

11217 129

24/0



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

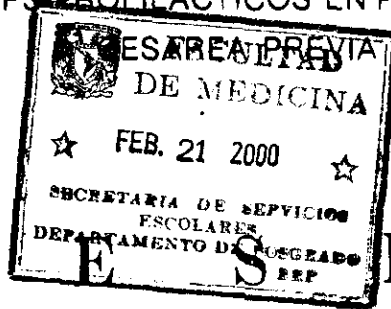
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

MORBILIDAD MATERNO FETAL EN LA APLICACION DE FORCEPS PROFILACTICOS EN PACIENTES CON



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
G I N E C O L O G I A Y O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A :
D R A . O L I V I A P I Ñ A B A L L E S T E R O S



MEXICO, D. F.

1998

274407

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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).

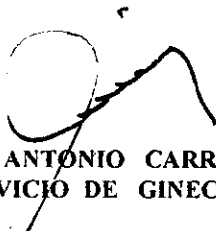
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**MORBILIDAD MATERNO FETAL EN LA
APLICACIÓN DE FÓRCEPS PROFILÁCTICOS
EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA**

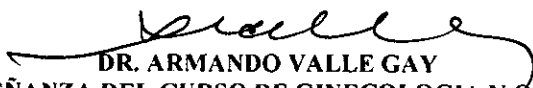
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

RESPONSABLE DEL PROYECTO: DRA. OLIVIA PIÑA BALLESTEROS
TUTOR DE TESIS: DR. ARTURO JUAREZ AZPILCUETA
JEFE DE SERVICIO: DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO

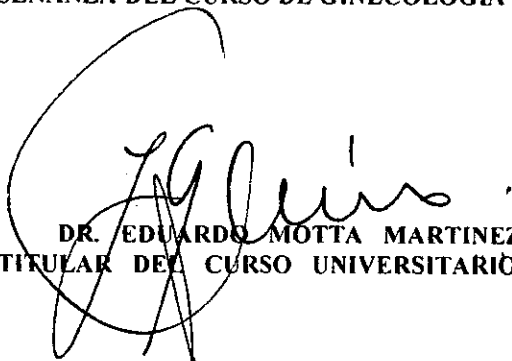
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD
UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



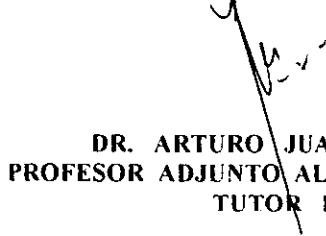
DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. ARMANDO VALLE GAY
JEFE DE ENSEÑANZA DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

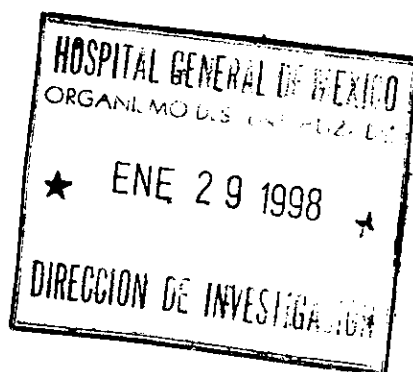


DR. EDUARDO MOTTA MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO



DR. ARTURO JUAREZ AZPILCUETA
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE POSTGRADO
TUTOR DE TESIS

ESTA TESIS QUEDO REGISTRADA EN LA SUBDIRECCION DE
INVESTIGACION DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DE LA
SECRETARIA DE SALUD, CON LA CLAVE DIC/97/406B/03/124 EL DIA 27
DE OCTUBRE DE 1997.



DEDICATORIA.

**A MIS PADRES, POR TODO SU AMOR, APOYO Y
CONFIANZA PARA LOGRAR ESTA PEQUEÑA META.**

**A MIS PROFESORES POR TODAS SUS ENSEÑANZAS Y
PACIENCIA.**

**A MIS PACIENTES, POR SU CONFIANZA Y
ENSEÑANZA, ASI COMO SER EL MOTIVO PARA
SEGUIR ADELANTE.**

**A TODOS MIS AMIGOS, POR SU APOYO A LO LARGO
MI PROFESION.**

**A TI CECIL POR TU GRAN AYUDA PARA REALIZAR ESTA
TESIS Y SER TAN ESPECIAL EN MI VIDA.**

INDICE.

- 1.- RESUMEN**
- 2.- INTRODUCCION**
- 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**
- 4.- JUSTIFICACION**
- 5.- HIPOTESIS**
- 6.- OBJETIVOS.**
- 7.- MATERIAL Y METODOS**
- 8.- DEFINICION DE VARIABLES**
- 9.- RESULTADOS**
- 10.-CONCLUSIONES**
- 11.- COMENTARIOS**
- 12.- BIBLIOGRAFIA**
- 13.- ANEXOS**

RESUMEN .

En 1980, el Comité del Instituto Nacional de Salud, sobre cesáreas recomienda que los hospitales con medios apropiados , permitirán la prueba de parto normal en mujeres que han sufrido de cesárea previa . En la Obstetricia moderna , se utiliza el forceps profiláctico para prevenir la ruptura uterina y dehiscencia de cicatrices uterinas previas. Se realizó un estudio retrospectivo , observacional y analítico, acerca de la morbilidad materno fetal en pacientes del Hospital General de México, en un periodo de 3 años , a las cuales se les aplicó fórceps profiláctico por presentar cesárea previa , con el objetivo de mostrar la morbilidad materno fetal cuando se utiliza este en comparación de cuando no se utiliza , a través de diversas variables , utilizando como prueba estadística Chi cuadrada. Concluimos con los resultados obtenidos que existe una morbilidad materno fetal menor en aquéllas pacientes a las que se les permitió el parto eutócico en comparación a las que se les aplicó forceps profiláctico.

INTRODUCCION.

