

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

- HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO -

Padrino de Tesis:

Prof. Dr. Victorio Monteverde

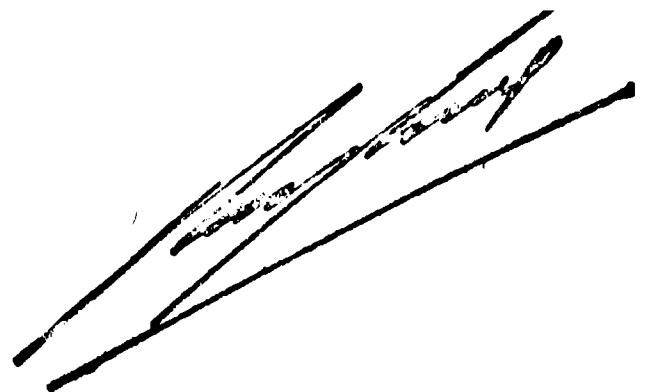
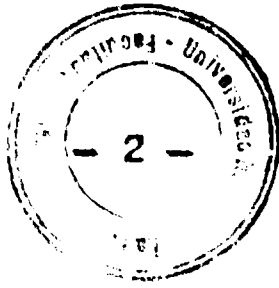
Tesis de Doctorado

de:

Antonio Arturo Prado.-

AÑO DEL LIBERTADOR GENERAL SAN MARTIN.-

-.1950.-



MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR:

Prof. Dr. ~~Julio M. Laffitte~~

VICERRECTOR:

Prof. Ing. Héctor Ceppi

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Ricardo Enrique La Rosa

- - - - -

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Juan F. Muñoz Drake

" Dr. Eugenio Mordegli

" Dr. Roberto Crespi Gherzi

" Ing. Martín Solari

" Dr. Julio H. Lyonnet

" Dr. Hernán D. González

" Ing. César Ferri

" Ing. José M. Castiglione

" Dr. Guido Pacella

" Dr. Osvaldo A. Eckell

" Ing. Héctor Ceppi

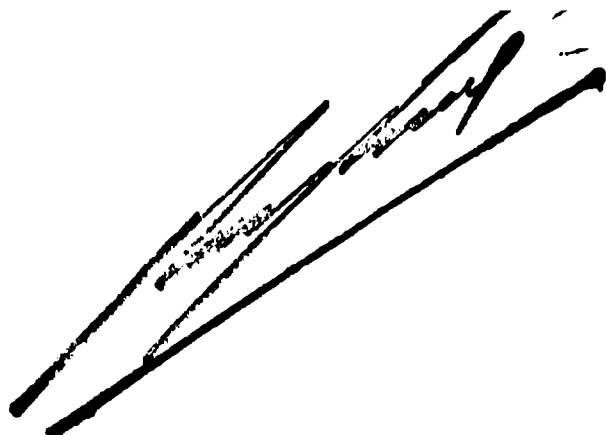
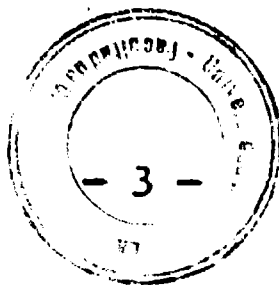
" Ing. Arturo M. Guzmán

" Dr. Roberto H. Marfany

" Arturo Cábours Ocampo

" Dr. Emilio J. Mac Donagh

Cap. de Fragata (R) Guillermo O. Wallbrecher



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES:

DECANO:

Prof. Dr. Julio H. Lyonnet

VICEDECANO:

Prof. Dr. Hernán D. González

SECRETARIO:

Dr. Héctor J. Basso

PRO-SECRETARIO:

Sr. Rafael G. Rosa.-

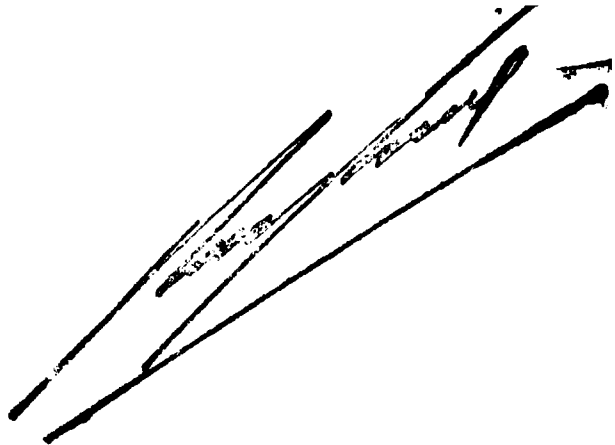
- - - -

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. Hernán D. González

- " " Diego M. Argüello
- " " Inocencio F. Canestri
- " " Roberto Gandolfo Herrera
- " " Luis Irigoyen
- " " Rómulo R. Lambre
- " " Victor A. E. Bach
- " " José.F. Moranó Brandi
- " " Enrique A. Votta
- " " Herminio L. Zatti.

- - - -



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

" Greco Nicolás V.-

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M.- Cl. Oftalmológica

" Baldassarre Enrique C.- F.F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés E.- Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A.- Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F.- Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio F.- Toxicología

" Carreño Carlos V.- Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R.- Cl. Pediátrica y Pueric.

" Corazzi Eduardo S.- Patología Médica I.

" Christmann Federico E.- Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R.- P. y Cl. de la Tuberc.-

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

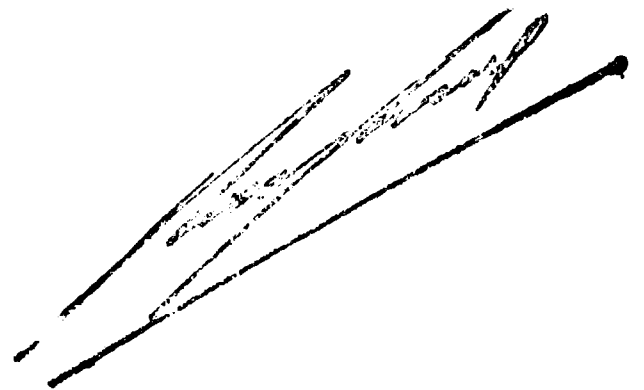
" Floriani Carlos.- Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto.- Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto.- Fisiología

" Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatología

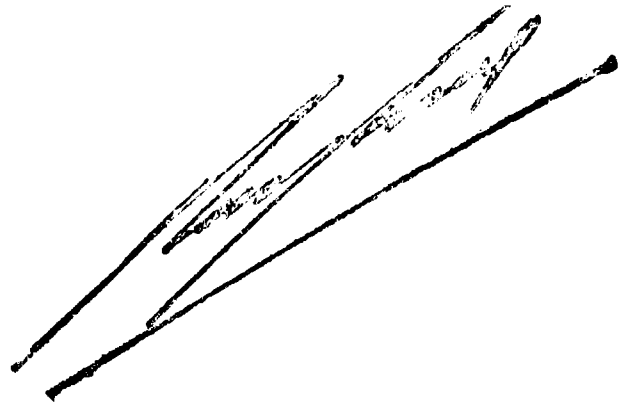
" González Hernán D.- Cl. de Enf. Infec. y P. T.



