

Inducción y Conducción del Parto en la Paciente Toxémica *

Dr. Héctor Rozo Pardo

DEL INSTITUTO MATERNO-INFANTIL, BOGOTA

Una de las iniciativas, fruto de la organización del Servicio de Toxemias del Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta", de Bogotá, durante el año de 1959, fue la de llevar a cabo un estricto control y conducción del parto, en la grávida toxémica, y por otra parte, provocar éste cuando se consideró conveniente.

Este trabajo presenta una serie de 83 casos de partos conducidos, o inducidos y conducidos, en pacientes toxémicas, siguiendo en todos ellos una serie de normas que han sido actualizadas y difundidas, principalmente por las escuelas Uruguaya y Mexicana. (1)-(2).

Estas normas, que han regido las observaciones antedichas, son las siguientes:

- 1 — Despegamiento de las membranas ovulares.
- 2 — Anamniotomía precoz.
- 3 — Infusión endovenosa de oxitocina, estrictamente controlada en milionidades-minuto.
- 4 — Utilización de medicamentos del tipo Meperidinas, como regularizadores de la contracción uterina.
- 5 — Forceps electivo, en período de desprendimiento, previa episiotomía.

1º- DESPEGAMIENTO DE MEMBRANAS

No es escasa la literatura moderna, que habla sobre el beneficio de esta maniobra, que consiste en efectuar digitalmente el despegamiento de las membranas ovulares adheridas al contorno del cuello uterino, especialmente en lo que se refiere a su papel como factor madurador del cuello.

* Trabajo presentado por el autor para ingresar como miembro de número de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología

Alvarez Bravo y Colab. (2) han empleado este procedimiento rutinariamente en los casos de Inducción selectiva del parto, y como etapa previa a la amniotomía. El despegamiento de membranas, dicen, . . . "es un método excitador y precipitador del parto inminente. . . y sus efectos benéficos se aprovechan más para modificar favorablemente el cuello uterino", que como método inductivo en sí.

Se sabe que el factor primordial que condiciona el éxito de la Inducción y los caracteres de la evolución del parto, es el factor de maduración cervical, factor que se obtiene más rápidamente, si al método de despegamiento de membranas se agregan sucesivas inducciones hormonales, con lo cual se va a obtener la Inducción definitiva exitosa.

Los autores citados, obtuvieron por este método, maduración cervical en embarazos de 31 a 36 semanas, entre 24 y 48 horas (2).

2º- RUPTURA DE MEMBRANAS

La amniotomía, ha sido utilizada durante mucho tiempo para inducir el parto (Blair, Mackie, Hill, Gibson etc. etc.), desde que Kreiss (3), introdujo este método como auxiliar poderoso para la obtención de la contracción uterina eficiente, toda vez que, como se ha comprobado (1), la bolsa de las aguas suele constituirse en "fuerza intermedia inútil para la dilatación cervical" constituyéndose en un "obstáculo para que evolucione el parto".

La acción directa del polo fetal sobre el cuello despierta más efectivamente el reflejo de Fergusson, (4), permitiendo que la contracción se haga más "aprovechable" por el cuello, dilatándose éste más fácil y rápidamente.

Es importante insistir sobre las condiciones de maduración cervical que deben estar presentes, para que la amniotomía pueda llevarse a efecto, sin exponerse a una ruptura de membranas inconsulta, que va a provocar en vez de beneficio, una posible catástrofe feto-materna.

Condición importantísima es, lo repetimos el cuello completamente maduro, entendiéndose como tal, aquel cuello suculento, reblandecido, central, completamente borrado, y dilatado entre 1 y 2 cms.

Como método inductivo, el resultado en el servicio no ha podido ser más halagador. Ya Caldeiro Barcía y H. Alvarez (1), han comprobado con suficientes argumentos científicos, basados en medición estricta de la Actividad Uterina, en Unidades Montevideo, cómo la amniotomía beneficia notoriamente el curso del trabajo del parto siendo éste beneficio "tanto mayor, cuanto más dificultosa ha sido el progreso de la dilatación antes de la maniobra" (1).

Los autores citados explican el mecanismo de acción de la amniotomía como debido a dos factores principales: "1º). Supresión de la resistencia que las membranas pueden ofrecer directamente a la dilatación cervical... y 2º) porque..." al salir las aguas anteriores la presentación apoya mejor sobre el cuello, y se facilita la acción de cuña de la misma". (Reflejo de Fergusson) - (4).

Se comprobó, además, cómo la amniotomía produce un pequeño aumento de la actividad uterina, que combinado con la marcada disminución de resistencia a la dilatación cervical, produce una gran aceleración en el progreso de la misma.

Si lo dicho anteriormente es válido para la Inducción del parto, para la conducción y aceleración de éste, es realmente significativo.

Las estadísticas llevadas en el servicio, demuestran cómo mejoraron los trabajos de parto una vez producida la maniobra.

3º- INFUSION DE OCITOCINA

Se utilizó la Alfa-hipofamina (Pitocín de Parke-Davis), administrado a las pacientes con un control riguroso de miliunidades-minuto. "Una miliunidad equivale a 2 gotas de una solución compuesta por 1 U. I., de Pitocín, disuelta en 100 cc. de agua, si se utiliza un gotero que suministre 20 gotas por centímetro cúbico.

