

R. 10.584



T. D.
5/4

CLINICA DE OBSTETRICIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

Prof. J. M^a. Bedoya

T E S I S

para aspirar al grado de Doctor, de D. José Sánchez Rodríguez-Córdoba

sobre

EL GOTEO ENDOVENOSO DE OCITOCINA EN OBSTETRICIA. ANALISIS DE 1.500

CASOS

UNIVERSIDAD DE SEVILLA - FACULTAD DE MEDICINA

CLINICA DE GINECOLOGIA

Prof: J.M^a. Bedoya



Don José M^a. Bedoya González , Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Sevilla.

Certifico : Que la Tesis titulada " El goteo endovenoso de ocitocina en Obstetricia . Un análisis de 1.500 casos " , ha sido realizada por el Licenciado en Medicina y Cirugía D. José Sánchez Rodríguez-Córdoba , en mi clínica de la Facultad de Medicina de Sevilla y bajo mi dirección.

Sevilla 20 de agosto de 1.961

A handwritten signature in black ink, appearing to be "J. Bedoya", written over the date.

Al profesor Bedoya y a mis
compañeros de la clínica , con gratitud y
afecto .

1).- I n t r o d u c c i ó n .

El empleo de ocitocina en infusión endovenosa gota a gota fué ideado y usado por Page (14) (1.943) pero hasta Theobald (20) (1.948) no comenzó a entrar en la práctica clínica .

El método empieza a ser antiguo y clásico en Obstetricia y el número de publicaciones sobre el proceder es tan grande que no resulta fácil el analizarlas todas . Tampoco tendría esto , por otra parte , un interés excepcional pues , más o menos , son bastantes uniformes . Acaso merezca ser destacada la contribución científica de las investigaciones de Caldeyro-Barcia, Alvarez y cols. (2) ; en sus publicaciones puede verse abundante bibliografía .

La síntesis de la ocitocina por du Vigneaud (22) y su síntesis industrial por Boissonas y cols. (1) en los laboratorios de SANDOZ ha permitido disponer de un producto ocitócico libre , con seguridad , de principio hipertensor . Abundan también mucho las comunicaciones científicas al respecto y todas concuerdan en apreciar que la acción ocitócica de la hormona sinética (Syntocinón) , es equivalente a la hormona natural y su falta de acción hipertensora . El problema es conocido a si mismo .

Cap. I - M e t ó d i c a .

Hemos empleado en la clínica hasta el momento de redactar esta Tesis , más de 2.000 veces el goteo endovenoso en el parto. Este estudio lo hemos limitado , voluntariamente , a las 1.500 primeras ; las demás no añaden nada nuevo .

A).- La solución de ocitócico .1).- El disolvente.

Hemos empleado , como disolvente , suero glucosado al 5 % , suero glucosalino (cloruro sódico 0'3 % , glucosa 3'3 %) y suero glucosado hipertónico al 30 % ; preferentemente hemos usado el primero . No hallamos inconveniente en usar el glucosalino , exceptuando en las toxemias o nefrópatas , o en las cardiacas con edemas .

Es necesario que el suero esté exento de pirógenos . En los comienzos de nuestra práctica hubimos de desistir alguna vez de proseguir el goteo por intensos escalofríos consecutivos al uso de sueros preparados de modo poco escrupuloso ; posteriormente este inconveniente fué obviado .

Casi siempre utilizamos sueros glucosado o glucosalina Gri-fols ; en la última época la Farmacia del Hospital nos suministra ya sueros correctamente preparados .

11).- El ocitócico .

En la mayoría de las ocasiones utilizamos ocitocina sintética (Syntocinón de Sandoz) con toda satisfacción . En bas-

tantes casos empleamos ocitocina natural muy purificada (Pitocin , de Parke Davis) , también con excelentes e idénticos resultados .

Nos pareció que estos preparados no podían ser sustituidos por algunos otros extractos posthipofisarios del mercado , que usamos en contadas ocasiones , cuya acción no fué segura ni regular .

III). La concentración.

La mayoría de los que han empleado esta técnica , desde Theobald (20) , han empleado una solución de 5 U. Voetglin de ocitocina en 500 cc. de suero . Algunos utilizan una concentración menor (3 U. Voetglin en 500 cc.) . Theobald (20) recomienda 1 unidad en 1.000 cc.. Scharf y Hoedt (16) usaban 2 U./500 cc. al comienzo de su experiencia , pero más tarde aumentaron la concentración a 5 U./500 cc. y finalmente hasta 7 U./500 cc.

La mayoría (Nixon y Smith (12) , da Cunha y cols. (4) utilizan 5 U./500 cc.

Nosotros utilizamos también alguna vez , al comienzo de nuestra experiencia , estas concentraciones . Pero muy poco después recurrimos a una concentración mayor (10 U. Voetglin en 500 cc. de suero) . La ventaja de la solución concentrada que nosotros usamos es , únicamente de orden económico ; para obtener el mismo efecto nos basta con la mitad de cantidad de suero. Esta ventaja económica era y es importante para nosotros .

Dicen que las soluciones más diluidas permiten afinar más en la dosificación y toleran mejor variaciones de 5 - 10 gotas/-minuto en el ritmo del goteo . Podemos, afirmar, sin embargo, con

la experiencia extensa de nuestros casos , que ésta es una ventaja más teórica que real y nosotros , habituados ya a manejar la concentración dicha , no le hallamos inconveniente alguno.

Se comprende , por otra parte , que para lograr el mismo efecto se necesite utilizar un ritmo de goteo con la mitad de frecuencia por minuto usando nuestra concentración . Eso es todo. Y , por otra parte , como luego veremos , la tolerancia del útero a variaciones en el ritmo del goteo es bastante amplia ; más de lo que se ha dicho .

B).- El ritmo de goteo.

La mayoría de quienes se han ocupado de ensayar esta técnica se refieren a " gotas por minutos" y el nº de gotas que recomiendan es algo variable de unos a otros .

C a l d e y r o y cols. (2) han criticado esta medida, porque la juzgan imprecisa (el tamaño de la gota es variable y el ritmo varía espontáneamente de unos a otros momentos , sobretudo con las variaciones de presión venosa en los movimientos respiratorios) y han introducido , en sustitución , el término " miliunidades por minuto " . Este tendría también el mismo defecto de imprecisión (porque exige contar las gotas por minuto) y , además , tiene el de haber inducido a que los no habituados al término les parezca una montaña insalvable la técnica de la dosificación .

Cuando se trata de hacer un estudio fino de fisiología uterina , como hacen C a l d e y r o y cols. es posible que se necesite hablar de miliunidades ; en la clínica el empleo del término nos parece de un barroquismo inútil ; es mucho más sencillo decir " tantas gotas de esta solución por minuto " que " tantas miliunidades por minuto " . Especialmente si para cal-

cularlo ha de partirse del número de gotas por minuto y no se dispone del dispositivo que utilizan C a l d e y r o y cols. (2) para obtener un ritmo de inyección constante . Este dispositivo , que puede ser útil con fines de investigación , es innecesario en la práctica obstétrica diaria y nadie , fuera de estos investigadores , de los que se refieren a miliunidades/minuto , lo utilizan.

Al comienzo de nuestra experiencia teníamos mucho cuidado en contar el nº de gotas por minuto y en que no se sobrepasara cierta frecuencia . Poco a poco , a medida que nos hemos familiarizado con la técnica , hemos ido conociendo que , más importante que contar el nº de gotas es controlar la respuesta uterina .

El ritmo de goteo necesario no es el mismo en todas las pacientes y puede variar de uno a otro momento del parto . Al comienzo conviene emplear un ritmo lento , de unas 20 gotas por minuto , y después se va aumentando poco a poco si fuera necesario .

Si se administra al comienzo demasiada cantidad de ocitócico puede producirse una contracción permanente uterina . Esto es verdad , pero también es verdad que se ha exagerado mucho el peligro de esta contractura ; la hemos observado de vez en cuando y , con reducir el ritmo del goteo , cede rápidamente sin que hayamos visto consecuencias desagradables . Una vez , por error , se inyectaron 10 U. Voetglin , intravenosas , a una parturienta y sobrevino una contractura uterina que duró 30 minutos ; después , durante otra media hora , las contracciones se sucedieron cada minuto y , finalmente se regularizaron ; el parto tuvo lugar después normalmente y con feto vivo . Esto no significa que se deba hacer , pero si que es menos peligroso de cuanto se ha dicho .

Ciertamente que el ajuste del ritmo necesario del goteo de ocitócico pudiera hacerse empezando por muchas gotas para descender su número después si había contracción permanente . Es mucho más razonable , sin embargo , empezar por pocas gotas para ir aumentándolas hasta alcanzar la respuesta adecuada .

En la respuesta uterina buscamos :

- 1º).- Que no haya hiperdosificación. Que el útero se relaje bien y quede blando en los intervalos entre contracción y contracción . Si así no sucede , hay que reducir la frecuencia del goteo . Si se relaja correctamente no nos preocupa ni el nº de gotas ni el nº de contracciones .

- 2º).- Que la dosificación no sea baja. Que el nº de contracciones sea superior a las 24 por hora . Si la frecuencia de contracciones es menor de 6/15 minutos , aumentamos la frecuencia del goteo hasta conseguir esta respuesta . *Calderyo* y *Alvarez* (2) dicen que el límite de seguridad para el feto está en 5 contracciones cada 10 minutos (30 contracciones por hora) y que cuando se rebasa esa frecuencia el feto sucumbe por anoxia porque no puede oxigenarse en las pausas contráctiles . Pero esto no es cierto y , aunque hemos rebasado muchas veces las 30 contracciones por hora , no han aparecido signos de sufrimiento fetal por este motivo .

Resulta fácil llegar a 28 - 32 contracciones por hora , pero esta frecuencia no se sobrepasa con facilidad aunque se aumente la frecuencia del goteo ; dentro de ciertos límites la toleran-

cia es bastante amplia y el riesgo de hiperdosificación mucho menor de lo que se ha dicho .

Alguna vez la frecuencia de contracciones es de 40 ó más por hora ; no nos preocupa esto si el útero se relaja bien en las pausas , si los tonos fetales son normales y , naturalmente , si no hay obstáculo a la progresión del parto (este último aspecto lo analizaremos más adelante) .

Como cifras extremas de frecuencia necesaria de goteo , con la concentración usada por nosotros , indicaremos las de 28 - 60 gotas/minuto ; alguna vez muchas más . Empezamos por la cifra más baja y la vamos aumentando de modo tal que , al cabo de unos minutos está ajustada la dosificación .

C.)- La medida de la respuesta uterina.

En nuestra primera época , influidos por el temor y por las recomendaciones ajenas , utilizábamos el tocógrafo de L o r a n d para recoger las contracciones gráficamente . Nos parecía entonces que era una grave transgresión técnica el no utilizarlo .

Poco a poco nos hemos convencido de que el tocógrafo es un engorro y que no es , además , necesario para la práctica clínica diaria . Tenemos derecho a hablar así después de nuestro dilatado empleo del método .

En la actualidad nos limitamos a contar el número de contracciones y a palpar el útero después de cada contracción para ver si queda o no relajado . Si la paciente está bajo analgesia , también apreciamos por palpación cuando el útero se contrae ; igualmente hemos de obrar así al tratar de desencadenar un parto cuando las contracciones son aún indoloras .

La vigilancia de la frecuencia de las contracciones debe ser constante . Durante la etapa de ajuste del goteo debe vigilarse también constantemente el estado del útero en el intervalo entre contracciones ; más tarde esta vigilancia puede ahcerse cada 6-10 contracciones si el ritmo sigue sin alterar . Nos parece desacertada la opinión de T h e o b a d d (20) permitiendo utilizar el método en medio rural y la de R y a n que piensa que no necesita más vigilancia que un parto normal . Cuando en el parto normal se tiene una vigilancia máxima , no cabe mayor vigilancia con el goteo cocitócico ; pero no suele ser este el caso y entonces hay que decir que cuando el parto está bajo goteo ocitócico necesita más vigilancia .

En realidad el parto bajo goteo ocitócico exige la vigilancia permanente , a la cabecera de la enferma , de una persona capacitada para ejercerla y para conocer bien la marcha del parto . No es método para amateurs de la Obstetricia .

D).- Estudio de la paciente antes de la inyección de ocitócico.

Antes de iniciar un goteo de ocitocina estudiamos , todo lo cuidadosamente que podemos , las circunstancias de la paciente .

En el impreso especial (pag. 9) pueden verse los datos que , respecto a la evolución del parto , investigamos . La radiografía y la radiopelvimetría las practicamos con bastante frecuencia ; siempre que la exploración sin ellas no sea concluyente. También hacemos radiopelvimetría y radiografía durante el parto cuando nos parece que no evoluciona correctamente .

Además hacemos las exploraciones generales que se juzgen pertinentes en cada caso . Y , en todos , se toma la tensión arterial .

E).- La vigilancia del parto y su registro gráfico .

En todos los partos y de un modo especial cuando se emplea el goteo ocitócico vigilamos estrechamente lo siguiente : 1º). Las contracciones uterinas .- Cuyo número contamos , simplemente, para conocer su número por hora . También se palpa el útero para conocer su estado en los intervalos contráctiles . 2º). Los tonos fetales .- Cada 15 - 20 minutos ; por auscultación . Con bolsa rota , en partos largos o cuando se inicia algún signo de sufrimiento fetal , los intervalos de auscultación deben ser más breves . 3º).- Marcha de la dilatación .- Mediante tacto rectal. En primíparas cada 40 - 60 minutos ; en multíparas cada 20 - 30 minutos ; después de alcanzar los 5 cm. de dilatación , especialmente en multíparas , las exploraciones deben de hacerse cada 15 minutos (de otro modo no tendremos tiempo de asistir al parto). 4º).- El descenso y la evolución de la presentación , que se explora al mismo tiempo que el anterior . 5º).- Las exploraciones generales o de otra índole que se juzguen oportunas (tensión arterial , pulso , temperatura , etc.).

Los resultados de estas exploraciones sucesivas son anotadas en el tocograma , de uso rutinario en nuestra clínica . Es el tocograma el mejor modo de conocer de una ojeada la marcha de un parto y el resultado de una medicación .

F).- Medicaciones y/o maniobras complementarias .

1).- Rara vez empleamos medicamentos " relajantes del cuello " . En pocos casos en que lo hicimos nos pudimos convencer de su ineficacia . (Uno de nuestros compañeros de la clínica (Cañas) trabaja en una Tesis sobre esta cuestión) .

2º).- Muy pocas veces hacemos rotura artificial de bolsa ; prácticamente nunca .

3º).- En poquísimos casos de los aquí analizados , se hizo analgesia con barbitúricos . Este método fué puesto a punto en la clínica con posterioridad y está siendo estudiado ; pero apenas se usó en los casos aquí analizados .

4º).- En algunos casos que mencionaremos se hizo episiotomía al final de la expulsión o fué aplicado el forceps cuando las condiciones estuvieron cumplidas (nunca sin dilatación completa y nunca en cabezas por encima del III plano) y hubo alguna indicación . En pocos casos también se utilizó la ventosa al final del periodo expulsivo ; la ventosa se usa mucho ahora en nuestra clínica , pero después de haber cerrado esta estadística .

G).- Quien practicó los " goteos " .

Siempre fueron realizados por médicos ; nunca por matronas o enfermeras . Pero acaso hayan pasado de 30 las personas que han intervenido en su realización , unas más diestras y otras menos . La indicación y la dirección perteneció siempre a un médico capacitado y diestro . Se comprende , sin embargo , que una buena matrona o una buena enfermera sea capaz de guiar un goteo ocitócico ; pero deben estar especialmente capacitadas y siempre bajo control próximo de un médico especialista en Obstetricia .

- . - . - . - . - . -

. - . C a p í t u l o I I . - .

ANALISIS DE LOS CASOS - RESULTADOS Y COMENTARIOS

A).- Inducción del parto.1º).- D e f i n i c i ó n

Incluimos en este grupo , según el concepto actual , a la práctica del goteo ocitócico en gestantes en las que el parto , clínicamente al menos , no había comenzado . Unas veces la inducción del parto fué intentada por razones llamadas " médicas " (embarazo prolongado , muerte habitual del feto al final del embarazo , etc.) aunque sean razones médicas acaso discutibles .

La razón médica más razonable es la rotura prematura de las membranas . Cuando la rotura es segura , es conveniente lograr que el parto se desencadene y el método más adecuado es ~~el~~ goteo endovenoso de ocitócicos .

Otras veces se hizo por razones sociales o de conveniencia; del médico y/o de la paciente . No hay mucho que objetar a esta última práctica puesto que , como veremos , el método está exento de riesgos ; su único inconveniente es que a veces fracasa .

La mayoría de las referencias al método en la literatura son de " inducción " del parto con estos criterios . Con este fin y con el de tratar las hipodinamias se ha empleado casi exclusivamente .

2º).- El estado del cuello.

Ya es clásico y conocido que es necesario explorar el estado del cuello uterino antes de intentar desencadenar un parto mediante el goteo ocitócico (D i e c k m a n n y cols. (5)).

A este respecto se conceptúa como " cuello maduro " cuando está centrado en la vagina , o situado hacia delante , acortado , reblandecido y el orificio interno con una dilatación de 1-2 cm.. Se acepta que entonces las condiciones son óptimas , mayores las probabilidades de éxito y menor el tiempo que tarda en desencadenarse el parto después de iniciarse el goteo (F a r r i s , (7) , L a b a t e (9) , etc.) .

Se acepta que el cuello está " inmaduro " cuando está sin borrar , poco o nada reblandecido , dirigido hacia atrás y con el orificio interno cerrado . Entonces hay muy pocas probabilidades de desencadenar el parto con el goteo de ocitocina y , si se logra , se tarda mucho tiempo en ponerse en marcha . Hay , como se comprende , circunstancias intermedias , que hacen que el estado del cuello se califique de " parcialmente maduro " .

Todos nuestros casos habían sido explorados por tacto rectal y nos parecieron incluibles en el grupo de " cuellos maduros " .

3º).- Los casos.

En total se hizo goteo endovenoso de ocitócico con el fin de desencadenar el parto en 178 casos .

128 eran " embarazos prolongados " según se dedujo de la fecha de la última regla ; probablemente esta fecha fué errónea en algunos , acaso bastantes .

En 5 la gestación era , simplemente , a término normal . En otras 5 no habían llegado al término (2 con bolsa rota y en 3 había error en la edad del embarazo que después pudimos comprobar) . Una más por feto muerto .

En las restantes la edad del embarazo era imprecisa (fal-

ta de cultura de la paciente , embarazo en la amenorrea del puerperio , etc.) .

La mayoría , 129 , eran multíparas ; 49 fueron primíparas .

4º).- Resultados .

a).- Respuesta contráctil .

Buenas contracciones	120	(67%)
Medianas contracciones	42	(23%)
Malas contracciones	10	
No anotadas	6	
	<hr/>	
	178	

Hemos considerado que la respuesta contráctil fué buena cuando se obtuvieron más de 20 contracciones por hora , mediana si las contracciones eran de 12 a 20 y mala cuando fueron menos de 12.

La mayoría de las " malas y medianas respuestas contráctiles" corresponde a la primera época , cuando empleábamos goteos tímidos. En general , cuando se utiliza el ritmo de goteo adecuado a cada caso , se obtiene una buena respuesta contráctil casi siempre (por no decir siempre) , lo cual no significa que el parto se desencadene siempre . Alguna rara vez , sin embargo , el útero no se contrae como deseamos a pesar de aumentar mucho el ritmo del goteo .

Nunca utilizamos la llamada " prueba de sensibilidad " a la ocitocina (S m i t h (17)) porque la prueba la hacemos directamente con el goteo y la consideramos suficiente .

b).- Respuesta del parto.

Favorable	140	(78%)
Dudosamente favorable	24	(13'4%)
Fracaso total	8	
Fracaso desconocido	6	

Consideramos el resultado como " favorable " cuando el parto se desencadenó clínicamente durante el tiempo que estuvo penetrando en la vena el goteo de ocitócico .