El Comité del Censo del Instituto Nacional de Salud sobre cesáreas, en el año de 1980, recomendó que en los hospitales con medios, servicios y personal apropiados para realizar por cesárea urgente, una mejor selección de los casos, permitirla la prueba de parto normal en mujeres que previamente habian dado a luz por medio de cesárea segmentaria baja. En 1982, el Comité de Ginecólogos y Obstetras del Colegio Americano, sobre obstetricia publicó, una pauta para la atención de partos vaginales posteriores a cesárea, como resultado de la reconsideración de los preceptos que deben seguirse en la cesárea, los excelentes resultados publicados por las instituciones que permiten una prueba de parto entre mujeres que ha sufrido de cesárea anterior. En la actualidad, se considera que determinadas pacientes con cesárea previa pueden obtener un parto por vía vaginal en condiciones adecuadas. (1,2)

El empleo del fórceps en forma profiláctica y en casos seleccionados tiene su indicación en la obstetricia moderna, por considerarse un elemento que ha demostrado ventajas, como es el acortamiento del tiempo en el periodo expulsivo, cuando existe la posibilidad de ruptura uterina y dehiscencia de la cicatriz previa. Habitualmente la altura de la toma de la toma debe ser baja (el diámetro biparietal esta a nivel o por debajo de las espinas ciáticas, con la parte ósea mas prominente de la cabeza a un traves de dedo del piso perineal) y en variedad de posición directa (occpito púbica). Otras indicaciones además delas mencionadas anteriormente se encuentran : pacientes con cardiopattas, neumontas, agotamiento físico, deshidratación, etc. Basándose en la indicaciones anteriores y en los principios por reducir el esfuerzo físico y emocional de la madre,

proteger el piso pélvico de desgarros y laceraciones, y proteger secundariamente al feto de lesiones cerebrales, se han utilizado los fórceps por muchos años. (3,4).

Sin embargo, también existen desventajas con la utilización del mismo, las complicaciones relacionadas con su uso, se dividen en maternas y fetales. Las primeras son principalmente traumatismos de tejidos blandos, que incluyen desgarros uterinos, cervicales y vaginales, sin dejar de mencionar a los desgarros perineales, los cuales pueden ser de 1o. a 4to grado, así como lesiones más graves que incluyen uretra, vejiga o recto (9), así como extensión de episiotomías y a largo plazo lesiones más raras como fistula vesicovaginal o incontinencia urinaria de esfuerzo. Estas mismas complicaciones se pueden presentar en partos eutócicos, pero con una mayor frecuencia en aquellos que han sido instrumentados lo cual varía con la habilidad y experiencia del obstetra (5,6,7,8).

Dentro de las complicaciones más severas de la aplicación de fórceps profilácticos, con antecedente de cicatriz previa, se encuentra la ruptura uterina y dehiscencia de la cicatriz; afortunadamente, esta complicación tiene una incidencia relativamente baja del 0.7 al 0.8 por cada mil habitantes. (9). Estas complicaciones pueden cursar asintomáticas, o bien terminar en choque hipovolémico y muerte.(10).

Las lesiones en el recién nacido más frecuentes incluyen: traumatismos faciales pasajeros, equimosis faciales, laceraciones, cefalohematomas y parálisis del nervio facial, y con menor frecuencia y de mayor gravedad se observa fracturas de cráneo, hemorragias intracraneanas, parálisis de plexo braquial, lesiones de columna cervical, las cuales tendrán secuelas neurológicas importantes en el futuro, por ejemplo: deficiencias de conducta o aprendizaje o bien llegar hasta el retraso mental. (3,11,12,13,14,15,16,17).

El empleo del fórceps, es siempre un tema interesante y controversial en Obstetricia, y si a ello se suma el antecedente de cesárea previa y se recuerda los estropicios que en no pocas ocasiones se le atribuyen al fórceps, unas veces justificadas y en otras no, refleja la importancia de realizar el presente estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dicho de Gragia " una vez realizada cesárea, siempre se realizará cesárea", dominó la práctica obstétrica durante más de 60 años, hasta que en 1982 , el Comité de Ginecólogos y Obstetras del Colegio Americano, publicó las pautas para la atención de partos vaginales posteriores a cesárea.

El hecho de que exista una cicatriz uterina previa, indica la aplicación de fórceps , siempre y cuando se reúnan todos los requisitos para ello, y se conozca el mecanismo del instrumento , teniendo como objetivo principal , reducir el tiempo del período expulsivo , con lo cual se disminuye el riesgo de una posible dehiscencia de la cicatriz previa. Sin embargo, su aplicación puede ocasionar lesiones maternas y fetales en distintos grados, que conllevan a secuelas de gran importancia para el binomio y el ambiente social que los rodea .

El presente estudio tiene como finalidad, analizar la morbilidad materno fetal con el uso de fórceps profiláctico en pacientes que han sufrido de una cesárea previa y en un futuro considerar si es conveniente o no la aplicación de este en estas pacientes.

JUSTIFICACION

En el presente estudio se analizará , si realmente resulta benéfico el uso de fórceps profiláctico , en pacientes con cesárea previa, a través del conocimiento de la morbilidad materno fetal; para en un futuro implementar normas y procedimientos para el uso del mismo como instrumento profiláctico, y disminuir al mismo tiempo , días de estancia de la madre y del recién nacido y por lo tanto recursos hospitalarios.

HIPOTESIS.

Las pacientes a las que se les aplicó fórceps profiláctico por el antecedente de cesárea previa presentan mayor morbilidad materno fetal, que aquéllas a las que no se les aplicó y que cuentan con el mismo antecedente.

OBJETIVOS.

Objetivo principal:

Conocer la morbilidad materno fetal en pacientes a las que se les aplicó fórceps profilácticos en comparación con las que no se les aplicó, con antecedentes de cesárea previa.

Objetivos secundarios:

Conocer el tipo y frecuencia de lesiones que presenta la madre en los dos grupos de estudio.

Conocer el tipo y frecuencia de lesiones que presentan los recién nacidos en los dos grupos de estudio.

HIPOTESIS.

Las pacientes a las que se les aplicó fórceps profiláctico por el antecedente de cesárea previa presentan mayor morbilidad materno fetal, que aquéllas a las que no se les aplicó y que cuentan con el mismo antecedente.

OBJETIVOS.

Objetivo principal:

Conocer la morbilidad materno fetal en pacientes a las que se les aplicó fórceps profilácticos en comparación con las que no se les aplicó, con antecedentes de cesárea previa.

Objetivos secundarios:

Conocer el tipo y frecuencia de lesiones que presenta la madre en los dos grupos de estudio.

Conocer el tipo y frecuencia de lesiones que presentan los recién nacidos en los dos grupos de estudio.

MATERIAL Y METODOS.

A través de un estudio retrospectivo de casos y controles , se efectuó la revisión de los expedientes clínicos de todas aquellas pacientes a las que se aplicó forceps profiláctico y las que tuvieron partos eutócicos con antecedente de cesárea previa, en la población del Hospital General de México, en un período comprendido del 1º. De marzo de 1994 al 31 de marzo de 1997, identificando las variables antes mencionadas. El investigador principal realizó la captación de los datos en hojas de recolección previamente realizadas y aprobadas por el Comité de Enseñanza, para posteriormente realizar un análisis estadístico con la prueba de Chi cuadrada y se graficaron resultados.

