	2	14.28
	35	99.99	14	99.98

EDAD GESTACIONAL. - Hemos dividido la edad gestacional - en cuatro grandes grupos, de acuerdo con el número de semanas de gestación, tomando para ella la fecha de la última menstruación, lo cual se analiza en el siguiente cuadro:

<u>EDAD GESTACIONAL</u>	<u>PARTO</u>		<u>FORCEPS</u>	
	No.	%	No.	%
30 - 33	1	2.85	1	0.60
34 - 37	7	20.00	22	13.33
38 - 42	27	77.14	136	82.42
MAS de 42	0	0.0	6	3.63
	35	99.99	165	99.98

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES DE INFECCION O PROLONGACION DE LA HISTEROTOMIA. - Hay acuerdo entre los autores consultados y está establecido en nuestro Hospital que el antecedente de pelviperitonitis, deciduomiometritis o prolongación de la histerotomía durante la operación cesárea, contraindica la vía vaginal en un embarazo subsecuente, por el peligro de ruptura uterina, por lo que éste deberá interrumpirse antes del inicio del trabajo de parto. En los 200 casos revisados sólo en uno existía antecedente de deciduomiometritis y la paciente acudió al Hospital en período expulsivo, por lo que no se le aplicó fórceps profiláctico. No se presentó ninguna complicación y se encontró cicatriz tipo Kerr íntegra.

En el resto de las pacientes no había antecedentes de este tipo de problemas.

TIEMPO TRANSCURRIDO. - La mayoría de los autores consideran que el tiempo transcurrido entre la ejecución de la cesárea y el término del embarazo en cuestión, tiene relación con la frecuencia de dehiscencias de histerorrafia, considerando que si éste es menor de 2 años, hay mayor predisposición a dicha complicación.

Nuestro estudio aunque no es concluyente por los pocos casos de dehiscencia encontrados (5), no apoya dicho concepto, ya que 2 de ellas tenían menos de 2 años, otras 2 entre 1 y 2 años y en la otra no se consignó el dato.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

\* \* \* \* \*

<u>TIEMPO TRANSCURRIDO</u>	<u>PARTO</u>	<u>FORCEPS</u>	<u>DEHISCENCIAS</u>
MENOS DE 2 AÑOS	0	34	2
MAS DE 2 AÑOS	24	103	2
NO CONSIGNADO	11	28	1
TOTAL	35	165	5

INDICACION DE LA CESAREA.- Se menciona en la literatura que el antecedente de desproporción cefalopélvica como indicación de la cesárea anterior se asocia con mayores complicaciones materno-fetales que cuando la indicación fué fortuita u ocasional, sufrimiento fetal, ruptura prematura de membranas, etc., que no necesariamente se repetirá en el embarazo posterior.

De las pacientes con este antecedente, el 31% presentaron alguna complicación materna o fetal y de las que tenfan como antecedente una indicación fortuita el 27.4% presentaron complicaciones materno-fetales. Datos antes mencionados que no concuerdan con lo referido anteriormente.

INDICACION	<u>COMPLICACIONES</u>	
	MATERNAS	FETALES
DGP.	14	4
FORTUITAS	25	3
NO CONSIGNADO	10	14
TOTAL	49	21

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

\*\*\*\*

Se encontraron 56 pacientes con antecedente de DCP en 49 de ellas se les aplicó fórceps y sólo en 7 parto eutócico. En estas últimas no se encontraron complicaciones, sin embargo, en las que se les aplicó fórceps en 14 de ellas hubo complicaciones maternas y 4 fetales, que consistieron en las siguientes:

FETALES:

CEFALOHEMATOMA	2
HUELLAS DE CUCHARILLA	9
EQUIMOSIS	2

MATERNAS:

- DESGARRO PERINEAL

I	-	1
II	-	0
III	-	1

- DESGARRO VAGINAL

MENOS DE 2 cm.	0
MAS DE 2 cm.	9

- DESGARRO CERVICAL

MENOS DE 2 cm.	1
MAS DE 2 cm.	0

- DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO. - En nues-

tra revisión se encontraron como complicaciones del embarazo las siguientes entidades:

	<u>PARTO</u>	<u>FORCEPS</u>
RPM SIN AMNIOITIS	3	3
PREECLAMPSIA	1	14
Rh NEGATIVO NO INMUNIZADA	1	5
INFECCION EN VIAS URINARIAS	1	0
D. P. P. N.	1	0
HIPERTENSION CRONICA	0	1
Rh NEGATIVO INMUNIZADA	0	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	0	1
RPM CON AMNIOITIS	0	1
DISMADUREZ	0	1
HIPOTIROIDISMO	0	1
ASMA BRONQUIAL	0	1
CARDIOPATIA	0	1
I. ISTMICO CERVICAL	0	1
OBITO	0	2

Sin embargo, con excepción del DPPN, la incompetencia istmico cervical y los dos casos de óbito que pueden modificar la dinámica uterina, el resto de la patología no modifica ésta. Los dos casos

\* \* \* \*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de óbito se aplicó un fórceps Simpson medio bajo, sin complicaciones -  
maternas, en el caso de incompetencia istmico cervical, se aplicó un --  
fórceps de Kielland medio bajo en occipito izquierdo transversa, teniéndose  
como complicación desgarro cervical de 4 cm. y en el caso de DPPN  
culminó en parto eutócico con producto de 4000 grs. Apgar 4-6 y sin pro-  
blemas maternos, siendo un hallazgo el DPPN en un 50% de la superficie  
placentaria. Al parecer tampoco hubo repercusión en el producto en for-  
ma importante ya que todos ellos fueron dados de alta del Hospital a las  
48 hrs. en buen estado, sólo uno de ellos permaneció hospitalizado duran-  
te 5 días durante los cuales le fueron practicadas varias exanguineotrans-  
fusiones por incompatibilidad al factor Rh.

