

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL
DE NUESTRA SEÑORA DE AL SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

CLAVE8722



TESIS
FORCEPS

Para obtener el grado de:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TITULAR DE LA INVESTIGACION
CARRILLO GOVEA MARIA DE LA LUZ

MORELIA MICHOACAN, JUNIO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS
FORCEPS

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Por que me dieron la vida y la oportunidad de tenerlos junto a mí en los momentos más importantes de mi vida que me han dado su confianza y amor para tener fuerzas de llegar la final del camino victoriosa brindándoles mi triunfo y celebrando mi alegría.

A MIS HERMANOS:

Que siempre han estado para apoyarme en el correr de los años y el desarrollo de mi vida tanto personal como profesional, y han tenido la esperanza de ver culminada mi carrera.

A MIS AMIGOS:

Para ustedes que han estado en los momentos más difíciles, y han logrado borrar del rostro un lágrima, una tristeza para dibujar una sonrisa y hacerme creer que la vida vale la pena.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

Gracias por todo su apoyo moral, económico social y sobre todo brindarme la vida que sin pedírselos me la dieron y sobre todo el amor y me dieron la oportunidad de contar con una familia en la cual he encontrado consejos que me han hecho crecer como persona y como profesionalista.

A MIS PROFESORES:

A mis profesores que siempre han compartido sus conocimientos, y se han despojado de su tiempo para brindárnoslo para que nos formemos como todas unas profesionalistas llenas de conocimientos científicos.

A LA ESCUELA

Gracias por recibirme y brindarme todos los conocimientos adquiridos en el transcurso de estos cuatro años de aprendizaje, que me ayudara a el desarrollo de mi vida profesional y personal.

INDICE

Capitulo I

PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Marco Historico 2

1.2.2 Marco conceptual 2

Fórceps 2

Posición 2

Sinclitismo 2

Distocia 3

1.3 Delimitación del problema 3

1.3.1. Situación problemática 3

1.3.2 pregunta de investigación 4

1.4. objetivos 4

1.4.1 objetivo general 4

1.3.2 objetivos específicos 4

1.5 Justificación 4

1.6 hipótesis 5

1.6.1 variables 5

1.6.1.1 variable independiente 5

1.6.1.2 variable dependiente 5

Capitulo II

marco teórico	6
Descripción de fórceps	7
Tipos de fórceps	10
Diseño de fórceps	10
Clasificación de fórceps	11
Identificación de posición	12
Condiciones para la aplicación de fórceps	12
Frecuencia del uso del fórceps	14
Indicaciones terapéuticas	14
Técnica de aplicación general del uso de fórceps	16
Técnicas de aplicación de fórceps en diferentes variedades	24
Técnica de aplicación en variedad occipito	24
Aplicación en occipital derecha anterior	25
Aplicación de fórceps en occipito izquierda, derecha y transversa	26
Aplicación de fórceps en occipito izquierda y derecha posteriores	27
Aplicación de fórceps en occipito sacra	27
Variedad occipitoiliaca izquierda anterior	28
Variedad occipitoiliaca derecha anterior	28
Variedad occipititransversa	29

Tipos de instrumentos	29
Fórceps clásico	
Fórceps especiales	29
Función de los fórceps	30
Parto espontaneo	31
Variedad de posición occipito posterior persistente	31
Posición occipito transversa persistente	33
Identificación de posición	32
Clasificación de los partos con fórceps de acuerdo con la estación y rotación	32
Rotación manual	32
Rotación con fórceps	33
Fórceps bajos	34
Fórceps medio	34
Fórceps altos	34
Fórceps de salida	34
Periodo de trabajo de parto	38
Complicaciones	37
Contraindicaciones	39
Riesgo	39
Metodología	40
Tipo de estudio	40
Sujeto a estudiar	40
Universo	40
Determinación estadística de la muestra	40

Significado de valores	41
Sustitución	41
Desarrollo de la formula	42
Confiabilidad de validez	43
Técnicas utilizadas	43
Capitulo IV resultado y sugerencias	44
Anexo	53
Conclusiones	55
Bibliografía.	56

INTRODUCCION

A través de esta investigación se trata de aclarar cuales son las razones, principios, técnica del uso de fórceps nos enfocaremos en el uso de fórceps en la presentación occipital así como en su clasificación para determinar en cual de las presentaciones de llega a usar fórceps, por que y en que condiciones.

Hablaremos de los tipos de fórceps, su diseño, su clasificación, condiciones de uso a si como indicaciones terapéuticas cada una de las presentaciones son diferentes y como consecuencia la técnica a aplicar también es diferente.

Para poder hacer una correcta aplicación de fórceps tendremos que conocer lo que es el trabajo de parto y sus periodos se llevara a cabo un muestreo en los que plasmaremos los resultados en graficas donde se especifiquen los porcentajes de las encuestas que aplicaremos.

Se investigara cuales son las indicaciones terapéuticas para el uso de fórceps, las complicaciones que pueden presentarse a corto y largo plazo tanto maternas como fetales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En la escuela de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la salud se han desarrollado investigaciones sobre el uso de fórceps durante el trabajo de parto alrededor de 3 tesis pero todas con diferentes enfoques ya que la delimitaron a una tipo de fórceps ya se han bajos, medios y altos.

En cuanto a la metodología también es diferente, sin duda alguna son enfoques totalmente diferentes pero cada una con su importancia en la investigación y con los requerimientos necesarios para lograr un nuevo conocimiento.

1.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA

En la investigación se delimita al Hospital de Nuestra Señora de la salud donde este será el universo de la investigación, la población será el personal de enfermería así como personal medico y siendo la muestra 25 personas d la población. Ya que se han dado a conocer sucesos de los cuales se ha despertado una duda acerca del uso de los fórceps durante la última fase del trabajo de parto en las mujeres que presenta una distocia que son primigestas.

1.3.1 SITUACION PROBLEAMTICA

En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud han ocurrido sucesos que sin duda alguna causan reacción del personal que labora en esta institución sobre el porcentaje de casos que se han presentado durante el trabajo de parto en la utilización de fórceps, en los cuales, la mayoría de las veces las pacientes son primigestas.

Algunos autores mencionan que el uso de fórceps se determina por el grado de duración y presencia de alguna distocia en el feto de las cuales son impredecibles y solo se dan a conocer durante el trabajo de parto y estas llevan como consecuencia un trabajo de parto complicado, resultando una utilización de fórceps para lograr la extracción del producto por medio del parto complicado culmina con un parto con utilización de fórceps.

A través de del tiempo nos a causado gran impacto sobre la utilización de fórceps, de cómo usarlos correctamente y no dejar secuelas maternas y fetales irreversibles, si la presentación occipital determina la utilización de fórceps, así como conocer si la ley general de salud autoriza la que se utilicen como una opción secundaria a utilizar en el caso de que se presentase un trabajo de parto prolongado a causa de una presentación occipital.

DE ACUERDO A LO ANTERIOR NOS PODEMOS PREGUNTAR

¿la presentación de tipo occipital determina el uso de fórceps en la penúltima fase del parto en mujeres primigestas?

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

MARCO HISTORICO

En la escuela de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la salud se han desarrollado investigaciones sobre el uso de fórceps durante el trabajo de parto alrededor de 3 tesis pero todas con diferentes enfoques ya que la delimitaron a una tipo de fórceps ya se han bajos, medios y altos.

En cuanto a la metodología también es diferente, sin duda alguna son enfoques totalmente diferentes pero cada una con su importancia en la investigación y con los requerimientos necesarios para lograr un nuevo conocimiento.

1.2.2 MARCO CONCEPTUAL

FORCEPS

Es un instrumento metálico, en forma de pinza, ideado para aplicarse sobre la cabeza fetal, cuando ésta aun se encuentra en la pelvis materna, a fin de que aquella realice con la guía del obstetra, los movimientos que ejecutaría naturalmente durante el parto normal.

POSICION

Es la rotación que existe entre el dorso del feto y el dedo derecho e izquierdo de la mama así como en la parte anterior o posterior o superior e inferior.

SINCLITISMO

Se refiere a una línea imaginaria recta que se prolonga de la columna a la cabeza.

DISTOCIA

El término distocia se emplea cuando el parto o alumbramiento procede de manera anormal o difícil. Puede ser el resultado de contracciones uterinas incordinadas, de una posición anormal del feto.

MARCO TEÓRICO

¹FORCEPS

En cuanto a fórceps se refiere existe un sin fin de personajes que se manejan como inventores de fórceps así como el uso que se fue extendiendo poco a poco de acuerdo a la necesidad para lograr un buen final del embarazo.

La creación del primer fórceps obstétrico ocurrió hacia finales del siglo XVI. Los datos históricos mencionados por diferentes autores coinciden en afirmar que fue Peter Chamberlain quien lo inventó y lo utilizó poco antes de 1598 para extraer un feto vivo, pero esto no significa que se haya dado a conocer a los médicos que existían durante este tiempo, se conservó como secreto familiar alrededor de cuatro generaciones. Hasta los primeros años del siglo XVIII cuando se comenzó a difundir.

En 1813 fue claramente esclarecido que Peter Chamberlain el que inventó el mayor quien construyó el primer fórceps de ramas separadas, en ese mismo año fue descubierto un baúl que contenía los instrumentos usados por la familia de los cuales eran cuatro tipos de fórceps que eran de diferentes grados de desarrollo.

Sin duda alguna los fórceps de Chamberlain significan una creación genial, Recto, en forma de pinza, con cucharas cortas, con cavidad interior para facilitar la toma cefálica.

Las ramas eran separables y se introducen independientemente, la izquierda primero y la derecha después, el sistema articular se completa con un perno en la rama macho que penetra después en un orificio correspondiente a la rama hembra,

¹ AHUED, Ahued, J. Roberto, Ginecología y obstetricia aplicadas, editorial el manual moderno, p.617.

anteriormente después de aplicado el instrumento, la articulación quedaba fija por lazos en los primeros modelos, en modificaciones posteriores hasta llegar a la actualidad tiene un tornillo de presión.

Realmente las primeras modificaciones significativas de los fórceps la realizó André Levret en 1747 comenzó estudios minuciosos de las características del canal del parto genital y de las condiciones de la presentación fetal en las cuales los fórceps deberían adaptarse, fue él quien los adaptó con una curvatura pélvica, delineó la técnica de aplicación por lo que puede afirmarse que se terminó la etapa empírica del fórceps y se inició su etapa científica.

En 1855 se inventó el fórceps Simpson y en 1877 el de Tarnier. En 1915 Kielland presentó su fórceps para las aplicaciones altas totalmente diferente a lo ya conocido, en 1915 Kielland presentó el fórceps para las aplicaciones altas, Piper dio a conocer su instrumento en el año 1924 un fórceps muy largo para extracción de la cabeza última en el parto pélvico, el cual alcanzó popularidad hasta llegar a nuestros días. En 1925 Barton introdujo su fórceps, especialmente diseñado para aplicarlo en las presentaciones transversas.

Desde el momento en el que se comenzaron a usar los fórceps hasta la actualidad los ginecólogos han permanecido activos y sus inventos de mayor o menor importancia pero siempre inspirados en lo ya establecido de los modelos básicos. Ahora los fórceps se emplean de manera diferente a como se hacía hace 40 o 50 años atrás ya que constituyen un instrumento indispensable para la gineco-obstetricia.