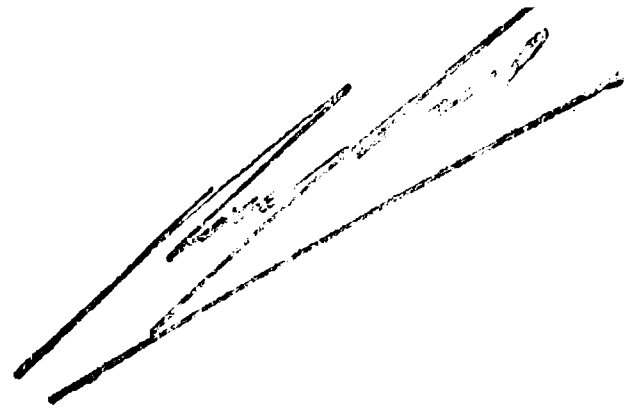
- Dr. Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal
- " Lambre Rómulo R.- Anatomía Descriptiva
- " Loudet Osvaldo .- Cl. Psiquiátrica
- " Lyonnet Dulio H.- Anatomía Topográfica
- " Maciel Crespo Fidel. A.- Semiología y Cl. Proped.
- " Manso Soto Alberto E.- Microbiología
- " Martínez Diego J.J.- Patología Médica IIa.
- " Mazzei Egidio S.- Clínica Médica IIa.
- " Montenegro Antonio.- Cl. Genitourrológica
- " Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica
- " Obiglio Julio R.A.- Medicina Legal
- " Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica Cat. Ia.
- " Rossi Rodolfo.- Cl. Médica Ia.
- " Sepich Marcelino J.- Clínica Neurológica
- " Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia

PROFESORES ADJUNTOS

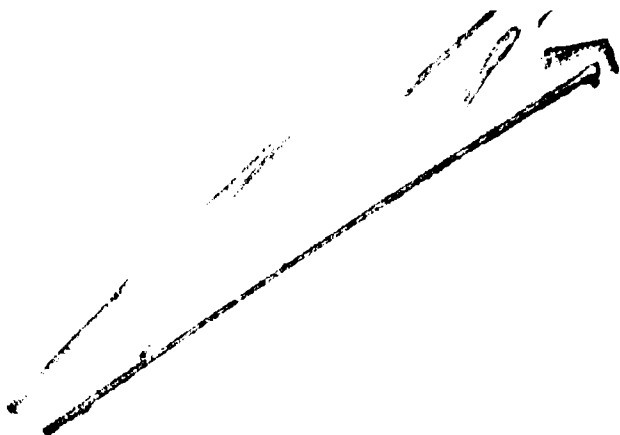
- Dr. Aguilar Giraldes Delio J.- Cl. Pediátrica y Puericultura.
- " Acevedo Benigno S.- Química Biológica
- " Andriau Luciano M.- Clínica Médica
- " Bach Víctor Eduardo A.- Clínica Quirúrgica Ia.
- " Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria
- " Baila Mario Raúl.- Clínica Médica
- " Bellingi José.- Patología y Cl. de la Tuberc.



- Dr. Bógatti Alberto.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Briasco Flavio J.- Cl. Pediatría y Pueric.
- " Calzetta Raúl V.- Semiología y Cl. Proped.
- " Carri Enrique L.- Parasitología
- " Cartelli Natalio.- Cl. Genitourrológica
- " Castedo César.- Cl. Neurológica
- " Castillo Odena Isidro.- Ortopedia y Traumatolog.
- " Ciafardo Roberto.- Clínica Psiquiátrica
- " Conti Alcides L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio.- Cl. Oftalmológica
- " Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica
- " Chescotta Nestor A.- Anatomía Descriptiva
- " Dal Lago Héctor.- Ortopedia y Traumatología
- " De Lena Rogelio E. A.- Higiene y M. Social
- " Dragonetti Arturo R.- Higiene y M. Social
- " Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria
- " Echave Dionisio.- Física Biológica
- " Fernández Audicio Julio César.- Cl. Ginecológ.
- " Fuertes Federico .- Cl. de Enf. Infec. y P. T.
- " Garibotto Román C.- Patología Médica
- " García Olivera Miguel Angel. Medicina Legal
- " Giglio Irma C. de - Clínica Oftalmológica
- " Giroto Rodolfo.- Clínica Genitourrológica
- " Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica



- Dr. Guixa Héctor Lucio.- Cl. Ginecológica
- " Ingrata Ricardo N.- Clínica Obstétrica
- " Lascano Eduardo Florencio- Anat. y F. Patológ.
- " Logascio Juan.- Patología Médica
- " Loza Julio César.- Higiene y M. Social
- " Lozano Federico S.- Clínica Médica
- " Mainetti José María.- Cl. Quirúrgica Ia.
- " Manguel Mauricio.- Clínica Médica
- " Marini Luis C.- Microbiología
- " Martínez Joaquín D. A.- Semiolog. y Cl. Proped.
- " Matusевич José.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías.- Patología y Cl. de la Tuberc.
- " Michelini Raúl T.- Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
- " Morano Brandi José F.- Cl. Pediatría y Pueric.
- " Moreda Julio M.- Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo.- Patología Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo.- P. y Cl. de la Tuberculosis
- " Pereira Roberto. F.- Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto.- Embriología e H. Normal
- " Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl P.- Cl. Quirúrgica
- " Polizza Anleto.- Medicina Operatoria
- " Ruera Juan.- Patología Médica