No se encuentra relación entre la patología del embarazo actual  
y la morbilidad materno-fetal.

INDICE CEFALO-PELVICO. - De los 200 casos estudiados, -  
solamente en 21 de ellos se contó con ICP, éste es debido a que la gran  
mayoría de las pacientes atendidas en nuestro Hospital nos son enviadas  
de otras Unidades en las cuales no se encuentra establecido que se tome  
este estudio dentro del control prenatal, y generalmente se nos envían -  
con trabajo de parto establecido.

Estos ICP en todos los casos fueron compatibles con parto, -  
de ellos en 19 casos se aplicó fórceps y en 2 se atendió parto eutócico.  
En 12 casos se presentaron complicaciones, 10 maternas y 2 fetales -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

\* \* \* \*

que consistieron en las siguientes:

ICP - ADECUADO

- PARTO	2 CASOS
- FORCEPS	19 CASOS

COMPLICACIONES CON ICP ADECUADO:

- MATERNAS	10 CASOS
- FETALES	2 CASOS
- DESGARRO PERINEAL DE III GRADO	2 CASOS
- DESGARRO VAGINAL DE MAS DE 2 cm.	7 CASOS
- DESGARRO CERVICAL DE MAS DE 2 cm.	1 CASO
- EQUIMOSIS FETAL	2 CASOS

EPISIOTOMIA. - En nuestro estudio, de las 35 pacientes atendidas de parto eutócico, a 25 de ellas se les practicó episiotomía media y a las 10 restantes no se les practicó episiotomía, considerándose que en ellas existía un periné suficientemente elástico que no requería de tal procedimiento, y en un caso fue parto fortuito en el cual se presentó desgarro perineal de II grado. En los otros 9 casos sólo se encontró un desgarro perineal de primer grado.

<u>EPISIOTOMIA</u>	<u>PARTO</u>		<u>FORCEPS</u>	
	No.	%	No.	%
MEDIA	25	71.42	138	83.63
MLD	0	0.0	26	15.75
NO	10	28.57	1	0.60
	35	99.99	165	99.98

\*\*\*\*\*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

De las pacientes a las cuales se les aplicó fórceps al 83.6% se les efectuó episiotomía media y sólo al 15.7% medio lateral derecha, a una de ellas no se le practicó episiotomía no encontrándose consignado el motivo, sin embargo, no presentó ningún tipo de complicación; seguramente el obstetra consideró que no requería de la misma.

En cuanto a la frecuencia de complicaciones maternas con relación al tipo de episiotomía, se aprecia una franca relación entre la realización de episiotomía media y la presencia de desgarros perineo-vaginales, ya que de los 12 desgarros perineales (10 de ellos de III grado), en 11 pacientes se practicó episiotomía media, y de los 21 desgarros vaginales (19 de ellos mayores de 2 cm.), en 16 se practicó episiotomía media y sólo en 5 MLD. Ello corrobora lo afirmado por diferentes autores de que la aplicación de fórceps debe ser precedida por episiotomía medio-lateral.

<u>TIPO DE EPISIOTOMIA</u>	<u>DESGARROS PERINEALES</u>			<u>DESGARROS VAGINALES</u>	
	I	II	III	- 2 cm.	+ 2 cm.
MEDIA	1	0	10	2	14
MLD	0	0	1	0	5
NO	1	1	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>19</b>

TIPO DE FORCEPS. - Conociendo las ventajas y limitaciones

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

\* \* \* \*

de los dos grupos fundamentales de fórceps que existen en la actualidad, los clásicos y los especiales.

El concepto antiguo de utilizar un sólo fórceps para tratar de resolver las distocias en que se hiciera necesario su uso ha dejado de ser legítimo, en la actualidad se tiene la idea de que la utilización de diferentes tipos del mismo en función de las necesidades de cada caso permiten resolver en forma satisfactoria el problema en cuestión.

Actualmente no está aclarado si el tipo de fórceps por sí mismo modifica las cifras de morbilidad materno-fetal. Se ha atribuido al fórceps de Kielland una mayor morbilidad neonatal, Chiswick menciona que la mortalidad neonatal atribuible al uso de este instrumento fue de 3.4% dos y media veces mayor que en el grupo control, y una incidencia significativa de comportamiento neurológico anormal; sin embargo, éste artículo fue motivo de abundantes críticas por parte de otros autores (5). En una revisión de riesgo materno-fetal en cirugía obstétrica Karchmer encontró que no existe una diferencia que estadísticamente sea significativa entre la morbilidad con el uso de este y con el fórceps en general (16).

