



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

25 20

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

Handwritten signature



CENTRO MEDICO LA RAZA

Haga de Ginecología y Obstetricia
Catedra de Fisiología e Investigación

ESTADO ACTUAL DE MORBIMORTALIDAD
ENTRE FORCEPS Y OPERACION
CESAREA EN HGO 3 CMR.

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRIA
P R E S E N T A :
DRA. MARIA ARACELI CARRILLO VILLANUEVA



México, D. F.

1980.

TESIS CON
FALLA DE ORESER



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.

C O N T E N I D O

	Págs.
INTRODUCCION	1
HISTORIA Y CONCEPTOS GENERALES	3
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	11
DISCUSION	25
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA	33

I N T R O D U C C I O N

El fórceps, el único instrumento quirúrgico reservado de forma específica para utilización obstétrica, ha sido definido como "ese noble instrumento, hecho más por aliviar el sufrimiento humano y para salvar vidas humanas que cualquier otro en el amplio mundo de las aplicaciones quirúrgicas". (1)

La palabra FORCEPS de origen Sajón significa pinza. Y es el instrumento específicamente destinado para la extracción de la cabeza fetal -- desde el interior de la vías genitales de la madre.

La aplicación del fórceps constituye la intervención quirúrgica -- por excelencia y es preocupación de los Obstetras perfeccionar la técnica -- de tal maniobra hasta en sus más finos detalles, con el fin de hacerla menos lesiva para el binomio madre - hijo.

Desde su creación el fórceps ha sufrido modificaciones múltiples con el fin de hacerlo más manual y menos traumático, aunque en ello mucho -- interviene la experiencia de Obstetra.

En la actualidad no existe un fórceps universal que nos permita -- resolver todos los problemas obstétricos.

Por otra parte no hay un sólo tipo de fórceps que esté exento de complicaciones.



BAJO-RELIEVE DEL SIGLO SEGUNDO O TERCERO ANTES DE CRISTO, DONDE MUESTRA LA ESCENA DE UN PARTO. EL PARTERO (EN EL CENTRO) SOSTIENE UN PAR DE -- FORCEPS EN SU MANO DERECHA.

HISTORIA Y CONCEPTOS GENERALES

Los orígenes del fórceps se pierden en la antigüedad. Un instrumento prensil equipado con dientes probablemente se usó por médicos árabes, en los siglos XI y XII, para extraer la cabeza de los fetos muertos, ya que un dispositivo de este tipo se encuentra ilustrado en uno de los primeros -manuscritos de Albucais. Incluso existen evidencias más precoces, del segundo y tercer siglo, sobre la utilización del fórceps en el parto de los niños vivos en un bajo relieve en mármol descubierto a principios del siglo XX, en las proximidades de Roma.

Sin embargo, el fórceps no fué introducido dentro de la práctica clínica hasta la llegada de la familia Chamberlen hacia el final del siglo XVI.

Peter Chamberlen "EL VIEJO" fué el primero quién inventó, y probablemente construyó con sus propias manos, el instrumento, a partir del cual se ha evolucionado el fórceps moderno. Si bien éste consistía exclusivamente en dos trozos de hierro curvado, a los que dió la forma de cucharillas y que los articuló a través de una unión en pivote, este invento permaneció celosamente guardado en secreto durante tres generaciones y casi --cerca de 100 años. El instrumento verdadero de la familia Chamberlen no fué develado hasta el año 1813. El dibujo del fórceps fué hecho público por primera vez en el año de 1733, en un libro de Edmund Chamman. (1)

William Smellie, en el siglo XVII, fué el primero que dominó la técnica de su aplicación y que enseñó su empleo correcto basado en principios anatómicos y fisiológicos, y además fué también el primero que hizo referencia en sus escritos a los peligros del fórceps usado prematuramente o

con demasiada frecuencia. (4)

Jean Palfyn diseñó un fórceps que consistía en dos láminas o "cucharas" "planas" prolongadas con dos mangos paralelos que se ataban con lazos para tomar la cabeza fetal y hacer tracción.

Lavret en 1947 añade a este fórceps la curvatura pélvica. Smillic en 1752 perfeccionó el fórceps, aumentando la distancia entre la extremidad del mango y la base de la cuchara.

Simpson describe un modelo cruzado, no muy largo, cuyos mangos -- presentaban varias escotaduras con la finalidad de empuñarlo y traccionarlo mejor. Este mismo es modificado por De Lee, el cuál alarga el pedículo para alejar los dedos del ano y suprimió las escotaduras de los mismos.

Tarnier en 1877 en París añadió el tractor metálico, pues anteriormente la tracción se hacía con correas de cuero. Piper en 1904 ideó un fórceps para la extracción de la cabeza última en partos pélvicos.

Christian Kielland contribuyó con su ahora famoso fórceps, para hacer la aplicación más regular en cabeza libre, probablemente con articulación deslizante.

Laufe resume que el fórceps es un instrumento en forma de pinza, constituido por palancas simples y diseñado para proporcionar solamente dos funciones: tracción principalmente y rotación en forma secundaria. (5)

Desde 1733, este instrumento ha sido modificado y rediseñado con nuevas formas y tamaños, probablemente más veces que ningún otro de los -- instrumentos quirúrgicos. Se han inventado cientos de modelos. (1) Todas estas modificaciones se han hecho para mejorar el pronóstico en la madre y en el feto. En México desde hace más de 11 años se creó el fórceps tipo Salinas, utilizado predominantemente en la Cd. de Monterrey, reportando resultados satisfactorios sobre la Morbilidad fetal. (15)

Benjamín Bell en su "System of Surgery" en 1789 afirmó que por no

cumplir con los requerimientos de su uso... el fórceps... se emplea casi -- con libertinaje, en demérito del arte obstétrico, y con lesión irreparable para la madre e hijo. En la actualidad sigue siendo de controversia la -- importancia del fórceps en la obstetricia. (6)

El fórceps es un instrumento de metal contituido por dos ramas -- que se articólan, quedando la mitad anterior para prensar la cabeza y la mi tad posterior para hacer la tracción. Las ramas del fórceps son una derecha y una izquierda, cada rama está formada por una parte anterior o cuchara y una posterior o mango, unidas por la zona articular. Las cucharas es tán destinadas a tomar la cabeza fetal, adaptándose lo más correctamente po sible a las características anatómicas del ovoide cefálico, éstas son cónca vas, en relación con la cabeza fetal y convexas, en relación con las pare-- des de la pelvis. Pueden ser "llenas o sólidas" o aventadas "fenestradas".