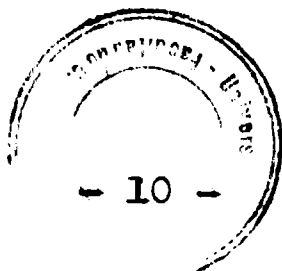


- Dr. Sánchez Héctor J.- Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J.J.- Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel María del C.- Cl. Obstétrica
- " Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
- " Tropeano Antonio.- Microbiología
- " Tolosa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo C. U. F.- Semiología y Cl. Proped.
- " Vázquez Pedro C.- Patología Médica
- " Votta Enrique A.- Patología Quirúrgica
- " Tau Ramón.- Semiología y Cl. Propedéutica
- " Zabudovich Salomón.- Clínica Médica
- " Zatti Herminio L. M.- Clínica de Enf. Infec-
ciosas y P. T.-

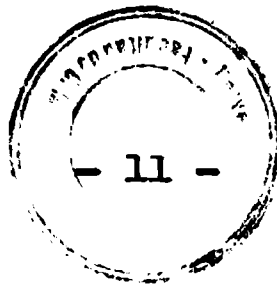
- - - - -



- A mis padres -



- A mi novia -

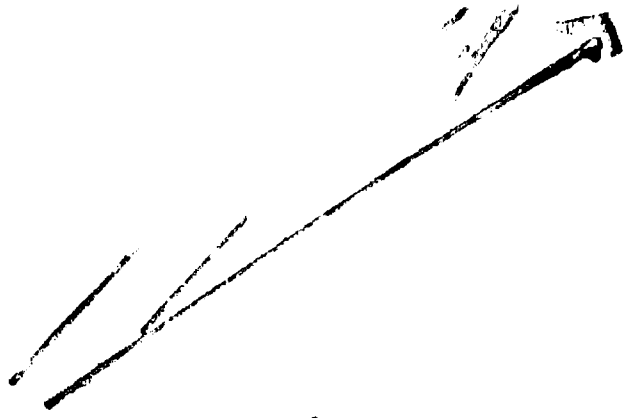
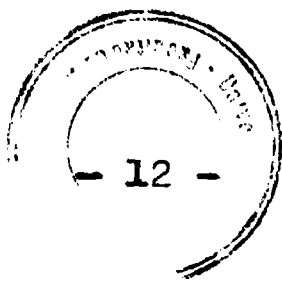


HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO.-

CAPITULO I.- GENERALIDADES.-

Nos referimos bajo este rótulo. a las pérdidas sanguíneas que se producen durante el alumbramiento o inmediatamente después de expulsados los anexos ovulares, y que en términos generales reconocen como causa originaria a la atonía uterina o a perturbaciones del mecanismo fisiológico del alumbramiento y también a anomalias anatómicas de placenta y útero.- No englobaremos por lo tanto aquellas hemorragias que a pesar de producirse inmediatamente a continuación del parto, tienen como causa productora, la diferentes lesiones traumáticas que en el organismo materno pueden provocarse a consecuencia del proceso del parto y que no se hallan vinculadas al alumbramiento.-

Sabido es que durante el alumbramiento se produce una pérdida sanguínea que según las diferentes pacientes puede oscilar entre los 200 y 500 cc. y que dentro de estos límites se considera como normal, para recién cuando la hemorragia sobrepasa dichas cifras, hablarse de hemorragia del alumbramiento; pero a pesar de ello, no debemos olvidar que la tolerancia a las hemorragias varía de acuerdo a las características individuales y al estado gene-



ral por las pacientes presentado, siendo así que e
existen personas en las cuales una pequeña perdi-
da sanguínea puede conducir a estados de suma gra-
vedad, como también hallamos casos en que pese a
la relativa abundancia de la hemorragia, nos en-
contramos con pequeños inconvenientes; siendo por
esta razón necesario llevar a cabo una atenta vi-
gilancia de las pacientes para estar en condiciones
de subsanar cualquier contingencia que se produje-
ra, con la mayor premura.-

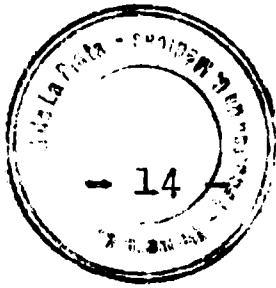
La práctica obstétrica nos enseña que a conti-
nuación del parto, el útero entra en un período de
reposo que se considera, generalmente, tiene una
duración de diez a veinte minutos, para luego vol-
ver a entrar en actividad y por medio de sucesivas
contracciones, procede a desprender y a expulsar de
su interior a la placenta y sus membranas, últimos
componentes del huevo que quedaban en su interior.
Estas contracciones se producen por acortamiento
activo de las fibras musculares uterinas, producién-
dose como consecuencia una disminución de la super-
ficie de implantación placentaria, siendo a raíz
de este hecho y de la imposibilidad de la placen-
ta de modificar su forma y volumen que se provoca



una desarmonía entre ambas superficies y se inicia el desprendimiento que por sucesivas contracciones se completará, haciendo posible la expulsión de los anexos de la cavidad uterina.-

Cuando por cualquier motivo se halle perturbado este mecanismo, tendremos como consecuencia la retención de la placenta y la consecutiva producción de hemorragias, pues al no poderse efectuar normalmente la retracción de la matriz, dificultada por hallarse ocupada su cavidad, no se producirá el mecanismo de hemostasia fisiológica que es llevado a cabo por las fibras de la capa muscular media del útero (las llamadas ligaduras vivientes de Pinard) y la sangre fluirá, ya sea libremente al exterior (hemorragia externa) o reteniéndose en la cavidad uterina (hemorragia interna).-

Pero aun en el caso de que el proceso de desprendimiento y expulsión de los anexos se haya llevado a cabo con normalidad, cuando la fibra uterina se haya agotado a lo largo del proceso del parto y de la expulsión de dichos anexos, producirase la hemorragia, que tendrá como causa generadora entonces al estado de inercia uterina, que también impide, aunque por otro mecanismo, que se lleve a cabo el proceso normal de hemostasia fisiológica.-



CAPITULO II.-

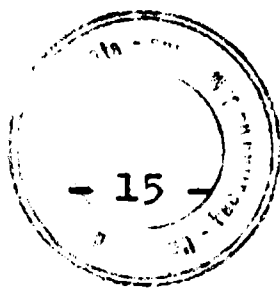
ETIOPATOGENIA.-

De lo anteriormente expuesto podemos sacar en conclusión que la hemorragias del alumbramiento obedecen a dos razones etiopatogénicas:

1º) Al agotamiento del poder contráctil de la fibra muscular uterina, que produce la situación denominada de atonia o inercia uterina.

