

CONDUCCION RUTINARIA DEL PARTO CON OCITOCINA ENDOVENOSA

Doctor **Rafael Peralta Cayón** *

GENERALIDADES

Nos limitaremos a lo concreto y sintético, por ser tan conocido el objeto de la ocitocina intravenosa en obstetricia.

Transcribiremos la experiencia vivida en la atención del parto, con sus resultados reales, que es lo que se debe presentar en un Congreso Colombiano.

La inducción con ocitocina, busca desencadenar el trabajo obstétrico cuando no hay signos de éste: faltan contracciones legítimas de parto y borramiento-dilatación cervicales, progresivas. Si hay signos funcionales y somáticos de trabajo, y éste se activa mediante ocitocina, se llama refuerzo o estimulación. A veces se asocia o sincronizan más nos referiremos, sobre todo, a lo último con el apelativo de conducción. Esta traduce indicación precisa, experiencia y valoración del procedimiento, permanencia al pie del caso para vigilar la respuesta uterina, con los efectos sobre la dinámica y vitalidad fetal.

* Profesor del Departamento Obstétrico y Ginecológico de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional.

La hemos ensayado como sistema habitual en la evolución del parto declarado, con la mira de favorecer su desarrollo en sus dos primeros períodos, y en el tercero o alumbramiento, para que no se altere éste con hemorragias debidas a hipotonía o retención de secundinas. Así ratificamos nuestra vieja tesis de que el tocólogo no debe ser "un convidado de piedra" en el proceso del trabajo obstétrico, sino tomar parte activa, en beneficio de la madre-hijo y del mismo médico.

MATERIAL, METODOS E INDICACIONES

En clientela privada de diferentes clínicas particulares de Bogotá, hemos reunido 467 observaciones (octubre 1º de 1954 a octubre 1º de 1963) sobre 787 partos, 213 abortos-raspados, 15 ectópicos, 1 mola. Programación fundamental: ocitocina intravenosa y amniotomía-meperidina, cuando fuere necesario.

Hemos sistematizado dos a cinco unidades pitocín en dextrosa agua destilada

intravenosa (P en DADIV), con el conocidísimo método de aparatajes de venoclisis, con llaves o tornillos que deben graduar el número de gotas-minuto. Iniciamos con 10 a 20, que se modifican por exceso o defecto, de acuerdo con la reacción dinámica uterina. Lástima que estos cuentagotas se aceleren, atrasen, o tapen solos, y no se hayan perfeccionado en tal forma que los cálculos matemáticos fueran precisos, en cuanto a determinación de unidades Montevideo inyectadas. Menos mal que no se trata de inducciones sino de refuerzos, donde los riesgos serían menores en casos de hipertonia-polisistolia o anoxia fetal, pero siempre hay que preverlos y entenderlos, razón por la cual ojalá que en el futuro se modernizaran y perfeccionaran estos aparatos.

El grado de dilatación, estado de la bolsa de las aguas, altura de la presentación no constituyen problemas, y si hay complicaciones asociadas, metrorragias, distocias relativas, el criterio obstétrico las debe definir oportunamente. Con menos de 4 centímetros y membranas íntegras, ellas se pueden conservar como para imitar la marcha normal del parto, ahora activada; si están rotas, se aprecia en seguida la aceleración del proceso, pues es *indicación ideal sabida* de todos, *la ruptura prematura de la bolsa*. Si hay más de 4 centímetros, conviene la amniotomía, con idéntico resultado reactivador y, recíprocamente, la amniotomía puede preceder al P en DADIV.

Las hemorragias de placentas previas margino-laterales se benefician con el método, que forman parte de su conducta, lo mismo que la ruptura artificial

de las envolturas ovulares. Otro tanto ocurre con el abrupcio placentae, sobre todo grado mediano o ligero, o desprendimiento parcial, en múltiparas. Los mecanismos del parto detenidos, en encajamiento, descenso o rotación, sin distocia absoluta, tampoco son contraindicaciones. Ni la presentación de pelvis, cara en múltiparas, sobre todo, feto grande o gigante, gemelidad, hidramnios, feto muerto in útero, parto prematuro, pero con exceso de cuidado. Ni pretoxemias y toxemias, ni incompatibilidades Rh negativo u otros grupos sanguíneos; ni patología asociada, cardiopatías, epilepsia en potencia o en acto, etc. Respecto a psicoprofilaxis, si ésta es racionalizada, a lo cual afortunadamente hoy se ha llegado, también tiene cabida, como la tiene un sedante. Las inercias, hipotonías, discinesias uterinas deben mejorar, y si hay tumoración coexistente, el método no tiene inconveniente. En antecedentes de cesárea, la contraindicación es relativa, o puede pasar desapercibida, tal como lo demostramos en nuestro libro, pero es una conducta especializada, de criterio obstétrico preciso y requisitos determinados.

