

---

# Embriotomía Raquídea

REVISION DE 70 CASOS

Dr. Miguel Hurtado Peralta \*

Hemos escogido para el presente trabajo un tema cuya actualización no deja de ser de gran interés entre nosotros, pese al abandono que en otros medios, y aún en el nuestro, se ha dado a las intervenciones mutiladoras del feto. Sin embargo, en el ambiente hospitalario en que laboramos no se puede prescindir de manera radical de este recurso obstétrico; por ello creemos de utilidad revisar las intervenciones de dicho tipo para establecer sus condiciones e indicaciones.

Aunque el término de Embriotomías con que se las ha designado se presta a confusión, ya que se practican únicamente en fetos y no en embriones, lo utilizaremos por haberlo impuesto la costumbre, dejando constancia de que sería más razonable el nombre de Fetotomías, propuesto desde 1931 por Carreras y Vital-Aza. (8).

Las deficiencias del material revisado, tales como ausencia de datos, contradicciones e imprecisión en los términos, podrán acarrear críticas justificadas. En todo caso, solo nos hemos atendido a los datos consignados en las historias que reposan en el Departamento de Estadística del Instituto Materno-Infantil.

Haremos un análisis personal sobre el pronóstico materno de la intervención, cuando se ha errado su indicación, por haber pasado desapercibido el estado normal de la dinámica uterina, en cuyo estado, las maniobras obstétricas por vía baja constituyen un riesgo.

**DEFINICION.** — Genéricamente, embriotomía es aquella intervención obstétrica que se hace en el feto muerto y cuyo objetivo es disminuir su volumen para facilitar la extracción del mismo, sea seccionándolo, triturándolo o eviscerándolo. (5, 8, 13, 14, 15, 17, 19).

---

\* Del Instituto Materno Infantil de Bogotá.

*CLASIFICACION.* — Del concepto anterior se deduce por qué estas intervenciones se han dividido en: 1) Operaciones mutiladoras cefálicas o Embriotomías cefálicas, que comprenden la basiotripsia, la cefalotripsia, la craneotomía y la craneoclasia. 2) Embriotomías raquídeas, las cuales topográficamente pueden ser: cervicales, torácicas o abdominales. 3) Evisceraciones, y 4) Operaciones complementarias como la braqueotomía, la cleidotomía y la espondilotomía o la misma evisceración. (13).

De todas estas variedades de Embriotomías, es la raquídea la que más se practica en nuestro medio, razón por la cual la hemos tomado como base de esta revisión.

La Embriotomía cervical o Decapitación se ha dejado solo para casos excepcionales, y las más de las veces, al igual que la Embriotomía raquídea torácica, no deja de ser un incidente al intentarse la Embriotomía llamada en banda presidencial, modificación propuesta por el Dr. Gustavo Riaño a la técnica original de Torpin.

El entusiasmo despertado por esta última técnica modificada respaldada por el éxito de un escaso número de intervenciones, hizo que se generalizara con olvido de elementales normas de prudencia. Así, como más adelante veremos, no se tuvo en cuenta la dinámica uterina, se hizo caso omiso de la cesárea anterior, se desconoció la inminencia de ruptura uterina y hasta se propuso relegar la Laparotomía a un segundo plano, practicando primero la Embriotomía para evacuar una matriz ya lesionada.

### *MATERIAL Y METODOS*

El material del presente trabajo lo constituyen las historias de Embriotomías Raquídeas practicadas en el Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta" de Bogotá entre Diciembre de 1953 y Diciembre de 1960 inclusive. (7)

*INCIDENCIA.* — Entre 65.208 partos atendidos en el lapso revisado, se practicaron 70 Embriotomías, lo que da una incidencia del 0.10%. Al relacionar anualmente la intervención con el número de partos, se advierte una disminución notable en su frecuencia.