2º) Al desprendimiento incompleto de los anexos ovulares, con retención de la placenta o de un número variable de cotiledones en la cavidad uterina, siendo de este modo impedida la perfecta retracción uterina y provocandose de tal modo la imposibilidad de efectuar la hemostasia que normalmente es llevada a cabo como hemos dicho por las fibras de la capa muscular media del útero y que fueron llamadas por este motivo " ligaduras vivientes del útero" por el profesor Pinard.-

En el primero de los casos, es decir cuando se ha llegado al estado de inercia o atónia uterina, diremos que esta puede ser provocada o favorecida por diferentes causas, a las cuales consideraremos como primitivas cuando se hallen relacionadas a anomalias o alteraciones orgánicas de la fibra ,



muscular uterina propiamente dicha y secundarias, cuando surjan de causas en relación con el estado funcional de dicha fibra.-

Según el concepto clásico de las causas capaces de llegar a provocar la inercia o atonía uterina son las que ^a continuación pasamos a exponer:

1º) Causas dependientes del uterum

a) por anomalía de desarrollo: uteros infantiles, hipoplásicos, unicornes, bicornes, didelfos, etc.-

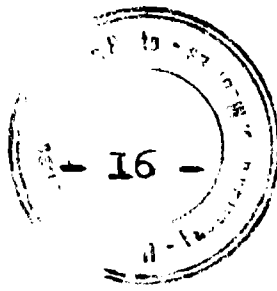
b) por degeneración de la fibra muscular uterina: fibromiomatosis, multiparidad,-

c) por sobredistensión: embarazos gemelares, hidramnios, huevos grandes.-

d) por infección uterina: que puede ser preexistente (metritis) o por infección amniótica.-

2º) Causas dependientes de diversas enfermedades orgánicas, que son capaces de producir inercia durante el parto y también en el alumbramiento, como ser: cardiopatías, anemias, tuberculosis, nefropatías, etc.-

3º) Causas que obran sobre la emotividad de la paciente, produciendo un traumatismo psíquico y que actuan por inhibición, probablemente por ac-



ción refleja.-

4º) En aquellos casos de partos prolongados y laboriosos cuando la fibra muscular uterina, llega a la fatiga, como puede suceder en las estrecheces pelvianas, presentaciones viciosas, etc.-

5º) También en los partos demasiado rápidos cuando se produce lo que ha sido denominado como sorpresa o estupor uterino,-

Cuando la causa provocadora de la hemorragia, corresponde al segundo grupo, es decir a deficiencias en el desprendimiento placentario con retención total o parcial de los anexos ovulares, varios son los motivos que a esta situación no pueden llevar.-

Hemos mencionado mas arriba el período fisiológico de reposo uterino, porque atraviesa el útero a continuación de la expulsión fetal, y debemos tener en cuenta la necesidad ineludible de respetar dicho período, pues, si así no procediéramos y pretendiésemos excitar a la matriz durante su transcurso, solo lograríamos contracciones de de ficiente intensidad, no consiguiendo por lo tanto producir el desprendimiento total de la placenta y corriendo asimismo el riesgo de provocar el es-

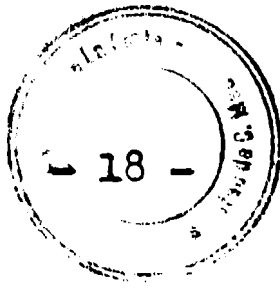


tado de atonía de la fibra muscular uterina, trayendo nos en consecuencia esta actitud equivocada la producción de hemorragias.

En otras oportunidades puede ser a consecuencia de la deficiente técnica con que un alumbramiento manual se ha efectuado que se provoque la retención de restos placentarios; y por último, también puede ser debido a adherencias anormales de la placenta contraídas con el útero, por medio de las vellosidades "grampons", que se insinúan entre las fibras musculares uterinas, y en cuyo caso las situaciones que se nos plantean son de mayor gravedad y nos exigen un tratamiento más efectivo.-

Debemos tener en cuenta que la retención placentaria al mismo tiempo que provoca hemorragia, dificulta el proceso normal de contracción uterina, impidiendo por ende, el proceso normal de hemostasia fisiológica, a cuyo mecanismo nos hemos referido anteriormente.-

Otro factor capaz de provocar hemorragia del alumbramiento, es la inversión uterina, accidente éste que puede producirse a consecuencia de maniobras intempestivas, por ejemplo tracciones exageradas a nivel del cordón umbilical, como así tam-



bién a causa de la maniobra de Credé, cuando se efectúa en forma demasiado violenta.-

Por último, citaremos entre las causas provocadoras de hemorragia del alumbramiento, a un cierto número de factores, de orden general, entre los cuales vamos a mencionar como de importancia: diátesis hemorrágicas, los estados linfáticos, la debilidad general, etc.-



CAPITULO III.-

SINTOMATOLOGIA.-

Con respecto a la sintomatología, que puede presentarse en el curso de las hemorragias del alumbramiento, podemos diferenciar a los signos en dos órdenes:

1º) Síntomas locales.