En el servicio se emplearon dosis variables entre 4 y 10 miliunidades-minuto para la práctica de las Inducciones, y 2 a 6 miliunidades-minuto, para mantener la conducción del trabajo de parto. Las dosis más frecuentes en ésta última fueron de 4 miliunidades-minuto, que es la aconsejada por los autores citados. (1).

4º- UTILIZACION DE MEDICAMENTOS DE TIPO MEPERIDINA

Se debe también a la Escuela Uruguaya, la comprobación, por métodos científicos, de que los analgésicos de tipo Meperidina "contrariamente a lo afirmado por muchos autores (5), la contracción no es deprimida por el Demerol. Por lo contrario, en más de la mitad de los casos, la intensidad de las contracciones espontáneas aumentaron moderadamente, después de la inyección de dicha droga". (1).

Igualmente demostraron cómo la acción analgésica de la Meperidina obra como regularizadora y coordinadora de la contracción, acción ésta visible francamente en los casos de taquisistolia uterina, y de anarquía contráctil del útero. En general conocida por todos los obstetras, y subrayada por muchos autores la acción benéfica que sobre el trabajo de parto produce la Meperidina. (6).

5°- FORCEPS PROFILACTICO

El forceps de uso profiláctico es hoy un principio aceptado por todas las escuelas, constituyendo su uso, la máxima indicación estadística de tal intervención, en muchos de los hospitales de EE. UU. (7).

Sus ventajas son tanto fetales, como maternas, pues disminuyéndose el traumatismo obstétrico del período expulsivo permite "encausar mejor el parto, reducir la hiperdistensión del piso perineal, los desgarros consecutivos a ésta aliviar la fatiga materna" lo cual en la paciente toxémica es de un evidente beneficio. En cuanto al feto disminuye los riesgos de anoxia y de hemorragia endocraneana, por compresión excesiva.

En los casos presentados en esta contribución, se utilizó el forceps de rutina, en todas las primigestantes sometidas a inducción del parto, y en la mayoría de las primigestantes conducidas, como se apreciará en el análisis de los cuadros estadísticos.

En todos los casos se practicó Episiotomía previa.

La Anestesia más utilizada fue el Bloqueo pudiendo bilateral.

OBSERVACIONES SOBRE LOS
CASOS ESTUDIADOS

El primer grupo de pacientes (cuatro N° 1), está compuesto por 17 primigestantes, entre 16 y 30 años de edad, de las cuales 11 ingresaron con diagnóstico de Pre-eclampsia, tres con el de Eclampsia ante-partum, dos con el de Eclampsia Intra-partum, y una con el de Nefropatía.

La edad de la gestación, en semanas, osciló entre 29 semanas (1 paciente) y 40 semanas de embarazo (12 pacientes). En el resto de las pacientes la edad de gestación osciló entre 35 y 39 semanas.

Todas estas gestantes fueron sometidas a la amniotomía precoz, (cuello completamente borrado, 2 cms. de dilatación). Las horas de pre-parto (desde la iniciación de las contracciones dolorosas, hasta el momento de la amniotomía) oscilaron entre 4 hora, y 21 horas 25 minutos. Las horas post-amniotomía (desde la ruptura artificial de las membranas hasta el desprendimiento) oscilaron entre 1 hora y 7 horas, siendo el tiempo de duración promedio del trabajo de parto de **4 horas 1 minuto**, en todo el grupo.

10 pacientes fueron sometidas a forceps de desprendimiento, y no se presentaron casos de morbilidad materno-fetal.

Cuadro No. 1

PRIMER GRUPO
PARTOS CONDUCTIDOS CON AMNIOTOMIA PRECOZ EN PRIMIGESTANTES
TOXEMICAS CON FETOS VIVOS.

Caso No.	DIAGNOSTICO	Edad	Semanas Gestanc.	Horas de Parto	Horas Post Amiotomia	PARTO	Present.	Apgar	RESULTADOS M.	F.
1	Pre-Eclampsia	19	39	10:50	1:25	Forceps	ODP	9/10	B	B
2	Pre-Eclampsia	19	40	4:35	1:40	Espont.	OIA	10/10	B	B
3	Eclampsia I	18	36	4:00	2:00	Espont.	OIA	7/10	B	B
4	Pre-Eclampsia	30	40	9:25	2:10	Espont.	OIA	10/10	B	B
5	Pre-Eclampsia	66	40	7:25	3:10	Espont.	ODP	10/10	B	B
6	Pre-Eclampsia	16	40	4:15	4:25	Espont.	ODP	10/10	B	B
7	Eclampsia II	16	29	?	3:25	Forceps	OIA	8/10	B	B
8	Eclampsia II	16	40	?	4:45	Forceps	ODP	5/10	B	B
9	Pre-Eclampsia	10	36	21:25	3:50	Espont.	ODP	10/10	B	B
10	Pre-Eclampsia	20	35	1:00	4:30	Espont.	ODP	10/10	B	B
11	Nefropatía	19	40	12:00	4:35	Forceps	OIA	10/10	B	B
12	Eclampsia II	16	40	?	3:45	Forceps	ODP	10/10	B	B
13	Pre-Eclampsia	16	40	12:45	4:55	Forceps	OIA	10/10	B	B
14	Eclampsia I	19	40	5:40	5:15	Forceps	OIA	10/10	B	B
15	Pre-Eclampsia	15	40	9:30	5:20	Forceps	OIA	10/10	B	B
16	Pre-Eclampsia	19	40	12:35	6:05	Forceps	OIA	9/10	B	B
17	Pre-Eclampsia	17	40	7:00	7:00	Forceps	OIA	9/10	B	B

Cuadro No. 2**S E G U N D O G R U P O**

PRIMIGESTANTES con feto vivo. - Parto conducido por AMNIOTOMIA PRECOZ - (Pre-parto) y Reforzado con ocltócicos (1) - O Regulados con drogas del tipo MEPERIDINA (2) (Demerol - Dolantina).