Llamamos " dudosamente favorable " a los casos en que el parto se inició , clínicamente , después de retirado el goteo y antes de los cinco días siguientes . Se admite que , entonces , el goteo ocitócico acortó el periodo de " parto latente " y acercó el momento del comienzo del " parto clínico " .

Consideramos como " fracaso " cuando el parto no se inició antes de los 5 días . Algunas veces la paciente fué dada de alta y no volvió a dar a luz en la clínica por lo que la consideramos como " fracaso desconocido " .

Ciertamente que algunas de las que llamamos " dudosamente favorables " podían haber engrosado el capítulo de los éxitos inmediatos ; especialmente aquellas en que el parto se inició a las 24 horas o antes de retirar el goteo . En algún casos la dosificación fué insuficiente o demasiado corta la duración del goteo (especialmente en la primera época) .

Los " fracasos " constituyen el 8% del total aunque es posible que en algunos casos que llamamos " desconocidos " el parto se hubiera iniciado antes de los 5 días . En la mayoría se trataba de errores en la fecha de la última menstruación y el parto no se inició a pesar de que el cuello parecía " maduro " ;

alguna vez el error consistió en considerar " maduro " un cuello que no lo estaba . El fracaso se observó a pesar de " buenas contracciones"en 3 casos .

c).- Relación entre "respuesta de parto" y "respuesta contracti

1). Respuesta favorable del parto

Buenas contracciones	105	(75%)
Contracciones medianas	31	(22%)
Contracciones malas	4	(2%)
	<u>140</u>	

2). Respuesta " dudosamente favorable "

Contracciones buenas	12	(50%)
Contracciones medianas	8	(33%)
Contracciones malas	4	(16'6%)
	<u>24</u>	

3). Fracaso de parto

Contracciones buenas	3	(37'5%)
Contracciones medianas	3	(37'5%)
Contracciones malas	2	(25%)
	<u>8</u>	

4). Respuesta del parto con contracciones " buenas "

Favorable	105	(87'5%)
Dudosamente favorable	12	(10%)
Fracaso seguro	3	(2'5%)
	<u>120</u>	

5). Respuesta del parto con contracciones " medianas "

Favorable	31	(74%)
Dudosamente favorable	8	(19%)
Fracaso	3	(7%)
	<u>42</u>	

6). Respuesta del parto con " malas contracciones "

Favorable	4	(40%)
Dudosamente favorable	4	(40%)
Fracaso	2	(20%)
	<u>10</u>	

Las cifras de casos son pequeñas en los grupos 2 , 3 , 5 y 6, por lo que no se pueden tener en cuenta de modo absoluto los resultados obtenidos .

No obstante parece evidente que cuando la respuesta contráctil es buena las probabilidades de que el parto se desencadene son mayores que en otras circunstancias . Aunque a veces el parto se inicia con contracciones que llamamos " medianas " o hasta " malas " , las probabilidades son menores .

La respuesta contráctil buena es , a veces , consecuencia de que la sensibilidad del útero al ocitócico es grande , y suele ser tanto mayor cuanto más cerca se esté del momento de iniciación espontánea del parto . Cuando el útero se contrae bien empleando ritmos de goteo poco frecuentes , las probabilidades de que el parto se inicie son grandes . Esta es , en realidad , la prueba de la sensibilidad a la ocitocina .

El déficit contráctil es debido , otras veces , a la circunstancia contraria , a una cantidad insuficiente de ocitócico; porque el ritmo de goteo era escaso .

A veces el parto no se desencadena a pesar de lograr buenas contracciones . En muchos de estos casos el fracaso se debe, simplemente , a que no se mantuvo el goteo durante el tiempo necesario . Otras veces se trata de errores de apreciación de la " madurez " del cuello ; más frecuente cuanto menor es el hábito exploratorio .

A lo que parece las contracciones uterinas son necesarias e imprescindibles para que el parto se inicie y progrese . Pero las contracciones , por si solas , no bastan para lograr este objetivo si otras circunstancias , (entre ellas la más objetiva, aunque no la única , es el estado del cuello) no permiten que el parto se desencadene . Algunas de nuestras pacientes en que falló el desencadenamiento del parto , a pesar de obtener buenas contracciones , no estaban a término ; dieron a luz 15-20-30 días después ;

De lo que acabamos de indicar debemos deducir que mediante el goteo de ocitócicos no se logra , en realidad , desencadenar un parto sino que lo que se consigue es acortar la duración del periodo llamado " trabajo latente " en un parto realmente ya iniciado aunque para los clínicos clásicos no lo estuviera aún . Esta opinión es también la de S á n c h e z L ó p e z y cols.(31).

Lo que hacemos , pues siempre , no es " desencadenar " un parto en una gestante sino " estimular " o " acelerar " un parto que ya había empezado .

El estado de " cuello maduro " no es más que la traducción clínica y objetiva de tal periodo latente de parto que se inicia días y hasta semanas antes de lo que constituye el parto clínicamente aparente .

Parece como si en una gestante dada , faltara un número determinado de contracciones de ese " periodo latente " para que el parto progresara clínicamente . De modo espontáneo tal número de contracciones hubiera necesitado varios días o hasta semanas para completarse ; con el goteo ocitócico , al inducir la aparición de contracciones , se reduce la duración de este periodo.

Cuando la aparición espontánea del parto " clínico " está ya inminente , conseguimos que el goteo ocitócico lo haga aparecer con rapidez ; en pocos minutos . En circunstancias opuestas se necesitan horas ; tantas más cuanto más alejada esté la aparición espontánea del "parto clínico" . Y , cuando se fracasa , es porque la duración del goteo ocitócico fué menor de lo que el caso requería .

Pudiéramos , pues , decir que siempre que un embarazo está a término se podría desencadenar el parto mediante el goteo de ocitócicos si se mantiene éste indefinidamente ; hasta que el parto tenga lugar . Esta concepción tropieza , en la práctica, con la dificultad de mantener el goteo ocitócico más allá de 4-6 horas por impaciencia y cansancio de la paciente y del médico . Muchos de los fracasos hubieran sido éxitos de haber continuado administrando ocitócicos ; a no dudarlo hubieran sido éxitos francos nuestros 24 resultados " dudosamente favorables " .

Se comprende , por otra parte , que si interrumpimos el goteo ocitócico después de varias horas , aunque no se haya iniciado el "parto clínico " puede iniciarse espontáneamente poco después o se logre desencadenarlo en otro intento varias horas más tarde . La explicación resulta sencilla ; el número de contracciones que faltan para completar el " periodo latente " puede completarse a) en una " serie " obtenida mediante goteo ocitócico ; b) en dos o tres " series " obtenidas en otros tantos goteos ocitócicos ; c) en una o más " series " logradas artificialmente junto con otro número de contracciones espontáneas .

Esto es lo que T a m i s y cols. llaman " madurar el cuello " mediante goteo ocitócico .

Por el contrario , si el embarazo no está a término , el cuello no está maduro y el parto espontáneo no está próximo , las probabilidades de desencadenar el parto mediante goteo ocitócico son nulas . Nuestros fracasos fueron debidos a error en el cómputo o en la apreciación de estas circunstancias .

En realidad esto último sería la verdadera " inducción " del parto y esto no es tan fácil de conseguir . Afortunadamente, diremos , porque así no hay riesgo de obtener un prematuro .

. - . - . - . - .

B).- Estimulación del parto mediante el goteo endovenoso de ocitócicos .

1º).- Definición .

Decimos que hacemos " estimulación del parto " si el goteo de ocitócicos se inicia cuando el parto ha comenzado clínicamente. Es decir , cuando hay contracciones dolorosas y/o la dilatación cervical es superior a 2 cm. con cuello borrado .

En realidad la distinción entre " inducción " y " estimulación " del parto es solamente clínica y , por lo tanto , grosera y arbitraria . Es sabido que la transición entre las contracciones del embarazo y las del parto no es brusca y que el parto se ha iniciado , en realidad , mucho tiempo antes de que así lo parezca clínicamente . Cuando el cuello está " maduro " (como ya lo definimos anteriormente) es indicio de que el parto se ha iniciado ya desde tiempo antes .

Por este motivo lo que hacemos siempre , en puridad de criterio , es " estimular " el parto y nunca hacemos " inducción " de parto . Desencadenar un parto cuando el cuello no está maduro, es decir , cuando el parto no ha empezado , es aún imposible de conseguir , por este medio (afortunadamente no hay riesgo de obtener fetos prematuros) . Lo que hacemos siempre es acortar el periodo de " parto insensible " o " parto preclínico " ; que de otro modo se hubiera prolongado aún días o hasta semanas .

A pesar de estas consideraciones aceptamos , para la práctica , el concepto clínico clásico del comienzo del parto y decimos que hacemos " estimulación " cuando el parto ya ha comenzado clínicamente .

2º).- T é c n i c a .

La seguida en estos casos no difiere de la que hacemos cuando el parto no está iniciado clínicamente y que hemos expuesto al comienzo de esta Tesis . Los mismos cuidados también en cuanto a las exploraciones de la mujer , etc.

Al comienzo de nuestra práctica reservábamos el goteo ocitócico para emplearlo cuando las contracciones espontáneas eran pocas o el parto evolucionaba con lentitud . A medida que fuimos adquiriendo confianza en el proceder y cuando nos fuimos convenciendo de sus ventajas , fuimos suprimiendo la espera previa y , en la época final de nuestra experiencia , hacemos goteo ocitócico , de modo sistemático , en todas las que llegan a dar a luz en la clínica con las excepciones siguientes :

a).- Partos muy avanzados , (especialmente en multíparas) cuando suponemos que la expulsión va a tener lugar espontáneamente en menos de media hora .

b).- Situaciones oblicuas o transversas .

c).- Desproporciones manifiestas en las que no se juzga conveniente hacer parto de prueba o que llegan a las clínica después de larga prueba de parto .

d).- Cesáreas anteriores por desproporción .

e).- Parto con sufrimiento fetal por cualquier causa si no es pasajero .

Como puede observarse , y como más adelante veremos , hacemos goteo ocitócico en las desproporciones moderadas , presentaciones deflexionadas o en cualquier otro posible conflicto pelvifetal si consideramos conveniente hacer un parto de prueba ; el parto de

prueba lo hacemos entonces bajo el estímulo dinámico con goteo endovenoso de ocitocina . Es más , creemos que un parto de prueba no es tal sin este requisito .

Asi mismo utilizamos el goteo ocitócico en las antiguas cesareadas si no fueron por desproporción y juzgamos conveniente , por las razones que sean y que no enjuiciamos ahora , no hacer una nueva cesárea de primera intanción .

3º).- Los casos .

De este modo analizamos aquí los 1.300 casos primeros así conducidos entre comienzos del año 1.958 hasta fines de 1.960 . Posteriormente el número se ha ampliado considerablemente y se habrán hecho 700 - 800 más . Los hemos descartado porque no añadirían nada nuevo ; en algún momento había que cerrar la estadística , y desde ese momento hasta ahora el ritmo de trabajo en la clínica continuó y el uso del goteo ocitócico continúa en la misma o mayor escala .

a).- Paridad .

De estas pacientes eran 516 primíparas y 784 multíparas . Al principio predominaban las primíparas porque el parto es en ellas más largo y permitían iniciar el goteo después de unas horas de espera en la clínica . Más tarde la proporción de primíparas y multíparas es casi la misma que la que se observa en los partos de la clínica .

b).- Momento de iniciación del goteo .

En la tabla detallamos el estado de la dilatación cervical al comenzar la estimulación .

Grado de dilatación

	l paras	X paras
de 2 cm.	174	368
de 3 y 4 cm.	126	225
de 5 y 6 cm.	91	90
de 7 y 8 cm.	58	53
de 9 y 10 cm.	78	35
desconocido (p.p.)	-	3
Total	527	774

Casos con bolsa rota

	l paras	X paras
de 2 cm.	64	116
con 3 - 4 cm.	64	85
con 5 - 6 cm.	48	32
con 7 - 8 cm.	44	31
con 9 -10 cm.	66	25
dudosas	2	1
Total	288	290

No siempre tenemos certeza del estado de la bolsa antes de comenzar la estimulación y es sabido que el diagnóstico no siempre es fácil . Nuestros casos han sido catalogados después del parto y por ello hay muy pocos " dudosos " .

c).- Tiempo transcurrido con dolores antes de la estimulación.

En el tocograma anotamos el momento en que la mujer percibe dolores de parto . Consideramos que ha sido ese el del comienzo del mismo . Es cierto que como dato subjetivo no tiene mucho valor , pero , cuando la paciente llega a la clínica con el parto iniciado , no podemos obtener otro más seguro para conocer cuando empezó éste .

En las tablas siguientes anotamos el tiempo transcurrido desde que la paciente percibió los dolores de parto hasta que se empezó la estimulación . Parte de este tiempo transcurrió , en ocasiones , en la misma clínica .

T A B L A I

Tiempo transcurrido hasta alcanzar dilatación de 2 cm.

	L paras	X paras
Menos de 2 horas	5	19
de 2 - 4 horas	5	33
de 4 - 6 horas	9	47
de 6 - 8 horas	8	43
de 8 -18 horas	60	141
más de 18 horas	87	85
Total	174	368

Entre las de más de 18 horas hay muchas primíparas con 30 - 40 - 60 horas de dolores .

Nótese que la gran mayoría de casos invirtió más de 8 horas de dolores en alcanzar espontáneamente la dilatación de 2 cm. Esto es conocido , pero vale la pena subrayarlo para poderlo comparar más adelante .

T A B L A II

Tiempo transcurrido hasta alcanzar la dilatación de 3-4 cm.

	1 paras	X paras
de 0 a 2 horas	0	3
de 2 - 4 horas	1	19
de 4 - 6 ,,	4	29
de 6 - 8 ,,	6	32
de 8 -18 ,,	31	83
más de 18 ,,	84	55
impreciso	-	4
Total	126	221

Nótese el escaso número de primíparas que lograron la dilatación de 3 - 4 cm. en menos de 8 horas y que abundan las que invirtieron más de 18 horas para lograrlo . En las multíparas , como es sabido , la dilatación evoluciona más deprisa , pero así y todo más de la mitad invirtieron más de 8 horas y en la cuarta parte de los casos se tardó más de 18 horas .

T A B L A III

Tiempo transcurrido hasta alcanzar la dilatación de 5 - 6 cm.

	1 paras	X paras
Menos de 2 horas	1	1
de 2 - 4 ,,	1	9
de 4 - 6 ,,	4	9
de 6 - 8 ,,	3	10
de 8 -18 ,,	24	34
más de 18 ,,	58	25
datos imprecisos	-	2
Total	91	90

Adviértase que, como es de esperar , hay muy pocas primíparas que lograron alcanzar la dilatación de 5 - 6 cm. en menos de 8 horas y que más de la mitad tardaron más de 18 horas (muchas de éstas 24 - 30 - 40 ó más horas) . Y lo cierto también es que no son tantas las multíparas que alcanzan la dilatación de 5 - 6 cm. en menos de 8 horas de contracciones dolorosas . La verdad es que el parto , evolucionando espontaneamente , es más largo de lo que parece .

T A B L A I V

Tiempo transcurrido hasta alcanzar la dilatación de 7 - 8 cm.

	I paras	X paras
de 0 a 2 horas	0	1
de 2 - 4 ,,	0	4
de 4 - 6 ,,	2	4
de 6 - 8 ,,	2	7
de 8 -18 ,,	13	18
más de 18 ,,	40	19
datos imprecisos	1	-
Total	58	53

Era de esperar que casi ninguna primípara alcanzara la dilatación de 7 - 8 cm. en menos de 8 horas y que la mayoría de las que la lograran espontaneamente invirtieran más de 18 horas de contracciones .

En las multíparas esta posibilidad es más frecuente , pero también es verdad que la inmensa mayoría tarda más de 8 horas en llegar a este estadio de dilatación cervical .

T A B L A V

Tiempo transcurrido hasta alcanzar la dilatación de 9 - 10 cm.

	l paras	X paras
de 0 a 2 horas	0	1
de 2 - 4 ,,	1	2
de 4 - 6 ,,	1	4
de 6 - 8 ,,	5	5
de 8 -18 ,,	13	10
más de 18 ,,	58	13
Total	78	35

Es muy poco frecuente que una primípara alcance la dilatación completa en menos de 6 horas ; aunque alguna vez puede suceder . Lo que es casi constante es que tarde más de 8 horas y lo más frecuente que tarde más de 18 horas . En multíparas sucede alguna vez más el hecho de que alcancen la dilatación completa en pocas horas , pero tampoco es lo más frecuente .

d).- Tiempo tardado en progresar la dilatación.

Algunas parturientas estuvieron en la clínica , con el parto ya iniciado , algún tiempo antes de estimular la dinámica con el goteo ocitócico . Fueron exploradas varias veces durante este tiempo y de este modo podemos recoger datos necesarios para conocer la rapidez con que la dilatación progresaba espontáneamente . Ya sabemos que la rapidez en la dilatación no es uniforme y que entre 2 - 3 cm.se tarda mucho más que entre 6 - 7 cm. , pero el error se atenúa por el número de casos .

T A B L A VITiempo transcurrido sin avanzar la dilatación (estacionaria)

	l paras	X paras
de 0 - 1 horas	42	205
de 1 - 2 ,,	54	109
de 2 - 3 ,,	29	50
de 3 - 4 ,,	14	26
de 4 - 5 ,,	17	14
de 5 - 6 ,,	6	11
más de 6 ,,	50	52
Total	212	467

Conviene advertir el gran número de parturientas que , con parto ya iniciado , estuvieron en la clínica sin que progresara nada la dilatación después de un tiempo de observación . (No ; no son distocias de cuello ; ese problema está en estudio en nuestra clínica por Cañas) . Como cada vez esperamos menos antes de hacer la inducción , no sabemos cuántas , de las que solamente fueron observadas pocas horas , hubieran continuado con dilatación estacionaria y por cuanto tiempo ; probablemente en muchas se habría prolongado bastante este estado .

T A B L A VII

Tiempo tardado en avanzar la dilatación 1 cm.

	1 paras	X paras
Menos de 1 hora	1	17
de 1 - 2 horas	9	24
de 2 - 3 ,,	12	34
de 3 - 4 ,,	8	13
de 4 - 5 ,,	9	4
de 5 - 6 ,,	5	5
más de 6 ,,	38	34
Total	82	131

Adviértase que , en avanzar la dilatación 1 cm. (sin que hayamos tenido en cuenta el punto de partida) la casi totalidad de las primíparas , en que el parto progresó , invirtieron más de 3 horas y muchísimas (cerca de la mitad) más de 6 horas . En las multíparas el número de casos que invirtieron menos de 3 horas es grande , pero la mitad tardaron más y bastantes invirtieron más de 6 horas .

T A B L A VIII

Tiempo invertido en avanzar la dilatación 2 cm.

	1 paras	X paras
Menos de 1 hora	3	2
de 1 - 3 horas	7	31
de 3 - 5 ,,	15	12
de 5 - 7 ,,	3	2
de 7 - 10 ,,	10	5
de 10 - 12 ,,	3	1
más de 12 ,,	23	7
Total	64	60

Bastantes primíparas del último grupo llegaron a tardar más de 24 horas en conseguir que la dilatación avanzara 2 cm. Muy pocas tardaron menos de 3 horas .

T A B L A IX

Tiempo invertido en avanzar la dilatación 3 cm.

	l paras	X paras
de 0 - 1 horas	0	6
de 1 - 3 ,,	3	12
de 3 - 5 ,,	8	4
de 5 - 7 ,,	3	6
de 7 - 10 ,,	8	4
de 10-12 ,,	2	2
más de 12 ,,	27	3
Total	51	37

En la mayoría de las primíparas que invirtieron más de doce horas suele ser más de un día completo .