La porción más distal de la cuchara se continúa con la porción in termedia o articular que puede ser deslizable o con un pivote con rosca.

Ambos sistemas articulares permiten la unión firme de las ramas, impidiendo el deslizamiento de éstas en sentido de su eje longitudinal.

Los mangos tienen la finalidad de manejar las cucharas en su co locación y para tirar de ellas para extraer al producto. (5)

En la actualidad se tiene una gran variedad de fórceps que se pue den resumir en tres grupos:

1. Fórceps Clásicos (tipo Simpson, De Lee, Elliot).
2. Fórceps Especiales (Kielland, Piper, Barton, Tucker-Mac Lean)
3. Fórceps de tracción axial.

Los del primer grupo son los más numerosos, son modelos diseñados para hacer tracción fundamentalmente y su indicación es en presentaciones - directas o anteriores.

Los fórceps con tracción axial actualmente están en desuso. De los fórceps Especiales, el más usado es el Kielland, que se encuentra indicado en presentaciones con variedades transversas o posteriores, y dado a que carece de curvatura pélvica, la rotación no implica grandes peligros y los casos de asinclitismo se corrigen por su articulación móvil que permite el deslizamiento de las ramas entre sí.

El fórceps de Barton tiene un uso muy especial, está indicado en las presentaciones de vértice en transversas con variedad de posición derecha o izquierda, con asinclitismo anterior o en pelvis platipeloides.

El fórceps de Piper sólo sirve para aplicarlo en la cabeza "última" de los partos pélvicos.

El fórceps de Tucker-McClean que se indica en productos prematuros, ya que el diseño de sus cucharas, sin fenestración hacen una toma menos rígida de la cabecita fetal. (2)

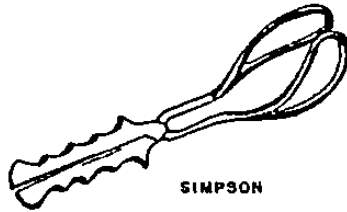
Son muchos los tipos de fórceps que en la actualidad existen, señalaremos los más utilizados, (fig. 1).

- Simpson: Cucharas fenestradas y de grosor decreciente, tallos paralelos. - Articulación y cierre ingleses.
- Elliot: Cucharas fenestradas, con mayor curvatura cefálica: ramas desmontables, articulación y cierre ingleses.
- Lulkart: Cucharas no fenestradas y más cortas; articulación por deslizamiento y superposición.
- Laufé: Fórceps divergentes (sólo para emplear en perineo); articulación de pivote; tallos paralelos, y cucharas pequeñas.
- Kielland: No posee curvatura pélvica; es fenestrado, largo, con tallos superpuestos y articulación deslizante.
- Piper: Ramas muy largas, con curvatura perineal. Articulación con deslizamiento y hojas fenestradas; cucharillas superpuestas.

TIPO DE FORCEPS



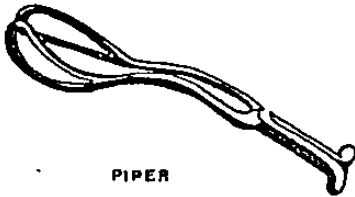
FORCEPS
CHAMBERLEN



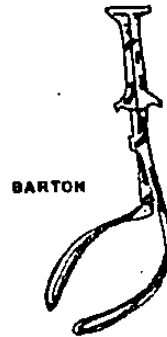
SIMPSON



ELLIOTT



PIPER



BARTON

Todas las aplicaciones del fórceps se acompañan de un número importante de lesiones obstétricas. El daño que con mayor frecuencia acontece con tal instrumento es transitorio e incluye equimosis, desgarrros faciales, cefalohematomas, parálisis de nervios facial y fractura de cráneo. (6,7)

Hay un consenso prácticamente unánime de que la extracción con fórceps bajo no altera en grado importante las secuelas o la morbilidad fetal o neonatal. (8,9,6) (15)

En la gran serie de Dennen el fórceps bajo no se acompañó de una mayor mortalidad de neonatos.

En una revisión de Cooke de 427 aplicaciones de fórceps medio el 90% de los traumatismo fetales ocurrieron en extracciones con fórceps medio, clasificadas como difíciles. Recomendó no usar el fórceps medio en casos difíciles, y en vez de ello, hacer cesárea.

En 1978 Hughey, McElin y Lussky en una revisión analítica de 458 intervenciones consecutivas con fórceps medio para rotación, estableciendo un índice de morbilidad perinatal y materna. Señalaron una cifra de 30.8% de pronóstico desfavorable en neonatos del grupo al cuál se aplicó fórceps medio, en comparación de ningún caso de pronóstico inadecuado en pequeños que nacieron con cesárea.

En la actualidad el uso del fórceps medio se abandona a favor de la operación cesárea por el menor riesgo materno-fetal.

