

Servicio del Dr. S. Dexeus Font

Hemorragia en la distocia

por el doctor

M. Terán Valls

Médico del Servicio

Una vez llevada a cabo la extracción fetal, con frecuencia nos vemos sorprendidos por el factor hemorrágico, de intensidad siempre variable y que en algunos casos llegando a límites extraordinarios, puede hacer flaquear la presencia de ánimo requerida para la buena solución de toda distocia desde su comienzo hasta su completa realización.

Es en la gran distocia vaginal cuando menos sorprende la pérdida considerable, por creer en la posibilidad de algún trauma relacionado con la magnitud de la intervención efectuada, o bien en la presencia de una probable hemorragia atónica. En estos casos, confiando previamente con cualquier evento grave reaccionamos prontamente, y con facilidad imaginamos la causa de la hemorragia, pudiendo resultar, no obstante, que la etiología de la pérdida sea otra que la supuesta y de efectos, en cantidad, desproporcionados con la causa que puede ser nimia.

Por el contrario, sucede en ocasiones que consecutiva a una distocia de pronóstico benigno y efectuada con la mayor sencillez el cuadro hemorrágico sobrevenido, es de proporciones alarmantes. En estos mo-

mentos, precisamente porque con nada contábamos, se necesitan todas nuestras fuerzas reaccionales para salir del asombro y dirigir nuestra actuación con prácticas efectivas que pongan dique al incidente comprometedor.

Todo ello para decir que el recelo es aconsejable en todo parto y sea cualquiera la índole de la distocia, debemos siempre pensar y prevenir tal contingencia.

Precisa, por consiguiente, llegada la hemorragia, salvar lo antes posible el peligro que representa la expoliación sanguínea de carácter grave, para lo cual será necesario ante todo establecer un buen diagnóstico etiológico de la pérdida.

No pretendemos hacer el estudio de las pequeñas o grandes causas de la hemorragia en la distocia por tratarse de asunto consabido. Nuestro propósito entraña el deseo de hallar una objetividad terapéutica, la cual nos proporcionará por sí misma una actuación urgente, eficaz y segura frente al problema hemático.

Así como es ineludible, antes de emprender el acto tocúrgico, el reconocimiento de las partes blandas genitales, a fin de apreciar en detalle sus cualidades (elasticidad,

congestión, edema, hipoplasia, etc., etc.), conviene, solucionando el parto, hacer "in mente" un salto atrás repasando todas las maniobras efectuadas durante la intervención y los más pequeños contratiempos habidos durante la misma. Este ejercicio mental, no por sencillo, deja de ser útil y práctico, y, añadido al previo examen genital, así como al conocimiento de las causas fundamentales de hemorragia, forman la base de una actuación sosegada y eficiente.

La clasificación clásica en dos grupos: hemorragias uterinas o por atonía y traumáticas es sumamente práctica, y en la distinción de estas causas etiológicas se apoya el éxito de la terapéutica.

Al igual que toda enfermedad, complicación o accidente, la hemorragia en la distocia tiene también su profilaxis.

Existen técnicas que podríamos denominar preparatorias de la distocia, cuyo uso sistemático al cumplir finalidades de índole determinada sirven, no obstante, para prevenir indirectamente el incidente hemorrágico de causa traumática.

Tal sucede con la episiotomía practicada previamente en toda mujer primípara y cuya maniobra obstétrica requerida para la solución del caso, nos obligue a la extracción de la cabeza en último término (versión, extracción pódálica, transversal). Con esta conducta, al tiempo que se logra mayor holgura y comodidad para las maniobras obligadas de nuestra mano, evitamos en lo posible todos aquellos desgarros que, por efecto de la distensión vaginal al paso de nuestra mano y, mejor aún, al tránsito fetal tienen su origen en la parte perineal interna y se continúan siguiendo la arista del ángulo diedro formado por la unión de las columnas vaginales, posterior y lateral. Estos son generalmente los desgarros que más pérdidas ocasionan por la

profundidad y longitud que pueden adquirir. Con el fórceps aumenta la proporción de esta variedad traumática, entre otras razones, porque la episiotomía profiláctica no se lleva a cabo con la misma antelación de los anteriores casos citados. No obstante, procuramos no retardar su aplicación sin esperar a que llegue el periné a una máxima distensión.

