

# **Juicio sobre el trabajo del Dr. Isaías Arenas Buenahora - "Algunas Aplicaciones de Forceps alto en Bucaramanga"**

Por el DOCTOR RAFAEL RAMÍREZ MERCHÁN  
Profesor de Clínica Obstétrica.

El fundamento de esta comunicación lo constituye el éxito que el autor ha tenido en la intervención universalmente contraindicada de aplicaciones de forceps de cabeza no encajada y más aun sobre cabeza móvil. Es lo que algunos denominan forceps por encima del estrecho superior, otros, entre ellos la mayoría de los autores estadinenses, forceps sobre cabeza flotante y que Isaías Arenas denomina muy genéricamente, si nos atenemos a la nomenclatura moderna, simplemente como forceps alto. En efecto: de las 24 intervenciones que nos ofrece, siete corresponden a cabeza móvil y diecisiete a cabeza insinuada. Del total de historias diez corresponden a primigestantes. La técnica empleada ha sido la de Llames Massini para los casos de cabeza móvil con Simpson corto y modificada en el sentido de hacer la rotación de desprendimiento a occipito sacra. Ha seguido la técnica clásica en los casos de cabeza insinuada en variedad oblicua.

Esboza el autor las indicaciones de la intervención con base en las ideas del doctor Rafael Peralta sobre lo que éste denomina "distocia de encajamiento de causa secundaria", esto es, factores que impiden el encajamiento sin existencia de pelviviación ni de desproporción cefalopélvica absoluta; son en rigor las distocias mecánicas y dinámicas y los defectos de acomodación por causa conocida o ignota. Hace un recuento de las técnicas que se han ideado para la intervención en referencia, recalando sobre la de Llames Massini que es la de su predilección y relata en seguida las historias clínicas, con éxito en todas desde el punto de vista de la vitalidad y de la integridad materna y fetal.

Dos historias tomadas al acaso del conjunto nos van a servir de ejemplo.

**PRIMERA.**—"Primigestante de 20 años. Inicia trabajo el 19 de junio de 1950, sigue en trabajo todo el día controlado por la enfermera de Servicio. Fue consultado el 20 de junio a la 1 después de 24 horas de trabajo. El tacto revelaba: Cuello espasmódico, dilatación de 6 centímetros, membranas intactas, presentación de vértice alto, variedad D. P. Se ordena una ampolleta de Atrinal. A las 4 horas rompe membranas espontáneamente. A las 5, sin embargo, estaba en el mismo estado de progreso de parto encontrado a la 1. En vista de que había

expulsión de mecomio se pasa a la sala y bajo penthotal se le completa digitalmente la dilatación y se procede a aplicar el forceps de Simpson para cabeza insinuada en D. P. La intervención fue fácil; descendida la presentación se rota a O. S., se practica Episiotomía medio-lateral y se desprende en tal variedad a las 5 y media horas, obteniéndose una niña de 3.000 gramos y con 51 centímetros que respiró espontáneamente. Traía dos circulares del cordón."

SEGUNDA.—"Secundigestante de 25 años. Antecedentes obstétricos: un parto normal en Texas, E. U. Inicia trabajo el 22 de diciembre de 1950 a la 1. Para definir el trabajo se le aplica con intervalos de media hora dos ampollas de Pitocín de media unidad. A las 13 se encuentra al tacto: Cuello blando, dilatación de 8 centímetros, bolsa íntegra. Cabeza móvil en I. T. Se le aplica una ampollita de Demerol disuelta en 10 c. c. de agua, endovenosa, y a las 13 y media horas se pasa a la sala, se le rompe la bolsa y se le aplican dos unidades de Pitocín. En vista de que a las 14 horas no se encajaba, se resolvió terminar el parto con forceps de Simpson, maniobra de Llamas Massini. El encajamiento y el descenso fueron fáciles, el desprendimiento en O. S., perió ileso. Toma biparietal. Se obtiene un niño de 4.500 gramos que respiró espontáneamente.

