

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
República de Guatemala, Centro América

# **"Revisión de Fórceps empleados en la Maternidad del Hospital Roosevelt durante el año de 1962"**

(Este trabajo fue realizado en la Maternidad del Hospital Roosevelt y  
Supervisado por el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la  
Facultad de Ciencias Médicas).

**Dr. Ronald Forno Aguirre**  
Asesor

**Dr. Luis F. Molina Gálvez**  
Revisor

**Dr. José Díaz Durán**  
Director del Departamento de Ginecología  
y Obstetricia.

## **T E S I S**

presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

p o r

**ANGEL ARISTIDES SAMAYOA RAMILA**

en el Acto de su Investidura de

**M E D I C O Y C I R U J A N O**

**Guatemala, junio de 1965.**

## INDICE:

|                                                                                                                                        | Pág. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A. Introducción, Antecedentes y Objetivos .....                                                                                        | 11   |
| B. Material y Métodos .....                                                                                                            | 13   |
| C. Resultados:                                                                                                                         |      |
| 1. Indicaciones de los Fórceps .....                                                                                                   | 14   |
| 2. Diferentes tipos de Fórceps empleados .....                                                                                         | 16   |
| 3. Estudio Comparativo de la Altitud de las Aplicaciones del Fórceps .....                                                             | 20   |
| 4. Diferentes Tipos de Anestesia empleados .....                                                                                       | 22   |
| 5. Complicaciones Maternas .....                                                                                                       | 25   |
| 6. Morbilidad y Mortalidad Fetales .....                                                                                               | 29   |
| 7. Diferentes cifras comparativas de partos eutócicos, partos atendidos con Fórceps, movimiento de Pacientes en Consulta Externa ..... | 33   |
| D. DISCUSION .....                                                                                                                     | 35   |
| E. CONCLUSIONES .....                                                                                                                  | 36   |
| F. SUMARIO .....                                                                                                                       | 39   |
| G. APENDICE .....                                                                                                                      | 41   |
| H. BIBLIOGRAFIA .....                                                                                                                  | 43   |

## INTRODUCCION

### Antecedentes y Objetivos:

Consideramos que el Fórceps Obstétrico continúa siendo de valor inapreciable en el Armamentarium Médico Moderno.

Es por ello que decidimos hacer un estudio de los Fórceps empleados durante el año de 1962, en la Maternidad del Hospital Roosevelt.

El Fórceps representa para el estudiante de Medicina que desea continuar su carrera Médica en la especialización de Obstetricia, una Panacea de la habilidad manual y del juicio diagnóstico en este campo de la Medicina.

Mucho se ha hablado en contra del mismo y es por ello que siempre se le aprecia con cierto temor y respeto. En la Maternidad del Hospital Roosevelt en donde considero que se brinda un período de entrenamiento muy amplio y completo a los que pretenden llegar a ser los obstetras del mañana, se emplea el Fórceps Obstétrico bajo la vigilancia y supervisión de Profesores de Obstetricia.

Siendo la Maternidad del Hospital Roosevelt, la Maternidad más grande de toda la República y habiendo por lo tanto abundantes datos de estadística y de historias clínicas, nos propusimos en nuestro trabajo hacer un análisis de todos los Fórceps empleados en la misma, durante todo el año de 1962, a efecto de llevar a cabo una revisión de las indicaciones por las que se aplican con mayor frecuencia los Fórceps.

Además pretendemos hacer un estudio de las complicaciones fetales y maternas atribuibles al Fórceps, a efecto de practicar por el análisis cuidadoso de estas complicaciones una mejor Profilaxis Obstétrica. Nos interesó particularmente estudiar el problema de Anestesia en Obstetricia y en este caso particular en su aplicación, ventajas y complicaciones en el uso del Fórceps.

Este trabajo indudablemente brindará al Médico recién graduado una guía de enseñanza de tan importante instrumento.

Haciendo una revisión de todos los trabajos de Tesis que se han presentado en la Facultad de Medicina desde el año de 1960, hasta la fecha se encontraron los siguientes trabajos, los cuales en una forma u otra, guardan alguna relación con el tema tratado en el presente trabajo:

- 1.—La Rotación Manual en los paros profundos de las posiciones de Vértice.—Dr. Alberto Viau Dávila. 1950.
- 2.—Mortalidad Materna en el Hospital Roosevelt.—Rolando Comparini. 1959.
- 3.—Estudio Clínico Patológico de la Mortalidad del Niño Prematuro en el Hospital Roosevelt (revisión de 111 casos).—Juan José Urrutia F. 1959.
- 4.—Accidentes Traumáticos del Recién Nacido.—Rodolfo Wyss Barillas. 1959.
- 5.—Consideraciones sobre 295 aplicaciones de Fórceps en el Hospital Roosevelt, durante el año de 1959.—Amílcar Acevedo Rodríguez. 1960.
- 6.—Rotación Instrumental.—Rigoberto Santos. 1960.
- 7.—Prolapso del Cordón Umbilical durante el Trabajo de Parto.—César E. Monroy M. 1961.
- 8.—Mortalidad Materna en el Hospital Roosevelt.—Dr. César Corzantes. 1962.
- 9.—Parto Prematuro en Guatemala, sus causas y profilaxis (estudio preliminar de 100 casos en el Hospital Roosevelt).—Dr. Oscar Figueroa Zibara. 1963.

Respecto a publicaciones, que por su contenido guardan relación con nuestro trabajo, encontramos las siguientes:

- 1.—Ultimos avances en Obstetricia.—Dr. Carlos R. Dardón. Revista del Colegio Médico, Vol. 7, No. 2. Junio 1956.

- 2.—Sufrimiento Fetal.—Dr. Carlos R. Dardón. Revista del Colegio Médico, Vol. 6, No. 3. Septiembre de 1955.
- 3.—Porvenir Obstétrico de la Mujer con Cesárea Previa.—Revista del Colegio Médico, Vol. 6, No. 4. Dr. Carlos R. Dardón. Diciembre de 1956.
- 4.—Consideraciones sobre algunos aspectos de Recién Nacidos Prematuros. Dr. Rafael Montiel. Revista del Colegio Médico, Vol. 9, No. 3. Septiembre de 1960.
- 5.—Mortalidad Materna en Guatemala.—Dr. Osberto Rosales. 2o. Congreso Centro Americano de Obstetricia y Ginecología. Panamá, Febrero de 1956.
- 6.—Porvenir Obstétrico y riesgo del Parto siguiendo a la Cesárea anterior.—Dr. Carlos R. Dardón. Panamá, Febrero de 1956.