La asociación con meperidina, específicamente demerol, que es el que hemos empleado, es de utilidad inigualable para la coordinación dinámica uterina, disminuir el dolor debido a su acción central, aunque no sea sedante local uterino. Su efecto habitual es dilatar el cuello, que muchas veces queda como "fundido". Preferimos 50 miligramos en 8 cc. Agua destilada intravenosa D en ADIV, lentísimo, que a veces ocasiona vómito ligero, y que ra-

cionalmente no debe usarse en prematuridad ni sufrimiento fetal, por ser depresor de los aparatos respiratorios, circulatorio y nervioso.

A veces o secundariamente se suministran anti-espasmódicos, neurogangliopléxicos, tranquilizantes o similares, pero con cautela, sin hacer polifarmacia ni lesionar al feto.

Salido el feto, se continúa el P en DADIV a fin de que se cumpla mejor la fisiología del alumbramiento y se eviten asistolias o hiposistolias uterinas, retención de secundinas, sin olvidar que una hipertonia podría retenerlas al cerrarse la región cérvico-segmentaria. Expulsadas éstas, se debe seguir un tiempo prudencial el procedimiento, para lograr buen globo de seguridad, a no ser que haya que suspenderlo por intenso dolor post-parto.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Total de conducciones de P en DADIV, sobre 787 partos, 457 o 58.06%. Multíparas, 361 (78.99%). Primíparas, 96 (21.00%). No se siguió el método en 330 casos o 41.94% (no hubo tiempo, no había familiarización con el procedimiento, etc.).

Amniotomías, 236 (51,64%). Demerol IV, 142 (31,07%). Sólo en 2 casos hubo que repetirlo; pocas veces se usó con bolsa íntegra. Rupt. prematura bolsa, 119 (26.03%). Placentas previas marginales o laterales, 7. Abruptio placentae parcial, 5; total, 2. Rupt. seno marginal, 1. Hidramnios, 6. Oligoamnios, 1. Procidencias cordón, 4 (1 laterocidencia). Pelvis, 12 (más 7 de gemelares). Cara, 1. Gemelidad, 11. Feto muerto retenido, 7. Ma-

cerado, 9. Monstruos, 3. Prematuros, 21. Hipermaduro, 6. Pretoxemias, 13. Toxemias, 11. Rh negativo, 12. Cardiopatía, 2. Hipertensiones esenciales, 3. Epilepsias, 3. Psiconeurosis, 1. Psicoprofilaxis, 5. Inercias, hipotonias, 79. Embarazo con fibroma, 8. Cesáreas previas, 75. Cesáreas primitivas, 28. Forceps, 24. (Desgarros vaginales, 10. De cuello, 5. De cuello sin forceps, 4. Se evitó repetir forceps por tercera y cuarta veces, 4 casos. Esterilidad previa entre 5 y 15 años, 20 casos. (Partos espontáneos, 12. Cesáreas, 6. Forceps, 2. Cuellos inmaduros, 7. Cuellos problemas, distócicos "desentrenados" (esterilidad prolongada), 17. Meconio a la amniotomía post P en DADIV, 4. Meconio antes de éste, 4. Hemorragia postparto, 6. (3 propias y 3 agregadas). Se evitó hemorragia, 9 casos. Extracción manual de placenta, 3. Se evitó nueva extracción manual, 2 casos. Retención de placenta en cuello, 3. Transfusiones de sangre, 6. Colpoperinorrafias, 11. Mal funcionamiento aparataje del suero, 18.

Como sería interminable comentar uno por uno todos los renglones, se hará un análisis o bosquejo crítico de lo más trascendental.