El objetivo de la obstetricia moderna es minimizar la morbilidad feto-materna, abandonando manipulaciones traumáticas, como es la atención del parto pélvico en primigestas, aplicación de fórceps medio (actualmente proscrito).

De tal manera que la Operación cesárea ha superado al parto con fórceps por la nula morbilidad que se encuentra en el binomio materno fetal.

En la actualidad la frecuencia de aplicaciones de fórceps varía - de acuerdo al lugar y al medio hospitalario. .

En E.U.A. y en Canadá la frecuencia oscila entre el 1 y 8% para - fórceps de aplicación media. En comparación con la cesárea que muestra -- una incidencia del 9.3%. (6,8,9,10,11) (18,19,20)

El fórceps bajo no altera en grado significativo la morbilidad fe tal o neonatal ni agrava la morbilidad materna.

El fórceps medio puede intervenir en forma importante como factor que incrementa la morbilidad de madre, feto y neonato, particularmente en - presencia de asfixia fetal y desproporción cefalopélvica.

El empleo cada vez mayor de la anestesia regional y el parto ins- trumental, es un hecho documentado.

Tal incremento depende de varios factores. Hay disminución del esfuerzo voluntario o "intentos de pujar", y moderada disminución en la fre cuencia de las contracciones, al parecer no modificándose la intensidad de las mismas. Ambos factores contribuyen a la prolongación del parto, que - puede obligar a algún método de manipulación obstétrica para acelerarlo y - facilitarlo. (4,6,9,12,13,14,15,16,17).

MATERIAL Y METODOS

En el Hospital de Gineco-Obstetría No. 3 del Centro Médico "La Raza", en la Ciudad de México, D.F. se realizó un análisis comparativo de la morbimortalidad materno fetal entre el fórceps y la Operación Cesárea, durante doce meses de labores (1 julio 1987 al 30 de junio 1988), el estudio concluyó 310 pacientes.

De las cuales en el grupo I incluimos 155 pacientes a las cuáles se les aplicó fórceps, evaluando los siguientes aspectos:

1. Edad materna, 2. Paridad, 3. Edad gestacional, 4. Tipo de fórceps, ---
5. Variedad de posición, 6. Altura de aplicación del fórceps, 7. Analgésia utilizada, 8. Peso del producto, 9. Apgar, 10 Morbimortalidad materno-fetal inmediata, 11. Indicación.

En el grupo II incluimos 155 pacientes escogidas al hazar a las - cuales se les realizó operación cesárea por causa obstétrica específica, -- evaluado los siguientes aspectos:

1. Edad materna, 2. Paridad, 3. Edad gestacional, 4. Analgésia utilizada,
5. Peso del producto, 6. Apgar, 7. Morbimortalidad materno fetal inmediata,
11. Indicación.

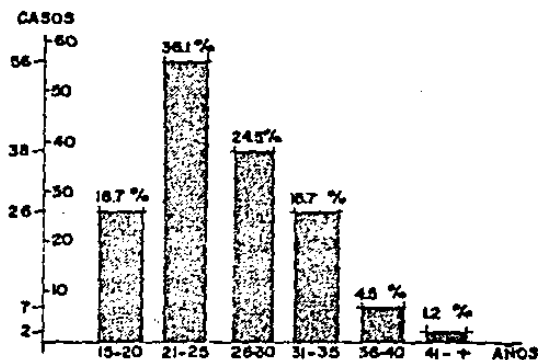
R E S U L T A D O S

Durante el tiempo en que se llevó la revisión se atendieron en el Hospital 9,815 partos, de los cuáles 260 correspondieron a la aplicación de fórceps (2.6%), y 4,977 correspondieron a la Operación Cesárea (50.7%).

Fórceps

Edad. El mayor número de pacientes a las que se les aplicó fórceps tenían edades entre 21 a 25 años, siendo un total de 56 casos, correspondiendo el 36.1%. Las edades extremas encontradas fueron: la menor de 15 años, y la mayor de más de 41 años. Tabla 1.

FORCEPS : EDAD

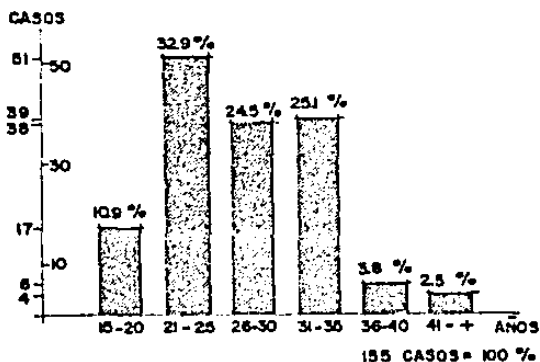


155 CASOS = 100 %

Operación Cesárea

Edad. El mayor número de pacientes a las que se les realizó Cesárea, tenían edades entre 21 a 25 años, siendo un total de 51 casos, correspondiendo al 32.9%. Las edades extremas encontradas fueron la menor de 15 años, y la mayor de más de 41 años. Tabla No. 2.