#### **Material y Método:**

Para la sistematización y ejecución del presente trabajo, se analizaron todos los partos efectuados en la Maternidad del Hospital Roosevelt durante el año de 1962.

De ello tomamos el número de historia clínica de los partos resueltos con Fórceps. Todas las historias clínicas de dichos partos fueron revisadas minuciosamente en el Departamento de Archivo y cotejamos luego con los resultados finales del Departamento de Estadística.

Consideramos como punto primordial hacer un análisis de las indicaciones obstétricas del Fórceps, haciendo notar la indicación más frecuentemente encontrada. En algunos casos vimos que se presentó más de una indicación, pero tratamos de dejar claro la indicación que se presentaba como la más urgente.

El tipo de Fórceps empleado también ha sido objeto de nuestra investigación y como objetivo secundario especificamos el más frecuentemente empleado.

Creemos que fue también de utilidad, analizar la altitud de aplicación o toma de Fórceps en el canal del parto y de los diferentes problemas de anestesia encontrados.

Por último, y no por ello de menos importancia, se analizan las complicaciones Maternas y la Morbilidad y Mortalidad fetales atribuibles al Fórceps.

## RESULTADOS:

### 1) Indicaciones

A continuación detallamos las indicaciones de los Fórceps empleados por orden de frecuencia.

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| 1.—Rotaciones instrumentales .....                             | 215 |
| a) Detenciones en Izquierda Transversa .....                   | 102 |
| b) Detenciones en Izquierda Posterior .....                    | 9   |
| c) Detenciones en Derecha Transversa .....                     | 40  |
| d) Detenciones en Derecha Posterior .....                      | 39  |
| e) Detenciones en Posterior Pura .....                         | 25  |
| (Maniobras de Scanzonni .....                                  | 2)  |
| (Rotaciones Mixtas .....                                       | 5)  |
| 2.—Por sufrimiento Fetal .....                                 | 172 |
| 3.—Por Agotamiento Materno .....                               | 58  |
| 4.—Por Cesárea anterior .....                                  | 44  |
| 5.—Por Expulsión retardada .....                               | 37  |
| 6.—Por paro de Progresión del Trabajo de Parto .....           | 36  |
| 7.—Por Trabajo de Parto prolongado .....                       | 34  |
| 8.—Por Retención de Cabeza Última .....                        | 23  |
| 9.—Profilácticos o Vulvares .....                              | 18  |
| 10.—Por pre-Eclampsia .....                                    | 13  |
| 11.—Por inminencia de Ruptura Uterina .....                    | 12  |
| 12.—Por Mala Colaboración Materna .....                        | 11  |
| 13.—Por Obito Fetal .....                                      | 11  |
| 14.—Por procidencia del Cordón Umbilical .....                 | 10  |
| 15.—Por Eclampsia .....                                        | 6   |
| 16.—Por Inercia Uterina Secundaria .....                       | 6   |
| 17.—Por Premadurez Fetal .....                                 | 4   |
| 18.—Por Edema del Cuello .....                                 | 3   |
| 19.—Por Edema Vulvar .....                                     | 3   |
| 20.—Por Polisistolia .....                                     | 3   |
| 21.—Por Hipertensión Arterial .....                            | 3   |
| 22.—Por Amnioitis .....                                        | 3   |
| 23.—Por Utero Péndulo .....                                    | 2   |
| 24.—Por dos Cesáreas anteriores .....                          | 2   |
| 25.—Por Primigesta Añosa .....                                 | 2   |
| 26.—Por Segundo Gemelo .....                                   | 2   |
| 27.—Por Deflexión de la Cabeza Fetal (Posterior Derecha) ..... | 1   |

|                                                        |   |
|--------------------------------------------------------|---|
| 28.—Por Edema vaginal .....                            | 1 |
| 29.—Por Doble Lesión Mitral .....                      | 1 |
| 30.—Por Insuficiencia Aórtica .....                    | 1 |
| 31.—Por Epilepsia .....                                | 1 |
| 32.—Por Asinclitismo Anterior .....                    | 1 |
| 33.—En Primer Gemelo .....                             | 1 |
| 34.—Por Desprendimiento Prematuro de Placenta .....    | 1 |
| 35.—Feto Valioso (dramas Obstétricos anteriores) ..... | 1 |
| 36.—Por Histerotomía Previa .....                      | 1 |
| 37.—Por Ruptura Uterina Antigua .....                  | 1 |
| 38.—Por Presentación Cefálica Complicada .....         | 1 |

El gran total del año es de 475 Fórceps empleados y sin embargo las indicaciones enumeradas anteriormente suman 744. Esto es debido, como dejamos asentado previamente, al hecho de que muchas aplicaciones del Fórceps tenían varias Indicaciones, pero creímos conveniente enumerarlas en su totalidad y no sólo la más urgente, para que nuestro estudio fuera más completo.

La indicación más frecuentemente encontrada fue la de Rotación Instrumental, siguiéndole en importancia la de Sufrimiento Fetal.

Como causa más frecuente de Rotación Instrumental, encontramos la detención en Izquierda Transversa.

De manera personal estimo que en las historias clínicas estudiadas se hace muy poca mención de la Rotación Manual que se aconseja efectuar previa al intento de Rotación por Fórceps.

En los casos de Sufrimiento Fetal, queremos hacer notar que en su mayoría fueron accidentes encontrados en el momento de dilatación completa o completable o en expulsión. Los casos en los que la paciente aún no había llegado al 2o. período del Parto, el tratamiento consistió en la administración de Oxígeno a la Madre, colocarla en posición adecuada y sedación en los casos de Polisistolia. En nuestros casos actuales, dicho tratamiento logró llevar a la paciente hasta el 2o. período del Parto y considerar la aplicación de un Fórceps.

En todos aquellos casos en los cuales el tratamiento no logró una mejoría aparente o en los que existía alguna causa por la cual la resolución del caso era aconsejable de urgencia, fueron resueltos por diferente método quirúrgico (Operación Cesárea).

Los casos de Agotamiento Materno o de Mala Colaboración de las pacientes, representan un número apreciable en nuestras estadísticas.

El total de pre-eclampsias registradas en el Hospital Roosevelt, en el Departamento de Maternidad, durante el año de 1962, fue de 16; por lo que creemos que es muy loable el hecho de que 13 de ellas hayan tenido una resolución más corta de su período expulsivo.

Comprendo muy bien que es difícil hacer una diferenciación entre la apreciación clínica de un Trabajo de Parto Prolongado, de Paro de Progresión del Trabajo de Parto y de Expulsión Retardada, pero me he concretado a enumerar las indicaciones tal como aparecían escritas en la historia clínica. Pienso que en este grupo, inclusive se pueden incluir los Fórceps empleados por Inercia Uterina Secundaria.

