



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

PARTO MEDICO A DOS SUEROS

TESIS

**PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR**

ALFONSO GALVEZ VILLEDA

Ex-interno, por oposición de los siguientes Servicios: Cuarta Sala-Cuna,
Medicina de Niñas, Cirugía de Niñas; Sala de Recién Nacidos del Hos-
pital General; Segunda Sala de Medicina del Hospital San José; Sala de
Recién Nacidos del Hospital Roosevelt.

**EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, MARZO DE 1956.

Tip. "SANCHEZ & DE GUISE"
8* AVENIDA NÚMERO 12-58. — TELÉFONO 2707.

PLAN DE TESIS

I.—INTRODUCCION.

II.—OPINIONES SOBRE EL PARTO DIRIGIDO.

III.—VENTAJAS DEL METODO.

IV.—MODO DE EMPLEO.

V.—BREVE RESEÑA DE MEDICAMENTOS USADOS
EN ESTE TRABAJO.

VI.—PRESENTACION DE 30 CASOS.

VII.—CONCLUSIONES.

VIII.—BIBLIOGRAFIA.

PARTO MEDICO A DOS SUEROS

INTRODUCCION

El primer grito; el primer aliento de un neonato no marca el comienzo de su vida. En realidad, la vida humana comienza en cuanto células germinativas masculinas y femeninas se funden en el acto de la fecundación. En este instante el padre y la madre procrean la "vida" dentro de ellos, esa "vida" que les ha sido transmitida desde su más remota ascendencia. Por "vida" se entiende el espíritu o hálito inicial que anima una materia inerte; ha aparecido billones de años y se ha perpetuado sobre la tierra por transmisión de un sér vivo a su sucesor.

El médico debe procurar porque esa vida que se inició en el acto de la fecundación llegue a feliz término hasta el momento del parto, y ello trata de conseguirlo al practicar lo que llamaríamos puericultura intra uterina y la vida que se continúa con el primer aliento del recién nacido, procuramos lograrla merced a un feliz parto y es ello lo que perseguimos con el parto médico o dirigido.

Esto no es nada novedoso, hace ya varios años se hablaba de él, la forma de practicarlo, quizá lo sea, y digo quizá porque se dice que una idea flota en el ambiente y puede ser captada por una o varias personas a la vez.

Hasta aquí lo dicho por el Doctor Zeceña, quien me ha sugerido el procedimiento que someto a vuestro elevado criterio, convencido de la pobreza de mi estadística y que lo hago como una iniciación de algo que a mi juicio podría redundar en beneficio de nuestras futuras madres y sus productos.

Anticipadamente mis agradecimientos por vuestra benevolencia.

La idea de emplear dos sueros alternativamente, uno para reforzar contracciones, Número 2 u ocitócico y otro para sedarlas (espasmolítico) o Número 1, ha sido proporcionar al útero, durante el trabajo, momentos de descanso, algo así como un alto en el camino, que después le permita como a todo músculo, funcionar mejor. Se nos viene a la mente, y con perdón de las discinencias y para emplear un lenguaje más llano, el boxeador, que por la fatiga de sus músculos, la derrota se cierne sobre él con su cortejo de desastres; suena la campana que le da solamente un minuto de descanso, el cual muchas veces es suficiente para salvarlo de una segura derrota y llevarle a la victoria.

Así nos imaginamos al útero, durante el trabajo, fatigado nos conduce al fracaso, pero si le hacemos descansar y luego le estimulamos un poquitín, quizá nos lleve al triunfo, que lo es también de la joven madre al ver que al soplo divino, su hijo abre sus ojos a la vida, como en la primavera la flor se abre al beso del sol que la calienta y a las caricias de la brisa que la mueve, y aunque de la vida se haya dicho lo siguiente: "La vida como una cúpula de cristales multicolores deforma la blancura esplendorosa de la eternidad" y también este bello pensamiento: "Cuando la vida se desenvuelve acorde con las leyes generales de la naturaleza, con sus misterios y sus insondables sorpresas, constituye una bella visión y el mayor incentivo de la creación artística, fuente inagotable de deleite para el alma."

