

APORTACION A LA CONDUCTA DEL OBSTETRA EN CASO DE RETENCION DE FETO MUERTO. INDUCCION DEL PARTO *

BERNARDO J. GASTÉLUM
Académico de número

El embarazo se encuentra interrumpido por la muerte del embrión o del feto. En este último caso no puede hablarse de embarazo con feto muerto, sino, como dijera en alguna ocasión el profesor Pinard, de estado de retención, ya que el embarazo implica idea de vida, de desarrollo del huevo.

Cuando el embrión muere en las primeras semanas de la gestación, se produce su disolución, el contenido del huevo viene a ser líquido: se trata en el caso de lo que se llama un "huevo claro"; después del primer mes son otras las modificaciones que se llevan a cabo en el producto de la concepción y a las que no tiene objeto referirme aquí, así como tampoco a las causas que ocasionan la muerte del feto, aunque en más de una ocasión sea indispensable tenerlas en cuenta al tomar una resolución sobre la retención por el útero del feto muerto.

En caso de huevo abierto no hay que vacilar: se impone la necesidad inmediata de vaciar el útero para evitar una infección. Ordinariamente el feto se expulsa espontáneamente poco tiempo después de muerto, pero si este hecho no acontece dentro de breve tiempo, ¿debemos dejar al útero la posibilidad de deshacerse de su contenido, o bien intervenimos para lograrlo? Hasta época muy reciente la conducta generalmente seguida era dejar que el parto se produjera sin intervención del médico a menos que existiera una indicación seria en contrario; los recursos de que se disponía entonces eran precarios y los riesgos, ciertos; era, por lo mismo, preferible esperar. No obstante, hace más de 30 años M. Boissard provocaba el parto al asegurarse de la muerte del feto; pero su conducta no era seguida por la mayoría de los parteros. Ahora las circunstancias han variado; se cuenta con recursos decisivos para evitar y combatir las infecciones, se conocen mejor la fisiología y la patología del parto, el diagnóstico se puede hacer con precisión y tenemos formas de anestesia y técnicas quirúrgicas muy

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 7 de septiembre de 1955.

perfeccionadas. La gestante, que anteriormente se resignaba a esperar días y meses un parto espontáneo, en esta época no tiene que hacerlo. Se crea en ella, además, por encima de toda la sintomatología propia del feto muerto, un estado psíquico anormal que puede adquirir una intensidad exagerada por el solo hecho de llevar dentro de sí el cadáver de un feto y ello obliga al obstetra a tomar la resolución de provocar el parto. Naturalmente no debe existir distocia por obstrucción mecánica de la pelvis, de las partes blandas o del cuello; la posición del feto debe ser normal, así como la del útero; hay que tener en cuenta la multiparidad, el adelgazamiento de la pared del órgano, el reblandecimiento del cuello, la presencia de cicatrices, etc. El propósito es producir un parto que se aproxime al normal en un embarazo que pase de los cinco o seis meses; si es de menos tiempo, las dificultades son menores.

Si hemos progresado bastante en el conocimiento de la contracción fisiológica del útero, si sabemos cómo se desarrolla a partir del fondo y cómo disminuye en el segmento medio para ser muy poco intensa en el inferior; si nos son familiares su ritmo, su duración, su intensidad y cuando se aleja de su expresión normal por su lasitud para dar lugar a las distintas formas de inercia, o bien, por su excesivo vigor y su frecuencia, al tétanos uterino; en cambio nuestro avance sobre el conocimiento del sistema nervioso del aparato genital no ha sido tan determinante como lo deseáramos, pues no sabemos si en el sistema nervioso cerebral existen centros relacionados a la contracción uterina, aunque se cree que la causa inmediata del parto se encuentre en una determinada concordancia con la innervación uterina, sistema ganglios nerviosos del simpático distribuidos en el fondo, en el cuello; plexus uterino, tubario, útero-ovárico, útero-vaginal, láterocervical, etc. Las irritaciones mecánicas artificiales de la región del cuello uterino, así como los estímulos sobre la musculatura interior del cuerpo, provocan su actividad regular, es decir, su contracción. Algunos órganos de la cavidad abdominal (aparato digestivo, riñón, vejiga) tienen influencia sobre esta contractilidad; el psiquismo también la tiene y aunque el útero cuenta con vías sensitivas que llevan al sistema nervioso central, no ofrece sensibilidad dolorosa a las violencias que afectan su superficie, ni a la compresión por la vejiga o intestinos. Pero, ¿qué anima a estos plexos?, ¿qué estimula a los centros simpáticos del útero (la conducción de los impulsos desde el simpático a la medula se verifica en parte por los nervios esplánicos y por los ramos comunicantes con los segmentos lumbar y sacro para que sus músculos se contraigan y se llegue después de un trabajo más o menos laborioso a que sea expulsado el producto de la concepción? Continuamos ignorándolo; tampoco sabemos por