No hablemos de aquellas vulvas y vaginas, varicosas, edematosas, cicatriciales o de primípara añosa en las que por efecto de reacciones vasculares, fibrosas o de infiltración se han modificado las cualidades de los órganos y los pone en óptimas condiciones para el traumatismo, y por ende, para la hemorragia. Se impone la máxima prudencia en las maniobras y procuraremos modificar la deficiente elasticidad vaginovulvar mediante recursos a dicho efecto, como son: La amplia episiotomía, la impregnación vaginal de sustancias oleosas esterilizadas que facilitan el deslizamiento de nuestra mano y la de del cuerpo fetal, la anestesia raquídea, si la indicación operatoria lo permite, por la gran relajación que provoca, etc.

En relación con la hemorragia, digamos que, alguna vez, la incisión episiotómica efectuada como primer tiempo de la intervención da lugar a un rezumamiento más o menos copioso, o bien a la salida a chorro de una cantidad de sangre que nunca es grave. Fácilmente se cohibe con el masaje de la herida episiotómica y no es preciso ligar el vaso que sangra, pues la compresión por nosotros ejercida y la del feto al ser extraído, es suficiente. Generalmente la hemostasia espontánea sigue a la extracción total.

En la distocia por falta de dilatación, pensando en la hemorragia consecutiva a los desgarros cervicales, desechamos la dilatación manual forzada y recurrimos a la

incisión cervical media, anterior, posterior o de ambas hasta lograr paso holgado. De este modo obtenemos una sección lineal y graduable, en la zona de menor vascularización cervical y evitamos el desgarro lateral de consecuencias temibles, según su extensión y dada la vecindad de la arteria uterina.

La práctica del Dührssen no ocasiona pérdida de consideración. Esta es variable entre cortos límites, según la isquemia cervical provocada, bien por el grado de encajamiento de la presentación o también por las cualidades del cuello que seccionamos (edema, esclerosis, hipertrofia muscular, etc.).

En la práctica de la sinfisiotomía se observa, raras veces, la salida de sangre a chorro por la herida suprapúbica. La hemorragia, de aparente magnitud, culmina cuando retiramos el bisturí en el tiempo que reemprendemos la maniobra obstétrica y también después de efectuada la extracción fetal. En estos casos no tomamos ninguna precaución para cohibir el flujo hemático. Si persiste acabada la distocia, el problema queda resuelto colocando rápidamente un punto de erin y el consiguiente vendaje apretado.

Sin embargo, no es ésta la hemorragia que debemos temer al practicar la sinfisiotomía. Esta y el fórceps son las intervenciones que mayormente provocan los desgarros de una zona sumamente irrigada. La expoliación hemática consecutiva a la lesión de la región uretral, parauretral, clitoridiana y, sobre todo, de los cuerpos cavernosos es sin duda la que reviste caracteres de mayor gravedad y las que más nos afectan el ánimo, pues al temor de la importancia traumática, se añade la cuantía de la pérdida. Además, muchas veces, la orientación topográfica necesaria para el fin terapéutico es difícil, pues el

traumatismo ha hecho que se pierdan las relaciones entre los distintos órganos, eminentemente retráctiles, que ocupan la región. Tal es el caso en los desgarros parauretrales. Aumenta la desorientación el derrame profuso que a modo de roja cortina, tapando la zona contundida, impide o limita en gran manera la exploración visual del campo.

La cantidad de hemorragia acostumbra a relacionarse directamente con la escala traumática, la que desde simple erosión, puede alcanzar la gran desinserción vaginal. Pero en ocasiones no sucede así y se puede observar, especialmente tratándose de esguinces parauretrales, como la hemorragia no guarda la natural proporción. Contrariamente, al simple rasguño muchas veces la reacción sanguínea es por demás exagerada. Podríase explicar la causa de este hecho paradójico en el caso de gran pérdida consiguiente a pequeña lesión, por el lugar que ocupa el traumatismo, el cual puede recaer en parte muy vascularizada (sencilla efracción del cuerpo cavernoso) y en ocasión de gran traumatismo y escasa hemorragia podríamos incriminar lo sucedido a un fenómeno local, el shok arterial. Los grandes desgarros parauretrales son los que más refieren esta circunstancia.

La sinfisiotomía y el fórceps, decíamos, son los más grandes acreedores de la traumatología supravaginal y no salimos de los límites de nuestro propósito si referimos la etiología. Necesitamos conocerla a favor de una buena profilaxis.