Anteriormente a que se usaran las sulfas y los antibióticos se realizaban con frecuencia operaciones traumáticas y difíciles con los fórceps antes de efectuar una cesárea ya que eran de menor mortalidad que con la cesárea particularmente después de un trabajo de parto prolongado o infectado.

² 2.1 DESCRIPCION DE FORCEPS

Los fórceps son una pinza grande que se utiliza para tomar la cabeza fetal, esta compuesta de dos ramas que lleva el nombre de la mano que las maneja, así hay rama derecha y rama izquierda, cada rama esta formada por mango, el tallo y la cuchara.

El fórceps se toma del mango es la parte que se adapta ala mano empuñada del obstetras existen los que tienen huellas para apoyar los dedos o ser lisos, el tallo es la parte medio de la rama, une el mango con la cuchara, tiene un punto de unión para con el tallo de la otra rama mediante el cual se articulan con la otra rama, la articulación puede ser fija o permitir el deslizamiento de las ramas, la articulación fija puede ser de dos tipos inglés (cruzada) o francés (atornillada), la atornillada tiene un pivote o un vástago (articulación macho) y en la otra una escotadura(articulación hembra), se formularon convenios entre los fabricantes, la articulación macho siempre está en la rama izquierda y la articulación hembra siempre esta está en la rama derecha.

La cuchara es la parte que se coloca sobre la cabeza fetal, puede ser con ventana o sólida, tiene curvatura doble: cefálica y pélvica, lo que le permite adaptarse ala cabeza fetal y al canal de parto. Al mirarse un fórceps armado de frente, las cucharas semejan un paréntesis y si se observa de perfil la cuchara se incurva hacia arriba.

Existe una gran cantidad de modelos de fórceps, llevan el nombre de quien los inventó o mejoró, aunque difieren un poco uno de otro, en cuanto a los modelos originales, los instrumentos utilizados con mayor frecuencia son tres: Simpson- De Lee, Kjelland y Piper.

Fórceps de Simpson_De Lee.- El fórceps de Simpson es de ramas cruzadas, sus mangos tienen guardadas y saliencias romas con objeto de que la mano no resbale

² NUÑEZ, Maciel, Eduardo, DR. Ginecología y Obstetricia, ediciones cuellar,p. 412

al efectuar la tracción, que es su función principal, es de tallos cortos, separados y paralelos con articulación inglesa, tiene cucharas anchas, fenestradas, con curvatura pélvica y cefálica muy alargada y poco redonda, lo que hace adaptarse mejor a las cabezas moldeadas, De Lee realizó dos modificaciones a este fórceps que resultaron afortunadas, alargó los tallos para alejar de la región anal las manos del operador y suprimió las saliencias del mango para facilitar su limpieza y aminorar la fuerza de tracción.

Fórceps de Kjalland.- es de origen Escandinavo, construido por Christian Kjelland en 1916, es de ramas cruzadas, mangos lisos y ligeros con guardas en forma de medios ganchos, en la cara anterior de las guardas cercanas a los tallos, tienen unos botones prominentes que identifican el lado anterior del instrumento y sirven como guía durante su aplicación, sus tallos de gran longitud so superpuestos, tiene articulación inmóvil que permite a una rama deslizarse sobre la otra asinclitismos sus cucharas son fenestradas con curvatura cefálica amplia y una curvatura pélvica mínima dirigida hacia atrás lo que le da una forma de bayoneta y permite rotaciones fáciles.

Fórceps de Piper.- Es un fórceps de mangos lisos, con guarda posterior en forma de medios ganchos, es el fórceps de tallos más largos, paralelos y curvos hacia atrás, con articulación inglesa, las cucharas son largas, con ligera curvatura cefálica y sin curvatura pélvica, se usa para la extracción de cabeza última en el parto pélvico.

A parte de los fórceps ya mencionados también existen los Tucker-McLean que son de cucharas sólidas y el de Elliot que son de cucharas fenestradas, ambos de tallos superpuestos, cucharas más cortas y de curvatura cefálica más redonda, este tipo de fórceps se recomiendan para cabezas no moldeadas, para casos específicos de pelvis platipeloide, sacro plano, cabeza determinada en variedad de posición transversa con asinclitismo posterior.

Barton diseño en 1918 un fórceps que en esencia un fórceps de Kjelland con una bisagra en la unión del tallo con la cuchara de la rama anterior y una rama posterior con una curvatura cefálica, lo que hace muy fácil su colocación en estos casos.

Fórceps de Tainer constituido por un sistema de prehensión y un sistema de tracción, el primero es un fórceps de rama, magos lisos con guardas traseras en forma de semigancho, tallos cruzados con articulación francesa de tornillo, cucharas fenestradas con curvatura pélvica y cefálica. El sistema de tracción se inicia en la unión de las cucharas con los tallos donde se fijan unas riendas metálicas que unen al fórceps con una manija que permite ejercer y dirigir la fuerza para la extracción.

2.1.1 TIPOS DE FORCEPS

- a. IMPERATIVO.- son aquellos que se aplican de manera urgente ya que esta en peligro la vida del bebe o de la madre
- b. PROFILÁCTICOS.- son aquellos que se aplican para prevenir un daño materno o feto por ejemplo cuando hay cesárea previa que haga fuerza.
- c. ELECTIVOS.- son aquellos que se aplican cuando se quiere terminar un parto pronto sin indicación obstétrica o bien con fines de enseñanza.

³2.1.2 DISEÑO DEL FORCEPS

Los fórceps varían en grado considerable en tamaño y en forma básicamente presentan dos ramas que se cruzan, cada una tiene cuatro componentes: la hoja, el vástago, la articulación y el mango, cada hoja tiene dos curvas, la cefálica y la pelviana. La curvatura se ajusta a la forma de la cabeza fetal y la curvatura pelviana a la del canal del parto, algunas variedades son fenestradas para permitir una prehension mas firme sobre la cabeza fetal.

³ ALLER, Juan, Obstetricia Moderna, McGraw-Hill Interamericana, p.315.
CUNNINGHAM, Gary, Williams Obstetricia, 21ª edición, octubre 2002.

La curvatura cefálica debería tener el tamaño suficientemente como para sujetar la cabeza fetal con firmeza pero sin comprimirla, la curvatura pelviana corresponde mas o menos al eje del canal del parto, pero varia en grado considerable entre los diferentes instrumentos, las se conectan a los mangos a través de los vástagos, que dan la longitud necesaria del instrumento estos pueden ser paralelos como en el fórceps de Simpson o cruzados como el fórceps de Tucker-McLane.

El tipo de articulación o traba del fórceps varian entre los diferentes instrumentos el método mas común de articulación implica una cavidad situada en el vástago en su unión con el mango sobre la que encaja una cavidad localizada de manera similar en el vástago opuesto esta forma de articulación suele denominarse traba inglesa, en algunos fórceps como en el kielland se utiliza una traba de deslizamiento que permite a los vastagos moverse para adelante y para atrás en forma independiente.

4.2.1.3 CLASIFICACIÓN DE FORCEPS

Es quizá un instrumento médico/quirúrgico de diseño más antiguo todavía en uso, por esta razón los diferentes modelos se pueden agruparse en múltiples ejes de clasificación, así tenemos que se han clasificado:

Según la época de su diseño: los fórceps pueden ser clásicos o especiales, los primero generalmente de mayor antigüedad utilizados indistintamente según la experiencia de su creador y seguidores y los segundos diseños para situaciones clínicas específicas.

Fórceps bajo es el que se aplica cuando la cabeza fetal descansa en el piso del periné, lo distiende y es visible durante la contracción, el diámetro biparietal se encuentra por debajo de las espinas ciáticas y la sutura sagital se encuentra cerca o coincide con el diámetro antero posterior del estrecho inferior de la pelvis.

⁴ NUÑEZ, Maciel, Eduardi, ginecología y Obstetricia, ediciones cuellar, p. 413.

2.1.4 IDENTIFICACIÓN DE POSICIÓN

Es esencial conocer la posición exacta de la cabeza fetal para la aplicación cefálica apropiada. Cuando la cabeza tiene una ubicación baja en la pelvis, la determinación de su posición se establece mediante identificación manual de la sutura sagital y las fontanelas. Cuando la cabeza se encuentra en una posición más alta se puede efectuar una determinación absoluta al localizar la oreja posterior son por lo menos seis los requisitos para el uso de fórceps, son los siguientes:

⁵2.2. CONDICIONES PARA A LA APLICACIÓN DE FORCEPS

No siempre surge una indicación para poder aplicar un fórceps necesita llenarse ciertas condiciones.

1º. La cabeza d debe estar encajada y descendida cuando menos lo suficiente para que su vértice haya rebasado el tercer plano paralelo de Hodge. Si una cabeza esta mas alta que esta no es una cabeza que pueda ser extraída con fórceps y si nosotros intentamos extraer una cabeza mas alta que esto seremos responsables de los desastres que vamos a causar, tanto en le producto como en las partes blandas.

Las cabezas altas son tributarias de la operación cesárea o de la versión interna pero nunca del fórceps.

2º. Que la dilatación del cuellos este completa, es decir debemos usar el fórceps siempre este completa la dilatación es de 8centímetros, por ejemplo entonces nos queda un rodete de cuello que es muy blando y mediante maniobras digitales podemos remangarlo

⁵ CASTELAZO, Ayala Luis, DR. Obstetricia, editor Francisco Mendez Oteo, p. 902

completando la dilatación, pero si este cuello tiene 8 centímetros de dilatación entonces con usamos el fórceps o bien hacemos incisiones del cuello para completar quirúrgicamente una dilatación que no fue digitalmente completable.

3°. Que la bolsa amniótica este rota sería absurdo aplicar fórceps sobre las membranas cuando la bolsa este integra pero si existen las anteriores y la bolsa no está rota la rompemos y se aplicaran fórceps.

4°. Que no exista desproporción feto-pélvica, no tener una pelvis androide, pueden estar satisfechas las demás condiciones: la bolsa rota, dilatación completa, cabeza baja, pero nosotros no debemos aplicar fórceps sobre le diámetro bis-isquiático reducido, nosotros convertimos así fórceps en cascanueces; al tratar de hacer pasar la cabeza fetal por un diámetro reducido lo que hacemos es que este diámetro apriete las cucharas del fórceps y comprimir la cabeza. Las consecuencias de esto las resentirá la cabeza del producto con compresión brusca y todas las secuelas, y además resiente le esqueleto materno por que también separamos los isquiones y al separarlos provocamos o una fractura en la pelvis, o bien una disyunción de la sínfisis, cualquiera de las dos cosas da secuelas muy lamentables.

5°. Que el producto este vivo. Esta es una condición u poco discutibles

En esta última condición podemos ser un poco elásticos el objeto de cada una de estas condiciones Por qué basta analizar el objeto de cada una de estas condiciones; ¿Por qué como condición que la cabeza este baja? Porque la experiencia ha demostrado que cuando se toma la cabeza más arriba del plano que les ha señalado la mortalidad fetal es muy alta. ¿Porque no tomar una cabeza con cuello no dilatado? Porque vamos a tratar de sacar una cabeza por una dilatación por la que no cabe y por lo tanto vamos a romper el cuello. ¿Por qué con desproporción feto-pélvica? Porque las consecuencias son desastrosas para el producto y potencialmente desastrosas para la madre.

