FORCEPS

NUEVA MANIOBRA DE ROTACION

Doctor Eduardo A. Quiñones Ortiz

A medida que se conocen las dificultades surgidas durante las maniobras obstétricas y específicamente en las maniobras relativas a la rotación de la presentación de vértice, durante las aplicaciones del fórceps en las variedades posteriores y transversas, se van eliminando poco a poco aquellas que por dificultad técnica o por riesgos traumáticos hacen de ella un acto demasiado complejo y difícil de llevar a cabo.

En mi práctica obstétrica he tenido oportunidad de utilizar las maniobras ideadas para resolver los casos de rotación estacionaria en las variedades posteriores de vértice, así como también en las transversas, y utilizando la maniobra del doctor Ramírez M. encontré una nueva técnica, que es la que hoy describo y presento a la discusión, y tiende a disminuir los riesgos traumáticos materno-fetales y a facilitar la ejecución de la rotación de la presentación de vértice en las variedades posteriores y transversas, utilizando para ello el fórceps de Simpson, por ser el más frecuentemente usado en nuestro medio y

las espátulas de Thierry, instrumento nuevo entre nosotros e introducido por el doctor Velasco Chiriboga en el Instituto Materno-Infantil.

TECNICA DE LA MANIOBRA

1. Proyecto de toma.
2. Introducción de la mano-guía.
3. Introducción y colocación de la primera cuchara.
4. Rotación de la presentación.
5. Introducción y colocación de la segunda cuchara.
6. Articulación de las ramas.
7. Reparó de la toma y tracción de prueba.
8. Extracción del feto.
9. Desarticulación y retiro de las cucharas.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

Aplicación para O. D. P.

1. *Proyecto de toma.* En el espacio y delante de la vulva se hace el proyecto para toma en O. D. A. (fig. 1); en tal circunstancia se elige como primera cuchara la derecha (fig. 2).

Figura 1.

Figura 3.

Figura 2

Figura 4

En cuanto a las espátulas de Thierry se denominan derecha o izquierda según el lado materno que ocupen y no con relación a la mano que la tome el operador.

2. *Introducción de la mano-guía.* La mano-guía y en este caso la derecha, se introduce entre el coxis y el isquion izquierdo, lo más profunda que se pueda y deprimiendo las partes blandas maternas (fig. 3).

3. *Introducción y colocación de la primera cuchara.* Se toma la cuchara derecha con la mano izquierda e invertida —la concavidad de la curva pélvica de la cuchara quedará dirigida hacia el occipital de la presentación— y se introduce por la parte posterior de la hemipelvis izquierda de la madre, deslizándola por la mano-guía, para que ocupe la superficie parieto-malar derecha del feto en el extremo posterior del diámetro oblicuo derecho (figs. 2, 3, 4).

4. *Rotación de la presentación.* Introducida y colocada la primera cuchara del fórceps en el sitio anteriormente descrito, se hace presión sobre la presentación y simultáneamente con ella se imprime movimiento de rotación, haciéndola progresar por delante del sacro, de izquierda a derecha, hasta llevarla al extremo posterior del diámetro oblicuo izquierdo. La cuchara habrá girado 90 grados y si la rotación de la presentación es efectiva, el punto de reparo se encontrará en O. D. A. y por lo tanto también habrá girado 90 grados (figs. 4, 5, 6).

Una vez colocada la rama en esa posición, se le confía a un ayudante, que debe mantenerla firme e inmóvil.

5. *Introducción y colocación de la segunda cuchara.* Con la misma mano-guía anteriormente utilizada se introducirá y colocará la segunda cuchara (rama anterior) de acuerdo con la técnica clásica (fig. 7).

6. *Articulación de las ramas.* En las variedades posterior y transversa derechas se impone el descruzamiento suave de las ramas para poderlas articular: con la mano derecha se toma el mango de la rama izquierda y con la mano izquierda el mango de la rama derecha; se hace pasar suavemente el mango izquierdo por encima del otro, que debe permanecer quieto (fig. 8).

Este tiempo no se presenta con las espátulas de Thierry, por tratarse de un instrumento de ramas paralelas.

Los demás tiempos, reparo de la toma y tracción de prueba, extracción del feto, desarticulación y retiro de las cucharas, deben efectuarse como lo indican las normas clásicas.

Aplicación para O. D. T.

El primero y segundo tiempos se ejecutan exactamente iguales que los descritos para la aplicación en O. D. P.