Se acepta en general una mayor frecuencia de lesiones del canal genital con el uso de este instrumento, sin embargo, éstas se atribuyen a su uso generalmente en tomas medias y medio-bajas y va-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

riedades transversas y posteriores.

En nuestra revisión se aplicaron 130 (78.7%) fórceps Simpson y 33 (20.0%) Kielland, en un caso se aplicó un Tucker Mc Laine y en otro no se consignó el tipo de fórceps.

<u>TIPO DE FORCEPS</u>		
	No.	%
SIMPSON	130	78.78
KIELLAND	33	20.00
TUCKER	1	0.60
NO CONSIGNADO	1	0.60
<b>T O T A L</b>	<b>165</b>	<b>99.98</b>

Se aprecia que del total de aplicaciones de fórceps Simpson - (130), en 46 hubo complicaciones maternas o fetales (35.38%), siendo un poco mayor con el de Kielland en el cual de las 33 aplicaciones, en 16 se encontró complicaciones materno-fetales (48.48%), apreciándose además una mayor frecuencia de complicaciones fetales con el Simpson y una escasa proporción de las mismas con el de Kielland.

Estos datos están de acuerdo con lo enunciado anteriormente, apreciándose una mayor frecuencia de complicaciones con el fórceps - de Kielland, sin poder precisar si es por el fórceps en sí o por la altura

TESIS CON  
FALLA DE CONTEN

\* \* \* \* \*

ra y variedad de posición de la cabeza fetal.

FORCEPS SIMPSON

	No.	%
SIN COMPLICACIONES	84	64.61
COMPLICACIONES:		
- MATERNAS	35	26.92
- FETALES	11	8.46
T O T A L	<u>130</u>	<u>99.99</u>
TOTAL DE COMPLICACIONES: 46 - 35.38 %		

FORCEPS KIELLAND

SIN COMPLICACIONES	17	51.51
COMPLICACIONES:		
- MATERNAS	13	39.39
- FETALES	3	9.09
T O T A L	<u>33</u>	<u>99.99</u>
TOTAL DE COMPLICACIONES: 16 - 48.48 %		

DESCARROS CERVICALES

	CASOS	NO.	%
F. SIMPSON	130	13	10
F. KIELLAND	33	2	6.06%

ALTURA DE LA TOMA. - Existe una relación estrecha entre la morbimortalidad materno-fetal y la altura de la presentación en el

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

\* \* \* \* \*

momento de hacer la toma, de manera que mientras más alta es ésta mayor será también el índice de morbimortalidad materno-fetal.

El fórceps aplicado en forma conveniente y por general suficientemente adiestrado, tiene por sí mismo poca morbilidad en los planos bajos y aumenta en forma proporcional a medida que la presentación es más alta, por ello la morbimortalidad es mayor en el fórceps medio que en el -medio bajo y en éste mayor que en el bajo en donde puede aceptarse que -sea nula (3,7,16,22,23,25).

En los últimos años se ha puesto en entredicho la utilidad del --fórceps medio y a través de las discusiones al respecto, se percibe una -tendencia general a no usarlo, substituyéndolo por procedimientos que --resguardan mejor la salud y la vida de la madre y del feto (3).

En nuestro Hospital en 1980 en un estudio realizado por Hernández, se aprecia ya la desaparición del fórceps medio, aplicándose en el mismo año un total de 1467 fórceps distribuidos de la siguiente manera:

<u>FORCEPS</u>	No.	%
BAJOS	721	49.2
M.B.	746	50.8
T O T A L	1467	100.0

Reportándose en el mismo estudio una mayor morbimortalidad materno fetal con los fórceps medio-bajos que con los fórceps bajos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En nuestro estudio, se aprecia un porcentaje parecido al mencionado anteriormente en cuanto a frecuencia y altura de la toma, ya que el 49.69% de los fórceps aplicados fueron bajos y el 50.3% medio bajos.

<u>FORCEPS</u>	No.	%
BAJOS	82	49.69
MEDIO BAJOS	83	50.30
T O T A L	165	99.99

Así mismo concordamos con los diferentes autores en cuanto a la relación de la morbimortalidad con la altura de la toma, ya que la -- morbilidad materno-fetal en los fórceps bajos fue de 21.9% y en tanto -- que en los fórceps medio-bajos de 53%.

	<u>FORCEPS</u>	<u>BAJOS</u>	
	No.		%
SIN COMPLICACIONES	64		78.04
COMPLICACIONES:			
MATERNAS	17		20.73
FETALES	1		1.21
T O T A L	82		99.98

TOTAL DE COMPLICACIONES 18 - 21.94 %

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

\* \* \* \* \*

	<u>FORCEPS</u>	<u>MEDIO-BAJO</u>
	No.	%
SIN COMPLICACIONES	39	46.98
COMPLICACIONES:		
.MATERNAS	31	37.34
FETALES	13	15.66
T O T A L	83	99.98

TOTAL DE COMPLICACIONES 44 - 53.0%

En cuanto a la frecuencia de desgarros vagino-perineales y la altura de la toma, se aprecia una mayor frecuencia de los mismos en las tomas medio-bajas, destacando los desgarros vaginales de más de 2 cm. a tal altura.