Los casos de Inminencia de Ruptura Uterina son casos en los que la dilatación cervical ya estaba completa y en los que se llenaban las condiciones elementales para la aplicación del Fórceps.

Nuestras pacientes con Fórceps profilácticos o vulvares llenan un número pequeño y en ellas van incluidos algunos casos de enseñanza o entrenamiento del Personal de Residentes.

En nuestro estudio hemos observado que en los casos de aplicación de Fórceps por operación Cesárea anterior, se llenó el requisito de revisión de la Cavidad Uterina después de completado el tercer período del parto.

Los casos de procidencia del Cordón Umbilical y de Obito Fetal fueron todos ellos con dilatación completa del Cérvix y en la última indicación por presentación baja y en los que se consideró que la resolución del caso por Fórceps era lo ideal.

Por último queremos hacer mención de la paciente con presentación Cefálica Complicada con laterocidencia del miembro superior. Se trataba de un feto pequeño en la que fue posible el rechazo del miembro superior hacia la cavidad uterina.

## **2) Diferentes tipos de Fórceps empleados**

Se detalla a continuación los diferentes tipos de Fórceps empleados durante el año de 1962, haciendo un análisis mensual de los mismos y dando el resultado final o gran total del año.



### Enero

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 21 |
| Kielland                | 10 |
| Liuckart                | 2  |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 11 |
| Piper                   | 1  |
| Tarnier                 | 1  |

### Febrero

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 23 |
| Kielland                | 5  |
| Liuckart                | 3  |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 7  |
| Piper                   | 2  |
| Tarnier                 | 1  |

### Marzo

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 23 |
| Kielland                | 7  |
| Liuckart                | 2  |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 7  |
| Piper                   | 1  |
| Tarnier                 | 4  |

### Abril

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 10 |
| Kielland                | 11 |
| Liuckart                | 4  |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 9  |

### Mayo

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 23 |
| Kielland                | 7  |
| Liuckart                | 10 |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 7  |
| Piper                   | 3  |
| Tarnier                 | 2  |

### Junio

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 16 |
| Kielland                | 6  |
| (uno de ellos fallido)  |    |
| Liuckart                | 8  |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 5  |
| Piper                   | 3  |
| (uno de ellos fallido)  |    |
| Tarnier                 | 1  |

### Julio

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 12 |
| Kielland                | 4  |
| Liuckart                | 5  |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 6  |
| (uno de ellos fallido)  |    |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 1  |

### Agosto

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 16 |
| Kielland                | 3  |
| Liuckart                | 8  |
| (uno de ellos fallido)  |    |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 1  |

### Septiembre

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 14 |
| Kielland                | 5  |
| Liuckart                | 3  |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 11 |
| Piper                   | 6  |
| Tarnier                 | 1  |
| Elliot                  | 1  |

### Octubre

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 16 |
| Kielland                | 11 |
| Liuckart                | 7  |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 9  |

### Noviembre

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 10 |
| Kielland                | 3  |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 13 |
| Piper                   | 2  |
| Elliot                  | 3  |
| Tarnier                 | 1  |

### Diciembre

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Simpson                 | 20 |
| Kielland                | 6  |
| Liuckart                | 1  |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 12 |
| Piper                   | 1  |

### Gran total del Año

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Simpson                 | 204 |
| Kielland                | 78  |
| Liuckart                | 53  |
| Tucker Liuckart Mc Lane | 98  |
| Piper                   | 23  |
| Tarnier                 | 15  |
| Elliot                  | 4   |

T o t a l : 475

El Fórceps más comúnmente empleado es el de Simpson (mediano) y no es raro observar que se usó repetidamente para rotaciones instrumentales.

Los Fórceps rotadores de Kielland y de Liuckart, fueron ampliamente empleados y según la simpatía de cada operador hacia su instrumento preferido fue lo que permitió esta diferencia entre ambos.

El Fórceps de Piper fue usado en los casos de Retención varios obstetras de nuestra Maternidad al Fórceps de Simpson, por el hecho de que algunos consideran ventajoso que las cucharas del Fórceps no sean fenestradas.

El Fórceps de Piper fue usado en los casos de Retención de cabeza última.

El Fórceps de Tarnier fue usado como se verá más adelante en los Fórceps de toma alta o medio alta y además como rotador.

### 3) Estudio comparativo de la altitud de las aplicaciones del Fórceps

A continuación se detalla la altitud a que fueron hechas las tomas durante cada mes del año, y al final se anota el total del año:

#### Enero

|              |    |
|--------------|----|
| Medios bajos | 26 |
| Bajos        | 18 |

#### Febrero

|              |    |
|--------------|----|
| Medios altos | 1  |
| Medios bajos | 22 |
| Bajos        | 18 |

#### Marzo

|              |    |
|--------------|----|
| Altos        | 1  |
| Medios bajos | 23 |
| Bajos        | 22 |

#### Abril

|              |    |
|--------------|----|
| Medios bajos | 25 |
| Bajos        | 7  |

#### Mayo

|              |    |
|--------------|----|
| Medios bajos | 29 |
| Bajos        | 23 |

#### Junio

|              |    |
|--------------|----|
| Medios bajos | 18 |
| Bajos        | 21 |

### Julio

|              |       |    |
|--------------|-------|----|
| Medios bajos | ----- | 22 |
| Bajos        | ----- | 11 |

### Agosto

|              |       |    |
|--------------|-------|----|
| Medios bajos | ----- | 13 |
| Bajos        | ----- | 16 |

### Septiembre

|              |       |    |
|--------------|-------|----|
| Medios bajos | ----- | 20 |
| Bajos        | ----- | 24 |

### Octubre

|              |       |    |
|--------------|-------|----|
| Medios bajos | ----- | 23 |
| Bajos        | ----- | 20 |

### Noviembre

|              |       |    |
|--------------|-------|----|
| Medios altos | ----- | 1  |
| Medios bajos | ----- | 12 |
| Bajos        | ----- | 18 |

### Diciembre

|              |       |    |
|--------------|-------|----|
| Medios bajos | ----- | 15 |
| Bajos        | ----- | 26 |

### Gran total del Año

|              |       |     |
|--------------|-------|-----|
| Altos        | ----- | 1   |
| Medios altos | ----- | 2   |
| Medios bajos | ----- | 248 |
| Bajos        | ----- | 224 |

Total: -- 475

Es proverbialmente sabido ya, que en la Obstetricia moderna no cabe el Fórceps de aplicación alta y consideramos que el hecho de que en nuestras estadísticas actuales sólo un caso se presenta, es un mejoramiento apreciable en comparación a estadísticas de años anteriores en la Maternidad del Hospital Roosevelt.