CRITERIOS.

INCLUSION

** Todas aquellas pacientes sanas a las que se aplicó fórceps profiláctico por antecedente de cesárea previa sin complicaciones y con productos a término.*

** Todas aquellas pacientes sanas que presentaron partos eutócicos con antecedente de cesárea previa sin complicaciones y con productos a término.*

EXCLUSION.

- *Pacientes con patología materna .*
- *Pacientes que llevaron control prenatal en embarazo de alto riesgo, porque ya existe morbilidad materna y una Pb. Morbilidad en el recién nacido.*
- *Pacientes con antecedente de cesárea corporal o segmento corporal.*
- *Pacientes con antecedente de complicaciones en su cesárea previa.*
- *Pacientes con productos de pretérmino, ya que ésta, es indicación de cesárea para evitar hemorragias en el recién nacido.*
- *Pacientes con antecedente de cirugía perineal o vaginal*

ELIMINACION.

- *Todas aquellas pacientes que tengan un expediente incompleto, para el análisis de las variables.*

DEFINICION DE LAS VARIABLES.

- *Edad materna.*
- *Num. de gestaciones.*
- *Num. de cesáreas previas.*
- *Num. de partos previos.*
- *Edad gestacional.*
- *Variedad de posición.*
- *Tipo de fórceps utilizado (Kjelland, Simpson, Salinas, otro).*
- *Categoría del médico que lo utilizó (MB, R1, R2,R3,R4).*
- *Lesiones maternas:*
 - Ninguna*
 - Dehiscencia de histerorrafia*
 - Ruptura uterina*
 - Desgarro cervical*
 - Desgarro vaginal*
 - Desgarro perineal (grado 1,2 o 3)*
 - Lesión de esfnter anal*
 - Lesión de recto*
 - Lesión de vejiga o recto*
 - Otra.*
- *Hemorragia materna.*
- *Sexo de producto.*
- *Evaluación de Apgar al minuto y a los 5 minutos.*
- *Evaluación de Capurro.*
- *Peso del producto.*
- *Talla del producto.*

■ *Lesiones fetales:*

Ninguna

Marcas faciales

Equimosis faciales

Laceraciones faciales

Cefalohematomas

Parálisis del nervio facial

Fractura de cráneo

Otras.

■ *Periodo intergenésico de la cesárea anterior.*

RESULTADOS.

Del período comprendido del 1.º de marzo de 1994 al 31 de marzo de 1997, se encontraron 828 expedientes de pacientes con antecedente de cesárea previa, de las cuales 516 pacientes presentaron parto eutócico (62.3%) y a 312 (37.6%) se les aplicó forceps profiláctico, por presentar este antecedente como única indicación para el mismo. Sin embargo, solo se estudiaron del primer grupo a 195 pacientes y del segundo grupo a 189 pacientes, debido a que sus expedientes se encontraron incompletos.

La edad promedio del grupo control fué de 26 ± 5.4 (DS) años y del grupo de casos fué de 25 ± 5.4 años, encontrando el mayor número de pacientes entre los 20 y 30 años. (Tabla 1).

El promedio de embarazos por paciente del primer grupo fué de 2.8 ± 1.2 (DS) y del segundo grupo, 2.86 ± 0.74 (DS). (Tabla 2).

El número promedio de partos por pacientes del primer grupo fué de 0.7 ± 1 (DS) y del segundo grupo de 0.23 ± 0.57 , encontrando un promedio de cesáreas del primer grupo de 1 ± 0 (DS) y del segundo grupo de 1.02 ± 0.14 (DS), encontrando en este 4 pacientes con antecedente de 2 cesáreas previas (2%). (Tablas 3 y 4).

En cuanto a la edad gestacional, el promedio del primer grupo fué de 39.1 ± 1.35 (DS) semanas y del segundo grupo de 39.2 ± 1.56 (DS) semanas. Agrupándose la mayoría de las pacientes entre 38 y 40 semanas. (Tabla 5).

El período intergenésico promedio de la cesárea anterior en el primer grupo fué de $40.5 \pm$ meses y en el segundo grupo de 37 ± 23.1 semanas.

Las pacientes del grupo control fueron atendidas en su mayoría por médicos internos de pregrado (90 pacientes (46%)) y en segundo lugar por residentes de primer año de la especialidad (63 pacientes

(32%). En el segundo grupo, la mayoría de los fórceps fueron aplicados por residentes de tercer año de la especialidad (112 pacientes (59%)) y en segundo lugar por residentes de segundo año (25 pacientes (29%)). (Tabla 6).

Las pacientes que fueron atendidas por parto eutócico, los productos se obtuvieron en un 100% en occipito púbrica como variedad de posición, mientras que en el segundo grupo, el fórceps fué aplicado en diversas variedades de posición siendo las más frecuentes la occipito púbrica (79 pacientes (42%)) y occipito izquierda anterior (50 pacientes (26.5%)). (Tabla 7).

El fórceps más utilizado fué el tipo Kjelland en 92 pacientes (49%), seguido del tipo Simpson en 91 pacientes (48%) y por último el tipo Salinas en 6 pacientes (3%). (Tabla 8).

El número de lesiones maternas por paciente promedio fué de 0.1 ± 0.8 (DS) en el grupo control, encontrando lesiones solo en 6 pacientes (3.07%), de las cuales el 50% correspondió desgarro perineal GI y en 50% a desgarro perineal GII; en el segundo grupo el promedio fué de 0.32 ± 0.58 , encontrando lesiones en 57 pacientes (30.1%), siendo el tipo de lesión más frecuente en 26 pacientes (45.6%) el desgarro perineal GI. Encontrando diferencias estadísticamente significativas al aplicar la prueba de chi cuadrada y con una $p= 0.05$. (Tabla 9).

El promedio en cuanto al número de lesiones por recién nacido fué de 0 ± 2 (DS) en el primer grupo, mientras que en el segundo fué de 0.62 ± 0.66 (DS). Las lesiones más frecuentes del primer grupo son de tipo variable (escoriación en la oreja, hematoma facial, caput, etc.) encontradas solo en 5 pacientes (2.5%); en el segundo grupo el tipo de lesión con mayor frecuencia fué marcas faciales, en 91 pacientes (41%), sin embargo, 102 pacientes (52%) se encontraron lesionados, por lo que al aplicar la prueba estadística antes mencionada se encontraron

diferencias estadísticamente significativas con el mismo intervalo de confianza. (Tabla 10).

