

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Tomo XI

222 - 223 - 224

San José, C. R., Oct. Nov. Dic. de 1952

Año XIX

Método de Inducción del Parto por Venoclisis

Por el Dr. Constantino Urcuyo Gallegos

Introducción

A raíz de haber visto al doctor Máximo Terán Valls y de usar posteriormente con él, el método de venoclisis con Pituitrina o Pitocin para inducción del parto, me decidí a hacer un trabajo sistemático en nuestras pacientes de Maternidad del Hospital San Juan de Dios, consiguiendo juntamente el poco material bibliográfico que sobre este tema ha sido publicado, logrando tener a disposición dos trabajos norteamericanos y otros dos de procedencia mexicana.

Debo advertir que pesaron sobre mí las frases que el Profesor Dexeus Font en su último tratado de Obstetricia, dedica a este capítulo, sobre todo en las razones de "aglomeración periódica de pacientes y la falta de camas en las maternidades", cosa que a diario lo estamos palpando en el reducido espacio de nuestro Servicio de Obstetricia.

He procurado seguir las indicaciones que sobre la inducción han recomendado los autores extranjeros, con muy ligeras variantes.

En unas pacientes se ha usado solamente medio litro de Suero Glucosado con cinco unidades de Oxitócico. En otras que se preveía mayor duración de la inducción, un litro de suero glucosado con cinco unidades de oxitócico y a veinte o treinta gotas por minuto en todos los casos. En cuanto al fármaco de elección se usó Pitocin en vez de Pituitrina únicamente cuando la paciente presentaba fenómenos hipertensivos, tóxicos o de pre-eclampsia.

Cabe agregar por último y antes de someter mi modesto trabajo al ilustrado criterio de ustedes, mis más expresivas gracias

Trabajo presentado en el Centro de Estudios Médicos
"Ricardo Moreno Cañas"

además de al doctor Terán Valls, al doctor Marino Urpí Rodríguez quien gentilmente me cedió varios de sus casos, y al personal de enfermeras del Servicio de Obstetricia del citado Hospital por su inestimable ayuda en el cuidado y atención de nuestras pacientes.

Cualquier método de inducción del parto debe reunir las siguientes condiciones: primero, justificación de la inducción, y segundo, respeto íntegro a los intereses de la madre y del hijo. Cumplidos estos requisitos conviene saber elegir el método a emplear en cada caso. Es por tanto conveniente tener la experiencia de los diferentes sistemas inductivos que se usan en la especialidad, al objeto de no fracasar una vez iniciada la inducción.

La serie que presento ha sido realizada para comprobar la bondad del método de venoclisis con Pitocin o Pituitrina.

La estadística nos revela su eficiencia, dejando apuntadas sus ventajas:

- 1).—Método sencillo.
- 2).—Perfecta regulación del Oxitócico.
- 3).—Hidratación de la parturienta.
- 4).—Suspensión inmediata del agente inductivo; y
- 5).—Fácil asociación con otros medicamentos, bien sean sedantes, analgésicos y analépticos si el caso lo requiere, que pueden ser administrados aprovechando la venoclisis.

No cabe duda que en nuestros días la inducción del parto constituye capítulo importante de la especialidad y merece el calificativo de técnica obstétrica. Su empleo cuenta con indicaciones preciosas que salvaguardan eficazmente los intereses y las vidas maternas (pre-eclampsia, hipotonía, etc.) Pero se debe aceptar que así como cualquier intervención quirúrgica en obstetricia requiere un dominio de técnica, la inducción del parto precisa un conocimiento profundo de la clínica obstétrica, principalmente por lo que hace referencia a la clínica de la contracción. La ausencia de la clínica motiva los fracasos de la inducción del parto y es por lo que creo que estas técnicas deben ser depositadas en manos exclusivas del médico especialista. El exacto conocimiento de las condiciones cervicales, el grado de encajamiento, amén de otros factores, así como la indicación no pueden ser perfilados por el médico general. Tampoco no se debe olvidar que el fracaso de la inducción crea indudablemente una desconfianza por parte de la interesada y elocuentemente nos desprestigia al no poder lograr un resultado positivo que se había asegurado fácil y rápido.

Por tanto se debe ser cauto al plantear la necesidad de la inducción, ya que nuestro pronóstico de eficiencia no puede admitir dudas. Debe ser seguro.

