

Fórceps

GENERALIDADES

El fórceps es una pinza desarticulable diseñada para realizar presión en el polo cefálico fetal, facilitando su extracción mediante los adecuados movimientos de rotación y tracción.

La morfología del fórceps y el conocimiento del obstetra deben permitir la ejecución de todos aquellos movimientos que realizaría de forma espontánea la cabeza fetal en el interior del canal del parto, cuando se impulsa por una dinámica uterina adecuada.

Existen más de 1.000 modelos diferentes de fórceps, de los cuáles, en la actualidad, se utilizan una centena, con preferencias que dependen más de la escuela donde se adquiere la formación técnica que de ventajas demostradas por adecuados trabajos de investigación.

El fórceps es un instrumento de 2 ramas articulables, cada una de las cuáles consta de 3 partes bien definidas: cuchara, mango y articulación. Todas ellas varían según el modelo considerado. En nuestro país se utilizó mucho el fórceps de Tarnier; en la actualidad, los modelos más comunes son el de Kjelland y el de Simpson. El fórceps de Piper, diseñado para distocias de cabeza última en la presentación podálica, es de utilización variable.

TÉCNICA DE APLICACIÓN

En la actualidad, la técnica de aplicación más frecuente es la de Cordua-Lorenzetti, y son menos frecuentes otras modalidades de aplicación, como la clásica de Kjelland.

Antes de iniciar la aplicación de las ramas del fórceps, debemos comprobar la historia clínica y el partograma, buscando datos que contraindiquen su aplicación o, que por el contrario, nos reafirmen en su indicación. En ocasiones, una detenida exploración abdominal nos informará del tamaño fetal y del grado de introducción y acomodación del polo cefálico dentro de la pelvis menor. A continuación, realizaremos una exploración vaginal para determinar el plano de la presentación y su posición.

Finalmente, se realiza la presentación del fórceps, que consiste en colocarlo en relación con el periné de la madre, en la misma posición en que quedará una vez aplicado en función de las diferentes posiciones del polo cefálico fetal. Este último acto, ayudará al ginecólogo a realizar una composición espacial del fórceps una vez aplicado, facilitando la comprensión de las maniobras a realizar. Los siguientes pasos se describen según la técnica de Cordua-Lorenzetti:

- Desarticulación del fórceps, sujeción del mango de la rama izquierda, que se relaciona con el lado izquierdo del canal del parto, con la mano izquierda del obstetra, mientras que la mano derecha sostiene la cuchara. Al iniciar la aplicación de la rama, el mango se encuentra vertical al abdomen materno, la porción interna de la cuchara, la cóncava, dirigida hacia el polo cefálico y la porción externa de la cuchara, la convexa, hacia el ginecólogo. Se introduce la rama izquierda en la porción posterior del canal vaginal, o mejor en una posición desplazada lateralmente, hacia la izquierda, unos 30-45°. Al mismo tiempo que se introduce la rama, se realiza un movimiento de rotación de la rama, con desplazamiento circular del mango que adopta progresivamente una posición horizontal con respecto al abdomen materno. Con este movimiento, la cuchara irá buscando la posición correcta dentro del canal del parto, terminando por realizar una presa parietomalar.

- Se realizan idénticos actos con la rama derecha, cuyo mango se sujeta con la mano derecha del obstetra y se introduce en relación con la parte derecha del canal del parto, hasta lograr que adquiera su posición de aplicación parietomalar.

- Se articulan las ramas, se comprueba la correcta posición de ambas en relación con el polo cefálico y se realiza la tracción necesaria con eventual rotación si fuera preciso.

Las ramas se deben introducir con mucha suavidad, conduciéndolas únicamente con los dedos índice y pulgar de la mano correspondiente. Si las ramas no se logran introducir con suavidad, debemos retirarlas e iniciar nuevamente la maniobra de introducción. Normalmente, se introduce la rama izquierda en primer lugar, pero se puede preferir introducir en primer lugar la rama derecha, que en algunas

356 posiciones del polo cefálico, quedará en posterior. En esta última circunstancia, es necesario realizar la maniobra de descruzamiento de los mangos de las ramas, para lograr su articulación.

En la aplicación del fórceps hay que ser extremadamente respetuoso con la morfología del canal del parto, del polo cefálico fetal y con el mecanismo espontáneo del parto, intentando simular, de la forma más exacta posible, la expulsión espontánea de la cabeza fetal, tanto en cuanto a sus rotaciones, mecanismos de flexión y deflexión como en la lentitud de la exteriorización del polo cefálico.

No es necesario realizar episiotomía de forma sistemática. Si se tiene que realizar, se hará cuando el periné esté adecuadamente distendido.

PLANO DE APLICACIÓN

En 1988, el American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG) estableció una nueva clasificación para el parto con fórceps. Se basa en la altura de la presentación (estación) y en el grado de rotación. La pelvis se dividió en 10 estaciones separadas entre sí por 1 cm a lo largo del eje pélvico. Se considera estación 0 la situada a la altura de las espaldas ciáticas, -1, 1 cm hacia arriba y +1, 1 cm hacia abajo, y así sucesivamente. Esta clasificación divide los fórceps en 4 tipos.

Fórceps de salida

- El cuero cabelludo es visible en el introito sin separar los labios.
- El cráneo ha alcanzado el suelo de la pelvis.
- Sutura sagital en el diámetro anteroposterior o en el diámetro oblicuo.
- La rotación no excede de 45°.

Fórceps bajo

- El punto más bajo de la presentación está en la estación +2 o más bajo, pero no ha llegado al suelo de la pelvis.

Existen 2 tipos:

a) Con rotación $\leq 45^\circ$ (de OIIA u OIDA a OP o de OIIP u OIDP a OS).

b) Con rotación $> 45^\circ$.