En ambos grupos se obtuvieron recién nacidos vivos en un 100%, de los cuales en el primer grupo 102 (52%) fueron del sexo femenino y 93 (48%) del sexo masculino; en el segundo grupo 93 (49%) pertenecieron al sexo femenino y 96 (51%) del sexo masculino. La evaluación de Apgar promedio de ambos grupos fue de 8 al primer minuto y 9 a los 5 minutos. El Capurro promedio del primer grupo fue de 40 ± 1.14 (DS) semanas y en el segundo grupo de 40.1 ± 1.32 (DS). La talla promedio fue de 49.8 ± 3.04 cm en el grupo control y en el segundo grupo de 50.2 ± 2.17 cm. El promedio de peso encontrado en primer grupo fue de 3081.4 ± 371.1 gr. Y en el segundo grupo de 3153.9 ± 411.2 gr.

Con respecto al grupo de estudio, observamos que el fórceps tipo Kjelland se utiliza con mayor frecuencia en una variedad de posición en occipito izquierda anterior (37 pacientes (19.5%)), siendo aplicada en su mayoría por residentes de tercer año (30 pacientes (53%)) y en segundo lugar el fórceps tipo Simpson en una variedad de posición en occipito pública (63 pacientes (33%)) siendo aplicados también con mayor frecuencia por residentes de tercer año (50 pacientes (26.4%)). (Tabla 11).

CONCLUSIONES.

- 1.- *El parto eutócico en una paciente sana con antecedente de cesárea previa presenta una morbilidad materno fetal mucho menor que en aquellas pacientes a las que se les aplicó fórceps profiláctico por el mismo antecedente.*
- 2.- *Las lesiones maternas se encuentran con mayor frecuencia con la utilización de fórceps Kjelland.*
- 3.- *Las lesiones del recién nacido son encontradas con mayor frecuencia con la aplicación del fórceps Simpson.*
- 4.- *Las lesiones maternas observadas con mayor frecuencia al utilizar fórceps profiláctico son desgarros perineales GI y desgarros cervicales.*
- 5.- *Las lesiones del recién nacido más frecuente observadas con la aplicación de fórceps profiláctico son marcas faciales y laceraciones faciales.*
- 6.- *No se presentó dehiscencia de histerorrafia en ninguna paciente que presentó parto eutócico.*

COMENTARIOS.

De acuerdo a la literatura, una de las indicaciones para la aplicación de fórceps, es la presencia de cicatriz uterina, como lo es la cesárea segmentaria (tipo Kerr) para acortar el período expulsivo y evitar la dehiscencia de histerorrafia, sin embargo en el presente estudio presentamos dos grupos de pacientes similares entre sí en cuanto edad, número de gestaciones, número de partos y cesáreas previas y edad gestacional, con un período intergenésico muy variable en cuanto a la cesárea que va desde un año hasta 10 años; de las cuales a un grupo se le permitió el parto eutócico y a otro se le aplicó fórceps profiláctico. Observándose que en el primer grupo, no se presentó ninguna dehiscencia de histerorrafia, así como un mínimo de lesiones maternas y fetales que pueden ser atribuibles a una mala atención de parto, ya que en su mayoría son atendidos por médicos internos de pregrado; mientras que en el segundo grupo existe un mayor número de lesiones maternas y fetales, incluyéndose 6 casos de dehiscencia de histerorrafia, siendo atribuibles a este instrumento; observándose además una relación entre el uso de fórceps tipo Kjelland y mayor número de lesiones maternas, predominando los desgarros perineales GI y desgarros cervicales, así como una relación entre la utilización del fórceps tipo Simpson y mayor número de lesiones del recién nacido, en donde predomina las marcas y laceraciones faciales.

Demostrando que es permisible el parto eutócico a una paciente sana, con un embarazo a término y con el antecedente de cesárea previa, siempre y cuando no exista contraindicación para el mismo, como son las distocias durante el trabajo de parto.

Con respecto a las lesiones materno fetales ocasionados por la aplicación de los diferentes tipos de fórceps pueden ser motivo de otro estudio prospectivo, analizando diferentes variables como lo son la

técnica de aplicación, la forma del fórceps, la experiencia de quien lo aplica, etc, y poder explicar así el mecanismo de lesión de las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Arriola VR. *Parto vaginal y aplicación de forceps en pacientes con cesárea previa, análisis de 50 casos, Tesis recepcional del Hospital general del Sistema de Salud de Cd Nezahualcoyotl 1988.*
- 2.- Mc Mahan MJ, Luther ER, Bower WA. *Comparison of trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 1996; 335(10) 689-695.*
- 3.- Carrillo GA, Sánchez RP. *Aplicación de forceps. Normas y Procedimientos en Obstetricia del Hospital General de México 1994; 299-315.*
- 4.- Nuñez ME, et al. *Forceps. Ginecología y Obstetricia A.M.G.O. no. 3, IMSS 1991; 591-610.*
- 5.- Yeomans ER, Gilstrap LC. *The role of forceps in modern obstetrics. Clin Obstet Gynecol 1994; 37(4) :785-793.*
- 6.- Sultan AH, Kamm MA, Hudson LN, et al. *Anal sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 1993; 329: 1905-1911.*
- 7.- Bashore RA, Phillips WH, Brinkman CR. *A comparison of the morbidity of midforceps and cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 1990; 162 (6) : 1428 - 1434.*
- 8.- Miklos JR, Sze E, Parabeck D. *vesicouterine fistula: A case complication of vaginal birth after cesarean. Obstete Gynecol 1995; 186 (4) ; 638-639.*

9.- Helwing JT, Thorp JM, Boues WA. Does midline episiotomy increase the risk of third and fourth degree lacerations in operative vaginal deliveries?. *Obstet Gynecol* 1993 ;82(2) :276-279.

10.- Grubb DK, Kjos SL, Richard PH. Latent labor with an unknow uterine scar. *Obstet Gynecol* 1996 ; 88 (3) : 351-355.

11.- Kaplan B, Rayburt M, Peled M, et al. Routine revision of uterine scar after prior cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 473-475

12.- Dennen PC. Partos con forceps. *Edit. Manual Moderno* 1990.

13.- Iffy L, Kaminetzky HA. Forceps. *Obstetricia y Perinatologia. Edit Panamericana* 1985; 1495-1507.

14.- Buschmann WR, Sager G. Orthopaedic considerations in obstetric brachial plexus paisy . *Orthop Rev* 1987; 16(5) : 290-292.

15.- Thacker KE, Lim T, Drew JH. Cephalhaematoma : a 10 year review. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1987 ;27(3) :210-212.