Por otra parte la indicación debe ser rigurosamente meditada, porque de otro modo fácilmente se incurre en el error de etiquetar todas las inducciones con el nombre de "electivas". Por supuesto que se acepta esta causa de inducción pero con la salvedad de ser estrictos en esta modalidad inductiva de parto.

Primer cuadro

— Indicaciones en los cincuenta y un casos estudiados —

Rotura prematura de la bolsa de las aguas	5 casos
Inercia uterina secundaria	21 "
Hipermadurez	12 "
Pre-eclampsia	2 "
Eritroblastosis	1 caso
Electiva	5 casos
Inercia uterina primaria	1 caso
Hipertensión	2 casos
Hidramnios agudo	2 "
Total	51 casos

- 1.)—En cuanto a la rotura prematura de la bolsa de las aguas, las inducciones se han llevado a cabo después de ocho horas del accidente. Por supuesto, en el caso de haber presentado signos de infección amniótica, la indicación debe ser tomada antes de ese lapso.
- 2.)—En la indicación de inercia uterina secundaria, se ha seguido el criterio norteamericano de Labate y Barbaro o sea que no se ha practicado la inducción hasta después de cuatro horas como mínimo, de estacionamiento del parto. En algunos de estos casos, creo no obstante, que de haber recurrido a otros procedimientos corrientes de excitación uterina, los resultados habrían sido también positivos. En cuanto a la inercia uterina primaria guardo la misma relación que lo dicho para la inercia uterina secundaria.
- 3.)—Por lo que se refiere a la hipermadurez, considero embarazo hipermaduro aquél que traspone los doscientos ochenta días. Generalmente las inducciones por la referida causa han sido realizadas ocho días después de los citados doscientos ochenta días.
- 4.)—Por indicación pre-eclámptica entiendo aquella entidad de toxicosis gravídica que responde al cuadro típico con su triada sintomática.
- 5.)—Entre las enfermedades maternas se contempló la hipertensión esencial sin fenómenos tóxicos de embarazo ni complicaciones cardio-renales.

- 6).—Entre las enfermedades de origen fetal hay la indicación en un caso por eritroblastosis, que merecía más clasificarla como electiva, pues se trataba de una madre heterocigota con reacciones de aglutininas normales. Influyó más en este caso, la preocupación de la madre que una verdadera razón científica.
- 7).—En los casos cuyas inducciones fueron debidas a hidramnios, éstas fueron realizadas, una vez comprobado el hidramnios agudo, descartada también la posibilidad de embarazo gemelar y por tanto nos quedaba la sospecha de actuar sobre fetos mal conformados o francamente teratológicos. En uno de ellos el diagnóstico teratológico, realizado previamente por radiografía.
- 8).—Por lo que respecta a la indicación de electividad, empiezo diciendo que ésta es una indicación muy aleatoria y por consiguiente, la inducción tiene que ser realizada después de una ponderada consideración de los motivos que nos inducen a realizarla. En nuestro caso pesó la consideración social-hospitalaria (Dexeus Font). En un servicio hospitalario como el nuestro, cuyas camas son insuficientes para el número de partos diarios (promedio: 12 partos).

A mayor abundamiento, debo expresar que nuestra opinión es pareja a la que en este concepto sustentan también los doctores Alvarez Bravo, Gutiérrez Murillo y Róvalo Jiménez del Servicio de Ginecología del Hospital Español de México.

Segundo cuadro

Primíparas	17 casos	33.3%
Multiparas	34 casos	66.6%
	<u>51 casos</u>	<u>100.0%</u>

— E d a d e s —

Años	Casos	%
15 a 20	8	15.6%
20 a 25	21	41.1%
25 a 30	11	21.5%
30 a 35	4	7.8%
35 a 40	5	9.8%
40 a 45	2	3.9%
	<u>51</u>	<u>100.00%</u>

En cuanto a paridad se refiere; las estadísticas norteamericanas y mexicanas consultadas concuerdan en el mismo porcentaje de la serie que presento. Creo que el menor número de primíparas queda afectado por el hecho de que una de las indicaciones de la inducción, es la inercia uterina secundaria, mucho más frecuente en la múltipara. Así todo, mi opinión es de que, independientemente de la paridad, los resultados son iguales.