	<u>BAJO</u>	<u>MEDIO - BAJO</u>
	No.	No.
DESGARRO PERINEAL		
GRADO: I	1	0
II	0	0
III	6	5
DESGARRO VAGINAL		
- 2 cm.	1	1
+ 2 cm.	3	16
T O T A L	11	22

VARIEDAD DE POSICION. - En el uso del fórceps en general, hay predominio de las variedades anteriores, lo cual se explica tanto por su mayor frecuencia como por el manejo activo del trabajo de parto.

\* \* \* \*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Este predominio es particularmente notable en los planos bajos de la pelvis en los cuales es poco frecuente encontrar variedades posteriores y transversas, la frecuencia de dichas variedades en los fórceps medio-bajos es claramente mayor a la aceptada para todos los partos, lo cual confirma que estas variedades de posición tienen mayor tendencia a dificultar la progresión cefálica en la pelvis (3, 7, 8, 15, 19, 26, 27).

Así mismo también se aprecia que en los fórceps profilácticos y electivos es más marcado el predominio de las variedades anteriores, no siendo tan claro este predominio en los fórceps indicados en los que prácticamente es igual la distribución (Espinoza, Rodríguez, A.).

La posibilidad de trauma obstétrico tanto para la madre como para el producto, es mayor en las aplicaciones transversas y posteriores, por el hecho de ser necesaria la rotación para la extracción del feto, mismas porque con mayor frecuencia existe dificultad para la introducción de las ramas, asinclitismo marcado, deflexión y deformidades (3, 7, 8, 15, 27).

En nuestro estudio concordamos con lo anteriormente expuesto encontrando que el 76.3% fueron variedades anteriores, el 19.3% transversas y sólo el 4.2% posteriores.

VARIEDAD DE POSICION

	No.	%
ANTERIORES	126	76.36
TRANSVERSAS	32	19.39
POSTERIORES	7	4.24
T O T A L	165	99.99

\* \* \*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Así mismo la morbilidad materna y fetal fue mayor en las variedades posteriores, seguida de las transversas y finalmente las anteriores con un 71.4%, 40.6% y 34.9% respectivamente.

VARIETADES ANTERIORES

	No.	%
SIN COMPLICACIONES	82	65.07
COMPLICACIONES:		
MATERNAS	33	26.19
FETALES	11	8.73
TOTAL	126	99.99

TOTAL DE COMPLICACIONES 44 - 34.92 %

VARIETADES TRANSVERSAS

	No.	%
SIN COMPLICACIONES	19	59.37
COMPLICACIONES:		
MATERNAS	10	31.25
FETALES	3	9.37
TOTAL	32	99.99

TOTAL DE COMPLICACIONES 13 - 40.62 %

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

VARIETADES POSTERIORES

	No.	%
SIN COMPLICACIONES	2	28.57
COMPLICACIONES:		
MATERNAS	5	71.42
FETALES	<u>0</u>	<u>0.0</u>
TOTAL	7	99.99

TOTAL DE COMPLICACIONES 5 - 71.42%

ANESTESIA Y VALORACION APGAR - El bloqueo peridural es el método anestésico que permite más bondades al binomio madre-hijo, sin ser el anestésico ideal. Se aprecia una tendencia a disminuir la anestesia general.

Se mencionan como complicaciones derivadas del empleo de la anestesia general: disminución de las calificaciones Apgar del producto, hipotensión materna y paro cardiorespiratorio y entre los fenómenos indeseables del bloqueo peridural: la relajación perineal completa, pérdida del reflejo de pujo, perforación accidental de la duramadre y la hipotensión arterial con la consiguiente repercusión en la perfusión fetal.

En nuestro estudio; tanto en las pacientes con parto espontáneo como en las cuales se aplicó fórceps el método anestésico más usado - fue bloqueo peridural, en un 42.8% y 95.1% respectivamente, apreciándose que en el 31.4% de los partos cutócicos no se aplicó ningún método

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

\* \* \* \*

do anestésico.

	<u>PARTO</u>		<u>FORCEPS</u>	
	No.	%	No.	%
BLOQUEO PERIDURAL	15	42.85	157	95.15
GENERAL	3	8.57	8	4.84
LOCAL	6	17.14	0	0.0
NINGUNO	11	31.42	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>99.98</b>	<b>165</b>	<b>99.99</b>

A 11 pacientes se les administró anestesia general siendo las calificaciones Apgar las siguientes:

<u>A P G A R</u>	<u>P A C I E N T E S</u>										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 min.	8	8	4	2	6	7	7	8	7	8	2
5 min.	9	9	7	6	8	9	8	9	8	9	6

Hubo dos pacientes con depresión severa al minuto, los cuales continuaron moderadamente deprimidos a los cinco minutos, sin embargo, se dieron de alta en buen estado a las 48 hrs. Dos productos con depresión moderada al minuto con Apgar de 7 o mayor a los cinco minutos, ambos se dieron de alta a las 48 hrs. en buen estado.