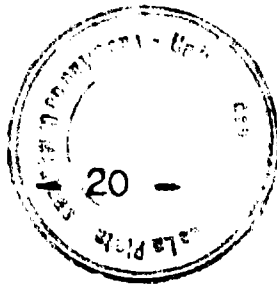
2º) Síntomas generales

1º) SINTOMAS LOCALES.-

Al producirse la hemorragia puede suceder que la sangre, a nivel de la zona de inserción útero-placentaria, se exteriorice libremente a través de los genitales externos de la paciente, produciendo se de este modo lo que se denomina hemorragia externa.-

En otras oportunidades, a raíz de haberse producido el desprendimiento placentario, por un mecanismo diferente puede la sangre acumularse en la cavidad uterina, produciéndose entonces las hemorragias internas.-

Estos dos mecanismos pueden encontrarse combinados, dando lugar al derrame al exterior de una parte de la sangre, con retención del resto en la cavidad uterina y produciéndose entonces una hemorragia mixta.-



Cuando la sangre es retenida en el útero, la situación variará según que esta retención se efectúe a nivel de la cavidad del cuerpo uterino o a nivel de su segmento inferior.- En el primero de los casos, nos encontramos conque a raíz de la extensibilidad que presenta el útero al final del embarazo puede acumular en su interior una gran cantidad de sangre.- La palpación a través de las paredes abdominales, nos mostrará al útero aumentado de tamaño, su fondo se eleva pudiendo alcanzar a sobrepasar la altura que presentaba al final del embarazo, la consistencia es blanda y los diámetros uterinos se encontraran aumentados en todos los sentidos.-

Cuando la hemorragia se acumula en el segmento inferior, nos encontramos por palpación con el cuerpo uterino, elevado, pero con cierto grado de consistencia y desviado hacia uno de los hipocondrios, inmediatamente por debajo de el palparemos una tumoración blanda, que podría ser confundida con el globo vesical producido por una retención urinaria, pero cuya diferenciación es relativamente fácil pues al efectuar el sondaje vesical la tumoración persistirá cuando sea debida a la acumulación



ción sanguínea en el segmento inferior uterino, de
sapareciendo en cambio si es debida a la retención
urinaria vesical.-

La hemorragia puede comenzar en forma insí-
diosa o sino efectuarse en forma abundante desde
el comienzo, manteniendose luego en forma continua
o intermitente.-

En las llamadas hemorragias mixtas, encon-
traremos combinados todos los síntomas que mas arri-
ba hemos mencionado, para los dos tipos de hemorra-
gia que llevamos descriptos.-

2º) SINTOMAS GENERALES.-

Son, con mucho, los que mayor importancia pre-
sentan, pues ellos son los que nos van a dar la pau-
ta de la mayor o menor gravedad del cuadro y por lo
tanto, los que nos orientaran en el tratamiento a
instituir.-

En general dependeran de los siguientes fac-
tores: 1º) cantidad de sangre derramada, 2º) mayor
o menor rapidez con que la hemorragia se produzca,
3º) el estado general previo de la paciente y su
sensibilidad particular frente a las hemorragias.-

Los síntomas son los de la anemia aguda y se
presentaran mas o menos rapidamente de acuerdo a las



circunstancias mas arriba mencionadas.-

Se producen en primer término alteraciones del pulso, que se acelera progresivamente, hasta llegar a 130, 140 ó 160 pulsaciones por minuto, hasta que por último llegará a hacerse incontable. Al mismo tiempo notaremos que la tensión arterial, disminuye paralelamente a este aumento del número de pulsaciones.- Se producen también estados vertiginosos, con tendencia al síncope, zumbidos de oídos, sed, agitación, palidez de piel y mucosas, disnea, llegando a producirse ritmos respiratorios patológicos provocados por la anorexia de los tejidos nerviosos centrales, (Cheyne-Stokes, Biot, etc.) Se produce también enfriamiento de la superficie corporal, entrando la enferma progresivamente en un estado de sopor o indiferencia por los estímulos del mundo exterior.-

La auscultación cardíaca nos permitirá apreciar la aceleración y el apagamiento de los tonos cardíacos, pudiendo también presentarse un soplo sistólico funcional a nivel del foco mitral.-



CAPÍTULO IV.-

DIAGNOSTICO.-

Cuando nos encontramos frente a una hemorragia durante el proceso del alumbramiento, debemos determinar en primer término el origen que ella tenga; para descartar todas aquellas hemorragias de origen traumático que pueden producirse en el transcurso del parto, en especial cuando se haya debido recurrir a los recursos del arte obstétrico para llevar a término dicho parto.- Debemos recordar que las hemorragias traumáticas pueden ser originadas por gran variedad de causas, como ser: desgarros de clítoris, ruptura de várices vaginales o vulvares, desgarros a nivel del cuello uterino o del segmento inferior, desgarros de vagina o periné, ruptura uterinas, etc.

Todas estas situaciones deben ser descartadas por medio del prolijo examen efectuado ya sea mediante el tacto, realizado en perfectas condiciones de asepsia, que nos permitirá recorrer con los dedos todos los segmentos del canal del parto, cuello uterino, fondos de saco vaginales, vagina, etc.; o por medio de la colocación de un espéculo o una valvas que nos permitirán visualizar las zonas anteriormente mencionadas y reconocer cualquier traumatismo que,

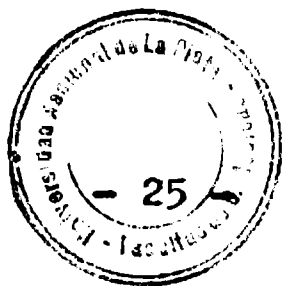


por las maniobras del parto, puede haberse producido y en último extremo mediante la realización de un tacto intrauterino que nos permitiera descubrir una posible ruptura uterina o del segmento.-

No olvidaremos tampoco que puede suceder que nos encontremos con hemorragias que respondan al mismo tiempo a causas traumáticas por lesiones de las partes blandas y a anomalías del mecanismo normal del alumbramiento, debiendo en esos casos dilucidar correctamente lo que corresponde a uno y a otro proceso para de acuerdo a ello proceder a llevar a cabo los distintos tratamientos que correspondan.-

Será pues recién cuando hayamos descartado todas las posibles causas de hemorragia debidas a lesiones traumáticas de las partes blandas, que podremos decir que nos hallamos ante una hemorragia del alumbramiento y procederemos entonces a determinar si su origen es debido a la atonía uterina o si es por haberse producido desprendimientos parciales de la placenta y retención de restos en la cavidad uterina.-

Cuando la hemorragia sea interna, con retención de la sangre en la cavidad del útero, la pal-



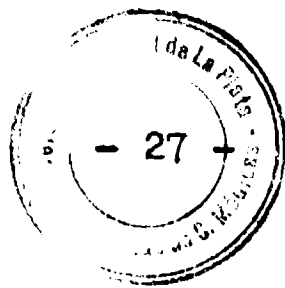
pación al mostrarnos las variaciones de forma altura, y consistencia uterina nos dará el diagnóstico; en cambio cuando la acumulación de la sangre derramada se haya llevado a cabo a nivel del segmento inferior, la tumoración que encontraremos por palpación nos podría llamar a error con un globo vesical por retención, urinaria, siendo necesario efectuar un sondaje vesical, para determinar la causa real de la tumoración, que cuando obedezca a una retención de orina la veremos ir desapareciendo a medida que procedemos a evacuar la vejiga, cosa que no sucederá si el mecanismo que la provoca es la hemorragia del alumbramiento con retención de la sangre a nivel del segmento inferior uterino.-