La edad no ha tenido influencia en los resultados de estas inducciones.

Por último, tanto la paridad como la edad, no ejercen ninguna influencia en las horas de la inducción necesarias para la terminación del parto.

La estadística no es lo suficientemente grande, para deducir consecuencias fieles con respecto a la resolución distócica de la inducción (cesárea en primíparas, forceps en primípara y versión en múltipara).

Pienso que las intervenciones obedecieron a factores de distocia que nada tienen que ver con la edad y paridad. Ahora bien, acepto que la hipertonia irreductible que motivó la cesárea, puede ser más frecuente en la primípara.

Tercer cuadro

— Horas de inducción —

Horas	Casos	%
½ a 5	26	50.9
5 a 10	16	31.5
10 a 15	6	11.7
15 a 20	1	1.9
20 a 25	2	3.9
	51	100.0

Si por éxito considero la terminación eutócica o distócica de la inducción, esta serie obtiene el ciento por ciento de éxito. Pero no acepto estos resultados, puesto que creo que el verdadero éxito en la inducción es que ésta recuerde exactamente el parto normal. Por consiguiente, aquellos casos que terminaron en intervención obstétrica franca (cesárea y versión), jamás puedo considerarlos como un éxito del tratamiento, máxime cuando la distocia tuvo su origen en la propia inducción en una de ellas o la indicación de la inducción no estaba verdaderamente sentada (anencefalia).

Todas aquellas inducciones que trasponen en horas los límites que se conceden a la normalidad (primíparas: 24 horas; múltiparas: 12 hs.) no merecen darles el título de exitosas en un cien-

to por ciento. Por consiguiente, en mi concepto deben ser clasificados los resultados en: excelente hasta las diez horas; bueno hasta las veinte horas y regular todo lo que pase de ese término, hechas las debidas correcciones en horas al tratarse de una multipara.

El promedio de horas de inducción es de cinco. Este se encuentra aumentado en relación a la estadística de Alvarez Bravo y compañeros que es de tres horas y diez minutos; pero se explica el aumento por la circunstancia de que en mi serie se encuentran más casos de primíparas (17 más por 14 de Alvarez y Cía.)

Conviene tomar en cuenta bajo el punto de vista de resultados de la inducción que muchas veces el relativo éxito logrado obedece no sólo a causas de índole general o local del paciente sino que también a procesos patológicos de la embarazada (sífilis, prematuridad).

Por último, los partos rápidos observados con la inducción obedecen a condiciones óptimas cervicales: cuello preparado (ripe cérvix).

Cuarto cuadro

— Dilataciones —

Duro con dilatación	6 casos	11.7%
Suave entero	4 casos	1.8%
Suave borrado	9 casos	17.6%
Suave con dilatación	32 casos	62.7%

Quinto cuadro

— Planos —

1º plano	17 casos	33.3%
1º-2º planos	15 casos	29.4%
2º plano	17 casos	33.3%
2º-3º planos	2 casos	3.9%

Debo entender incluso aceptando la clasificación acerca de las condiciones del cuello, que el cuadro anterior debe ser comentado conjuntamente en cuanto a dilatación y a planos de la presentación se refiere, puesto que el éxito de inducción no depende exclusivamente de las condiciones cervicales sino también del grado de encajamiento.

Por ejemplo, es preferible para la inducción un cuello aunque duro y dilatado con presentación encajada, que aquél con cérvix suave, dilatado o no, pero con presentación alta. Hoy día los métodos terapéuticos coadyuvantes en el parto (antiespasmó-

dicos), son capaces con un buen empleo de modificar la defectuosa calidad del cuello.

Insistiendo sobre las condiciones cervicales, es mi opinión que debe ser tomada en cuenta la desviación que pueda sufrir el conducto cervical al iniciarse la inducción, principalmente en aquellos casos cuyo orificio cervical se encuentra retrovertido.

Por otra parte, en el éxito de la inducción en relación con la dilatación, juega un gran papel la rotura de la bolsa de las aguas. El momento tempestivo de esta rotura, no la entiendo al estilo clásico, sino más bien con un criterio clínico que beneficie tanto la dilatación, como las desviaciones del canal cervical y el encajamiento de la presentación. Este criterio debe ser más tenido en cuenta en los casos de inducción y por consiguiente el sentido clínico tiene que ser más agudo en el especialista que desee beneficiar a una embarazada, con estas técnicas inductivas del parto.