En el siguiente cuadro se muestra la calificación de Apgar al minuto.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

\* \* \* \* \*

CALIFICACION APGAR AL MINUTO

ANESTESIA	MENOR DE 4	4 A 6
	No.	No.
GENERAL	2	2
BPD	0	12
LOCAL	0	0
NINGUNA	0	2
TOTAL	<u>2</u>	<u>18</u>

CALIFICACION APGAR A LOS 5 MINUTOS

ANESTESIA	MENOR DE 4	4 A 6
	No.	No.
GENERAL	0	2
BPD	0	0
LOCAL	0	0
NINGUNA	0	1
TOTAL	<u>0</u>	<u>3</u>

Tomando en cuenta que a 172 pacientes se les aplicó BPD, y de ellas 12 productos (6.9%) , se encontraron moderadamente deprimidos al minuto y ninguno a los cinco minutos, y que de 11 pacientes a las cuales se les administró anestesia general, dos productos presentaron de presión severa al minuto continuando con depresión moderada a los 5 minutos y dos depresiones moderadas al minuto (4 productos deprimi

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

\* \* \* \* \*

dos 36.3%). En nuestro estudio corroboramos que el BPD es el que -- ofrece mayores beneficios.

CALIFICACION APGAR AL MINUTO

DEPRESION:	PARTO	FORCEPS
SEVERA	0	2
MODERADA	4	14
BUEN APGAR	31	149
TOTAL	35	165

CALIFICACION APGAR A LOS 5 MINUTOS

DEPRESION:	PARTO	FORCEPS
SEVERA	0	0
MODERADA	1	2
BUEN APGAR	34	163
TOTAL	35	165

PESO DEL PRODUCTO. - 186 productos (93.0%), presentaron pesos mayores de 2500 grs. y 3 de ellos fueron macrosómicos, de los 14 productos que presentaron complicaciones atribuibles al fórceps todos ellos fueron productos de término entre 2500 a 4000 grs., ninguno de ellos prematuro o macrosómico, 24 productos pesaron más de 3500 grs. y de ello 5 presentaron huellas leves de cucharilla, 2 equimosis y

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

uno cefalohematoma.

No se aprecia relación entre el peso del producto y complicaciones fetales.

De las 48 pacientes que presentaron complicaciones maternas, 47 (97.91%), tuvieron productos de término, mayores de 2500 grs. y sólo uno de ellos fue macrosómico.

De los 24 productos de más de 3500 grs., sólo cuatro pacientes - presentaron complicaciones maternas. No se aprecia relación entre el peso de los productos y la incidencia de complicaciones maternas.

PESO DE LOS PRODUCTOS

	PARTO	FORCEPS
2000 - 2499	3	8
2500 - 2999	8	55
3000 - 3499	20	83
3500 - 4000	4	16
4000 y más	0	3
TOTAL	35	165

En el siguiente cuadro se muestran complicaciones maternas y fetales con relación al peso de los productos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

C O M P L I C A C I O N E S

	MATERNAS	FETALES
2000 - 2499	1	0
2500 - 2999	16	5
3000 - 3499	28	6
3500 - 3999	2	3
4000 y más	1	0
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	48	14

ESTADO DEL PRODUCTO AL SER DADO DE ALTA. - 191 producidos (95.5%), fueron dados de alta al externarse la madre (48 hrs.), -- con buen estado general y el resto (9), permanecieron en el Hospital entre 3 días y un mes por causas no atribuibles al fórceps.

	<u>P A R T O</u>
BUENO EN 48 Hrs.	32
72 HORAS	1
1 MES POR PREMATUREZ	1
36 DIAS POR PREMATUREZ	1
	<hr/>
TOTAL	35

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

F O R C E P S

BUENO EN 48 Hrs.	159
3 DIAS POR ICTERICIA FISIOLÓGICA	2
4 DIAS POR ICTERICIA FISIOLÓGICA	2
5 DIAS POR ICTERICIA FISIOLÓGICA	1
5 DIAS POR ISOINMUNIZACIÓN a Rh	1
T O T A L	165

MORBILIDAD FETAL. - De los más valiosos elementos de juicio sobre la calidad de los Servicios Gineco-Obstétricos son la proporción en la que sufren lesiones o mueren las madres y/o sus hijos durante alguna intervención obstétrica, ya que el resolver con técnica satisfactoria - los casos normales y en aquellos que tienen complicaciones poner todos - los beneficios de que la medicina actual dispone, dan como resultado la - salud y la vida de la paciente y el producto.

Tomando en cuenta lo anterior, el producto debe nacer en buenas condiciones y si se siguen los lineamientos clásicamente descritos para un buen uso del instrumento, la morbilidad fetal debe ser reducida al - mínimo y sólo presentar complicaciones menores que no dejen nunca fenó - menos residuales.

Respecto a la morbilidad fetal por fórceps se encuentran distintas cifras en la literatura, variando de un 8.6% a un 33.2% (3, 7, 8, 9, 10, -- 11, 15, 16, 19, 26, 27, 31).