El presente caso fue una aplicación por sufrimiento fetal en una paciente multípara.

Lo mismo se podría decir de las dos tomas medio altas.

#### **4) Diferentes tipos de Anestesia empleados**

El problema que surge en Obstetricia, del empleo acertado de cualquier tipo de anestesia en un momento dado, particularmente si este momento representa una emergencia, es actualmente y seguirá siéndolo hasta no llegar a perfeccionar los métodos actuales de anestésicos, un grave problema que puede afectar particularmente la vida fetal por el riesgo inminente de gran concentración del anestésico empleado en el torrente circulatorio del feto.

La Maternidad del Hospital Roosevelt cuenta desde su institución a la fecha, con un equipo de Anestelistas que están de servicio activo durante las 24 horas del día.

Los anestésicos por inhalación son los que representan un mayor peligro para el feto. Fue por ello que se han puesto tan en boga los anestésicos de tipo regional. Sin embargo, es necesario tener un entrenamiento previo en la materia para el uso acertado e inteligente de todo tipo de anestésicos que se emplean en Obstetricia.

Lo ideal, como se hace en otras partes del mundo, sería que el propio personal de Residentes de la Maternidad practicara un período de entrenamiento en Anestesia Obstétrica.

En nuestra Maternidad todas las anestias de tipo regional sí son administradas por Residentes de Obstetricia, pero es el Personal del Departamento de Anestesiología del Hospital Roosevelt el que aún administra la generalidad de los casos de anestesia por inhalación.

A continuación se da un detalle mensual de las anestias empleadas y finalmente el gran total del año.

### **Enero**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Trilene                         | 25 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) | 13 |
| Pudendas                        | 3  |

### **Febrero**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Trilene                         | 17 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) | 18 |
| Pudendas                        | 1  |
| Caudales                        | 1  |

### **Marzo**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Trilene                         | 24 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) | 17 |

### **Abril**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Trilene                         | 16 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) | 14 |
| Pudendas                        | 1  |

### **Mayo**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Trilene                         | 21 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) | 28 |

### **Junio**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Trilene                         | 15 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) | 20 |
| Suritales                       | 1  |

### **Julio**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Trilene                         | 10 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) | 18 |
| Silla de Montar                 | 1  |

### Agosto

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Trilene .....                         | 12 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) ..... | 11 |
| Silla de Montar .....                 | 3  |
| Pudendas .....                        | 2  |

### Septiembre

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Trilene .....                         | 16 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) ..... | 19 |
| Silla de Montar .....                 | 4  |
| Pudendas .....                        | 1  |

### Octubre

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Trilene .....                         | 28 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) ..... | 17 |

### Noviembre

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Trilene .....                         | 4  |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) ..... | 27 |
| Silla de Montar .....                 | 2  |
| Pudendas .....                        | 3  |

### Diciembre

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Trilene .....                         | 15 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) ..... | 24 |
| Pudendas .....                        | 7  |

### Gran total del Año

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| Trilenes .....                        | 203 |
| Generales (ciclo-ether-oxígeno) ..... | 226 |
| Pudendas .....                        | 18  |
| Sillas de Montar .....                | 10  |
| Suritales .....                       | 1   |



Todo esto representa un total de 459 anestесias dadas en el año de 1962 en los casos de aplicación de Fórceps, lo que deja un total de 16 casos en los que no consta la historia clínica qué tipo de anestesia se empleó o si no hubo ninguna.

Las anestесias de tipo general por inhalación de Ciclo Propano o Ether y Oxígeno, son las que representan la mayoría, siguiéndole en frecuencia el tipo de anestesia por inhalación de Trilene.

#### 5) Complicaciones maternas

Analizaremos a continuación las complicaciones maternas en los partos atendidos con Fórceps mensualmente, dando al final el total de dichas complicaciones durante el año de 1962.

#### Enero

|                                                                       |   |
|-----------------------------------------------------------------------|---|
| a) Rasgadura vaginal grado I suturada                                 | 1 |
| b) Rasgadura vaginal grado II suturada                                | 1 |
| c) Hemorragia del Alumbramiento por atonía uterina y shock secundario | 3 |
| d) Retención de placenta y extracción manual de la misma              | 2 |
| e) Disritmia cardíaca                                                 | 1 |

#### Febrero

|                                                                              |   |
|------------------------------------------------------------------------------|---|
| a) Hemorragia severa del alumbramiento por atonía uterina y shock secundario | 1 |
| b) Rasgadura vaginal grado I suturada                                        | 1 |
| c) Rasgadura vaginal grado IV suturada                                       | 1 |
| d) Rasgadura del cuello grado III suturada                                   | 1 |
| e) Rasgadura del cuello y pared vaginal grado I                              | 1 |

#### Marzo

|                                                                   |   |
|-------------------------------------------------------------------|---|
| a) Hemorragia del alumbramiento por atonía uterina (800 cc)       | 1 |
| b) Rasgadura vaginal grado I suturada                             | 1 |
| c) Rasgadura vaginal grado III suturada                           | 1 |
| d) Rasgadura del cuello grado II suturada                         | 1 |
| e) Hemorragia del alumbramiento, shock secundario y pre-eclampsia | 1 |

#### Abril

- a) Rasgadura vaginal grado II suturada ----- 1
- b) Rasgadura bilateral del cuello grado I suturada ----- 1
- c) Rasgadura del cuello y vagina grado II suturada ----- 1
- d) Incisión anterolateral del cuello ----- 1

#### Mayo

- a) Rasgadura vaginal grado I suturada ----- 1
- b) Rasgadura del cuello grado II suturada ----- 1
- c) Rasgadura del cuello y pared vaginal grado I suturada, más hemorragia del alumbramiento por atonía uterina y shock secundario ----- 1
- d) Hemorragia del alumbramiento de 1000 cc. por atonía uterina y shock secundario ----- 1
- e) Dehiscencia parcial del ángulo derecho de cicatriz de cesárea anterior ----- 1

#### Junio

- a) Rasgadura perineal grado III suturada ----- 1
- b) Rasgadura perineal grado IV suturada ----- 1
- c) Hemorragia del alumbramiento por atonía uterina ----- 1

#### Julio

- a) Rasgadura vaginal grado II suturada ----- 1
- b) Rasgadura vaginal grado III suturada ----- 1
- c) Rasgadura del ángulo derecho del cuello grado IV suturada ----- 1
- d) Hemorragia del alumbramiento por atonía uterina y shock secundario ----- 1