Caso No.	DIAGNOSTICO	Edad	Gest	Horas Pre-parto	Horas Post Anm.	Pitocin	Meperi- dina	PARTO	Pres.	Apgar	RESULTADOS M. F.
1	Pre-Eclampsia	20	34	?	5:10		+	Espons.	OIA	10/10	B B
2	Pre-Eclampsia	19	36	15:20	3:40		+	Forceps	OIA	10/10	B B
3	Pre-Eclampsia	23	40	8:45	5:40		+	Espons.	OIA	10/10	B B
4	Eclampsia II	18	40	6:45	4:25		+	Forceps	OIP	10/10	B B
5	Pre-Eclampsia	27	35	12:35	4:50	+	+	Espons.	SIA	10/10	B B
6	Pre-Eclampsia	22	36	16:45	6:20		+	Forceps	OIP	10/10	B B
7	Pre-Eclampsia	21	38	13:30	12:35	+	+	Forceps	OIA	10/10	B B (3)

(1) Pitocin: + 0 - 3 - 4 miliunidades por minuto.

(2) Dolantina: 100 mgms. Vía I.M. o I.V.

(3) Trabajo estacionario. Inercia uterina secundaria. Pitocin 3 horas antes del parto.

Cuadro No. 3

T E R C E R G R U P O

PRIMIGESTANTES con feto vivo. Parto conducido por AMNIOTOMIA INMEDIATA
con cuello en más de 2 cms. de DILATACION

Caso No.	DIAGNOSTICO	Edad	Cest.	Horas Pre-amm.	Dilatac. Cervical	Hora Post Amn.	PARTO	Present.	Apgar	RESULTADOS M. F.	
1	Pre-Eclampsia	18	40	20:15	7 cms.	1 h.	Forceps	OIA	9/10	B	B
2	Pre-Eclampsia	23	40	7:50	5 cms.	0.30	Espons.	ODP	10/10	B	B
3	Pre-Eclampsia	17	34	6:30	6 cms.	0.35	Espons.	OIA	10/10	B	B
4	Pre-Eclampsia	20	40	4:00	5 cms.	2.00	Forceps	OIA	10/10	B	B
5	Pre-Eclampsia	19	40	5:00	4 cms.	2.35	Espons.	OIA	10/10	B	B
6	Pre-Eclampsia	20	39	5:30	6 cms.	2.00	Espons.	OIP	10/10	B	B
7	Pre-Eclampsia	17	39	15:00	6 cms.	1.45	Forceps.	OIA	10/10	B	B
8	Pre-Eclampsia	16	35	5:45	6 cms.	3.00	Forceps	OIA	9/10	B	B
9	Pre-Eclampsia	15	38	17:00	4 cms.	1.15	Espons.	OIT	10/10	B	B
10	Eclampsia II	23	34	?	5 cms.	3.45	Forceps	OIP	9/10	B	B
11	Pre-Eclampsia	20	40	12:30	5 cms.	3.15	Forceps	OIA	10/10	B	B

Cuadro No. 4

C U A R T O G R U P O

PRIMIGESTANTES con feto vivo. Parto conducido por AMNIOTOMIA INMEDIATA. - Y Reforzado con Ocitóicos (1) o (y) Regulados con drogas del tipo MEPERIDINA (2).

Caso No.	DIAGNOSTICO	Edad	Gest.	Horas Pre-amm	Dilata. Cervic.	Horas Post-amm	Pitocin	Meper.	PARTO	Pres.	Apgar	Resultados M.	Resultados F.
1	PreEclampsia	17	40	5:00	4 cms.	7:00	+		Forceps	DIA	10/10	B	B
2	Pre-Eclampsia	20	40	17:10	4 cms.	3:45	+		Forceps	OIT	10/10	B	B
3	Eclampsia III	18	40	14:30	4 cms.	6:00	+		Forceps	ODP	10/10	B	B
4	Pre-Eclampsia	24	40	11:15	7 cms.	4:20	+		Forceps	OS	10/10	B	B (3)
5	Pre-Eclampsia	18	40	18:00	4 cms.	3:00	+		Forceps	ODP	10/10	B	B
6	Eclampsia II	20	38	24:15	6 cms.	2:50		+	Forceps	OIT	10/10	B	B
7	Pre-Eclampsia	24	36	2:10	4 cms.	0:35		+	Espons.	OIA	6/10	B	B
8	Eclampsia	16	39	10:30	5 cms.	2:30	+		Forceps	OIA	10/10	B	B
9	Pre-Eclampsia	21	39	9:45	4 cms.	4:25	+	+	Forceps	OIA	10/10	B	B
10	Pre-Eclampsia	22	40	7:45	4 cms.	7:10	+		Forceps	OIA	10/10	B	B

(1) Pitocin: 3 - 4 Miliunidades - minuto.

(2) Dolantina: 100 Mgm. (vías I.M. — I.V.)

(3) Presentación OS sin modificación. Se extrajo en OS.