	Partos	Embriotomías	%
Diciembre de 1953	459	2	0.43
Año de 1954	7.004	17	0.24
Año de 1955	7.526	12	0.15
Año de 1956	8.738	14	0.16
Año de 1957	9.636	7	0.07
Año de 1958	9.281	7	0.07
Año de 1959	10.648	6	0.05
Año de 1960	11.916	5	0.04

La incidencia de las Embriotomías practicadas entre 1937 y 1946 fue, según el Dr. Hunda Cruz, de 0.14%. (13)

La incidencia en los años de 1947 y 1948 fué, según el Dr. Corral Maldonado, de 0.15%. (3)

Vemos claramente que la incidencia aumentó en 1954 a 0.24%, lo cual se explica por el auge que inicialmente tuvo el Aparato de Torpin, para luego disminuir gradualmente hasta llegar a ser en 1960 de 0.04%

*EDAD DE LAS PACIENTES.* — Anotamos, antes de seguir, que en todos estos cuadros hará falta un caso, que corresponde a una historia extraviada, la Nº 18.069 de VIII-29-57.

Menos de 20 años	4 casos
De 20 a 24 años	16 "
De 25 a 29 años	14 "
Más de 30 años	34 "
Sin dato	1 caso

*PARIDAD.* — Según el número de gestaciones las pacientes se agruparon así:

Primigestantes	13 casos
Secundigestantes	11 "
Multigestantes	45 "

El dato que presenta el Dr. Hunda (13) al respecto es como sigue:

Primigestantes	7 casos
Secundigestantes	7 "
Multigestantes	29 "

*GESTACION EN SEMANAS.* — Para calcular la gestación en semanas, lo hicimos en base a la fecha de amenorrea. En algunos casos lo hicimos en base del peso del niño, sin desconocer las causas de error que se puedan presentar.

Menos de 30 semanas	1 caso
De 30 a 34 semanas	3 casos
De 35 a 40 semanas	62 "
Más de 40 semanas	2 "
Sin dato	1 caso

*PESO DE LOS NIÑOS.* — Por su peso, y ciñéndonos al concepto del Departamento Pediátrico, los fetos se clasificaron en Prematuros, con peso inferior a 2.300 gramos, y a término los que pesaron 2.300 gramos o más. (10)

Prematuros	9 casos
A término	57 "
Sin dato	3 "

El feto de menor peso, fué de 1.300 gramos y el de mayor peso, fué de 4.940 gramos. El mayor peso en Primigestantes, fue de 3.400 gramos.

### *ESTADO OBSTETRICO AL INGRESO*

Agrupamos aquí aquellos datos cuya suma va a dar la pauta para intervenir con éxtio o sin él:

#### 1) *TIPO DE PRESENTACION AL INGRESO*

Hombro	50 casos
Situación transversa	4 "
Cefálica	7 "
Pelvis	7 "
Sin dato	1 caso

El Dr. Hunda (13) presenta 43 casos de Hombro y 1 caso de presentación sin dato.

#### 2) *ESTADO DE LAS MEMBRANAS AL INGRESO*

Membranas rotas	62 casos
Membranas íntegras	7 "

Solo se presentaron 3 casos de infección amniótica.

### 3) ESTADO DEL NIÑO AL INGRESO

Fetos vivos	10 casos
Fetos muertos	58 "
Dudoso	1 caso

De los 10 fetos vivos, 2 llegaron con presentación de hombro abandonada y fallecieron antes de que se pudiera practicar una cesárea. En 5 la presentación al ingreso se consigna como cefálica y en 3 como podálica. Sobra decir que estos 8 casos no tuvieron ningún control en el servicio y solo fueron vistos cuando el feto había fallecido y las presentaciones iniciales se habían convertido en hombro abandonado.

4) *DINAMICA UTERINA AL INGRESO.* — Aclaremos que este aparte contó con una gran dificultad: la valoración de la dinámica uterina en el sentido exacto; todas las historias anotan apenas la consistencia y tonicidad de la matriz, hechos en los cuales nos basamos.

Tonicidad normal	30 casos
Hipertonía	23 "
Inminencia de ruptura	6 "
Sin datos	10 "

5) *MEDICACION APLICADA ANTES DE LA INTERVENCIÓN.* — En la columna denominada "medicación sedante", se hace alusión a drogas impropriamente consideradas sedantes de la matriz (1), tales como Morfina, Dolantina, Atrinal, Edhanol, Medfedina, Trilene (usado durante las contracciones en una paciente) y Largactil. Dentro de la columna "otra medicación", se incluye Sangre, Plasma, 02, Dextrosa al 5% en A.D., Dextrosa al 30% en A.D., Atropina, Sulfato de Magnesias, Gardenal.

