

# Inducción por Venocclisis en Muerte y Teratología Fetal\*\*

Por

Dr. Constantino Urcuyo Gallegos \*

En mi trabajo sobre inducciones de parto con venocclisis se manifiesta, que éstas constituyen un capítulo importante de la especialidad mereciendo el calificativo de técnica obstétrica. (1)

Preocupado por darle solución a las muertes fetales sin necesidad de recurrir a intervenciones sangrantes y de suyo peligrosas, utilicé esta técnica para hacer un trabajo sobre los citados casos.

Debo agradecer la colaboración que los doctores: Portuguez, Terán, Salazar Baldioceda, Urcipi, Dr. Jiménez, Saborío, Esquivel, me facilitaron con los casos que ellos muy gentilmente pusieron a mi disposición.

Quiero también hacer mención —y ruego me disculpen la inmodestia— que este trabajo es original de nuestro servicio Obstétrico; ya que publicaciones sobre inducción en estos casos, no he tenido referencias, pues no he podido leer en las revistas especializadas ningún trabajo sobre este tema.

Por lo que hace el método inductivo, se siguen las mismas normas aceptada para la técnica, excepto el uso menos controlado de los espasmolíticos, debido a las circunstancias de que no hay que velar por los intereses fetales. (2)

---

\* Asistente del Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios.

\*\* Primer trabajo presentado en la literatura mundial sobre este tópico, ante el Congreso Salvadoreño de Obstetricia en 1953.

---

## 1er. CUADRO

Fetos muertos de 3	meses	:	2
" "	" 4	"	2
" "	" 5	"	1
" "	" 6	"	1
" "	" 7	"	3
" "	" 8 $\frac{1}{2}$	"	1
" "	" 9	"	1
Anencéfalo	" 7 $\frac{1}{2}$	"	2
" "	" 8 $\frac{1}{2}$	"	1
TOTAL			14

En cuanto al diagnóstico de muertes fetales se ha hecho concienzudamente, pues se ha procedido así:

- a) Con tiempo suficiente.
- b) " análisis de los datos clínicos, objetivos y subjetivos.
- c) " resultados biológicos casos con sus respectivas series de GALLI-MAININI y sus diluciones.
- d) " datos radiográficos.

El criterio sobre muerte fetal puede determinarse correctamente si todos los datos clínicos y de laboratorio están bien y concuerdan todos en el exitus fetal.

No hago mención de las causas de muertes fetales debido a que éstas son múltiples y será objeto de un estudio posterior.

Por lo que hace al diagnóstico de anencefalia, éste siempre fue sospechado y luego confirmado radiográficamente.

## 2º CUADRO

	Casos	Porcentaje
Primíparas	4	28,57%
Múltiparas	10	71,42%

Tanto en los casos de venoclisis sobre fetos vivos como en estos que presento sobre fetos muertos, el porcentaje de la paridad sigue respetándose conform a la estadística propia y extranjera.

## 3er. CUADRO

## Horas de inducción

Horas	Casos	Porcentajes
1 a 5 horas	1	7,77%
5 a 10 horas	7	54,39%
10 a 15 horas	1	7,77%
15 a 20 horas	4	31,08%
20 a 25 horas	1	7,77%

Es natural que en esta serie todos los casos logren su final porque lo que se pretende no es la terminación eutócica sino más bien la preparación del caso (dilatación practicable) al objeto de poder terminar la inducción bien espontáneamente o por métodos artificiales que no perjudiquen a la paciente.

En la estadística que presento se hicieron extracciones fetales digitables en dos fetos de tres meses; raspados digitales de restos placentarios en un feto de cuatro meses y extracción manual de placenta en un anencéfalo de siete y medio meses.

Debo hacer hincapié en que el proceso seguido se trata de una verdadera Inducción con cuello formado en todos los casos excepto en los fetos muertos de ocho y medio y nueve meses respectivamente. El promedio de horas de inducción es de diez horas, dato que es halagador en vista de las anotaciones que se acaban de hacer.

Por último las dos inducciones rápidas observadas obedecen a las condiciones óptimas del cuello, hecho esta ya suficientemente aceptado para la rapidez de la prueba.

## 4º CUADRO

	Casos	Porcentaje
Cuello formado	12	85,7%
Cuello permeable	2	14,3%

La rapidez de la inducción estuvo en relación directa de la condición de permeabilidad cervical, puesto que fueron los

dos casos de ocho y medio y nueve meses, los que estuvieron el menor tiempo de horas de inducción (dos a seis horas).