Cuadro No. 5

QUINTO GRUPO

MULTIGESTANTES con feto vivo. Parto conducido por AMNIOTOMIA PRECOZ. Cuello boirado
100 o/º - Dilatación: 2 cms. (Pre-parto)

Caso No.	DIAGNOSTICO	Edad	Ge. t.	Paridad	Horas Pre-parto	Horas Post. Amniotomía	PARTO	Pres.	Apgar.	Resultados M.	F.
1	Pre-Eclampsia	25	40	G2 P1	7:00	2:25	Forceps	OIA	10/10	B	B
2	Pre-Eclampsia	42	28	G4 P3	11:00	2:20	Espons.	SIA	7/10	B	B (+)
3	Pre-Eclampsia	35	39	G7 P5	3:20	3:30	Forceps	ODP	10/10	B	B
4	Pre-Eclampsia	35	30	G3 P1	17:00	1:35	Espons.	ODP	10/10	B	B
5	Pre-Eclampsia	10	38	G2 P1	16:00	1:30	Forceps	OIA	10/10	B	B
6	Pre-Eclampsia	38	40	G5 P2	4:45	0:30	Espons.	OIA	10/10	B	B
7	Eclampsia I	15	40	G2 P1	4:00	2:00	Espons.	OIA	10/10	B	B
8	Pre-Eclampsia	24	40	G2 P1	14:30	1:25	Espons.	OIA	10/10	B	B

SEXTO GRUPO

MULTIGESTANTES con feto vivo. Parto conducido por AMNIOTOMIA PRECOZ (Pre-parto y Reforzado con Ocitóicos
(1) Regulados con drogas del tipo MEPERIDINA (Demerol o Dolantina). (2)

Caso No.	DIAGNÓSTICO	Edad	Gest.	Paridad	Horas Pre-parto	HS. Post. Amniotom.	Pitocin	Meper.	PARTO	Pres.	Apgar	Resultados M.	F.
1	Pre-Eclampsia	38	40	G- 11 P8	2:10	9:35	+		Espons.	ODP	10/10	B	B
2	Pre-Eclampsia	33	40	G2 P0	5:10	6:20		+	Forceps	OIA	10/10	B	B
3	Pre-Eclampsia	36	39	G4 P3	1:30	0:55	+		Espons.	OIA	10/10	B	B

(+) Niño muerto en SALA - CUNA. Inmadurez - Toxicosis.

Cuadro No. 6

S E P T I M O G R U P O

**MULTIGESTANTES con feto vivo. Parto conducido por AMNIOTOMIA INMEDIATA.
Cuello con más de 2 cms. de dilatación.**

Caso No.	Diagnóstico	Edad	Gest.	Paridad	Horas Pre-Amni.	Dilatac. Cervic.	HS. Post-Amniot.	Parto	Pres.	Apgar.	Resultado M.	Resultado F.
1	Pre-Eclampsia	38	35	G8 P6	20:30	7 cms.	1:05	Espons.	OIA	5/10	B	B
2	Pre-Eclampsia	28	40	G7 P6	5:30	4 cms.	2:50	Forceps		11:0	B	B
3	Pre-Eclampsia	37	32	G8 P7	2:00	6 cms.	1:40	Forceps	ODP	10/10	B	B

O C T A V O G R U P O

MULTIGESTANTES con feto vivo. Parto conducido por AMNIOTOMIA INMEDIATA y Reforzado con Ocitócicos - (y) Regulados con drogas del Tipo MEPERIDINA.

Caso No.	Diagnóstico	Edad	Gest.	Paridad	Horas Pre-Amniot.	Dilatac. Cervic.	Horas Post-Amniotomia	Pitocin	Parto	Pres.	Apgar	Resultados M.	Resultados F.
1	Pre-Eclampsia	35	40	G- 11 P10	7:35	5 cms.	1:05	+	Espons.	OIA	10/10	B	B
2	Pre-Eclampsia	32	40	G5 P4	7:30	5 cms.	3:05	+	Espons.	ODP	10/10	B	B

Cuadro No. 7

NOVENO GRUPO

PRIMIGESTANTES con feto vivo.

INDUCCIONES

Caso No	Diagnóstico	Edad	Gest.	Causa de Inducción	Despega- miento	METODO INDUCTIVO		Horas Parto	No. de Induc.	Parto	Apgar	Resultados	
						Amniot.	Pitocin					M.	F.
1	Eclampsia I	19	30	Hipertensión Resistente.			+	6.20	1	Forceps	8/10	B	B
2	Pre-Eclampsia	20	40	Profiláctica	+	+	+	14/7.25	1	Forceps	8/10	B	M (1)
3	Pre-Eclampsia	26	38	Ruptura membranas			+	1.50	1	Forceps	10/10	B	B
4	Pre-Eclampsia	18	32	Deterioro General	+	+	+	7.15/3	2	Forceps	10/10	B	B
5	Pre-Eclampsia	19	40	Profiláctica	+	+	+	14/3.55	3	Forceps	10/10	B	B
6	Pre-Eclampsia	16	38	Profiláctica	+	+	+	15.40	1	Forceps	10/10	B	B

DECIMO GRUPO

PRIMIGESTANTES con feto muerto.