A guisa de comentario, no tanto al trabajo en sí como al tema mismo, vale la pena recordar algunos conceptos. En los últimos tiempos se ha insistido mucho sobre la noción de encajamiento y también sobre la clasificación de las aplicaciones del forceps de acuerdo con la altura de la presentación en el canal genital. Las recientes publicaciones de Denner<sup>1</sup> y Weinberg<sup>2</sup> así lo reafirman y, al agitar la cuestión se proponen unificar el criterio sobre el particular. Autores como Titus, Greenhill MacCormick y Eastman<sup>3</sup> consideran haber definido la cuestión desde los puntos de vista clínico y práctico. Resume de la siguiente manera, este último autor, la doctrina de los autores citados: "Solamente se tienen en cuenta tres posibilidades de forceps a saber: forceps alto, forceps bajo y forceps medio. Es alto cuando se aplica antes de que se haya verificado el encajamiento. Clínicamente se reconoce la ausencia de encajamiento porque la parte que se presenta no ha llegado a la altura de las espinas isquiáticas. Es forceps bajo el que se aplica cuando la cabeza es visible, el cráneo fetal está en el piso perineal y la sutura sagital está en el diámetro antero-posterior de la pelvis. Forceps medio es el que se aplica antes de que estén presentes las condiciones mencionadas para ser bajo, pero después de realizado el encajamiento. Con este criterio, agrega Eastman, en 1950 en John Hopkins Hospital, hubo una incidencia del 33% de los cuales, 25.8% fueron bajo y 7.3% medios. No se practicaron aplicaciones de forceps alto.

El concepto de encajamiento es rígido e indispensable para una correcta aplicación del forceps. Dice a propósito De Lee<sup>4</sup>: "Clínicamente se manifiesta el encajamiento: Primero porque la cabeza debe tocarse, con tacto vaginal, alcanzando las espinas isquiáticas o habiéndolas pasado. Segundo: la cabeza cubre entonces, las dos terceras partes del sacro, o sea que la cabeza ha alcanzado el tercer plano paralelo de Hodge y apenas se pueden introducir los dedos entre aquella y el sacro. Tercero: tres cuartas partes de la sínfisis están cubiertas por

la cabeza. Si la porción inferior de la bóveda craneana queda entre las tuberosidades, la cabeza está en el estrecho medio y cuando las dos protuberancias parietales han pasado de las tuberosidades la cabeza está en el estrecho inferior. Si no se ha cumplido el encajamiento, la aplicación del forceps ya no sería denominada aplicación alta, sino aplicación sobre cabeza flotante". Hay unificación hoy en día, dice Williams<sup>5</sup> en el criterio de evitar el forceps alto y proscribirlo sobre cabeza flotante. Dubrysay<sup>6</sup>, representante de la vieja escuela francesa afirma: "La presentación debe estar fija, o mejor, encajada. El instrumento no se debe aplicar y, por lo demás, ya no se puede aplicar sobre una cabeza móvil por encima del estrecho superior". La longitud del forceps, dice Recasens<sup>7</sup> no debe ser superior a 36 centímetros ya que habiéndose borrado de la práctica la aplicación del forceps por encima del estrecho superior, una mayor longitud sólo serviría para dificultar su manejo. Ocasionalmente la cabeza puede estar sólo parcialmente encajada, anota Davis<sup>8</sup>, pero se debe estar seguro de que no hay desproporción. La cesárea o la versión tienen entonces sus indicaciones. El forceps alto es muy raramente intentado en la moderna práctica obstétrica; sobre cabeza flotante, ha sido completamente abandonado, se lee el Dugald Baird<sup>9</sup>. Lull and Kingbrought<sup>10</sup> afirman: "la cabeza debe estar perfectamente encajada, es decir, que el punto más descendido del occipital debe alcanzar las espinas y el diámetro suboccipito-bregmático, debe haber pasado del área del estrecho superior.

Solamente en algunos textos franceses muy antiguos y en el de Clínica Obstétrica de Moragues Bernat<sup>11</sup>, se describen técnicas para aplicaciones sobre cabeza no encajada. Los autores argentinos informan sobre la técnica de Llamas Massini.