Con el fórceps, la complicación sobreviene en el momento de la rotación. El movimiento helicoidal que sufre la vagina obligada por esta maniobra del fórceps da lugar a la torsión de los órganos adyacentes a la vagina. Siendo menor el grado de elasticidad de la porción supravaginal que

la de la vagina propiamente dicha, con facilidad se comprende que el índice de torsión es más bajo para los órganos de aquella zona. Por tanto, las circunstancias que tiendan a sobrepasar el expresado índice, justifican la incidencia traumática. Generalmente la brusquedad de las maniobras y en especial la rotación y tracción es la que pone a prueba la elasticidad de los tejidos. Estas causas acrecentan sus efectos o los provocan con menor esfuerzo cuando se opera en terreno deficiente, deficiencia que proviene, ya sea de las modificaciones patológicas del tejido, y con más frecuencia e importancia, de la infección prepárium.

Claro está que en estos casos debemos aceptar que la indicación operatoria ha sido bien dirigida y, por tanto, no podríamos aconsejar a guisa de profilaxis el empleo de otra técnica que no sea el fórceps, instrumento que al fin y al cabo nos dará la solución del parto por más que en esencia sea el responsable del traumatismo. No obstante, será siempre obligada la mayor suavidad en las maniobras, máxime al intervenir en compañía de la infección, sea general o local. La asepsia será, pues, la profilaxis de base.

Es también con el fórceps que a menudo nos percatamos de la presencia, en la vagina, y situados en las paredes laterales de la misma, de desgarros que pueden ser numerosos, pero casi siempre de escasas dimensiones. Tienen la característica de ("délabrement", de los franceses) contusiones que afectan a la mucosa y submucosa. No se acompañan, sin embargo, de pérdidas copiosas.

En la sinfisiotomía varias condiciones son las favorecedoras del trauma.

En el momento de su realización el propio peso de las piernas, si se mantienen en abducción, tiende a desgajar bruscamente

la articulación cuyo cartílago seccionado no ofrece formal resistencia. Indiscutiblemente esta violencia repercute en los órganos infrasinfisarios. La distensión forzada y rápida queda agravada en sus efectos por la pelviotomía, la cual hace perder a la sínfisis su propiedad de sostén de los órganos por debajo de ella situados. Citemos en este lugar la "sinfisiotomía parcial de complemento" del doctor Dexeus Font, la que, respetando el *arcuatum*, ofrece mayores garantías para que el andamiaje vulvosinfisario se mantenga en equilibrio.

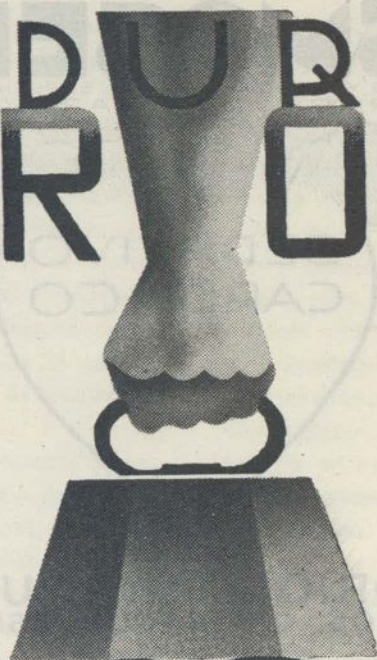
Otro origen traumático lo observamos en aquellos casos solucionados con versión en los cuales, una vez practicada la sinfisiotomía, sin percatarnos tal vez, dirigimos la flexión de la cabeza en la maniobra de Mauriceau, sirviéndonos la sínfisis seccionada como punto de apoyo. La fuerza que empleamos, mal dirigida, no puede ser inocua. Algo parecido sucede en la pelviotomía seguida de fórceps en el momento de deflexión de la cabeza, durante el cual cargamos toda la resistencia sobre una sínfisis que merece el mayor respeto por el hecho de su sección.

Toda esta fuerza, de difícil control, al dirigirse sobre la articulación menoscaba su integridad y de los órganos colocados por debajo, al ser aumentada violentamente su separación.