Se comprende que no se puede hablar de planos en estas inducciones, salvo en los dos casos anteriores en que la cabeza se encontraba en el primer plano de Hodge.

En estos dos cuadros se apoya la novedad del trabajo y el éxito de la estadística presentada, pues rompe por completo los moldes establecidos hasta ahora para inducción.

---

CUADRO GENERAL

Indicaciones	Hora	Paridad	Cuello	Plano	Resultado	Antiespasmódicos	Rotura	Terminación
Feto muerto tres meses	10	M	Formado	—	B	Demerol	—	—
Feto muerto tres meses	8	M	"	—	"	"	R. A.	R. D. por R. P.
Feto muerto cuatro meses	17	M	"	—	"	Spasmalgina	R. A.	R. D. por R. P.
Feto muerto cuatro meses	6	P	"	—	"	Spasmalgina Demerol	R. espont. normal	Extracción feto y placenta
Feto muerto cinco meses	8	P	"	—	"	Spasmalgina	R. A. des pontánea	Expulsión princip. nea fetal
Feto muerto seis meses	8	M	"	—	"	Spasmalgina	R. A. des espontá	Expulsión de princip. fetal
Feto muerto siete meses	16	M	"	—	"	Spasmalgina	R. A. des pontánea	Expulsión expuesta 12 hs. nea fetal
Feto muerto siete meses	16	M	"	—	"	"	R. A. des pontá	Expulsión es de princip. nea fetal
Feto muerto siete meses	20	M	"	—	"	"	R. A. des pontá	Expulsión es de princip. nea fetal
Feto muerto 8½ meses	2	M	"	1º plano	"	"	R. A. des pontá	Expulsión es de princip. nea fetal
Anencefalia nueve meses	6	M	"	—	"	"	R. A. despontánea	Expulsión es de princip. nea fetal
Anencefalia 7½ meses	8	P	"	—	"	"	R. A. despontánea	Expulsión es de princip. nea fetal
Anencefalia 7½ meses	24	P	Formado	—	B	Spasmalgina	R. A. desde principio	Extracción normal de placenta
Anencefalia 8½ meses	12	M	"	—	B	"	R. E.	Expulsión espontánea fetal

Haciendo un análisis del cuadro anterior y por lo que respecta a primíparas vemos que el número de horas de inducción es bajo tres de ellas 6 - 8 y 8 1/2 horas respectivamente, pero debe hacerse notar que son pocos casos; cuatro en total y uno de ellos termina con extracción manual de feto y placenta. El cuarto caso de anencefalia es el más tardado de todos los de la serie (24 horas). La rotura artificial de la bolsa de las aguas no parece tener ninguna influencia en cuanto a la rapidez de la inducción.

Por lo que se refiere a múltiparas, la inducción es más rápida en los fetos de ocho y medio y nueve meses, ya que en estos casos además la ruptura artificial de la bolsa y prematura, si tienen influencia manifiesta, siendo un dato que confirma la experiencia adquirida en mi trabajo anterior.

En cuanto a la terminación de la inducción, es indicativo que solamente cinco de los catorce casos presentados necesitan métodos artificiosos. De estas cinco intervenciones pequeñas, cuatro son hechas sobre fetos menores de cuatro meses, dato este muy importante y que prueba la bondad del procedimiento, para evitar manipulaciones sangrantes y peligrosas.

Además solamente en dos de ellas se hizo extracción fetal. En los diez casos restantes, la expulsión fetal y placentaria es espontánea. Por consiguiente la terminación espontánea de la inducción está relacionada directamente con el tamaño del embarazo.

### CONCLUSIONES

- 1) Son factibles las inducciones con venoclisis en embarazos que no sean a término y que tengan una indicación taxativa como es la muerte fetal o ciertos casos de Teratología Fetal.
  - 2) Puede ser utilizada independientemente de la paridad de la mujer.
  - 3) La inducción óptima se consigue con cuello preparado.
  - 4) La rotura artificial prematura de la bolsa, no tiene influencia sobre la rapidez de la inducción, excepto en los casos próximos a término.
  - 5) Si bien se consigue la expulsión fetal mediante otros procedimientos, creo que este método es excelente pues se evitan las infecciones y las manipulaciones sobre un cuello no preparado, que puede ser traumática (Roturas uterinas) y sangrantes.
-

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Ureuyo G. Revista Médica de Costa Rica, Vol. XI, N° 222, Nov. - 1952, pág. 193.
  - (2) Hellman, Louis M.; Harris, J. W.; and Reynolds, S.R.M.; Am. J. Obst. & Gynec. 59:41. 1950.
-