En caso del producto muerto ¿Por qué no vamos a tomar una cabeza con producto muerto? No vamos a tomar la cabeza con una producto muerto porque toda aplicación de fórceps llevar implícita cierta agresividad potencial para la madre.

Al aplicar fórceps con una cabeza integra entonces nosotros vamos a provocar laceraciones en el cuello, la vagina, el periné a pesar de episiotomías todos estos son peligros atribuidos al fórceps en lo que se refiere a la madre. En el caso de cabezas muy bajas en las cuales la potencialidad agresiva del fórceps para al madre es prácticamente nula, entonces esta cabeza muy baja que ya esta abombado el periné la podemos tomar con fórceps sin agregar con esto ningún riesgo adyacente a la madre.

FRECUENCIA DE USO DEL FORCEPS

La frecuencia del uso de este instrumento es muy diferente según los ambientes y estadísticas consultadas, en ocasiones los gineco - obstetras no se esperan el periodo de expulsivo y sistemáticamente realizan el procedimiento en nulíparas y lo acompañan de una episiotomía amplia se aconseja para evitar la distensión excesiva de la vagina, vulva y periné previniendo prolapso y evitando traumas innecesarios al niño, el fórceps en manos expertas es un instrumento prácticamente inocuo para la madre y el niño.

INDICACIONES TERAPEUTICAS

Las indicaciones para el uso del fórceps se clasifican en maternas y fetales.

Las indicaciones maternas son enfermedades generales o de agotamiento durante el trabajo de parto por las cuales es necesario abreviar o controlar el periodo expulsivo, para Casanova⁶ las mas frecuentes son:

“padecimientos cardiovasculares y respiratorios: cardiopatías, hiper o hipotension arterial, insuficiencia cardiaca , tuberculosis, enfisema pulmonar, fibrosis pulmonar y bronconeumonía, complicaciones del embarazo o situaciones de urgencia surgidas durante el trabajo de parto: toxemia, infección intrauterina, cicatriz uterina, inminencia de ruptura uterina, agotamiento materno o hiposistolia uterina rebelde a la ocitocina que condicionan el periodo expulsivo prolongado placenta de inserción baja sangrante y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Agrego alas indicaciones maternas anteriores la imposibilidad de contar con la colaboración activa de la parturienta a causa de una alteración funcional neuromuscular, enfermedad psíquica o pérdida del conocimiento.

Las indicaciones fetales son fundamentalmente tres: anormalidades de posición o presentación, sufrimiento fetal y prematuridad, entre las primeras tenemos a las variedades de posición transversa o posteriores persistentes, la presentación de cara y la extracción de cabeza última en el parto en la presentación pélvica. El sufrimiento fetal agudo o crónico y el prolapso de cordón son la causa de aplicación de

⁶ CASANOVA. A. N. *Obstetricia*. Editorial Méndez Cervantes. España, 1983.p.345

fórceps así como la necesidad de proteger la cabeza de los fetos prematuros o inmaduros de lesión cerebral o hemorragias.

⁷ 2.3. TECNICA DE APLICACIÓN GENERAL DEL USO DE FORCEPS

Siempre que se habla de la aplicación de fórceps se refiere a una de las relaciones de fórceps con la pelvis d la madre, así como siempre que se habla de la toma de fórceps se refiere uno a las relaciones entre el fórceps y la cabeza fetal, cada posición y variedad de posición tiene su técnica de aplicar el fórceps.

En las posiciones anteriores, la fontanela posteriores debe estar aun través de dedo por delante del plano de los tallos del fórceps y ser equidistantes de ellos, la sutura sagital debe coincidir en toda su longitud con una línea trazada imaginariamente en forma perpendicular media del plano de los tallos y solo debe haber espacio para introducir la punta del dedo entre la fenestración y la cabeza fetal.

La aplicación de fórceps es una acto quirúrgico cuando hablamos de un parto vaginal, y se debe de manejar con las mismas indicaciones de asepsia y antisepsia con mayor razón la aplicación de fórceps que realmente es una intervención quirúrgica dentro de la obstetricia que deben usarse todo lo de una operación como son campo estéril, ropa estéril, instrumental estéril, anestesia, todo lo necesario para realizar una intervención quirúrgica.

Debemos tener cuidado en ciertas precauciones sistemáticamente en primer lugar, que todas las piezas del fórceps corresponda a un mismo aparato para lo cual nos fijamos en el numero que tiene grabada cada una de las piezas del fórceps y así encontramos piezas de otro número y no van servir para manejar este fórceps.

⁷Ibídem

Después necesitamos revisar que todas las porciones del aparato estén colocadas en el lugar que les corresponde. Por último en la revisión propia del aparato necesitamos examinar las diferentes partes para que estén en buen estado.

Entre los preparativos que se hacen de la mujer que deben ser todos los preparativos quirúrgicos entre los más importantes son: en vaciamiento de vejiga, mediante un sondeo, para evitar traumatizarla.

Rectificando el diagnóstico tenemos el fórceps articulado en forma natural, lo primero que hay que hacer es presentar el fórceps delante de la pelvis en la forma como nosotros hayamos pensado que nos debe quedar ya que este introducido, presentando el fórceps desarticulamos las ramas para introducirlas sucesivamente, ¿Cuál vamos a introducir primero? En posiciones oblicuas y transversas se introduce primero la rama cuya cuchara sea posterior y para las posiciones directas se introduce primero la rama macho que es lo mismo la rama izquierda.

¿Cómo se introduce la cuchara? La rama se toma por el mango y se presenta en la vulva perpendicular esta rama se puede tomar por el mango con la mano correspondiente de la mejor manera que a cada quien le parezca de tomar esta rama, porque es a la manera que implica mejor control de la rama como se toma una pluma para escribir, se presenta perpendicularmente de tal manera que la concavidad de la cuchara se presenta a la convexidad de la vulva y todo lo demás de ahí para adelante la cuchara penetra en la pelvis guiadas por la mano que nos queda libre.

La mano libre guía a la cuchara en el interior de la pelvis y por eso se llama mano guía, entonces si vamos a introducir la rama izquierda usamos la mano derecha como mano guía, la mano guía debe ser introducida entre la pelvis y la cabeza a través de la vagina.

Puede alojarse esta mano guía bien sea en la cavidad del sacro, con la palma hacia arriba o bien sea en el espacio que corresponde a la escotadura sacrociática. La mano guía siempre debe introducirse en dirección a la articulación sacro-iliaca del lado correspondiente esta mano guía está destinada a llevar a la cuchara al lugar en donde debe estar colocada.

Introducida la mano guía la inmensa mayoría de las veces no llega hasta la articulación sacro-iliaca porque la cabeza se la impide, está la cabeza lo suficientemente baja en la excavación de la pelvis como para que la mano no pueda llegar hasta la articulación sacro-iliaca por eso debe ser introducida la mano guía en dirección a la articulación sacro iliaca como si la fuéramos a llevar hasta la articulación pero solo vamos a llegar hasta donde quepa siguiendo esa dirección.

A partir de ese momento la cuchara se va a deslizar entre la mano guía y la cabeza hasta que pueda colocarla en el lugar que nosotros habíamos planeado que debe quedar colocada. Para introducir la rama, debe hacerse desalojamientos amplios del mango la rama cuya cuchara es posterior es habitualmente muy fácil de introducir para que llegue al meridiano parieto-malar.

Cuando hemos introducido la cuchara posterior entonces la confiamos a una ayudante por la posición que tiene el mango nos damos cuenta que si la cuchara está bien colocada o no. ¿Porque nos tenemos que dar cuenta? Porque precisamente con este objeto hicimos la presentación de fórceps frente a la pelvis antes de hacer la aplicación de fórceps la orientación del gancho nos indica si está bien colocado o no. Entonces la confiamos a un ayudante.

Introducimos después la segunda rama la cual introducimos con la otra mano y la mano que en la primera rama sirvió para introducirla, ahora sirve de mano guía se va a meter con dirección a la articulación sacro iliaca del otro lado, tomamos con la mano esta rama como pluma de escribir la presentamos en la misma forma y hacemos su introducción.

En las tomas directas la segunda rama sigue la misma evolución que la primera durante su introducción pero en las tomas con cabeza oblicua o transversa la segunda rama sufre una evolución más complicada ya que tiene un destino mucho más alejado que la primera: debe quedar colocad en el extremo anterior de uno de los diámetros oblicuos o del anteroposterior de la pelvis.

Como la introducción de la cuchara principia en uno de los cuadrantes inferiores de la pelvis para que alcance su destino debe imprimirse al mango una gran evolución que se conoce con el nombre de vuelta de espira de Mme la Chapelle, podemos descomponer este movimiento en tres: un movimiento de descenso mediante el cual el mango que estaba primero arriba al final queda abajo, el segundo movimiento que es de rotación mediante el cual concavidad de la cuchara que primero miraba hacia la pelvis después miraba hacia abajo, el tercer movimiento es el movimiento de traslación mediante el cual el pico de la cuchara que estaba en la vulva al final queda muy adentro de la pelvis. Estos tres movimientos deben ser hechos simultáneamente cada uno de ellos va siendo hecho a medida que progresa el deslizamiento esto mediante una evolución muy amplio del mango corresponden a pequeñas evoluciones de la cuchara.

La mano guía lleva a la cuchara al lugar que le corresponde y la mano que no está manejando la rama a través del mango está efectuando los movimientos desde el mango para que la cuchara quede bien colocada y la mano guía simplemente esta rectificando que estos movimientos estén correctamente efectuados para que la final la cuchara quede bien colocada.

Nos queda entonces el problema de articular las dos ramas que ya están introducidas para articularlas pueden surgir varios problemas: en primer lugar nos puede pasar que al terminar la introducción de las dos ramas la muesca y el tornillo tenga una pequeña diferencia en altura, lo cual quiere decir que una rama penetro un

poco masque la otra. En estos casos se realiza la articulación repartiendo entre las dos ramas la distancia que separa al tornillo de la muesca.

Puede ocurrir que nos quede muy separadas la muesca del tornillo aquí también ya introducidas las dos cucharas dividiremos las distancias y articulamos el fórceps.

Por último puede ocurrir que no corresponda al mismo plano la entablatura de una de las ramas de la entablatura e la otra puede estar muy junta la muesca del tornillo y al mismo nivel pero la articulación no es posible porque no están en el mismo plano las entablaturas esto quiere decir que una de las dos ramas o las dos están mal introducidas, revisamos la orientación de los ganchos de los mangos.

Nunca debe tenerse temor de rectificar los errores de diagnóstico o los errores de técnica es mucho peor seguir adelante en una aplicación de fórceps con un error de técnica en el que ya hemos caído que rectificar ese error y repetir la introducción de una cuchara o de las dos cucharas cuantas veces sea necesario.

Es mejor que saque una cabeza después de haber sacado y vuelto a meter una cuchara varias veces pero sacar al niño vivo y sano que a la primera sacar al niño con hemorragia cerebral.