Si la hemorragia es externa, debemos proceder a recoger la sangre vertida y efectuar su pesada, lo que nos permitirá llevar a cabo el deslinde entre las hemorragias fisiológicas de aquellas que por su cantidad ya se han convertido en patológicas.-

El diagnóstico de la retención de restos en la cavidad uterina lo haremos efectuando sistemáticamente el prolijo examen de la placenta y sus membranas luego de su expulsión, debiendo en el ca-



so que su integridad nos resulte dudosa, proceder al examen intrauterino por medio del tacto bajo las mas rigurosas condiciones de asepsia, para evitar las desagradables contingencias de la infecci3n. En el caso de que existan restos, ser3 su consistencia esponjosa y el relieve que sobre la superficie uterina hacen, lo que nos permitir3 hacer el diagn3stico.



CAPITULO V.-

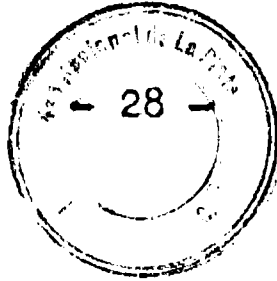
PRONOSTICO.-

El pronóstico de las hemorragias del alumbriamian to, depende de una serie de factores que a continuación expondremos.-

Debe considerarse en primer término, la cantidad de sangre perdida por la enferma y al mismo tiempo las diferentes tolerancias individuales que las enfermas, pueden presentar con respecto a las pérdidas sanguíneas; pues es bien sabido que algunas personas sufren grandes desequilibrios a causa de pequeñas hemorragias, mientras que en cambio otros individuos toleran la pérdida de cantidades apreciables de sangre con escasos síntomas.-

Los signos que nos van a dar la sensación de la mayor o menor gravedad del cuadro y por lo tanto aquellos en que fundaremos el pronóstico, son aquellos que anteriormente hemos mencionado en el capítulo de la sintomatología, a saber: la aceleración progresiva del pulso, la hipotensión arterial, los mareos, decoloración de piel y mucosas, etc.-

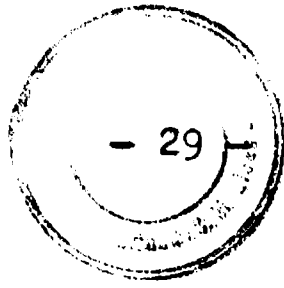
Otro factor que debemos tener en cuenta para establecer la mayor o menor gravedad del cuadro que se nos presenta es la rapidez mayor o menor con que podamos llevar a cabo los recursos con que contamos



para proceder al tratamiento, tanto para levantar el estado general de la paciente, como para actuar sobre la causa provocadora de la hemorragia, ya sea esta debida a la inercia uterina o a la retención de restos placentarios en la cavidad del útero.-

Debemos tener en cuenta también para fijar el pronóstico favorable o desfavorable, segun los casos, que cuando la hemorragia sea provocada por la hipotonía uterina, sera facilmente conjurada por la acción de los diversos occitócicos que al alcance de nuestra mano tengamos, dicho pronóstico será entonces ampliamente favorable, haciendose gradualmente menos favorable a medida que las causas provocadoras de las hemorragias nos vayan imponiendo medidas terapéuticas mas complicadas, como ser la acción instrumental para la extracción de los restos en los casos de retención, por los riesgos de infeccion que esto presenta, aunque actualmente la adopción de las mas amplias medidas de asepsia y la utilización del arsenal de las compuestos quimioterápicos nos permita luchar con un gran margen de seguridad contra estos riesgos de la infeccion puerperal.

Será aun mayor el riesgo y mas reservado el pronóstico cuando nos encontremos con que la causa provocadora de la hemorragia esté representada por



las inserciones anormales utero-placentarias (placenta ácreta) que nos obligará a la adopción de medidas de importancia para conjurar los peligros por ella determinados, debiendo llegar en la gran mayoría de los casos a proceder a efectuar intervenciones de riesgo, como ser una histerectomía.-

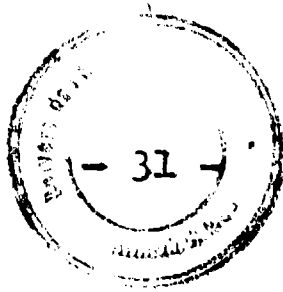


CAPITULO VI.-

TRATAMIENTO.-

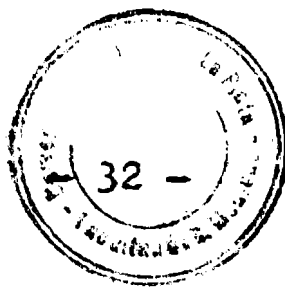
Comenzaremos este capítulo con una breve consideración de las medidas que debemos adoptar para llevar a cabo la profilaxis de las hemorragias del alumbramiento, para luego referirnos al tratamiento de las causas provocadoras y por último indicar el del estado general de la paciente, dejando desde ya expresa constancia, que estos dos últimos deben realizarse simultáneamente y en muchos casos debido a la gravedad de los síntomas generales provocados en la enferma por la hemorragia, nos veremos obligados a llevar a cabo el tratamiento del estado general, para poner a la paciente en condiciones de ser sometida a las medidas requeridas para eliminar la causa productora de la hemorragia del alumbramiento.