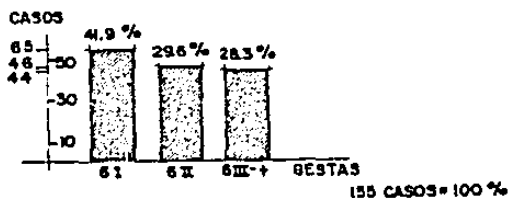
OPERACION CESAREA: EDAD



Fórceps

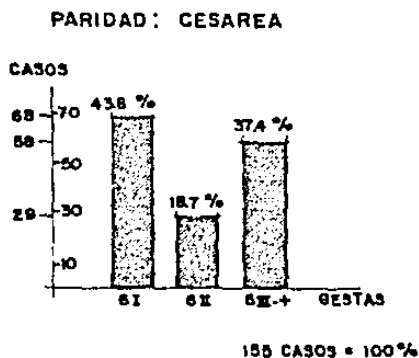
Paridad. El mayor número de aplicaciones correspondieron a primigestas en 65 casos (41.9%), y el menor número de aplicaciones correspondieron a multiparas 44 casos (28.3%). Tabla No. 3

FORCEPS : PARIDAD



Operación Cesárea

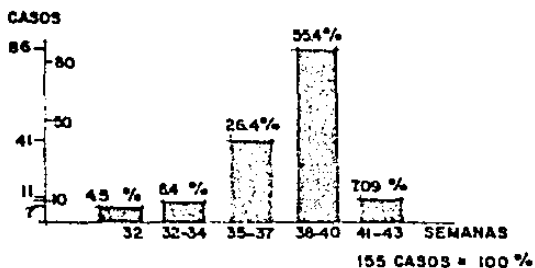
Paridad. El mayor número de pacientes a las que se les realizó Cesárea, fueron primigestas en 68 casos (43.8%), y el menor número se llevo a cabo en secundigestas 29 casos (18.7%). Tabla No. 4.



Fórceps

Edad Gestacional. La mayor frecuencia de aplicación de fórceps (86 casos), ocurrió en productos de término (38 a 40 semanas) correspondiendo al 55.4%. Tabla 5

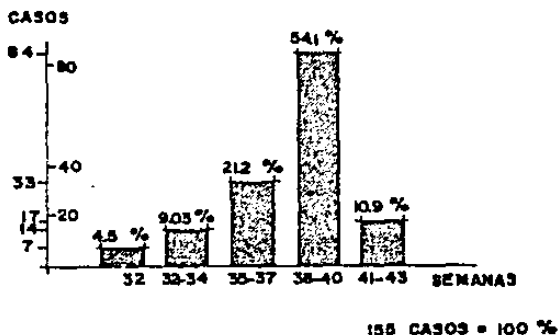
FORCEPS: EDAD GESTIONAL



Operación Cesárea

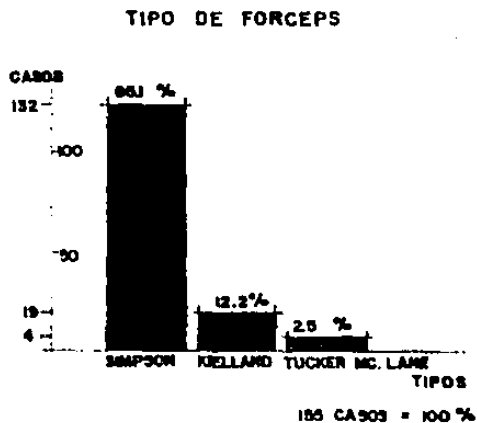
Edad Gestacional. La mayor frecuencia de Operación Cesárea se llevó a cabo en productos de término (38 a 40 semanas), correspondiendo a 84 casos (54.1%). Tabla No. 6.

CESAREA: EDAD GESTIONAL



Tipo de Fórceps

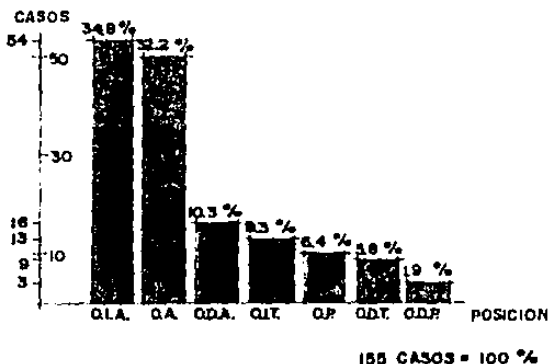
De los 155 fórceps aplicados, 132 correspondieron a los tipos -- Simpson (85.1%). Tabla No. 7.



Variedad de Posición

La variedad de posición más frecuente fué la de occipito izquierda anterior con 54 casos (34.8%) y la menos frecuente fué la occipito derecha posterior con 3 casos (1.9%). Tabla No. 8.

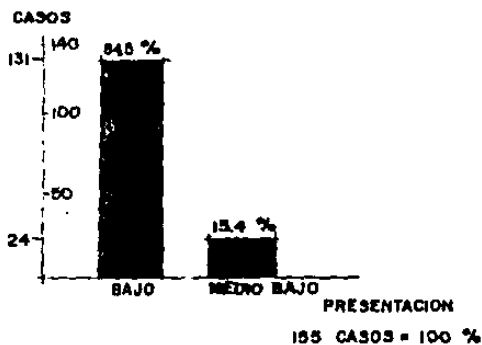
VARIEDAD DE POSICION



Altura de la Presentación

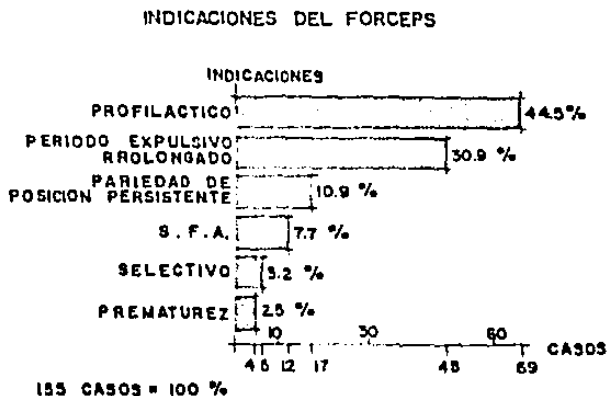
De las 155 aplicaciones de fórceps 131 casos (84.5%) correspondieron a aplicaciones bajas, y en 24 casos (15.4%) correspondieron a medio bajos. Tabla No. 9