16.- Amiel TC, Sureau C, Shnider SM. Cerebral handicap in full term neonates related to the mechanical foces of labour

17.- Falco Na, Eriksson E. Facial nerve paisy in the newborn and outcome. *Plast Reconstr Surg* 1990 ; 85 (1) :1-4.

18.- Nadas S, Gudinchier F, Capasso P, Reinberg O. Predisposing factors in obstetrical fractures. *Skeletal Radiol* 1993; 22(3): 195-198.

19.- Menticoglou SM, Perlman M, Manning FA. High cervical spinal cord injury in neonates delivered with forceps report of 15 cases.

20.- Dale EK, Kajal L. Socioeconomic factors and the Odds of vaginal birth after cesarean delivery, *JAMA* 1994; 272 (7): 524-529.

ANEXOS

EDAD MATERNA

EDAD	CONTROLES	%	CASOS	%
17-20	33	17	39	21
21-24	55	28	61	32
25-28	40	20.5	46	24
29-32	43	22	20	11.5
33-36	17	9	13	7
37-40	6	3	10	5
41-44	1	0.5	0	0
TOTAL	195	100	189	100

TABLA 1

GESTACIONES POR PACIENTE

NUM GESTAS	CONTROL	%	CASOS	%
2	102	52	145	77
3	54	28	26	14
4	21	11	12	6
5	10	5	6	3
6	5	2.5	0	0
7	2	1	0	0
8	1	0.5	0	0
TOTAL	195	100	189	100

TABLA 2

NUMERO DE PARTOS POR PACIENTE

NUM. PARTOS	CONTROL	%	CASOS	%
0	110	56	157	83
1	52	27	22	12
2	21	11	8	4
3	7	4	2	1
4	3	2	0	0
5	2	1	0	0
TOTAL	195	100	189	100

TABLA 3

NUMERO DE CESAREAS POR PACIENTE

NUM. CESAREAS	CONTROL	%	CASOS	%
1	195	100	185	98
2	0	0	4	2
TOTAL	195	100	189	100

TABLA 4

EDAD GESTACIONAL

SEMANAS	CONTROL	%	CASOS	%
36	13	6	14	7
37	14	7	20	10
38	36	18	30	16
39	55	28	47	25
40	62	31	48	25
41	9	7	19	10
42	6	3	11	6
TOTAL	195	100	189	100

TABLA 5

OBSTETRA (CATEGORIA)

CATEGORIA	CONTROL	%	CASOS	%
MB	7	3.5	18	10
R4	1	0.5	1	0.5
R3	13	7	112	59
R2	21	11	55	29
R1	63	32	3	1.5
MIP	90	46	0	0
TOTAL	195	100	189	100

TABLA 6

VARIEDAD DE POSICION

VARIEDAD DE POSICION	CASOS	%
<i>OP</i>	<i>79</i>	<i>42</i>
<i>OIA</i>	<i>50</i>	<i>26.5</i>
<i>OIT</i>	<i>16</i>	<i>8</i>
<i>ODT</i>	<i>14</i>	<i>7</i>
<i>ODP</i>	<i>11</i>	<i>6</i>
<i>ODA</i>	<i>10</i>	<i>5</i>
<i>OS</i>	<i>8</i>	<i>4</i>
<i>OIP</i>	<i>1</i>	<i>0.5</i>
TOTAL	189	100

TABLA 7

TIPO DE FORCEPS

FORCEPS	FRECUENCIA	%
<i>KJELLAND</i>	<i>92</i>	<i>49</i>
<i>SIMPSON</i>	<i>91</i>	<i>48</i>
<i>SALINAS</i>	<i>6</i>	<i>3</i>
TOTAL	189	100

TABLA 8

LESIONES MATERNAS

<i>LESION</i>	<i>CONTROL</i>	<i>%</i>	<i>CASOS</i>	<i>%</i>
<i>NINGUNA</i>	<i>189</i>	<i>97</i>	<i>139</i>	<i>71</i>
<i>RUPTURA UTERINA</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>DEHISCENCIA DE CICATRIZ UTERINA</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>6</i>	<i>3</i>
<i>DESGARRO CERVICAL</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>12</i>	<i>6</i>
<i>DESGARRO PERINEAL GI</i>	<i>3</i>	<i>1.5</i>	<i>26</i>	<i>13</i>
<i>DESGARRO PERINEAL GII</i>	<i>3</i>	<i>1.5</i>	<i>6</i>	<i>3</i>
<i>DESGARRO PERINEAL GIII</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>DESGARRO PERINEAL GIV</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>1</i>
<i>L. DE ESFINTER ANAL</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>2</i>
<i>L. DE RECTO</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>L. DE URETRA</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0.5</i>
<i>L. DE VEJIGA</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0.5</i>
<i>TOTAL</i>	<i>195</i>	<i>100</i>	<i>196</i>	<i>100</i>

TABLA 9

LESIONES DEL RECIEN NACIDO

LESION	CONTROL	%	CASOS	%
NINGUNA	190	97.5	87	43
MARCAS FACIALES	0	0	91	44
LACERACION FACIAL	0	0	14	7
CEFALOHEM ATOMA	0	0	4	2
PARALISIS DE N. FACIAL	0	0	2	1
OTRA	5	2.5	4	3
TOTAL	195	100	205	100

TABLA 10

TIPO DE FORCEPS Y VARIEDAD DE POSICION

FORCEPS	OP	OIA	OIT	OIP	OS	ODA	ODT	ODP	LMAT	LRN
KJELLAND	14	37	11	1	2	8	12	7	30	38
SIMPSON	63	11	3	0	6	2	2	4	26	60
SALINAS	2	2	2	0	0	0	0	0	1	4
TOTAL	79	50	16	1	8	10	14	11	57	102