En resumen no es nada nuevo y mi deseo ha sido solamente recordar las ventajas del Parto Médico o dirigido, para lo cual transcribo las siguientes opiniones y sugerirles una manera sencilla de practicarlo.

OPINIONES SOBRE EL PARTO DIRIGIDO

Caplier.—"En total, el Parto Dirigido para la madre y el niño, reduce la duración del trabajo, suprime el taedious labour, previene el edema cervical, restringe las incisiones del cuello, disminuye el número de forceps, asegura alumbramiento exangüe."

Kreis.—Escribe: "Todo médico debería aprender a volver el parto lo más normal posible y el Parto Médico le da los medios para todas las distocias funcionales que componen la mayor parte de las distocias difíciles."

Balard.—"El Parto Dirigido suprime las largas duraciones del trabajo; las anomalías de dilatación y todas sus complicaciones fetales y maternas; estos casos de taedious labour, tan desesperantes para los parteros, tan penosos para las pacientes. Hace de la maternidad una prueba menos ruda y menos temida. Por todos estos motivos el Parto Dirigido nos parece como una de las adquisiciones más importantes de la Obstetricia contemporánea."

Greenhill.—"Que la infección puerperal, la morbilidad total y la mortalidad materna e infantil aumentan a compás de la duración del parto y que en los prolongados el aumento es mucho mayor, cuando se terminan operatoriamente que siendo espontáneos. Hay que poner en práctica todos los medios para que las contracciones uterinas sean armónicas y rítmicas en partos que las presenten desordenadas y caprichosas. En general son mucho mejores los resultados que se obtienen, cuando el parto prolongado termina espontáneamente que cuando se opera."

El mejor conocimiento de las anomalías de la contracción uterina y de los trastornos funcionales de la dilatación ha permitido reconocer cómo frecuentemente la lentitud de un parto es imputable al funcionamiento anormal del motor uterino.

La inercia verdadera es sobre todo el patrimonio de la multiparidad.

La forma mixta, contractura cervical e inercia corporal relativa indica alternar o asociar espasmolíticos y ocitócicos.

Los espasmolíticos deben ser administrados los primeros, pues el efecto de un ocitócico sobre una contractura cervical no reducida sería desfavorable.

Al frasco 1 hemos agregado diversos ingredientes: Largactil, Hidergina, Procaína, Demerol, Dihidroergotamina 45, etc., etc., pero por su eficacia e inocuidad absoluta empleamos de preferencia el ALFOS-OM (una o dos ampollas de 5 centímetros cúbicos). Cada ampolla contiene 2 gramos de Glicerofosfato sódico.

Después de las inyecciones de Glicerofosfato se ha podido apreciar el mejoramiento del estado cardíaco del niño y que el útero reaccionó normalmente bajo la acción de la pituitrina y de las preparaciones ergotínicas.

Al frasco 2, agregamos siempre una ampolla de PITOCIN, respecto al uso del cual diremos lo que alguien escribió sobre el FORCEPS: "Creo que el que se dedica a estas cosas debe saber manejar los forceps tal como el cirujano el bisturí, o el soldado el fusil, y no me podrán Uds. negar que mucho daño se ha hecho con el mal uso del bisturí y del fusil y no obstante nunca hemos pensado en abolir el uso del uno ni del otro, ni criticamos el instrumento por el daño que hagan con él, como se suele hacer con el forceps."

VENTAJAS DEL METODO

"El goteo endovenoso del PITOCIN posee las siguientes ventajas:

1ª—La cantidad de PITOCIN que hay en un momento dado en la corriente sanguínea, es conocida y podemos aumentarla o disminuirla por un simple ajuste de la velocidad del goteo, eliminando así las variedades individuales en la capacidad de absorción.