#### Agosto

- a) Rasgadura vaginal grado I suturada ----- 1
- b) Hemorragia seria del alumbramiento por atonía uterina ----- 1

### Septiembre

|    |                                                                 |   |
|----|-----------------------------------------------------------------|---|
| a) | Hemorragia del alumbramiento por atonía uterina de 700 cc. .... | 1 |
| b) | Rasgadura cervical izquierda grado III suturada .....           | 1 |
| c) | Rasgadura bilateral del cuello grado II suturada .....          | 1 |
| d) | Rasgadura del cuello y vagina grado I suturada .....            | 1 |
| e) | Rasgadura vagino-perineal grado III suturada .....              | 1 |

### Octubre

|    |                                           |   |
|----|-------------------------------------------|---|
| a) | Retención de placenta .....               | 1 |
| b) | Rasgadura vaginal grado II suturada ..... | 1 |

### Noviembre

|    |                                              |   |
|----|----------------------------------------------|---|
| a) | Retención de Placenta .....                  | 1 |
| b) | Inversión uterina reducida manualmente ..... | 1 |
| c) | Rasgadura perineal grado III suturada .....  | 1 |

### Diciembre

|    |                                                       |   |
|----|-------------------------------------------------------|---|
| a) | Hemorragia del alumbramiento por atonía uterina ..... | 1 |
| b) | Rasgadura vaginal grado II .....                      | 1 |

A continuación detallaremos el *Gran total del Año*:

|     |                                                       |    |
|-----|-------------------------------------------------------|----|
| 1)  | Retención de placenta .....                           | 1  |
| 2)  | Hemorragia del alumbramiento por atonía uterina ..... | 13 |
|     | a) con cuadro de shock secundario .....               | 8  |
|     | b) con cuadro de pre-eclampsia .....                  | 1  |
| 3)  | Rasgadura vaginal grado I .....                       | 5  |
| 4)  | Rasgadura vaginal grado II .....                      | 4  |
| 5)  | Rasgadura vaginal grado III .....                     | 3  |
| 6)  | Rasgadura vaginal grado IV .....                      | 1  |
| 7)  | Rasgadura perineal grado III .....                    | 2  |
| 8)  | Rasgadura perineal grado IV .....                     | 1  |
| 9)  | Rasgadura vagino-perineal grado III .....             | 1  |
| 10) | Rasgadura del cuello grado I .....                    | 1  |
| 11) | Rasgadura del cuello grado II .....                   | 3  |

|                                                         |   |
|---------------------------------------------------------|---|
| 12) Rasgadura del cuello grado III                      | 2 |
| 13) Rasgadura del cuello grado IV                       | 1 |
| 14) Rasgadura del cuello y vagina grado I               | 2 |
| 15) Rasgadura del cuello y vagina grado II              | 2 |
| 16) Disritmia cardíaca                                  | 1 |
| 17) Incisión anterolateral del cuello                   | 1 |
| 18) Dehiscencia parcial de cicatriz de cesárea anterior | 1 |
| 19) Inversión uterina                                   | 1 |

En los casos de retención placentaria, el tratamiento consistió en la extracción manual de la misma.

Nuestros casos complicados con hemorragia del alumbramiento por atonía uterina secundaria, de los que algunos de ellos presentaron shock hipovolémico secundario, el tratamiento consistió en la administración de transfusiones sanguíneas, posición de Trendelenburg de la paciente, administración de oxígeno por vía nasal, inyección inmediata de agentes ocitócicos, y masaje del cuerpo uterino, tratamiento que fue suficiente para cohibir la hemorragia uterina, la atonía y elevar la presión arterial a límites satisfactorios.

El caso de la paciente que tenía un cuadro similar al anteriormente expuesto y que originalmente presentaba diagnóstico de Pre-eclampsia fue naturalmente más difícil de tratar, para llegar a tener una presión compensatoria a la hipertensión ante-parto.

En todos estos casos, se descartó con anterioridad la presencia de rasgaduras de partes blandas.

Los casos de rasgaduras de partes blandas, perineo, pared vaginal, cuello y combinados, fueron tratados por sutura quirúrgica inmediata, en su generalidad usando catgut de tipo cromizado. Ninguno de ellos tuvo dehiscencia post-operatoria.

La paciente con disritmia cardíaca presentaba un diagnóstico de doble lesión mitral. Con el tratamiento médico administrado post-partum cedió satisfactoriamente.

Incluimos en estas complicaciones la incisión anterolateral del cuello; fue una paciente en la que aplicó un Fórceps rotador por detención en transversa izquierda sin dilatación completa. Haciéndose necesaria dicha incisión para completar la dilatación de un reborde de cuello anterior. Fue suturada inmediatamente post-partum.

La paciente con dehiscencia parcial de cicatriz de operación cesárea anterior encontrada al hacer la revisión manual de la cavidad uterina, ameritó intervención abdominal quirúrgica y reparación de la dehiscencia.

El caso de inversión uterina reportado fue tratado por reducción manual inmediata y administración de agentes vasoconstrictores.

#### 6) Morbilidad y Mortalidad fetales

En este capítulo enumeramos las complicaciones y la mortalidad fetal mensualmente, dándose al final una discusión del tratamiento administrado.

Queremos hacer constar que sólo fue posible en el presente trabajo, hacer un análisis de la morbilidad y mortalidad fetales a partir del momento del parto hasta el final de la hospitalización inmediata al mismo.

El seguimiento de estos niños en la Consulta Externa es muy insuficiente, en vista del poco interés de las pacientes a asistir a dichos controles.

#### Enero

- a) Niños que nacieron en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal ----- 2
- b) Niño que nació anestesiado por 2o. período prolongado, por un fórceps rotador difícil por detención en Izquierda Posterior (OIIP) ----- 1

#### Febrero

- a) Niño que nació MUERTO; fórceps de Tarnier medio alto por paro de progresión; hidrocefalia ----- 1
- b) Niño que nació MUERTO; fórceps de Piper difícil, por detención de cabeza última y expulsión prolongada ----- 1
- c) Niños que nacieron en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal ----- 2
- d) Niño que nació en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal; detención en derecha transversa (OIDT) y que MURIO 3 días después, con diagnóstico de hemorragia intracraneana, anemia severa y bronconeumonía ----- 1

- e) Niño que nació anestesiado; fórceps rotador por detención en derecha posterior (OIDP) y expulsión prolongada ..... 1