- Equivalencia: punto guía entre el tercer-cuarto y cuarto planos de Hodge.

Fórceps medio

- Cabeza encajada con el punto guía en estación 0 o +1.

- Equivalencia: punto guía entre el tercer y el tercer-cuarto planos de Hodge.

Fórceps alto

No se incluye en esta clasificación. La cabeza no está encajada y, por tanto, está por encima del tercer plano de Hodge (espaldas ciáticas). En estas condiciones, el parto con fórceps estaría contraindicado.

Para un correcto diagnóstico de la altura de la presentación hay que tener presente el grado de deflexión de ésta y su grado de acomodación al canal del parto.

- En las cabezas deflexionadas, el ecuador de la presentación aún no ha sobrepasado el estrecho superior cuando el punto guía se encuentra en el tercer plano de Hodge, por lo que debemos exigir una localización más baja de éste.

- El polo cefálico moldeado, tras largas horas de dilatación (y más si existe tumor de parto), puede confundir al obstetra y hacerle pensar que el ecuador de la presentación ha sobrepasado el estrecho superior.

CONDICIONES PARA LA APLICACIÓN DEL FÓRCEPS

- Dilatación completa y membranas rotas.
- Presentación encajada (punto guía, al menos, en el tercer plano de Hodge).
- Pelvis con capacidad suficiente para el paso del polo cefálico.
- Vejiga vacía.
- Conocimiento de la posición, actitud y grado de asinclitismo del polo cefálico.
- Anestesia adecuada.

- Condiciones e indicaciones correctas.
- Obstetra con experiencia actuando o supervisando.
- Estar dispuesto a abandonar el procedimiento si aparecen dificultades para su realización.

INDICACIONES

Las indicaciones para el uso del fórceps durante el parto no son específicas de este instrumento. Muchas de ellas pueden ser compartidas tanto por la ventosa obstétrica como por las espátulas de Thierry.

En cada caso, la elección del instrumento dependerá de factores como: criterios de escuela y formación recibida, características del caso, altura de la presentación, estado del cuello, estado fetal, etc.

El fórceps electivo sería aquel que se aplica exclusivamente a criterio del obstetra, a sabiendas que el parto se resolverá casi con toda seguridad en el tiempo adecuado y de manera normal y espontánea. En este grupo, podríamos incluir los fórceps docentes y la en ocasiones llamada "ayuda en expulsivo".

Indicaciones para la realización de un fórceps pueden ser:

- Problemas médicos u obstétricos que contraindiquen los pujos.
- Falta de colaboración materna.
- Agotamiento materno.
- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Distocia de rotación.
- Expulsivo prolongado.
- Otras indicaciones: fórceps en cabeza última (parto de nalgas) y extracción de la cabeza fetal en cesáreas.

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones para la realización de un parto con fórceps son:

- Condiciones inadecuadas.
- Ausencia de indicaciones.

PROTOCOLO TOCÚRGICO

En la descripción de la técnica es conveniente referir los siguientes puntos:

- Indicación de la maniobra.
- Tipo y altura de la presentación, variedad de posición, grado de moldeamiento y asinclitismo.
- Estado del feto antes del procedimiento.
- Descripción de la técnica de aplicación.
- Dificultad del procedimiento.
- Estado del recién nacido.
- Estado del canal del parto tras la revisión correspondiente.

MORBIMORTALIDAD

En la actualidad, las complicaciones del fórceps son poco frecuentes. Cuando la presentación fetal está en el tercer-cuarto plano de Hodge o más abajo (los llamados fórceps de salida o fórceps bajos), el uso del fórceps no parece asociarse con una mayor morbilidad fetal. Por tanto, son seguros tanto para la madre como para el feto y se pueden usar con seguridad si existe una indicación.

Algunos estudios antiguos señalaban que el fórceps medio se asociaba con una mayor frecuencia de efectos indeseables a corto y largo plazo. Sin embargo, estudios más recientes en que se controlan la mayoría de las variables implicadas, indican que el uso del fórceps medio no se asocia con una mayor frecuencia de efectos deletéreos a corto o medio plazo, por lo que este instrumento se puede seguir usando en aquellas pacientes en que esté indicado, como alternativa a la cesárea, una operación gravada con una morbilidad mucho más elevada.

Entre las complicaciones maternas se han descrito:

- Mortalidad prácticamente nula.
- Lesiones del canal del parto.
- Hemorragias: por desgarros o atonía.
- Lesiones vesicouretrales o rectales.
- A largo plazo, existe la posibilidad de prolapso genital, incontinencia de orina o dispareunia.

358 Entre las complicaciones fetales se citan:

- Mortalidad: más por la indicación que por la técnica.
- Contusiones (marcas).
- Parálisis facial.
- Hemorragia intracraneal.
- Lesiones neurológicas.
- Fracturas.

A pesar de todo ello, podemos considerar que el fórceps, si está indicado, si reúne las condiciones necesarias y si se realiza adecuadamente, es un procedimiento seguro tanto para la madre como para el feto. En estos casos, los beneficios superan claramente a los posibles riesgos.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- ACOG Practice Bulletin. Operative vaginal delivery. Bulletin Number 17. June 2000. *Int J Gynecol Obstet* 2001;74:69-76.
- Bonni A, Ross MG. Forceps delivery. *Medicine Journal* 2001;2. Disponible en: www.emedicine.com/med/byname/forceps-delivery.htm

Carmona F. Fórceps. En: Fabre E, editor. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos 1999;14:223-48.

Chamberlain G, Steer P. Operative delivery. *Br Med J* 1999;318:1260-4.

Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.