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

\* \* \* \* \*

En nuestro Hospital en 1980 se encontraron las siguientes lesiones al producto:

<u>LESIONES INMEDIATAS</u>		<u>LESIONES MEDIATAS</u>	
HUELLA DE CUCARILLAS	38.3%	CEFALOHEMATOMA	2.7%
LACERACIONES	0.8%	PARALISIS FACIAL	0.27%
PARALISIS FACIAL	0.5%		
HUNDIMIENTO	0.06%		
<b>TOTAL</b>	<b>39.7 %</b>		<b>2.97%</b>
<b>MORBILIDAD FETAL</b>			

Respecto a la mortalidad fetal en la literatura se menciona entre 0 - 3.0%. En el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, en 1980 se encontró mortalidad corregida atribuible al fórceps de un .4%, hay que tomar en cuenta de que estas cifras se refieren al uso de fórceps en general.

MORBILIDAD FETAL POR FORCEPS EN GENERAL

AUTORES	MORBILIDAD	MORTALIDAD
CASTELAZO	33.2 %	1.1 %
KARCHMER	8.6	0.1
ESPINOSA DE LOS REYES	19.2	1.5
RODRIGUEZ ARGUELLO	18.7	0.5
ALVARADO DURAN	-	0.9
HERNANDEZ GARCIA	39.7	0.4

En el estudio que nos ocupa se encontró mortalidad fetal nula y - las siguientes entidades de morbilidad fetal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

\* \* \* \* \*

MORBILIDAD FETAL

	No.	%
HUELLAS DE CUCCHARILLAS	58	35.15
EQUIMOSIS	8	4.84
CEFALOHEMATOMAS	4	2.42
EQUIMOSIS MAS PARALISIS FACIAL	2	1.21
	<hr/> 72	<hr/> 43.62

Las cifras antes mencionadas son más altas que las reportadas pa fórceps en general, en la literatura mundial y en nuestro Hospital para 1980. Cabe mencionar que algunos autores no incluyen en sus estadísticas la morbilidad de huellas de cucharillas, con lo que tendríamos una morbilidad co rregida de 8.47%.

La morbilidad fetal en el parto eutócico fue nula.

MORBIMORTALIDAD MATERNA. - Se considera en la actualidad que la morbilidad materna casi siempre está dada por daños que deben ser considerados como menores y sólo en un mínimo número de casos hay lesiones que pueden ser catalogadas como importantes o peligrosas.

La mortalidad materna debe considerarse nula en los tiempos actuales, ya que en los casos de fórceps bajos es apenas superior a la observada en el parto normal y en los fórceps medio-bajos no hay un aumento significativo de la misma (2, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 19, 27, 28, 31).

\*\*\*\*\*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

33.

En la literatura, en la aplicación de fórceps en general, la morbilidad materna varió entre 5 y 30%. En nuestro Hospital en 1979 se reporta un 29%, destacando el desgarro perineal de III grado con un 15%, los desgarros perineales de II grado y los cervicales de I grado con un 3 y 3.3% respectivamente, refiriéndose dehiscencia de histerorrafia en el 1% (18).

AUTORES	MORBILIDAD %	MORTALIDAD
CASTELAZO	20	NULA
KARCHMER	8.9	NULA
ESPINOSA DE LOS REYES	10.5	NULA
RODRIGUEZ ARGUELLES	10.2	NULA
ALVARADO DURAN	9.4	NULA

En el presente estudio se presentaron las siguientes complicaciones maternas con el uso del fórceps:

	No.	%
DESGARROS PERINEALES		
GRADO:		
I	1	0.60
II	0	0.0
III	11	6.66
DESGARROS CERVICALES		
- 2 cm.	6	3.63
+ 2 cm.	7	4.24
DESGARROS VAGINALES		
- 2 cm.	4	2.42
+ 2 cm.	17	10.30
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	5	3.03
PROLONGACION DE EPISIOTOMIA	2	1.21
MORBILIDAD 32.12 %	53	32.09

\* \* \* \* \*

En el parto eutócico:

DESGARROS PERINEALES		No.	%
GRADO:	I	4	11.42
	II	1	2.85
	III	0	0.0
		<hr/>	<hr/>
		5	14.27

MORBILIDAD 14.28 %.

La morbilidad en las pacientes que se les atendió parto eutócico - fue de 14.2% y en aquellas a las cuales se les aplicó fórceps fue de 32.1%.

La mortalidad materna fue nula.

Estas cifras de morbilidad son más altas que las reportadas en la literatura y en nuestro Hospital en años anteriores, a pesar de que dichas cifras se refieren a morbilidad en las aplicaciones de fórceps en general - en las cuales hay mayor porcentaje de aplicaciones indicadas de fórceps - con tomas medio bajas y variedades transversas y posteriores.

En las pacientes que se atendieron de parto eutócico, se aprecia una morbilidad de menos de la mitad, y en ésta está dada por desgarros perineales de I y II grado, llamando la atención la ausencia de dehiscencia de histerorrafia en este grupo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

35.

CONCLUSIONES.