Nosotros también hemos tenido adictos a la aplicación selectiva del forceps alto y de forceps por sobre el estrecho superior: la tesis de grado de Cantera Durán<sup>12</sup> recogió un buen número de aplicaciones altas y sobre cabeza móvil, practicadas por el Profesor Rodríguez Aponte; aplicaciones éstas a las que hube de asistir en mi calidad de Interno de la Clínica Moderna, dirigida entonces por el citado Profesor (año de 1943). Recordando tales aplicaciones y revisando las citadas tesis, se concluye claramente que en tales intervenciones se vieron burlados todos los temores de su peligrosidad y, contra las opiniones ya citadas, se demostró la aplicabilidad del forceps con cabeza flotante con el modelo corto de Simpson. Pero hay que advertir que Rodríguez Aponte es insuperable en el dominio del instrumento y su experiencia obstétrica así como su claro discernimiento clínico en lo atañadero en la especialidad, lo ponen a salvo de una aplicación no selectiva. Rafael Peralta, entre los Profesores jóvenes de la Facultad, aparece también como propugnador de la citada intervención y en su ejercicio, casi se podría tachar de temerario. En la tesis de grado del doctor José Miguel Páez Vargas<sup>13</sup> están expuestas las indicaciones y se recalca sobre las condiciones de su aplicación según la dirección del ya citado Profesor Peralta. En escritos anteriores<sup>14</sup> afirma éste que es indispensable un estudio muy cuidadoso y que se debe desistir a tiempo, no "insistiendo ante lo imposible", son sus palabras, si se encuentran dificultades.

Personalmente también he considerado factible su aplicación y la he realizado con éxito; para mencionar solamente lo publicado, en el comentario de mis estadísticas particulares del año 1950<sup>15</sup> sobre 48 aplicaciones de forceps tuvimos oportunidad de comentar dos de aplicación alta y entonces decíamos: "no es el caso de polemizar respecto a la posibilidad del forceps por sobre el estrecho superior, pero como lo hemos visto aplicar, y lo aplicamos con éxito indudable, podemos decir que así como para quien no domina la especialidad ni la técnica equivaldría a "una embriotomía en feto vivo" para otros, es una sencilla y anódina intervención obstétrica". La fuerza de esta afirmación reside en que consideramos tal intervención como privativa del especialista avezado y por consiguiente, no sujeta a reglas especiales distintas de las que da el dominio del arte obstétrico. Los resultados de su aplicación en la clientela hospitalaria hecha por principiantes, no puede ser más desastrosa. En la tesis de grado del doctor Ariel Rodríguez<sup>16</sup> que comenta el parto en las primíparas de edad avanzada, se lee: "...en el primer grupo, número de forceps altos: 7, de los cuales resultaron cinco fetos muertos si bien dos de éstos tenían trabajo prolongado". "Mortalidad materna: 1 caso por shock obstétrico en forceps alto". "Forceps en el tercer grupo, porcentaje de aplicación: 28.19%. Una sola aplicación alta de forceps en este grupo, dio un feto muerto".

Luis M. Medellín<sup>17</sup> en el estudio de 600 aplicaciones de forceps en San Juan de Dios encuentra quince aplicaciones altas de las cuales siete fueron con modelo Simpson, seis con Tarnier, una con Demelin y una con Kieland. No especifica el resultado final pero afirma en las conclusiones: "Los peligros de equivocarse en la elección de esta intervención son tanto mayores cuanto se intenta a mayor altura de la presentación dentro del canal genital; y agrega: "el mayor número de traumatismos fetales correspondió a la aplicación del forceps por sobre el estrecho superior. Si tenemos en cuenta el número de aplicaciones en el estrecho superior, con modelos Tarnier y Simpson aisladamente, encontramos mayor número de traumatismos fetales con el forceps de Tarnier".

Entre los argentinos Ricardo Dubrosky, Juan José Báez y Ercilia J. Ferloni<sup>18</sup> estudian 72 casos de forceps en el estrecho superior con los siguientes resultados: morbilidad materna 23%, morbilidad fetal 12%, mortalidad fetal 25%. Concluyen los autores que el forceps en el estrecho superior ha sido realizado como un recurso de necesidad y agregan: "El tocólogo de ayer, atemorizado por la enorme responsabilidad que asumía al intervenir por vía quirúrgica dichos casos (trabajos prolongados, casos impuros) escogió la vía obstétrica, en salvaguardia de la vida de la madre sabiendo de antemano que la elección del forceps, técnica de Llamas Massini, significaba un riesgo cierto para el feto".

Arenas Buenahora nos ofrece una casuística de 24 aplicaciones de forceps, siete sobre cabeza móvil y siete sobre cabeza insinuada. Los resultados obtenidos por él le permiten comentar: "En cuanto a la madre no hubo en ninguno de los casos consecuencias que lamentar, no hubo mortalidad, y se evitaron 24 cesáreas; en cuanto a los fetos, no hubo mortalidad, no hubo parálisis faciales ni hemorragias meníngeas en los 24 casos descritos, todos con distocia de encaja-

miento de causa secundaria, el forceps alto invadió con éxito el campo de la cesárea, no se hizo embriotomía en feto vivo y no fue aquella una operación contranatural”.