### Marzo

- a) Niño que nació MUERTO; prolapso del cordón ..... 1  
 b) Niño nacido MUERTO; fórceps de Simpson bajo; hipertensión arterial materna ..... 1  
 c) Niño prematuro que nació en malas condiciones; fórceps rotador por detención en izquierda transversa (OIIT); madre con pre-eclampsia ..... 1  
 d) Niño que nació en malas condiciones, con diagnóstico previo de sufrimiento fetal y que falleció 2 horas después con diagnóstico de hemorragia intracraneana ..... 1  
 e) Niño nacido en regulares condiciones; fórceps de Tarnier medio por falta de progresión del trabajo de parto ..... 1

### Abril

- a) Niño prematuro; fórceps por dos cesáreas anteriores, Simpson medio; MURIO 6 días después con diagnóstico de bronconeumonía, premadurez y eritrodermia icteriforme neonatorum ..... 1  
 b) Niños que nacieron en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal ..... 2

### Mayo

- a) Niños que nacieron en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal ..... 2  
 b) Niño que nació en malas condiciones, anémico; fórceps rotador por detención profunda en posterior ..... 1  
 c) Niño que nació en malas condiciones, con anoxia de 6-7 minutos; fórceps de Piper por retención de cabeza última y prolapso del cordón ..... 1

### Junio

- a) Niño que tuvo enclavamiento de hombros con diagnóstico de sufrimiento fetal previo ..... 1

- b) Niño con enclavamiento de hombros; fórceps rotador por detención en transversa izquierda (OIIT) ..... 1
- c) Niño con parálisis parcial izquierda ligera; fórceps rotador por detención en derecha posterior (OIDP) y sufrimiento fetal ..... 1
- d) Niño que nació MUERTO; premadurez. Fórceps Simpson medio por Eclampsia ..... 1
- e) Niño en malas condiciones; Fórceps de Piper fallido por retención de cabeza última y maniobra de Mauriceau traumática ..... 1
- f) Niño con depresión respiratoria; Fórceps bajo por paro en expulsión ..... 1

#### Julio

- a) Niño que nació MUERTO por procidencia del cordón ..... 1
- b) Niño que nació en malas condiciones; fórceps de Piper por retención de cabeza última ..... 1
- c) Niño que nació en regulares condiciones, con diagnóstico previo de sufrimiento fetal y detención en derecha posterior (OIDP); Fórceps rotador ..... 1
- d) Niño que nació en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal (dos circulares apretadas del cordón al cuello) ..... 1

#### Agosto

- a) Niño que nació en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal ..... 1
- b) Niño que nació en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal (una circular del cordón al cuello) ..... 1
- c) Niño que nació en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal (tres circulares de cordón al cuello) ..... 1

#### Septiembre

- a) Niño que nació en malas condiciones; Fórceps de Piper por retención de cabeza última y prolapso del cordón que FALLECIO dos días des-

- pués; diagnóstico de hemorragia intracraneal e insuficiencia respiratoria ----- 1
- b) Niño que nació MUERTO; Fórceps de Piper por retención de cabeza última ----- 1
- c) Niños que nacieron en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal ( dos circulares del cordón al cuello) ----- 1

#### Octubre

- a) Niño que nació en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal ----- 1
- b) Niño que nació en regulares condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal ( una circular del cordón al cuello, apretada) ----- 1
- c) Niño que nació en malas condiciones; prematuridad ----- 1

#### Noviembre

- a) Niño con parálisis facial izquierda; Fórceps rotador por detención en izquierda transversa (OIIT) ----- 1
- b) Niño que nació en malas condiciones; Fórceps de Piper por retención de cabeza última (anomalías congénitas de forma craneal y pie zambó bilateral) ----- 1
- c) Niño que nació en malas condiciones con diagnóstico, previo de sufrimiento fetal (tres circulares de cordón al cuello) ----- 1

#### Diciembre

- a) Niño que MURIO 5 minutos después del parto; Fórceps de Piper por retención de cabeza última ----- 1
- b) Niños que nacieron en malas condiciones; Fórceps rotador por detención en izquierda transversa (OIIT) y sufrimiento fetal ----- 1

De lo enumerado anteriormente podemos ver que sólo 8 niños MURIERON inmediatamente o a los pocos días de la aplicación del Fórceps o que nacieron ya muertos, pero sin haber diagnóstico previo de óbito fetal.



De todos estos niños hay unos sin embargo, que la causa de la muerte no puede ser atribuida únicamente al Fórceps; tal es el caso de los que tuvieron asociado un accidente de procidencia o prolapso del cordón umbilical. También aquí cabría hacer énfasis de prematuros que murieron.

Como dejamos aseverado anteriormente, este trabajo sólo analiza el seguimiento de los niños nacidos con Fórceps desde el momento de su parto hasta el día en que son dados de alta del Hospital. No podemos averiguar el futuro inmediato de estos niños media vez han sido dados de alta del Hospital.

Quiero hacer mención que el Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt presta una ayuda enorme, pues el tratamiento y manejo de estos niños nacidos en malas condiciones, es administrado inmediatamente por el personal de Residentes de dicho Departamento.

**7) Diferentes cifras comparativas de Partos Eutócicos, Partos atendidos con Fórceps, movimiento de pacientes en Consulta Externa de Pre-Natal.**

Exclusivamente y sólo como información secundaria, quiero por último dar algunos datos generales del movimiento de pacientes de la Maternidad del Hospital Roosevelt, durante el año de 1962:

|               |              |       |       |
|---------------|--------------|-------|-------|
| a) Embarazos: | 1) simples   | ----- | 10863 |
|               | 2) generales | ----- | 113   |
|               | Total        | ----- | 10976 |

b) Partos por vías naturales:

|               |       |       |
|---------------|-------|-------|
| 1) eutócicos  | ----- | 10205 |
| 2) distócicos | ----- | 583   |
| Total         | ----- | 10788 |

|                        |       |     |
|------------------------|-------|-----|
| Fórceps: Total         | ----- | 475 |
| Porcentaje de Fórceps: | ----- | 4.4 |

c) Operaciones Cesáreas:

|                                   |       |     |
|-----------------------------------|-------|-----|
| 1) Segmentareas transperitoneales | ----- | 311 |
|-----------------------------------|-------|-----|

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 2) Corpóreas                | 13 |
| 3) Cesáreas e Histerectomía | 3  |
| 4) Cesárea y embriotomía    | 1  |

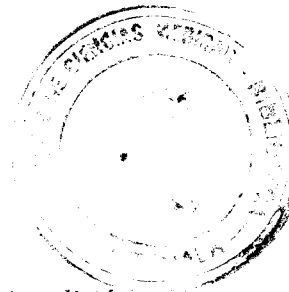
De los niños enumerados que nacieron en malas condiciones con diagnóstico previo de sufrimiento fetal y que llenaban todas las condiciones necesarias para la aplicación de Fórceps, he dado también cifras comparativas de aquéllos que presentaban asociado accidentes de circulares del cordón al cuello o premadurez. En todos estos niños y en aquellos enumerados como nacidos anestesiados por una aplicación de Fórceps muy laboriosa y período anestésico materno largo, fueron generalmente tratados bajo una base principal de aspiración de flemas y limpieza de secreciones de las vías respiratorias superiores e inclusive del árbol tráqueo-bronquial por intubación endotraqueal, administración de Oxígeno e inyección de analépticos respiratorios. Los casos de Premadurez fueron convenientemente tratados en Incubadoras.