La profilaxis de las hemorragias del alumbramiento consistirá en el estricto cumplimiento de una serie de medidas y preceptos, que expondremos a continuación, y que tendremos en cuenta ya durante la atención del parto y luego en el periodo correspondiente al alumbramiento, evitando de este modo, llevar a cabo maniobras bruscas e intempesti-



vas que puedan a posteriori actuar, provocando anomalías en el mecanismo fisiológico del alumbramiento.-

Para esto trataremos de evitar las prolongaciones exageradas del período de trabajo de parto, que actuando sobre la contractilidad de la fibra muscular uterina, llevan a su ulterior agotamiento, causa primordial de un gran número de los casos de hemorragia del alumbramiento; cuando no nos haya sido posible evitar dicha prolongación del período de trabajo de parto y consideremos posible la presentación de la hemorragia del alumbramiento, debemos proceder a combatirla con la mayor rapidez, recurriendo a los ocitócicos, el masaje uterino, la bolsa de arena y la bolsa con hielo, inmediatamente de haber sido expulsada o extraída la placenta de la cavidad uterina.- En la Maternidad Ramón Sardá, de la Capital Federal, donde actuamos, se procede profilacticamente a efectuar la inyección intramuscular de ergotina o hipofisiona a todas las parturientas, inmediatamente luego de haberse producido el alumbramiento, como prevención de posibles hemorragias.- Puede utilizarse también la pituitrina en la misma forma, debiendo ser esta



reemplazada por el pitocín en los casos comprobados de enfermas con hipertensión arterial.-

Sabemos que el útero luego de haber sido evacuado el feto que lo ocupaba, pasa por un período de reposo de una duración aproximada de diez o veinte minutos, para luego volver a entrar en un período de actividad contractil, por medio del cual va a proceder a efectuar el desprendimiento y la expulsión de la placenta y sus anexos, período este que debe ser respetado, no procediendo durante su duración a efectuar maniobras tendientes a lograr la expulsión de los anexos ovulares, como ser masajes a través de las paredes abdominales, etc, que si en algunos casos pueden provocar la contracción uterina y la posterior evacuación, también pueden ser los responsables de desprendimientos parciales que provoquen hemorragias y la retención de restos placentarios con los consiguientes inconvenientes posteriores para la paciente.-

También, dentro de las medidas de profilaxis de las hemorragias del alumbramiento, entra la prolija revisión de los anexos ovulares evacuados, para determinar su integridad con precisión y cuando el examen de lugar a dudas, o en el caso de que se



constate la no integridad de dichos anexos, proceder a efectuar un tacto intrauterino, siempre bajo las mas rigurosas condiciones de asepsia, que nos permita comprobar la retención de dichos restos, debiendo ser seguida esta maniobra por la extracción de los mismos, ya sea mediante el legrado digital o por un raspado, para lo cual, debemos siempre en estos casos utilizar la cureta de bordes romos de Pinard.-

Cuando aun a pesar de la observación extricta de estos preceptos, o en el caso de que por no haber asi procedido, nos encontramos en presencia de un cuadro de hemorragia del alumbramiento, nos veremos en la obligación de poner en juego los distintos recursos que para el tratamiento de estos casos tenemos a nuestra disposición y que a continuación vamos a enumerar.-

Cuando la causa provocadora de la hemorragia del alumbramiento sea la inercia uterina, debemos considerar diferentes situaciones, según que:

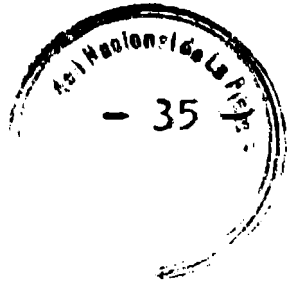
1º) No se haya efectuado el desprendimiento de ninguna porción de la placenta; 2º) el desprendimiento sea parcial; 3º) se ha efectuado el desprendimiento en forma completa, pudiendo en este caso la



placenta haber sido ya expulsada o nó.-

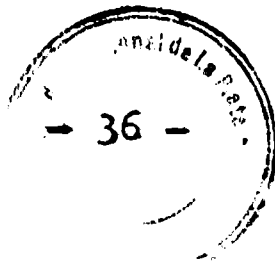
En el primer caso, es decir cuando no se ha producido el desprendimiento placentario a causa de la inercia uterina, no se producirá hemorragia y el tratamiento será expectante para dar lugar a que el útero pueda iniciar sus contracciones y por medio de ellas llevar a cabo la expulsión de los anexos.- El plazo de espera se considera generalmente de alrededor de una hora, siempre que durante ese lapso la aparición de una hemorragia no imponga la adopción de medidas terapéuticas.- Cuando vencido ese lapso de espera fijado el utero persista en su estado de inercia, comenzaremos por intentarse excitación por medio de los masajes efectuados a traves de las paredes abdominales y aun por medio de los ocitócicos en cuyo caso utilizaremos la hipofisina en dosis de 5 a 10 unidades de extracto de lóbulo posterior de hipófisis, sub-cutánea o intramuscularmente, dosis que podremos repetir cuando los resultados obtenidos sean insuficientes.-

En el Instituto de Maternidad a cargo del Prof. Dr. Alberto Peralta Ramos, el Prof. Dr. Guiroy ha experimentado la hipofisina por via endovenosa, cuando las vias sub-cutanea e intramuscular no rinden los



resultados deseados; utiliza la dosis de 2 á 5 unidades diluidas en suero fisiológico y efectuando la inyección con suma lentitud, mientras se mantiene la mano a nivel del cuerpo uterino, para suspender la inyección, en cuanto se observa la contracción uterina.- El Prof. Dr. Guiroy ha presentado mas de ~~cuatro~~ cuatrocientas observaciones con buenos resultados e indica como contraindicación los casos de placenta encarcelada y su retención por la presencia de anillos de contracción espasmódicos.-

Cuando estos recursos que hemos mencionado fracasan, procederemos a intentar efectuar el alumbramiento por el método hidraulico de Mojon-Gabastou, cuya técnica es la siguiente: se secciona el cordón umbilical en las proximidades de la vulva para evitar coágulos que pudieran obstruir la vena, y luego por medio de una cánula o un trocar introducidos en la luz de la vena, se procede a inyectar el líquido a utilizar, que puede ser agua destilada o solución fisiológica caliente, ultimamente se les agrega soluciones de sulfamida o penicilina como preventivo de las infecciones.- El dispositivo para inyectar el líquido puede ser un simple irri-



gador colocado a cierta altura o una jeringa de gran tamaño; término medio la cantidad de líquido a utilizar es de 200 á 500 grs., pero pueden ser necesarios en ciertos casos de 1000 á 1500 grs.-

