

## INDUCCION DEL PARTO CON 17-BETA-ESTRADIOL

Dr. JORGE CORDOVA G.

*Departamento Médico del Seguro Social y  
Maternidad "Isidro Ayora", Quito*

Martín-Pinto<sup>1-5</sup> ha efectuado numerosos y extensos ensayos de inducción del parto mediante la administración intravenosa de 17-beta-estradiol, a dosis relativamente altas.

Los resultados favorables descritos por Martín-Pinto<sup>1-5</sup> nos indujeron a efectuar el presente estudio.

### MATERIALES Y METODOS

Nuestro material corresponde a gestantes en la Maternidad "Isidro Ayora", del "Hospital Militar" y de nuestra consulta particular, en Quito.

Fueron estudiadas 32 gestantes, 5 de ellas fueron menores de 20 años de edad, 17, de 20 a 35 años y 10 mayores de los 35 años. Fueron primigestas 7 y el resto multíparas.

La inducción del parto obedeció a diferentes motivos: en 12 pacientes, por embarazo post-maduro; en 6, por ruptura prematura de membranas; en una, por feto muerto retenido; en una por incompatibilidad del grupo Rh, en una por toxemia de embarazo, en una por presunción de mola, en 2 por des-

proporción pélvico-cefálica relativa, en una por embarazo gemelar y polihidramnios, en una por tener presentación pelviana y en 6 por razones electivas.

El hemisuccinato de 17-beta-estradiol fue administrado a dosis de 200 mg., con excepción de 4 pacientes que recibieron 400 mg., sin que hubieran presentado evidencias de efectos secundarios. En 28 pacientes se administró la droga por vía intravenosa, en las 4 restantes, se empleó la vía intramuscular. Por vía intravenosa se administraron los 200 mg. disueltos en 500 cc. de solución dextrosada al 5% en suero fisiológico, a la velocidad de 30 a 60 gotas por minuto.

En 15 pacientes se consideró conveniente agregar la administración de oxitócicos (Pitocín, Sintocynon) a fin de que el trabajo del parto progrese en forma apropiada.

### RESULTADOS

En el 70% de las pacientes se obtuvo una franca "maduración" del cue-

llo uterino que se manifestó por su acortamiento y definitivo reblandecimiento. El borramiento y dilatación del cuello llegaron a su máximo entre las 6 a 8 horas después de iniciada la venoclisis y entre las 24 a 36 horas de la administración intramuscular. La respuesta del cuello depende también de factores como: edad de la paciente, multiparidad, etc.

En cuanto a las contracciones uterinas, en más del 50% de las pacientes, la administración de la droga produjo la iniciación de tales contracciones o la intensificación de éstas, cuando ya se habían iniciado espontáneamente las contracciones. Esta actividad miométrial se hizo evidente entre los 30 a 60 minutos de iniciada la venoclisis, en la generalidad de los casos; y a las 12 a 16 horas de la inyección intramuscular.

En algunas pacientes el 17-beta-estradiol por sí solo fue suficiente para la inducción del parto y su terminación espontánea.

Cuando hubo respuesta positiva las contracciones fueron aumentando en intensidad conforme avanzaba el tiempo. En cambio, cuando no hubo una respuesta positiva, el trabajo más bien decayó en ritmo e intensidad, haciéndose necesario el uso de oxitócicos en 15 pacientes.

Cuando se empleó la oxitocina, una vez que el 17-beta-estradiol había facilitado la dilatación del cuello, el parto llegó a feliz término en un lapso aproximado de 4 a 6 horas. En una sola paciente el trabajo del parto no progresó ni con la adición del oxi-

co y fue preciso recurrir al tratamiento quirúrgico.

## RESUMEN

En 32 gestantes comprendidas entre 18 y 40 años, se ensayó la inducción del parto mediante la administración de 200 mg. de 17-beta-estradiol, en forma de venoclisis. En 4 pacientes se subió la dosis hasta 400 mg.

En el 70% de las pacientes se produjo la maduración del cuello uterino y en más del 50% se iniciaron o incrementaron las contracciones uterinas a los 30 minutos de iniciada la venoclisis. En 15 pacientes fue necesaria la administración adicional de oxitócicos, y en pocas pacientes fue indispensable la intervención quirúrgica.

## SUMMARY

In 32 pregnant patients between 18 and 40 years old induction of delivery was tried giving 200 mg. of 17-beta-estradiol intravenously. In four patients the dose was raised up to 400 mg.

A "mature" uterin cervix was produced in 70% of the patients, and the uterin contractions started or increased in 30 minutes after the injection in more than 50% of the patients. In 15 patients it was necessary to give oxytocin additionally, and in a few patients surgery was indispensable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) MARTIN-PINTO, R.: Acción del 17-beta-estradiol en la actividad del útero humano gestante. Sem. Med. 123: 175-183, 1963.
- 2) MARTIN-PINTO, R.: La iniciación de la labor y su control hormonal. Acción oxitócica del 17-beta-estradiol y efecto inhibitorio de la progesterona. Rev. Iber. Endocrin. 11: 187-205, 1964.
- 3) MARTIN-PINTO, R. y colab.: Action of estradiol 17-beta- upon uterine contractility and the milk-ejecting effect in the pregnant women. Amer. J. Obstet. Gynec. 90: 99-107, 1964.
- 4) MARTIN-PINTO, R. y colab.: 17-beta-estradiol en la inducción del parto. Prensa Méd. Argent. 52: 122-129, 1965.
- 5) MARTIN-PINTO, R. y colab.: Action of progesterone on the oxytocic effect of 17-beta-estradiol. Amer. J. Obstet. Gynec. 91: 1084-1089, 1965.

CALENDARIO DE INMUNIZACIONES

El Comité de Control de las Enfermedades Infecciosas, de la Academia Americana de Pediatría, ha recomendado el siguiente calendario de inmunizaciones, el mismo que intenta ser una guía muy flexible, que puede ser modificada dentro de límites razonables.

Edad (meses)	Vacuna	Alternativa	Edad (años)	Vacuna	Alternativa
2	DTP <sup>1</sup> VOP <sup>2</sup> trivalente	Tipo 1 VOP o VIP <sup>3</sup>	3	Prueba tuberculina	VIP
3	DTP VOP trivalente	Tipo 3 VOP o VIP	4	DTP Prueba tuberculina	VIP
4	DTP VOP trivalente	Tipo 2 VOP o VIP	6	Viruela Prueba tuberculina VOP trivalente	VIP
9	Prueba tuberculina				
12	VVS — Vacuna viva sarampión	VIS <sup>4</sup> (seguida después de un mes por VVS)	8	DT <sup>5</sup>	VIP
15	Viruela DTP y VOP trivalente	VIP	10		VIP
			12	DT Viruela	VIP
24	Prueba tuberculina	VIP	14		VIP
			16	DT	VIP

1. Difteria, tétanos y pertusis (vacuna triple)
2. Vacuna oral poliomielitis
3. Vacuna inactivada poliomielitis
4. Vacuna inactivada sarampión
5. Toxoide tétanos-difteria

(The Medical Letter, Vol. 8, Nº 5, Marzo 11, 1966).