Total de partos:

|                |       |
|----------------|-------|
| I.—Eutócicos   | 10205 |
| II.—Distócicos | 911   |
| T o t a l :    | 11116 |

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| d) Madres muertas                | 14    |
| e) Ingresos al Hospital          | 13073 |
| f) Egresos del Hospital          | 13064 |
| g) Consulta Externa de Pre-Natal |       |

|                 |       |
|-----------------|-------|
| 1) Casos nuevos | 3874  |
| 2) Reconsultas  | 9025  |
| 3) Post-natales | 2472  |
| 4) Tratamientos | 2278  |
| T o t a l :     | 23649 |



## DISCUSION:

El presente trabajo pretende analizar los partos distócicos resueltos por aplicación de Fórceps en la Maternidad del Hospital Roosevelt, durante el año de 1962.

No fue nuestra intención hacer un análisis estadístico exclusivamente de los diferentes aspectos dignos de tomarse en cuenta en cuanto se refiere al desarrollo del estudio selectivo de cada historia clínica, pues consideramos que este objetivo es completamente secundario. Tratamos subjetivamente de hacer un estudio del modo cómo estos casos se tratan precisamente en la Maternidad del Hospital Roosevelt, en lo que se refiere a metodología y rutinas del personal de Residentes, tanto del Departamento de Pediatría de guardia en el área de Labor y Partos.

Es de vivo interés la discusión que puede suscitarse al respecto del uso de anestésicos durante el parto y por ende la situación de encontrar el anestésico ideal.

En los capítulos de complicaciones maternas y de morbilidad y mortalidad fetales, hubiéramos querido, particularmente en este último, estudiar durante un período más largo el desenvolvimiento de la vida del niño, y poder por ello determinar si existía lesiones secundarias tardías.

Sin embargo, ya es muy conocido en el Hospital Roosevelt, el poco interés que las pacientes ponen en la asistencia a la Consulta Externa, dato que se corrobora ampliamente en el último capítulo de tesis, en el que se da referencia de cifras estadísticas importantes, del movimiento de pacientes en la Maternidad del Hospital Roosevelt, durante el año de 1962.

La labor de analización de historias clínicas ha sido larga y tediosa y muchas veces nos hemos encontrado en la dificultad de interpretar escritos ilegibles o notas evolutivas demasiado escuetas. Sin embargo, debe considerarse el volumen enorme de trabajo que acude a la Maternidad del Hospital Roosevelt.

### CONCLUSIONES:

- 1.—Se practicó el presente estudio por considerar que el Fórceps Obstétrico continúa siendo de un valor inapreciable en el Armamentarium Médico de la Obstetricia Moderna.
- 2.—Se consideró que un estudio nacional de los partos atendidos por Fórceps en la Maternidad más grande de la República, puede sentar las bases de estudios estadísticos comparativos con otros países.
- 3.—Nos propusimos que este estudio no fuera menor del comprendido en un año entero de analización de historias clínicas.
- 4.—Concluimos en que sin la ayuda brindada en todo momento por los Departamentos de Archivo de Historias Clínicas y de Estadísticas del Hospital Roosevelt, no hubiera sido posible obtener los presentes resultados.
- 5.—En el análisis de las indicaciones se estudió que el total de Fórceps aplicados fue de 475 en el año y que dichas indicaciones suman 744. Esto es debido a que en múltiples casos la indicación del Fórceps se hizo necesaria por más de una indicación.
- 6.—La indicación más frecuentemente encontrada fue la de detención en algún punto de la rotación interna del polo cefálico en el tercer paso del mecanismo de trabajo de parto.
- 7.—Le sigue en importancia la indicación por sufrimiento fetal.
- 8.—La causa más frecuente de rotación instrumental fue por detención en izquierda transversa.
- 9.—De manera personal estimo que se empleó muy poco la rotación manual del polo cefálico cuando existen estas indicaciones.
- 10.—Los casos tratados por sufrimiento fetal fueron aquellos encontrados durante el momento de dilatación

completa o en los que un tratamiento médico previo había logrado mejoría.

- 11.—El total de pre-eclampsias registradas en el año de 1962 sumó 16 casos, por lo que se hace muy interesante notar que 13 de éstos hayan sido resueltos con fórceps, lo que consideramos muy loable y satisfactorio.
- 12.—Notamos la dificultad de los Médicos del Personal, en ponerse de acuerdo sobre los términos de trabajo de parto Prolongado, Paro de Progresión del Trabajo de parto y Expulsión Retardada. Creemos conveniente una sistematización de términos.
- 13.—El fórceps más comúnmente empleado fue el de Simpson Mediano.
- 14.—Entre los Fórceps rotadores fueron los de Kielland y Liuckart los que se dividieron los honores, dependiendo de la simpatía personal del operador hacia uno u otro instrumento.
- 15.—En todos los casos, sólo hubo uno de aplicación alta por sufrimiento fetal.
- 16.—Consideramos que el personal de Residentes de Maternidad debería de hacer un entrenamiento obligatorio de anestesia obstétrica.
- 17.—Los anestésicos por inhalación son los que representan un mayor peligro para el feto. La anestesia por inhalación de tipo general: Ciclo-Propano-Ether y Oxígeno fueron los más frecuentemente empleados, siguiéndole en frecuencia la de Trilene.
- 18.—Las complicaciones maternas más frecuentemente encontradas fueron las de Hemorragia del alumbramiento por atonía uterina, algunas de ellas con cuadro de shock secundario y los de rasgaduras de partes blandas (perineo, pared vaginal y cuello uterino).
- 19.—Sólo hubo un caso de dehiscencia parcial de cicatriz de cesárea anterior, encontrado al revisar la cavidad uterina, que requirió reparación quirúrgica.

