

OBSERVACIONES

sobre la inducción al trabajo del parto por la administración del Pitocín Endovenoso

Por el doctor MAMUEL JOSE GOMEZ PALACINO

En la mayoría de las observaciones verificadas para este estudio, la dosis inicial empleada para la inducción al trabajo del parto por la administración de Pitocín endovenoso, ha sido de 3 unidades diluidas en 500 c. c. de solución Dextrosada al 5 o 10%, en agua o solución salina; esta mezcla se aplica por venoclisis y la frecuencia inicial ha sido variable, pero en casi todos los casos, al comienzo del goteo, no fue inferior a 50 gotas por minuto. Una vez instalado el gota a gota, por palpación se aprecia el momento en que aparece el aumento del tono uterino, el cual se manifiesta en forma uniforme, generalizado e indoloro; en ocasiones las pacientes anotan sensación de simple "tirantez" lumbar o hipogástrica. Esta hipertonía constituye el primer signo de actividad uterina y generalmente aparecen entre los 2 y los 5 minutos siguientes a la iniciación del goteo. (En un caso la contracción de la matriz se hizo aparente a los 10 minutos; y en 2, inmediatamente). Aparecido este signo, se reduce la frecuencia del gota a gota y se continúa por palpación controlando la actividad uterina. La hipertonía que

anuncia la proximidad de las contracciones de la matriz se prolonga por varios minutos, hasta 7, y va seguida de un período de relajación compensadora. Cuando la relajación tarda en aparecer y la consistencia de la matriz indica un aumento de tono muy marcado, se suspende temporal o definitivamente el empleo de la solución inductora si el trabajo continúa. Pasado el período de relajación, las contracciones se suceden con ritmo de cada 2-3 minutos y con 20 a 30 segundos de duración; desencadenado en estas condiciones el trabajo, se gradúa el goteo de manera que este ritmo se sostenga hasta el momento en que los controles indiquen que la dosis es suficiente y que no existe la posibilidad de que al suspenderse el suministro de Dextrosa Pitocín, el trabajo se paralice. Si se desea, la administración puede continuarse hasta el alumbramiento.

Este ritmo de 2 a 3 minutos es susceptible de modificarse, según que se acelere o retarde el número de gotas al minuto administradas.

Establecidas la frecuencia y duración de las contracciones, el control se reduce a vigilar los ruidos fetales y la activi-

...espontáneamente, con el fin de poder espontáneamente modificar el trabajo, si las circunstancias así lo exigen.

En 40 de las 50 historias aquí publicadas figuran controles con intervalos de media o una hora de la tensión arterial y puso de la paciente; por los datos en ellas consignados, se deduce que estos controles son secundarios, pues las variaciones encontradas no fueron amplias, pudiéndose considerar ellas dentro de lo normal.

En los casos en que las contracciones se sucedieron con intervalos inferiores a 2 minutos, o se pudo apreciar alguna modificación en los ruidos fetales, se redujo o suspendió la aplicación de la solución inductora por un lapso más o menos largo y suficiente para lograr que el trabajo se desarrollara en mejores condiciones y sin riesgos. El criterio de impedir que los dolores se repitan con intervalos inferiores a los 2 minutos es el de evitar la tetanización con los consiguientes peligros para la madre y el feto.

Una vez desencadenado el trabajo en forma franca, dato obtenido por la intensidad de los dolores y la duración de las contracciones, pues, vale anotar que el tipo de trabajo logrado por este sistema es muy aproximado al fisiológico que se observa cuando las contracciones se desencadenan espontáneamente, se deben verificar los tactos necesarios para poder valorar la efectividad de las contracciones; de acuerdo con los datos obtenidos se continúa o suspende la solución y se administran o no medicamentos adyuvantes, del tipo espasmolítico o analgésico si se desea.

Aún cuando para la gran mayoría de las inducidas, la primera dosis fue suficiente, en el resto se hizo indispensable

...continuar con el gálico, pues se pudo apreciar que al suspender la solución, las contracciones se repetían cada vez más distanciadas y de más corta duración. De las 50 observadas, 13 necesitaron una segunda dosis y 5 a quienes se les aplicó una dosis mayor; en las 13 al terminarse el primer frasco, los datos obtenidos por el tacto revelaban cuello blando, borrado y con una dilatación que oscilaba entre 2 y 5 centímetros: en estas condiciones realmente no se podía concluir si el trabajo continuaría, se suspendería o se prolongaría demasiado, al suprimir definitivamente la aplicación de la mezcla inductora. Estas posibilidades no se podían experimentar en este tipo de pacientes, todas de clientela civil.

Al segundo frasco, se le adicionaron: a 4 la misma dosis, a 4 el doble y a 5 una dosis simplemente mayor. Las variaciones en la dosis con el deseo de evitar el recargo de líquidos administrados endovenosamente.