Caso No.	Diagnóstico	Edad	Gest.	Causa de Inducción	Despega- miento	METODO INDUCTIVO		Horas Parto	No. de Induc.	Parto	Resultado M
						Amniotomía	Pitocin				
1	Nefropatía	24	18	Muerte fetal	+	+	+	2/8	1	Espont.	B
2	E. V. C. H.	30	31	Muerte fetal			+	3.15	1	Espont.	B
3	Nefropatía	30	30	Muerte fetal	+	+	+	9.40/8.30	2	Espont	B

(1) Niño muerto en Sala - Cuna. Sufrimiento encefálico.

Cuadro No. 8

DECIMO PRIMER GRUPO

MULTIGESTANTES con feto vivo

INDUCCIONES

Caso No.	Diagnóstico	Edad	Gest.	Paridad	Causa de Inducción	Despegamiento	Amniot.	METODO INDUCTIVO		No. de Induc.	Parto	Apgar	Resultados	
								Pitocin	Horas Parto				M.	F.
1	Nefropatía	39	30	G16 P 8	Nefropatía	+	+	+	(1) 2.10/3.10	1	Forceps	7/10	B	B
2	Pre-Eclampsia	23	40	G 4 P 0	Sobretérmino	+	+	+	1/ 1.15	1	Espont.	10/10	B	B
3	Nefropatía	38	36	G 6 P 0	Nefropatía	+	+	+	(2) 10.40	2	Espont.	8/10ú	B	B (+)
4	Nefropatía	34	40	G 6 P 4	Nefropatía	+	+	+	(2) 2.45	2	Espont.	6/10	B	B
5	Nefropatía	28	32	G 5 P 4	Memb. rotas	+	+	+	(2) 5.50	2	Espont.	10/10	B	B
6	Pre-Eclampsia	32	42	G10 P 8	Profiláctica			+	2.30	1	Forceps	10/10	B	B
7	E. V. C. H.	31	34	G 5 P 4	Profiláctica			+	22.15	3	Espont.	10/10	B	B
8	Pre-Eclampsia	41	40	G19 P14	Profiláctica			+	5.30/0.55	2	Espont.	10/10		

1—Primera Inducción — Maduración Cervical. 24 horas después inició trabajo espontáneamente.

2—Primeras Inducciones — Maduración Cervical — Última: Amniotomía, previo despegamiento de membranas como método Inductivo.

(+) El niño murió en SALA - CUNA por Sepsis.

Cuadro No. 9

DECIMO SEGUNDO GRUPO

MULTIGESTANTES con feto muerto

INDUCCIONES

Caso No	Diagnóstico	Edad	Gest.	Paridad	Causa de Inducción	METODO INDUCTIVO			Horas Parto	No. de Inducc.	Parto	Resultado M.
						Despega- miento	Amniot.	Pitocin				
1	Nefropatía	27	28	G 4 P 2	Muerte fetal			+	4	1	Espont.	B
2	Nefropatía	32	28	G 4 P 1	Muerte fetal			+	5.25	1	Espont.	B
3	E. V. C. H.	35	35	G 8 P 7	Muerte fetal	+		+	7.40	1	Espont.	B
4	Nefropatía	25	27	G 4 P 2	Muerte fetal	+		+	5.40	4	Espont.	B
5	E. V. C. H.	40	34	G 5 P 4	Abruptio pla- centa	+	+	(1)	11.35/4.40	1	Espont.	B

(1) Amniotomía con 1 cmt. de dilatación. Feto muerto.

El segundo grupo consta de 7 primigestantes(entre los 18 y 27 años de edad, 6 de ellas Pre-eclámpticas, y una con el diagnóstico de Eclampsia Intra-partum. Además de haberse practicado en cada una de estas pacientes la amniotomía precoz, su trabajo de parto fue conducido con aplicación de Meperidina (Dolantina 100 mgs. IM. o IV.), en 5 casos o reforzados con Ocitócicos (aproximadamente 4 miliunidades-minuto) en 2 casos.

La edad de gestación osciló entre 34 y 40 semanas de embarazo.

Las horas de pre-parto oscilan entre 3 horas 40 minutos y 15 horas 20 minutos.

Las horas de parto (post-amniotomía) oscilan entre 3 horas 40 minutos, y 12 horas, 35 minutos, siendo este último un franco caso de inercia uterina secundaria, que cedió al refuerzo con ocitócicos.

El tiempo promedio de duración del trabajo de parto en este grupo fue de **6 horas, 5 minutos**, mayor que en el grupo anterior, lo que indica que este grupo, a más de la amniotomía debió ser sometido a refuerzo y regularización del trabajo de parto, lo cual es válido principalmente para el caso de inercia uterina secundaria descrito, que aumenta considerablemente el tiempo promedio del grupo.

Cuatro de estas pacientes fueron sometidas a aplicación de forceps profiláctico en el desprendimiento.

No se describen casos de morbilidad materno- fetal.

En el tercer grupo se incluyen 11 pacientes primigestantes entre 15 y 23 años de edad, que llegaron al servicio en franco trabajo de parto, y fueron sometidas a amniotomía inmediata durante el primer tacto vaginal. Diez de ellas eran pre-eclámpticas, y una de ellas presentó ataques convulsivos durante el trabajo de parto (Eclampsia II).

La edad de gestación osciló entre 34 y 40 semanas.

La dilatación cervical al ingreso y con la cual se practicó la ruptura artificial de membranas osciló entre 4 cms. (2 casos), y 7 cms. (1 caso).