En beneficio de la hemorragia que pueda presentarse a raíz de estos accidentes traumáticos será conveniente hacer constar: 1.º A tiempo de proceder a la sección articular las piernas, debidamente sostenidas, permanecerán en abducción y en esta posición deberán seguir hasta el fin de la extracción fetal. 2.º En la maniobra de Mauriceau, simultáneamente a la flexión, procuraremos con los dedos que se apoyan en el occipucio, dirigir hacia abajo la cabeza con objeto de que no deje el suelo pe-

ARS MEDICA

Y O D U R O S
C R O S



DISMINUYEN LA TENSION
ALIVIAN EL CORAZON

Los que no se discuten

por ser clásicos

e insustituibles

en sus tres clases: Potásico

Sódico - Cafeinado

MUESTRAS Y LITERATURA: E. BOIZOT.

{ Luis Cabrera, 47. - MADRID.
Salmerón, 247, pral. - BARCELONA.
Av. del 14 de Abril, 16. - VALENCIA.

ARS MEDICA

SPASMOSÉDINE

EL PRIMER SEDATIVO Y ANTIESPASMÓDICO ESPECIALMENTE PREPARADO
PARA LA TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SEDATIVO
CARDIACO

LABORATORIOS DEGLAUDE .PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICIÓN DE LA CLASE MÉDICA
J. M. BALASCH - AV. 14 ABRIL, 440 - BARCELONA
AGENTE GENERAL PARA ESPAÑA

TRATAMIENTO DE LA TOS EN GENERAL

FLUOTHYMINA

a base de { FLUORFORMO puro estabilizado
(Microbicida volátil) } NO TÓXICO
{ THYMUS V. y DROSERA ROT. }
(Balsámico anticonvulsivo)



*El mejor específico
para la Coqueluche*

Actua en el SÍNTOMA TOS y en la AFECCIÓN que la provoca

Indicaciones: COQUELUCHE - TOS SECA - EMETIZANTE EN LOS TUBERCULOSOS -
BRONQUITIS - GRIPPE - ASMA - ETC.

DOSIS: A GOTAS HASTA UNA CUCHARADA DE CAFÉ

MUESTRAS Y LITERATURA
LABORATORIO
Dr. TAYA & Dr. BOFILL
PL. S. AGUSTIN N.º 12 Y COMERCIO 27
BARCELONA

rineal para venir a apoyarse en la sínfisis. Esta puede ser menos guardada en la deflexión del fórceps y es una razón entre otras muchas, por la cual no nos seduce el fórceps consiguiente a la sinfisiotomía. 3.º Conviene dar un gran valor a la infección local y general por la fragilidad de los tejidos en estado infectivo. Es tal la importancia que conferimos a esta condición, que la consideramos de suficiente envergadura para hacer variar por sí sola la técnica o vía a emplear en la extracción fetal.

Queda expuesta a grandes rasgos la profilaxis de la hemorragia traumática.

Conviene que nos percatemos rápidamente del origen de la pérdida, una vez resuelta la extracción, pues, si bien el accidente puede ser debido a una sola causa, no son pocas las veces en que la hemorragia atónica y traumática se ensamblan enmascarando la etiología hemática y aumentando la confusión del momento.

No hablaremos de la hemorragia atónica. Su etiología y diagnóstico son harto conocidos. Digamos únicamente que en los casos de inercia, crecido número de horas de parto, o en todos aquellos úteros extraordinariamente distendidos, sea por gemelaridad; hidromnios o gran volumen fetal las sospechas de que pudiera presentarse dicha complicación serán muy fundadas.

Lo que verdaderamente interesa es tener a nuestro alcance algún recurso de valor, y de cuyo empleo se deduzca una actuación rápidamente hemostática, al tiempo que nos revela la causa hemorrágica estableciendo, por tanto, el diagnóstico diferencial entre las dos clases de pérdida sanguínea: traumática o atónica.

El recurso que a nuestro concepto ofrece estas garantías, es el taponamiento uterino usado inmediatamente después de la extracción fetal.

Este taponamiento, que bien podríamos llamar tapón-diagnóstico, puede ser usado sistemáticamente después de toda extracción fetal, aun en el caso en que la pérdida sanguínea no reclame su aplicación. Colocado con toda asepsia (previa desinfección de la región anal), no encierra ningún peligro infectivo y nos sirve, en cambio, para observar con más claridad cualquier probable traumatismo a tiempo que constituye un factor occitócico del alumbramiento.

No obstante, en este caso, podemos prescindir de su empleo y bastará para la exploración consecutiva a la salida fetal con la inspección visual y táctil principalmente.