3. *Introducción y colocación de la primera cuchara.* Se toma la cuchara derecha con la mano izquierda e invertida —la concavidad de la curva

Figura 5

Figura 7

Figura 6

Figura 8

pélvica de la cuchara quedará dirigida hacia el occipital de la presentación—, y se introduce por la parte posterior de la hemipelvis izquierda de la madre deslizándola por la mano-guía para que ocupe la superficie parieto-malar derecha del feto, que se encuentra en el extremo posterior del diámetro antero-posterior.

4. *Rotación de la presentación.* Introducida y colocada la primera cuchara del fórceps en el sitio anteriormente descrito, se hace presión sobre la presentación y simultáneamente con ella se imprime movimiento de rotación, haciéndola progresar por delante del sacro, de izquierda a derecha, hasta llevarla al extremo posterior del diámetro oblicuo izquierdo. La cuchara habrá girado 45 grados y si la rotación de la presentación es efectiva, se encontrará en O. D. A. y por lo tanto también habrá girado 45 grados.

Una vez colocada la rama en esa posición se la confía a un ayudante, que debe mantenerla firme e inmóvil.

Los demás tiempos se deben ejecutar exactamente como los descritos para la occipito-derecha posterior.

Aplicación para O. I. P.

1. *Proyecto de toma.* En el espacio y por delante de la vulva se hace el proyecto para toma en O. I. A.; en tal circunstancia se elige como primera cuchara la izquierda.

2. *Introducción de la mano-guía.* La mano-guía, en este caso la izquier-

da, se introduce entre el coxis y el isquion derecho, lo más profunda que se pueda y deprimiendo las partes blandas maternas (fig. 9).

3. *Introducción y colocación de la primera cuchara.* Se toma la cuchara con la mano derecha e invertida —la concavidad de la curva pélvica de la cuchara quedará dirigida hacia el occipital de la presentación— y se introduce por la parte posterior de la hemipelvis derecha de la madre, deslizándola por la mano-guía, para que ocupe la superficie parieto-malar izquierda del feto, que se encuentra en el extremo posterior del diámetro oblicuo izquierdo (figs. 10, 11).

4. *Rotación de la presentación.* Introducida y colocada la primera cuchara del fórceps en el sitio anteriormente descrito, se hace presión sobre la presentación y simultáneamente con ella se imprime movimiento de rotación haciéndola progresar por delante del sacro, de derecha a izquierda, hasta llevarla al extremo posterior del diámetro oblicuo derecho. La cuchara habrá girado 90 grados, y si la rotación de la presentación es efectiva, se encontrará en O. I. A., y por lo tanto también habrá girado 90 grados (figs. 11, 12, 13).

Una vez colocada la rama en esa posición, se la confía a un ayudante, que debe mantenerla firme e inmóvil.

5. *Introducción y colocación de la segunda cuchara.* Con la misma mano-guía anteriormente utilizada se introducirá y colocará la segunda cu-

Figura 9

Figura 11

Figura 10.

Figura 12

chara (rama anterior) de acuerdo con la técnica clásica (figs. 14, 15).

6. *Articulación de las ramas.* En las variedades posterior y transversa izquierdas no hay necesidad del descruzamiento de las ramas y si la toma está bien hecha, la articulación de las mismas se hará directamente (fig. 16).

Los demás tiempos, reparo de la toma y tracción de prueba, extracción del feto, desarticulación y retiro de las cucharas, deben efectuarse como lo indican las normas clásicas.

Aplicación para O. I. T.

El primero y segundo tiempos se ejecutan exactamente como los descritos para la aplicación en O. I. P.

3. *Introducción y colocación de la primera cuchara.* Se toma la cuchara izquierda con la mano derecha e invertida —la concavidad de la curva pélvica de la cuchara quedará dirigida hacia el occipital de la presentación— y se introduce por la parte posterior de la hemipelvis derecha de la madre, deslizándola por la manoguía para que ocupe la superficie parieto-malar izquierda del feto que se encuentra en el extremo posterior del diámetro antero-posterior.

4. *Rotación de la presentación.* Introducida y colocada la primera cuchara del fórceps en el sitio anteriormente descrito, se hace presión sobre la presentación y simultáneamente con ella se imprime movimiento de rotación haciéndola progresar por de-

lante del sacro, de derecha a izquierda hasta llevarla al extremo posterior del diámetro oblicuo derecho. La cuchara habrá girado 45 grados y si la rotación de la presentación es efectiva, se encontrará en O. I. A. y por lo tanto también habrá girado 45 grados.