La duración del trabajo de parto hasta el momento de practicar la amniotomía osciló entre 4 horas y 20 horas 15 minutos, obteniéndose con la amniotomía trabajos de parto que oscilaron entre 30 minutos (un caso con 5 cms., de dilatación al practicar la ruptura artificial de membranas) y 3 horas 45 minutos. El tiempo promedio de duración del trabajo de parto post-amniotomía en este grupo, fué de **2 horas 3 minutos**.

Seis casos terminaron con aplicación de forceps de desprendimiento y no se anotaron en el grupo casos de morbilidad materno fetal.

El cuarto grupo presenta una serie de 10 primigestantes entre 16 y 28 años de edad, que llegaron al Servicio en franco trabajo de parto y fueron sometidas a amniotomía inmediata durante el primer tacto vaginal. En estos casos el trabajo fué reforzado con ocitócicos (Pitocin: aproximadamente 4 miliunidades-minuto) en 8 casos o (y) regulado con Meperidina (Dolantina: 100 mgs. vías IM. o IV).

Ocho de estas pacientes eran pre-eclámpticas y 2 presentaron ataques convulsivos; una durante el curso del trabajo y otra en el puerperio.

La edad de gestación osciló entre 30 y 40 semanas de embarazo.

La duración del trabajo de parto hasta el momento de practicar la amniotomía, osciló entre 2 horas 10 minutos y 24 horas 15 minutos. La duración del trabajo de parto post-amniotomía, se obtuvo entre 35 minutos (una paciente con 4 cms., de dilatación) y 7 horas 10 minutos, siendo el tiempo promedio de duración del trabajo post-amniotomía de **4 horas 13 minutos** en todo el grupo, el doble de tiempo del grupo anterior, lo cual explica el uso de ocitócicos y reguladores del trabajo en esta serie.

Nueve pacientes de las 10, fueron sometidas a aplicación de forceps de desprendimiento, entre ellas, una cuya extracción se hizo en OS por falta de modificación de la presentación.

No se reportan casos de morbilidad materno-fetal.

Quinto grupo: consta de 8 multigestantes, entre 15 y 42 años de edad, cuyo parto fue conducido con Amniotomía precoz.

Siete pacientes fueron diagnosticadas como pre-eclámpticas y la octava hizo ataques convulsivos antes de iniciar trabajo de parte (eclampsia ante-partum).

La edad de gestación osciló entre 28 y 40 semanas de embarazo.

Las horas de pre-parto oscilan entre 3 horas 20 minutos y 17 horas.

El tiempo de duración del trabajo franco de parto post-amniotomía, oscila entre 30 minutos (1 caso con pre-parto de 11 horas, feto en SIA) y 3 horas 30 minutos.

El promedio de duración del trabajo de parto post-amniotomía fue de **1 hora 54 minutos** en todo el grupo.

Se practicó aplicación de forceps en tres casos y se reporta un caso de mortalidad fetal, que es el caso anotado anteriormente de Parto en SIA correspondiente a una multipara pre-eclámptica de 42 años, con gestación de 28 semanas y cuyo trabajo de parto fue de 30 minutos, después de 11 horas de pre-parto. El diagnóstico anatómo-patológico en éste caso de mortalidad fetal fue: Inmadurez y Toxicosis.

Sexto Grupo: Consta de 3 multigestantes pre-eclámpticas a término, de 33 a 38 años de edad, cuyos partos fueron conducidos mediante amniotomía precoz y más tarde reforzados con ocitócicos, o regulados (1 caso) con Meperidina a las dosis indicadas anteriormente. El tiempo pre-parto osciló entre 1 hora 30 minutos y 5 horas 10 minutos. El tiempo de parto (post-amniotomía) es notoriamente más prolongado que en el grupo anterior, lo que sugiere la existencia de distocias de contracción que obligaron al uso de drogas estimulantes. El tiempo promedio de parto en todo el grupo fué de **5 horas 50 minutos**.

Se practicó aplicación de forceps profilático en un caso y no se apreciaron problemas de morbilidad materno-fetal.

Los grupos 7° y 8° nos presentan 5 pacientes multigestantes, pre-eclámpticas, tres de las cuales fueron sometidas a amniotomía inmediata al efectuar el primer tacto vaginal. La dilatación cervical, en el momento de practicar la amniotomía osciló entre 4 y 7 cms. y el tiempo de duración del trabajo antes de practicarla era de: 2 horas el menor, y 20 horas 30 minutos el máximo. El promedio de duración de trabajo de parto post-amniotomía en las tres pacientes fue de **1 hora 51 minutos**.

Los otros dos casos también sometidos a amniotomía inmediata, a los 5 cms., de dilatación, fueron reforzados con ocitócicos, después de un tiempo de duración de trabajo de parto pre-amniotomía de 7 horas 35 minutos y 7 horas 30 minutos respectivamente. La duración del parto post-amniotomía fue de 1 hora 5 minutos.

Se hizo aplicación de forceps de desprendimiento en dos casos, y no se describen casos de morbilidad materno fetal.

El 9° grupo inicia la serie de pacientes sometidas a Inducción del parto. Se trata de seis primigestantes con feto vivo, cuya edad oscila entre 16 y 26 años de edad. Cinco de ellas fueron diagnosticadas como pre-eclámpticas, y una de ellas había hecho ataques convulsivos antes de ser sometida a la inducción del parto. (Eclampsia I). Esta paciente, con 30 semanas de embarazo fue sometida a inducción del parto por presentar hipertensión arterial resistente a toda medicación.

Las demás causas de inducción fueron: una por pre eclampsia y pésimo estado general a las 32 semanas de embarazo; una por ruptura prematura de membranas, y tres inducciones profilácticas con embarazos a término.