Sin medicación alguna	45 casos
Con medicación "sedante"	18 "
Otra medicación	6 "

6) *TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO.* — Se obtuvo este dato con base en la anotación que traen las historias de fecha y hora de iniciación del trabajo, hasta el momento en que se extrajo el feto.

Se ha tenido en cuenta, dentro del concepto de trabajo límite y trabajo prolongado, el promedio de trabajo aceptado entre nosotros: hasta 18 horas para las primigestantes y hasta 12 horas para las multigestantes, mucho más de lo fijado por otros autores que es de 14 a 16 horas para primigestantes y de 6 a 8 horas para multigestantes. (8)

Trabajo límite	Primigestantes	5 casos
	Multigestantes	17 "
Trabajo prolongado	Primigestantes	5 casos
	Multigestantes	21 "
Sin dato		21 "

De los casos sin dato, 3 corresponden a primigestantes y 18 a multigestantes.

Con base a lo anotado en las historias, el menor tiempo de trabajo fué de 5.25 horas y el máximo, de 77.45 horas: ambos casos correspondieron a multigestantes.

#### INDICACIONES DE LA EMBRIOTOMIA RAQUIDEA

Todos los autores consultados están de acuerdo en dar a esta intervención una indicación absoluta: la presentación de Hombro Abandonada (5, 8, 13, 14, 15, 17, 19). Sin embargo, como en esta revisión se consideran además Embriotomías raquídeas cervicales (Decapitación), debemos agregar como otras indicaciones dadas por los clásicos: Retención de cabeza última en los partos de pelvis; la colisión de cabezas en gemelos y los fetos gigantes, aunque actualmente hay tendencia en estos casos a la craneotomía directa o previa a la decapitación. Es condición obvia que el feto esté muerto.

En nuestra revisión las indicaciones fueron las siguientes:

Hombro abandonado	59 casos
Situación transversa	4 "
Retención de cabeza última	4 "
Retención de hombros	2 "

De las 4 Embriotomías practicadas por situación transversa, 3 fueron ejecutadas al segundo gemelo. En un caso de retención

de cabeza última se practicó decapitación al primer gemelo por colisión.

### CONTRAINDICACIONES DE LA EMBRIOTOMIA

La literatura extranjera consultada señala como única contraindicación de la Embriotomía en general, la estrechez pélvica absoluta (5, 8, 14, 15, 17) y advierten que es aquella de 5.5 a 6 centímetros o menos de diámetro útil conjugado. Sin embargo, creemos que podemos agregar las siguientes:

- 1 — Cesárea anterior.
- 2 — Inminencia de ruptura uterina.
- 3 — Ruptura uterina.
- 4 — Entidades en las que esté contraindicada la anestesia inhalada (Toxemia Gravídica, Neumopatías, Hepatopatías).

### CONDICIONES PARA LA EMBRIOTOMIA

Transcribimos aquí las condiciones señaladas en los textos clásicos (5, 8, 14, 15, 17):

- 1 — Feto muerto.
- 2 — Anestesia general profunda.
- 3 — Dilatación cervical completa.
- 4 — Membranas rotas.

Consideramos, a más de las anteriores condiciones, otras dignas de tenerse en cuenta como son:

- 5 — Tono uterino normal.
- 6 — Buen estado general de la paciente.

Aunque en la mayoría de los textos se recomienda la anestesia general, sin especificar el agente a utilizar, bien vale la pena aclarar que es el éter el único capaz de producir la relajación uterina deseada (1, 4, 11, 12).

Según las anteriores condiciones clasificamos así las 69 Embriotomías revisadas:

En condiciones favorables	30 casos
En condiciones desfavorables	38 "
En condiciones dudosas	1 caso

Hubo dos casos en que se practicó Embriotomía por presentación de hombro abandonado en pacientes con antecedente de cesárea.

