

Administración bucal de Pitocín* para la inducción y conducción del parto en Costa Rica

Estudios preliminares

DR. ADOLFO BROUTIN P.**

DR. CONSTANTINO URCUYO**

DR. JOSÉ RAFAEL ARGUEDAS CH.***

INTRODUCCION

Desde 1960 Thomas F. Dillon (1) y colaboradores presentan el primer trabajo sobre la administración transbucal de Pitocín para estimulación e inducción del parto. Raymond Rice y colaboradores (2) exponen un nuevo método para la inducción del parto con Pitocín transbucal. Posteriormente y de nuevo Dillon y colaboradores (3) publican un nuevo trabajo sobre este mismo tema. Harold H. Ray (4) reafirma la experiencia anteriormente citada con un nuevo trabajo. Igualmente J. W. Newman y colaboradores (5) se pronuncian a favor de este mismo método. Por otra parte los ingleses: Max Elstern (6) y D. N. Spence (7) también publican trabajos al respecto. J. Dudley Chopman (8) expone sus experiencias con este método. Por último Noriega Guerra y colaboradores (9) manifiestan las desventajas de la administración de oxitocina por vía oral.

Con el exclusivo objeto de indagar cuales serían las indicaciones y contraindicaciones, ventajas y desventajas de este procedimiento, fueron sometidas en el Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social de agosto de 1966 a marzo de 1967, 55 pacientes para inducto-conducción por vía oral. Se dictaron contraindicaciones que creíamos pertinentes para este trabajo.

CONTRAINDICACIONES

- 1.—Embarazo prematuro;
- 2.—Cabeza libre en primigesta y múltipara;
- 3.—Cuello formado y cerrado; patológico, desgarro viejo del cuello, cerclaje anterior (cuello verde e inmaduro);
- 4.—Desproporción cefalo-pélvica;

* Las tabletas de Pitocín oral que se usaron para este trabajo fueron donadas por la Casa Parke Davis.

** Servicio de Obstetricia, Hospital Central, Caja Costarricense de Seguro Social.

*** Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central, Caja Costarricense de Seguro Social.

- 5.—Inelasticidad de partes blandas;
- 6.—Gran multiparidad;
- 7.—Presentaciones anormales;
- 8.—Cesárea anterior y Miomectomía;
- 9.—Toxemias;
- 10.—Placenta Previa;
- 11.—Desprendimiento prematuro de placenta;
- 12.—Tumores o malformaciones uterinas.

La Clasificación de los casos se hizo en la siguiente forma: *Inducción*, 21 casos o sea 38.2% de los cuales fueron primíparas 12 o sea 57.15% y múltiparas 9 o sea 42.85%. *Conducción*. Las conducciones verificadas fueron 34 siendo para las primíparas 7, o sea 20.59% y desde luego para las múltiparas 27 casos, o sea el 79.41%. Como se puede ver, en el análisis del siguiente cuadro superan las inducciones en primíparas.

CLASIFICACION DE CINCUENTA Y CINCO CASOS

	Casos	%		Casos	%
Inducciones	21	38.2%	Primíparas	12	57.15%
			Múltiparas	9	42.85%
Conducciones	34	61.8%	Múltiparas	27	79.41%
			Primíparas	7	20.59%

En lo referente a las indicaciones, se efectuaron todas en pacientes electivas, tanto en *inducción*, como en *conducción*.

La edad de la mujer tuvo su mayor porcentaje entre los 15 y 25 años (49.05%) y el menor entre los 37 y 47 años.

EDADES

AÑOS	NUMERO	%
de 15 a 25 años	26	49.05%
de 26 a 36 años	21	39.06%
de 37 a 47 años	6	11.30%
No anotadas	2	—

La condición del cuello uterino para el estudio en la *Inducción* fue: duro dilatado, suave dilatado y cuello formado.

Obtuvimos el 61.9% para el suave dilatado.

CONDICION DEL CUELLO UTERINO EN LA INDUCCION

TIPO DE CUELLO	NUMERO	%
Duro Dilatado	5	23.8%
Suave Dilatado	13	61.9%
Cuello Formado	3	13.8%

En la *Conducción* se usó la misma clasificación anterior, dándonos un 82.3% en suave dilatado.

CONDICION DEL CUELLO UTERINO EN LA CONDUCCION

TIPO DE CUELLO	NUMERO	%
Duro Dilatado	6	17.6%
Suave Dilatado	28	82.3%
Cuello Formado	0	—

En el estudio del plano de la presentación en la *Inducción*, obtuvimos un 85.6%, entre primer y segundo plano.

PLANO DE LA PRESENTACION EN LA INDUCCION

PLANO HODGE	NUMERO	%
Primer plano	9	85.6%
1º - 2º	9	
Segundo plano	3	14.2%

En la *Conducción* el 70.5% correspondió al primer y segundo plano.