2ª—*En muchas ocasiones las contracciones cesan, cuando se suspende el paso de la solución, lo que nos da un factor de seguridad y otras veces si no cesan y se ha establecido un cuadro de polisistolia e hipertonia es muy fácil hacer continuar el trabajo bajo una forma normal con la suspensión del método.*

3ª—La cantidad de PITOCIN utilizada es pequeñísima y se administra a través de un largo período de tiempo.

4ª—Puesto que el nivel sanguíneo de la droga es relativamente constante las contracciones son regulares y más efectivas. En cambio, con otros métodos *no endovenosos no estamos a salvo de una absorción súbita que pueda causar una ruptura uterina.* Una idea del margen de seguridad nos lo da Seandron, quien no ha tenido accidentes con concentraciones tan fuertes como 1:375.

5ª—Hay controlabilidad de la droga y las contracciones uterinas tienen un carácter fisiológico.

6ª—La ruptura prematura de las membranas es una de las mejores indicaciones."

MODO DE EMPLEO

Se elige para la transfusión del suero una de las venas de los miembros superiores, cuando el cuello uterino llega a mitad de dilatación, es decir, alcanza 5 a 6 centímetros, preferimos no hacerlo antes por lo incómodo de la posición para la paciente. El que primero inyectamos es el Espasmolítico (Nº 1) a razón de 60 gotas por minuto y durante unos 15 minutos, luego en el caucho de este equipo o Venopak introducimos la aguja que corresponde al equipo del frasco ocitócico (Nº 2), también se puede usar una espita de tres vías (B-D) y cerramos la llave del primero la velocidad será la misma (60 gotas al minuto y por igual tiempo: 15 minutos) y así sucesiva y alternativamente; nunca estarán las dos llaves de los sueros abiertas, siempre una abierta y otra cerrada. Si las contracciones uterinas se presentan muy frecuentes y dolorosas hacemos pasar por tiempo doble el Espasmolítico que el Ocitócico, y si se presentan espaciadas, a la inversa. *En resumen, más dolor menos Ocitócico. Menos dolor, menos Espasmolítico.*

Al final de expulsión se hará pasar solamente el suero Ocitócico (60 gotas al minuto) y después de ella a 120.

Es preferible principiar con el Espasmolítico (Nº 1) para hacer que desaparezcan algunas contracturas que a menudo existen y que la paciente entre en confianza.

Durante la expulsión para obtener la relajación perineal, sobre todo, en primigestas añosas con vulva estrecha, se puede usar con magníficos resultados el FLAXEDIL (Curarizante sintético por vía INTRAMUSCULAR, a dosis de 0.20 a 0.40 ctgr. según el peso de la enferma, su efecto principia a los 15 minutos y dura 45 minutos. *Contraindicaciones, las del Pitocín.*

La fórmula de los sueros que usé es la siguiente:

Dextrosa natural purísima.	50. gms.
Alcohol absoluto.	37.5 c. c.
Gluconato de Magnesio.	2 gms.
Tiamina.	0.50 gms.
Nicotinamida.	0.10 gms.
Rivoflavina.	0.002 gms.
Agua tridestilada c. s. p.	500 c. c.

A continuación describo las ventajas de algunos de estos medicamentos:

ALFOS-OM

SU POSOLOGIA COMO ESPASMOLITICO UTERINO

En aborto inminente o al comienzo de éste, se emplea el Glicerofosfato como medicación sintomática, siendo su eficacia superior a la de los tratamientos etiológicos (CUERPO AMARILLO Vitamina E). Lo utilizaron los autores en 15 casos (Véase Noticias Médicas N° 10) habiendo fracasado el tratamiento únicamente en dos de ellos. Las dosis tienen que ser elevadas: 10 grs. el primer día (lo que corresponde a 5 ampollas ALFOS-OM) y 5 ó 7.5 gr. (o sea 2-4 ampollas ALFOS-OM) los días siguientes. Para poder apreciar mejor los efectos del Glicerofosfato, VELAZQUEZ y sus colaboradores lo emplearon casi siempre como única medicación, pero creen que pueda ser preferible añadirle, al menos teóricamente, progesterona o tococerol.

Siempre que amenaza un parto prematuro es posible poner término a las contracciones prodrómicas con dosis a veces mínimas (de 5 a 10 gr. o sea 2-5 ampollas ALFOS-OM), siendo suficiente a veces una sola inyección.

En el curso post-operatorio, después de la Laparatomía en mujeres embarazadas, la experiencia de los autores se reduce a dos casos (en uno de ellos se trata de una eventración con epiplón

adherente al tercer mes y en el otro de una ablación de un quiste del ovario al segundo mes) que presentaron por la mañana siguiente contracciones y pequeñas metrorragias. En uno de los casos se inyectaron 5 gr. (lo que corresponde a 2-3 ampollas ALFOS-OM) durante dos días y en el otro la misma cantidad durante tres días; el aborto pudo ser evitado.

En las distocias dinámicas, la dosis útil varía entre 5 y 10 gr. (o sea 2-5 ampollas ALFOS-OM); los autores reproducen los gráficos obtenidos con el histerotonógrafo de Frey, en los que se aprecian las disminuciones de las contracciones en cuanto a número, así como su aumento en intensidad, siendo, pues, más eficaces, notándose también muy claramente la disminución del tono de base. En todos estos casos, la exploración permitió apreciar el mejoramiento del estado cardíaco del niño. Se señala que después de las inyecciones de Glicerofosfato el útero reaccionó normalmente bajo la acción de la Pituitrina.

En los casos de placenta adherente el Glicerofosfato determina un relajamiento más completo del músculo uterino que el obtenido con las preparaciones opiáceas; las dosis deben ser elevadas (10 gr. o sea 5 ampollas ALFOS-OM) y se obtienen resultados excelentes. Se deja entonces que la placenta sea expulsada por presión, aún cuando se halle un anillo de contracción. El Glicerofosfato no impide que ejerzan su acción las preparaciones ergotínicas con las cuales se puede obtener, si ello es preciso, la formación del "Globo de Seguridad."

Los cólicos uterinos del post-partum se suprimen mediante inyecciones diarias de 2.5 a 5 gr. (o sea 1-3 ampollas ALFOS-OM) que no provocan hemorragias ni trastornos de la involución uterina. Estas inyecciones pueden empezar a darse 12 horas después del parto.

Los fracasos del Glicerofosfato son excepcionales, salvo en los casos de hipovitaminosis B; así, pues, en las mujeres que han presentado durante su embarazo algias múltiples, sería recomendable asociar la aneurina con el Glicerofosfato.

Los niños cuyas madres han sido tratadas con el Glicerofosfato, no presentan trastorno alguno durante el parto ni tampoco en los días siguientes; los que nacen tras un parto Distócico tienen respiración normal.

Nota.—Cada ampolla de ALFOS-OM de 5 c. c. al 40% contiene 2 gr. de Glicerofosfato sódico.

ALCOHOL ETILICO

El uso del alcohol etílico por la vía intravenosa, proporciona a la enferma dos ventajas beneficiosas:

1ª—Como analgésico y sedante, eliminando la necesidad de usar opiáceos en la mayor parte de los casos.

2ª—Suministra una fuente de energía calórica utilizable rápidamente.

El reconocimiento del valor del alcohol como agente analgésico crece al par de la moderna teoría que acepta que las inyecciones intravenosas de alcohol aumentan el poder bactericida de la sangre y que por esto, puede ser usado para combatir las infecciones. Los investigadores han observado en relación con esto que los enfermos se vuelven más tranquilos y quedan durmiendo pacíficamente. Esto sugiere que el alcohol administrado intravenosamente puede reemplazar a la morfina como método de sedación post-operatoria. Trabajos clínicos ulteriores demuestran que el alcohol actúa en forma extraordinaria, aboliendo el dolor y proporcionando un suplemento, relativamente no tóxico, en la anestesia regional durante el acto operatorio.

El alcohol como analgésico, tiene muchas ventajas sobre la morfina. No deprime la función respiratoria tanto como la morfina; y, además, tiene la ventaja de que estimula aquella función temporalmente. Es por esto por lo que existe menos peligro de producir complicaciones pulmonares consecutivas a la cirugía. No produce náuseas ni vómitos; la acción sedante es más prolongada que la obtenida con la morfina; por ser el alcohol inyectado en diluciones, se aumenta la diuresis y se reduce la necesidad de cateterizaciones post-operatorias. El alcohol puede ser usado con seguridad en enfermos cardíacos, porque sus efectos vasodilatadores y sobre la presión sanguínea, son mínimos.

El alcohol, como elemento nutritivo, proporciona 5.6 calorías por centímetro cúbico; por lo tanto, un litro de una solución de alcohol al 5%, proporcionará 280 calorías. Añadiendo 5% de

Dextrosa, se aumentan las calorías en unas 500, aproximadamente, y, cuando se incluyen en la solución aminoácidos y vitaminas, se completan temporalmente los requerimientos nutritivos esenciales.

VELOCIDAD DE ADMINISTRACION

El individuo normal, metaboliza 10 centímetros cúbicos de alcohol puro por hora, cualquiera que sea la concentración de alcohol en la sangre. La tolerancia puede ser diferente en cada caso, pero en general, se sugiere una velocidad de administración de la solución diluida, entre 50 a 70 gotas por minuto, o 200 a 250 centímetros cúbicos por hora.

ACCION ANALGESICA E INDICACIONES PARA SU USO

La administración del alcohol intravenosamente produce una sensación de bienestar y desaparición de la ansiedad, experimentando el enfermo ofuscación de la memoria y se vuelve tranquilo y relajado. Se aumentan los movimientos respiratorios y el pulso también, aunque ligeramente; la presión sanguínea permanece igual. Cuando el alcohol se emplea como un suplemento de la anestesia raquídea, el enfermo, tranquilizado, pierde la aprensión y frecuentemente no recuerda el intermedio quirúrgico. Como analgésico post-operatorio, reemplaza con éxito total las dosis usuales de morfina u otros narcóticos.

El alcohol intravenoso se ha usado con éxito en otros estados clínicos tales como la peritonitis, el asma bronquial aguda, el delirium tremens, la angina de pecho, y también como coadyuvante para el alivio del dolor en los procesos malignos inoperables. Post-operatoriamente, se ha empleado con efectividad para combatir la inquietud y el dolor, previniendo contra las complicaciones pulmonares y proporcionando energía calórica en los pacientes quirúrgicos agotados.

PITOCIN

Representa el principio oxitócico del lóbulo posterior, relativamente libre de substancia presora.

Experiencias clínicas han demostrado que es una preparación pituitaria satisfactoria para el uso obstétrico.

Se usa para estimular las contracciones uterinas, en dosis de 0.3 a 1 c. c. intramuscular. Se preserva con 0.5% de clorobutanol.

Ha habido indicaciones que actúa con mayor rapidez que extractos anteriormente usados de ambos principios del lóbulo posterior. Parece ser debido a que se absorbe con mayor rapidez a consecuencia de la ausencia de efectos vasomotores locales.

VITAMINA K

Se han separado cuando menos dos formas de Vitamina K natural; la K extraída de la Alfalfa y la K², extraída de la harina de pescado. Ambas son derivados de la naftoquinona. Son liposolubles, pero no son grasas.

FARMACODINAMIA

Es absorbida por los vasos quilíferos de la porción superior del yeyuno, y entra en la circulación por el conducto torácico, de donde pasa a la vena cava. En el hígado ayuda a la formación de protrombina y, por consiguiente, influye en la capacidad de coagulación de la sangre. La alimentación bien proporcionada ordinaria contiene cantidad adecuada de la vitamina, pero pueden presentarse síntomas de deficiencia de Vitamina K en las personas que padecen enfermedades del hígado, oclusión de los conductos biliares y defectos del funcionamiento de la mucosa intestinal.

TERAPEUTICA

Puesto que la Vitamina K no se almacena en gran cantidad en el organismo, es necesario que los alimentos la contengan en proporción adecuada. Cuando la ingestión o la absorción son defectuosas, se presenta la hipoprotrombinemia y se prolonga el tiempo de coagulación. La deficiencia de Vitamina K no da origen a hemorragias espontáneas, pero cuando se produce una hemorragia, es difícil contenerla a causa del prolongado tiempo de coagulación de la sangre.

PRESENTACION DE CASOS:

Este trabajo lo llevé a cabo en la Maternidad del Hospital Roosevelt, en 30 casos, los cuales detallo a continuación:

Caso Número 1.—Récord Número 1,158/56.

Enferma.—R. P. N., de 45 años, secundípara con diagnóstico de Embarazo simple. Curso de la 40 semana. Foco: 140 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 4 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 25 minutos; el suero Número 2 se puso por 35 minutos. El parto se verificó a los 60 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 5 minutos. Normal, no hubo hemorragia.

Caso Número 2.—Récord Número 1,119/56.

Enferma.—J. M., de 19 años, primípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple, curso de la 40 semana. Foco: 120 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 57 minutos, el suero Número 2 se puso por 120 minutos, el parto se verificó a los 177 minutos (2 horas 57 minutos), de principiar la prueba.

Recién nacido: normal. Alumbramiento a los 10 minutos: normal. No hubo hemorragia.

Caso Número 3.—Récord Número 1,174/56.

Enferma.—V. M., de 25 años, múltipara.

Diagnóstico.—Embarazo simple, curso de la 38 semana. Foco: 140 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 6 centímetros al principiar el suero Número 1, el cual se puso por 15 minutos, el suero Número 2 se puso por 5 minutos, el parto se verificó a los 20 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos: normal, no hubo hemorragia.

Caso Número 4.—Récord Número 1,169/56.

Enferma.—M. A. de B., de 20 años, secundípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple, curso de la 39 semana. Foco: 145 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 22 minutos, el suero Número 2 se puso por 8 minutos, el parto se verificó a los 30 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos: normal. No hubo hemorragia.

Caso Número 5.—Récord Número 1,194/56.

Enferma.—M. G., de 28 años. Primípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple al curso de la 40 semana. Foco: 130 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 6 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 25 minutos. El suero Número 2 se puso por 30 minutos. El parto se verificó a los 55 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos: normal. No hubo hemorragia.

Caso Número 6.—Récord Número 1,207/56.

Enferma.—M. A. C., de 18 años. Primípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple al curso de la 40 semana. Foco: 120 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 30 minutos. El suero Número 2 se puso por 40 minutos. El parto se verificó a los 70 minutos de principiar la prueba (1 hora 10 minutos).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos: normal. No hubo hemorragia.

Caso Número 7.—Récord Número 1,203/56.

Enferma.—M. A. R., de 20 años. Primípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple al curso de la 40 semana. Foco: 140 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 7 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 20 minutos, el suero Número 2 se puso por 30 minutos. El parto se verificó a los 50 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 5 minutos: normal. No hubo hemorragia.

Caso Número 8.—Récord Número 1,208/56.

Enferma.—J. P., de 25 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple, curso de la 39 semana. Foco: 155 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 6 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 15 minutos; el suero Número 2 se puso por 5 minutos. El parto se verificó a los 20 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos: normal. No hubo hemorragia.

Caso Número 9.—Récord Número 1,290/56.

Enferma.—D. E., de 20 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple, curso de la 36 semana. Foco: 150 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 3 centímetros al principiar con el suero Número 2, el cual se puso por 125 minutos; el suero Número 1 se puso por 130 minutos; el parto se verificó a los 255 minutos de principiar la prueba (4 horas 25 minutos).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos: normal. No hubo hemorragia.

Caso Número 10.—Récord Número 1,200/56.

Enferma.—C. R. C., de 39 años. Ultimo parto hace 10 años.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 39 semana. Foco: 125 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 4 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 30 minutos; el Número 2 se puso por 90 minutos, el parto se verificó a los 120 minutos de principiar la prueba (2 horas).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos: normal. Sin hemorragia.

Caso Número 11.—Récord Número 1,248 /56.

Enferma.—J. S., de 25 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple al curso de la 40 semana. Foco: 145 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 25 minutos; el suero Número 2 se le puso por 35 minutos, el parto se verificó a los 60 minutos de principiar la prueba (1 hora).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal. Sin hemorragia.

Caso Número 12.—Récord Número 1,244/56.

Enferma.—E. C., de 26 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple al curso de la 38 semana. Foco: 160 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 10 minutos; el suero Número 2 se puso por 18 minutos, el parto se verificó a los 28 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 13.—Récord Número 1,258/56.

Enferma.—A. G., de 24 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 40 semana. Foco: 140 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 6 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 20 minutos. El suero Número 2 se puso por 10 minutos, el parto se verificó a los 30 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 5 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 14.—Récord Número 1,264/56.

Enferma.—V. V., de 25 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple de 38 semanas. Foco: 158 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 3 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se le puso por 105 minutos; el suero Número 2 se le puso por 95 minutos, el parto se verificó a los 200 minutos de principiar la prueba (3 horas 20 minutos).

Alumbramiento a los 15 minutos. Normal, poca hemorragia.

Caso Número 15.—Récord Número 1,265/56.

Enferma.—R. Q. y T., de 29 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 40 semana. Foco: 150 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 30 minutos. El suero Número 2 se le puso por 15 minutos, el parto se verificó a los 45 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 16.—Récord Número 762/55.

Enferma.—A. L. de M., de 31 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 39 semana. Foco: 150 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 7 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se le puso por 10 minutos; el suero Número 2 se le puso por 10 minutos, el parto se verificó a los 20 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 17.—Récord Número 1,247/56.

Enferma.—C. R., de 25 años. Primípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 40 semana. Foco: 150 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 4 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se le puso por 150 minutos. El suero Número 2 se le puso por 45 minutos. El parto se verificó a los 195 minutos de principiar la prueba (3 horas 15 minutos).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 18.—Récord Número 1,262/56.

Enferma.—N. J., de 25 años. Secundípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 38 semana. Foco: 160 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se le puso por 10 minutos. El suero Número 2 se le puso por 20 minutos, el parto se verificó a los 30 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 19.—Récord Número 1,272/56.

Enferma.—E. P., de 32 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 40 semana. Foco: 140 por minuto. Bolsa: rota. Dilatación del cuello uterino: 6 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 15 minutos. El suero Número 2 se le puso por 10 minutos, el parto se verificó a los 25 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 20.—Récord Número 1,275/56.

Enferma.—L. O., de 27 años. Secundípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 40 semana. Foco: 140 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 6 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 10 minutos. El suero Número 2 se le puso por 10 minutos, el parto se verificó a los 20 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 21.—Récord Número 441/56.

Enferma.—T. R., de 23 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 40 semana. Foco: 140 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 40 minutos. El suero Número 2 se puso por 30 minutos, el parto se verificó a los 70 minutos de principiar la prueba (1 hora 10 minutos).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 22.—Récord Número 1,320/56.

Enferma.—A. M., de 29 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 40 semana. Foco: 150 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 6 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 40 minutos. El suero Número 2 se puso por 30 minutos. El parto se verificó a los 70 minutos de principiar la prueba (1 hora 10 minutos).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 23.—Récord Número 266/56.

Enferma.—M. C. A., de 19 años. Primípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 42 semana. Foco: 155 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 7 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se le puso por 70 minutos. El suero Número 2 se le puso por 60 minutos, el parto se verificó a los 130 minutos de principiar la prueba (2 horas 10 minutos).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 24.—Récord Número 1,323/56.