- 20.—Sólo hubo un caso de inversión uterina resuelto por reposición manual inmediata.
- 21.—Hubo 8 niños que MURIERON inmediatamente o a los pocos días de la aplicación de un Fórceps o que se clasificaron como muertos en el momento del parto, sin que hubiera diagnóstico previo de Obito Fetal.
- 22.—Sin embargo, algunos de ellos tenían accidentes secundarios de procidencia o prolapso del cordón umbilical o eran prematuros, por lo que la causa de la muerte no puede ser atribuida exclusivamente a la aplicación del Fórceps.
- 23.—Por lo tanto se puede decir que sólo 5 casos de MUERTE fetal pueden ser atribuidos exclusivamente a la aplicación del Fórceps.
- 24.—Entre la morbilidad fetal se nota como causa de mayor frecuencia, los niños que nacieron en malas condiciones con depresión respiratoria e inundación de líquido meconial de las vías respiratorias superiores, particularmente en los casos de diagnóstico previo de sufrimiento fetal.
- 25.—El Departamento de Pediatría brinda con su personal de Residentes el tratamiento inmediato de estos niños; como se ve en nuestro estudio, generalmente fue efectivo y satisfactorio.
- 26.—En las cifras estadísticas comparativas se ve que hubo en el total de partos del año, una cifra de 4.4 % de partos atendidos con Fórceps.
- 27.—Se nota la poca asistencia de las pacientes a la Consulta Externa de pre y post-natal en las cifras estadísticas anuales.

## SUMARIO

- 1.—Se revisan las historias clínicas de las pacientes cuyos partos fueron resueltos con aplicación de Fórceps en la Maternidad del Hospital Roosevelt, durante el año de 1962.
- 2.—Se analizan las indicaciones para la aplicación del fórceps y se pone especial atención en poner de relieve la indicación más frecuentemente encontrada.
- 3.—Se delínean algunos tratamientos rutinarios en pacientes con diagnóstico previo de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto.
- 4.—Se analizó no sólo la indicación más urgente para la aplicación del Fórceps, sino que también las indicaciones secundarias anotadas en las historias clínicas.
- 5.—Se analizan los diferentes tipos de Fórceps empleados, determinando el tipo de Fórceps más comúnmente usado. Se hizo un análisis mensual de los tipos de Fórceps.
- 6.—Se analiza el tipo de Fórceps usado atendiendo a las indicaciones que determinaron su aplicación.
- 7.—Se hace un estudio mensual de la altitud de las tomas de las aplicaciones del Fórceps.
- 8.—Se analizan de manera mensual también los diferentes tipos de anestesia empleados, haciéndose al final un análisis de las ventajas y desventajas, de las contraindicaciones y riesgos del uso de los diferentes anestésicos en Obstetricia.

- 9.—Se pone en relieve cuál fue el anestésico más frecuentemente empleado.
- 10.—Se dan algunas sugerencias sobre el entrenamiento del personal de Residentes sobre anestesia obstétrica.
- 11.—Se enumeran las complicaciones maternas encontradas y del tratamiento empleado en las mismas.
- 12.—Se analizan los casos de muertes fetales atribuibles a la aplicación del Fórceps.
- 13.—Se analizan cuidadosamente las complicaciones o morbilidad fetales inmediata y mediatamente reportadas.
- 14.—Se delinea el tratamiento empleado en todos estos casos.
- 15.—A manera de información, se da por último, cifras comparativas y estadísticas del movimiento completo de pacientes de la Maternidad del Hospital Roosevelt durante el año de 1962.
- 16.—Entre los principales datos estadísticos, se hace mención de embarazos simples y gemelares, partos eutócicos y distócicos, operaciones cesáreas, mortalidad materna y datos de asistencia a la Consulta Externa prenatal.



## APENDICE

Queremos en este apéndice hacer un breve comentario al respecto de un tipo de Fórceps muy comúnmente empleado en América. Hablamos del tan famoso Fórceps de Barton que lleva su función principal en casos en que se indica una rotación instrumental y en los que existen condiciones secundarias de asinclitismo y problemas de la flexión del polo cefálico.

Desgraciadamente es un Fórceps poco conocido en Guatemala, y consideramos que siendo la Maternidad del Hospital Roosevelt, un Departamento afiliado a la especialidad de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina, y en donde se brinda la oportunidad de un entrenamiento de post-graduado en dicha especialidad, sería conveniente el uso y enseñanza de tan importante instrumento.

Por último queremos hacer también mención de la discusión actual en nuestro medio, que se ha suscitado entre los especialistas de Obstetricia sobre la diferenciación en cuanto al análisis de sus ventajas y desventajas del Fórceps Obstétrico con el Vacuum Extractor, también llamado Fórceps al Vacío de Malstrong.

Como toda idea revolucionaria en Obstetricia o en cualquier otra rama de la Medicina, el Vacuum Extractor ha venido a causar una sensación en la especialidad, llegando en un tiempo hasta a creer muchos médicos modernos, que ello constituiría la erradicación y el olvido del Fórceps Obstétrico en el Armamentarium Médico actual.

Sin embargo, creo yo, que el Fórceps Obstétrico por el momento no puede ser relegado al olvido, pues existen situaciones en las que es francamente insustituible.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.—DAVIS, CARL HENRY and BAYARD CARTER, eds. Gynecology and Obstetric. Hagerstown, Maryland. W. F. Prior Co., Inc., 1956.
- 2.—DE LEE, JOSEPH B. and J. P. GREENHILL. Principios y Práctica de Obstetricia. 2a. ed., México, Unión Tipográfica, Editorial Hispano Americana (Uteha). 1955.
- 3.—DENNEN, EDWARD H., Forceps Deliveries. Philadelphia, Pa., F. A. Davis Co., 1955.
- 4.—EASTMAN, NICHOLSON J., Obstetricia de Williams. 3a. ed. en esp. México, Unión Tipográfica, Editorial Hispano Americana (Uteha). 1960. pp. 1053-1084.
- 5.—HOLLAND, SIR EARDLEY and ALICK BOURNE, eds. British Obstetric Practice and British Gynecology Practice. Philadelphia, Pa., F. A. Davis Co., 1955.
- 6.—NESBITT, ROBERT E. L., Perinatal Loss in Modern Obstetric. Philadelphia, Pa., F. A. Davis Co., 1957.
- 7.—TITUS, PAUL, Atlas of Obstetric Technic. 2th. ed. St. Mo., The C. V. Mosby Co., 1949.
- 8.—The Management of Obstetric Difficulties. 5th. ed. St. Louis Mo., The C. V. Mosby Co., 1955.

**Angel Arístides Samayoa R.**

**Dr. Ronald Forno Aguirre**  
Asesor

**Dr. Luis Molina G.**  
Revisor

**Dr. José Díaz Durán**  
Director del Departamento de Ginecología  
y Obstetricia.

**Dr. Carlos Armando Soto**  
Secretario

**Dr. Carlos Monsón Malice**  
DECANO