APLICACION DE FORCEPS



Indicaciones del Fórceps

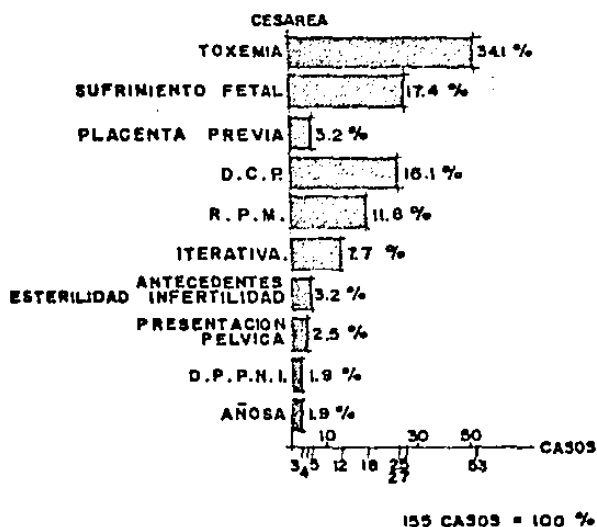
De las 155 aplicaciones del fórceps, 69 casos correspondieron a -- fórceps profilácticos (44.5%), 48 casos a período expulsivo prolongado --- (30.9%). Tabla No. 10.



Operación Cesárea

Indicaciones. De las 155 Cesáreas, la indicación más frecuente -- fué Toxemia con 53 casos (34.1%), y en segundo lugar el sufrimiento fetal -- con 27 casos (17.4%). Tabla No. 11

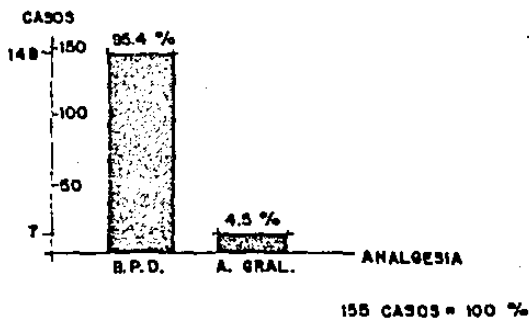
OPERACION : CESAREA



Fórceps

Analgésia. De 155 aplicaciones de fórceps en 148 casos (95.4%) - se utilizó B.P.D., usando lidocaína al 1%. Tabla No. 12

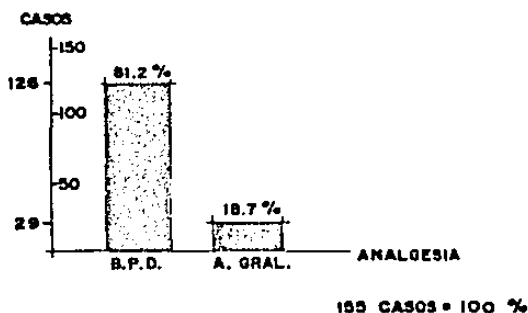
FORCEPS : ANALGESIA



Operación Cesárea

Analgésia. De 155 Operaciones Cesáreas, en 126 casos (81.2%) se aplicó B.P.D., y Anestesia General en 29 casos (18.7%). Tabla No. 13.

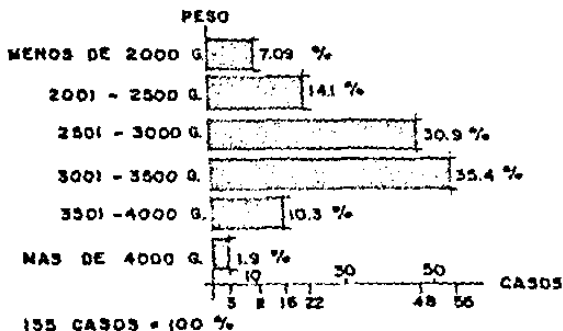
CESAREA : ANALGESIA



Forcéps

Peso de los productos. El mayor número de aplicaciones de fórceps fueron hecha en productos que pasaron entre 3001 a 3500 gr., en 55 casos --- (35.4%), y el menor número de productos que pesaron más de 4000 gr. en 3 ca sos (1.9%). Tabla No. 14

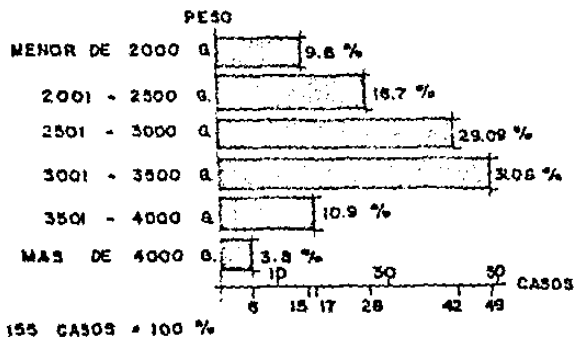
FORCEPS : PESO



Operación Cesárea

Peso de productos. El mayor número de Cesáreas, se realizaron en productos que pesaron entre 3001 a 3500 grs., en 49 casos (31.6%), Tabla No. 15.

CESAREA : PESO DE LOS PRODUCTOS



Fórceps

Apgar. Se observó que el 48.9% (73 casos) tuvieron apgar de 8 al minuto de nacer. Y en el 66.4% (99 casos) tuvieron apgar de 9 a los 5 minutos. Tabla No. 16

FORCEPS : APGAR

APGAR	AL MINUTO	%	AL MINUTO 5	%
1-2	4	2.6 %	1	0.6 %
3	1	0.6 %	1	0.6 %
4	1	0.6 %	1	0.6 %
5	3	2.01 %	----	----
6	19	12.7 %	2	1.3 %
7	45	30.8 %	3	2.01 %
8	73	48.9 %	42	28.1 %
9	2	1.3 %	99	66.4 %
10	----	----	----	----
TOTAL	149		149	

Operación Cesárea

Apgar. Se observó que el 62.9% (95 casos) tuvieron apgar de 8 al minuto de nacer. Y en el 73.5% (111 casos) tuvieron apgar de 9 a los 5 minutos. Tabla No. 17.