Una vez colocada la rama en esa posición, se la confía a un ayudante, que debe mantenerla firme e inmóvil.

Los demás tiempos se deben ejecutar exactamente como los descritos para la occipito-izquierda posterior.

Casos especiales. Cuando la presentación está bien descendida, habrá ocasiones en que rote fácilmente hasta O. P. y aún más, situándose el punto de reparo de la misma en el extremo opuesto del diámetro oblicuo que ocupaba inicialmente, casos en los cuales la maniobra no ha fracasado, sino que, por el contrario, sigue en vigencia, pues para las O. P. se hará una toma directa y para las otras (O. I. A. y O. D. A.) se hará la toma clásica correspondiente.

CONDICIONES PARA LA APLICACION DE LA MANIOBRA

Además de cumplir con las condiciones clásicas para la aplicación del fórceps, es conveniente tener en cuenta las siguientes para obtener éxito total en la aplicación y ejecución de la maniobra:

1. Análisis y valoración de la pelvis materna.

Figura 13

Figura 15

Figura 14.

Figura 16

2. Siempre intentar previamente la rotación digital de la presentación con la que por sí sola puede solucionarse la distocia.
3. Ejecutar la rotación durante una contracción.

CONTRAINDICACIONES

1. En caso de pelvis plana (platipeloides), ya que por el mismo hecho de su conformación no creo que la maniobra sea efectiva.
2. En los casos de presentación con gran enclavamiento por excesiva deflexión de la cabeza.

Estando presente alguna de estas contraindicaciones, es aconsejable recurrir oportunamente a otro tipo de maniobra.

CASOS CLINICOS Y RESULTADOS

Para la elaboración de este informe preliminar se han efectuado 51 aplicaciones por el personal de Residentes del Instituto de Protección Materna e Infantil "Concepción Villaveces de Acosta", de Bogotá, en las pacientes que ingresaron a la institución en el período comprendido desde abril de 1962 hasta julio de 1963. A pesar de que el número de casos es tan reducido nos ha permitido sacar algunas conclusiones.

Paridad. Respecto a paridad obtuvimos los siguientes resultados:

Nulíparas	35
Primíparas	6
Múltíparas	10

Edad de gestación

De 32 semanas	1
De 36 "	2
De 37 "	5
De 38 "	6
De 39 "	5
De 40 "	32

El caso de 32 semanas correspondió al primer feto de un embarazo gemelar.

Indicaciones asociadas. Al agrupar las indicaciones asociadas a la falta de rotación, que impusieron la intervención, tenemos que hacer un esquema similar al de las distocias, y por ello considero indicaciones de orden materno y de orden fetal.

Maternas

Por inminencia de ruptura uterina	1
Por cesáreas anteriores	4
Por toxemia: Pre-eclampsia	1
Eclampsia	1
Por distocia dinámica: Hipotonía uterina	1
Por distocia de partes blandas (rigidez perineal)	8

Fetales

Por sufrimiento fetal	7
Por asinclitismo	1

Grado de encajamiento. Lo hicimos según la clasificación de DeLee, ya por todos conocida y obtuvimos los siguientes resultados:

En 0	1
En 1	21
En 2	26
En 3	3

Como norma nos abstuvimos de efectuar la maniobra en grado de encajamiento 0, ya que considero que la presentación apenas está iniciando su encajamiento y por lo tanto no llena una de las condiciones esenciales para la aplicación del fórceps y de las espátulas y mucho menos para la ejecución de la maniobra. El caso clasificado aquí en grado de encajamiento 0, creo que adolece de exactitud.

Variedad de posición	
En O. D. P.	33
En O. D. T.	5
En O. I. P.	6
En O. I. T.	5
En O. S.	2

Anestesia. La anestesia de elección fue la regional, discriminada así:

Eter	2
Raquídea	5
Bloqueo en silla	3
Bloqueo pudiendo	41

De lo anterior concluimos que el bloqueo pudiendo nos presta una valiosa ayuda, puesto que precisamen-

te anestesia las partes blandas maternas por donde se ejecuta la maniobra y además puede ser aplicado por el mismo obstetra.

Lesiones perineo-vaginales y de cuello. Hubo 2 desgarros perineales de primer grado y uno vaginal bilateral efectuado durante la extracción del feto.

La escasa ocurrencia se puede atribuir a que las partes blandas maternas permiten ser bien deprimidas durante la rotación; a que es el borde cóncavo de la cuchara el que va adelante durante la misma y a la pericia y técnica del ejecutante.