Parto. La vía utilizada fue la endovenosa, porque la IM está abandonada por ser más peligrosa. Programada la conducción racional del parto, sirve ella sobre la contractilidad uterina normal o si hay irregularidad y se logra un trabajo más rápido sin riesgo materno-fetal. Se acorta la duración en primi y multíparas, hasta casi obtenerse la hora cómoda o probable de su terminación, como quien dijera:

“el parto con cita”. Los cálculos no fallaron si se predeterminó la técnica y hasta tanto que se pudo evitar trasnochadas a voluntad, tal como consta en un centenar de historias, lo cual no habría ocurrido, seguramente, si se hubiera adoptado actitud pasiva o indiferente. Ello nos ha hecho rectificar la idea preconcebida de que el parto acelerado sea un riesgo, porque el peligro es el prolongado o el precipitado, que es diferente al ayudado o conducido correctamente. Lo que precede significa beneficio para la parturienta, para su organismo y hasta su psiquis, pues al fin y al cabo quedan reconocidas, y tanto que sólo registramos 2 casos de protesta “al suero”, mas fue al principio, y nos volvieron a solicitar que las atendiéramos en el futuro. Recíprocamente hubo pacientes que lo pidieron. No olvidar que la psicología de la clientela es controvertible o variable; por ejemplo, a veces defiende o rechaza la psicoprofilaxis moderna. Por otra parte, el obstetra merece también esta justa comodidad, que le hace economizar salud y evitar el agotamiento o angustia de las trasnochadas, causa de tantas conductas erradas. Afortunadamente no hubo ruptura uterina, ni sepsis ni mortalidad materna, ni arrepentimiento alguno al método, aun retrospectivamente considerado.

En la ruptura prematura de las membranas, fue de indicación definitiva, con el consejo de disminuir número de tactos para evitar infección. En placenta margino-laterales y desprendimientos parciales fue de utilidad más amniotomía o sin ella y evitó laparatomía. No hubo certeza que produjera abruptio

parcial o aumentara el existente, pero puede ser una duda. En presuntas distocias, estrecheces, *desproporciones*, puede ser la última prueba de trabajo, o mejor de encajamiento, con una observación: si faltan vigilancia y técnica, será un riesgo. Las toxemias, pretoxemias, hipertensiones esenciales dieron la grata sorpresa de no agravarse, hasta tanto que creemos que el principio ocitócico puro, aislado, no afecta tensión arterial, a diferencia del vasopresor.

Intervenciones. La aplicación de *forceps* disminuyó considerablemente, a la hojeada de la estadística anterior al procedimiento. Ventaja general materno-fetal y especial a aquella asociación distócica de primigestante, con variedad de posición posterior, fuente de desgarros vagino-cervicales, hemorragia, shock o futuras complicaciones. Además, auxilió al descenso o rotación del aparato, como a la rotación manual en dichas variedades, pero si activa demasiado el parto, puede producir rotaciones a O. S., por el camino más corto.

En cuanto a *cesáreas*, algunas primitivas pudieron evitarse, y en concordancia con el presente trabajo, ya en nuestro libro comprobamos gran porcentaje de partos vaginales en cesáreas previas, dentro de un tema especializado. Se correlacionaron con cuellos problemas, inmaduros, distócicos o desentrenados, esterilidad prolongada, estrechez o desproporción.

En intervenciones postparto, colporrinorrafias, suturas de episiotomías, desgarros, lesiones vaginales-cervicales, ningún problema hubo y contrarrestó

la posible hipotonía o vasodilatación, atribuibles a la anestesia. Y a propósito de ésta, no observamos incompatibilidad, ni shock por coexistencia del pitocín con ella.