Enferma.—E. M. S., de 27 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 41 semana. Foco: 140 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 6 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se le puso por 40 minutos. El suero Número 2 se le puso por 25 minutos. El parto se verificó a los 65 minutos de principiar la prueba (1 hora 5 minutos).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 12 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 25.—Récord Número 1,307/56.

Enferma.—C. de A., de 19 años. Primípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 41 semana. Foco: 150 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 120 minutos. El suero Número 2 se le puso por 80 minutos, el parto se verificó a los 200 minutos de principiar la prueba (3 horas 20 minutos).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 26.—Récord Número 349/56.

Enferma.—B. A. M., de 28 años. Secundípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 41 semana. Foco: 150 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 6 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 45 minutos. El suero Número 2 se le puso por 30 minutos, el parto se verificó a los 75 minutos de principiar la prueba (1 hora 15 minutos).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 27.—Récord Número 392/56.

Enferma.—A. M. C., de 37 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 40 semana. Foco: 150 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 30 minutos. El suero Número 2 se le puso por 30 minutos, el parto se verificó a los 60 minutos de principiar la prueba (1 hora).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 10 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 28.—Récord Número 1,632/56.

Enferma.—C. E. F. E., de 39 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple al curso de la 41 semana. Foco: 150 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 7 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual duró 10 minutos. El suero Número 2 se le puso por 5 minutos, el parto se verificó a los 15 minutos de principiar la prueba.

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 5 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 29.—Récord Número 1,403/56.

Enferma.—T. R., de 24 años. Secundípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple en el curso de la 40 semana. Foco: 145 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 100 minutos. El suero Número 2 se le puso por 50 minutos, el parto se verificó a los 150 minutos de principiar la prueba (2 horas 30 minutos).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 5 minutos. Normal, sin hemorragia.

Caso Número 30.—Récord Número 1,401/56.

Enferma.—J. C., de 39 años. Multípara.

Diagnóstico.—Embarazo simple al curso de la 38 semana. Foco: 150 por minuto. Bolsa: entera. Dilatación del cuello uterino: 5 centímetros al principiar con el suero Número 1, el cual se puso por 60 minutos. El suero Número 2 se le puso por 45 minutos; el parto se verificó a los 105 minutos de principiar la prueba (1 hora 45 minutos).

Recién nacido: normal.

Alumbramiento a los 15 minutos. Normal, sin hemorragia.

CONCLUSIONES

- a) EL METODO REDUCE CONSIDERABLEMENTE LA DURACION DEL PARTO.
- b) NO TUVIMOS CASOS DE RUPTURA UTERINA y ello nos lo explicamos, puesto que las contracciones provocadas no están sujetas a factores imprevisibles sino que dependen del ritmo del goteo.
- c) El éxito fue bastante bueno en los casos presentados.
- d) NO TUVIMOS MORTALIDAD FETAL EN LOS CASOS INGRESADOS CON FETO VIVO.
- e) El alumbramiento fue normal, sin hemorragia post-alumbramiento.
- f) El recién nacido, respiró espontáneamente, con buen grito, buen color. El examen físico fue normal. No presentaba trastorno alguno durante el parto ni tampoco en los días siguientes.
- g) En caso de dolores frecuentes e intensos, con el Espasmodítico, hemos logrado normalizarlos, evitando una rápida sucesión de contracciones que producirían en ocasiones la asfixia del niño.

h) Con la administración del alcohol endovenoso, se logra producir en la enferma, una sensación de bienestar, se vuelve más tranquila, desapareciendo en ella todo estado de ansiedad.

i) Merced al ALFOS-OM se ha logrado apreciar el mejoramiento del estado cardíaco del feto.

ALFONSO GÁLVEZ VILLEDA.

Vº Bº,
ARTURO ZECENA.

Imprimase,
JOSÉ FAJARDO,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

Edward C. Dobbs y Hermann Prinz.—Farmacología y Terapéutica Dental.

Forrest Ramón Davison.—Synopsis of materia Medica Toxicology and Pharmacology.

Dr. Francisco Comesaña Rendo.—Terapia masiva intravenosa.