CESAREA : APGAR

APGAR	AL MINUTO 1	%	AL MINUTO 5	%
1-2	1	0.6 %	----	----
3	2	1.3 %	----	----
4	3	1.9 %	----	----
5	4	2.6 %	1	0.6 %
6	14	9.2 %	2	1.3 %
7	23	15.2 %	9	5.8 %
8	95	62.9 %	28	17.2 %
9	9	5.8 %	111	73.5 %
10	----	----	2	1.3 %
TOTAL	151		151	

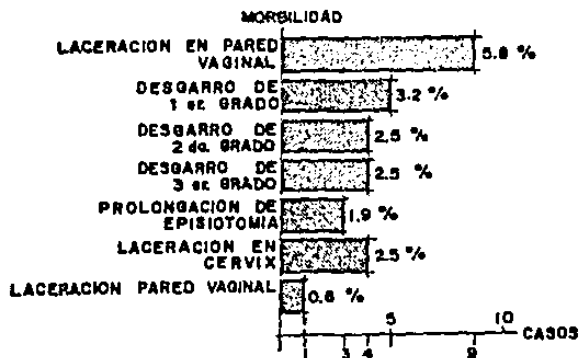
Fórceps

MORBIMORTALIDAD MATERNO-FETAL INMEDIATA.

No tuvimos ningún caso de muerte materna.

La morbilidad materna reportada en nuestro medio fué de 19.3%. Re presentada por las siguientes lesiones: Laceración en pared vaginal, 9 casos (5.8%), ameritando sutura de la misma. Desgarro de primer grado 5 casos (3.2%). Desgarro de segundo grado 4 casos (2.5%). Prolongación de - episiotomía 3 casos (1.9%). Desgarro de tercer grado 4 casos (2.5%). La ceración en cervix 4 casos (2.5%). Inversión uterina un caso (0.6%). Ta bla No. 18.

MORBILIDAD MATERNA INMEDIATA

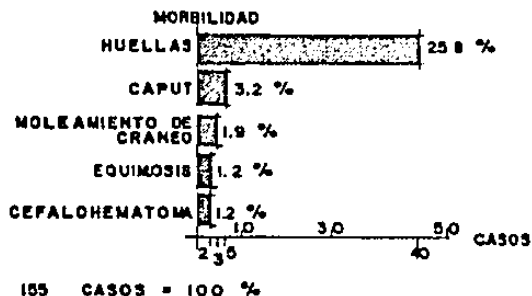


Morbilidad Fetal

Las complicaciones encontradas fueron: Huellas de fórceps en 40 - casos (25.8%). Caput en 5 casos (3.2%). Moldeamiento de cráneo en 3 casos (1.9%). Equimosis en 2 casos (1.2%). Cefalohematoma en 2 casos (1.2%).

Tabla No. 19

MORBILIDAD FETAL



Operación Cesárea

MORBIMORTALIDAD MATERNO-FETAL INMEDIATA.

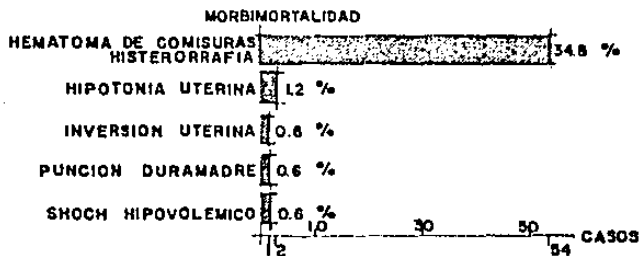
En el estudio no se reportó ningún caso de muerte fetal ni materna.

La morbilidad materna encontrada fué del 38.06%. La morbilidad en el producto encontrada fué nula.

Las lesiones encontradas en la madre fueron: Hematoma de comisuras en histerorrafia 54 casos (71.6%). Las cuales sólo cedieron con puntos hemostáticos, a nivel de los mismos. Hipotonía uterina transitoria 2 casos (1.2%). Inversión uterina un caso (0.6%). Punción accidental de du

ramadre un caso (0.6%). Shock hipovolémico, un caso (0.6%). Tabla No. 20

CESAREA : MORBIMORTALIDAD



D I S C U S I O N

Se efectuó un estudio retrospectivo sobre la morbimortalidad materna fetal inmediata entre el fórceps, y la operación cesárea, durante doce meses de labores, en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza", en la Ciudad de México, D.F. Encontrando que durante ese año se atendió un número de 9815 partos, de los cuales 260 casos (2.6%) fueron partos distócicos por la aplicación de fórceps. En comparación con el número de operaciones cesareas que estas correspondieron a número de 4977 - casos (50.7%), en el mismo lapso.

Así vemos que la frecuencia de la aplicación del fórceps en nuestro medio corresponde a la señalada por otros países como en Estados Unidos y Canadá. (6,8,10,11)

La edad promedio de las pacientes a las cuales se les aplicó fórceps fluctuó entre los 21 y 25 años, representando por 56 casos (36.1%).

La mayor frecuencia de la edad de las pacientes a las cuáles se les realizó operación cesárea fué entre los 21 a 25 años, 51 casos (32.9%).

El mayor número de fórceps fué aplicado a pacientes primigestas 65 casos (41.9%). Esto se relaciona a la indicación más frecuente encontrada en éstas como es el período expulsivo prolongado.