Feto. El efecto sobre éste fue satisfactorio, y hasta pudo evadir síndromes depresivos respiratorios, circulatorios y nerviosos, inherentes a la falta o irregularidad de la contracción uterina. El descontrol en la técnica acarrea anoxia, cuando surge polisistolia o hipertoniá. Figuran casos de meconio a la amniotomía siguiente al procedimiento, que ha podido deberse a la ocitocina en sí, o bien preexistir a ésta, como se apreció en igual número de casos, que determinaron bien, con rapidez vigilante o expectativa armada. Aquí hubo la común interpretación de "circulares", que se demostraron en la mayoría, pues se puede fallar en su diagnóstico. Idénticamente, en 4 prociencias hubo éxito, 3 en fetos vivos, una de las cuales era laterocidencia. No comprobamos efecto nocivo en incompatibilidades de grupo y que hubiera mayor envío de anticuerpos merced al pitocín. La prematurez exigió atención esmerada en la dosis, oxigenoterapia y que no se prolongara el trabajo. Sorprendió la supervivencia de casos, porque entre 21, únicamente se perdieron 3 de partos únicos, por debilidad congénita, más 2 inmaduros y 3 prematuros de 11 partos gemelares. Dudamos si entonces fuere más peligroso el demerol que el P. en DADIV, técnicamente regulado, aunque lo mejor es establecer que ambos lo sean. No hubo mortalidad fetal imputable al método.

Alumbramiento. Aquí defendemos el P. en DADIV, porque previene y combate su patología, como quiera que coopera a su fisiología, sobre todo asociado a la revisión uterina sistemática del postparto, que también hemos presentado a este Congreso. Apenas hubo 6 hemorragias, 6 transfusiones de sangre, 3 extracciones manuales de placenta, que, por ejemplo, en el I. M. I. tiene una incidencia del 0,74% (marzo/58 a marzo/63, sobre 59.917 partos y 0,36% de hemorragias). Hubo pocas historias con obturación del cuello, que retuviera las secundinas, pero es algo que debe preverse para evitar una vez salido el feto, la consabida orden "acelerar el suero". Hemos reducido los accidentes del tercer período del parto, y no creemos que la ayuda que ofrece aumenta la hemorragia. Por el contrario, pacientes con antecedentes o complejo de ella no la repitieron; lo mismo que 2 casos con antecedente de doble alumbramiento artificial, no hubo que practicar la tercera extracción manual de la placenta. Nunca se suministró fibrinógeno.

CONCLUSIONES

1. Recomendamos la conducción racional y técnica del parto con P. en DADIV, en forma rutinaria, por su beneficio para los 3 períodos del parto fisiológico.
2. Refuerza, regulariza la contractilidad uterina favorablemente, a condición que se esté al pie del caso y se controle la dosificación endovenosa.

3. Dió buenos resultados, también, en entidades de patología obstétrica, materna y fetal. Resolvió presuntas distocias o definió la conducta definitiva de éstas, en las cuales no hubo contraindicación. Siempre fue relativa o pasó desapercibida.
4. Redujo la patología del alumbramiento, porque ante éste tiene papel profiláctico y curativo. Primordialmente bajó la incidencia de la hemorragia postparto, la propia del alumbramiento, sobre todo, lo mismo que el número de transfusiones, extracciones manuales de placenta y ha evitado la repetición de hemorragias previas.
5. En último análisis tradujo comodidad para la paciente y para el médico, porque se pudo reglamentar el conocido desorden de la hora del parto. Este se logró casi con cita previa, se pudo evitar trasnochadas, agotamiento, lo que es apenas justo para la parturienta, y especialmente para el médico.

BIBLIOGRAFIA

COLOMBIANA

- ANGULO RODRIGUEZ LUIS: Apreciaciones sobre el shock en obstetricia. **Rev. Col. Obs. Gin.** (R. C. O. G.). III-IV/55. Vol. 6. Nº 4. Pág. 199.
- COBO EDGAR: La actividad contráctil del útero humano en la toxemia del embarazo y en el abruptio placentae. **Rev. Col. Obs. Gin.** III-IV/63. Vol. 14. Pág. 221.
- BENINCORE J.: El estado de shock en clínica obstétrica. **R. C. O. G.** IV-V/50. Vol. 1. Nº 3. Pág. 113.
- GOMEZ PALACINO JESUS A.: III Congreso Lat. Amer. Obst. Gin. México. 1958. **R. C. O. G.** Información Jul.-Ag./58. Vol. 9. Nº 4. Pág. 403.
- GOMEZ PALACINO MANUEL J.: Observaciones sobre la introducción al trabajo del parto por la administración del pitocín endovenoso. **Rev. C. O. G.** Vol. II. Nos. 1 y 2. Diciembre-Enero/50-51. Feb.-Mar./51. Págs. 33 y 69.
- INDUFARMA: **Boletín Científico.** Inducción electiva del parto. Jul./61. Pág. 76.
- LAVERDE MERCADO LUIS: Usos y abusos de la inducción. **El Médico de Colombia y Ecuador.** Jun./61. Año V. Nº 9. Pág. 5.
- MARTINEZ CARLOS, GOMEZ P. J. A., SANCHEZ FERNANDO, SILVA MOJICA C.: Resultados de 125 casos de eclampsia. **R. C. O. G.** Nº 1. Pág. 42. 1961.
- NAVAS URIBE FERNANDO: **Ponencia sobre psicoprofilaxis.** Primer Simposio de Psicoprofilaxis obstétrica. Univ. Javeriana. 1959.