T A B L A X

Tiempo invertido en avanzar la dilatación 4 cm.

	l paras	X paras
Menos de 1 hora	0	0
de 1 - 3 horas	3	8
de 3 - 5 ,,	5	8
de 5 - 7 ,,	6	3
de 7 - 10 ,,	7	1
de 10 - 12 ,,	0	2
más de 12 ,,	16	3
Total	37	25

Van siendo cada vez menor el número de pacientes que , durante el tiempo de observación , lograron que la dilatación avanzara bastante . Por lo general no se esperó tanto tiempo y se hizo estimulación .

T A B L A XI

Tiempo invertido en avanzar la dilatación 5 cm.

	l paras	X paras
Menos de 1 hora	0	2
de 1 - 3 horas	1	3
de 3 - 5 ,,	7	3
de 5 - 7 ,,	1	4
de 7 - 10 ,,	2	2
de 10 - 12 ,,	2	0
más de 12 ,,	7	3
Total	20	17

T A B L A XII

Tiempo invertido en avanzar la dilatación 6 cm.

	l paras	X paras
Menos de 1 hora	0	1
de 1 - 3 horas	2	4
de 3 - 5 ,,	3	1
de 5 - 7 ,,	1	1
de 7 - 10 ,,	2	1
de 10 - 12 ,,	0	1
más de 12 ,,	10	6
Total	18	15

T A B L A XIII

Tiempo invertido en avanzar la dilatación 7 cm.

	l paras	X paras
Menos de 1 hora	0	0
de 1 - 3 horas	1	2
de 3 - 5 ,,	3	1
de 5 - 7 ,,	3	2
de 7 - 10 ,,	0	3
de 10 - 12 ,,	1	0
más de 12 ,,	4	3
Total	12	11

T A B L A X I V

Tiempo invertido en progresar la dilatación 8 cm.

	l paras	X paras
Menos de 1 hora	0	0
de 1 - 3 horas	1	4
de 3 - 5 ,,	1	1
de 5 - 7 ,,	1	1
de 7 - 10 ,,	4	0
de 10 - 12 ,,	1	0
más de 12 ,,	6	3
Total	14	9

T A B L A X V

Tiempo invertido en hacer la dilatación completa desde 1 cm

	l paras	X paras
Menos de 1 hora	0	0
de 1 - 3 horas	0	0
de 3 - 5 ,,	0	0
de 5 - 7 ,,	0	0
de 7 - 10 ,,	0	0
de 10 - 12 ,,	1	1
más de 12 ,,	13	4
Total	14	5

(Hay , además , 15 pacientes en las que faltaban datos precisos

Se trata de mostrar , al presentar los datos estadísticos anteriores , el tiempo que tardó en avanzar la dilatación en los partos estimulados posteriormente , a fin de establecer comparación con la marcha de los mismos después del goteo ocitócico .

c).- Avance de la dilatación durante el tiempo de observación .T A B L A X V I

Avance de la dilatación en las observadas durante una hora

	l paras	X paras
0 cm.	46	233
1 cm.	2	21
2 cm.	3	10
3 cm.	0	5
4 cm.	1	0
5 cm.	0	2
6 cm.	0	1
7 cm.	0	0
8 cm.	0	0
9 cm.	0	0
Total	52	272

Nótese el gran número de pacientes que , habiendo permanecido una hora en observación , continuaban sin modificarse la dilatación de cuello . En realidad tan solo en algunas multíparas avanzó uno ó dos centímetros ; excepcionalmente el avance fué algo mayor .

T A B L A X V I I

Avance de la dilatación en las observadas 2 horas

	l paras	X paras
0 cm.	51	95
1 cm.	10	34
2 cm.	4	15
3 cm.	1	7
4 cm.	1	6
5 cm.	1	1
6 cm.	2	4
7 cm.	1	2
8 cm.	0	2
9 cm.	0	0
10 cm.	0	0
Total	71	166

T A B L A XVIII

Avance de la dilatación en las observadas 3 horas

	1 paras	X paras
0 cm.	28	40
1 cm.	9	34
2 cm.	6	12
3 cm.	2	4
4 cm.	1	2
5 cm.	0	2
6 cm.	0	0
7 cm.	0	1
8 cm.	1	2
9 cm.	0	0
10 cm.	0	0
Total	47	97

Obsérvese que , cuando progresó el parto después de una observación de 3 horas , excepcionalmente el avance fué superior a tres centímetros . Y nótese que en muy pocos casos , primíparas ni multíparas , se dilató el cuello más de 5 cm. en este tiempo; es decir , que si la dilatación al comenzar era menor de 5 cm. , es muy poco frecuente que en tres horas se alcance la dilatación completa .

T A B L A XIX

Avance de la dilatación en las observadas 4 horas

	1 paras	X paras
0 cm.	16	26
1 cm.	7	11
2 cm.	7	6
3 cm.	5	0
4 cm.	5	6
5 cm.	4	3
6 cm.	1	0
7 cm.	1	1
8 cm.	0	0
9 cm.	0	0
10 cm.	0	0
Total	46	53

T A B L A XX

Avance de la dilatación en las observadas 5 horas

	l paras	X paras
0 cm.	13	14
1 cm.	7	3
2 cm.	6	5
3 cm.	5	2
4 cm.	0	2
5 cm.	3	0
6 cm.	2	1
7 cm.	2	0
8 cm.	1	0
9 cm.	0	0
10 cm.	0	0
Sin datos	-	2
Total	39	29

T A B L A XXI

Avance de la dilatación en las observadas 6 horas

	l paras	X paras
0 cm.	10	13
1 cm.	3	6
2 cm.	3	1
3 cm.	2	4
4 cm.	5	1
5 cm.	1	3
6 cm.	1	1
7 cm.	2	1
8 cm.	0	1
9 cm.	0	0
10 cm.	0	0
Total	27	31

T A B L A XXIII

Avance de la dilatación en las observadas 7 horas

	l paras	X paras
0 cm .	8	7
1 cm.	2	0
2 cm.	2	2
3 cm.	1	0
4 cm.	2	0
5 cm.	0	1
6 cm.	1	0
7 cm.	0	1
8 cm.	1	0
9 cm.	0	0
10 cm.	0	0
Total	17	11

T A B L A XXIII

Avance de la dilatación en las observadas 8 horas

	l paras	X paras
0 cm.	5	6
1 cm.	3	5
2 cm.	5	2
3 cm.	2	2
4 cm.	3	0
5 cm.	1	0
6 cm.	2	0
7 cm.	1	2
8 cm.	1	0
9 cm.	0	0
10 cm.	0	0
Total	23	17

T A B L A XXIV

Avance de la dilatación en las observadas 9 horas

	l paras	X paras
0 cm.	4	2
1 cm.	6	7
2 cm.	5	1
3 cm.	2	1
4 cm.	1	0
5 cm.	0	0
6 cm.	0	0
7 cm.	0	0
8 cm.	0	0
9 cm.	2	0
10 cm.	0	0
Total	20	11

T A B L A XXV

Avance de la dilatación en las observadas 10 horas

	l paras	X paras
0 cm.	3	5
1 cm.	2	2
2 cm.	2	2
3 cm.	3	0
4 cm.	2	1
5 cm.	4	2
6 cm.	1	1
7 cm.	0	1
8 cm.	2	0
9 cm.	0	0
10 cm.	0	0
Total	19	14

T A B L A XXVI

Avance de la dilatación en las observadas de 10 - 17 horas

	l paras	X paras
0 cm.	14	10
1 cm.	10	12
2 cm.	10	4
3 cm.	8	2
4 cm.	3	3
5 cm.	1	1
6 cm.	2	4
7 cm.	1	1
8 cm.	3	0
9 cm.	3	2
10 cm.	0	0
Total	55	39

T A B L A XXVII

Avance de la dilatación en las observadas de 17 - 24 horas

	l paras	X paras
0 cm.	3	4
1 cm.	5	3
2 cm.	6	2
3 cm.	5	2
4 cm.	4	1
5 cm.	1	0
6 cm.	2	1
7 cm.	3	2
8 cm.	0	1
9 cm.	3	1
10 cm.	0	0
Total	32	17

T A B L A XXVIII

Avance de la dilatación en las observadas más de 24 horas

	l paras	X paras
0 cm.	6	12
1 cm.	11	4
2 cm.	11	2
3 cm.	11	2
4 cm.	9	1
5 cm.	6	2
6 cm.	5	2
7 cm.	2	0
8 cm.	4	2
9 cm.	8	2
10 cm.	0	0
Total	73	29

d).- Comentario.

1).- Parece , a una superficial observación de las tablas anteriores , que la dilatación no se completa nunca espontaneamente y , por lo menos , que avances en la dilatación de 8 - 10 cm. no se observaron en casi ningún caso .

Esta observación es errónea porque : a). Son estadísticas de partos en los que se hizo estimulación de la dinámica después de algún tiempo de observación . Había otros partos en que la dilatación se completó y no se hizo estimulación . Esta no es la marcha de los partos en general sino de los partos en los que se hizo estimulación . b). La observación comenzó con parto ya iniciado , con dilatación de 3 , 4 , ó 5 cm.. En ninguno de estos casos pudo avanzar la dilatación más de 7 , 6 , ó 5 cm. porque eso es lo que faltaba para completarse . Y si se completó la dilatación no se hizo , casi nunca , estimulación .

2).- Después de la salvedad anterior conviene insistir en la nula o lenta progresión de los partos antes de hacer la estimulación de la dinámica . Sobre todo en primíparas , pero también en multíparas . Aunque hubo , es cierto , muchas parturientas en las que no se hizo estimulación y la dilatación se completó espontáneamente , no es menos cierto que los partos aquí analizados son, aproximadamente , la mitad de los asistidos en la clínica .

En la tabla general pueden verse agrupadas estas circunstancias .

Las figuras 1 , 2 , 3 y 4 corresponden a tocogramas de primíparas cuyos partos se dejaron evolucionar de modo espontaneo y sin interferencias de ningún tipo . Las figuras 5 , 6 , 7 y 8 son tocogramas de multíparas cuyos partos evolucionaron así mismo sin intervención extraña alguna . Unas y otras corresponden a los diversos tipos evolutivos que pueden considerarse como más usuales.

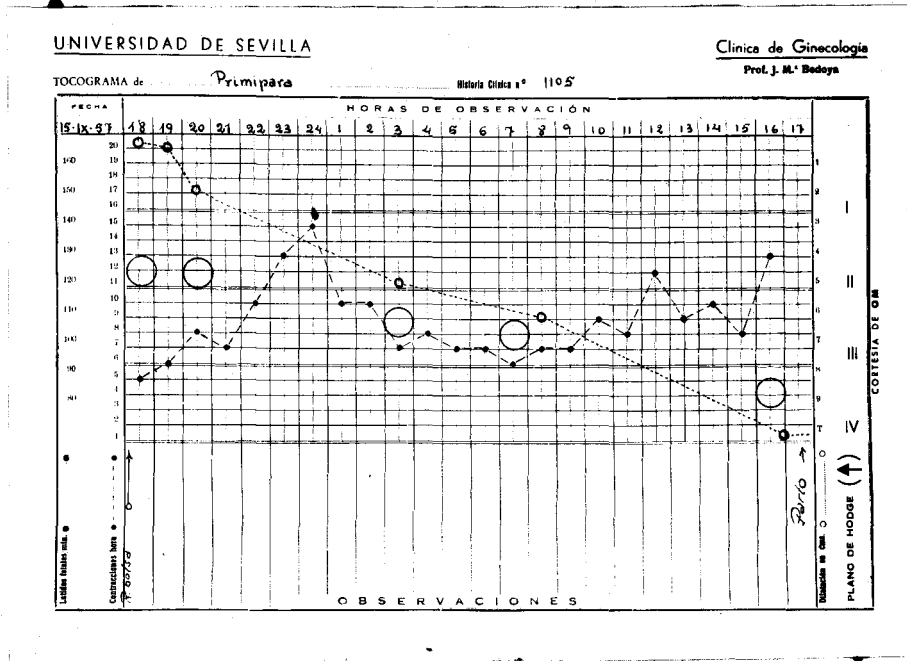


Fig. 1. Típico parto de primípara.

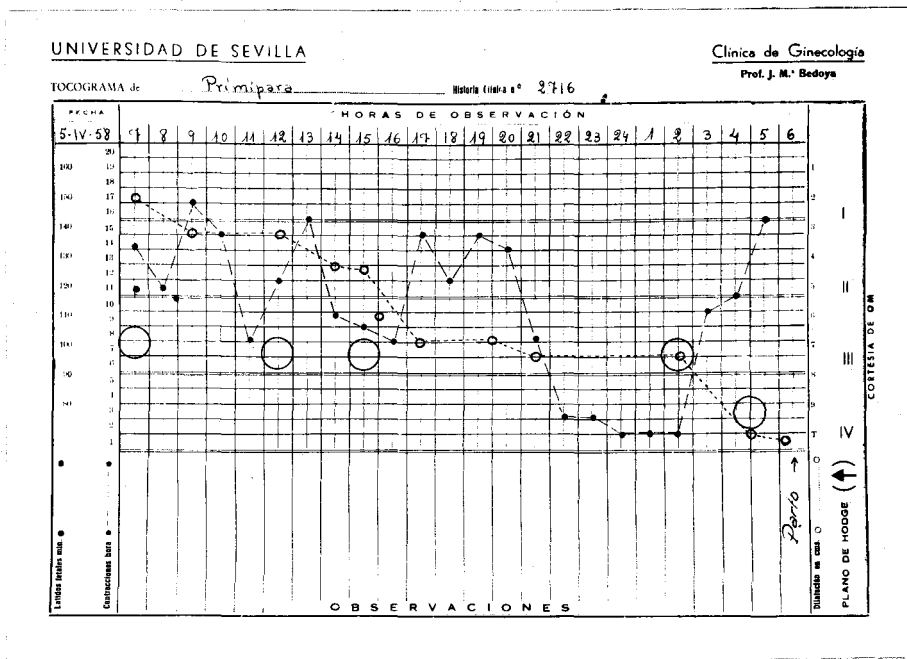


Fig. 2. Otro parto usual en primípara.

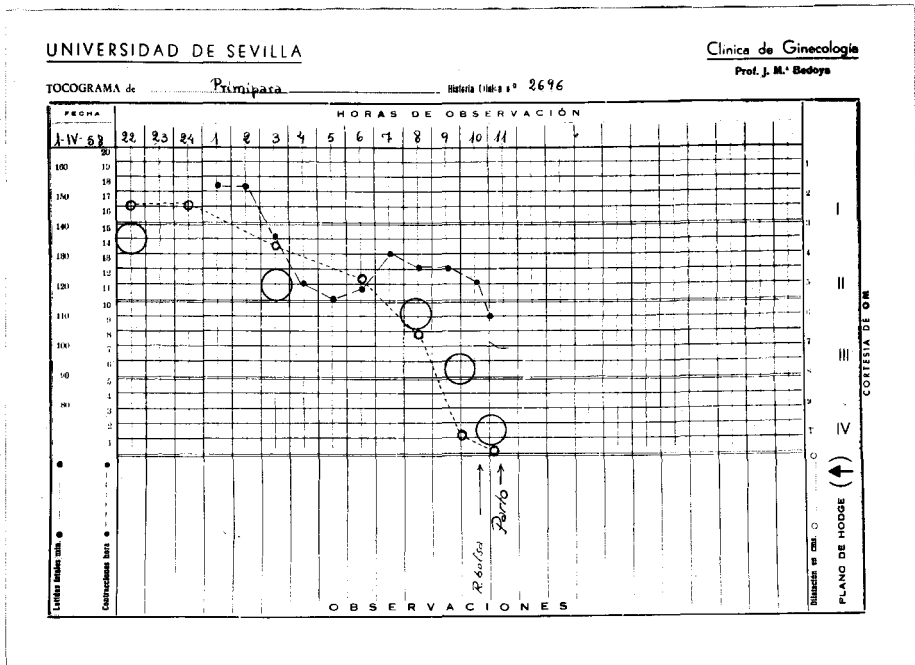


Fig. 3. Parto frecuente en primíparas.

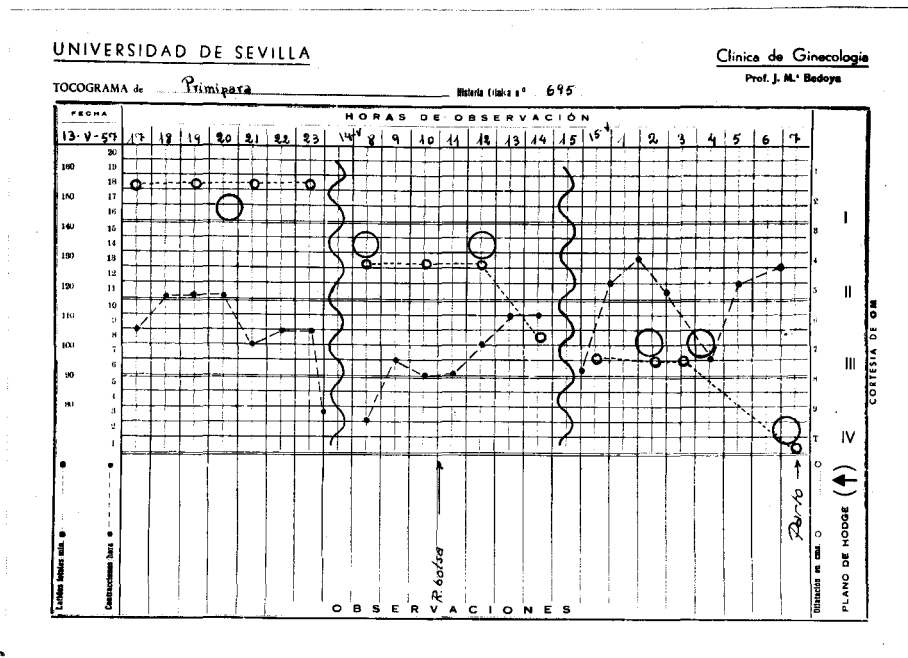


Fig. 4. No son raros partos como este en primíparas.

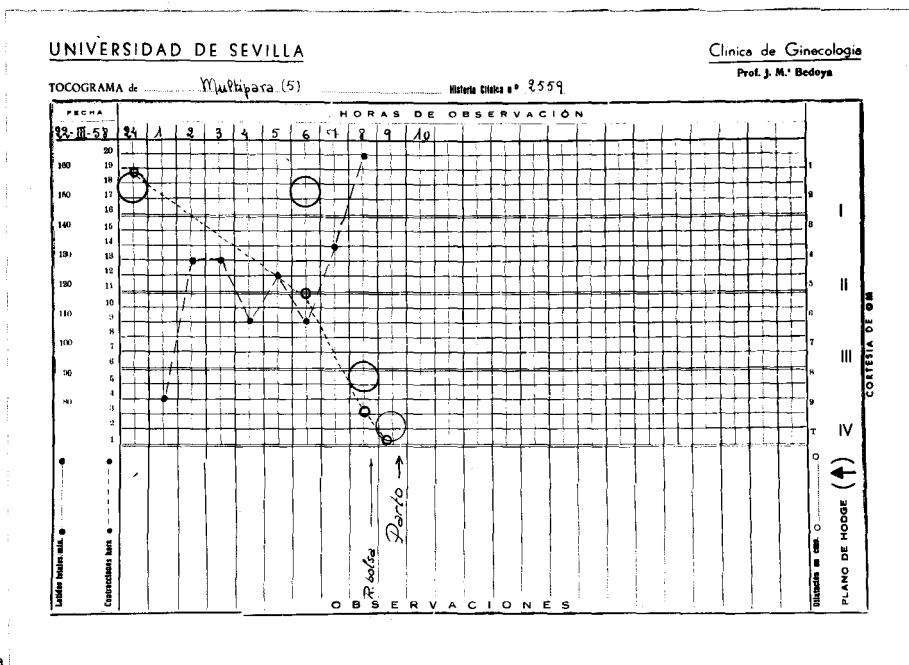


Fig. 5. En las múltiparas los partos suelen ser así.