La función de la mano guía decíamos es la de llevar a la cuchara al lugar que le corresponde el deslizamiento pues al principio entre la presentación y la mano guía pero en la penetración de una cuchara puede encontrarse algún obstáculo estamos nosotros introduciendo esta rama. Si el pico de la cuchara se nos atora quiere decir que hay algún obstáculo para que penetre rectificamos nosotros entonces si estamos introducido la cuchara mediante una evolución correcta del mango correspondiente y si lo estamos haciendo quiere decir que hay algún obstáculo que puede ser un reborde del cuello o bien un obstáculo óseo.

Pero en la inmensa mayoría de las veces el obstáculo es blando, entonces lo que pasa es que el pico de la cuchara en vez de meterse entre la presentación y el cuello del útero se ha metido en el fondo del saco correspondiente de la vagina y tropieza con él cuando encontramos este obstáculo vamos a repetir la cuchara y vamos a volver a meter la mano guía lo más profundamente posible e introducimos la mano o la cuchara procurando que el pico vaya legrando el cráneo del producto es la maniobra de la legra que llamo algún autor francés, que vaya pegado el pico al cráneo del producto para eludir el cuello por que si el cuello se mete en el momento en que esta introduciéndose la cuchara entonces el pico penetra al fondo de saco y no puede acabar de penetrar suficiente para poder bien la cabeza.

El fórceps es una de los aparatos mas delicados en su manejo y debe manejarse con mucha suavidad a pesar de ser tan burdo en su diseño porque si se hace fuerza con el fórceps siempre causamos destrozos ya sea hacia el producto o hacia la madre, el peor enemigo del fórceps es la fuerza.

Introducidas las dos ramas y ya hemos logrado articular el fórceps vamos a hacer una nueva rectificación para asegurarnos que hemos tomado correctamente la cabeza esta rectificación va a consistir en comprobar si la toma que hemos hecho llena los requisitos de la toma ideal que señalamos ¿para que vamos a rectificar estos? Es necesaria la nueva rectificación por que durante las maniobras de introducción y de articulación de las ramas podemos haber cambiado la orientación de la cabeza esto no es raro observarlo, resulta que una cabeza que habíamos planeado tomar en izquierda anterior la volteamos a transversa y las ramas que quedan erróneamente como nosotras habíamos planeado, están haciendo una toma indebida por esto es que hay que hacer una rectificación para ver si la toma es ideal o no lo es.

¿Cómo vamos a saber si el eje de la cuchara está conjugado con el meridiano parieto- malar? Es muy sencillo por tacto localizamos la sutura sagital y fontanela menor o posterior, si la fontanela posterior está en el espacio comprendido entre las

dos cucharas, es decir que las cucharas están tomando el meridiano parietomalar, si la fontanela menor está colocada fuera de la distancia que separa estas dos ramas entonces las cucharas no están tomando el meridiano parieto- malar.

¿Cómo comprobamos que esta toma es simétrica? Por tacto identificamos la sutura sagital y apreciamos la distancia que separa a la sutura sagital de uan cuchara y de la otra si las distancias son iguales quiere decir que la toma es simétrica.

Por último ¿Cómo comprobamos que la toma es solida, es decir que el ecuador del ovoide cefálico está comprendido en la distancia máxima de separación entre la concavidad de las cucharas? Esto de la solidez de la toma equivale a hablar del grado de penetración de la cabeza entre las cucharas del fórceps. O lo que es lo mismo el pico de la cuchara he penetrado más allá del ecuador de la presentación.

¿Cómo comprobamos esto? Localizamos el vértice de la cabeza y localizamos el vértice de las ventanas de las cucharas y la sutura del vértice de la presentación corresponde a la altura del vértice de las ventanas, tenemos la seguridad de que la presentación ha penetrado lo suficiente en el fórceps para que la toma sea solida.

A este respecto debemos prevenirnos contra el error de considerar como vértice de la presentación lo que es una giba serosanguinolenta, una giba puede tener inclusive 2 ò 3 cms., de altura y el cuero cabelludo del producto coincidir con el vértice de las ventanas de las cucharas porque hay una giba sanguinolenta, esto no es una toma solida, cuando no podamos realizar una toma ideal por un asinclitismo.

Ya hecha esta rectificación efectuamos las tracciones hasta aquí el aparato lleno de su función de prehension y ahora se inicia la tracción. Articulamos el tractor y vamos a efectuar la tracción decíamos separado a dos traveses de dedo la articulación del fórceps con el sistema tractor.

Las tracciones se van a efectuar intermitentes, los inconvenientes de la tracción continua son numerosos y por ello debe evitarse. Si hay contracciones uterinas que

es lo mejor, la tracción debe efectuarse durante cada contracción aquí una vez más insisto en el papel del fórceps, el fórceps completa a la naturaleza, no la substituye, no la modifica.

La fuerza con la que debe efectuarse la tracción es una fuerza que completa lo que le falta a la contracción uterina para expulsar esa cabeza y por lo tanto es una fuerza suave, nunca debe emplearse mas fuerza de la que corresponde a los músculos del antebrazo.

El que salga una cabeza no depende de la intensidad de la fuerza que se ponga en la tracción, depende de la orientación correcta de la cabeza y de la orientación correcta de la tracción. Por eso es que cuando no se hacen tracciones en el eje adecuado es cuando tiene que emplearse un exceso de fuerza, para sacar una cabeza cuando está bien tomada y cuando la tracción se hace en el eje que corresponde a los músculos del antebrazo, ni siquiera cargar el cuerpo para atrás, ni mucho menos apoyar los pies contra la mesa para jalar, el empleo de esta fuerza excesiva revela un absoluto desconocimiento de lo que es el fórceps y una ignorancia criminal de quien la utiliza.

Al estar haciendo la tracción, nos estamos dando cuenta de que el fórceps está bajando porque lo estamos sintiendo bajar al hacer la tracción, a pesar de tantas rectificaciones todavía vamos a comprobar si la cabeza desciende junto con el fórceps.

La manera de comprobarlo es muy sencilla en el momento de hacer tracción con una mano, el pulgar de la otra mano procuramos introducirlo entre el pubis y la presentación, es un espacio libre habitualmente, hasta donde nos lo permita el grado de descenso de la presentación, el pulgar percibirá entonces si la cabeza baja junto con el fórceps o se queda arriba, según la presión que sienta.

¿Hasta cuándo vamos a hacer las tracciones? No vamos a hacer las tracciones hasta que salga la cabeza del niño con todo y fórceps colgando de las ramas no vamos a hacer las tracciones hasta que el momento en que la cabeza ya no se pueda regresar si se suelta.

El fórceps se retira desmontando y sacando sus piezas a la inversa de cómo las articulamos: primero las ramas para que no nos estorben, aflojamos el tornillo de prehensión y podemos desarticular las ramas. Sacamos primero la rama que metimos a lo último con un movimiento inverso de cómo se metió, de una manera general se dice y esto es una buena regla que se saca la cuchara tratando de llevar el mango a la ingle del lado opuesto.

⁸ 2.3.1 TÉCNICAS DE APLICACIÓN DE FORCEPS EN DIFERENTES VARIEDADES

Técnica de aplicación en variedad occipito izquierda anterior y occipito púbica

Con la paciente en posición ginecológica, debidamente anestesiada, habiendo asegurado la presencia de un ayudante y una vez efectuado el vaciamiento de vejiga y recto, realizado al asepsia, antisepsia de la región, la colocación de campos estériles y la aplicación de fórceps en el espacio, se realizan los procedimientos siguientes:

APLICACIÓN DE RAMA IZQUIERDA.- el obstetra parado frente al campo operatorio, sostiene con la mano izquierda el mango de la mano izquierda, pagado a la pierna izquierda de la parturienta, la punta de la cuchara protegida con la mano guía se coloca en la horquilla perineal, con la curvatura cefálica hacia adentro e dirección de la vulva, después con gran movimiento circular externo (grandes movimientos externos, pequeños movimientos internos) siguiendo un arco hacia el muslo derecho, en sentido inverso de las manecillas del reloj y siempre con la rama del fórceps

⁸ NUÑEZ, Maciel Eduardo, DR. Ginecología y Obstetricia, Ediciones Cuellar, p. 422

adosad al periné y ayudado por la mano guía, se coloca la cuchara izquierda sobre la oreja izquierda del producto. El ayudante sostiene el mango de la rama ya colocada.

APLICACIÓN DE LA RAMA DERECHA.- para colocar la segunda rama los puntos de referencia se trasladan al lado opuesto: el Obstetra toma con la mano derecha el mango de la rama del fórceps y la dirige a la pierna derecha de la paciente, la punta de la cuchara igualmente protegida por la mano guía se coloca en la horquilla perineal. Con un gran movimiento en arco dirigido a la pierna izquierda y sin despegar la rama del periné, coloca la cuchara derecha sobre la oreja derecha del producto.

ARTICULACION DEL FORCEPS.- cuando se a colocado la rama derecha se articulan los magos sin remover la rama izquierda, que por haber sido colocada en primer lugar, tiene mayor probabilidad de estar en posición correcta. Por ello, la rama derecha se ajusta para adaptarla a ella.

VALORACION Y REAJUSTE.- con los mangos ya articulados, se comprueba la exactitud de la toma utilizando como guías la sutura sagital, la fontanela posterior y las fenestraciones, si no cumple lo opuesto en la regla cuatro, la toma es inadecuada y deberá ajustarse, esto se logra mejor cuando la cabeza se encuentra en posición occipito púbica por lo que cuando no es le caso, se efectúa primero la rotación después la desarticula y se corrige y la toma.

EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO.- comprobada definitivamente la aplicación, se practica una episiotomía amplia con vaginotomía y se inicia la tracción, la que se efectuara en el eje de la pelvis. Cuanto mas alta este la cabeza, tanto más baja y posterior será la línea de tracción, la que se desplaza hacia adelante al descender la presentación siguiendo la curvatura del sacro.

2.3.2. APLICACIÓN EN OCCIPITO DERECHA ANTERIOR

En esta variedad, la técnica de aplicación es muy semejante a la descrita para la posición izquierda, excepto que el orden de aplicación de las ramas se invierte colocando primero la rama derecha, sostenida por la mano derecha, dirigida a la pierna derecha de la paciente y colocada con mano guía sobre la oreja derecha del producto.

Posteriormente se introduce la rama izquierda, sostenida con la mano izquierda, colocada con mano guía sobre la oreja izquierda del producto. Es conveniente recordar que la articulación del fórceps se encuentra en el tallo de la rama izquierda, por ello, en esta variedad antes de proceder a su articulación es necesario separar los tallos y cruzar el superior o izquierdo, por debajo del inferior o derecho.

Después de efectuar la rotación a occípito pùblica, de comprobar la exactitud da la toma y de hacer los ajustes necesarios, se procede a efectuar la tracción en la forma descrita.

2.3.3 APLICACIÓN DE FÓRCEPS EN OCCIPITO IZQUIERDA, DERECHA Y TRANSVERSA

La pelvis platipeloides con frecuencia dan lugar en el trabajo de parto a variedades de posición transversas persistentes, deben en estos casos, hacerse adelantar la cabeza en posición transversa sin intentar su rotación, hasta llegara a un nivel ene l cual el diámetro anteroposterior de la pelvis tenga la amplitud suficiente para efectuar la rotación sin peligro.