Por otra parte la operación cesárea tuvo mayor frecuencia también en primigestas, 68 casos (43.8%).

La indicación más frecuente encontrada en el uso del fórceps fué la profiláctica en 69 casos (44.5%), y en segundo lugar el período expulsivo prolongado, en un 30.9%.

Cabe mencionar que nuestro Hospital por tratarse de atención médi-

ca del tercer nivel, las pacientes obstétricas, presentan patología agregada al embarazo. De ahí que la indicación más frecuente en nuestro medio sea el profiláctico. No así en otros centros donde la indicación más frecuente está dada por el período expulsivo prolongado, coincidiendo ésta con lo reportado en la literatura. (5,10,12,14).

En la Operación Cesárea la indicación más frecuente la ocupó la -- toxemia aguda del embarazo, en 53 casos (34.1%). Esto debido a lo mencionado antes (atención del embarazo de alto riesgo).

El mayor número de aplicaciones de fórceps se llevó a cabo en productos de término (38 a 40 semanas) 86 casos (55.4%).

Lo mismo ocurriendo para la operación cesárea, con una frecuencia del 54.1% (84 casos).

Con respecto al tipo de fórceps utilizado con mayor frecuencia en nuestro medio fué el fórceps Simpson en 132 casos (85.1%). Siguiéndole -- en orden de frecuencia en uso el fórceps Kielland.

La variedad de posición más frecuentemente encontrada en la aplicación del fórceps fué la variedad occipito izquierda anterior, en 54 casos (34.8%). Esto correspondiendo a lo referido en la literatura. (1,21)

De las 155 tomas de fórceps, 131 casos (84.5%) correspondieron a -- tomas bajas, y el 15.4% (24 casos), fueron tomas medio bajas.

Estando de acuerdo con el concepto cada día más aceptado, que las tomas medias y altas deben desaparecer por la mayor morbilidad materno fetal, no así las aplicaciones bajas que cursan con mínima morbilidad materno fetal (6,8,9,11).

El método anestésico más utilizado en nuestras pacientes fué la -- anestesia regional (Bloqueo peridural) en 148 casos (95.4%) con xilocaína simple al 1%, como método anestésico de elección. Inclusive en el recomen- dado por varios autores, ya que el empleo cada vez mayor de la anestésia re

glonal acelera y facilita el parto instrumental. (6,9.12,16)

El Apgar de los productos obtenidos por fórceps en 73 casos (48.9%) fué de 8 al minuto de nacer, y en 99 casos (66.4%) tuvieron apgar de 9 a -- los 5 minutos de nacidos.

Mientras que los productos nacidos por Operación Cesárea en 95 casos (62.9%) tuvieron apgar de 8 al minuto de nacer, y en 111 casos (73.5%) - tuvieron apgar de 9 a los 5 minutos de nacidos.

La morbilidad materna encontrada por la aplicación de fórceps en - nuestro Hospital fué del 19.3%, representada por las siguientes lesiones: - Laceración de pared vaginal en 9 casos (5.8%).

Desgarro perineal de 1. grado 5 casos (3.2%), Desgarro perineal de 2. grado 4 casos (2.5%), Desgarro perineal de 3. grado 4 casos (2.5%), prolongación de episiotomía 3 casos (1.9%), laceración cervical 4 casos (2.5%), Inversión uterina un caso (0.6%).

Mientras que la morbilidad fetal encontrada por la aplicación de - fórceps fué del 33.5%. Representadas por huellas del fórceps en 40 casos (25.8%), Caput en 5 casos (3.2%), Moleamiento del cráneo en 3 casos (1.9%), Equimosis en 2 casos (1.2%), cefalohematoma en 2 casos (1.2%).

En nuestro estudio no se presentó ninguna muerte materna ni fetal inmediata por la aplicación del fórceps.

Por Operación Cesárea la morbilidad materna encontrada fué del --- 30.06%, de las cuales se encontraron hematomas a nivel de comisuras de la - histerorrafia, 54 casos (71.6%), de los cuales estos cedieron a los puntos hemostáticos aplicados en el momento quirúrgico. La hipotonía transitoria sólo ocurrió en dos casos (1.2%), Inversión uterina en un caso (0.6%), Punción accidental de duramadre en un caso (0.6%), y shock hipovolémico en un caso (0.6%).

No reportandose en nuestro estudio morbilidad fetal por el mismo

acto quirúrgico.

La mortalidad materno fetal por el mismo acto quirúrgico fué nula.

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

CONCLUSIONES

En el H.G.O. 3 C.M.R. se realizó un estudio retrospectivo sobre la morbimortalidad inmediata materno fetal entre la aplicación del fórceps y la Operación Cesárea; en el período comprendido de un año.

Encontrando que el fórceps en nuestro medio tiene una incidencia del 2.6% en comparación con la operación cesárea que tiene el 54.1%

El mayor número de aplicaciones del fórceps se efectuó en primigestas entre los 21 a 25 años de edad. Y su indicación más frecuente fué el profiláctico, y en segundo lugar el período expulsivo prolongado.

El fórceps más utilizado en nuestro medio fué el Simpson. Y la variedad de posición más frecuentemente encontrada fué la occipito izquierda anterior (O.I.A.).

El mayor número de aplicaciones del fórceps fueron tomas bajas, por el consenso casi universal de evitar tomas medias y altas, recurriendo en esos casos a la operación cesárea, pues es bien claro el concepto de --- que un parto vaginal instrumental no debe producir traumatismo ni al producto ni a la madre.

Así mismo el método analgésico utilizado con más frecuencia en el parto instrumental y en la operación cesárea fué el Bloqueo Peridural (B.P.D.), ya que este no interfiere con el mismo trabajo de parto, ni con la morbilidad materno fetal. Por lo que en la actualidad es el método de elección.