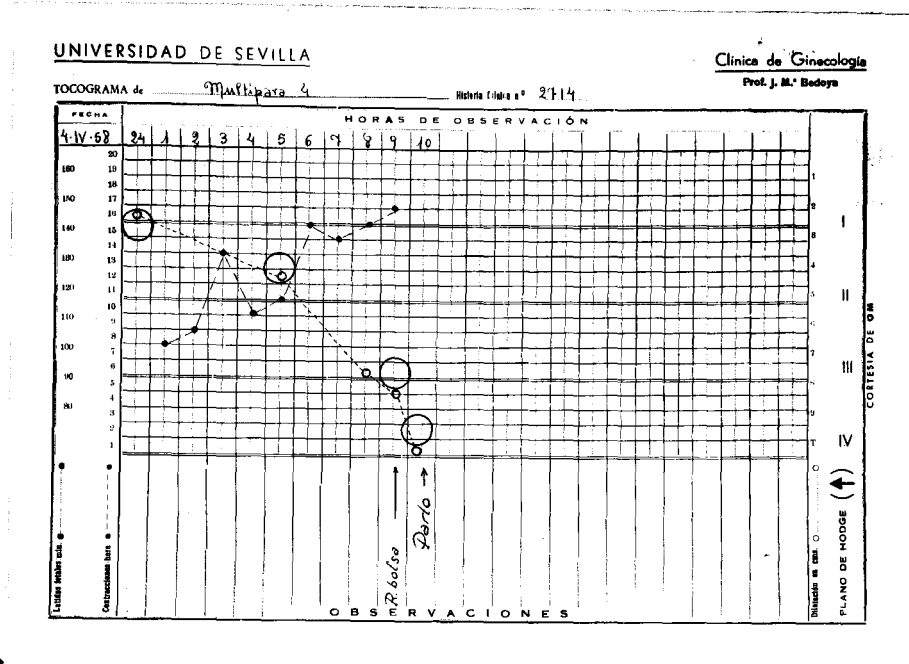


Fig. 6. No son raros los partos en múltiparas que evolucionan de este modo.

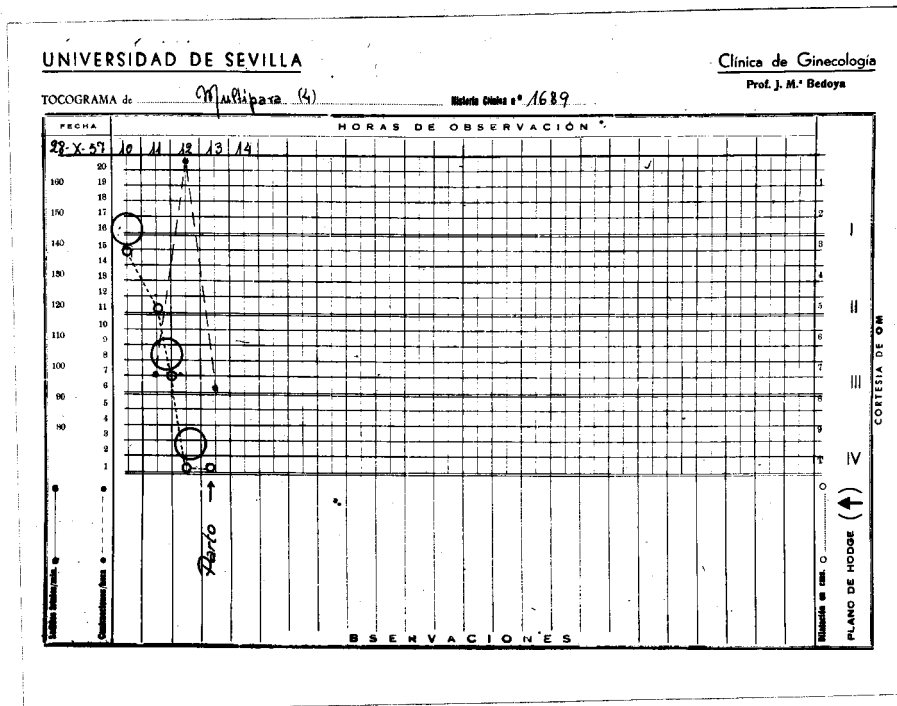


Fig. 7. Alguna vez el parto en multíparas evoluciona con rapidez ...

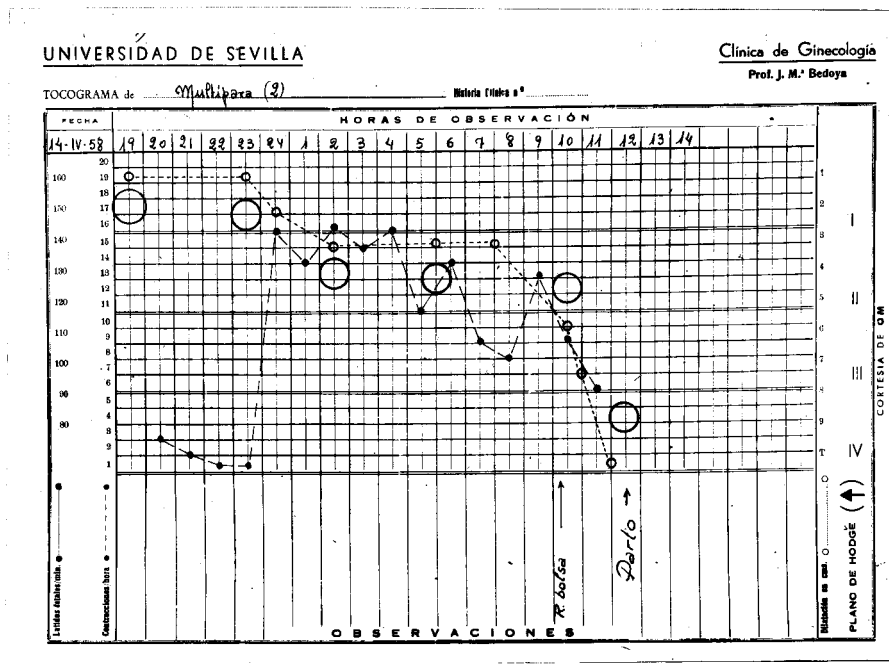


Fig. 8. Pero otras veces tarda , en multíparas tanto como en este caso.

4º).- R e s u l t a d o s .A).- De la estimulación .

En las tablas siguientes agrupamos los resultados en la evolución del parto tal como se dedujo del análisis de los tocogramas correspondientes .

Tenemos en cuenta solamente la marcha de la dilatación porque es la más directamente influida por la dinámica uterina . En el periodo expulsivo intervienen ya otros muchos factores (colaboración de la musculatura abdominal , resistencias mecánicas del canal obstétrico , tamaño fetal , tipo y evolución de la presentación, etc.) y los resultados pueden ser así parcialmente enmascarados .

A fin de conocer el papel de la rotura de la bolsa , hemos analizado , independientemente , los casos con bolsa íntegra y bolsa rota .

Nótese que en las multíparas , como el parto suele evolucionar con rapidez , hemos analizado los tiempos de 1/2 en 1/2 hora , mientras que en las primíparas lo hacemos de hora en hora .

T A B L A X X X I XTiempo transcurrido desde 2 cm. hasta dilatación completa

	I paras			X paras	
	bolsa int.	bolsa rota		bolsa int.	bolsa rota
0 - 1 hora	9	6	de 0 - 30'	40	25
1 - 2 ,,	21	8	30' - 1 h.	66	31
2 - 3 ,,	18	6	1 h. - 1'30	39	19
3 - 4 ,,	17	11	1'30 - 2	30	11
4 - 5 ,,	15	10	2 - 2'30	17	10
más de 5,,	35	23	2'30 - 3	25	4
			más de 3	30	17
Total	115	64	Total	247	117

En las primíparas el " record " de rapidez fué de 10 minutos con bolsa rota ; estando la bolsa íntegra la mayor rapidez en la dilatación fué de 15 minutos .

Entre las multíparas hubo dos que completaron la dilatación en cinco minutos (bolsa rota) y bastantes casos (8) que la lograron en diez minutos .

De las primíparas que tardaron más de 5 horas , hay 19 que la completaron antes de 7 horas . En 16 había una desproporción pelvicocefálica , que demostró después la radiopelvimetría , y hubo de hacerse cesárea en 14 y dos sinfisiotomías . En 16 casos se hizo goteo tímido , y no se logró un número adecuado de contracciones . Hay 4 casos en los que por varias razones (obstrucción de la aguja , resistencia de la enferma , sufrimiento fetal o miedo del asistente) se interrumpió el goteo . En otra no hemos podido aclarar el motivo de la prolongación del parto .

Nótese que de 179 primíparas , 121 (67%) completaron la dilatación en menos de 5 horas y que en muchas de las restantes había razones suficientes que justificaban el retraso . Puede contarse , pues , que con una estimulación correctamente realizada y si no hay algún obstáculo mecánico , el cuello de una primípara completa la dilatación , partiendo de 2 cm. , en menos de 5 horas . Y cuando esto no sucede así , hay que analizar cuidadosamente el caso .

De las multíparas que tardaron más de 3 horas , hay 19 que tardaron menos de 4 horas , y en 11 más se completó antes de 6 horas . En 5 había una desproporción . En 4 se suspendió el goteo al poco tiempo de iniciado y en 5 más el goteo fué tímido y se obtuvieron pocas contracciones .

Osérvese que de 364 multíparas , el cuello hizo toda la dilatación en menos de tres horas en 317 casos (87%) y que en muchos de los restantes casos había razones que explicaron este retraso . Las mismas consideraciones que en las primíparas , pueden hacerse en las multíparas sustituyendo la cifra de 5 horas por la de 3 horas .

Compárese esta tabla con las de evolución espontanea para ver cuánto tarda en hacerse la dilatación completa desde 2 - 3 cm. sin goteo ocitócico .

T A B L A X X X

Tiempo transcurrido desde 3 - 4 cm. hasta dilatación completa

	I paras		X paras		
	bolsa int.	bolsa rota	bolsa int.	bolsa rota	
0 - 1 horas	15	14	0 - 30'	55	34
1 - 2 ,,	16	17	30' - 1 h.	46	23
2 - 3 ,,	11	11	1 h.- 1'30	22	10
3 - 4 ,,	9	4	1'30- 2	4	5
4 - 5 ,,	4	4	2 - 2'30	5	6
más de 5,	1 o	14	2'30- 3	9	1
			más de 3	<u>9</u>	<u>6</u>
Total	63	64	Total	150	75

El periodo de dilatación más rápido en una primípara duró 5 minutos , con bolsa rota . Hay dos o tres con duración de 15 minutos , En las multíparas en estas condiciones no es raro observar partos muy rápidos después de la estimulación . Hubo 11 casos en que duró la dilatación 5 minutos (5 con bolsa íntegra y 6 con bolsa rota) , y muchos más en que se completó en 8 - 10 minutos .

De las 24 primíparas que no completaron la dilatación en 5 horas , en 11 se completó una hora más tarde (6 horas) , en 6 había una desproporción ignorada que se comprobó por radiografía en el parto (5 cesáreas y una sinfisiotomía) y en 4 el goteo fué " tímido " .

Hubo 15 multíparas que no completaron la dilatación en 3 horas . Pero en 5 se completó una hora después (4 horas) , en 4 se trataba de una desproporción no sospechada (3 sinfisiotomías y una cesárea) , en 4 retiraron el goteo por varias razones a las dos horas ; en 2 el parto fué espontáneo , pero el feto fué grande (¿ desproporción también ?) y la dilatación se prolongó 7 y 9 horas .

Es digno de observar que la mayoría de las primíparas con dilatación de 3 - 4 cm. la completan , bajo goteo ocitócico , antes de las cinco horas ; las multíparas antes de 3 horas . Y que , cuando así no sucede , es que hay algo anormal que obliga a considerar el caso , especialmente a analizar una posible desproporción .

Si se compara con la evolución espontánea de los partos se puede ver en que pocas primíparas avanza la dilatación 6 - 7 cm. en menos de 5 horas y en qué pocas multíparas sucede lo mismo en menos de 3 horas . Ciertamente que alguna vez sucede , pero lo que es excepcional cuando no se hace estimulación , es la regla cuando se hace ésta .

T A B L A XXXI

Tiempo transcurrido desde 5 - 6 cm. de dilatación hasta dilatación completa

1 paras	bolsa		X paras	bolsa	
	int.	rota		int.	rota
0 - 1 horas	18	22	0 - 30'	37	25
1 - 2 ,,	11	4	30' - 1 h.	10	3
2 - 3 ,,	6	7	1 - 1'30	6	4
3 - 4 ,,	3	9	1'30 - 2	2	0
4 - 5 ,,	2	5	2 - 2'30	0	0
más de 5,	2	2	2'30 - 3	3	1
			más de 3 horas	1	0
Total	42	49	Total	59	33

En este grupo abundan ya los partos cuya dilatación se completó en 5 - 10 minutos , tanto en primíparas como en multíparas.

Escasean mucho , en cambio , las primíparas que no la completaron en 5 horas (en dos se hizo cesárea , en una se completó a las 6 horas , otra tardó 8 horas por goteo tímido) .

La única multípara que tardó más de 3 horas la completó 1 hora más tarde .

El resultado de la estimulación en estos casos , con dilatación estacionaria o no , es espectacular . Especialmente en multíparas .

T A B L A X X X I I

Tiempo transcurrido desde 7 - 8 cm. de dilatación hasta dilatación completa

	I paras		X paras		
	bolsa int.	bolsa rota	bolsa int.	bolsa rota	
0 - 30'	4	11	0 - 30'	17	25
30' - 1 h.	4	10	30' - 1 h.	3	1
1 - 1'30	1	4	1 - 1'30	0	2
1'30 - 2	0	3	1'30 - 2	3	1
2 - 2'30	0	2	2'30 - 2'30	0	1
2'30 - 3	1	5	2'30 - 3	0	0
3 - 4	0	3	más de 3	0	1
4 - 5	1	1			
más de 5	0	4	Total	23	31
Total	11	43			

En una primípara , cuya dilatación no pasó de 7 cm. después de 5 horas , había una desproporción . De las otras tres en que no se completó la dilatación en 5 horas , el parto fué espontáneo a las 6 - 7 horas , y el feto era grande o el goteo tímido.

La única múltipara cuya dilatación no se completó en 3 horas tenía una desproporción ligera y hubo de hacerse sinfisiotomía .

Hay , además 23 primíparas y 10 múltiparas en las que la estimulación se inició cuando la dilatación se estimó casi completa, en 9 cm. . La evolución fué siempre rapidísima , como es de suponer .

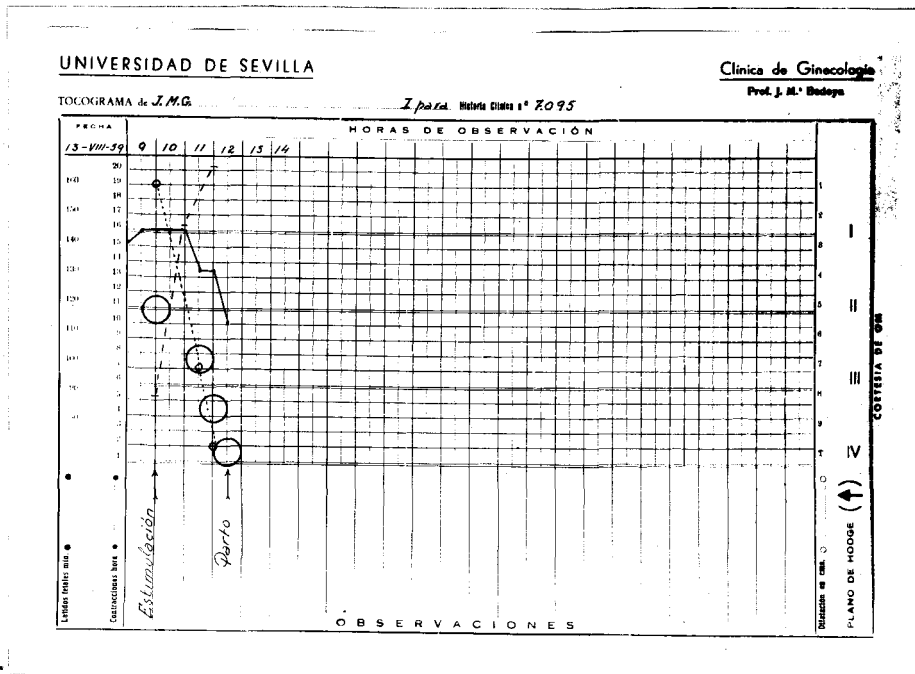


Fig. 9. Evolución del parto en primípara bajo estimulación con goteo ocitócico.

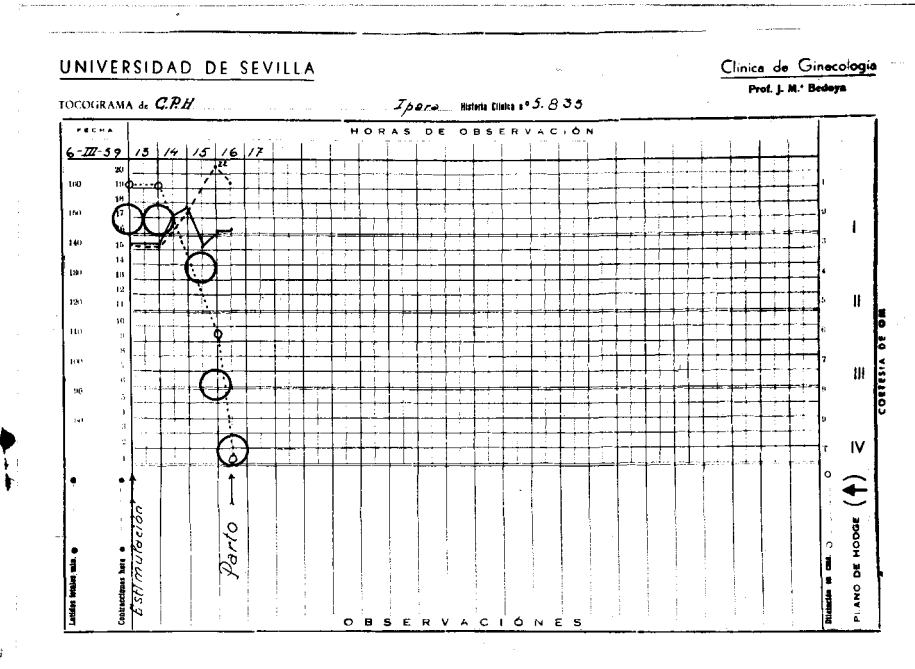


Fig. 10. Evolución del parto en primípara conducido con goteo ocitócico.

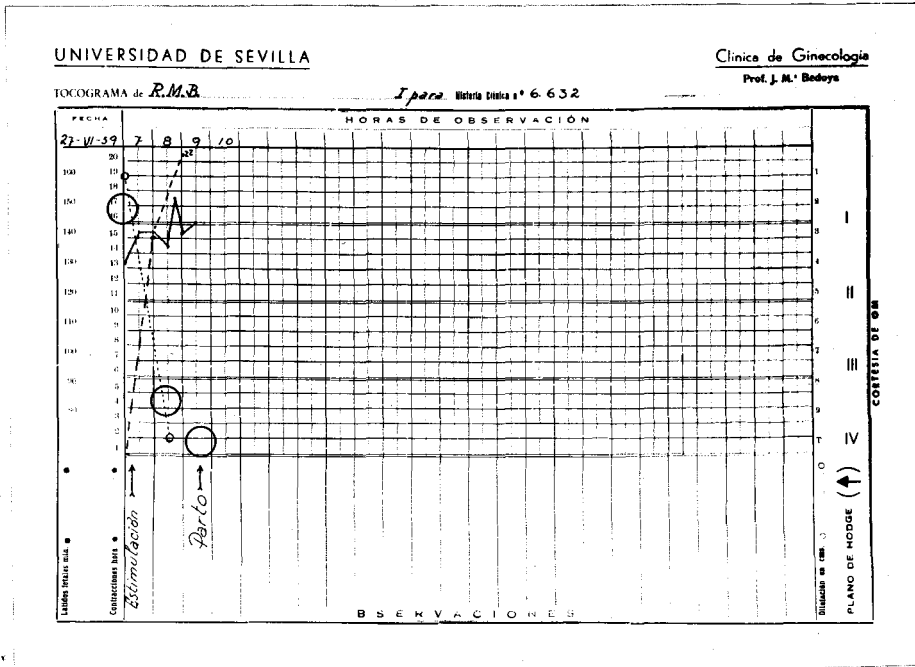


Fig. 11. Otro ejemplo de parto en primípara con goteo ocitócico.