Sexto cuadro

— Presentaciones —

Presentaciones	Casos	Porcentajes
O.I.I.A.	35	68.6
O.I.D.A.	15	29.4
O.I.I.P.	1	1.9%

Analizando el cuadro anterior, debo aceptar que la presentación que más se presta a la inducción es la occipito-iliaca izquierda anterior. Las otras variedades de vértice deben ser más vigiladas por la posibilidad de un encajamiento posterior que obligaría si el parto no es espontáneo a una intervención oportuna.

Conviene ser muy precavido en las inducciones con presentaciones que no sean de vértice. Decisivamente contraindicada la inducción en las presentaciones transversas.

La experiencia lograda en presentaciones podálicas inducidas que no constan en esta estadística, indica la conveniencia de no atacar la inducción sin un previo y concienzudo estudio clínico-radiológico, puesto que el fracaso de la expulsión fetal podría inculparse por parte de la embarazada, a un fracaso de la técnica inductiva.

Asimismo hay que ser muy cautos en las inducciones por exceso de distensión uterina (gemelaridad, hidramnios), debido a que casi siempre o en muchas ocasiones, se establece una irregularidad contráctil que no depende del método inductivo.

CUADRO GENERAL

Indicaciones	Paridad	Dilatac. H. y Cond. I. Cuello	Plano Present.	Result.	Otros Medic.	Rotura Rotura
Hipermaduro	Multipara	8. S. 2cms.	Segundo O.I.A.	Bueno	No.	Sí.
Inercia Ut. Secund. ..	Multipara	1. S. 2cms.	Segundo O.I.A.	Bueno	Demerol 4cm.	Sí.
Inercia Ut. Primaria ..	Multipara	4.3 S. 2cms	Segundo O.I.A.	Bueno	No.	Sí.
Electiva	Multipara	6. S. B.	Prim. 2º O.I.A.	Bueno	Demerol 5cm.	No.
Hipermaduro	Multipara	3.3 S.-3	Segundo O.I.A.	Bueno	Demerol 4cm.	Sí.
Hipermaduro	Multipara	3. D.-1	Primero O.D.A.	Bueno	No.	Sí.
Hipertensión	Primipara	3.2 S.-2	Segundo O.I.A.	Bueno	Demerol 6cm.	No.
Inercia Ut. Secund. ..	Multipara	4.3 S.-1	Prim. 2º O.I.A.	Bueno	Demerol 5cm.	No.
8 horas.						
Rotura Premat., Lues	Primipara	9.5 S.-1	Prim. 2º O.D.A.	Bueno	Demerol 6cm.	No.
18 horas.						
Inercia Ut. Secund. ..	Multipara	4. S.-2	Prim. 2º O.I.A.	Bueno	Demerol 5cm.	No.
6 horas.						
Rotura prematura ...	Multipara	21.3 S-2	Prim. 2º O.D.A.	Bueno	Demerol 5cm.	No.
15 horas prematuro.						
Hipermaduro	Multipara	2.45 S-2	Segundo O.I.P.	Bueno	Demerol 5cm.	Sí.
Hipermaduro	Multipara	1.05 S-2	Prim. 2º O.I.A.	Bueno	No.	Sí.
Inercia Ut. Secund. ..	Multipara	1.10 S-2	Prim. 2º O.D.A.	Bueno	Demerol 6cm.	Sí.
Electiva	Multipara	12. S-2	Primero O.D.A.	Bueno	Demerol 4cm.	Sí.
Hipermaduro	Primipara	2.30 S-2	Prim. 2º O.I.A.	Bueno	Demerol 6cm.	No.
Inercia Ut. Secund. ..	Primipara	3.30 S-2	Segundo O.I.A.	Bueno	Demerol 2cm.	No.
12 horas.				Forcep.		
Inercia Ut. Secund. ..	Multipara	2. S-4cm.	Prim. 2º O.D.A.	Bueno	Demerol 5cm.	Sí.
Electiva (12 horas) ..	Primipara	5.30 S-1	Segundo O.I.A.	Bueno	Demerol 5cm.	No.
Hidramnios	Multipara	12. O-2	Prim. 2º O.D.A.	Bueno	Demerol 5cm.	No.
Hidramnios	Multipara	5.40 S-E	Primero O.I.A.	Anencéf.	Demerol 4cm.	Sí.
Anencéfalo				Vers. int.		
Hipermaduro	Primipara	14. S. E.	Primero O.I.A.	Bueno	Demerol 4cm.	No.
Inercia Ut. Secund. ..	Primipara	6.35 S. E.	Prim. 2º O.I.A.	Bueno	No.	No.
10 horas.						
Inercia Ut. Secund. ..	Multipara	4. S.-1cm.	Primero O.I.A.	Bueno	Demerol,	Sí.
4 horas.						
Inercia Ut. Secund. ..	Multipara	4. D-1cm.	Segundo O.I.A.	Bueno	Demerol 4cm.	No.