*ANESTESIA*

A este respecto, hemos consultado en libros de Obstetricia (4, 12), Farmacología (11) y Anestesiología (12): En los primeros, los autores están de acuerdo en afirmar que para la Embriotomía se necesita una anestesia general profunda. En los otros, se ha podido aclarar, que la acción relajante del éter sobre la fibra uterina solo se logra en un tercer plano quirúrgico anestésico (11), creemos nosotros que, pese a que este anestésico produce relajación completa del útero (1), no es capaz de contrarrestar la distensión del segmento cuando ésta se ha presentado. Transcribimos los diversos tipos de anestesia empleados en nuestros casos:

Eter	44 casos
Pentothal-Eter	6 "
Ciclopropano-Eter	6 "
Pentothal	5 "
Ciclopropano	1 caso
Pentothal-Ciclopropano	1 "
Raquianestesia	1 "
Trilene	1 "
Sin datos	4 casos

*OPERADOR*

Pese a que con este aparte quisimos demostrar la necesidad de una gran experiencia para practicar la intervención, nuestra revisión ha demostrado que no es suficiente si no se respetan las normas para practicar la maniobra.

Profesor	4 casos
Jefe de Clínica	51 "
Interno	13 "
Sin dato	1 caso

*TECNICA OPERATORIA*

Hemos hecho la distinción, en cuanto a técnica operatoria, de las Embriotomías Raquídeas practicadas solo con Aparato de Torpin o gancho de Braun y tijeras de Dubois, y las que a más de éstas, requirieron una intervención secundaria. Para tal efecto,

en las "Embriotomías Mixtas", se pone en segundo orden la intervención agregada:

Torpin (original y modificado)	58 casos
Braun, Dubois	1 caso
Torpin-Basiotripsia	3 casos
Torpin-Cesárea	1 caso
Torpin-Craneoclasia	1 "
Torpin-Fórceps	1 "
Torpin-Paracentesis	1 "
Cesárea-Torpin	1 "
Sin dato	2 casos

Es de advertir que la Basiotripsia, Cesárea, Craneoclasia y Fórceps, como intervenciones secundarias, fueron siempre para cabeza última. El caso, tal vez único, de la Cesárea-Torpin lo comentamos por considerar esta conducta discutible:

**HISTORIA Nº 68.826** — G5P4 de 8 meses de gestación, preecláptica. Altura uterina 40 centímetros, ruidos fetales positivos en dos focos (?). Llegado el trabajo de parto al período expulsivo se diagnostica presentación de frente encajada (NIA) y manifestaciones de sufrimiento fetal. Se intenta infructuosamente aplicación de fórceps. Luego, por medio de la ventosa eutósica se rota la presentación a NP y en estrecho inferior se hace nueva aplicación de fórceps y se extrae el polo cefálico. El parto de los hombros es imposible, sospechándose entonces una monstruosidad fetal. Los ruidos cardíacos son negativos y hay inminencia de ruptura uterina. Bajo anestesia raquídea se practica cesárea, por cuya brecha se hace Embriotomía en banda presidencial.

### COMENTARIO

Si el diagnóstico obstétrico de feto monstruoso en presentación de frente se hubiera valorado oportunamente, la cesárea segmento corporal habría tenido cabida, sin la complicación operatoria que aconteció, conducida hasta con habilidad, sin desenlace materno fatal con algo sorprendente: no hubo ruptura uterina.

### TIPOS DE EMBRIOTOMIA RAQUIDEA

Embriotomía en Banda Presidencial	49 casos
Embriotomía por Decapitación	10 "
Embriotomía Torácica	8 "
Sin dato	2 "

Las Embriotomías torácicas fueron todas por error de técnica. Algunas de las Decapitaciones también lo fueron, exceptuando

las que se hicieron para presentaciones distintas al hombro abandonado o la situación transversa. Una de ellas, fué con la técnica de Braun-Dubois.

### RESULTADO MATERNO — MORBILIDAD

Ruptura uterina	6 casos
Ruptura de útero y vejiga	1 caso
Infecciones puerperales	10 casos
Fístula uretro vaginal	1 caso
Desgarros perineales	2 casos
Total	20 casos

Las infecciones se caracterizaron por puerperios con grandes curvas de temperatura, y en ninguna historia se precisó su etiología. El índice de morbilidad fué de 28.57%.