PERALTA CAYON RAFAEL: **Obstetricia y clínica obstétrica.** Edit. Antares, 1956. **Inducción del parto. Curso de obstetricia y ginecología de Tunja.** V.-16/58. **Aborto. Cesáreas previas. Controversias clínicas y terapéuticas.** Edit. Omnia, 1962.

ROZO FCO.: Desprendimiento prematuro de la placenta normo-inserta. **R. C. O. G.** May.-Jun./61. Vol. 12. Nº 3. Pág. 169.

SILVA MOJICA C.: **Preparación psicoprofiláctica para el parto.** Relato Soc. Col. Obs. Gin. IV Cong. Lat. Amer. Obst. Kin. Bogotá (Colombia), 1962.

SANCHEZ TORRES FDO.: Tratamiento de la pre-eclampsia. **R. C. O. G.** Nov.-Dic./59. Vol. 10. Nº 6. Pág. 410. Síndrome gravídico post eclámpico. **R. O. C. G./61.** Nº 1. Pág. 1.

EXTRANJERA

AGÜERO O., MARCANAS BRACHO J.: Pitocín diluido endovenoso. **Rev. Ven. Obst. Gin.** Nº 4. Pág. 647. 1954.

ALVAREZ BRAVO A.: La inducción electiva del parto a término. **Gin Obst. Mex.** May.-Jun./56. Vol. 11. Nº 3. Pág. 211.

ALVAREZ A., CASTELAZO Y SEPTIEN: Peligros del uso inadecuado de soluciones de oxitocina. **Rev. Mex. Obs. Gin.** Vol. 15. Pág. 221, 1960.

ALVAREZ HERMOGENES CALDEYRO R.: **Fisiopatología de la contracción uterina y sus aplicaciones de la Cl. obstétrica.** II Cong. Obs. Gin. IV Con. Brasilerio Obs. Gin. Sao Paulo. Julio/54.

BUXTON C. L.: The value and danger of exogenous oxytocin in obstetrics. **Amer. Jour. Obst. Gyn. (A. J. O. G.).** Jul./60. Vol. 80. Nº 1. Pág. 32 .

CALDEYRO BARCIA R. y Col.: Effect position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. **A. J. O. G.** Aug./60. Vol. 80. Nº 2. Pág. 284.

CASTELAZO AYALA L. y Col.: Oxitocina endovenosa para vaciamiento del útero con huevo muerto a diversas edades del embarazo. **Rev. Obs. Gin. Mex.** Pág. 177, 1961.

CHIEN-TIEN HSU: Studies on abruptio placentae. **A. J. O. G.** Ag./60. Vol. 80. Pág. 263.

COHEN J.: Response of the gravid uterus at term to intranasal oxytocin as determined by intra-amniotic fluid pressure recordings. **A. J. O. G.** Mar./62. Vol. 83. Pág. 774.

COGER G.: Precipitate labor. **A. J. O. G.** Jun./57. Vol. 73. Nº 6. Pág. 1.321.

CSAPO A.: Volume and activity of the pregnant human uterus. **A. J. O. G.** Mar./63. V. 85. Nº 6. Pág. 819.

DANEZIS J.: A comparison of synthetic and natural oxytocin as determined by intra-amniotic fluid pressure recordings. **A. J. O. G.** Mar./62. Vol. 83. N° 6. Pág. 770.

DOUGLAS R. G.: Oxytocin, newer knowledge and present clinical usage. **A. J. O. G.** Jun./57. Vol. 73. N° 6. Pág. 1.206.

FIELDS H.: Complicaciones de la inducción electiva. **Prog. Obs. Gin./61.** Fasc. 1. Pág. 65.