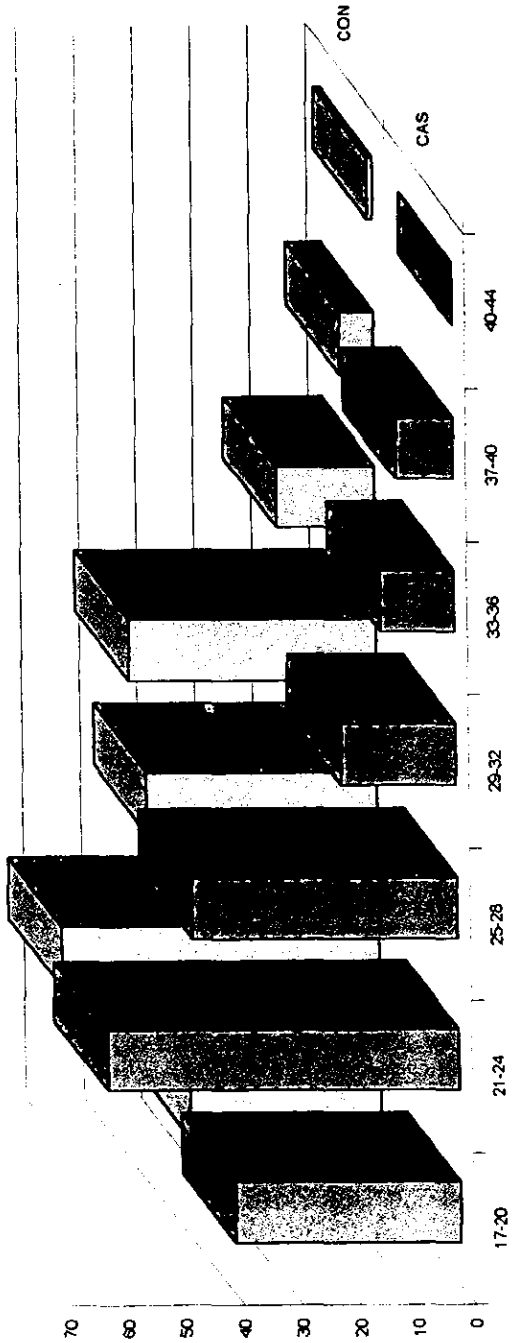
TABLA 11

FORCEPS Y CATEGORIA DEL OBSTETRA QUE LO APLICÓ

FORCEPS	MB	R4	R3	R2	R1	LMAT	LRN
KJELLAND	5	1	58	26	2	30	38
SIMPSON	12	0	50	28	1	26	60
SALINAS	1	0	4	1	0	1	4
TOTAL	18	1	112	49	3	57	102