Por demás está advertir que cuanto mayor sea la dosis de Pitocín diluidas, más baja será la frecuencia del gota a gota, al menos al iniciar la segunda dosis, pues se trata de buscar y controlar tolerancia y beneficios; en algunos casos la frecuencia fue mayor una vez instalada la venoclisis, y pasado un tiempo prudencial; todo depende de las condiciones en que se esté desarrollando el trabajo, pues al aumentar la dosis de Pitocín puede perseguirse también como finalidad lograr contracciones más efectivas.

Hubo 3 pacientes, primíparas, para quienes la segunda dosis no fue suficiente: una recibió en los primeros 500 c. c. 3 unidades, 4 en el segundo y en el tercero 5 unidades; de este último única-

mente se le aplicaron 50 c. c. y se suspendió cuando la dilatación era completa y la paciente sintió sensación de pujo. La segunda recibió 3 unidades la primera vez, 3 en el segundo frasco y se trasladó a la Sala de Partos, con un tercer frasco adicionado de otras 3 unidades; allí se encontró cuello completamente borrado y con 5 centímetros de dilatación; se le continuó el gota a gota, el cual le fue retirado cuando la dilatación era completa. De este tercer frasco, recibió aproximadamente 300 c. c. La tercera recibió: 3 unidades en el primero, 4 unidades en el segundo y 4 unidades en el tercero; con la primera dosis hizo casi completo borramiento del cuello y dilatación de 2 centímetros; con la segunda dosis la efectividad de las contracciones fue nula y lo mismo puede anotarse de la tercera. En vista de los resultados obtenidos, se le aplicaron: Demerol una ampolleta intramuscular, 2 ampolletas de Trasentina y un supositorio de Atrinal; con esta medicación el trabajo se suspendió. Dos horas y media de suprimida toda droga, reanudó contracciones espontáneamente, dolorosas y con frecuencia de cada 7 minutos; así se la dejó trabajar durante 21 horas, al cabo de las cuales se trasladó a la sala de partos, con cuello blando, delgado, 3 centímetros de dilatación y presentación de vértice por sobre el estrecho superior. En la sala se rompieron artificialmente las membranas y se pudo apreciar la expulsión de líquido amniótico teñido de meconio; digitalmente se completó la dilatación y se terminó el parto con aplicación de fórceps por sobre el estrecho superior, con diagnóstico de sufrimiento fetal en presentación no encajada.

Dos pacientes, ambas multigestantes viejas (46 años), sexto y séptimo embarazo, respectivamente, recibieron: la una 35 unidades de Pitocín administradas en la siguiente forma: 15 unidades diluidas en 1.500 c. c. en el término de 10 horas 35 minutos. Por la noche, durmió y a la mañana siguiente se le ordenó: purgante con 40 gramos de aceite de ricino, inyección de 10.000 unidades de Foliculina y un comprimido de Metrazol-quinina, cada media hora, hasta completar 6, sin resultados. Se le aplicaron entonces en un primer frasco de 500 c. c., 10 unidades de Pitocín en una hora 40 minutos y a continuación, 5 unidades en otros 500 c. c. en una hora 50 minutos, sin resultados ni complicaciones. En vista de los repetidos fracasos se le autorizó el regreso a su casa; allí y a las 31 horas de suspendida toda medicación hubo ruptura espontánea de las membranas sin trabajo; previa consulta con su médico, ingresó de nuevo a la clínica. En tales circunstancias y en ausencia de trabajo se le aplicaron 10 unidades de Pitocín en 1.000 c. c. de solución Dextrosada, dosis suficiente para hacer parto espontáneo. La señora sufrió de shock obstétrico el que le fue combatido con 250 c. c. de plasma analépticos y oxígeno. El niño nació en perfectas condiciones.

La segunda gestante había sido inducida en dos ocasiones consecutivas por el método aconsejado por Watson con completo fracaso; se le administraron 17 unidades de Pitocín en 3.000 c. c. de suero (un día 8 unidades en 1.000 c. c. y al siguiente 9 unidades en 2.000 c. c., sin resultados); terminó en operación cesárea. La insistencia del método en estas dos pacientes se debió a que respondían a la inducción como las otras

señoras, con contracciones de igual ritmo y duración, pero el trabajo fue ineffectivo. Ninguna tuvo dolores francos.

De las 32 pacientes para quienes el primer frasco de Dextrosa-Pitocín, o parte de él, fue suficiente, la cantidad de Pitocín mezclada a los 500 c. c. de suero, fue:

- En 2 casos: 1 unidad.
- En 1 caso: 2½ unidades.
- En 24 casos: 3 unidades.
- En 1 caso: 3½ unidades.
- En 2 casos: 4 unidades.
- En 2 casos: 5 unidades.