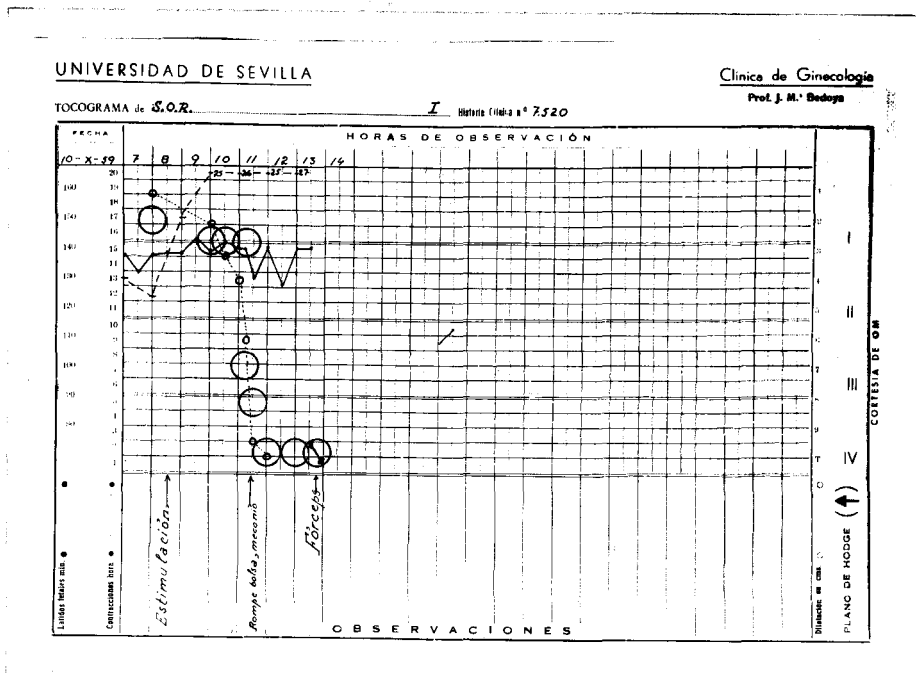


Fig. 12. El goteo ocitócico en una primípara.

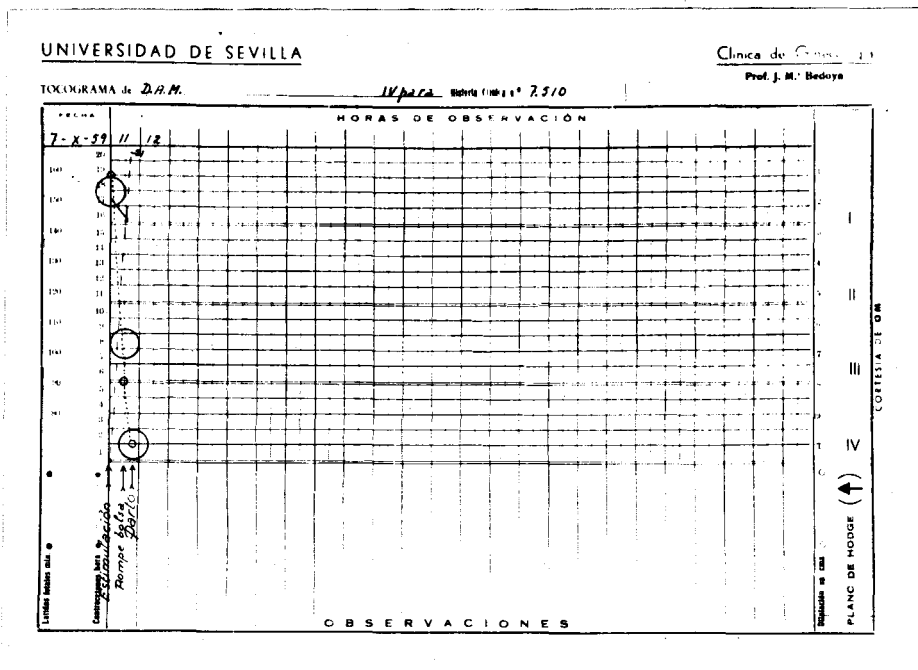


Fig. 13. El parto en una múltipara con estimulación por goteo ocitócico.

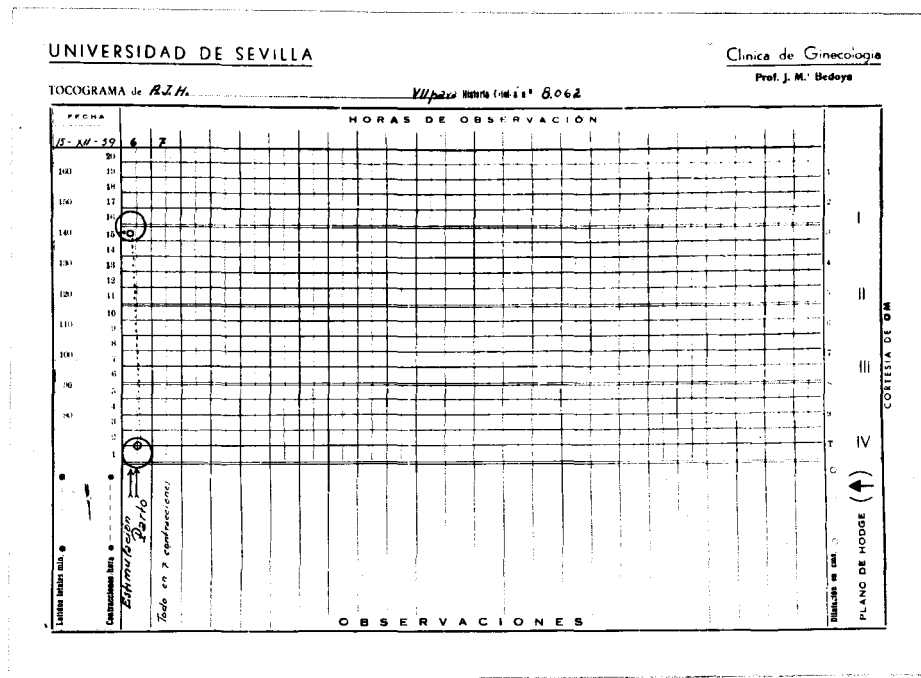


Fig. 14. Otro parto de múltipara con goteo ocitócico.

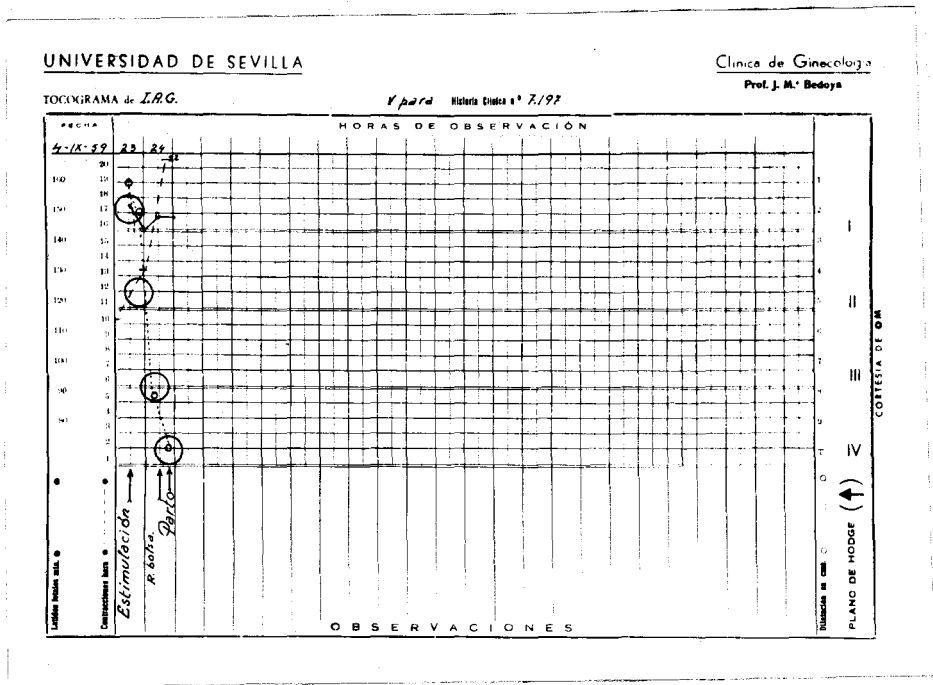


Fig.15. Parto en múltipara con goteo ocitócico.

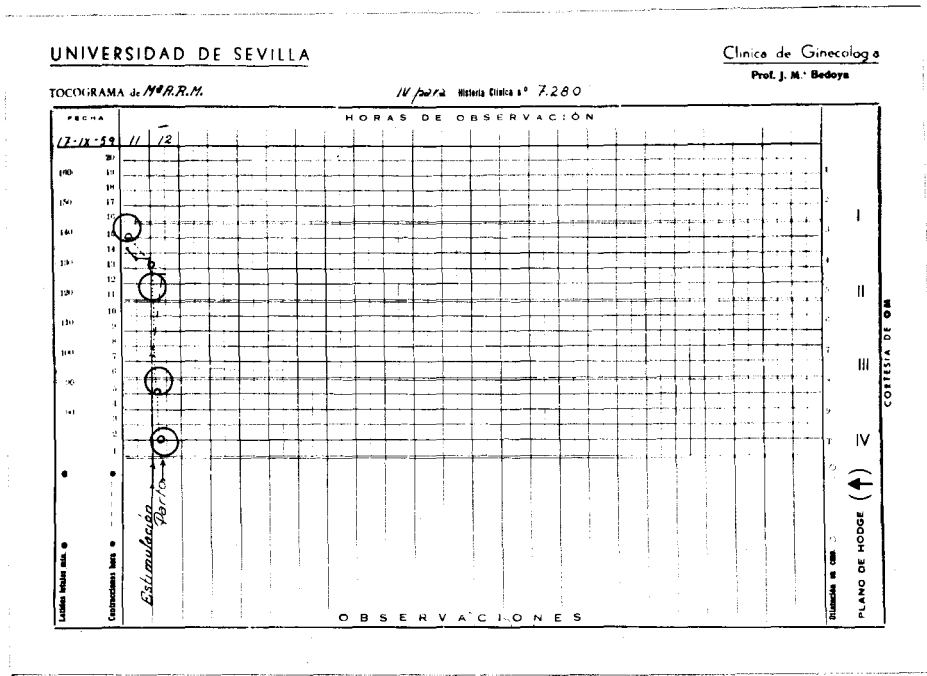


Fig. 16. Parto en múltipara con goteo de ocitócicos.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Clinica de Ginecología

Prof. J. M. Bodega

TOCOGRAMA de M.C.R.

III para Maternidad (libro) n° 3908

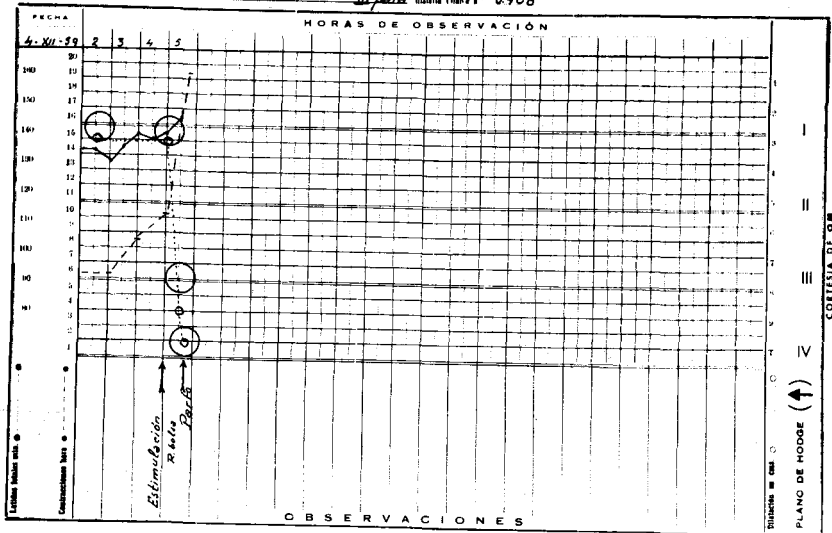


Fig. 17. Parto que no progresa en una múltipara y evolución rápida después del goteo ocitócico .

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Clinica de Ginecología

Prof. J. M. Bodega

TOCOGRAMA de R.J.S.

III para Maternidad (libro) n° 7919

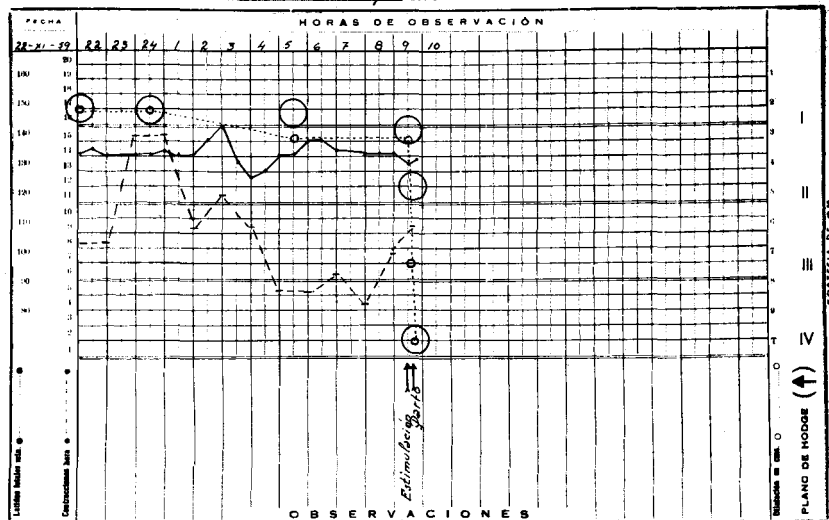


Fig.18. Claro ejemplo de parto de múltipara que no progresa (¿lo llamarían distocia de cuello ?) y evolución rápida con goteo ocitócico .

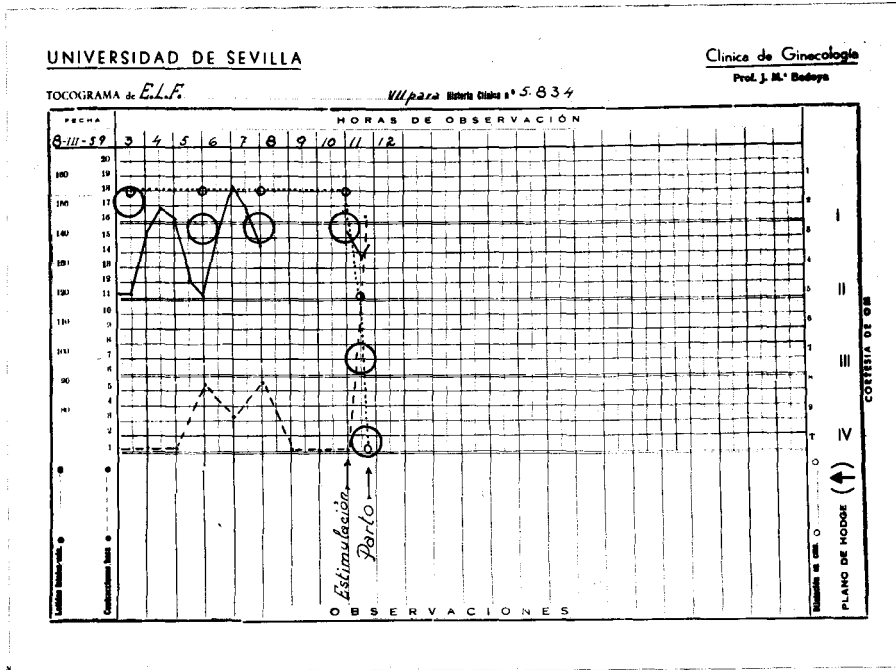


Fig.19. Parto que arranca lentamente, en múltipara, y evolución rápida con goteo ocitócico.

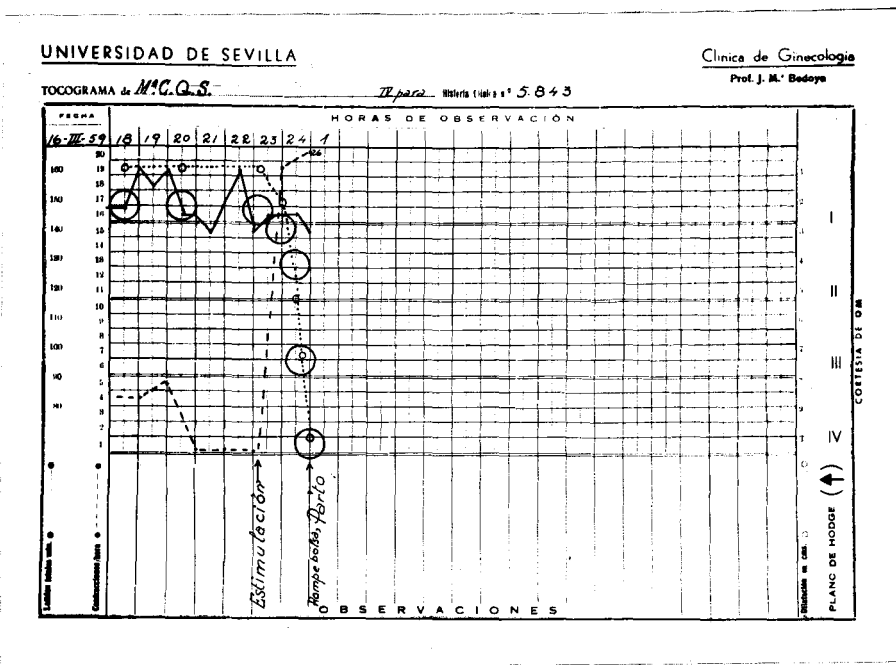


Fig.20. Otro ejemplo de parto que evoluciona rápido tras el goteo ocitócico.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Clinica de Ginecología

Prof. J. M. Bedoya

TOCOGRAMA de A.H.D

II para Historia Clínica nº 7867

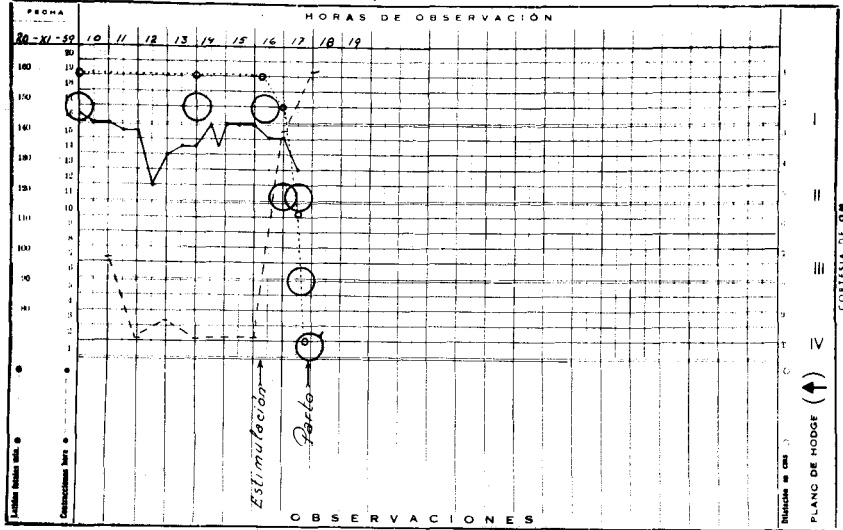


Fig.21. Parto de "arrancada lenta" que el goteo ocitócico termina con rapidez.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Clinica de Ginecología

Prof. J. M. Bedoya

TOCOGRAMA de M.M.N.G.