En estas circunstancias están indicados dos instrumentos: el fórceps de Kjelland o cuando se agrega la existencia de sacro plano y asinclistismo, el fórceps de Barton. Al emplear los fórceps de Kjelland, primero se introduce la rama anterior, deslizándola sobre la cara o sobre el occipucio del producto hasta colocarla sobre la oreja anterior, después se introduce la rama posterior en forme directa, desviando ligeramente a un lado la punta de la cuchara, para evitar el promontorio después de

comprobar definitivamente la exactitud de la aplicación, se inicia la tracción, efectuando la rotación en el piso de la pelvis.

2.3.4 APLICACIÓN DE FÓRCEPS EN OCCIPITO IZQUIERDA Y DERECHA POSTERIORES

Su aplicación se efectúa de manera convencional, colocando en primer lugar la rama anterior por deslizamiento sobre el occipucio o la cara del producto hasta llevarla al hueso parietal anterior, aplicando la rama posterior de la manera oblicua acostumbrada como el fórceps carece prácticamente de curvatura pélvica, puede lograrse la rotación al mismo tiempo que la extracción mediante maniobras suaves y relativamente fáciles, sin embargo, en caso de que se aprecie resistencia o el moldeamiento de la cabeza fetal sea excesivo, debe rotarse a posición posterior y efectuar la extracción en esta variedad.

2.3.5. APLICACIÓN DE FÓRCEPS EN OCCIPITO SACRA

La rama izquierda del fórceps, sostenida por la mano izquierda, dirigida a la pierna izquierda de la paciente, habrá de colocarse con mano izquierda guía sobre la oreja derecha del feto; por el contrario, la rama derecha sostenida por la mano derecha del operador, dirigida a la pierna derecha de la paciente, habrá de colocarse con mano guía sobre la oreja IZQUIERDA del producto.

Para comprobar la exactitud de la toma se consideran igualmente, las fenestraciones, los tallos, la sutura sagital y la fontanela posterior, pero esta deberá quedar situada a un través de dedo POSTERIOR al plano de los tallos, una vez comprobada y ajustada la toma, se procede a la tracción como se ha descrito.

Siempre que se atiende el parto pélvico, el obstetra debe aplicar de rutina el fórceps de Piper en cabeza última, esta operación, bien efectuada, ofrece mayor seguridad para el feto que las maniobras que se emplean en su extracción. El instrumento tiene

los tallos curvados de manera tal, que las ramas del fórceps aplicado quedan bastante bajas, lo que asegura la aplicación biparietal.

El ayudante sostiene el producto, llevándolo ligeramente al lado derecha de la madre para exponer el lado izquierdo. Se aplica primero la rama izquierda, en forma directa, como si fuera en occipito púbrica, utilizando la mano guía, con una maniobra similar, se coloca la rama derecha. Se articulan los tallos y se sostienen los magos, en tanto el cuerpo del producto se mantiene paralelo al fórceps y cercano a él. Después de corroborar la toma, se tracciona en dirección de los mango y en cuanto al mentón aparecen en la horquilla, se elevan. La cabeza se extrae sin desarticular el fórceps.

2.3.6 VARIEDAD OCCIPITOILIACA IZQUIERDA ANTERIOR

En las variedades occipito- iliaca izquierda anterior la mano derecha introducida en la parte posterior izquierda de la vagina debe identificar la oreja izquierda ubicada hacia atrás y al mismo tiempo servir de guía para la introducción de la rama izquierda del fórceps que se sostiene con la mano izquierda y se aplica sobre la oreja izquierda, el mango lo sostiene un ayudante o no se sostiene ya que la hoja sostiene su posición sin dificultad, se introduce entonces dos dedos de la mano izquierda en la parte posterior derecha de la pelvis.

La rama derecha del fórceps sostenida con la mano derecha se introduce entonces a lo largo de la mano izquierda que actúa como guía entonces debe aplicarse sobre la oreja anterior del feto deslizando la hoja con suavidad hacia adelante hasta que este opuesta a la hoja que se introdujo primero una vez articuladas una de las ramas ocupa la extremidad posterior y otra la anterior del diámetro oblicuo izquierdo.

⁹2.3.7. VARIEDAD OCCIPITOILIACA DERECHA ANTERIOR

⁹ CUNNINGHAM, Gary, William Obstetricia, 21ª edición, octubre 2002.p. 427.

En las variedades derechas las hojas se introducen en forma similar pero en direcciones opuestas ya que en esos casos la oreja derecha del feto es la posterior sobre la que debe colocarse la primera hoja, luego de que se aplicaron las hojas a los costados de la cabeza, el mango y el vástago izquierdos quedan arriba de los derechos, en consecuencia el fórceps no se articulan de inmediato la traba de las ramas se realizan con facilidad si se rota la izquierda alrededor de la mano derecha para llevar la traba a su posición correcta.

¹⁰2.3.8. VARIEDADE OCCIPITOTRANVERSA

Si el occipital esta en una posición transversa el fórceps se introduce en forma similar con la primera hoja aplicada sobre la oreja posterior y la segunda rotada hacia anterior a una posición opuesta a la otra, en este caso la hoja queda frente al sacro y la otra detrás del sínfisis del pubis, pueden utilizarse los fórceps convencionales de Simpson o Tucker- MakLane o una de sus modificaciones o el fórceps especializado de Kielland.

2.4 TIPOS DE INSTRUMENTOS

2.4.1 FORCEPS CLASICOS

Se analizan en dos grupos en cuanto a la disposición de sus ramas intermedias.

Tipo Elliot. Se caracteriza por tener las ramas intermedias superpuestas que le dan características especiales a su curvatura cefálica y lo hace ideal para aplicaciones en cabezas no moldeadas por el trabajo de parto, generalmente en el fórceps profiláctico.

Tipo Simpson. Se caracteriza por tener ramas intermedias paralela su larga curvatura cefálica lo hace ideal para aplicaciones e cabezas moldeadas por el trabajo de parto, generalmente en el fórceps indicado, debido a esta disposición la distensión perineal

¹⁰ Ibídem.

es mayor y puede causar mayor incidencia de lesiones en esta región, los simpson viene en varios tamaños.

2.4.2 FORCEPS ESPECIALES

Kielland. Introducido en 1916 es ideal para la rotación de cabeza detenida en transversa y, en general, para las distocias de rotación se caracteriza por tener una articulación deslizante que permite corregir los acinclitismos tan comunes en las transversas detenidas tienen cucharas fenestradas con lo que se logra una excelente presión y tracción en el eje, ideal para la variedades posteriores. La diferencia fundamental con los otros fórceps, es la ausencia de curvatura pélvica.

Laufe. Introducido en 1968 fue diseñado originalmente para variedades posteriores, aunque también puede utilizar como fórceps profiláctico, tiene la característica de que la articulación tipo pivote está localizada en el extremo del fórceps en el mismo sitio donde se aplica la tracción y que las cucharas son divergentes, estas características disminuyen la fuerza de compresión sobre la cabeza fetal.

Leff. Introducido en 1955. Fue diseñado exclusivamente para las rotaciones instrumentales, se caracteriza por tener pequeñas dimensiones y las cucharas al mismo nivel de sus ramas intermedias, por lo que sólo sirve para la rotación de la cabeza, para completar el procedimiento de expulsión se debe introducir un fórceps convencional.

Luikart. Tiene la articulación deslizante que lo hace ideal para corregir los acinclitismos, las cucharas son pseudofenestradas lo cual facilita la presión y disminuye la incidencia de las lesiones que se ven con los fenestrados por lo que se puede utilizar en las rotaciones.

Piper. Tiene unas ramas intermedias largas con una curvatura pélvica invertida de manera que el plano de los mangos éste en un lugar inferior el de las cucharas para facilitar la aplicación en cabeza última.

¹¹2.5. FUNCIONES DE LOS FORCEPS

Los fórceps han de cumplir tres grandes funciones: presión, tracción y rotación, el fórceps ideal es aquel que pueda hacer una tracción efectiva con un mínimo de presión.

2.6. PARTO ESPONTANEO

Si el estrecho superior de la pelvis es amplio y el canal vaginal y el perineo están algo relajados a causa de parto anterior, con frecuencia tendrá lugar rápidamente el parto vaginal espontaneo. Si el canal vaginal resiste a la tracción y el perineo es firme, el segundo periodo del parto puede prolongarse durante cierto tiempo antes de que se produzca el parto espontáneo. Durante el cada esfuerzo expulsivo, en posición antero posterior, la cabeza empuja el perineo con mayor intensidad que cuando el occipucio se halla en posición anterior, por consiguiente a menudo esta indicado el parto con fórceps.

2.6.1 VARIEDAD DE POSICION OCCIPITO POSTERIOR PERSISTENTE

Las posiciones occipitoposteriores sufren rotación anterior espontanea seguida del parto no complicado, si embargo en algunos casos esta rotación no ocurre conociéndose el hecho como variedad de posición persistente.

¹¹ ALLER, Juan, DR. Obstetricia Moderna, McGram-Hill Interamericana, 3ra edición, p. 542

No se conocen las razones exactas del fallo de la rotación espontánea, indudablemente el estrechamiento transversal de la pelvis media desempeña una cierta función. Las posibilidades del parto vaginal son:

1. Esperar el parto espontáneo
2. Parto con fórceps dirigiendo el occipucio a una posición posterior
3. Rotación del occipucio con el fórceps hacia una posición anterior y parto.
4. Rotación manual de la posición seguida de un parto con fórceps.

La necesidad de una mayor tracción con respecto a los partos en posición occipitoanterior puede ser minimizada si se realiza una gran episiotomía, la utilización de fórceps y una notable episiotomía precisan en la mayoría de los casos, una anestesia más completa de la que puede alcanzarse con el bloque de pudendo y con la infiltración local perineal. El fórceps se aplica bilateralmente a lo largo del diámetro occipitomentoniano. En los casos en los que el caput y el moldeamiento hace que la cabeza obstruya a través del introito, el diámetro biparietal se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis. El parto suele prolongarse y el descenso de la cabeza suele ser lento.

2.6.2 POSICION OCCIPITO TRANSVERSA PÉRSISTENTE

En ausencia de anomalías de la arquitectura pélvica, la posición occipito transversa tiene más probabilidades de ser transitoria mientras el occipucio rota hacia una posición anterior. Si la cavidad uterina disminuye, y no hay estenosis pélvica, se puede proceder a inducir el parto vaginal utilizando varios métodos. La génesis de posición occipitotransversa no es siempre tan simple ni su tratamiento tan benigno. Con la pelvis platipeloide o androide puede no haber un espacio adecuado para la rotación de occipucio hacia la posición anterior o posterior. En estos casos está indicada la interrupción del embarazo por vía abdominal.

¹²2.6.3. CLASIFICACION DEL PARTO CON FORCEPS DE ACUERDO CON LA ESTACION Y LA ROTACION

2.6.3.1 ROTACIÓN MANUAL

Tienen que darse los mismos requerimientos que cuando se decide la aplicación de fórceps, se introduce una mano, y se localiza la oreja posterior, confirmando la posición posterior. Puede cogerse la cabeza entre los dedos por encima de la oreja posterior y con el pulgar por encima de la oreja anterior, para rotar el occipucio hacia una posición anterior.

2.6.3.2 ROTACION CON FORCEPS

Si la cabeza esta por debajo del seguro plano, el cérvix esta dilatado y la pelvis es proporcionada puede intentarse la rotación con fórceps.