qué el trabajo del parto principia en determinada fecha con ligeros errores de días o de horas o en cualquier momento fuera del término fisiológico de la gestación y no obstante que se han señalado en algunos casos antecedentes para explicar un parto prematuro, un aborto o abortos de repetición y que la terapéutica empleada ha sido eficaz para corregirlos, el factor señalado como determinante del parto o del aborto, no desencadena, experimentalmente, el trabajo de parto.

Los numerosos medios a que se ha recurrido para provocar un aborto o un parto prematuro cuando la indicación médica es ésta, prueban precisamente por su número, su ineficacia, además de que no son inocuos. En esta búsqueda se ha perseguido obrar directamente sobre el útero en la creencia que así debe acontecer con el factor que en un parto normal, pone en marcha la contractilidad del órgano y de esta particularidad goza el Pitocín.

Hace 46 años H. H. Dale llamó la atención sobre la actividad ocitócica del lóbulo posterior de la hipófisis y tres años después se registró el primer uso clínico del extracto hipofisiario en obstetricia por W. B. Bell de Inglaterra. O. Kamn y sus colaboradores aislaron en 1927 dos hormonas de la pituitrina, el Pitessín y el Pitocín, factor ocitócico este último de acción específica que, por vía intramuscular o subcutánea estimula directamente al útero, aumenta su tono, no eleva la presión arterial ni produce reacciones proteínicas, corrige la inercia y domina la hemorragia.

La actividad del Pitocín se manifiesta de tres a cinco minutos después de ser inyectado y su acción sobre el útero persiste por cinco o diez minutos; desaparecen enseguida rápidamente para renacer con las dosis subsiguientes. El Pitocín se emplea con éxito evidente en la inercia uterina; en casos en que el trabajo del parto ha principiado; en nuestro caso, retención de feto muerto, no hay trabajo e importa investigar si el Pitocín es capaz de provocarlo. D. P. Murphy, estudiando la contracción uterina en mujeres grávidas encontró que de los 110 a 274 días se registraron por primera vez contracciones espontáneas, y por el Pitocín en inyección intramuscular al séptimo mes lunar del embarazo y que la proporción de casos que presentan actividad espontánea y por el ocitócico, aumenta progresivamente a medida que el embarazo avanza. Tal cosa quiere decir que, si se usa el Pitocín para inducir un parto, la edad del embarazo para provocar las contracciones uterinas debe de ser de más de seis meses; sin embargo, inyectado por la vía intravenosa, los hechos suceden de otra manera; se inicia el trabajo cualquiera que sea la edad del embarazo; pero esta observación necesita ser ratificada porque no son muy numerosos mis casos observados. Además, hay que comprobar, antes de usar el

Pitocín como inductor del parto, si en la gestante se producen contracciones uterinas, administrando por vía intravenosa una pequeña dosis en solución salina fisiológica; si se producen, se puede emplear el procedimiento. La inocuidad del ocitócico está subordinada a que se cumplan las condiciones señaladas con anterioridad. Y la regularidad estricta de la concentración sanguínea de la ocitocina se logra aumentando o disminuyendo el goteo de la inyección intravenosa. El obstetra debe procurar por este medio que el trabajo se vaya desarrollando a semejanza de lo que acontece en un parto normal. El cuello debe dilatarse progresivamente hasta desaparecer; toda la labor del parto dura alrededor de cinco o siete horas. El ocitócico favorece la polaridad normal del útero y despierta, bien manejado, su capacidad de trabajo.

Se procede en la forma siguiente:

Hay que cerciorarse, lo que es muy importante, de que el cuello uterino esté blando como corresponde a la edad del embarazo, porque si no lo está, puede impedir el parto aunque la actividad del útero sea normal y puede provocar su ruptura.