La morbilidad materna encontrada por el uso del fórceps fué del 19.3%, las cuales se clasificaron de leves a moderadas; no causando complicaciones mediatas en el puerperio fisiológico.

La morbilidad fetal por el mismo instrumento fué del 33.5%, repre

sentado por huellas del fórceps, caput, calalohematomas, moldeamiento de -- cráneo, equimosis. No se determinó con certeza si estas complicaciones se debieron al propio instrumento, o a una mal valoración obstétrica, indica- ción y/o aplicación del mismo.

La mortalidad materno fetal inmediata por el uso del fórceps fué nua.

La operación cesárea en nuestro medio tuvo una incidencia del --- 54.1%, realizandose el mayor número a primigestas entre los 21 a 25 años de edad, que cursaron con toxemia aguda del embarazo.

La morbilidad materna inmediata encontrada por el mismo acto Quirúrgico fué baja, caracterizada por la formación de pequeños hematomas a ní vel de la histerorráfia, los cuales cedieron a puntos hemostáticos durante el acto quirúrgico.

No se observó morbilidad inmediata en el producto extraído por -- operación cesárea, basado esto en la valoración inmediata del recién nacido realizado por médico pediatra.

La mortalidad materno fetal por el mismo acto Quirúrgico fué nu-- la.

Nuestro estudio no concluye que el fórceps mismo haya elevado en forma importante la morbilidad materno fetal, por los resultados obtenidos.

Surgiendo la interrogante, la morbilidad del recién nacido y de - la madre es causada por el instrumento (fórceps), o por una mala valoración obstétrica indicación o uso del mismo instrumento.

Sin embargo, en la actualidad se observa que la operación cesárea ha -ido desplazando el uso del fórceps, llegando a tener ésta una incidencia de más del 50% en hospitales del tercer nivel, debido ésto a que han aparecido nuevas indicaciones obstétricas, que anteriormente se resolvían a través de un parto distócico.

La operación cesárea hoy en día condiciona una menor morbilidad - materno fetal, dejando para casos muy especiales el uso del fórceps.

Mientras tanto persistirá la norma de vigilar estrechamente la -- evolución del trabajo de parto; y basados en la experiencia personal y hospitalaria, decidir el practicar aquel procedimiento que ofrezca los mejores resultados para el binomio madre-hijo.

B I B L I O G R A F I A

1. Danforth D.N. Tratado de Obstetricia y Ginecología, 4a. ed. México: Interamericana, 1988: 7-9.
2. A.M.H.G.O. No. 3 del IMSS AC. Ginecología y Obstetricia, 2a. ed. México: Francisco Mendez Otero, 1985: 591-602.
3. González, C.G.: Experiencia con el Fórceps Salinas. Ginec. Obstet. - México. 37: 207, 1975.
4. Bowes, W.A. Jr. y Bowes, C.: Papel Actual de la Operación con Fórceps de aplicación media. Clin. Obst. Ginec. Norteamer. 1980; (2): 557.
5. Chiswick, M.L. James, D.K.: Kiellands Fórceps: Association with Neonatal Morbidity and Mortality. Br. Med. J. 1:7, 1979.
6. Ingardia, Ch. J. y Cetrulo, C.L.: Uso y abuso del Fórceps. Clin. - Perinat. 1981; 8 (1):63.
7. Warfield, C.A.: Obturador Neuropathy After Fórceps Delivery. Obstet - Gynecol 64:475, 1984.
8. Salinas, B.H., Benavides, A.L.: Indicaciones en el Manejo del Fórceps. Ginec. Obstet. México 28: 219, 1970.
9. Nyirjesy, L. Perinatal Mortality and Maternal Morbidity in spontaneous and Fórceps vaginal deliveries. Am. J. Obstet Gynecol. 89: 568, 1964.
10. Dierker, L.J. Mortimer, M.D.: Mid Fórceps deliveries: Long-Term Outcome of Infants. Am. J. Obstet Gynecol 154: 764, 1986.
11. Dierker, L.J., Mortimer, M.D.: The Mid Forceps Maternal and Neonatal outcomes. Am. J. Obstet. Gynecol. 152; 176, 1985.

12. Ramírez, M.H., Manushamer, M.B.: Análisis de 1000 aplicaciones de -
Fórceps. Ginec. Obstet. México. 41:423, 1977.
13. Richardson, D.A., Evans, M.I.: Mid forceps delivery: A critical ---
review. Am. J. Obstet. Gynecol. 145: 621, 1983.
14. Danforth, D.D.: Mid Forceps delivery. A vanishing art. Am. J. --
Obstet. Gynecol. 89:29, 1963.
15. Vargas, L.E., Colorado, M.S.: Morbimortalidad Materno Fetal con la -
aplicación del Fórceps Salinas. Ginec. Obstet. México 38:367, 1975.
16. Traub, A.I.: A continuing use of Kiellands forceps. British Journal
of Obstetrics and Gynaecology 91:894, 1984.
17. Mendoza, P.S., Velazquez, E.I.: Morbimortalidad Materno Fetal con el
fórceps Salinas Modelo II. Ginecología y Obstetricia de México 52:
251, 1984.
18. Walss, R.R., Casillas, C.A.: Morbilidad Materno Fetal Inmediata a la
aplicación de fórceps. Ginecología y Obstetricia de México 52:121,
1984.
19. Hayashi, R.H. Parto con Fórceps medio: ¿sí?. Cln. Obstet. Gynec. --
Norteamer. 1986: 85.
20. Editorial: The consequence of forceps delivery. Lancet 2:347, 1981.
21. Dennen, E.H., García R.F. Fórceps en Obstetricia. 2a. ed. México:
El Manual Moderno, 1983.