Hipermaduro	Primípara	6.40 S. E.	Primero O.I.A.	Bueno	Demerol 4cm.	Sí.
Rotura prematura ... 11 horas.	Múltipara	14. S-1cm.	Primero O.D.A.	Bueno	No.	No.
Hipermaduro	Múltipara	4.40 S-2cm.	Primero O.D.A.	Bueno	Demerol 4cm.	Sí.
Rotura prematura ... 12 horas.	Múltipara	7.50 D-1cm.	Primero O.I.A.	Bueno	Demerol 6cm.	No.
Electiva	Primípara	8. S-2cm.	Segundo O.I.A.	Bueno	Demerol 5cm.	No.
Inercia Secund. ... 12 horas.	Primípara	22. S-1cm.	Prim. 2º O.I.A.	Cesárea por hipert.	Demerol. Espasmalginc. Secun. Sod.	No.
Inercia Ut. Secund. ... 10 horas.	Múltipara	2.10 D-2cm.		Bueno	Demerol 5cm.	No.
Hipermaduro	Primípara	3.10 S-2cm.	Primero O.I.A.	Bueno	No.	Sí.
Inercia Ut. Secund. ... Pree-clampsia	Primípara	1.10 S-4cm. 5.35 S. E.	Segundo O.I.A. Primero O.I.A.	Bueno Bueno	Demerol 4cm. Demerol 4cm.	5 cms. No. Sí.
Inercia Ut. Secund. ...	Múltipara	0.55 S-3cm.	Segundo O.I.A.	Bueno	Demerol 4cm.	4 cms. Sí.
Hipermaduro (15 hs.) Hipermaduro	Primípara Múltipara	15.30 D. B. 5.30 S-2cm.	Primero O.D.A. Primero O.I.A.	Bueno Bueno	No.	No. Sí.
Inercia Ut. Secund. ... 14 horas.	Primípara	10.30 S-1cm.	Segundo O.I.A.	Bueno	Demerol 5cm.	2 cms. Sí.
Electiva (12 horas) ..	Primípara	4.30 S-2cm.	Seg. 3º O.I.A.	Bueno	Demerol 2cm.	3 cms. No.
Inercia Ut. Secund. ...		1.50 S-3cm.	Primero O.D.A.	Bueno	Demerol 5cm.	Sí.
Inercia Ut. Secund. ... Pre-eclampsia		3.05 S-1 7. S. B.	Primero O.D.A. Prim. 2º O.I.A.	Bueno Bueno	Demerol 5cm.	Sí. Sí.
Electiva (5 horas) ... Inercia Ut. Secund. ... 8 horas.		0.20 S 5. 2. S-5.	Prim. 2º O.D.A.	Bueno	No. Demerol 5cm.	Sí. No.
Electiva	Primípara	7. S. B.	Segundo O.I.A.	Bueno	Demerol 5cm.	No.
Inercia Ut. Secund. ...		2.15 S-3.	Prim. 2º O.I.A.	Bueno	Demerol 5cm.	No.
Eritroblastosis	Primípara	2.30 S-4.	Segundo O.I.A.	Bueno	No.	No.
Inercia Ut. Secund. ... Rotura prematura ... 8 horas.	Primípara	14. D-1. 8.45 S. B.	Segundo O.I.A. Prim. 2º O.I.A.	Bueno Bueno	Demerol 2cm. Demerol 4cm.	Sí. No.
Hipertensión psicosis ..	Múltipara	7.30 S. E.	Primero O.I.A.	Bueno	Demerol 5cm.	Sí.