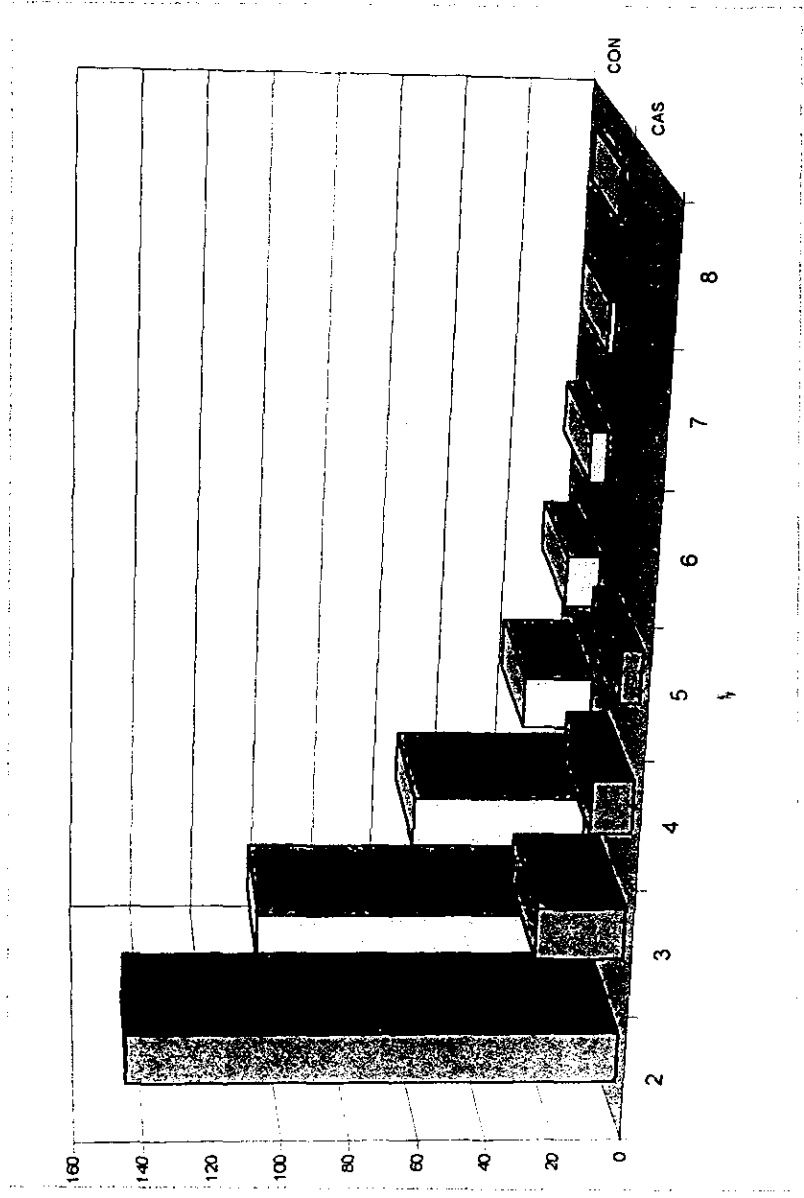
TABLA 12

GRAFICA 1



EDAD

GRAFICA 2



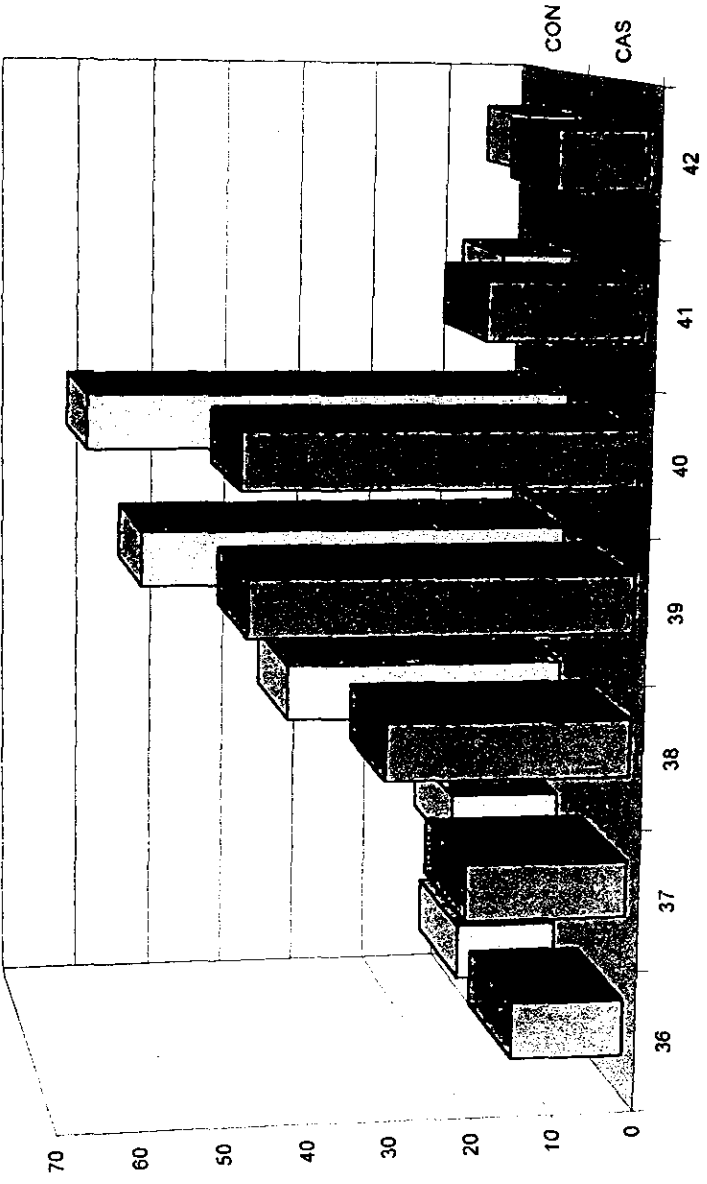
GESTACIONES

GRAFICA 3



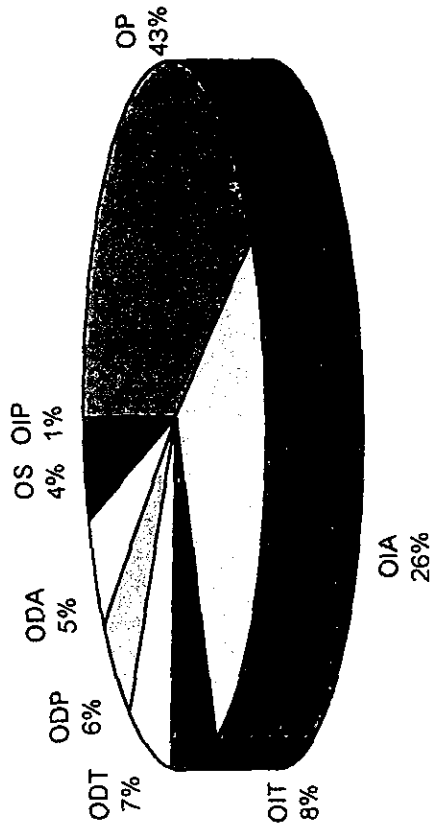
NUMERO DE PARTOS

GRAFICA 4



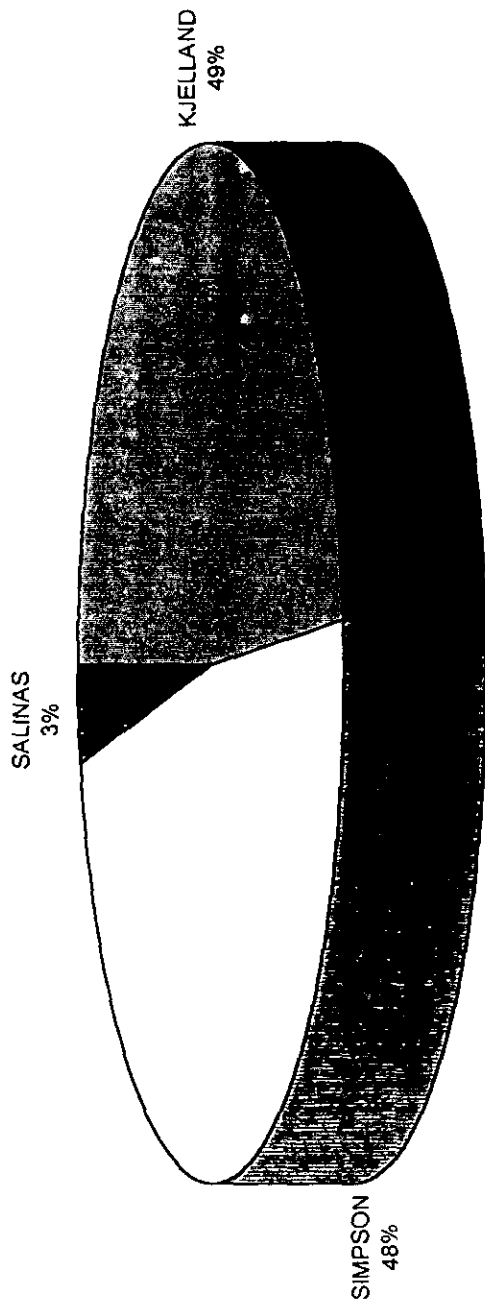
EDAD GESTACIONAL

GRAFICO 5



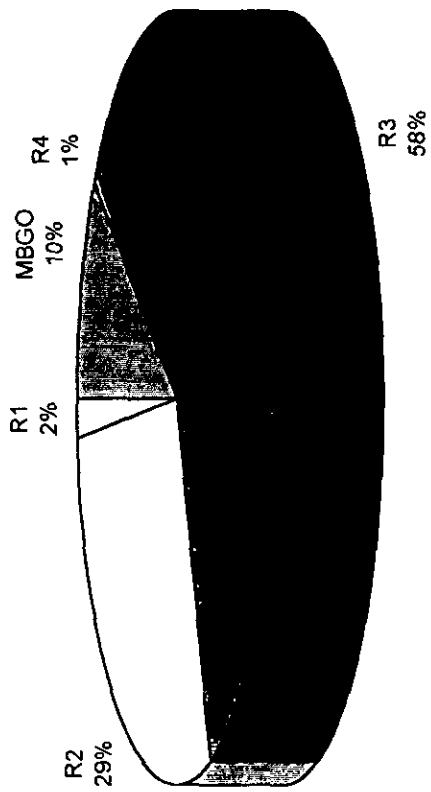
VARIEDAD DE POSICION

GRAFICA 6



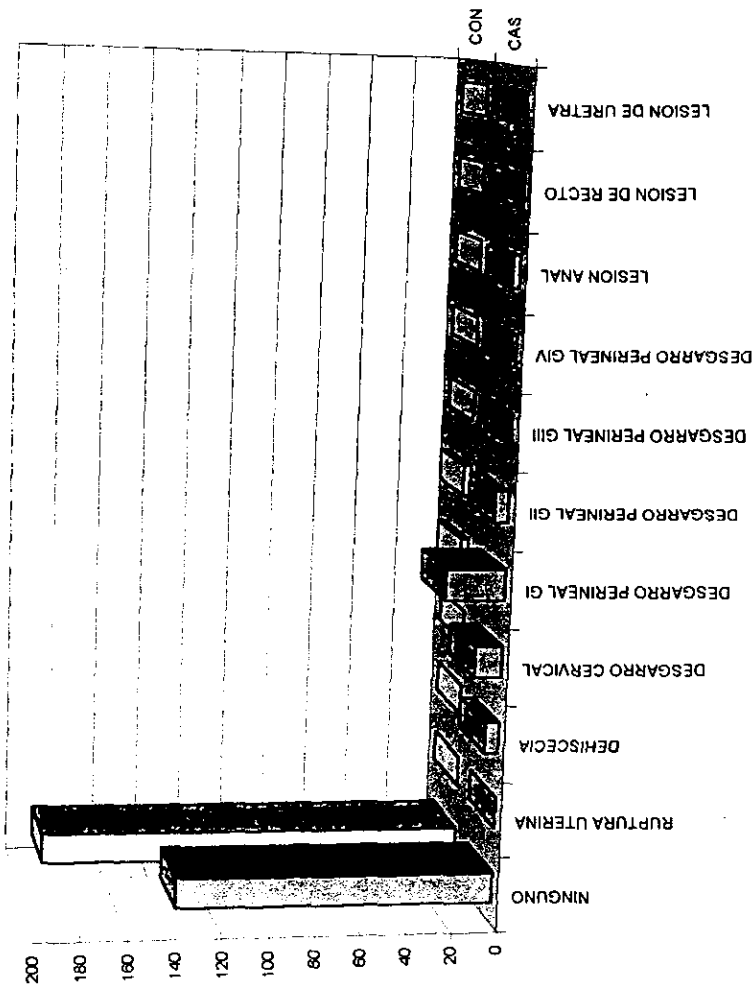
TIPO DE FORCEPS

GRAFICA 7



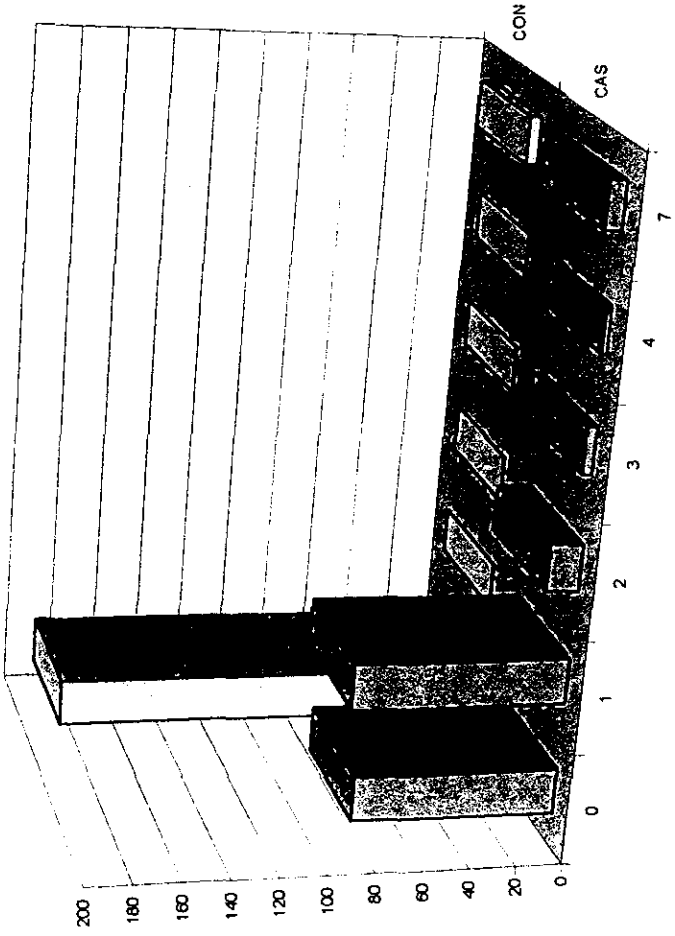
CATEGORIA DEL OBSTETRA

GRAFICA 8



LESIONES MATERNAS

GRAFICA 9



LESIONES DEL RECIEN NACIDO

EXPEDIENTE: _____

HOJA # _____

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

MORBILIDAD MATERNO FETAL EN LA APLICACIÓN DE FORCEPS
PROFILACTICOS EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA.

EDAD MATERNA: _____

GESTAS: _____ PARAS: _____ ABORTOS: _____ CESAREAS: _____

EDAD GESTACIONAL: _____ SEMANAS

VARIEDAD DE POSICION: 1.- OP 2.- OIIA 3.- OIIT 4.- OIIP
5.- OS 6.- OIDA 7.- OIDT 8.- OIDP

FORCEPS EMPLEADO:

- 1.- Kjelland ()
- 2.- Simpson ()