Mayor indicación tiene el taponamiento cuando después del parto del feto nos sorprende la salida de sangre en abundancia. Ahora, y precisamente porque la placenta en su proceso de desprendimiento y expulsión obliga al útero a diversos cambios de tamaño y contracción, nos será difícil reconocer rápidamente el verdadero origen, uterino o traumático.

La gravedad de la pérdida impone la urgencia. En estos momentos el taponamiento, más o menos apretado, según convenga, solventa la situación, proporcionando una perfecta hemostasia, si la hemorragia es exclusivamente atónica. Y si es traumática, por el hecho de que el taponamiento rechaza el cuello uterino, generalmente procidente, nos despeja el campo vaginal, ayudándonos a un reconocimiento visual perfecto, pudiendo darnos inmediata cuenta de la localización y extensión del trauma y de la magnitud de la pérdida. Por tanto, la reparación se hace cómodamente y con rapidez.

Repetimos que el taponamiento como medio diagnóstico, tiene su indicación cuando la pérdida sobreviene entre la ex-

pulsión fetal y el alumbramiento. Si el accidente sanguíneo se presenta después de éste, las modificaciones observadas en la propiedad contráctil del útero vacío nos persuadirán fácilmente de la naturaleza atónica de la hemorragia, y en este caso, la indicación del taponamiento será hemostática y no diagnóstica.

Con el fin de reducir al mínimo la atonía uterina y su consecuencia hemática, se emplea, con magnífico resultado la inyección endovenosa de hipófisis a dosis variable generalmente cinco unidades, haciendo constar que en los casos de presunta intoxicación será preferible la abstención, o a lo sumo, podrá permitirse la administración de productos hipofisarios sin principio hipertensor.

En la extracción podálica la inyección se aplica en el momento de practicar la maniobra de Mauriceau. Con el fórceps, cuando nos decidimos a retirar las eucharas.

Esta técnica así aplicada, ofrece buenos resultados, que coadyuvan y muchas veces simplifican el papel diagnóstico que conferimos al taponamiento postextracción fetal.

Su acción, mediante la fuerte contracción uterina que provoca suprime el tiempo de atonía fisiológica del alumbramiento dando lugar a una rápida expulsión placentaria.

Todo ello redundará en pro de un menor número de hemorragias atónicas o del alumbramiento, pues disminuye extraordinariamente el tiempo que media entre la expulsión fetal y la salida del anexo. Además, por la intensa y prolongada contractura uterina que suscita, evita una de las dos posibles causas hemorrágicas. Por tanto, el tapón, si lo colocamos, será con miras a mayor comodidad para reparar el

trauma, dado el caso que se hubiera efectuado.

Otra ventaja de la inyección intravenosa de hipófisis es la de evitar, gracias a la ya mencionada contractura, la colocación del taponamiento postparto, recurso cuya prodigación evitamos por los accidentes infectivos que conlleva.

Expresamente no queremos detenernos en las modalidades de hemorragia que presentan en la distocia ciertas entidades patológicas, cuales son la placenta previa, el hematoma retroplacentario, etc., pues por la importancia de las mismas constituyen capítulo independiente y se escapan, por tanto, al concepto práctico y sencillo que hemos perseguido; y éste es el deseo, en las presentes modestas líneas.

RESUM

Fa l'autor un resum de les distintes causes d'hemorragia que poden presentar-se en el curs d'un part distòcic, detalla els tractaments utilitzables en cada cas, així com el moment de llur aplicació.

RESUME

L'auteur donne un résumé des différentes causes de l'hémorragie qui peuvent apparaître pendant un accouchement distocique. Il décrit en détails le traitement propre pour chaque cas et son application dans le moment donné.

SUMMARY

The author gives a summary of the various causes of hemorrhages which can appear during a difficult confinement. He goes into the details of the proper treatment for each case and of the manner of practising it in the given moment.

RIASSUNTO

L'autore fa un riassunto delle varie causanti di emorragia che possono presentarsi nel corso di un parte distòcico, specificando la cura utilizzabile per ogni caso ed alle stesso tempo il momento di applicarla.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser gibt eine Zusammenfassung der verschiedenen Ursachen von Blutungen, welche sich im Verlaufe einer schweren Entbindung einstellen können. Er beschreibt für jeden Fall die empfehlenswerte Behandlungsweise sowie die Art der Anwendung im gegebenen Augenblick.