PLANO DE LA PRESENTACION EN LA CONDUCCION

PLANO HODGE	NUMERO	%
Primer plano	15	70.5%
1º - 2º	9	
Segundo plano	9	26.5%
2º - 3er.	1	2.9%

La variedad de posición más frecuente en la *Inducción* fue O.I.A. con 47.6%.

PRESENTACION EN LA INDUCCION

VARIEDAD DE PRESENTACION	NUMERO	%
O.I.A.	10	47.6%
O.D.A.	7	33.3%
O.I.P.	2	9.5%
O.D.P.	1	4.7%
O.T.I.	1	4.7%

Para la *Conducción* fue más frecuente la O.I.A. con 61.7%.

PRESENTACION Y POSICION EN LA CONDUCCION

VARIEDAD DE PRESENTACION	NUMERO	%
O.I.A.	21	61.7%
O.D.A.	10	29.4%
O.D.P.	1	2.9%
O.T.I.	2	5.8%

A continuación analizamos el estado de las membranas fetales al inicio de la *Inducción*, para lo que dividimos en: A) Integras, B) Rotas espontáneas, C) Rotas artificialmente.

El 90.4% de las inducciones tenían las membranas íntegras al inicio.

ESTADO DE LAS MEMBRANAS FETALES AL INICIO EN LA INDUCCION

MEMBRANAS	NUMERO	%
Integras	19	90.4%
Rotas espontáneas	1	4.7%
Rotas artificiales	1	4.7%

En el curso de la *Inducción* se efectuó ruptura artificial 42.8% y espontánea 47.6%.

CONDUCTA SEGUIDA CON LAS MEMBRANAS FETALES EN EL CURSO DE LA INDUCCION

MEMBRANAS	NUMERO	%
Ruptura artificial	9	42.8%
Ruptura espontánea	10	47.6%

NOTA:—Hubo dos pruebas para formar segmento, dos cesáreas, 9.5%.

El estado de las membranas fetales al inicio de la conducción en el 91.1% estaban íntegras; el 2.9% con ruptura espontánea y sólo el 5.8% la ruptura fue artificial.

ESTADO DE LAS MEMBRANAS FETALES AL INICIO DE LA CONDUCCION

MEMBRANAS	NUMERO	%
Integras	31	91.1%
Rotas espontáneas	1	2.9%
Rotas artificialmente	2	5.8%

Por último el estado de las membranas fetales en el curso de la *Conducción*, en el 58.8% se efectuó ruptura artificial y en el 41.1% se produjo en forma espontánea.

Cabe anotar que a todas las pacientes se les hizo previamente separación de membranas.

CONDUCTA SEGUIDA CON LAS MEMBRANAS FETALES EN EL CURSO DE LA CONDUCCION

MEMBRANAS	NUMERO	%
Ruptura artificial	20	58.8%
Ruptura espontánea	14	41.1%

La analgesia empleada en este trabajo tanto para la *Inducción* como para la *Conducción* fue: Demerol, Liranol y Fenegan, para una sola dosis conjunta e intramuscular. Al mismo tiempo hemos de mencionar que la Buscapina fue usada en 27 casos por vía endovenosa a dosis de 1 ampolla.

El bloqueo paracervical debe mencionarse, pues fue usado en ocho oportunidades.

COMPLICACIONES DE LA INDUCCION

- 1.—*Primigesta añosa*: Fibroma uterino. Como comprobación de que se altera la triple gradiente descendente más el factor de edad; con producto de preferencia (cesárea).
- 2.—*Primigesta con D.C.P.*: Inducción para hacer segmento. Electiva.
- 3.—*Múltipara*: Sufrimiento fetal por probable D.C.P.; 42 semanas de embarazo. No hay datos de medidas radiológicas por no tener buenas placas. Complicaciones de la inducción: no hubo.

Partos vaginales. Eutócicos.

El 52.3% de las pacientes inducidas tardaron en labor de parto de 1 a 5 horas.

El 42.8% de 5 a 10 horas y el 4.7% más de 10 horas.

HORAS EN LA INDUCCION

HORAS	NUMERO	%
de 1 a 5 horas	11	52.3%
de 5 a 10 horas	9	42.8%
de más de 10 horas	1	4.7%

En la *Conducción* el 88.2% tardaron de 1 a 5 horas y el 11.7% de 5 a 10 horas.

HORAS EN LA CONDUCCION

HORAS	NUMERO	%
de 1 a 5 horas	30	88.2%
de 5 a 10 horas	4	11.7%
de más de 10 horas	0	—

La dosis total promedio varió entre 844.40 unidades y 1.567. unidades por paciente. Se usó comprimidos de 200 unidades cada uno.

DOSIS PROMEDIO EMPLEADA EN LA INDUCCION

INDUCCIONES	UNIDAD PROMEDIO	NUMERO	PROMEDIO PASTILLAS C/U
Primigestas	1.567	12	7.8
Múltiparas	1.200	9	6.0

DOSIS PROMEDIO EMPLEADA EN LA CONDUCCION

CONDUCCIONES	NUMERO	UNIDAD PROMEDIO	PROMEDIO PASTILLAS C/U
Primíparas	7	1.156.	5.8
Múltiparas	27	844.40	6.0

El período latente varió en tiempo promedio, para la Inducción en 27.8 minutos y para la Conducción en 13.9 minutos.

Por lo que se refiere a las variaciones de la T.A. podemos concluir que no existieron modificaciones sustanciales, en los controles llevados al comienzo, curso o después de terminada la Inducto-Conducción.

ESTADO PSIQUICO DE LAS PACIENTES EN LA INDUCCION Y CONDUCCION

De las pacientes inducidas incluyendo las cesáreas, en las que se usó el método para Inducción, el estado psíquico fue perfecto y anotadas como tranquilas 20. Solamente una paciente se mostró intranquila.

Las pacientes conducidas todas fueron anotadas como tranquilas.

Es interesante anotar la bondad del procedimiento en la Conducción.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.—Se presentan 55 casos para Inducto-Conducción oral con Pitocín, de los que 21 casos son para Inducción y 34 para Conducción.
- 2.—Tanto en la Inducción como en la Conducción la indicación fue electiva.
- 3.—La edad que predominó fue entre 15 y 25 años.
- 4.—El cuello uterino para la Inducción siempre fue suave dilatado para los mejores resultados obtenidos y para la Conducción suave dilatado.
- 5.—El plano de la presentación para la Inducción con éxito fue 1º y 2º con 85.6%. Para la Conducción fue el 1º y 2º plano con 70.5%.
- 6.—El mayor número de presentaciones fue O.I.A.
- 7.—El estado de las membranas fetales al inicio de la Inducción o de la Conducción siempre estuvieron íntegras con 90% y 91%, respectivamente (a toda paciente se le practicó separación de membranas). Durante el curso de la Inducción hubo ruptura espontánea en 47% y artificial 42.8%; siendo para Conducción ruptura espontánea 41% y artificial 58.8%.
- 8.—La analgesia empleada para la Inducción y Conducción fue: Demerol, Liranol y Fenegan, una sola dosis conjunta e intramuscular.
- 9.—Complicaciones para la Conducción NO HUBO. Para la Inducción las anotadas para probar la bondad del método.
- 10.—El número de horas para la Conducción: de 1 a 5 horas 88.2%, de 5 a 10 horas 11.7%, y para la Inducción de 1 a 5 horas 52.3% y de 5 a 10 horas 42.8%.
- 11.—La dosis total promedio varió entre 844.40 unidades y 1.567 unidades por paciente.
- 12.—El período latente varió en tiempo promedio para la Inducción en 27.8 minutos y para la Conducción en 13.9 minutos.
- 13.—Estado psíquico de las pacientes tanto para la Inducción como para la Conducción, se mantuvo siempre en magníficas condiciones.
- 14.—Creemos que este método es ideal para la conducción del parto.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—DILLON, T. F.; DOUGLAS, R. G.; DU VIGNED, V.; MARP, L. B.; ARBES, R. N.
Transbucal Administration of Pitocin for Induction and Stimulation of Labor
Obstetrics and Gynecology 15, 587, 1960.
- 2.—RICE, R. D.; BENNON, R. C.
Transbucal Pitocin: A new Method for the Induction of Labor. *Obstetrics and Gynecology* 17, 297, 1961.
- 3.—DILLON, T. F.; DOUGLAS, D. G.; DU VIGNED, V.
Further Observations on Transbucal Administration of Pitocin for Induction and Stimulation of Labor. *Obstetrics and Gynecology*, 20, 434, 1962.
- 4.—RY, H. E.; RICE, R. D.; BENNON, R. C.
Further Experience with Bucal Pitocin in the Induction an Augmentation of labor.
Obstetrics and Gynecology, 21, 87, 1963.
- 5.—NEWMAN, J. W.; HON, E. H.
Induction of Labor with Transbucal Oxytocin. *Obstetrics and Gynecology*, 21:3, 1963.
- 6.—ELSTEIN, M.; WRIGHT, A. P.
Transbucal Oxytocin in the Induction of Labor. *Gynec. Brit. Emp.* 70:1005, 1963.
- 7.—SPENCE, D. N.; CHALMERS, J. N.
Bucal Oxytocin in the Induction of Labour. *The Lancet* 1:633, 1964.
- 8.—CHOPMAN, J. D.
Clinical Experience with Transbucal Pitocin. *The Journal of the American Osteopathic Association* 64, 137, 1964.
- 9.—NORIEGA, G. L.
Disadvantages of Administration of Oxytocin by oral Absorption. *Am. J. Obst. and Gynec.* 96:849, 1966.