La clasificación actual de los partos con fórceps propuestas por el *American College of Obstetricians and Gynecologists* pone de relieve los dos aspectos distintivos más importantes de riesgo para la madre y el niño: estación y rotación.

La estación se mide en centímetros. Los partos se consideran como procedimientos con fórceps de la salida, bajo y medio. Las intervenciones con fórceps altos son aquellas en las que los instrumentos se colocan antes del encajamiento. Las rotaciones de mas de 45° suelen ser de mas difíciles que de los grados más bajos.

Debe pensarse en la morbilidad relacionada con los partos efectuados con fórceps y anticiparse a ella. Los resultados se ven influidos en grados notorios por la posición y estación de la cabeza fetal, anatomía materna y experiencia del operador. El riesgo

¹² CUNNINGHAM, Gary, Williams Obstetricia, editorial panamericana, 21a Edición, octubre 2002

más grande se corre en los nacimientos con fórceps medio y cuanto se requieren rotaciones mayores de 45°. Parece razonable concluir que debe realizarse con buena seguridad, para la madre y feto las operaciones con fórceps de salida y bajo y rotación de 45° o menos.

¹³**2.6.3.4 Fórceps bajo**

El punto más adelantado del cráneo fetal se encuentra en la estación mayor o igual a dos centímetros y no sobre el suelo pélvico. La rotación es de 45° o menor (desde las posiciones occipitales izquierdas o derechas anteriores hacia la occipital anterior o desde las posiciones occipitales izquierdas o derechas posteriores hacia la occipital posterior). La rotación es mayor de 45°.

2.6.3.5 Fórceps medio

La estación se encuentra por arriba de más de dos centímetros, pero la cabeza está encajada.

2.6.3.6 Fórceps alto

No se incluye en la clasificación.

Las indicaciones fetales para el parto vaginal operatorio con fórceps consisten en prolapsos del cordón umbilical, separación prematura de la placenta y patrón intranquilizante de la frecuencia cardíaca fetal. En el caso de este último, es prudente describirlo, así como la estación planeada de aplicación de fórceps en una nota escrita muy precisa.

¹³ Ibídem

2.6.3.7 Fórceps de la salida

El obstetra para que este de manera espontanea consiste casi siempre en fuerzas de expulsión insuficiente, resistencia notoria del peritoneo o ambas cosas. En estas circunstancias, la sutura sagital fetal ocupa un diámetro anteroposterior del estrecho pélvico, con la fontanela menor, dirigida hacia la sínfisis del pubis o la concavidad del sacro. En todo caso, si se aplica a los lados de la pelvis, el forceps sujeta la cabeza de manera ideal.

La hoja izquierda se inserta con la mano del mismo lado izquierdo de la pelvis y a continuación se introduce la derecha con la mano corresponde en ese lado de la pelvis como sigue: se introduce dos o mas dedos de la mano derecha por la porción posterior izquierda de la vulva hasta el interior de la vagina al lado de la cabeza fetal.

Se sujeta a continuación el mango de la rama izquierda del fórceps entre el pulgar y los dos dedos siguientes de la mano izquierda de la misma manera en que se sostiene un lápiz y se desliza con suavidad la punta de la hoja por le interior de la vagina entre la cabeza fetal y la superficie palmar de los dedos de la mano derecha, que sirve como guías.

El mango se sostiene al principio en posición casi vertical pero, al seguir la hoja su trayectoria adaptada a la cabeza fetal, el mango desciende de manera natural hasta la posición horizontal.

De manera semejante, se introdujo en seguida dos o más dedos de la mano izquierda en la porción posterior derecha de la vagina para que sirvan como guías para la hoja de ese lado, cuyo mango se sostiene con la mano derecha y se inserta a continuación. Luego se retiran estos dedos guías y se articulan los mangos, que se encuentran en la posición horizontal. Si es necesario puede manipularse la otra hoja

con suavidad hasta que los mangos se acomoden de modo que puedan acoplarse con facilidad.

Después se verifica la articulación del instrumento antes de ejercer tracción. En el caso de la aplicación occipital anterior las hojas ajustadas de manera apropiada son equidistantes desde la sutura sagital. En la posición occipital posterior lo son desde la línea media de la cara y la frente.

Cuando se tiene la seguridad de que las hojas están colocadas de manera satisfactoria, se ejerce tracción horizontal intermitente suave hasta que comienza a abombarse el perineo. En algunos casos se realiza rotación hasta la posición occipital anterior antes de ejercer la tracción. La tracción se lleva a cabo siempre con suavidad y jamás con fuerza excesiva.

A medida que la vulva se distiende por el paso del occipucio puede practicarse episiotomía si esta indicada. Se aplica tracción más horizontal y los mangos se elevan de manera gradual hasta que apunten por ultimo casi directamente hacia arriba conforme salen los huesos parietales.

Con la cabeza fetal en la posición occipital anterior esta maniobra aprovecha la ventaja de los diámetros mas pequeños de la cabeza fetal y hacen que la región suboccipital se deslice hasta llegar a la sínfisis el pubis, al elevarse los mangos la cabeza se extiende, durante la tracción hacia arriba los cuatro dedos deben sujetar la superficie superior de los mangos y los tallos, en tanto que el pulgar ejerce la fuerza necesaria sobre su superficie inferior.

Durante la salida de la cabeza debe estimularse el nacimiento espontaneo tanto como sea posible. Por esta razón la tracción debe ser intermitente y permitirse que la cabeza retroceda a intervalos, como ocurre durante el trabajo de parto espontaneo. Salvo cuando esté indicado de manera urgente, como sucede en caso de bradicardia fetal grave, el parto debe ser lo suficientemente lento, pausado y suave para evitar la

comprensión indebida de la cabeza fetal, es preferible ejercer la tracción con cada contracción uterina.

Una vez que la cabeza ha distendido bien la vulva y es posible percibir la frente a través del perineo, puede terminarse el nacimiento de diversas maneras, algunos obstetras conservan el fórceps colocándolo porque creen que ese modo mantiene el máximo control del avance de la cabeza.

Sin embargo el espesor de la hoja aumenta muchas veces la distensión de la vulva con lo que se incrementa la posibilidad de desgarro o la necesidad de una gran episiotomía, en estos casos puede retirarse el fórceps y completar el parto con las maniobras de Ritgen con extensión lenta de la cabeza bajo presión hacia arriba sobre la barbilla a través de la porción posterior del perineo, a la vez que se cubre el ano con una compresa para minimizar la contaminación proveniente del intestino.

¹⁴**2.7 PERIODO DE TRABAJO DE PARTO**

El trabajo de parto se divide en tres fases:

1. Dilatación.- se inicia desde la actividad uterina y termina con la dilatación completa del cérvix, que va desde 0 hasta 10 centímetros y la dividimos en dos fases que son :
 - a) Latente. De 0 hasta 4 centímetros de dilatación, en primigestas puede durar hasta 18 horas, en multigestas puede durar hasta 8 horas.
 - b) Activa. De 4 hasta 10 centímetros de dilatación, en las mujeres primigestas dilatan 1 centímetro por minuto, y las mujeres multigestas puede ser una dilatación de 1.5 por minuto.

¹⁴ ZAMUDIO, Pedraza Alfonso, DR. Antología Gineco- Obstetricia, escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud 2008.

2. Expulsión.- comprende desde la dilatación completa hasta el nacimiento del bebe este periodo debe durar 1 hora en primigestas y en multigestas.
3. Alumbramiento.- comprende desde el nacimiento del bebe hasta la salida del la placenta y debe de durar máximo media hora. Existen dos tipos de alumbramiento:
 - a) Abdominal manual, cesárea.
 - b) Vaginal que pueden ser Schultzen donde primero sale la cara fetal de la placenta; Duncan donde sale la cara materna de la placenta; y la manual donde se practica la extracción manual.

2.8 COMPLICACIONES

La morbilidad materno-fetal en el parto instrumental está aumentada en las rotaciones amplias, presentaciones altas, distocias de rotación, pelvis inadecuadas, cefálicas deflejadas, asinclitismos y fetos macrosomicos. Las complicaciones pueden ser maternas y fetales.

Es importante recordar que el conocimiento de la arquitectura de la pelvis materna es indispensable para evitar las complicaciones existe una serie de hallazgos clínicos de la pelvis que la hacen desfavorable a la aplicación de fórceps y son las siguientes:

1. Conjugado diagonal corto
2. Espinas ciáticas prominentes
3. Sacro plano
4. Arco subpubico pequeño
5. Paredes pélvicas convergentes
6. Diámetro bituberoso de salida estrecho.

Las complicaciones maternas más importantes son las laceraciones de cuello uterino que pueden ocurrir cuando la aplicación se hizo con una dilatación incompleta. Los desgarros de vagina se ven más frecuentemente cuando se realiza rotación, sobre todo con los fórceps fenestrados la prolongación de la episiotomía ocurre cuando la incisión no fue adecuada al tamaño del feto o porque la tracción no se hizo siguiendo el eje de la pelvis.

Puede ocurrir anemia por el sangrado excesivo sobre todo cuando hay periuretrales y en cara anterior de vagina, la retención de orina en el puerperio inmediato es frecuente por el edema y la formación de hematomas periuretrales. Los desgarros perineales o la prolongación de la episiotomía pueden producir lesiones del esfínter y de la mucosa rectal y se puede presentar debilidad, incompetencia, prolapsos y fistulas.

2.8.1 CONTRAINDICACIONES

Si no se reúnen los requisitos y no hay indicaciones para la aplicación de un fórceps, son factores suficientes para contraindicar su uso.

2.8.2 RIESGO

En general cuando se hace la aplicación de un fórceps debe siempre considerarse si los beneficios superan a las complicaciones aun en las mejores manos pueden observarse lesiones sobre el binomio madre-hijo sobre el feto pueden apreciarse laceraciones, compresiones o contusiones cefálicas, compresión sobre algunos troncos nerviosos como el facial o parte del plexo braquial, ocasionalmente pueden presentarse fracturas, en la madre puede ocasionarse laceraciones y desgarros del canal de parto, con hemorragia variable según número, extensión y localización de la lesiones, compresiones importantes de vejiga con fistulas vésico-vaginales, disyunciones pélvicas fundamentalmente por separación de la sínfisis del pubis.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer si la presentación occipital provoca el uso de fórceps durante el parto en mujeres primigestas

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- I. Conocer que son los fórceps.
- II. conocer los factores que determinan el uso de fórceps que es la presentación occipital en el feto.
- III. Identificar si la presentación occipital tienen mayor incidencia en mujeres primigestas.

HIPOTESIS

- I. La presentación occipital no determina el uso de fórceps en la penúltima fase del parto en mujeres primigestas.
- II. En la presentación occipital NO es obligatorio el uso de fórceps.
- III. En la presentación occipital fetal de mujeres primigestas el uso de fórceps es para lograr un parto exitoso.

1.5.1 VARIABLES

1.5.1.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.

Presentación occipital

1.5.1.2 VARIABLE DEPENDIENTE.

Uso de fórceps

1.4 JUSTIFICACIÓN

En el transcurso de la estancia en esta escuela de enfermería, a través de la práctica clínica y presenciar en más de una ocasión el trabajo de parto y ver la culminación del embarazo ha surgido un sin fin de dudas acerca del uso de fórceps durante el trabajo de parto debido a que usan estos instrumentos para la culminación del parto sin tomar en cuenta que son instrumentos que pueden ocasionar un daño irreversible a materno fetal.