La frecuencia de ruptura uterina fué del 10%, el más alto registrado en la literatura nacional consultada (13, 19).

Los datos de morbilidad en trabajos anteriores en nuestro medio son: Dr. Hunda C., en 1947 presenta el 14.2%. Dr. Corral Maldonado, de 1947 a 1948, en 5 casos, no presenta morbilidad. El Dr. Riaño en 8 casos practicados en 1953, tampoco presentó.

Presentamos el dato de morbilidad en cesáreas y versiones por considerarlo pertinente: en la primera es del 12.28% (6); en la segunda es del 0.83% (9).

### MORTALIDAD MATERNA

De las 70 Embriotomías que se practicaron, fallecieron 5 pacientes (aproximadamente el 7.14%). Como solo a 2 de ellas se les practicó necropsia, más adelante presentaremos un resumen de las historias para tratar de precisar la causa de la muerte.

El Dr. Hunda (13) presenta como índice de mortalidad 9.09% que depurado da un 1.42%.

**CASO N° 1 - Historia 12.327** — G6P5, 21 años, a término. Hombro abandonado. Pulso 84, Tensión arterial 8 x 3, feto muerto; tonicidad normal, dilatación completa; membranas rotas. Procidencia de brazo izquierdo. Contracciones fuertes, subintrales. Embriotomía con Torpin. Eter suministrado por enfermera. Feto 2.600 gramos. Infección amniótica. Se comprueba ruptura ute-

rina subperitoneal. Se deja en observación. Se aplican ocitócicos y cede hemorragia. "Si sangra, practicar histerectomía o histerorrafia". A los dos días muere en estado toxi-infeccioso (antibióticos, ocitócicos, sueros, morfina). No se hizo necropsia.

### COMENTARIO

Muerte por septicemia consecutiva a ruptura uterina, la que comprobada no fue seguida de la conducta indicada.

**CASO Nº 2 - Historia 19.765** — G7P6, 28 años, pulso 130, temperatura 38, tensión arterial 12 x 6. Hombro abandonado, feto muerto. Utero con tonicidad aumentada. Dilatación completa, membranas rotas, procidencia de brazo. Morfina, Mefedina. Embriotomía con Torpin, bajo anestesia con éter suministrada por enfermera. Se comprueba ruptura uterina; retracción normal de matriz, no hay hemorragia. Hipotensión, 1.000 c.c. de Dextrosa al 5% en solución salina y sangre; tensión arterial después 8 x 4. Se deja en observación; luego al trasladarse a la camilla fallece. No se hizo necropsia.

### COMENTARIO

Se hizo caso omiso de la inminencia de ruptura. Muerte por anemia aguda (?) consecutiva a ruptura uterina.

**CASO Nº 3 - Historia 21.767** — G4P3, 30 años, pulso 124, tensión arterial 7 x 4, fascies pálida Hombro abandonado. Feto muerto, procidencia de brazo. Dolor abdominal premanente y difuso. Matriz se contrae, feto en cavidad uterina. Se sospecha ruptura uterina y luego se descarta. Embriotomía con éter; intervención laboriosa. Ruptura uterina subserosa; mal estado, colapso periférico que impide entrada de líquidos. Laparotomía: gran hematoma subperitoneal. Histerectomía subtotal. Al iniciar sutura del muñón, la paciente fallece. No se practicó necropsia.

### COMENTARIO

Parecido al anterior; ya había ruptura uterina y se confundió la retracción que ésta puede ofrecer, con una miocontracción. O bien preexistía inminencia de ruptura y la Embriotomía desencadenó la ruptura. Aquí también se confundió o erró la conducta pues la vía a elegirse no era la vía baja. Muerte por anemia aguda consecutiva a ruptura uterina, a la que se agrega el shock quirúrgico de la histerectomía.

**CASO Nº 4 - Historia 33.407** — Multigestante a término, 40 años. Situación transversa, feto muerto; contracciones muy frecuentes y enérgicas. Embriotomía con Torpin; ruptura uterina. Tensión arterial 11 x 8. Inducción anestésica para Laparotomía, accidentada dos veces. Ruptura subserosa de segmento, pro-

longada hacia abajo. Histerorrafia. Cierre por planos. Cuando se suturaba la aponeurosis hay apnea por obstrucción de vías aéreas: la paciente fallece.

Resumen de la necropsia: Mujer con T.B.C. generalizada, especialmente pulmonar, en estado caquético.

### COMENTARIO

Inminencia de ruptura uterina desapercibida, ruptura uterina precipitada por la Embriotomía, cosa que no habría sucedido con una cesárea. Muerte consecutiva a accidente anestésico durante el acto quirúrgico encaminado a corregir una complicación de la Embriotomía.

**CASO N° 5 - Historia 19.792** — G9P8, 32 años, tos seca, cefálea, malestar general, artralgias. Tensión arterial 12 x 7, pulso 112, temperatura 37, constipación. Nada pulmonar. Altura uterina 29 centímetros, cefálica, ruidos fetales positivos. No está en trabajo. Estado gripal. Luego, dato del parto así: Embriotomía por muerte del feto, presentación de hombro. Puerperio normal 2 días. Luego ictericia generalizada; tensión arterial 13 x 7, pulso 120. Lipotrópicos, Dextrosa al 10%. Al día siguiente se agrava: ruidos cardíacos velados, caféina 1 ampolla I.M., poco después fallece.

Resumen de la necropsia: Mujer de 32 años a quien se le practica Embriotomía por muerte fetal y muere 3 días después con Hepatitis aguda severa y edema pulmonar.

### COMENTARIO

Muerte por Hepatitis agravada posiblemente por el agente anestésico que se utilizó para practicar la Embriotomía.

### *ANALISIS SOBRE EL PRONOSTICO MATERNO*

Aparte de la sepsis, los índices de morbilidad y mortalidad maternas, consecutivos a las embriotomías, dan elevado porcentaje a las rupturas uterinas.

En ocasiones no se precisa, si cuando se intervino ya existía la solución de continuidad de la matriz, o si la produjo la maniobra obstétrica, sea por técnica defectuosa, por inexperiencia, por brusquedad, o, porque había contraindicación debida a una alteración en la dinámica del útero durante el trabajo del parto, muy explicable en una situación transversa que ha podido producir una hipertonia, o una inercia paradójica. En concreto: una inminencia de ruptura uterina que no se supo o no se pudo diag-

nosticar, o si se logró sospechar o determinar, se creyó combatirla con la "medicación calmante del miometrio", que hoy tiene acción tan relativa por no decir nula pues según la Escuela Uruguaya (1), apenas sedan la contracción uterina el éter y el cloroformo, o el sulfato de magnesias en forma discutible.

Creemos que esa anomalía en la dinámica uterina constituye un peligro para intervenir por vía baja porque se puede producir el accidente que más aterra al tocólogo: la ruptura uterina, y que tal contraindicación para la Embriotomía puede equipararse a la de la versión interna, a pesar de que existan observaciones afortunadas que digan lo contrario, fundamentadas las últimas, en que dicha maniobra es más inocua que la versión podálica, o que el Torpin es menos agresivo que los históricos ganchos de Braun y tijeras de Dubois.

En favor de nuestra opinión está el resultado que encontramos en la era del Torpin según algunos "por lo inofensivo, comparable a un simple tacto vaginal": 7 rupturas uterinas en 70 Embriotomías (1 complicada con lesión grave de la vejiga), con 5 muertes maternas íntimamente relacionadas a tan temible complicación. Aseguramos a modo de parangón, que no existe estadística de 70 cesáreas por inminencia de ruptura con 5 defunciones maternas; en el último trabajo realizado sobre cesáreas en este Instituto, se presenta un índice de mortalidad de 0.87% (6), agregando aquí que la mortalidad en 121 casos de versiones internas fue nula. (9) Por otra parte en la ponencia sobre mortalidad materna que se presentó al III Congreso de Obstetricia y Ginecología de Ibagué en 1957 (16), llamó la atención cierto número de muertes de pacientes en quienes se practicó Embriotomía.

Aun más, en las Clínicas privadas de Bogotá por ejemplo, de acuerdo con la información que hemos recogido, no se practican Embriotomías raquídeas desde hace muchos años; no es porque se trate de clientela oportunamente controlada, que le impida llegar a la angustiada situación de hombro abandonada o porque también fuese aterrador el presentar a los familiares un feto en fragmentos, etc., sino porque el obstetra moderno y experimentado, procura las conductas de seguridad y no las de probabilidad: evita una ruptura uterina en potencia, mediante una operación cesárea aunque el feto esté muerto (2).

Por ello queremos llevar esta inquietud al Instituto: que ante cualquier duda en la apreciación de la dinámica uterina, la Embriotomía ceda el paso a la Cesárea.

Por último, para complementar lo anterior, llamamos la atención sobre el hecho de que las pacientes, en las cuales se descubren maniobras previas fuera del servicio, son más propicias al riesgo que hemos considerado, y que, mientras se demuestre lo contrario o no haya contraindicación especial, deben ser candidatas para la vía alta en vez de la vía baja.

### RESUMEN

Se hace una revisión de las Embriotomías Raquídeas practicadas en el Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta" de Diciembre de 1953 a Diciembre de 1960.

Sobre un total de 65 208 partos se practicaron 70 Embriotomías (0.10%).

Se aprecia una notable disminución de la frecuencia de la intervención, que en 1954 fue de 0.24% para ser en 1960 de 0.04%.

Se anota por grupos la edad de las pacientes, la Paridad y gestación en semanas.

9 fetos eran prematuros, 57 a término. En 3 casos no se obtuvo el dato del peso.

El estado obstétrico al ingreso se valoró en la siguiente forma: tipo de presentación, estado de las membranas, estado del feto, dinámica uterina, medicación previa a la intervención y tiempo de trabajo de parto.

Se precisan las indicaciones para practicar la intervención y se agrupan las indicaciones que tuvieron los casos revisados: Hombro abandonado 59 casos, Situación transversa 4, Retención de cabeza última 4 y Retención de hombros 2.

Se precisan las contraindicaciones y las condiciones de la Embriotomía. 30 casos fueron clasificados con condiciones favorables, 38 con condiciones desfavorables y 1 con condiciones dudosas.

Se acepta como anestesia ideal el éter profundo, tipo de anestesia que se utilizó en 44 casos. Se cita la frecuencia con que se emplearon diferentes agentes anestésicos.

Se consignan en orden de frecuencia las diferentes técnicas con que se practicaron las Embriotomías, siendo las más utilizadas las de Torpin Original y la Modificada (58 casos).

El índice de morbilidad materna fué de 28.57% (20 casos). La ruptura uterina (7 casos) y las infecciones puerperales (10 casos), fueron las más frecuentes.

Hubo 5 fallecimientos (7.14%), habiéndose practicado necropsia en 2 casos.

Se presenta un resumen y un comentario de estas 5 historias.

Por último, se hace un análisis sobre el pronóstico materno.

## CONCLUSIONES

1 — La Embriotomía Raquídea ha disminuído progresivamente en nuestro medio hospitalario. Sin embargo, el hecho de que aun se practique con indicaciones tales como la presentación de Hombro abandonada es índice de la falta de cuidados prenatales y de atención oportuna.

2 — Alarma sobremanera el que aún se dé el caso en el Instituto de encontrar historias de pacientes que ingresaron con feto vivo y cuyo parto termina con Embriotomía Raquídea.

3 — De los diferentes tipos de Embriotomía Raquídea el más empleado es el torácico y de las técnicas utilizadas predomina la de Torpin, modificada por Riaño.

4 — Es única indicación para practicar la Embriotomía Raquídea en Banda Presidencial la presentación de Hombro abandonada.

5 — Son contraindicaciones absolutas de la Embriotomía Raquídea la estrechez pélvica absoluta, la cesárea previa, la inminencia de ruptura uterina, la ruptura uterina comprobada y las entidades en que esté contraindicada la anestesia inhalada.

6 — Son condiciones para practicar la Embriotomía Raquídea: feto muerto, anestesia general profunda con éter, dilatación

cervical completa, membranas rotas, tono uterino normal y paciente en buen estado general.