III para Historia Clínica nº 7933

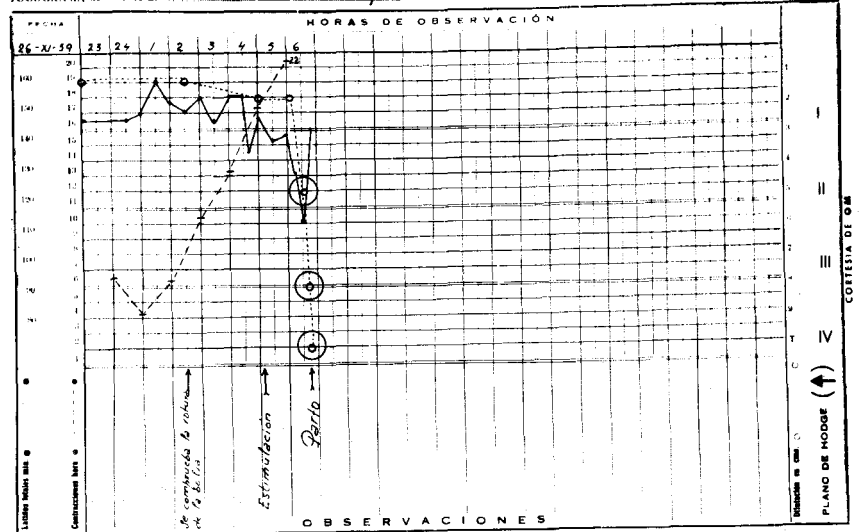


Fig.22. Parto que evoluciona muy lentamente hasta que se inicia el goteo ocitócico.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Clinica de Ginecología

TOCOGRAMA de C.G.R.

Ípara Historia Clínica nº 5.395

Prof. J. M. Bedoya

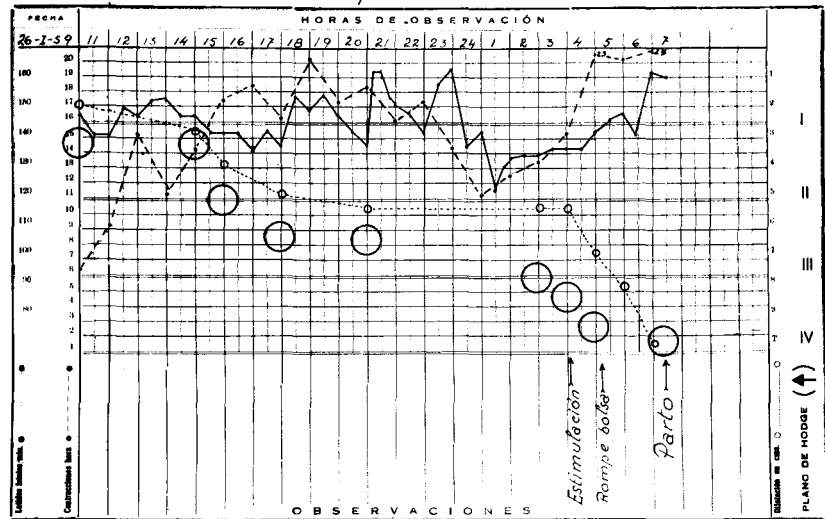


Fig.23. Típico ejemplo de dilatación estacionaria en primípara que progresa deprimida después del ocitócico.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Clinica de Ginecología

TOCOGRAMA de A.P.G.

Ípara Historia Clínica nº 5.290

Prof. J. M. Bedoya

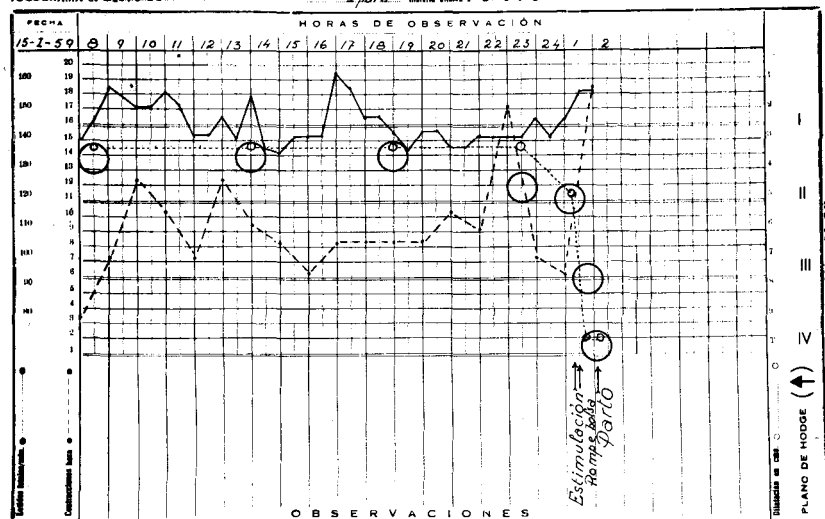


Fig.24. Otro ejemplo de lo que llamarían "distocia de cuello" que el goteo ocitócico resuelve con rapidez.

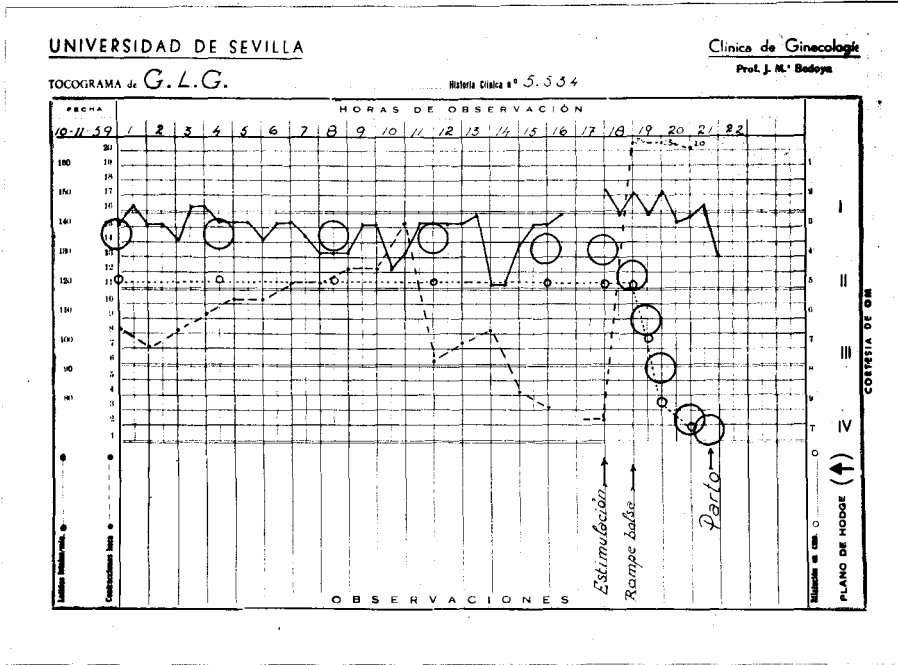


Fig.25. Buen ejemplo de cuello estacionario que dilata rápidamente con el goteo ocitócico.

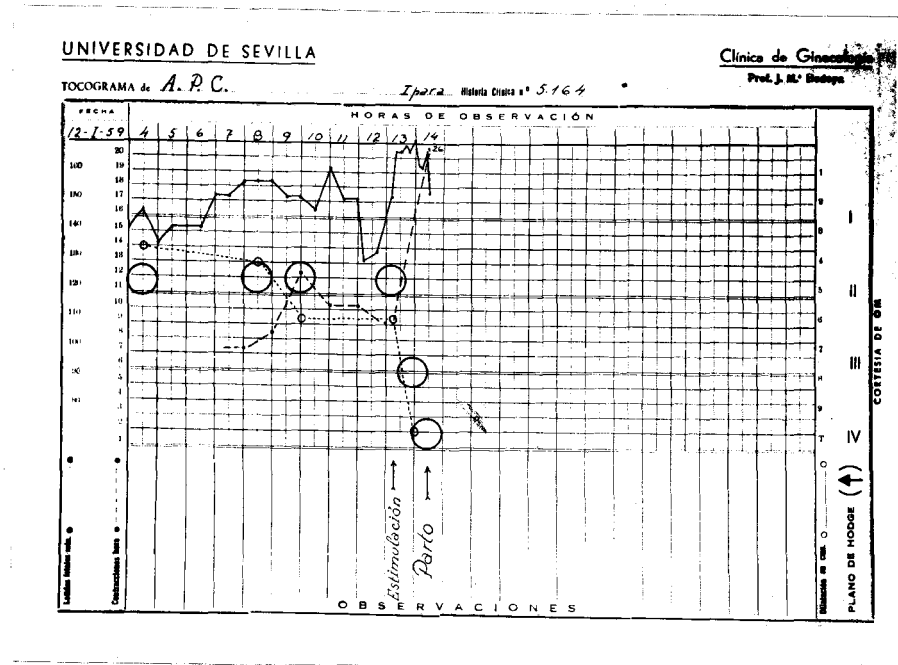


Fig.26. El parto de esta primípara evolucionaba lento y el cuello no dilataba ... hasta que se empleó el goteo ocitócico.

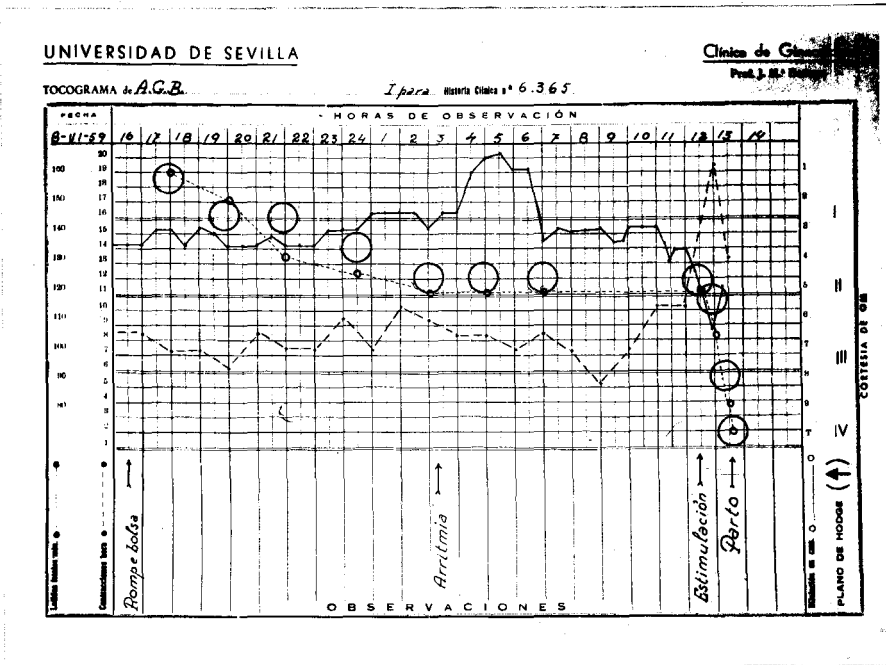


Fig.27. Una primípara más con lo que llamarían acaso " distocia de cuello " que dió a luz rápidamente después del goteo ocitócico.

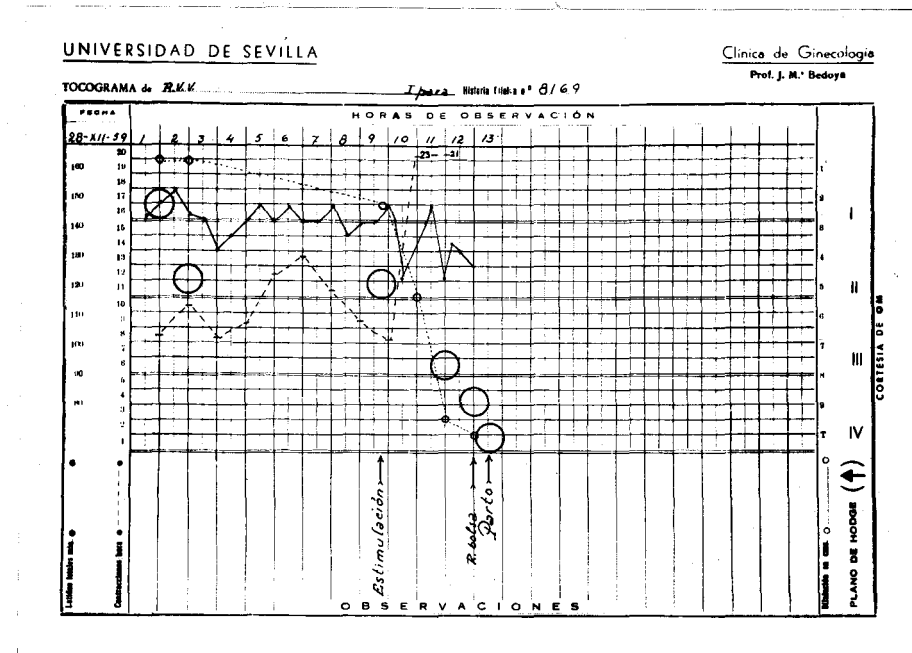


Fig.28. Parto de evolución lenta que se acelera claramente tras el goteo ocitócico.

B).- Cómo terminó el parto.

Hubo que hacer 35 cesáreas por las siguientes razones:

desproporción simple	16
„ „ + sufrimiento	11
nalgas	2
cesárea anterior	1
sufrimiento fetal sin desproporción	1
septum vaginal	1
mentoposterior	1
fiebre intrapartum y estancamiento	1
tumor previo	<u>1</u>
	35

Y 129 aplicaciones de forceps por los motivos siguientes:

falta de progresión	76
sufrimiento fetal	38
sufrimiento y falta de progresión	14
prolapso de cordón	<u>1</u>
	129

El forceps se empleó siempre que se creyó que las condiciones ortodoxas estaban cumplidas (dilatación completa y cabeza encajada) ; en otras ocasiones se hizo cesárea . Es cierto que alguna vez el forceps se empleó sobre cabezas más altas de lo que parecía . El error se observó , preferentemente , en partos laboriosos con cabeza moldeada ; entonces la cabeza no ha pasado aún cuando el punto guía llegue al III plano de Hodge , en contra del concepto clásicamente admitido .

Se hicieron también 17 sinfisiotomías (siempre por desproporción) y una basiotripsia , en desproporción , sobre feto muerto .

C).- El recién nacido.1) Mortalidad.

Entre los 1.500 goteos ocitócicos nacieron 60 fetos muertos en total , incluyendo en este número absolutamente a todos los nacidos con un peso superior a los 1.000 gr. que no estaba vivos al cumplir una semana de vida . Así pues , la mortalidad perinatal de este grupo fué de 4% .

Pero , claro está , esta mortalidad fetal no es atribuible, en la mayoría de las ocasiones , al goteo ocitócico .

a) Muertes fetales totalmente ajenas al goteo ocitócico.

Fetos muertos antes del goteo	30
Malformaciones incompatibles con la vida	2
Muertos en extracción de nalgas (retención de la cabeza última)	2
Rotura del cordón (cordón corto)	<u>1</u>
Total	35 (2 '33%)

b) Muertes dudosamente atribuibles al goteo ocitócico.

Prematuros, muertos después de dos días de vida	11
Muertos después de extracción con forceps	4
,, ,, de cesárea	2
Partos anteriormente maltratados	<u>4</u>
Total	21 (1 '40%)

c) Muerte durante el goteo ocitócico sin otra razón

manifiesta = 4 (0 '26 %)

Nótese que la mortalidad perinatal global en este grupo de partos fué semejante al usual en la clínica . Y el goteo ocitócico se empleó en todo tipo de pacientes ; a decir verdad si en alguna no se hizo fué , precisamente en los partos " buenos " .

Las muertes incluidas en el apartado a) no fueron , en ningún modo , atribuibles al goteo ocitócico ni tampoco a nuestra asistencia . Un número considerable (exactamente la mitad) estaban ya muertos por diversas causas (sífilis , eritroblastosis , partos mal conducidos etc. etc.) . Y tampoco los cinco muertos restantes pueden ser debidos al goteo ocitócico . Si descontamos estas muertes , la proporción de mortalidad fetal quedará reducida al 166 %

Pero todavía hay un grupo de nacidos muertos cuya muerte es difícilmente atribuible al goteo ocitócico ó , a lo sumo , el papel de éste es limitado :

1) En los prematuros que murieron días después de nacer , la causa principal de la muerte fué la prematuridad (los prematuros que nacen de parto espontáneo se mueren también en proporción elevada) ; el goteo ocitócico pudiera , acaso , aumentar algo los riesgos de hemorragia cerebral (poco probable) . También podría aumentar el número de prematuros por hacer inducciones antes del término del embarazo ; hemos procurado siempre evitar esto pero , además , si hay algo verdaderamente difícil es desencadenar un parto , si no es inminente , antes del término .

2) Después de la extracción con forceps o en cesárea murieron 4 fetos . No resulta sencillo saber si la muerte fué por el goteo ocitócico o por la intervención , anestesia , etc.. Hay, asimismo, 4 fetos muertos en partos que habían sido largos antes del goteo ocitócico , infectados por numerosos tactos con escasa asepsia o fetos dañados después de luchar por vencer una desproporción

moderada que llegaron a nuestras manos después de vencida . Estos fetos toleran mal el goteo ocitócico y toleran mal el parto que falta y toleran mal cualquier cosa que se haga porque se están ya muriendo ; probablemente alguna de estas muertes ^{se} hubiera evitado habiendo utilizado un goteo ocitócico en el momento adecuado . Este grupo de muertes , no atribuible en su mayor parte al goteo ocitócico , constituye el 1'4 % de los nacidos muertos .

Quedan 4 fetos muertos , que fallecieron durante el goteo ocitócico , sin ^{más} razón conocida . La contractilidad fué normal y el goteo bien conducido , pero , como no encontramos motivo para descartarlos , tenemos que atribuir sus muertes al goteo ocitócico . Constituyen el 0'26 % . Hay que decir , sin embargo, que entre este 0'26 % habrá algún muerto por embarazo prolongado , o por diabetes , o por hipertensión , o por malformaciones ignoradas , o por otras muchísimas causas a las que se atribuyen por ahí las muertes fetales intrapartum cuando no se emplea el goteo ocitócico . ! La verdad es que ya nos conformaríamos con una mortalidad fetal por el parto del 0'26 % y con que esa fuera la mortalidad perinatal del país ! . En el parto , sin goteo ocitócico , también se mueren niños y , en proporción no inferior a ésta , desgraciadamente .

2).- Sufrimiento fetal .

En 170 casos (11%) hubo signos de sufrimiento fetal (bradicardia y/o meconio y/o arritmias) .

El sufrimiento se inició , con relación al empleo del goteo de ocitócico , en el momento expresado en la tabla .

T A B L A XXXIII

Momento de aparición del sufrimiento fetal después de iniciarse
el goteo ocitócico

Al comienzo mismo del goteo	31 casos
en la 1ª hora	41 ,,
en la 2ª ,,	24 ,,
en la 3ª ,,	21 ,,
en la 4ª ,,	16 ,,
en la 5ª ,,	12 ,,
en la 6ª ,,	10 ,,
en la 7ª ,,	9 ,,
en la 8ª ,,	3 ,,
en la 9ª ,,	1 ,,
en la 10ª ,,	0 ,,
después de 10 horas	2 ,,
Total	170

Como es poco frecuente que los partos se prolonguen mucho , también es poco frecuente el sufrimiento fetal después de 7 horas de goteo ocitócico . Pero es digno de observar que inmediatamente o en la 1ª hora es cuando la proporción es mayor .

T A B L A XXXIVMomento de aparición del sufrimiento según el estadio del parto.