Este a surgido la inquietud del por que se utilizan los fórceps y que es lo que determina esta acción ya que no se cuentan con los conocimientos necesarios para determinar el uso correcto de estos instrumentos, así como son las instrucciones de uso, sus consecuencias de uso.

CAPITULO III

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación es cualitativo basado en encuesta las observaciones que se dieron en el transcurrir de nuestra practica clínica en el Hospital de Nuestra señora de la Salud.

SUJETOS A ESTUDIAR

La investigación enfocada al personal medico así como al personal de enfermería que labora en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

UNIVERSO

Nuestro universo es el personal de enfermería así como el personal medico que se encuentran laborando en el hospital de Nuestra Señora de la Salud.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DE LA DE MUESTRA

La muestra de población fuero de cincuenta personas ya que fue el dato arrojado con la aplicación de la fórmula para población finita y datos cualitativos.

Con la aplicación de cincuenta encuestas piloto, se obtuvieron los siguientes datos:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 N + Z^2 p q}$$

FÓRMULA

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 N + Z^2 p q}$$

SIGNIFICADO DE VALORES

n = Tamaño de muestra

Z^2 = Consecuencias del tamaño de muestra

e = Margen de error aceptado

p = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

N = Tamaño de la población

SUSTITUCIÓN

$$n = ?$$

$$z = 1.96$$

$$e = 0.05$$

$$P = 0.8$$

$$q = 0.2$$

$$N = 62$$

$$n =$$

$$p = 0.8$$

$$z = 1.96$$

$$q = 0.2$$

$$e = 0.05$$

$$N = 62$$

DESARROLLO DE LA FORMULA

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.8)(0.2)(62)}{(0.05)^2 (62) + (1.96)^2 (0.8)(0.2)}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.8)(0.2)(62)}{(0.05)(62) + (3.84)(0.8)(0.2)}$$

$$n = \frac{38.10}{(0.76)}$$

$$n = 50.13$$

$$n = 50$$

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2 N + Z^2 pq}$$

n= (_____)

n= p=40/50=0.8

z= 1.96 q=10/50=0.2

e= 0.05 N=62

CONFIABILIDAD VALIDEZ

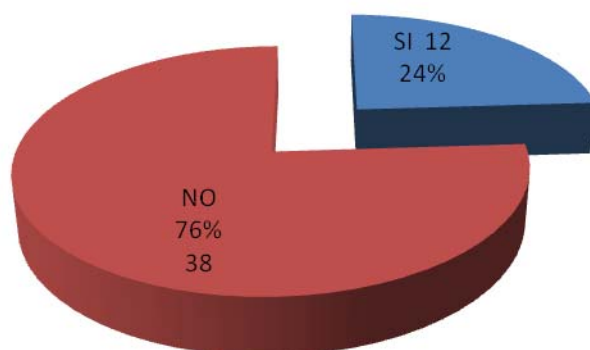
La encuesta nos da los resultados que pretendemos obtener sobre el tema de investigación

La validez en términos generales se refiere al grado en que el instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

TECNICAS UTILIZADAS

Los instrumentos que se usaron son encuestas aplicadas a personal del área de la salud como son enfermeras y médicos.

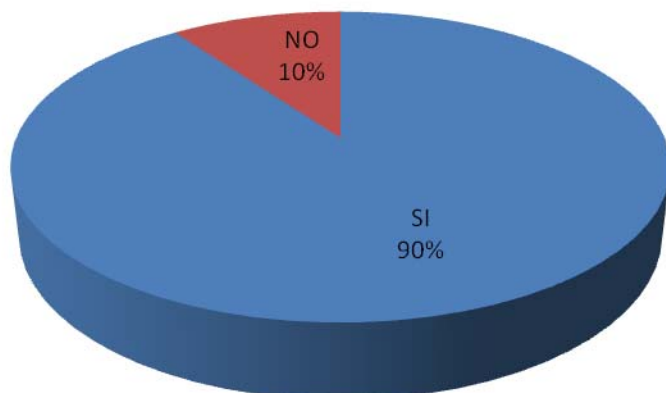
1.-¿ES EN MUJERES PRIMIGESTAS EXISTE MAYOR INCIDENCIA EN LA PRESENTACION OCCIPITAL FETAL?



DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	24%
NO	38	76%
TOTAL	50	100%

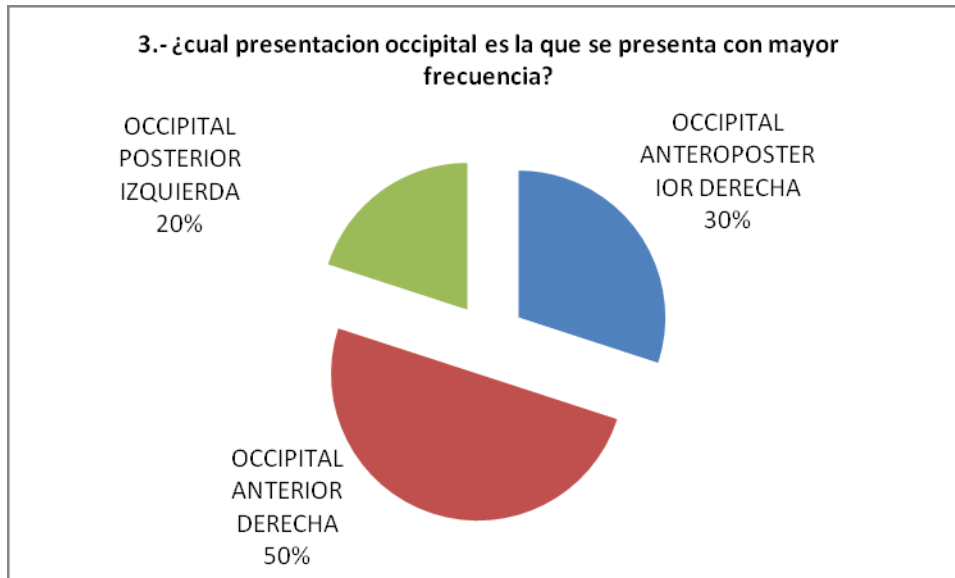
Interpretación: Se pudo notar que la mayoría de las personas encuestadas creen que no siempre es mayor la incidencia de presentación occipital fetal en mujeres primigestas.

2.- ¿CONOCE LA CLASIFICACION DE PRESENTACION OCCIPITAL?



DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	5	10%
SI	45	90%
TOTAL	50	100%

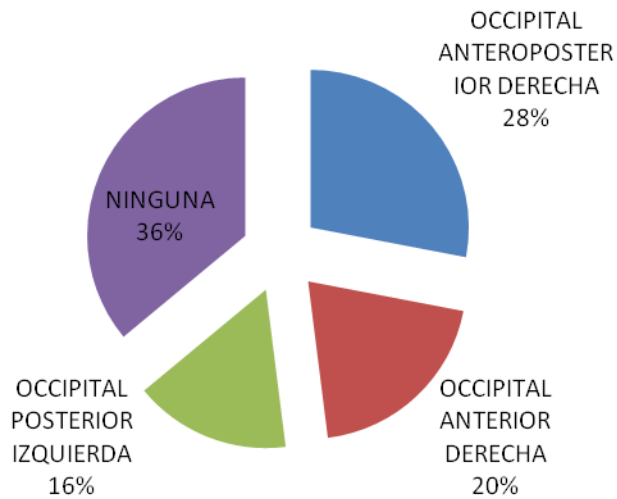
INTERPRETACION.- de las encuestas realizadas nos podemos dar cuenta de que la mayoría del personal de salud si tiene conocimientos sobre incidencia de presentación occipital.



Datos	frecuencia	Porcentaje
Occipital posterior izquierda	10	20%
Occipital anteroposterior derecha	15	30%
Occipital anterior derecha	25	50%
Total	50	100%

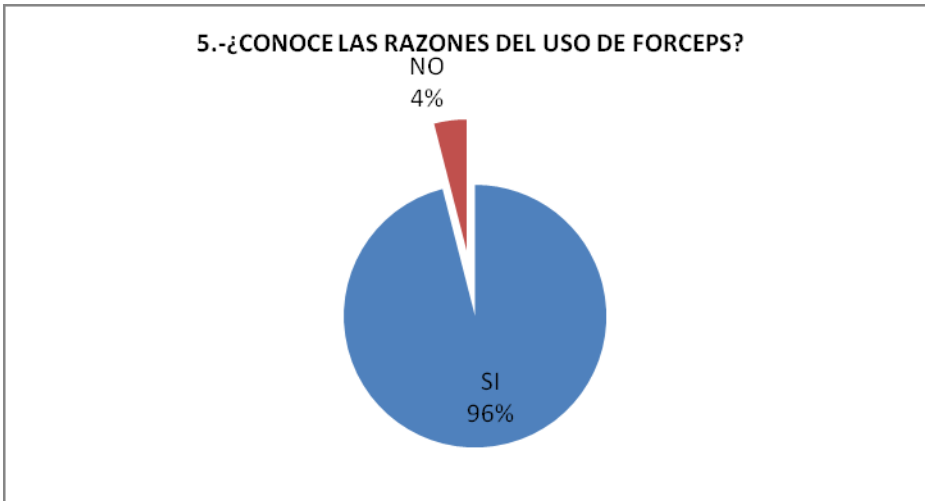
INTERPRETACION.- en esta grafica nos podemos dar cuenta que las presentación occipital anterior derecha es la mas frecuente obteniendo un 50 % de las encuestas realizadas.

4.- ¿EN CUAL DE ESTAS SE DEBEN USAR LOS FORCEPS?



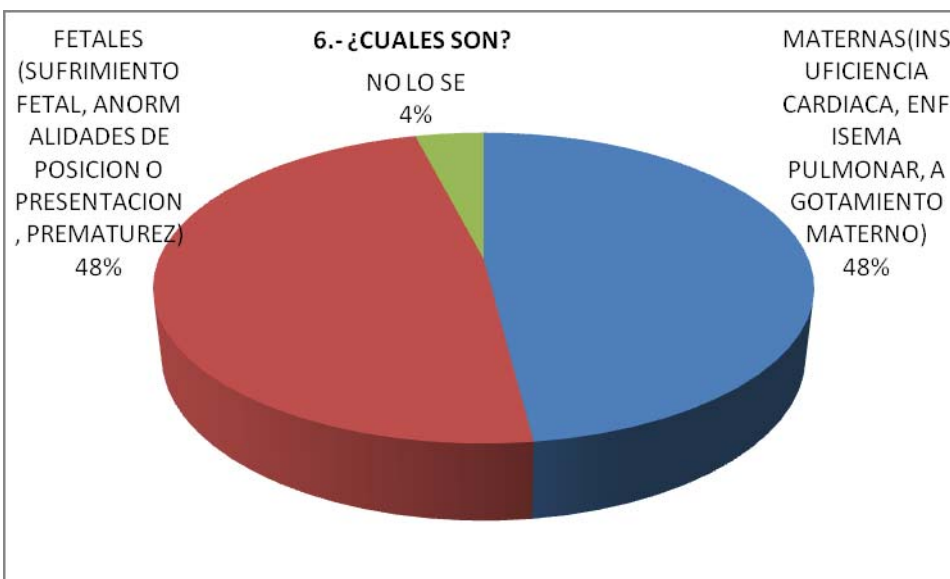
DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OCCIPITAL ANTEROPOSTERIOR DERECHA	14	28%
OCCIPITAL POSTERIOR IZQUIERDA	8	16%
OCCIPITAL ANTERIOR DERECHA	10	20%
NINGUNA	18	36%
TOTAL	50	100%

INTERPRETACION.- en esta grafica nos dimos cuenta que no es necesario usar los fórceps para lograr un parto exitoso.



DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	48	96%
NO	2	4%
TOTAL	50	100%

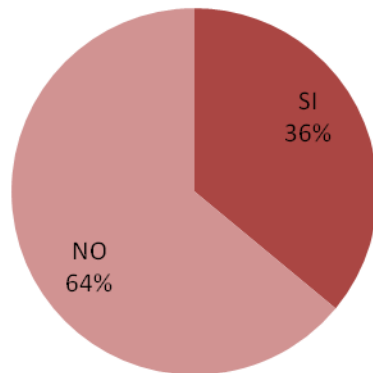
INTERPRETACION.- obtuvimos como resultado que mas de 40 personas conocen las razones que condicionan el uso de fórceps el uso de fórceps debe ser con extremas precauciones.



DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FETALES (SUFRIMIENTO FETAL, ANORMALIDADES DE POSICION O PRESENTACION, PREMATUREZ)	24	48%
MATERNAS (INSUFICIENCIA CRADIACA, ENFISEMA PULMONAR, AGOTAMIENTO MATERNO, PRESENTACION OCCIPITAL ANTERIOR DERECHA)	24	48%
NO LO SE	2	4%
TOTAL	50	100%

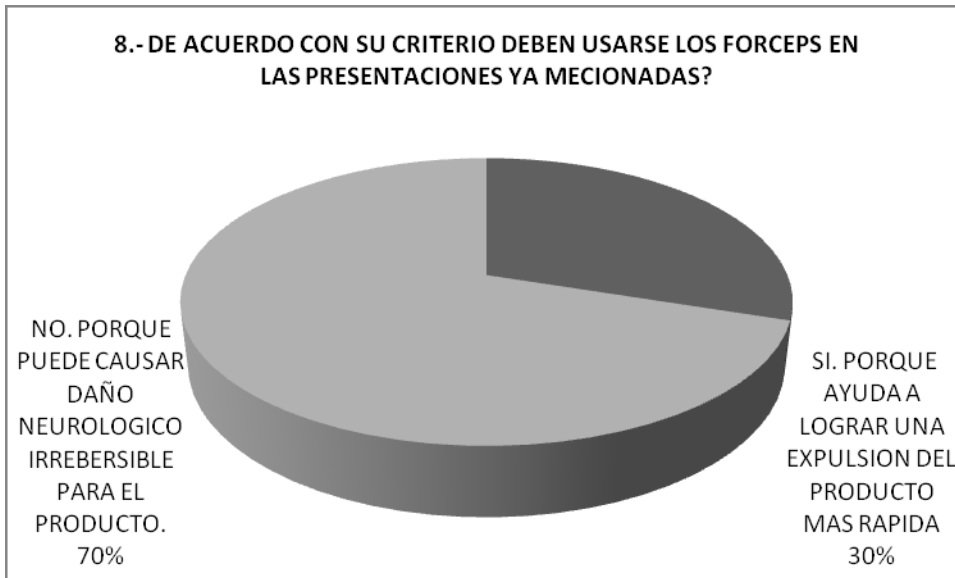
INTERPRETACION.- podemos observar que las razones que mas conocen para a aplicaci3n de f3rceps entran con un porcentaje similar las que se refieren causas maternas as3 como las causas fetales de las cuales el personal de salud conocen y un m3nimo porcentaje no conocen las causas del uso de forceps.

7.- ¿EL USO DE FORCEPS DETERMINA UN PARTO EXITOSO EN UNA PRESENTACION OCCIPITAL?



DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	36%
NO	32	64%
TOTAL	50	100%

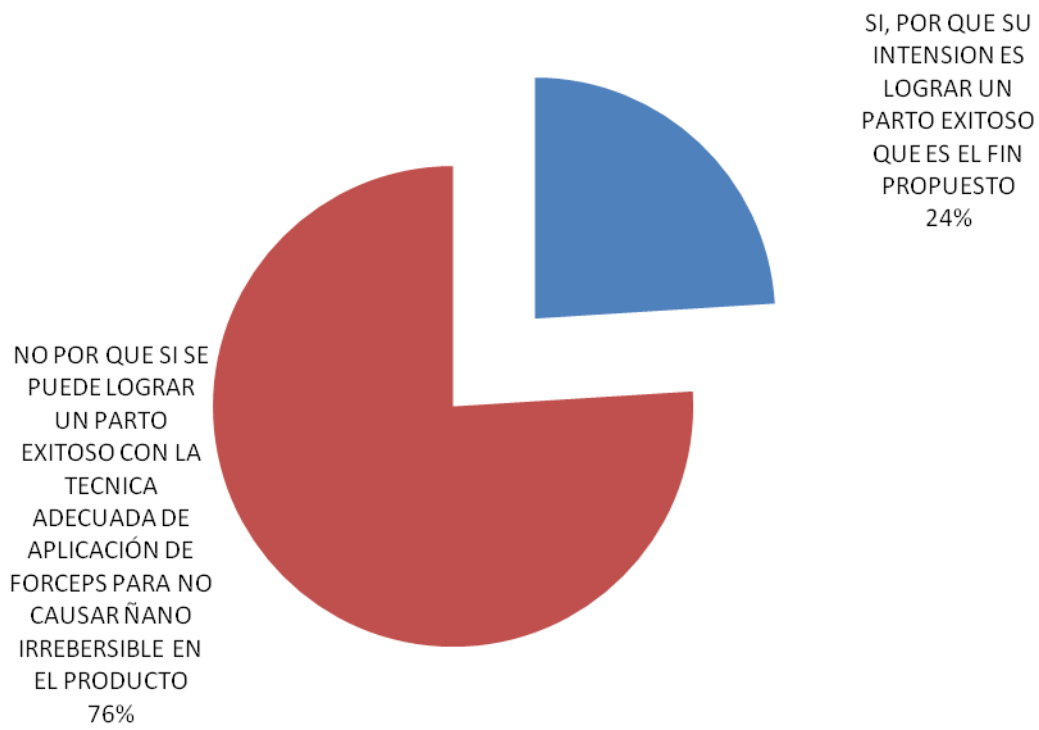
INTERPRETACION.- el usar fórceps no puede determinar que se logre un parto exitoso, ya que puede desencadenar un sin fin de consecuencias tanto maternas como fetales y como consecuencia no se considera un parto exitoso.



DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO, PORQUE PUEDE CAUSAR DAÑO NEUROLOGICO IRREBERSIBLE PARA EL PRODUCTO-	35	70%
SI, PORQUE AYUDA A LOGRAR UNA EXULSION DEL PRODUCTO MAS RAPIDA.	15%	30%
TOTAL	50	100%

INTERPRETACION.- se observo que existe un mínimo porcentaje de personal de salud que eligieron usar fórceps para que exista un trabajo de parto rápido por razones que no se mencionaron pero que si comentaron no para lograr un parto exitoso sino para terminar rápido e trabajo.

9.- ¿EN SU CRITERIO ES MEJOR LA REALIZACION DE UNA CESAREA QUE EL USO DE FORCEPS EN UNA PRESENTACION OCCIPITAL PARA LOGRAR UN PARTO EXITOSO?



DATOS	FRECUENCIA	PORCETAJE
NO, POR QUE SI SE PUEDE LOGRAR UN PARTO EXITOSO CON LA TECNICA ADECUADA DE APLICACIÓN DE FORCEPS PARA NO CAUSAR DAÑO IRREBERSIBLE EN EL PRODUCTO	38	76%
SI, POR QUE SU INTENSION ES LOGRAR UN PARTO EXITOSO QUE ES EL FIN	12	24%

PROPUESTO		
TOTAL	50	100%

INTERPRETACION.- nos dimos cuenta que aun se opta por usar fórceps y no recurren a la cesárea pero se menciona que solo aplicarían los fórceps si conocieran la técnica correcta del uso de fórceps y un 24% de la población menciona que su fin es lograr un parto exitoso sin importar que tengan que recurrir a la operación cesárea.

CONCLUSIONES

- ♥ Se llego a la conclusión de que la presentación occipital no es razón suficiente para que se efectúe un uso de fórceps.
- ♥ Las mujeres primigestas no son las únicas pacientes que cursan con presentación occipital.
- ♥ El uso de fórceps trae como consecuencia secuelas irreversibles tanto maternas como fetales si no existe una correcta técnica para usar los durante el trabajo de parto.

ANEXOS

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____

CUESTIONARIO

1. ¿Es en mujeres primigestas donde existe mayor incidencia en la presentación occipital fetal?

SI

NO

2. ¿Conoce la clasificación de presentación occipital?

SI

NO

3. ¿Cuál presentación occipital es la que se presenta con mayor frecuencia?

Respuesta _____

4. En cuál de estas se deben usar los fórceps?

Respuesta _____

5. Conoce las razones del uso de fórceps

SI

NO

6. ¿Cuáles conoce?

7. ¿el uso fórceps determina un parto exitoso en una presentación occipital?

SI

NO

8. ¿De acuerdo a su criterio deben usarse los fórceps en las presentaciones ya mencionadas?

SI

NO

POR

QUE _____

9.- ¿En su criterio es mejor la realización de una cesárea que el uso de fórceps en una presentación occipital para lograr un parto exitoso?

SI

NO

POR QUE

BIBLIOGRAFIA

Williams Obstetricia

21ª edición

Editorial Médica Panamericana

Autor. Gary Cunningham

P.p. 419-434

Idem 395-397

Tratado de Obstetricia y Ginecología

Octava edición

Editorial McGraw_Hill Interamericana

Autor. Danforth

P.p. 459-464

Ginecología y Obstetricia

3ª edición

Editores Mendez S. A de C. V.

Autores. Francisco

P.p. 591-602

Ginecología y Obstetricia

Ediciones Cuellar

Dr. Eduardo Nuñez Maciel

P.p.283-299

Idem 409-426

Ginecología y Obstetricia Aplicadas

2ª edición

Editorial El Manual Moderno

Dr. J. Roberto Ahued Ahued

Dr. Carlos Fernandez del Castillo s.

Dr. René Bailón Uriza

P.p. 617-626

Williams Manual de Obstetricia

21ª edición

Editorial McGraw- Hill Interamericana

Autor. Kenneth J. Leveno

F. Gary Cunningham

Norma F. Gant

James M. Alexander

Steven L. Bloom

Brian M. Casey.

Obstetricia

Tomo II

Sexta edición

Editor y distribuidor Francisco Mendez Oteo

P.P. 888-927

Obstetricia Moderna

Tercera edición

Editorial

McGraw-Hill Interamericana

Dr. Juan Aller; Gustavo Pages

P.p. 477

Idem 539- 554