- 3.- Salinas ()
- 4.- Otro, especificar ()

CATEGORIA DE QUIEN LO APLICO:

- 1.- MBGO ()
- 2.- R4GO ()
- 3.- R3GO ()
- 4.- R2GO ()
- 5.- R1GO ()
- 6.- MIP ()

LESIONES MATERNAS:

- 0.- NINGUNA ()
- 1.- RUPTURA UTERINA ()
- 2.- DEHISCENCIA DE CICATRIZ UTERINA ()
- 3.- DESGARRO CERVICAL ()
- 4.- DESGARRO PERINEAL GI ()
- 5.- " GII ()
- 6.- " GIII ()
- 7.- " GIV ()
- 8.- LESION DE ESFINTER ANAL ()
- 9.- LESION DE MUCOSA RECTAL ()
- 10.- LESION DE URETRA ()
- 11.- LESION DE VEJIGA ()

NUM. DE LESIONES MATERNAS: _____

DATOS DEL RECIEN NACIDO

SEXO: 1.- MASCULINO () 2.- FEMENINO ()

APGAR: 1er min. _____ 5 min. _____

CAPURRO _____ SEMANAS PESO: _____ GRS.

TALLA: _____

LESIONES DEL RECIEN NACIDO:

- 0.- NINGUNA ()
- 1.- MARCAS FACIALES ()
- 2.- LACERACION FACIAL ()
- 3.- CEFALOHEMATOMA ()
- 4.- PARALISIS DEL NERVIO FACIAL ()
- 5.- FRACTURA DE CRANEO ()
- 6.- HEMORRAGIA CEREBRAL ()
- 7.- OTRA, ESPECIFICAR ()

NUM. DE LESIONES: _____

TIEMPO DE REALIZACION DE CESAREA ANTERIOR _____

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