En dos pacientes se utilizó exclusivamente el goteo con Pitocin a razón de 4 miliunidades-minuto, y en las demás, junto con esta medida, se practicó el despegamiento de membranas y la amniotomía, como métodos conductivos del trabajo de parto.

Una paciente necesitó tres inducciones hormonales para obtener trabajo de parto; dos pacientes necesitaron dos inducciones cada una y las tres restantes respondieron a la primera inducción de tipo hormonal, entre ellas, una con sólo 30 semanas de embarazo.

Se obtuvieron trabajos de parto que oscilaron entre 1 hora 50 minutos y 21 horas 25 minutos, notándose que la amniotomía precoz una vez instaurado el franco trabajo de parto, beneficiaba notoriamente el curso de éste.

Todas las pacientes de este grupo fueron sometidas a la aplicación de forceps para finalizar el parto.

Hubo un caso de mortalidad fetal perinatal, atribuible, a un trabajo de parto relativamente largo (21 horas 25 minutos), a la aplicación del forceps, o a problemas de cuidados post-natales en Sala-cuna. Desgraciadamente no se practicaron las investigaciones anatómo-patológicas del caso y la muerte fue calificada por el personal científico pediátrico, como producida por sufrimiento encefálico.

El décimo grupo consta de tres pacientes primigestantes, inducidas por muerte fetal "in-utero". Dos de ellas (de 24 y 30 años respectivamente), fueron diagnosticadas como Neirópatas y la otra, de 30 años de edad, como Enfermedad Vasculat crónica hipertensiva.

La edad de gestación osciló entre 18 y 31 semanas de embarazo.

Dos de estas pacientes respondieron a la primera inducción hormonal; una hizo un parto de 3 horas 15 minutos, sometida únicamente a inducción hormonal y otra (de 18 semanas de embarazo) a las dos horas del goteo con Picotín, se le practicó amniotomía, previo despegamiento de membranas después de lo cual hizo un trabajo de parto de 8 horas.

La tercera paciente requirió dos inducciones. Después de 9 horas 40 minutos de la segunda inducción hormonal, se practicó amniotomía y se obtuvo un trabajo de parto de 8 horas 30 minutos de duración.

No se presentaron problemas maternos de ninguna índole.

Onceavo Grupo: Comprende 8 multigestantes con feto vivo (desde G6PO, hasta G19 P14), con diagnósticos de: Nefropatía (4 pacientes), Pre-eclampsia (3 pacientes), y Enfermedad Vascular Crónica Hipertensiva (1 paciente).

Las causas de la inducción fueron: por nefropatías: 3 pacientes, ruptura prematura de membranas (1 paciente), sobre término (1 paciente), profiláctica: tres pacientes.

Todas las pacientes fueron sometidas a inducción hormonal; tres pacientes respondieron a la primera inducción de ésta naturaliza, habiéndose practicado amniotomía una vez instaurado el trabajo de parto previo despegamiento de membranas en dos de ellas. La primera de éstas dos pacientes inició trabajo espontáneamente después de 24 horas de aplicación de la inducción (papel madurador cervical), a las 2 horas 10 minutos. La segunda inició trabajo con la primera inducción hormonal y a la hora de iniciado éste se practicó amniotomía, obteniéndose un trabajo de 1 hora 15 minutos. Cuatro pacientes necesitaron dos inducciones hormonales. En tres de ellas se observó maduración cervical con la primera inducción y al aplicar la segunda inducción, se practicó despegamiento de membranas y amniotomía como métodos inductivos del trabajo de parto. La duración de los trabajos de parto en cada una de estas pacientes fue de 10 horas 40 minutos, 2 horas 45 minutos y 2 horas 30 minutos, respectivamente. En la paciente restante, se esperó la iniciación franca del trabajo de parto (5 horas 30 minutos) y luego se practicó amniotomía, obteniéndose un trabajo de parto restante de 55 minutos.

La paciente sometida a tres inducciones consecutivas era G6 PO de 36 semanas de gestación. con 38 años de edad, con diagnóstico de enfermedad vascular crónica hipertensiva y con antecedente de 5 abortos. El buen éxito alcanzado con la obtención de un feto con vitalidad de 10.10 (Apgar) y un resultado materno-fetal bueno, nos hace pensar que no siempre la intervención cesárea es de rigor para estos casos.

Se presentó un caso de mortalidad fetal por sepsis en la sala-cuna, correspondiente a un prematuro de 30 semanas, hijo de nefrópata de 39 años (G16 P8). En dos casos se aplicó forceps de desprendimiento.

Finalmente el doceavo grupo, presenta 5 multigestantes con feto muerto sometidas a inducción del parto por esta causa.

Una de ellas fue un caso de Abruptio Placentae, paciente de 40 años con Enfermedad Vascular Crónica Hipertensiva y 34 semanas de gestación. A las 11 horas 35 minutos de presentados los primeros síntomas, se encontró un cuello borrado y 1 cm. de dilatación, practicándose en estas condiciones amniotomía previo despe-

gamiento de membranas. Se obtuvo un parto de 4 horas 40 minutos, sin complicaciones maternas. Esta paciente fue sometida a Inducción Hormonal.