Con relación al cuello uterino hubo 5 desgarros, los cuales se hubieran evitado teniendo siempre en cuenta la condición que dice: "hay que procurar que el cuello se haya hecho abdominal para la aplicación del fórceps", o en su defecto, rechazarlo cuidadosamente si se encuentra edematizado en uno de sus labios.

Episiotomía. Se efectuó en todas las primigestantes y en 8 secundigestantes que ofrecían considerable resistencia perineal.

Cicatrización. Efectuadas las suturas de las episiotomías y de los desgarros antes descritos, se obtuvo cicatrización de primera intención en todos los casos.

Hospitalización. El promedio de hospitalización fue de 2.9 días. El mínimo de 2 días correspondió a pacientes que solicitaron la salida por tener problemas socio-económicos y el máximo de 8 días a una paciente pre-

eclámptica, que debido al atento cuidado que se tiene con ellas en el Instituto, únicamente se les concede la salida cuando clínicamente están fuera de peligro.

Instrumento	
Fórceps de Simpson	29 casos
Fórceps de Kielland	2 casos
Espátulas de Thierry	20 casos

Usamos con frecuencia el fórceps de Simpson por la familiaridad que tenemos con él, aunque observamos que la maniobra se puede ejecutar con mucha más facilidad con las espátulas de Thierry.

Resultados. La maniobra tuvo éxito en 49 casos y fracasó en 2: en uno solamente se logró rotación instrumental hasta O. I. T. y se completó digitalmente hasta O. I. A. En el otro fue un fracaso total y la extracción del feto se hizo en O. S. después de haber intentado varias técnicas, entre otras la del doctor Ramírez M., ya ampliamente conocida.

RESULTADO FETAL

Cincuenta aplicaciones se hicieron con feto vivo y una con feto muerto.

Estado al nacer. Los calificamos con el método de Apgar con los siguientes resultados:

3/10	1 caso
4/10	1 caso
7/10	3 casos
8/10	5 casos
9/10	6 casos
10/10	34 casos

La calificación fue confirmada por el pediatra de turno y los calificados 3/10 y 4/10 se debieron a un avanzado grado de sufrimiento, pero que posteriormente se recuperaron y salieron del Instituto en buenas condiciones generales.

Peso. El promedio fue de 2.899 gramos con un mínimo de 1.365 gramos correspondiente a un primer gemelo, el cual salió en buenas condiciones del Instituto y un máximo de 3.720 gramos.

Morbilidad y mortalidad fetal	
Lesiones en la cara	3
Cianosis	10
Cefalohematoma	1

Las lesiones en la cara eran leves evidencias de la aplicación del fórceps o de las espátulas y el cefalohematoma en la región parieto-occipital derecha fue calificado por el pediatra como de poca importancia.

No hubo muerte fetal ocasionada en sí por la maniobra de rotación.

Hospitalización. El promedio de hospitalización fue de 2.9 días, el cual se elevó por los 12 días de permanencia del gemelo antes mencionado a causa de su prematuridad.

Es conveniente recalcar que todos los niños salieron en buenas condiciones generales del Instituto, y que los visitados por mí hasta hace un mes en sus hogares, se encuentran en perfectas condiciones y sin secuelas de ninguna índole.

ANALISIS

La maniobra es sencilla y de fácil ejecución, pues únicamente se utiliza una sola rama del fórceps o de las espátulas y una sola mano-guía, las cuales giran simultáneamente con la presentación sólo 90 grados y tiene un firme punto de apoyo como es la raíz del pabellón de la oreja fetal.

La mayoría de las veces y una vez rotada la presentación, se consiguen tomas ideales o aceptables.

El traumatismo materno es prácticamente nulo ya que la rotación se orienta por la región sacra donde las partes blandas permiten introducir fácilmente la mano-guía que va a proteger el canal genital, evitando así las posibilidades de lesiones uretrales, vesicales y vaginales anteriores.

El traumatismo fetal también es casi nulo, pues la cuchara que efectúa la

rotación no se modifica ni se retira para nuevas tomas.

CONCLUSIONES

Los casos recogidos por el personal de Residentes del Instituto de Protección Materna e Infantil "Concepción Villaveces de Acosta" de Bogotá, me permiten afirmar:

1º. Que la maniobra expuesta anteriormente para la rotación de las variedades transversas y posteriores en la modalidad de vértice es, por su sencillez y fácil ejecución, completamente inocua desde el punto de vista materno-fetal; y

2º. Que la maniobra, en virtud de las características señaladas, debe difundirse dentro del personal de obstetras, para que sea utilizada.