1. - La frecuencia de aplicación de fórceps así como de complicaciones maternas y fetales, fue mayor en pacientes nulíparas, disminuyendo éstas conforme aumenta la paridad.
2. - Se aprecia una franca relación entre el uso de episiotomía media en aplicación de fórceps y la presencia de desgarros perineales de III grado y vaginales de más de 2 cm.
3. - Se encontró una mayor frecuencia de complicaciones materno-fetales con el uso de fórceps de Kielland, sin poder precisar si es por el fórceps en sí o por la altura y variedad de posición de la cabeza fetal.
4. - Existe una estrecha relación entre la morbilidad materno-fetal y la altura de la presentación en el momento de la toma, de manera que mientras más alta es ésta, mayor será también el índice morbilidad materno-fetal.
5. - La posibilidad de trauma obstétrico es mayor en las aplicaciones de fórceps transversos y posteriores.
6. - El bloqueo peridural es el método anestésico que permite más bondades al binomio madre-hijo, sin ser el anestésico ideal.
7. - Con el uso del fórceps profiláctico se encontró una morbilidad fetal mayor que la reportada para fórceps en general en la literatura mun

\* \* \* \* \*

dial y en nuestro Hospital en 1980.

8. - La morbimortalidad en el parto eutócico fue nula.

9. - La morbilidad materna con la aplicación de fórceps profiláctico fue más alta que la reportada en la literatura y en nuestro Hospital en años anteriores.

10. - La morbilidad materna de las embarazadas que culminaron - en parto eutócico fue mucho menor, (menos del 50%) que aquellas a las - que se les aplicó fórceps profiláctico.

11. - LLama la atención la ausencia de dehiscencias de histerorra-  
fia en el grupo de pacientes a las cuales no se les aplicó fórceps profiláctico.

\* \* \* \* \*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

1. Aispuro, Z.M.A.; Izaguirre, A.: "Control de la cicatrización uterina post-cesárea." Ginec. Obstet. Mex. 27:359, 1970.
2. Alvarado, D.A.; Arévalo, T.N.: "Morbimortalidad materno-fetal inmediata". XVI Asamblea Nacional de Cirujanos. Sección de Gineco-Obstetricia. 139-147, 1964.
3. Berkeley, S.; Merrill, M.D.: "Planned vaginal delivery following cesarean section". Obstet. and Gynecol. Brit. 52:50, 1978.
4. Berlioz, R.: "Revisión de 438 aplicaciones de fórceps". Ginec. -- Obstet. Mex. 17:489-502, 1962.
5. Browne, A.D.H.: "Vaginal delivery after previous cesareum section" Obstet. Gynecol. Brit. Comm. 72:577, 1965.
6. Castelazo, A.L.: "El riesgo materno-fetal en los embarazos post-cesárea. Conducta a seguir". Ginec. Obstet. Mex. 10:441, 1955.
7. Castelazo, A.L.; Karchmer, K.S.; Domínguez, A.; Reyes, C.L.: "Aplicación de fórceps. Análisis de 250 casos". Ginec. Obstet. Mex. 15:437-449, 1960.
8. Castelazo, A.L.; Reyes, C.L.; Karchmer, K.S.: "Simposium sobre conducta a seguir en las embarazadas con cesárea previa" (IV parte). Ginec. Obstet. Mex. 16:15, 1961.
9. Cosgrove, R.A.: "Management of pregnancy and delivery following cesarean section. JAMA 145:884, 1951.
10. Coutiño, M.R. y cols.: "Fórceps especiales. Revisión de 652 casos" Ginec. Obstet. Mex. 30:39-47, 1971.
11. Coutiño, M.R. y cols.: "El fórceps en la paciente con antecedentes de cesárea previa". Ginec. Obstet. Mex. 27:249-257, 1970.
12. Chiswick, M.L.; James, D.K.: "Kielland forceps: association with neonatal morbidity and mortality". Br. Med. J. 1:7-9, 1979.
13. Díaz, G.J.: "El fórceps de Kielland en el manejo de las presentaciones occípito-posteriores persistentes". Rev. Col. Obstet. Ginec. --- 155-158, 1971.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