Las cuatro pacientes restantes, con diagnósticos de: Netropatía 3 pacientes, Enfermedad Vascular Crónica Hipertensiva, 1 paciente, tenían una edad de gestación entre 27 y 35 semanas de embarazo. A todas se les sometió a inducción hormonal, y se obtuvo trabajo de parto con la primera inducción en todas ellas, cuya duración osciló entre 7 horas 40 minutos y 4 horas.

Los resultados finales maternos, fueron buenos.

RESUMEN

Se presentan 83 casos de pacientes toxémicas, atendidas en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, durante el año de 1959, en las que se indujo o dirigió su parto, siguiendo en todas las ellas normas pre-establecidas que comprenden:

1º — Despegamiento de membranas ovulares, como método de maduración cervical, y paso previo de la ruptura artificial de membranas.

2º — Amniotomía rutinaria, que se ha clasificado en: a). PRECOZ, se si efectúa en el límite entre el pre-parto y el franco trabajo de parto, o sea como punto de partida de éste (Elemento Desencadenador):

b) — INMEDIATA, si se efectúa una vez iniciado el franco trabajo de parto y durante el primer tacto vaginal, como Elemento Acelerador, del trabajo de parto.

Con estos dos elementos de conducción, solamente, se obtuvo un notorio incremento de la actividad uterina en 39 pacientes con feto vivo, habiéndose observado tiempos de duración del trabajo de parto muy inferiores a los que comunmente se consideran normales, sin que se pueda atribuir a esta conducta morbilidad materno-fetal.

Como método inductivo, estas dos maniobras han demostrado ser igualmente benéficas para desencadenar el trabajo de parto.

3º — El forceps profiláctico de desprendimiento, se utilizó en la gran mayoría de las pacientes primigestantes y en algunas multigestantes.

4º — La utilización de Meperidinas (Dolantina - Demerol - x 100 mgrs.), fue un auxiliar poderoso, en los casos en que fue necesario regularizar la contracción uterina en la conducción del trabajo de parto.

5° — Se utilizó la Alfa-hipofamina (Pitocín), como elemento de refuerzo del trabajo de parto y como medida primordial en todos los casos de inducción, efectuándose su administración con un control estricto de miliunidades minuto, buscándose en todos los casos la dosis mínima eficiente según las indicaciones sugeridas por los autores que se han citado (1).

CONCLUSIONES

1° — La amniotomía bien indicada, es una maniobra que estimula el trabajo de parto o lo provoca, haciendo que la contracción uterina sea más eficiente, en cuanto al estímulo de la misma contracción —Reflejo de Fergusson— (4) y en cuanto al progreso de la dilatación cervical.

2° — El despegamiento de membranas alrededor del endocervix, como maniobra previa de la amniotomía, provoca la maduración cervical en los casos en que es necesario inducir el parto y es de conveniencia efectuarla como paso previo, inmediatamente antes de la ruptura artificial de las membranas, para que su adherencia al contorno del cuello uterino no se convierta en obstáculo a la dilatación cervical.

3° — Lo anterior ha revaluado el concepto que se ha tenido clásicamente sobre el papel de la bolsa de las aguas como "fuerza hidrostática" dilatadora del cuello uterino.

4° — La amniotomía es tanto más eficiente cuanto más difícil y prolongada haya sido la dilatación cervical antes de la maniobra.

5° — El método propuesto, por la aceleración fisiológica que produce del trabajo de parto, es ideal en pacientes toxémicas, eclámpticas o nó, mejorando el pronóstico materno fetal, en cuanto se refiere al parto en sí mismo.

6° — Durante los procesos de inducción hormonal del parto en la paciente toxémica, tanto el despegamiento de membranas como la amniotomía, son maniobras que favorecen decididamente la aparición de contracciones uterinas, por estimulación del Reflejo de Fergusson (4).

7° — El uso de medicamentos de tipo Meperidina, está ampliamente indicado en las pacientes toxémicas toda vez que, además de producir una notoria sedación general de la paciente, coordina la contracción uterina durante el trabajo de parto.

8° — Se recomienda el uso de forceps profiláctico de desprendimiento, en la paciente toxémica, sobretudoo en la primípara (la cual lo soporta excelentemente con una sencilla anestesia regional, como el Bloqueo pudendo bilateral), evitando con ésto el agotamiento materno del período de expulsión y la anoxia intensa en el feto, característica de esta fase final del parto.

BIBLIOGRAFIA

- (1) CALDEYRO BARCIA ROBERTO. Cols. Memorias del III Congreso Latinamericano de Obstetricia y Ginecología. Juicio crítico y resultados de la inducción y conducción parto 1958. Sociedad Ginecotológica del Uruguay.
- (2) ALVAREZ BRAVO ALFONSO y Cols. Op. Cit. Juicio crítico y resultados de la inducción y conducción del parto. 1958. Asociación Mexicana de Obstetricia y Ginecología.
- (3) KREISS J. Ginec. et Obst. 14:604. 1929. Cit. por Alvarez Bravo Alfonso y Col. Op. Cit. 36:110 Vol. I.
- (4) FERGUSSON J. K. W. **A study of the motility of the intac uterus at term.** Surg Ginec. Obst. 73:359. 1941.
- (5) JAVERT C. T. and Hardy: **Influence of analgesics on pain intensity during labor.** Anesthesiology 12:189. 1951.
- (6) BROUGHER J. C. **Demerol in Obstetrics.** West J. Surg Obst. Ginec. 56:480. 1948.
- (7) LULL C. **Kimbrough R.** Obstetricia Clínica la Edic. 543:23. 1954.