

## FORCEPS BAJO \*

JOSÉ RÁBAGO  
Académico de número

Dos grandes parteros argentinos, Peralta Ramos (Q.E.P.D.) y Beruti, han protestado en contra del uso excesivo del fórceps tal como se practica en numerosas clínicas norteamericanas.

Peralta Ramos,<sup>1</sup> en un famoso artículo ("En defensa de algunos principios de la obstetricia clásica"), publicado al regreso de un viaje a los Estados Unidos, menciona estadísticas de parto con porcentajes de aplicación de fórceps tan elevados como de 95 por ciento. Pero hay que tener en cuenta que estos partos fueron manejados bajo anestesia caudal y, por lo tanto, no pueden considerarse como partos normales.

Beruti<sup>2</sup> en otro artículo denominado "La aplicación del fórceps en el parto normal" se pregunta si la frecuencia creciente de aplicaciones de fórceps indica un verdadero progreso en el arte obstétrico o más bien un paso hacia atrás, y considera como excesiva una cifra superior al seis por ciento.

Realmente hay un contraste muy grande entre el modo de actuar de los norteamericanos y de los sudamericanos.

Claro está que en ambas partes se atienden las indicaciones clásicas del fórceps, ya sean de causa materna o de causa fetal.

Entre las maternas se encuentran las relacionadas directamente con el parto, como son las alteraciones de la porción baja del canal óseo, la falta de elasticidad del canal blando, la relación defectuosa de los diámetros de la presentación con las del canal pélvico, como sucede en las presentaciones posteriores mal flexionadas, y en las presentaciones de cara y frente y que, a fin de cuentas, se resumen todas en una sola que es la falta de progresión de la cabeza fetal a su paso por el canal del parto.

La indicación fetal es el sufrimiento del producto.

Las demás indicaciones maternas corresponden a las alteraciones del estado general de la madre causadas por cardiopatías, tuberculosis, etc., que hacen necesario evitar a la paciente el esfuerzo del período expulsivo.

---

\* Trabajo reglamentario, leído en la sesión del 10 de agosto de 1955.

La indicación por excelencia es la inercia uterina, pues entonces se va a substituir la *vis a tergo* de la contracción deficiente por la *vis a fronte* que es la tracción que el partero ejecuta sobre el instrumento.

Pero en numerosas ocasiones lo que sucede es que las contracciones, a pesar de ser de cierta intensidad, son incapaces de vencer un obstáculo del canal; ya sea una falta de extensibilidad del cuello uterino o ya sea un acortamiento de los diámetros óseos al nivel del estrecho medio o del inferior, acortamiento que a veces ha pasado inadvertido en la exploración de la embarazada.

Estas dificultades del parto dan lugar a veces a aplicaciones de fórceps en la excavación pélvica y en el estrecho inferior, que son considerados como tomas medias y que no corresponden a este estudio.

El sufrimiento fetal es, en nuestro concepto, una indicación *tardía* de la aplicación del fórceps, puesto que sus síntomas son los de la anoxia de los centros nerviosos del feto, a la que se va a agregar la inevitable compresión que sobre la cabeza ejercen las cucharas del fórceps.

Y si es cierto que los métodos modernos de auxilio al recién nacido permiten tratar la asfixia *neo natorum* con mayor éxito para la supervivencia inmediata del producto, es posiblemente este grupo de niños *recuperados* el que proporciona el contingente de retrasados mentales, epilépticos, etc., que los pediatras achacan a la aplicación de fórceps.

Pero no es a estas indicaciones, generalmente admitidas, sobre las que versa la discusión, sino sobre la toma baja ejecutada sin una indicación precisa.

Pero antes debemos especificar con toda claridad lo que realmente debe entenderse por toma baja de fórceps.

Aquellos que hicimos nuestro aprendizaje bajo la influencia de la escuela francesa, sabíamos que las tomas del fórceps en relación con la situación de la cabeza fetal dentro de la pelvis materna eran cuatro: primero, en el estrecho superior; segundo, en la excavación; tercero, en el estrecho inferior, y cuarto, en el piso perineal.

La escuela norteamericana, hoy predominante, tan sólo clasifica las tomas en alta, media y baja; y está de acuerdo en que las dos primeras corresponden a la primera y segunda de la clasificación francesa; pero no así con la toma baja.

Así vemos que Adair y sus colaboradores clasifican: fórceps en el estrecho superior, en el plano medio<sup>3</sup> y en el estrecho inferior (Outlet); consideran este último cuando la cabeza está al nivel o abajo de las espinas ciáticas y *descansando* sobre el perineo.

Vaux y Castallo<sup>4</sup> llaman aplicación baja, cuando la cabeza ha descendido y reposa sobre el piso perineal.

Mengert<sup>3</sup> sí hace la clasificación de la altura de la cabeza en alta, media, baja y en la vulva (Outlet).

Beck<sup>5</sup> dice: "La aplicación del fórceps cuando la cabeza está en el perineo o francamente abajo de las espinas ciáticas es conocida como fórceps bajo."

Al tratar de aclarar este punto, los famosos parteros Titus Greenhill, Mac Cormick y Eastman<sup>6</sup> se han puesto de acuerdo para definir la aplicación baja del fórceps diciendo que se hace "cuando la cabeza puede verse al abrir la vulva, que está apoyada sobre el piso pélvico y que se encuentra en posición occípito-púbica".

Nosotros estamos de acuerdo con estos últimos autores, principalmente en afirmar que, además de que la cabeza esté en contacto con el piso perineal, se requiere que haya ejecutado su rotación interna y que el occipucio esté en contacto con el subpubis.

El gran partero norteamericano Joseph B. de Lee<sup>7</sup> propuso el término de "Fórceps profiláctico" en un trabajo presentado en 1920 a la Sociedad Ginecológica Americana, en el que decía:

"La operación del fórceps profiláctico es la extracción *habitual* del niño en presentación cefálica cuando la cabeza se ha llegado a apoyar en el piso pélvico. Los partos de primípara y aquellos en que las partes blandas parecen ser de un primer parto son tratados por este método."

"Es una técnica completa para conducir todo el parto con el propósito definido de calmar el dolor, supliendo y anticipando los esfuerzos de la naturaleza, reduciendo la hemorragia y previniendo y reparando los daños."

"No es una inversión completa de la "prudente espera" que se admite universalmente; pero no puedo negar que interferimos mucho en el proceso de la naturaleza. Si no fuera por los resultados tan halagadores que me han producido yo mismo le llamaría una obstetricia "atrabancada".

Davis,<sup>7</sup> al analizar el procedimiento de De Lee llega a la siguiente conclusión:

El fórceps profiláctico no significa de ninguna manera el fórceps electivo como sustituto del parto normal, sino una aplicación precoz o más temprana, *antes de que se hayan producido daños graves al feto por su compresión prolongada en el canal del parto* y antes del agotamiento excesivo de la madre.

Eastman<sup>8</sup> llama a esta operación *fórceps bajo electivo* porque el tocólogo elige la operación a sabiendas de que no es absolutamente necesaria ya que es de esperar la expulsión espontánea en los 15 minutos siguientes.

De Lee y otros autores han insistido en que es durante el período expulsivo cuando la vida del feto corre más peligro, pues la cabeza sufre la compresión natural de las paredes pélvicas y de la resistencia del piso perineal. Además, durante este período el cuello uterino se ha retraído alrededor del cuello del feto de modo que, durante las contracciones, la compresión se ejerce sobre todo el cuerpo fetal, *menos sobre la cabeza y*, por lo tanto, la sangre venosa del tórax refluye hacia ella provocando una congestión pasiva y un aumento de la tensión intracraneana. En caso de haber brevedad real o accidental de cordón, es generalmente al descender la cabeza hasta el piso perineal, cuando el cordón se restira y puede interrumpirse su circulación.

Además de los argumentos de orden fisiológico acerca del riesgo fetal, hay otro factor muy importante que provoca un aumento de la aplicación del fórceps y es la anestesia. Todavía hace algunos años se aplicaban las anestésicas solamente en los partos operatorios y la enorme mayoría de las parturientas soportaban estoicamente los dolores de dilatación y expulsión y esto sucede en los partos atendidos a domicilio por las comadronas.

Pero entre la clientela de los médicos, ya se señala con el dedo aquellos que no aplican los recursos modernos para moderar o anular el dolor del parto. Indudablemente esa corriente, que viene de Norteamérica, ha penetrado aun en el ánimo del público y las pacientes que se presentan a la consulta casi siempre preguntan si se les administrará anestesia en su parto.

Las analgesias por bloqueo, como la caudal o la de silla de montar, ahora en boga, no disminuyen efectivamente la contracción uterina y, al relajar el tono de cuello, vagina y perineo, facilitan el paso de la cabeza por el canal. Pero en cambio, al abolir la sensibilidad, anulan el reflejo del pujo y por este motivo es frecuente ver la falta de rotación de la cabeza y su permanencia prolongada en el estrecho inferior. Los analgésicos y anestésicos administrados por vía parenteral o por inhalación tienen un efecto mayor o menor sobre la contracción uterina, y, por lo tanto, provocan un retardo en el parto.

Así pues, en numerosas ocasiones, la relativa inercia uterina obliga a terminar el parto artificialmente; ya sea por contracción uterina deficiente o por falta de contracción de la pared abdominal y consecutivamente ausencia de pujo.

Los parteros argentinos, de formación europea, y que habían tenido poco contacto con la obstetricia norteamericana, se han quedado sorprendidos con el por ciento de aplicaciones de fórceps que mencionan algunas clínicas en las que los procedimientos de analgesia medicamentosa se llevan hasta provocar la inconsciencia de la paciente o en los que la analgesia cau-

dal o en "silla de montar" tiene abolido el reflejo del pujo y la contracción de la pared abdominal y consideran inconcebible el que se aplique el fórceps en el 95 y hasta el 100 por ciento de los casos.

Sin embargo, el mismo Beruti, aun sin querer, da la razón a quienes aceleran la expulsión del feto, citando estadísticas en las que se demuestra que la mortalidad fetal corre parejas con lo prolongado del parto.

El doctor Hubert Ph. de Kanter<sup>9</sup> tuvo oportunidad de hacer en un servicio norteamericano de maternidad la observación siguiente: los médicos que tenían a su cargo el servicio usaban el sistema del fórceps electivo para las primíparas; todos ellos fueron llamados al ejército y los viejos médicos de la población volvieron a cubrir los servicios y naturalmente disminuyó el número de fórceps profilácticos o electivos. Pero entonces se notó que, coincidiendo con la disminución de aplicaciones de fórceps, aumentaba en proporción la mortinatalidad. La elocuencia de las cifras convenció a los viejos médicos, quienes adoptaron el sistema de fórceps electivo y notaron que casi automáticamente, las cifras de mortinatalidad descendían hasta los límites registrados anteriormente.

Contrariamente a lo opinado por Monkeberg, de Santiago de Chile, quien dice que toda aplicación de fórceps es "lesiva" por baja que sea; nosotros creemos que el fórceps bajo es dañoso cuando es aplicado por menos ignorantes, torpes o brutales. El propio De Lee, al anunciar su método de fórceps profiláctico, decía que debía reservarse para médicos experimentados.

Al aclarar que fórceps bajo significa cabeza fetal en posición occípito-púbica queremos hacer hincapié en que ya no es necesario ejecutar ninguna rotación con el instrumento y que no existe la compresión pelvi-instrumental, que es inevitable en las tomas oblicua y transversal, en las que la rama anterior del fórceps hace palanca de primer género, con punto de apoyo en la rama isquiopúbica o en el pubis, potencia en los mangos y resistencia en el cráneo fetal. No hay duda que la presión sobre los mangos del fórceps se traduce en presión sobre la cabeza del feto; pero creemos que esta presión es mínima, comparada con la reacción de los tejidos maternos a la distensión que sufren al progresar la cabeza tirada por el fórceps. De ahí sacamos dos conclusiones. Primera: aun en las tomas bajas hay que usar fórceps con tractor, en el que las manos no comprimen para nada los mangos del instrumento; y segunda: se deben hacer tracciones poco intensas, sin colgarse del fórceps ni buscar puntos de apoyo en la mesa obstétrica y, sobre todo, hay que dejar intervalos de tiempo bastante largos entre una tracción y otra para permitir que en ese intervalo se regularice la presión intracraneana y la circulación sanguínea del encéfalo. Precisa-

mente la ventaja del fórceps electivo es que no haya ninguna prisa de extraer un feto que ya está sufriendo y que este sufrimiento trae el temor de que muera antes de nacer y comprometa la reputación de un médico, sino que podemos tener la calma suficiente para hacer una extracción lenta y no dañosa ni para la madre ni para el producto.

Nosotros, fieles en un principio a las enseñanzas de "prudente espera" inculcadas por nuestros maestros, hemos llegado, poco a poco, a un intervencionismo moderado.

En primer lugar, somos opuestos al uso sistemático del extracto del lóbulo posterior de hipófisis durante el período de dilatación, ni aun combinado con extracto de timo, como todavía lo usan algunos médicos entre nosotros, fiados a la palabra de Temesvary, quien hace más de 20 años creyó que la adición del timo al extracto hipofisiario evitaba las hipertensiones y contracturas del útero.

Mi maestro, el doctor Espinosa y de los Reyes decía con gracia: en la timofisina el timo es un verdadero "timo".

Naturalmente en los casos de inercia primitiva o secundaria apelamos al uso de la venoclisís de extracto pituitario diluido en solución glucosada, pero ya en estos casos no puede hablarse del parto normal.

Lo que sí hacemos con frecuencia es la ruptura artificial temprana de la bolsa de las aguas, cuando el descenso de la cabeza nos parece lento o la bolsa es voluminosa. También usamos de un modo casi sistemático, los sedantes y antiespasmódicos.

En las primíparas, al iniciarse la expulsión, vigilamos que se cumplan el descenso y la rotación de la cabeza fetal y una vez que ésta empieza a distender el piso perineal, practicamos la episiotomía y ordenamos a un ayudante que ejecute la maniobra de Kristeller moderadamente y durante las contracciones uterinas. Si la cabeza, ya colocada en posición occípito-pública, no avanza, hacemos una aplicación directa de fórceps y hacemos tracciones moderadas combinadas con la maniobra de Kristeller. Según las enseñanzas de nuestro maestro, el doctor Espinosa de los Reyes, hacemos tracciones de 20 a 30 segundos y en seguida suspendemos la expresión y soltamos el tractor del fórceps, de modo que la cabeza pueda retroceder un poco tal y como sucede en el parto normal.

Después de un breve descanso, tanto para la cabeza fetal como para los tejidos del perineo, se hace una nueva tracción y así la cabeza va recorriendo la porción curva del canal del parto. Cuando está a punto de desprenderse, se quitan las cucharas del fórceps y la simple expresión del útero, asociada o no a la maniobra modificada de Ritgen terminan la expulsión de la cabeza.

Hay primíparas en las que el perineo es de tal modo elástico, que se deja distender perfectamente y en las cuales no consideramos necesaria la episiotomía.

En las múltiparas rara vez hay que acudir al fórceps o a la episiotomía en el parto normal en el que los fenómenos fisiológicos se van presentando con su ritmo normal y en el que la expulsión se verifica por medio de unas cuantas contracciones uterinas, ayudadas por la contracción abdominal.

### CASUÍSTICA

Desde el año de 1947 hasta 1954 fueron atendidas en la clientela privada del que esto escribe la cantidad de 1,780 pacientes de parto a término y prematuro. De este número de señoras, 56 dieron a luz en presentación pélvica, nueve tuvieron presentación transversal que fue resuelta por versión por maniobras internas y a 39 se les practicó operación cesárea por diversos motivos. Así pues, excluyendo estos 104 casos, nos quedan 1,676 casos de parto en presentación cefálica entre los cuales hubo dos en presentación de cara y dos en presentación de frente, cifras que no influyen sobre los porcentos totales.

De estas 1,676 enfermas, fueron 1,222 múltiparas y 454 primíparas.

En las múltiparas se hicieron 76 aplicaciones de fórceps o sea un 6.2 por ciento de los cuales 40, ó sea 3.3 por ciento fueron tomas bajas. Se practicaron, además, 52 episiotomías sin aplicación de fórceps o sea el 4.6 por ciento lo cual nos da un total de partos que llamaremos *ayudados*, de 128 casos o sea el 10.8 por ciento.

CUADRO No. 1

<i>Tipo de pacientes</i>	<i>Total</i>	<i>Fórceps bajo</i>	<i>Total fórceps</i>	<i>Episiotomía</i>
Primíparas	454	94. - 20.7%	159. - 32.8%	282. - 62.1%
Múltiparas	1,222	40. - 3.3%	76. - 6.2%	52. - 4.6%

Entre las 454 primíparas atendidas se hicieron 159 aplicaciones de fórceps o sea el 32.8 por ciento de los casos, de los cuales 94 ó sea el 20.7 por ciento, fueron tomas bajas. Se practicaron, además, episiotomías en 282 pacientes (62.1%,) y el total de casos *ayudados* en las primíparas subió al 94.9 por ciento.

Es tan notoria la desproporción de intervenciones entre las múltiparas y las primíparas que no hicimos figurar los porcentos totales para que resalte más la diferencia.

Se nota también, tanto en un grupo como en el otro, que no es muy grande la diferencia entre las aplicaciones medias y las bajas, lo cual se debe a que en la clasificación de los casos se aplicó estrictamente el criterio de llamar aplicaciones bajas solamente a aquellos en las que la cabeza fetal se encontraba en posición occípito-púbica, aunque sean frecuentes los casos en que la cabeza haya descendido en variedad de posición oblicua hasta el piso perineal, deteniéndose a ese nivel y haciendo necesaria su extracción con el fórceps. Pero ya en estos casos la aplicación no puede considerarse como electiva puesto que la indicación es la falta de rotación de la cabeza.

En todo este número de casos atendidos hubo un grupo de 21 mortinatos, pero en este grupo fue necesaria y no electiva la aplicación del fórceps; en todas las ocasiones ya se habían dejado de escuchar los latidos fetales cuando se emprendieron las operaciones.

De los 236 fetos extraídos con fórceps sólo murieron en el sanatorio dos niños: uno por fórceps medio y otro por fórceps alto. No hubo ninguna muerte de recién nacido en los casos de fórceps bajo. Tan sólo en el caso de fórceps alto se puede atribuir la muerte del producto a la operación.

#### CONSIDERACIONES FINALES

- 1º La aplicación baja de fórceps es, en manos expertas, una operación inocua.
- 2º Aunque no creemos que debe ejecutarse sistemáticamente en la primípara, sí debe hacerse con frecuencia en alivio de un período de expulsión prolongado, con los peligros inherentes a esta situación.
- 3º En nuestra práctica privada la hemos ejecutado en el 20 por ciento de los partos de primípara y en un 3.3 por ciento en los de múltipara.

#### RESUMEN

Se comenta el antagonismo entre las escuelas sudamericana y norteamericana con respecto al fórceps llamado electivo o profiláctico.

Se mencionan las indicaciones clásicas de la aplicación del fórceps.

Se estudian las diferentes definiciones de toma baja de fórceps, y el autor se adhiere a la aprobada por Greenhill, Titus, Eastman y McCormick.

Se analizan las deficiones del fórceps electivo y profiláctico y se con-

sideran los motivos que han conducido a este modo de proceder, teniendo en cuenta la técnica actual en la asistencia de los partos.

El autor expone su presente modo de actuar y analiza su estadística de 1676 casos de su clientela privada en los cuales hizo aplicación baja de fórceps en el 20 por ciento de las primíparas. En este grupo de pacientes, entre episiotomías, tomas bajas y tomas medias de fórceps, se ayudó a la expulsión en el 95 por ciento de los casos. En la múltípara esta ayuda se redujo al 10 por ciento.

### SUMMARY

Opposition between Southamerican and Northamerican schools regarding the so-called prophylactic or selective forceps is commented.

The classical indications for application of forceps are mentioned.

Different definitions of low take of forceps are considered. The author adheres to the concept of Greenhill, Titus, Eastman and MacCormick.

Definitions of prophylactic or selective forceps are analyzed, and the reasons conducing to such trends of thought considered.

The author exposes his actual behavior in this respect and shows his private practice's statistics of 1,676 cases, in which a low take was effected in 20% of primiparae. If episiotomy and medium takes are added in such group, expulsive period was artificially aided in 95%. In the multiparae, such aid was of a 10% only.

### BIBLIOGRAFIA

1. Peralta, Ramos Alberto: En defensa de ciertos objetivos de la obstetricia clásica. *El día Médico*. Buenos Aires. Año XXII N° 66.
2. Beruti, Josué A.: La aplicación sistemática de fórceps en el parto normal. *Actas y trabajos de la VI Jornada Rioplatense de Ginecología y Obstetricia*. Montevideo 1946.
3. Adair y colaboradores: *Obstetrics and Gynecology*. Lea & Febiger 1940.
4. Vaux y Castillo: *Mechanics of obstetrics*. F. A. Davis. Filadelfia, 1943.
5. Mengert: *Postgraduate Obstetrics*. Paul Hoeber. New York. 1943.
6. Greenhill: *The 1950 Year Book of Obstetrics and Gynecology*. The Year Book Publishers. 1951 Chicago.
7. De Lee, J. B.: Citado por Davis en *Gynecology and Obstetrics* Vol. II Cap. 2. Págs. 19-20.
8. Davis, Carl Henry: *Loc. Cit.*
9. De Kanter, Hubert Ph.: El fórceps electivo. *Revista Mexicana de Obstetricia y Ginecología...* 1954.