\* \* \* \*

14. Donnelly, J.P.; Franzoni, K.T.: "Vaginal delivery following cesarean section". *Obstet.Gynecol.* 29:871,1967.
15. Douglas, R.R.; Birnbaun, S.D.; Mc Donald, F.A.: "Pregnancy and labor following cesarean section". *Am.J.Obstet.Gynecol.* 65:944, -1955.
16. Dunlop, D.: "Midforceps operations at the university of Alberta Hospital (1965-1967)". *Am.J.Obstet.Gynecol.* 91:471-475,1969.
17. Eames, D.H.: "A study of management of pregnancies subsequent to cesarean section". *Am.J.Obstet.Gynecol.* 65:945,1955.
18. Espinosa, D.V. y cols.: "Consideraciones sobre 1,500 aplicaciones de fórceps". *Ginec.Obstet.Mex.* 29:377-391,1971.
19. García, L.A.; Ramírez, P.D.; Alvarado, D.A.: "Manejo de la paciente obstétrica con antecedente de una cesárea. Análisis de 1527 casos". *Ginec.Obstet.Mex.* 45:223,1979.
20. González, V.J.; Cinco, A.J.; Karchmer, K.S.: "El fórceps de -- Kielland en las variedades occípito-transversas. Análisis de 500 - casos". *Ginec.Obstet.Mex.* 24:351,1968.
21. González, C.G.: "Experiencia con el fórceps de Salinas". *Ginec. -- Obstet.Mex.* 37:207,1975.
22. Hernández, G.C.; Arcovedo, P.F.: "Neonato nacido con fórceps" - Tesis de Post-grado, HGO. No. 4, IMSS. 1980.
23. Hughey, M.; Mc Ellin, T.: "Fórceps operation in perspective. II - failed operations." *J. R reproduc.Med.* 21:177,1978.
24. Karchmer, K.S.; Vargas, L.E.; Peña, A.B.: "Evolución y concepto del fórceps en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del IMSS. Análisis de 3,500 casos." *Ginec.Obstet.Med.* 22:521,1967.
25. Karchmer, K.S.; Chávez, A.J.: "Riesgo materno y fetal en cirugía obstétrica" *Rev.Col.Obstet.Ginec.* 22:297,1971.
26. López, M.A.; Barrera, P.L.: "Morbimortalidad del fórceps en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4". Tesis de Postgrado, HGO. - No. 4, IMSS. 1974.
27. Marcano, G.H.; Agüero, O.; Paez, J.L.: "Parto vaginal post-cesárea. (Parte II). *Rev.Obstet.Ginec. Venez.* 19:717,1959.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

\* \* \* \* \*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

39.

28. Martínez, P.J. "Consideraciones sobre 113 casos de aplicación - de fórceps medio". Ginec.Obstet.Mex. 11:375,1956.
29. Mc Garry, J.A.: "The management of patients previously delive-- red by cesarean section". J. Obstet.Gynecol. 76:137,1969.
30. Merrill, B.S.; Gibbs, S.E.: "Planned vaginal delivery following -- cesarean section". Obstet.Gynecol. 52:50-1978.
31. Niswander, K.R.; Gordon, M.: "Safety of the low forceps opera-- tions". Am.J.Obstet.Gynecol. 117:619,1973.
32. Nyirjesy, I.; Pierce, W.E.: "Perinatal mortality and maternal -- morbidity in spontaneous and forceps vaginal deliveries". Am.J. -- Obstet.Gynecol. 89:568,1964.
33. Pérez, R.E.: "El manejo del parto en la paciente con cesárea pre-- via". Ginec.Obstet.Mex. 9:171,1954.
34. Ramírez, S.E. y cols.: "Morbimortalidad fetal postnatal en 250 apli-- caciones de fórceps". Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetri-- cia. 63,1963.
35. Ramírez, M.H. y cols.: "Análisis de 1000 aplicaciones de fórceps". Ginec.Obstet.Mex. 41:423,1977.
36. Reyes, C.L.: "La prueba de trabajo de parto en pacientes con ce-- sárea anterior". Ginec.Obstet.Mex. 14:111,1959.
37. Ricaud, R.L.; Karchmer, K.S.; Vargas, L.E.: "El fórceps en el -- manejo de las occípito-posteriores y transversas". III Jornadas -- Médicas Bienales. HGO. No. 1, IMSS. 82,1968.
38. Rodríguez, A.J.; Saldaña, G.R.: "512 Operaciones de fórceps con-- secutivas en un hospital de enseñanza". Ginec.Obstet.Mex. 21:619, -- 1966.
39. Ruíz, V.V.; "Pronóstico de la cicatriz postcesárea". Ginec.Obstet. Mex. 20:1071,1965.
40. Ruíz, V.V.; Riviera, B.F.; Toscano, B.O.: "Parto postcesárea -- II Morbimortalidad." H Ginec.Obstet.Mex. 34:217,1973.
41. Ruíz, V.V.; Saldaña, R.H.; Rífo de la Loza, F.: "Parto postcesárea" Ginec.Obstet.Mex. 23:529,1968.

ESTA TESIS NO SALE \* \* \* \*  
DE LA BIBLIOTECA

42. Saldaña, L.R. ; Schulman, H. ; Reuss, L. : "Management of pregnancy by after cesarean section". Am.J.Obstet.Gynecol. 135:555,1979.
43. Septián, J.N. y cols. : "Simposium sobre conducta a seguir en las embarazadas con cesafea previa" (Parte II). Ginec.Obstet.Mex. -- 26:87,1969.
44. Tanus, S.J. y cols. : "Fórceps Kielland. Revisión de 342 casos". - Ginec.Obstet.Mex. 37:297,1975.
45. Vargas, L.E. ; Colorado, M.S. ; Garza, G.F. : "Morbimortalidad - materno-fetal con la aplicación de fórceps Salinas". Ginec.Obstet. Mex. 38:367,1975.
46. Villanueva, C. ; Villalobos, R.M. ; Cuenca, P.H. : "Embarazo subseguinte en la paciente con cesárea segmento corporal o corporal previa". Ginec.Obstet.Mex. 31:2-221,1972.

\* \* \* \* \*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN