

Revisión de la aplicación de fórceps en pacientes toxémicas

Doctor Octavio Betancourt G.

Residente de la Clínica de Maternidad de Cali.

Doctor Saulo Muñoz Delgado

Auxiliar de Cátedra de la Facultad de Medicina. Universidad del Valle.

Los conocimientos recientes sobre anoxia fetal así como la gravedad que revisten toxemias, nos han conducido después de una cuidadosa revisión de las estadísticas de mortalidad fetal, a la aplicación de fórceps bajos en nuestro medio.

Como causas de anoxia fetal en toxemias anotamos las siguientes:

1a. **Causas vasculares.**—Es por todos conocido el fenómeno de espasmo vascular generalizado y en especial en los vasos uterinos y placentarios que como consecuencia lógica el feto presenta lesiones anóxicas. Al fenómeno espasmódico vascular, se agrega "la insuficiencia placentaria", posiblemente consecutiva al prematuro envejecimiento de las vellosidades coriales, que se presenta casi en un 80% de los casos. Junto con esta insuficiencia se encuentran los infartos descritos anteriormente y que son patognomónicos de las toxemias según anotamos en el trabajo sobre patología

2a. **Causas locales.**—En otros casos encontramos desprendimientos parciales de placenta que por muy pequeños que sean ensombrecen el pronóstico fetal, si tenemos en cuenta además la anemia de la madre tan común en casos de toxemia.

3a. **Causas mecánicas.**—La mayor mortalidad fetal durante el parto se presenta en el periodo expulsivo, cuando las contracciones uterinas se hacen casi continuas alterándose la circulación feto-placentaria y sumándose a este fenómeno anóxico el posible traumatismo que resulta de la compresión de la cabeza fetal sobre las estructuras perineales.

Por otro lado, durante el momento expulsivo, es cuando a la acción de los analgésicos aumentamos la acción depresora de la anestesia sobre los centros respiratorios materno y fetal.

Dieckmann ha encontrado un marcado grado de hipertensión durante el trabajo de parto y muy especialmente durante el segundo período debido al esfuerzo expulsivo. En algunos casos piensa que las fluctuaciones del aumento de la presión sanguínea durante el trabajo de parto, pueden producir hemorragia cerebral en pacientes con hipertensión con pre-eclampsia sobre-agregada.

Durante el trabajo de parto pueden presentarse desprendimientos placentarios con la consiguiente hipertensión uterina, que si no son muy grandes y no llegan a producir muerte fetal, al menos dificultan y prolongan el período expulsivo. En numerosos casos de toxemia, en los cuales no hemos logrado encontrar desprendimientos placentarios, sí hemos visto con frecuencia distocias de contracción que han prolongado el trabajo del parto. Es posible interpretar estas distocias dada la presencia de los espasmos vasculares en el útero y placenta, las hemorragias subserosas e intermurales y el edema de la fibra muscular.

En cuanto a la baja de contenido del volumen de oxígeno por % y de la saturación del mismo, estamos adelantando un trabajo simplemente como comprobación en nuestro medio de los ya plenamente establecidos por Rachel, B. Mackai M. D. en casos de toxemias. Diedobutos encontró que los promedios de saturación de oxígeno en el cordón, en casos de toxemia, eran los más bajos y altamente significantes. El atribuye esta baja a disminución y lentitud de la circulación fetal umbilical, aún cuando hasta el presente no ha comprobado esta investigación.

El promedio de reserva de oxígeno en los embarazos a término no está relacionado con la severidad y duración de la enfermedad.

Valorando estos puntos de vista, hemos querido presentar unos casos de aplicación de fórceps electivos y selectivos, en los cuales se usaron diferentes agentes anestésicos.

Se seleccionaron 20 casos en donde se comprobó la verdadera toxemia entre leve y severa, en los cuales fueron aplicados los fórceps por diferentes obstetras.

MATERIAL

Revisamos 20 historias de pacientes toxémicas a quienes se les aplicaron fórceps por diversas razones. Estas pacientes fueron clasificadas como proeclámpicas leves, 12, severas 7, y eclampsia 1 caso.

La indicación para la aplicación de fórceps fue electiva para la mayoría de los fórceps bajos y profilácticos y selectivos en aquellos casos de aplicaciones altas y medias.

El tipo de anestesia fue de escogencia del obstetra tratante, siendo la inhalada y sobre todo el tricloro etileno la de mayor uso.

De hace un tiempo a esta época en el servicio solamente se permite la aplicación de **Saddle Block** y bloque pudiendo como los métodos más indicados de anestesia en pacientes toxémicas, prefiriendo de manera especial el último por ser el más seguro para madre e hijo.

COMENTARIOS

De los dos niños muertos, uno ingresó al servicio con ruidos fetales negativos a consecuencia de desprendimiento placentario. La otra paciente hizo eclampsia y el niño murió a los tres días después del parto. La autopsia reveló lesiones cerebrales debidas a anoxia.

El empleo de diversas anestésicas, así como la altura en que han sido aplicados los fórceps demuestran la variedad de concepto respecto a este punto.

El tipo de anestesia más utilizado fue la inhalada (tricloro etileno). Encontramos gran cantidad de casos de hemorragias del alumbramiento de más de 300 c. c. y la mayoría de los niños presentaron respiración retardada, sobre todo en aquellos casos cuyo parto se efectuó con anestesia inhalada. Los casos conducidos con anestesia anatómica y mejor con bloqueo pudiendo, fueron en los que mejores resultados se obtuvieron, en cuanto a respiración fetal y disminución de la hemorragia del alumbramiento.

Los fórceps altos fueron indicados en un caso de feto muerto y otro en quien se sospechó gangrena gaseosa, por ruptura precoz de membranas e infección y en el que no se decidió practicar cesárea.

La revisión de la aplicación de fórceps en toxémicas nos ha demostrado los grandes peligros que encierra para madre y niño la anestesia inhalada. La anestesia más indicada y de mayor seguridad es el bloqueo pudiendo en cuanto a las pacientes toxémicas se refiere.

BIBLIOGRAFIA

- DIECKMANN.—Toxemia of pregnancy.
 THEOBALD.—Pregnancy toxemia.
 EDITH L. POTTER, N. D.—Fetal and neonatal death.
 The Journal of Ob. and G. of the British Empire, Vol. LXIV N° 2 abril 1957.
 RACHEL B. MACKAY M. D.