Al repasar las historias de estas pacientes, se puede concluir que el factor dosis de Pitocín es muy relativa y variable en cuanto a efectividad, y así, en los 2 casos en que la cantidad de Pitocín era de 1 unidad en 500 c. c., la aplicación del gota a gota se suspendió cuando el volumen del suero inyectado era de 100 y 200 c. c. respectivamente; naturalmente, es necesario tener en cuenta la indicación de la administración: la paridad de la encinta, la edad, la presentación y todos los demás factores que intervienen en el desarrollo del trabajo y en el mecanismo del parto. La paciente que recibió 100 c. c. (0,2 unidades), era una multigestante, con quinto embarazo y se le aplicó la solución por inercia secundaria. La segunda, primípara, con dilatación del cuello de 5 centímetros y después de romperle artificialmente las membranas; al verificar esta maniobra se encontró el líquido amniótico teñido de meconio y la presentación por sobre el estrecho superior. A pesar de estos datos, recibió con buena tolerancia la solución inductora, 200 c. c., es decir, 0,4 unidades de Pitocín, dosis mediante la cual se consiguió com-

pletar la dilatación, el encajamiento, descenso y rotación a O. P. de la presentación.

Es lógico pensar que cuando se trata de emplear este método en primíparas, se debe ser muy cauto, pues en ellas ni siquiera se puede sospechar el tipo de trabajo que han de desencadenar.

Cuando la dosis de Pitocín fue de 5 unidades se trataba de multigestantes, ambas de 30 años de edad, cuarto embarazo y con antecedentes de partos normales; la una recibió 125 c. c., es decir, 1,25 unidades y la otra 70 c. c. 0,7 unidades.

Entre las gestantes del grupo que tuvo necesidad de la segunda dosis, una vez terminado el primer frasco, figura una paciente en que se pudo apreciar lo siguiente: a los 500 c. c. iniciales se le mezcló una unidad de Pitocín y comenzó trabajo con ritmo de contracciones cada 2½ minutos; a las 2 horas, la frecuencia de las contracciones era de cada 7 minutos, y con el deseo de aproximarlas se aumentaron a 60 las gotas por minuto. Como con este aumento del goteo, las modificaciones del ritmo no fueron apreciables, al mismo frasco se le agregaron 3 unidades más de Pitocín; a los ¾ de hora y con 48 gotas al minuto, las contracciones se repetían cada dos minutos. Esto indica la susceptibilidad del método de poderlo modificar en cualquier momento y según el criterio del especialista, y la dificultad encontrada al tratar de determinar dosis útiles.

Con el fin de demostrar la disparidad de dosis necesarias en cada caso particular, así como también las variaciones en tiempo suficiente para llegar a autorizar el traslado de la paciente a la sala de partos, se ha elaborado un

entrega, en el cual se encuentran discriminados los detalles fundamentales de las 24 embarazadas para quienes fue suficiente la dosis de 3 unidades por 500 c. c. Las que figuran sin dilatación completa, se hicieron trasladar a la

salvo con el objetivo de ayudarlas, simplemente sedarlas con la administración de ciclo, o completarles digitalmente la dilatación del cuello, y aligerar en esta forma el parto.

(Continuará)

REVISTA DE REVISTAS

Le pouvoir antiproteolytique du serum en pratique obstetricale et gynecologique.

Par H. Vignes. Gynecologie et obstetrique. Paris. T. 49, N° 2. 50.

Un problema en obstetricia es la determinación de la etiología del aborto espontáneo, pues, la sífilis y las alteraciones de la estática uterina, no los explican todos. Por eso, el A., ha fijado su atención sobre el poder antiproteolítico del suero, que aumenta durante el embarazo y aporta algunas luces sobre el intrincado tema.

Desde que Shute dijo que algunos abortos se debían a la resistencia de la caduca contra la fijación de las vellosidades, Vignes, junto con Roger Le Breton, se dedicó a analizar el poder antiproteolítico del suero; utilizó en el laboratorio a más del suero por investigar fibrina desecada de cerdo y pancreatina y estableció que la norma investigativa consistía en determinar el porcentaje de fibrina no proteolizada en el curso de la experiencia y calcularlo dosificando los aminoácidos libertados, siguiendo el método de Sorensen.

Confirmado que en el embarazo aumenta el poder antiproteolítico, el mismo Vignes pensó, que al estar regulada la nidación por el equilibrio entre proteolisis y antiproteolisis, allí se tendría un medio para diagnosticar precozmente la gestación, salvo la presencia de focos infecciosos o de fibromas en crecimiento.

Como el p. a., es bajo en algunas mujeres con amenaza de aborto y en algunas pacientes de aborto habitual, y sube con la administración de vitamina E. Vignes sugiere que tal vez, el p. a. sería análogo a la estrina y por ende su determinación podría avaluar la foliculinemia, con la cual sería directamente proporcional.

También dice el A., que la razón que explica la inactividad de la progesterona y de la vitamina E, y aún más, que la administración de la hormona luteínica, a veces acelere el aborto, es la baja del p. a. Lógico sería entonces, aumentarlo utilizando la inyección de sangre adicionada de sulfarsenol. No actúa éste, por su poder antiespiroquetida, porque otros arsenicales no dan el mismo resultado.

Vignes aconseja para levantar el p. a., la autohemoterapia de 10 c. c. cada 3 a