Se vacían la vejiga y el intestino y se principia la inyección intravenosa de una solución de 500 c.c. de glucosa apirógena al cinco por ciento, a los que se ha agregado una ampula de Pitocín que contiene 10 unidades de la hormona; se principia haciendo penetrar a la sangre cinco a diez gotas por minuto para evitar contracciones tetánicas que son posibles cuando la tensión de la pared uterina se eleva antes del tratamiento; en seguida el número de gotas se aumenta a 50 ó 60 por minuto. En la vena del codo del otro brazo, al mismo tiempo, se hace penetrar 50 ó 60 gotas por minuto de 500 c.c. de solución de glucosa al cinco por ciento, a la que se le agregó una ampula de 100 mg. de Demerol. El Demerol es antiespasmódico, no provoca la depresión del centro respiratorio, ni estimula el vago; es antiemético, no altera el tono muscular del útero, es sedante sin retardar la contracción uterina y acelera el parto favoreciendo la dilatación del cuello. Si se quiere intensificar su acción analgésica, podemos agregar a la solución glucosada, además del Demerol, 50 mg. de 4560 R. P.

H. Laborit, M. Pommier, G. Le Lorier y E. Lacombe, aprovechando la actividad intensificadora del Largactil,* en una perfusión intravenosa de 500 c.c. de suero glucosado apirógeno al cinco por ciento con 100 mg. de Dolosal, agregan 50 mg. de Largactil, para suprimir los dolores del

* Del Largactil, que es un derivado de la fenotiazina, son bien conocidas sus múltiples propiedades y sus numerosas aplicaciones terapéuticas. En este caso se emplea para intensificar las propiedades del Demerol; además el 4560 R. P., es sedante, hipnótico, antiemético y mejora la resistencia de la enferma; previene el shock y estabiliza el sistema neurovegetativo.

parto. Recomiendan estos autores que el ritmo de la perfusión sea bastante rápido en los minutos que siguen a su comienzo, y que se haga más lento tan pronto como la mujer empieza a dormir, para mantenerse a la cadencia de 30 ó 40 gotas por minuto. Su estadística comprende 172 casos de presentación de vértice y tres de pelvis. La somnolencia más o menos acusada que pueden presentar los pacientes llega a veces a un sueño completo con abolición de los dolores. La analgesia es mejor cuanto más ha durado la perfusión (más de cinco horas) y persiste en el período de expulsión aunque la perfusión se interrumpa.

El goteo intravenoso de Pitocín se regula atendiendo a la frecuencia y a la intensidad de las contracciones uterinas que aparecen y se producen como en un parto espontáneo, primero cada 15 ó 20 minutos, después cada 10, cada cinco, cada dos, cada uno, hasta que la expulsión se realiza. Cuando la bolsa de las aguas no se rompa oportunamente, habrá que hacerlo.

La expulsión de la placenta se hace espontáneamente.

Puede ser necesario repetir las soluciones empleando parte o el total de ellas.

O. Agüero y colaboradores, de Caracas, Venezuela, de 188 casos en que emplearon el Pitocín por goteo intravenoso para provocar el trabajo en el parto, lo encontraron efectivo en el 82.5 por ciento de las enfermas tratadas y observaron que la ruptura de las membranas fue condición esencial para obtener el resultado perseguido. El parto se hizo espontáneamente en 112 casos; la duración media del trabajo fue de 7 horas 40 minutos en las primíparas y de 4 horas 3 minutos en las múltiparas. No puede dudarse, agrega Agüero, que el empleo intravenoso del Pitocín diluido constituye un recurso utilísimo en la práctica obstétrica y un progreso notable por sus ventajas sobre los métodos anteriores de administración.

En la inducción del parto mejora notablemente el pronóstico al lograrse un por ciento más elevado de éxitos que con los métodos anteriores. Para obtener estos excelentes resultados se necesita una selección cuidadosa de los casos, un diagnóstico preciso y una continua vigilancia durante el tiempo que dure la inyección. No debe nunca emplearse en forma sistemática este método de administración del Pitocín con el solo fin de acelerar un parto normal.

Para terminar, debo agregar que si es necesario hidratar a la enferma, debe de usarse una solución de dextrosa al cinco por ciento.