Durante el periodo de dilatación	66
,, ,, expulsivo	104
con bolsa íntegra	19
con bolsa rota	151
,, ,, menos de 1 hora	66
,, ,, de 1 - 2 horas	9
,, ,, de 2 - 3 ,,	6
,, ,, de 3 - 4 ,,	2
,, ,, de 4 - 6 ,,	2
,, ,, más de 6 ,,	<u>66</u>
	151

en la 1ª hora del periodo expulsivo	63
,, 2ª ,, ,, ,,	27
,, 3ª ,, ,, ,,	5
,, 4ª ,, ,, ,,	5
,, 5ª ,, ,, ,,	1
,, 6ª ,, ,, ,,	1
después de 6 horas ,, ,,	2
	<u>104</u>

Conviene observar que , del mismo modo que en el parto espontáneo , el sufrimiento fetal se observa preferentemente después de la rotura de la bolsa . Es esta una razón de peso para no romper la bolsa artificialmente .

En la 1ª hora después de romper la bolsa se observan muchos sufrimientos fetales . Es que en la mayoría de los partos empieza entonces el periodo expulsivo y es también que el parto se completó , en muchísimos casos , en el transcurso de esa hora .

No es fácil , pues , decir si estos sufrimientos fetales se deben a la rotura de la bolsa en sí , al periodo expulsivo o a que después de una hora se han terminado ya muchos partos y el feto ya no puede sufrir .

De un modo más evidente aparece la importancia de la rotura de bolsa como factor de sufrimiento cuando transcurren más de 6 horas sin que el feto nazca . No se trata entonces del periodo expulsivo , pues cuando éste duró más de 6 horas no se b observaron muchos sufrimientos . Se trata de riesgos fetales acrecidos por la rotura de la bolsa antes de haber alcanzado la dilatación completa . En ocasiones se trata de desproporciones fetopelvianas como factor causal de la rotura intempestiva de bolsa y de sufrimiento fetal , pero ello no invalida el hecho de que hay mayores riesgos fetales cuando han transcurrido mucho tiempo desde la rotura de bolsa y , en consecuencia , debe mantenerse el criterio de no romper la bolsa durante la dilatación .

No parece que , en general , el goteo ocitócico bien conducido aumente la frecuencia de sufrimiento fetal .

La conducta que se siguió en los casos de sufrimiento fetal fué la siguiente :

Durante el periodo de dilatación.

- suprimir el goteo ocitócico	15	casos
- administrar O ₂ a la madre y seguir el goteo	40	,,
- cesárea por desproporción (parto de prueba)	10	,,
- cesárea sin desproporción	1	,,

Durante el periodo expulsivo.

- retirar el goteo ocitócico	3
- administrar O ₂ y seguir el goteo	28
- extracción con forceps	45
- ,, ,, ventosa	26
- cesárea	2
	<hr/>
	104

En esta conducta influyó , además del estadio evolutivo del parto , la intensidad del sufrimiento fetal . Bradicardias moderadas o líquido amniótico teñido de meconio con buenos tonos fetales , pueden permitir continuar el goteo administrando oxígeno a la madre . Al principio se suprimió demasiadas veces el goteo ocitócico cuando apareció algún signo de sufrimiento ; generalmente , durante el periodo de dilatación y con bolsa íntegra , son pasajeros .

En la última época la ventosa evitó casi todas las aplicaciones de forceps por sufrimiento fetal . No porque lo sustituyera sino porque evitó la aparición del sufrimiento .

Los resultados de este criterio fueron :

	<u>vivos</u>	<u>muertos</u>
parto espontáneo	84	3
extracción con forceps	43	2
ventosa	26	-
cesáreas	10	2
	<hr/>	<hr/>
	63	7

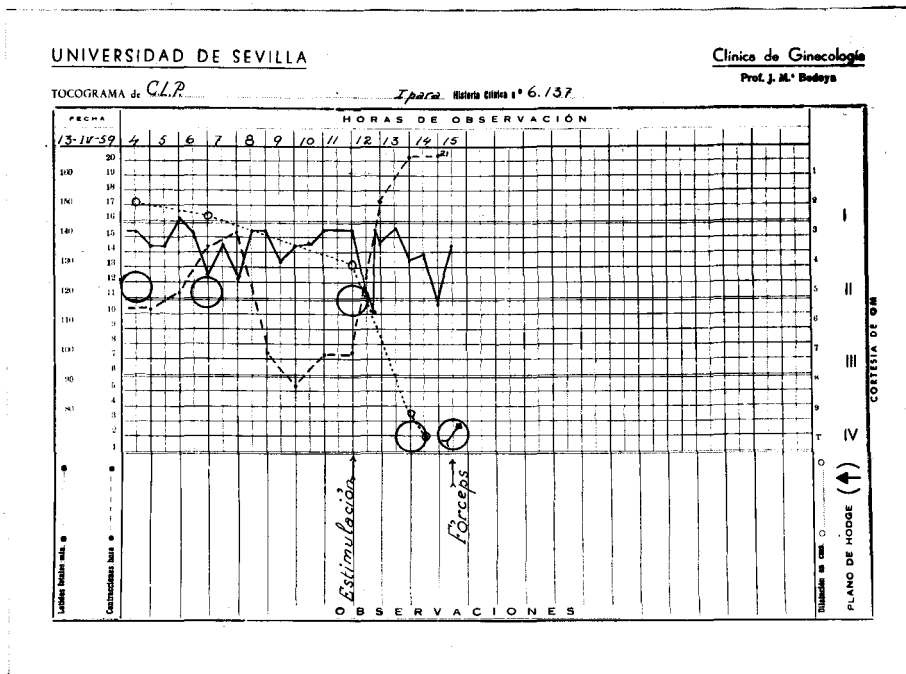


Fig.29. Evolución rápida de la dilatación tras goteo ocitócico. Un estancamiento de la cabeza en IV plano obliga a extraerla con fórceps.

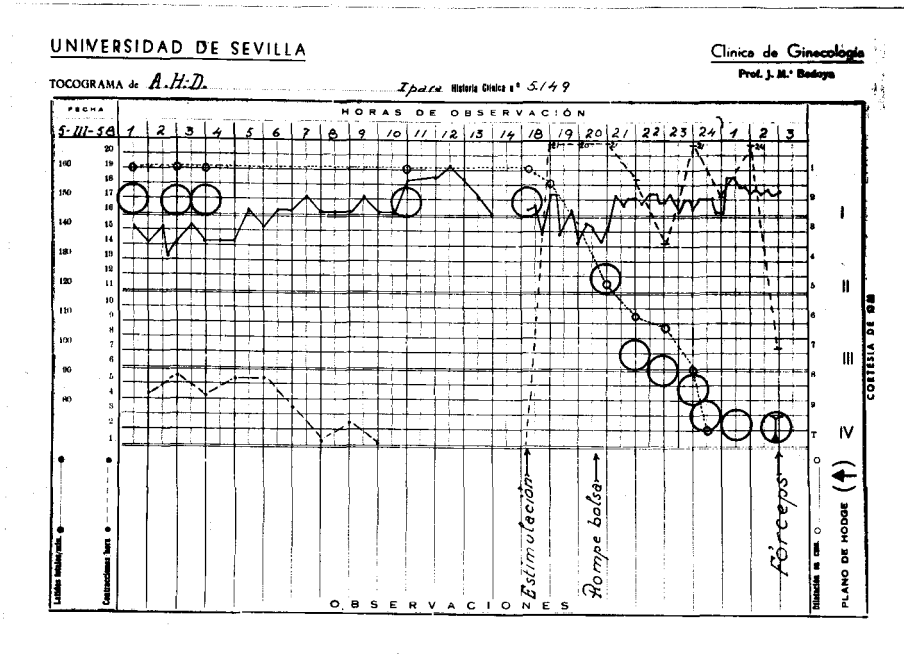


Fig.30. Otro ejemplo semejante al anterior.

D).- La madre.1) El alumbramiento.

Después del parto continuamos la infusión de goteo ocitócico durante el alumbramiento y algún tiempo después para asegurar la hemostasia .

El alumbramiento tuvo lugar del modo expuesto en la tabla.

T A B L A XXXV

Alumbramiento espontáneo	1.350
,, por maniobra de Credé	28
,, manual	23
,, por retraso en el alumbramiento	15
,, por hemorragia	6
,, después de forceps	2

2) Hemorragias.

En 38 casos hubo hemorragia de alumbramiento que constituyeron patología ; 21 antes de salir la placenta y 17 después . En 6 casos de estos la hemorragia fué grave , aunque no llegó nunca a poner en peligro la vida ni se perdió ninguna madre por esa causa .

Las causas de esta hemorragia fueron :

Desprendimiento placentario incompleto	8
Cotiledón retenido	3
Atonía post alumbramiento	14
Afibrinogenemia	1
Desgarros de cuello	1
,, de vagina	8
,, de vulva (clítoris)	3

En muchos de estos casos , especialmente en los desgarros , se habían hecho intervenciones vaginales (forceps) .

3) Lesiones maternas por el parto .

Episiotomía	160
Desgarros perineales	202
de 1º grado	131
de 2º ,,	62
de 3º ,,	9
Desgarros vulvovaginales	8
Desgarros de cuello (conocidos)	1

E).- El goteo ocitócico en los partos de prueba .

Dé una manera insistente se repite por cuantos se ocupan del empleo del goteo ocitócico que una desproporción fetopelvia-formal constituye una contraindicación para su empleo . Así fué establecido por Page (15) en 1.954 y el criterio es mantenido por otros muchos (Holmes (8), Stone y cols (18), Velika y (21) . Llevellyn - Jones (11)). Por el contrario , Lubin y cols (10) no creen que la desproporción pelvicocefálica constituya una contraindicación .

Esto es absolutamente cierto cuando la desproporción es de tal grado que no permita ni aconseje hacer parto de prueba ; entonces y con más razón aún , no debe empeararse el goteo de ocitócicos .

Cuando la desproporción es moderada y se considera conveniente hacer un parto de prueba , se puede emplear el goteo de ocitócicos . A condición , naturalmente , de conocer que los tiempos del parto se acortan considerablemente y que la prueba de parto debe acortarse también en igual proporción .

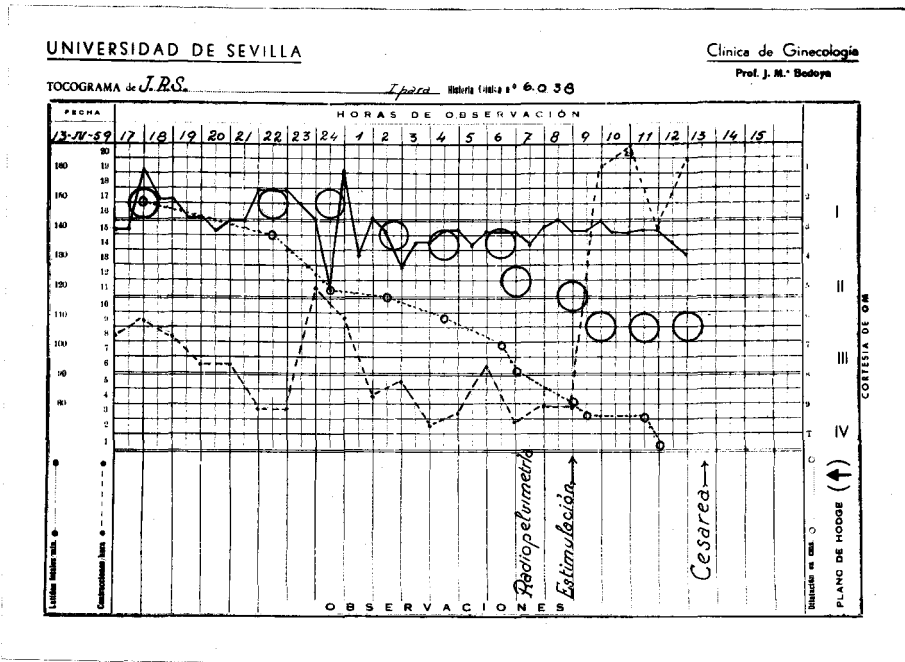


Fig.31. Parto de prueba con goteo ocitócico.

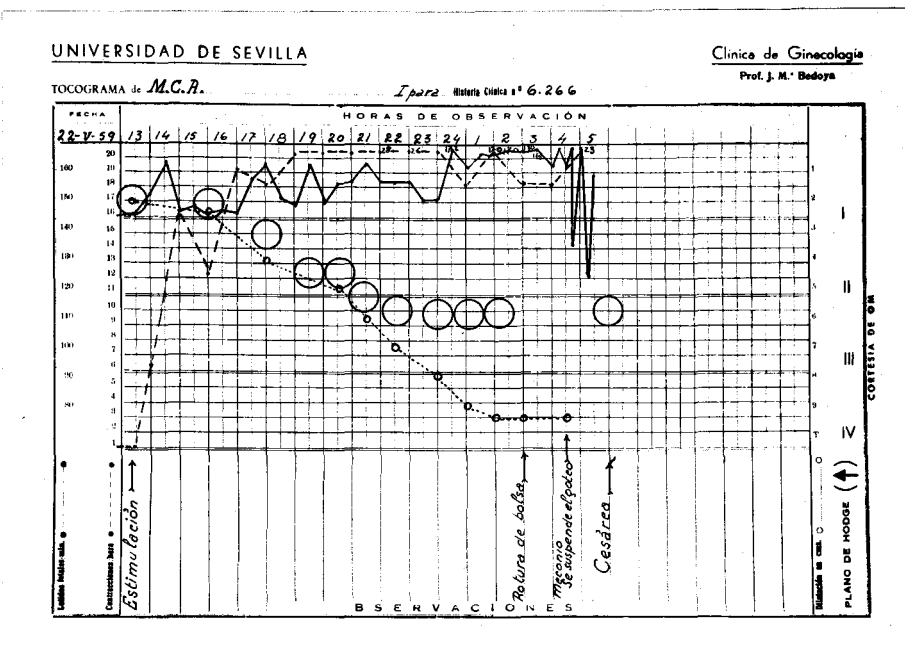


Fig.32. Parto de prueba con goteo ocitócico (excesivamente prolongado) que termina por cesárea.

Con esta salvedad el goteo de ocitócicos es , en realidad, imprescindible para hacer una prueba de parto correcta ; si no se cuenta con una buena dinámica el parto de prueba no se realiza .

Muchas veces , por otra parte , se trata de desproporciones pequeñas e ignoradas , que solo se sospechan cuando el parto , a pesar de una buena dinámica , no progresa correctamente . En realidad , pues , todos los partos son " partos de prueba " y una desproporción ligera solamente puede sospecharse con fundamento cuando el parto no progresa después de haber obtenido una buena dinámica uterina mediante el goteo ocitócico ; la radiopelvimetría aclara entonces el problema .

Consecuentes con estas ideas , hemos practicado el goteo de ocitócicos en 45 partos de prueba como indicamos en la tabla.

T A B L A XXXVI

Goteo ocitócico en desproporciones

desproporciones conocidas previamente	26
primíparas	20
multíparas	6
desproporciones ignoradas , conocidas después	19
primíparas	14
multíparas	5

En 42 de estos casos se hizo radiopelvimetría antes y/o durante el parto de prueba .

Se comprende que las desproporciones ignoradas se conocieran después porque el parto no progresaba correctamente . Probablemente hubo otras muchas que fueron vencidas y ni siquiera se

sospecharon ; otras , vencidas también , se sospecharon después por la anormal duración del parto y/o el excesivo moldeamiento fetal .

1) Modo de terminar el parto .

Cesárea	22
primíparas	20
multíparas	2
Sinfisiotomías	10
primíparas	5
multíparas	5
Forceps	6
primíparas	6

Parto espontáneo (eventualmente ventosa), 7

Se hizo cesárea o sinfisiotomía si la cabeza no se encajó o surgió sufrimiento fetal antes de ser accesible al forceps . El forceps solo se empleó cuando la dilatación era completa y la cabeza se había encajado (o , al menos así se creyó) . La ventosa solo se empleó con dilatación completa y cabeza visible.

2) El feto .

Hubo , en total , 3 fetos muertos entre estos 45 partos de prueba . Uno que llegó a la clínica con parto largo y dilatación completa , después de dos horas de estimulación se le hizo una extracción con forceps , probablemente más alta de lo que se creyó , y el feto nació muerto . Otro , empezado en la clínica , se hizo cesárea después de estimulación durante 6 horas y murió a los 6 días por hemorragia cerebral . El tercero , asimismo iniciado en la clínica , después de 6 horas de estimulación se hizo cesárea y no llegó a respirar .

La mortalidad fetal en el parto de prueba así conducido

fué , por tanto , de 6'6 % . Aunque no sea íntegramente atribuible al empleo del goteo ocitócico (un parto ya llegó avanzado a nosotros y la muerte del tercero no es claramente atribuible al goteo) esta mortalidad es elevada . Ya se sabe que el riesgo fetal es mayor en los partos de prueba , aunque no se empleen ocitócicos ; ello significa que debemos acortarlos y extremar la vigilancia de los signos de sufrimiento .

3) La madre .

No hemos anotado accidentes maternos en estos casos .

F).- El goteo ocitócico en presentaciones de frente y cara.

La situación obstétrica es , a este respecto , idéntica a las del apartado anterior . No hemos juzgado que las presentaciones de frente o cara contraindique el goteo ocitócico si decidimos hacer en ellas una prueba de parto y consideramos siempre como tales pruebas a todos los partos de frente o cara .

nº de casos	9
primíparas....	4
multíparas ...	5
partos espontáneos	4
primíparas ...	1
multíparas ...	3
cesáreas	4
primíparas ...	3
multíparas ...	1
forceps (en multíparas)	1

G).- El goteo ocitócico en las presentaciones pelvianas.

Cuando en una presentación pelviana se decide que el parto tenga lugar por vía vaginal , el goteo de ocitócicos **es** conveniente para contar con una buena dinámica . Es incomprensible el motivo por el que es considerada la presentación pelviana una contraindicación (H o l m e s (8) , L l e v e l y n - J o n e s (11)) . Lo hemos empleado en 38 casos del modo siguiente .

T A B L A XXXVIIGoteo ocitócico en presentación pleviana

primíparas	15
multíparas	23
Terminaron mediante cesárea (1 paras)	4
,, ,, ayuda manual	21
primíparas , 5	
multíparas , 16	
,, ,, maniobras de extracción , 13	
primíparas , 6	
multíparas , 7	
Petos muertos	4
Desgarros de cuello	1

Se hizo cesárea cuando la progresión del parto era lenta . (Por supuesto que se hacía siempre radiopelvimetría y se hacía cesárea en todas las pelvis algo reducidas , así como en las primíparas añosas) .

De los fetos muertos , uno tenía una mañformación grave , otro era prematuro (1.200 gr.) que murió a los dos días de nacer , el tercero , prematuro también (2.500 gr.) murió en la extracción de la cabeza última ; el último , maduro , murió también al extraer la cabeza . Ninguna muerte , por tanto , imputable al goteo ocitócico .

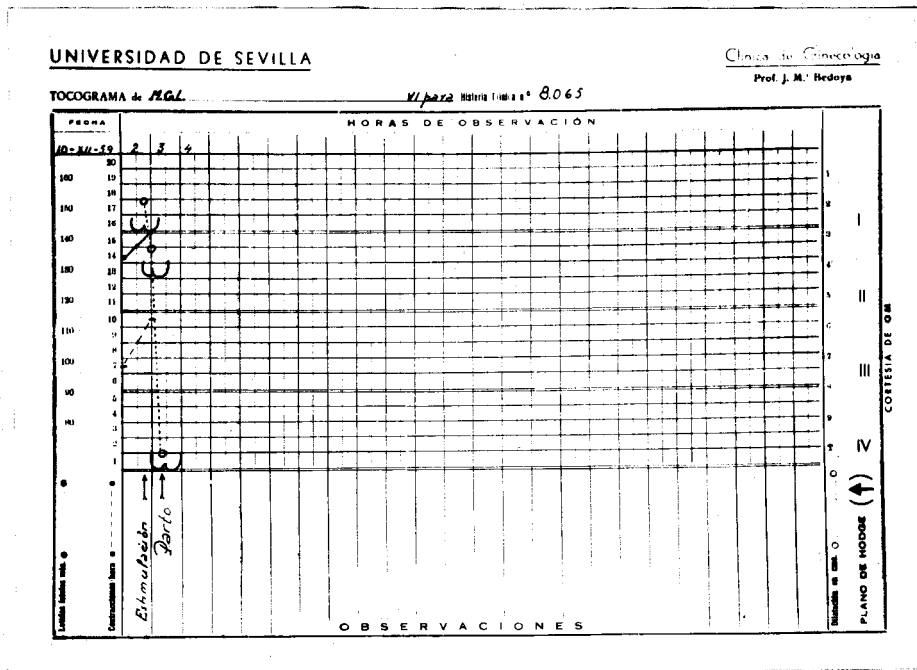


Fig.33. Parto rápido, en presentación pelviana, en múltipara, bajo goteo ocitócico.