7 — La Embriotomía Raquídea es una intervención que practicada sin llenarse las condiciones y sin tenerse en cuenta sus indicaciones arroja un alto índice de morbilidad y mortalidad maternas.

8 — Cuando exista duda en la apreciación de la dinámica uterina, y surja la posibilidad de ruptura uterina, debe contraindicarse la Embriotomía y ceder paso a la operación Cesárea, si ésta no está formalmente contraindicada.

9 — La conducta anterior evitaría la ruptura uterina y sus consecuencias y es la que practican los obstetras en clientela particular, cuando tienen que tratar la presentación de hombro con feto muerto, en cuyo caso prefieren la histerotomía tanto a la versión como a la Embriotomía.

10 — La conducta que aconsejamos, debe valorarse más en la clientela hospitalaria que haya sido sometida previamente a maniobras y tratamientos fuera del Instituto.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 ALVAREZ, CALDEYRO-BARCIA. "Fisiopatología de la contracción uterina y sus aplicaciones en la Clínica Obstétrica". Fac. Med. Montevideo, Uruguay. Pág. 75-94.
- 2 BOWES, KENNETH "Recientes avances de Obstetricia y Ginecología". Ediciones Toray, S. A., Barcelona. Pág. 306.
- 3 CORRAL MALDONADO, JAIME "Las grandes intervenciones obstétricas". Rev. Col. Obst. y Gin. Vol. 2 N° 2 y 3 Pág. 49-68 y 90-113.
- 4 CULL, WILLIAM A., HINGSON ROBERT A. "Anesthesia for Obstetric Emergencies". Clinical Obstetrics and Gynecology Marzo, 1960, Pág. 14.
- 5 DE LEE, JOSEPH B., GREENHILL, J. P. "Principios y práctica de Obstetricia". UTEHA, 1945, Pág. 1.319.
- 6 DELGADO, ERNESTO. "Consideraciones sobre la operación cesárea". Tesis de grado 1960.
- 7 Departamento de Estadística del Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta". Código 790-60
- 8 DEXEUS FONT, S. "Tratado de Obstetricia" Tomo II, 2ª Edición. SALVAT 1957, Pág. 1.423.
- 9 DIAZ G., JAIME. Comunicación personal.
- 10 GOMEZ HERRERA, H. "Modificaciones a la clasificación del recién nacido". Rev. Soc. Col. de Ped. y Puer. XVI, 6, 1958 Pág. 575.

- 11 GOODMAN, LOUIS S., GILMAN, A. "The Pharmacological Basis of Therapeutics".  
Second Edition 1956. Pág. 61.
- 12 HINGSON, ROBERT A., HELLMAN, LOUIS M. "Anesthesia for Obstetrics". Pág. 41,  
228, 295.
- 13 HUNDA C., RAFAEL "Las operaciones mutiladoras fetales en el medio hospitalario".  
Tesis de grado 1947.
- 14 MORAGUES BERNAT, J. "Clínica Obstétrica", 3ª Edición, Editorial Ateneo, Bs. Aires  
1945 Pág. 309.
- 15 NUBIOLA, P., ZARATE, E. "Tratado de Obstetricia". Tomo I, Editorial Labor S. A.,  
Barcelona, 1951 Pág. 1 165.
- 16 PERALTA C. RAFAEL, SILVA M. CARLOS R., PEREZ G. EUGENIO. RAMIREZ S. JAIME.,  
"Mortalidad Materna". Rev. Col. Obst. y Gin. IX, 1, Pág. 35.
- 17 PEREZ, MANUEL L. "Compendio de Clínica Obstétrica", Editorial López y Etchegoyen,  
S. R. L., Bs. Aires, 2ª Edición 1956 Pág. 542.
- 18 RAMIREZ MERCHAN, RAFAEL F. "Conductas Obstétricas Controvertibles". Rev. Fac.  
Med. Vol. XVI, Nº 7 y 8, Pág. 1.153.
- 19 RIAÑO, GUSTAVO, "El Embriótomo de Torpin", Rev. Col. Obst. y Gin. Vol. V Nº 5  
Pág. 71.