Si el método fracasa habrá que recurrir a la operación cesárea, por

la vía vaginal, si el obstetra tiene suficiente experiencia (colpohisteretomía) y si no la tiene, por la vía abdominal.

RESUMEN

El trabajo aborda el problema del parto provocado en casos de retención del feto muerto. Después de analizar las indicaciones y contraindicaciones de la inducción del parto, describe la técnica que ha seguido, y que consiste en la perfusión intravenosa de Pitocín y Demerol, primero lentamente y después a la velocidad conveniente, para lograr un parto provocado que se asemeja en todo al espontáneo.

SUMMARY

The paper faces the problem of induced labor in cases of retention of a dead product. After a brief analysis of indications and drawbacks of induced labor, the author describes his technique, which is the intravenous perfusion of Pytocin and Demerol, slowly at first and later on at an optimum speed; which generally brings about an induced labor very similar to the natural one.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR.
BERNARDO J. GASTELUMANTONIO SORDO NORIEGA
Académico de número

El trabajo que me toca comentar presenta un tema de gran importancia, ya que la muerte del producto de la concepción, según las causas que la originaron y la edad cronológica del embarazo, se presta a multitud de investigaciones clínicas y aun experimentales, de sumo interés.

Cuando la muerte del producto de la concepción acaece durante el primer trimestre del embarazo, presenta modalidades clínicas diferentes. Puede tratarse, por ejemplo, de un caso de huevo muerto y retenido, o de un aborto incompleto, infectado o no. De cada cuadro clínico en particular se desprenderá como consecuencia, la conducta terapéutica a seguir, conducta que debe quedar siempre complementada con la investigación de la probable causa de la muerte del producto.

Cuando el producto de la concepción muere en el último trimestre del embarazo, también tiene el clínico que tratar de encontrar la causa que originó dicha muerte. Por ejemplo, si la muerte del producto fue debida a isoimmunización materno-fetal nos obligará a seleccionar la sangre que deba ser empleada, si el caso ameritara transfusión. Si el producto murió como consecuencia de diabetes materna, nos veremos obligados a tratar a la madre diabética hasta llevarla a niveles de seguridad, antes de iniciar la terapéutica obstétrica que se haya elegido.

El doctor Gastélum menciona en su trabajo las modificaciones psicológicas que puedan presentarse en la madre, cuando ella se da cuenta de que el hijo que esperaba, ha muerto. Este hecho, muy interesante, debe también ser tomado en cuenta en cada caso en particular, pues no podemos establecer, al respecto, una conducta general, es decir, que las repercusiones psicológicas no están siempre presentes en todas las madres y con iguales características. Hay veces que en algunas madres se establece un estado de ansiedad; pero hay ocasiones en que el psiquismo de la madre no se altera para nada, como un caso que presenté ante esta Academia hace años, sobre un litopedion retenido por más de 10 años, caso en el cual no se ha alterado para nada el psiquismo de la mujer.

La conducta que debe adoptarse frente a la muerte del feto *in utero* no puede generalizarse, sino que debe establecerse para cada caso en particular.

Debe tenerse en cuenta de manera principal, lo siguiente:

Causa de la muerte fetal.

Edad cronológica del embarazo.

Situación y presentación fetales.

Proporción feto-pélvica.

Estado de integridad del huevo.

Hemorragia materna de orden obstétrico.

Infección amniótica.

Primi o multiparidad. (Antecedentes obstétricos.)

Estado general de la madre.

Una vez valorizados los puntos anteriormente expuestos, podremos formular una conducta a seguir.

Respecto de esa conducta, no existe uniformidad de criterio entre todos los autores, pues unos¹ aconsejan una conducta primordialmente expectante. Otros² dicen que si las membranas están rotas debe provocarse el parto prematuro. Hay autores³ que aconsejan sensibilizar la fibra uterina, con administración de estrógenos en días sucesivos antes de provocar el parto.