ABREVIATURAS.—H. I.; Horas Inducción. S: suave. S. B: suave borrado. D: Duro. S. E: Suave Entero. D. B: Duro Borrado.

Al comentar el cuadro general expuesto se debe hacer una clasificación por la paridad y empezar por el caso de las primigestas. En éstas y en relación al éxito de la inducción, se nota que la indicación no juega un papel decisivo. Si embargo, en los casos de inercia uterina secundaria, se observa cierta ventaja con respecto al número de horas. Por lo que afecta a las condiciones del cuello se nota la preferencia del éxito en aquellos casos de suavidad cervical sin que el grado de dilatación influya en forma decisiva. Los casos que han traspuesto las diez horas corresponden a cuellos duros. Salvo dos casos, las presentaciones han sido de vértice anterior. Los casos correspondientes a vértice derecho, fueron más demorados. Todos los casos —a excepción de uno— han sido tratados médicamente y la terapéutica empleada ha sido Demerol administrado con cuatro o cinco centímetros de dilatación cervical.

En cuanto a la rotura artificial de la bolsa de las aguas, solamente en tres casos fué usado este recurso.

Por lo que se refiere en las múltiparas, la inducción ha tenido muy buena influencia en aquellos casos de hipermadurez e inercia uterina secundaria, observándose un gran retraso en los casos de rotura prematura de la bolsa de las aguas. Los casos de indicación electiva, aun siendo exitosos, no responden tan brillantemente como en las indicaciones anteriores. De igual forma se puede hablar en aquellos casos en que la indicación fué el hidramnios.

Por lo que respecta a las indicaciones cervicales insisto afirmando que la condición de suavidad cervical a que hice referencia anteriormente, ejerce gran influencia en la rapidez del parto.

Las presentaciones más aptas para la inducción son las occípito-iliacas izquierdas anteriores.

Las derechas demoran ligeramente la inducción, pero no en forma tan manifiesta como ocurre en las primíparas.

La medicación antiespasmódica fué Demerol empleado rutinariamente.

Por último, la rotura artificial de la bolsa de las aguas, tuvo un uso más generalizado en estos casos de múltiparas.

Conclusiones:

- 1).—Entre los métodos de inducción del parto, la venoclisis con Pitocin o Pituitrina debe ser colocada preferencialmente por ser un método que puede ser perfectamente regulado.
- 2).—Puede ser utilizado, indistintamente, en primíparas y múltiparas.
- 3).—Las principales indicaciones de la inducción la constituyen: la inercia uterina secundaria, la hipermadurez, la rotura

prematura de la bolsa de las aguas no seguida de dolores y la pre-eclampsia.

- 4).—La indicación de electividad queda sujeta al concienzudo estudio del caso.
 - 5).—La inducción estará *contraindicada en forma absoluta* en los casos de estrechez pélvica y presentaciones viciosas. *Contraindicada igualmente en los casos de cuello aglutinado.*
 - 6).—La prematuridad es una *contraindicación*, salvo que *promedien circunstancias que la justifiquen plenamente* (eritroblastosis, rotura prematura de las aguas).
 - 7).—Para los resultados, propuse anteriormente la siguiente clasificación traducida en horas: hasta 10 horas excelente; hasta 20 horas buena, y hasta 24 horas regular. Se sobreentiende que en las múltiparas estos resultados deben ser reducidos a la mitad.
 - 8).—La condición imprescindible para la inducción es el conocimiento clínico del cuello. Se admite sin reservas, la clasificación americana que sintetiza las distintas características cervicales.
 - 9).—En el éxito de la inducción deben ser tomadas en consideración, amén de las condiciones del cuello, las desviaciones del mismo.
 - 10).—Juntamente con la preparación del cuello, juega papel principal el grado de encajamiento de la presentación.
 - 11).—Las presentaciones derechas de vértice, pueden ser causa de prolongación de la inducción.
 - 12).—La terapéutica antiespasmódica tiene marcada influencia en el curso favorable de la inducción.
 - 13).—La rotura artificial tempestiva de la bolsa de las aguas, es así mismo de influencia beneficiosa en la inducción del parto.
-