Debo resumir mi concepto sobre el trabajo de Arenas Buenahora en particular y mi opinión sobre el forceps alto: en cuanto al primero, su realización demuestra un notable perfeccionamiento en el arte obstétrico de los especialistas de Bucaramanga a cuya cabeza se está colocando el doctor Arenas Buenahora. Los casos fueron muy bien seleccionados lo que habla muy en alto del criterio con que se intervino y los resultados tan benéficos si bien van en elogio del especialista, no deben conducir al optimismo de afirmar que la intervención no es peligrosa.

En cuanto a mi concepto sobre el forceps en cabeza flotante, en cabeza insinuada y aun sobre cabeza apenas encajada, hoy en día, adhiero al criterio ya citado de Eastman; no obstante considero factible tal intervención, pero, sin poder precisar sus indicaciones, sin aferrarse a técnica especial ninguna que no la puede haber; tal intervención debe ser privativa del especialista consagrado, y entonces, como ya lo dijimos, el profundo conocimiento del arte obstétrico y una conciencia bien informada, son las únicas normas que se deben tener en cuenta. De todas maneras la intervención es peligrosa, tanto más, si se trata de una primípara y desde el punto de vista didáctico, considero gravísima falla y responsabilidad de inenarrables consecuencias, no enseñar que es condición *sine qua non* para las aplicaciones del forceps, que se haya realizado el encajamiento según el riguroso concepto que sobre encajamiento expusimos copiado de De Lee<sup>19</sup>.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—**Eduard K. Demner**.—Am. J. Gyn. Obs. 63: 272. 1952.—Classification of Forceps Deliveries According to Station of Head in Pelvis.
- 2.—**Weimberg Arthur and Far Rockaway**.—Am. J. Gyn. Obs.: 64: 371. 1952.—Classification of Forceps Operation According to Uniform Radiological and Clinic Criterion.
- 3.—**Eastman Micholson J.**—Am. J. Gyn. Obst. 63: 281. 1952.
- 4.—**De Lee Greenhill**.—Principios y Prácticas de Obstetricia. Octava Edición, página 320.
- 5.—**Williams**.—Obstetricia. Séptima Edición, pág. 700.
- 6.—**Dubrysay C. Jeannin**.—Octava Edición. *Precis d'accouchement*. 645.
- 7.—**Recasens Girol**.—Tratado de Obstetricia. Sexta Edición. Pág. 1.058.
- 8.—**Davis Carl Henry**.—Gynecology and Obstetrics. Cap. II. Vol. 2, pág. 23.
- 9.—**Dougald Baird**.—Combined Text Book of Obstetrics and Gynecology. E and S. Livingstone, 1950. Fifth Edition. Pág. 853.
- 10.—**Lull and Kingbrough**.—Clinical Obstetrics. 1953. Pág. 551.

- 11.—**Moragues Bernat Jaime**.—Clínica Obstétrica. 1953.
- 12.—**Cantera Durán Jaime**.—Contribución al Estudio del Forceps. Forceps por Sobre el Estrecho Superior. Tesis de grado. Bogotá. 1944.
- 13.—**Páez Vargas Miguel**.—Distocia de Encajamiento de Causa Secundaria. Tesis de grado. Bogotá. 1952.
- 14.—**Peralta C. Rafael**.—A Propósito de las Aplicaciones de Forceps por Encima del Estrecho Superior. "Colombia Médica", No. 8, mayo de 1944.
- 15.—**Ramírez M. Rafael - Lamus Guerrero Sergio**.—Rev. Col. Obst. Gin., Vol. 2, No. 4. 1951. Aspectos del Ejercicio Obstétrico en Clientela Civil.
- 16.—**Rodríguez Astie Ariel**.—Rev. Col. Obst. Gin., Vol. 5, No. 1, pág. 32. Parto en las Primíparas de Edad Avanzada.
- 17.—**Medellín Luis M.**—Comentarios a 600 Aplicaciones de Forceps. Tesis de grado. Bogotá. 1945.
- 18.—**Dubrosky Ricardo, Juan José Báez y Ercilla J. Ferloni**.—Contribución a las Limitaciones de Forceps Sobre el Estrecho Superior. Obst. Gin. Am. Lat., Vol. 9, No. 521. 1951.
- 19.—**De Lee Greenhill**.—Principios y Práctica de Obstetricia. Octava Edición, página 320.