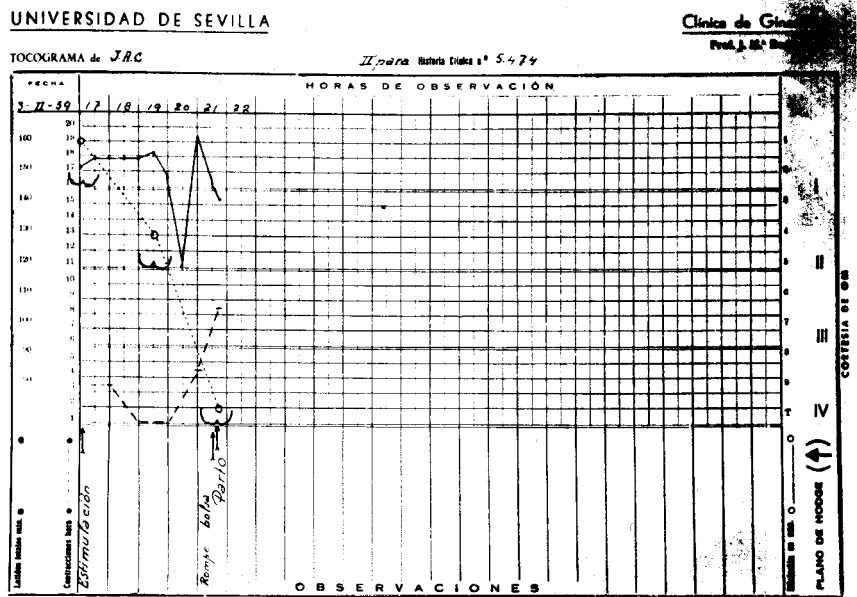


Fig.34. Otro parto, en presentación leviana, conducido mediante goteo octócico.

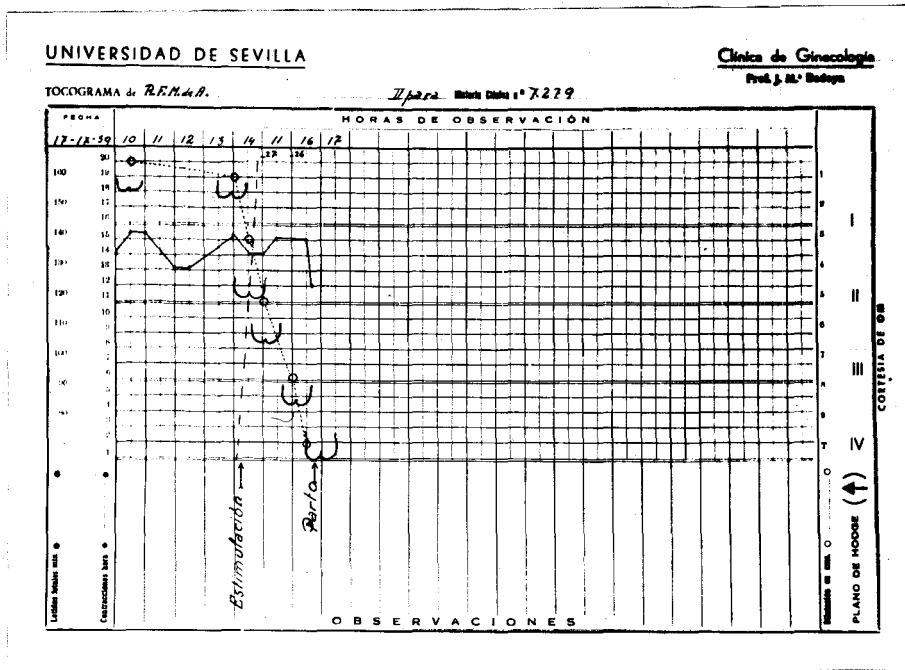


Fig.35. Otro parto, en múltipara, en presentación pelviana, con goteo ocitócico.

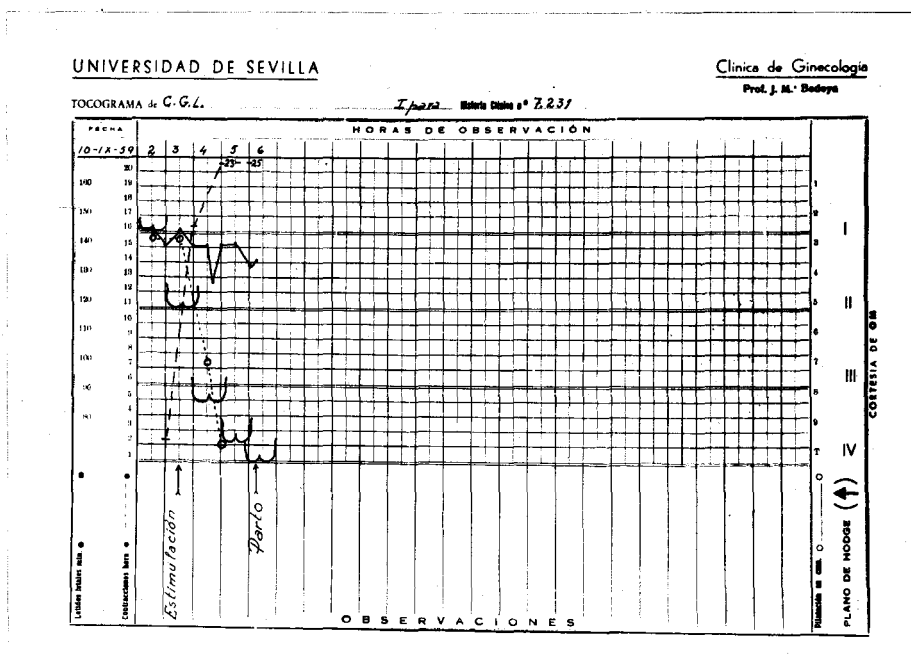


Fig.36. Parto en primípara, en presentación pelviana, bajo goteo ocitócico.

C o m e n t a r i o g e n e r a l

1) No parece necesario señalar que el parto estimulado bajo goteo ocitócico evoluciona con mucha mayor rapidez que lo hace espontáneamente .

En las multíparas el periodo de dilatación dura 3 , 5 a 7 horas para C a l d e y r o y A l v a r e z (2) , 3'5 a 4 horas para C a n t a r o w , 4 horas de promedio para W h i t e . Cuando se emplea el goteo ocitócico esta duración puede aceptarse como máxima y el promedio sería de 1.a 1 1/2 horas.

En primíparas señalan C a l d e y r o y A l v a r e z que la dilatación dura de 5'5 a 11 horas , y W h i t e establece un promedio de 6 horas . Con estimulación mediante goteo ocitócico la duración de 5 horas puede considerarse como máxima, y el promedio sería de 2'5 a 3 horas aproximadamente .

No solamente se acorta la duración de la dilatación sino que se necesitan menos contracciones . La rapidez de la progresión no es proporcional al número de contracciones por hora , sino que evoluciona más deprisa (acaso porque las contracciones sean a la vez más intensas o más eficaces por otras razones) .

Esta mayor rapidez en la evolución del parto no va , por lo que hemos visto , gradada con una mayor mortalidad materna ni fetal .

Es compatible , como es lógico , con una correcta asistencia. Lo que se necesita saber es que la evolución es rápida; para no verse sorprendido el asistente con la expulsión del feto , debe hacer frecuentes exploraciones y prepararse para la asisten-

cia mucho antes que cuando el parto evoluciona sin estimulación alguna .

Resulta poco comprensible que alguno (de la Fuente (26)) considere que uno de los peligros del goteo ocitócico es el parto rápido cuando eso , precisamente , es lo que estábamos deseando los tocólogos y las mujeres de parto .

Como consecuencia de la rapidez en la evolución del parto y también de los riesgos que pueden derivarse del goteo ocitócico, la vigilancia tiene que ser estrecha y el asistente al parto no debe separarse del lado de la parturienta . Acaso esto pueda parecer un inconveniente para los^{no} que tienen costumbre de seguirlo de cerca ; pero es , en realidad , una ventaja porque obliga a cuidar más del **parto** .

2) No se trata solamente de economizar tiempo por comodidad para el tocólogo y para la paciente . Es también que , de este modo , desaparecen todos los " partos largos " o " partos lentos " y su patología , todos los " partos de iniciación lenta", los riesgos de la rotura precoz de bolsa , la infección intra-partum .

No aparecen tampoco hipodinamias , de las cuales hacemos así profilaxis . El goteo ocitócico es una demostración bastante clara de que en las hipodinamias llamadas secundarias casi nunca se trata de " fatiga muscular " sino de falta de ocitocina .

Como consecuencia de esto disminuyen los riesgos fetales sin aumentar , como hemos visto , los maternos ; el feto tolera mucho mejor un parto estimulado que un parto lento .

3) Un parto de evolución rápida permite una mejor asistencia; el tocólogo puede dedicar tres o cuatro horas a seguir de cerca

un parto , pero no puede seguir de cerca un parto que dura doce o catorce horas .

Un parto que sabemos que evoluciona en 3 horas como máximo , permite una analgesia desde el comienzo o poco después , lo que no sería posible si se prolongara diez o doce **horas** . El goteo ocitócico impide , además , que disminuyan las contracciones por la analgesia .

Un parto breve es , además , mucho mejor tolerado por la paciente , cuyo estado general y cuyo siquismo no resultan apenas perturbados . Al día siguiente de un parto rápido la primípara se considera totalmente restablecida y capaz de irse a su casa .

4) Suprimidas las hipodinamías se suprimen las distocias más enojosas de la Obstetricia . Como consecuencia disminuye la frecuencia de muchas intervenciones obstétricas que había necesidad de hacer para terminar el parto ; y ha de observarse que , en la mayoría de los casos , la intervención necesaria era la cesárea . Muchas de las cesáreas se han hecho " porque el cuello no dilata " , sin desproporción , ya no se hace así .

5) También vale la pena , en las Maternidades con volumen de trabajo , otro factor .

Para atender el mismo número de partos sin estimulación , si se vigilan como Dios manda , se necesitaría mucho personal , mayor número de camas en el paritorio y paritorios mucho más grandes . Nosotros no podríamos atender , en nuestra clínica , el promedio diario de 5 - 6 partos (lo que significa que algunos días se asisten 12 ó 14) .

Cuando los partos duran 24 horas o más (no es raro en primíparas sin estimulación) aumenta el nº de estancia y aumentan también las estancias en el puerperio .

6) Nos parece , por lo dicho , que la verdadera utilidad del goteo cocitócico está en su empleo rutinario y sistemático en el parto . Es esta , por otra parte , la originalidad de nuestra contribución .

Mejor que utilizarlo cuando el parto no progresa , es no dejarlo que se llegue a detener y hacer así una profilaxis de las hipodinamias .

Pero , aun sin que ~~plene~~ ~~fuera~~ a haber hipodinamia , es ventajoso el parto rápido y el goteo ocitócico lo puede lograr sin riesgos maternos ni fetales .

No acaba de gustarnos , en cambio , el desencadenamiento del parto mediante goteo ocitócico . No porque tenga riesgos sino porque , como hemos visto , ocasiona fracasos . Por ello lo conservaremos para los contados casos en que haya una poderosa razón para emplearlo ; acaso la más importante la rotura prematura de la bolsa .

7) Hemos visto que el goteo ocitócico en los partos de prueba no encierra más riesgos que los partos de prueba sin él .

Es más , nos parece ahora que un parto de prueba es necesario hacerle forzosamente con estimulación de la dinámica por goteo ocitócico . Para hacer una prueba de parto hace falta contar con buenas contracciones .

Naturalmente que es necesario vigilar de cerca la marcha del parto y el estado del feto . Y hace falta saber ,asimismo , que la duración del parto de prueba debe reducirse a la tercera parte . Mejor aún que por el tiempo debemos guiarnos por la evolución del parto ; si , con buenas contracciones , y dilatación

mayor de 4 cm. , mantiene estacionaria ésta durante una hora o , estando la dilatación completa , la cabeza no se encaja en una hora , puede considerarse fracasado el parto de prueba .

A la inversa , si sucede alguna de estas dos cosas en cualquier parto bajo goteo ocitócico , hay muchas probabilidades de que haya obstáculo mecánico . Si se hace entonces una radiopelvimetría se comprobará casi siempre una desproporción o algo equivalente .

8) Por más vueltas que le hemos dado al problema no hemos hallado razón teórica que contraindique el empleo de goteo ocitócico en presentaciones pelvianas como se ha dicho .

Por otra parte , nuestra experiencia ha mostrado que no hay razón ninguna para este modo de pensar . Precisamente en estas presentaciones no son raros los déficit dinámicos que con el goteo ocitócico no llegan a aparecer .

- . - . - . - . - . - . - . - . -

C o n c l u s i o n e s

- 1) La concentración de ocitócico que nos ha resultado adecuada ha sido 10 unidades en 500 cc. de suero.
- 2) El ritmo de goteo debe ser regulado según la respuesta contráctil mejor que por reglas absolutas , hasta llegar a 28 - 32 contracciones por hora .
- 3) La vigilancia del parto debe ser cuidadosa y registrada en el tocograma . No nos ha parecido necesario el registro gráfico de las contracciones .
- 4) Cuando se empleó el goteo de ocitócico para desencadenar un parto , hemos tenido 78% de éxitos inmediatos entre 178 casos . El procentaje de fracasos es demasiado elevado a pesar de haber tenido en cuenta las circunstancias conocidas del estado del cuello y a pesar de obtener respuesta contráctil.
- 5) Parece , pues , que las contracciones uterinas no lo son todo en el desencadenamiento del parto y que hay otros factores no bien conocidos que intervienen también .
- 6) Se supone que mediante el goteo ocitócico lo que se logra es acortar el periodo de " parto latente " , pero no un auténtico desencadenamiento de un parto .
- 7) A consecuencia se establece que solamente debe intentarse desencadenar un parto en una embarazada si hay una razón médica suficiente y sabiendo que puede fracasar .

- 8) Teniendo en cuenta la posibilidad de fracasar en el desencadenamiento del parto , no se juzga prudente romper artificialmente la bolsa de las aguas .
- 9) La experiencia más extensa fué la que adquirimos con el goteo endovenoso de ocitócicos en parto clínicamente ya iniciados . Con raras contraindicaciones se puede utilizar como proceder de rutina , en todos los partos . Analizamos, de éstos , 1.300 casos .
- 10) Después de comparar estadísticamente la rapidez de la dilatación en partos no estimulados y en los sometidos al goteo ocitócico se aprecia , claramente , que en éstos evoluciona en menos de la mitad de tiempo y que se han suprimido todos los partos lentos .
- 11) Hubo en estos casos una mortalidad fetal perinatal global de 4% , pero descontados los que estaban muertos , los malformados graves , los prematuros , etc. , la mortalidad perinatal en los partos estimulados queda reducida al 0'26%. Ello no significa tampoco que la muerte de estos fetos sea siempre imputable al empleo de ocitócico ; aunque así fuera, una mortalidad fetal de 0'26 % sería la mejor del mundo .
- 12) No hubo accidente materno atribuible al ocitócico .
- 13) En 45 casos de parto de prueba se comprobó que el goteo ocitócico no es peligroso , cuidadosamente manejado . Es , probablemente , imprescindible su uso en los partos de prueba .
- 14) También se mostró útil en 9 partos de frente y cara y en 38 partos en presentación pelviana .
- 15) Podemos concluir que el goteo endovenoso de ocitócicos es

un excelente proceder de acelerar el parto y que , manejado y vigilado convenientemente , carece de riesgos especiales .

- . - . - . - . - . -

Bibliografía citada

- (1) - Boissonas (R.A.) , Guttman (St.) , Jaquenoud (P.A.) y Waller (J.P.) = Nature 178 - 260 , 1.956
- (2) - Caldeyro (R.) y Alvarez (H.) = ponencia en el 2º Congr. Urug. Ginec. 1.957
- (3) - ,, ,, = Ponencia III Congr. lat-amer. obst. ginec. Méjico 1.958.
- (4) - Cunha (P.da) , Montargil (E.) y Ferreira (L.) = Rev. clin. inst. mat. 11 - 5 - 1.958.
- (5) - Dieckmann (W.J.) y Mc. Cready (R.B.) = Am.J. Obst.Gyn. 54 - 496 - 1.947.
- (6) - Engström (P.) = Acta obst. gyn. scand. Suppl. 1.959
- (7) - Faris (I.B.) y Kahlenberg (B.) = J. Obst. Gyn Brit. Emp. 61 - 96 - 1.954.
- (8) - Holmes (J.M.) = Lancet 2 - 1191 - 1.954.
- (9) - Labate (J.S.) y Barbaro (A.S.) = Am.J. Obst.Gyn. 62-1292-1.951.
- (10)- Lubin (S.), Waltman (R.), Tisdall (L.H.) y Reynolds (S.R.M.) = Am.J. Obst. Gyn. 64-248-1.951
- (11)- Llevellyn Jones (D.) = Brit . Med. J. 2-1364-1.955.
- (12)- Nixon (W.C.W.) y Smith (C.N.) = J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 64 - 35 - 1.957.
- (13)- ,, ,, = Triángulo 3 - 239 - 1.958.
- (14)- Page (E.W.) = Proc Soc. exp. biol. med. 52-195-1.943.
- (15)- Page (E.W.) = West.J.Surg. 62-125-1.954.

- (16) - Scharf (R.R.C.) y Hoedt (H.T.) = Bull.soc.belge.obst.gyn.
29-243-1.959.
- (17) - Smith (C.N.) = Triángulo 3-150-1.958.
- (18) - Stone (M.L.) , Gordon (M.S.) y Folsome (C.F.) =Am.J. Obst.
Gyn. 38-748-1.955.
- (19) - Taussig (A.B.) y Shey (I.A.) = Obst Ginec. 5 - 67 - 1.954.
- (20)-Theobald (G.W.),Kellsey (H.A.) y Muirhead (J.M.) = J. Obst.
Gync.Brit.EMP. 63-641-1.956.
- (21) - Velikay (L.) = Zbl. Gynak. 22-846-1.957.
- (22) - Vigneaud (V. du.),Ressler (Ch),Swan (J.M.),Roberts (C.W.)
y Katsoyanis (P.G.)=J.Am.Chem.Soc.76-3115
1.954.

- . - . - . - . -

Bibliografía española

- (23) - Albea (J.) y Sánchez (A.)=Rev.esp.obst.gin. 18-151-1.959
- (24) - Dexeus (J.M.) y Segur (J.M.)=Rev.esp.obst.gin. 14-132-1.955
- (25) - Fuente (F. de la) y Torres (H.)=Rev.esp.obst.gin.18-308
1.959
- (26) - Fuente (F. de la) = Actual. obst. ginec. 1-619-1.961.
- (27) - Herrera (E.) = Acta gin. 6-61-1.955.
- (28) - Orenge (F.) = Rev.esp.obst.gin. 17-5-1.958.
- (29) - Pablos (R.) = Acta gin. 8-407-1.957.
- (30) - Robredo (F.) = Rev. infor. ter. 34-467-1.959.
- (31) - Sánchez López (A.),Robredo (F.) y Arbues (J.)=Toko-gin.
pract.18-422-1.959.
- . - . - . - . -