Respecto de los efectos que las sustancias estrogénicas tienen sobre la motilidad uterina durante el final del embarazo, Murphy⁴ cita que las sustancias estrogénicas fueron variables en su efecto ocitócico. El mismo autor, Murphy,⁴ al hablar sobre el efecto de las sustancias estrogénicas sobre la motilidad uterina durante el trabajo de parto, dice que, de 42 mujeres a las que se les administró alfa-estradiol durante el primer período del trabajo, 17 registraron reacción uterina al medicamento, 10 experimentaron un aumento significativo del tono uterino y siete mostraron aumentos insignificantes en las características e intermitencias de las contracciones. Reynolds⁵ dice que las sustancias estrogénicas llegan a su más alto nivel cuando el parto principia, y que a este hecho se debe el que se haya propuesto la teoría de que los estrógenos son las hormonas responsables del desencadenamiento del parto; pero que, en su opinión, cree que el alza de los estrógenos es uno de los factores que intervienen en el determinismo del parto. Rábago y sus colaboradores,⁶ al hablar sobre la administración de estrógenos para provocar el parto, solos o precediendo su administración a la del extracto pituitario, dicen que diversas experiencias publicadas muestran con evidencia lo inadecuado del empleo para lograr el efecto buscado. Sin embargo, en el trabajo de Rábago y sus

colaboradores no se hace mención especial de inducción de parto en caso de feto muerto *in utero*.

Creo necesario recordar que entre las distintas funciones de la placenta se menciona,³ entre las diferentes hormonas que produce, que se encuentra una hormona cercana en sus propiedades a la hormona folicular o estradiol, aunque de constitución química distinta, (estriol y estrona).

Durante las primeras ocho semanas del embarazo la foliculinuria es de 300 a 600 unidades ratón por litro. En esa época todavía no existe placenta diferenciada y la foliculina procede de la masa de folículos semi-maduros; pero después la foliculina asciende en forma casi brusca para llegar a un nivel considerable poco antes de iniciarse el trabajo de parto y oscilar entre 6,000 y 20,000 unidades ratón por litro. Después del parto, disminuye rápidamente y al parecer, la foliculinemia sigue una marcha paralela a la foliculinuria.

Los hechos que he venido relatando sobre los estrógenos en relación con la motilidad uterina durante el trabajo de parto y sobre las ventajas o inutilidad de su administración para sensibilizar la fibra uterina en casos de inducción con feto vivo, nos muestran que no hay una uniformidad de criterio al respecto. Sin embargo, en la práctica clínica diaria podemos decir que la inducción de parto en casos de feto muerto, con mucha frecuencia, o es irregular o fracasa; pero cuando se ha sensibilizado la fibra uterina por medio de administración de estrógenos antes de provocar el parto, hemos visto como resultante de dicha sensibilización previa, que se obtienen mejores resultados con las inducciones realizadas. Este hecho, producto de la observación clínica, no puede ser tomado como concluyente, pero sí debe ser sujeto a estudio y a investigación para poder orientar la conducta a seguir, pues no debemos olvidar que, en caso de feto muerto y cuántos más días hayan pasado después de la muerte fetal, las funciones placentarias van disminuyendo. Entre dichas funciones, creo que es lógico pensar que la producción de las hormonas, estriol y estrona, hormonas que son parecidas en sus propiedades al estradiol, como ya antes dije, han también disminuído y, por lo tanto, no me parece ilógico el pensar que la administración de estrógenos, previa a la inducción y sensibilizando la fibra uterina, tiene un sentido fisiológico, en caso de feto muerto.

Cuando se presente un caso de feto muerto *in utero*, una vez estudiados y valorizados los diferentes factores que en él intervienen y si se llega a la conclusión de que existe la indicación para practicar la inducción, ésta debe realizarse seleccionando el método y técnica a seguir; debe uncierarse de que exista madurez del cuello uterino y no olvidar que las membranas deben estar rotas, espontánea o artificialmente, recordando

que, como toda inducción, debe ser realizada con todo cuidado y prudencia.

No quiero terminar este comentario, sin dar mis más cumplidas gracias al Maestro Gastélum porque se haya servido designarme comentarista de un trabajo que trata un tema tan interesante.

BIBLIOGRAFIA:

1. Jaschke TH. v. Tratado de Obstetricia. 1943.
2. Pérez Manuel Luis. Tratado de Obstetricia. 1943.
3. Moragues Bernat Jaime. Clínica Obstétrica. 1948.
4. Murphy Douglas P. Uterine Contractility in Pregnancy. 1947.
5. Reynolds S. R. M. Physiology of the Uterus. 1949.
6. Rábago José y col. Estado Actual de la Inducción Médica del Parto. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. IX. Año IX. Núm. II. 30 de Abril de 1954.