El mecanismo por el cual se produce el desprendimiento placentario por este método, ha sido interpretado de diversas maneras: así para el primitivo autor del método (Mojon), lo esencial sería el aumento de peso sufrido por la placenta, pero para otros las razones que obran son múltiples, para Schwartz la distensión de los capilares vellosos, que moviliza la súperficie placentaria, según Gabastou el método produce la ruptura de los capilares y la consiguiente acumulación de líquido entre los cotiledones y la pared uterina formándose un higroma retroplacentario, que tendría la misma influencia que el hematoma reproplacentario que se forma en el mecanismo normal del alumbramiento.-

Con esta técnica se consigue según los diferentes autores un porcentaje de éxitos aproximado al 80 %, cuando la utilización se ha ajustado a las indicaciones exactas y su técnica ha sido convenientemente realizada.-

Cuando tampoco con este método obtengamos el

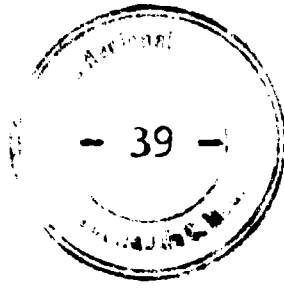


resultado buscado, es decir el desprendimiento de los anexos placentarios, procederemos a efectuar el alumbramiento por el método de Credé.- La técnica de la maniobra de Credé es simple y consiste en los siguientes tiempos, una vez efectuada la evacuación de la vejiga, el operador colocado a la derecha de la paciente dirige el útero hacia la línea media del abdomen y la coloca en anteflexión, luego de efectuar un pequeño masaje para lograr a una contracción uterina, por medio de su mano derecha colocada de modo que el pulgar ocupe la cara anterior del útero y los dedos restantes se apoyan en la cara posterior, efectuara la compresión y descenso de dicho órgano, de modo de lograr el desprendimiento y al mismo tiempo la expulsión de la placenta.- La maniobra se ve dificultada en los casos de pacientes con mucho panículo adiposo y de aquellas con paredes abdominales muy tónicas que no permiten que la mano del operador abrace el fondo y el cuerpo uterino en las condiciones necesarias, siendo en estos casos necesario efectuar la anestesia general para por este medio lograr la relajación de las paredes abdominales de modo que la maniobra pueda ser llevada a cabo.-

A esta maniobra se le atribuyen una serie de

inconvenientes que son explicables cuando se la efectúa con demasiada energía; así se la ha culpado de provocar la retención de cotiledones y restos de membranas, inversión uterina, producción de parálisis intestinal por irritación del nervio esplácnico, shock obstétrico, taquicardia que se puede prolongar varios días y que es atribuida a irritación del simpático uterino y hasta la producción de rupturas uterinas.-

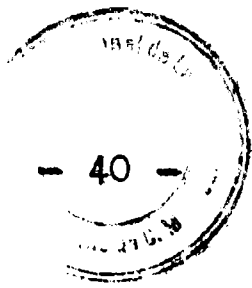
Por último cuando a pesar de todas estas maniobras aun la placenta continua retenida, se debe proceder a efectuar el alumbramiento artificial manual, cuya técnica pasamos a explicar a continuación.- Efectuada la anestesia profunda de la enferma, el operador introduce su mano mas hábil calzada con guantes esterilizados, siguiendo el cordón umbilical para llegar de ese modo al borde de la placenta, mientras que la mano libre inmoviliza el fondo uterino a través de la pared abdominal; logrado esto se insinua la mano entre la placenta y la pared uterina, desprendiendo los cotiledones de la misma forma en que "un cortapapel separa las hojas de un libro" (Budin) y lentamente se recorre toda la superficie de la inserción placentaria,



hasta que la placenta ya totalmente desprendida caiga en el hueco de la mano, retirandose **entonces** con suavidad para desprender y arrastrar el resto de las membranas ovulares.-

En ocasiones, el alumbramiento manual puede verse dificultado por la presencia de anillos de contracción, que impiden la penetración de la mano o por la adherencia demasiado íntima de los cotiledones con la pared uterina, en el primer caso se tratara de vencer los espasmos por medio de la anestesia profunda y en el otro se extraerá la placenta en trozos, hasta que se haya conseguido extraerla en su totalidad, ante la posibilidad de llevar a cabo esto por ser las adherencias demasiado íntimas, caso de la placenta ácreta, no quedaría otro recurso que recurrir a la histerectomía.-

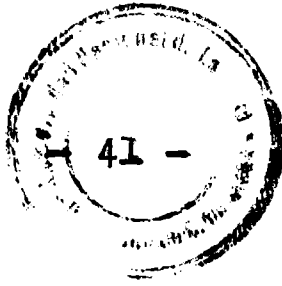
A consecuencia del alumbramiento manual pueden ocurrir ciertos accidentes, como ser desgarros del segmento, fondo de sacos y aun de las paredes uterinas, pero su frecuencia es escasa cuando se procede con buena técnica; la complicación mas frecuente y mas temible es la infección contra la cual se lucha por medio de la asepsia mas perfecta posible, y procediendo una vez efectuado el alumbramiento a la introducción de una torunda de gasa empapada en



la cavidad uterina con la cual se recorrerá íntegramente dicha cavidad, o por la introducción de soluciones de penicilina o sulfamida en la antedicha cavidad uterina.- Otra complicación que se puede presentar con el alumbramiento manual artificial es la producción de shock, cuando la anestesia no ha sido suficientemente profunda y aun en algunos casos a pesar de ello.

Cuando el proceso hemorrágico sea debido a la retención de restos placentarios, luego de la evacuación o extracción de la placenta, situación que como ya anteriormente hemos dicho se nos hará evidente por el examen de ~~la~~ porción evacuada, en la cual la falta de uniformidad de la cara materna placentaria nos hablará de la retención de uno o mas cotiledones, procederemos a efectuar el legrado de la cavidad uterina, siempre bajo anestesia general y bajo los correspondientes cuidados de asepsia utilizando la cuveta de bordes romos de Pinard, que por su conformación impedirá que, efectuando las maniobras con la suavidad necesaria, podamos caer en la contingencia de provocarla perforación de la pared uterina que se encuentra en estos casos sumamente reblandecida.-

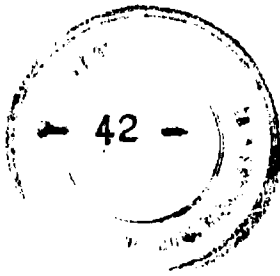
También la retención de coágulos y su ulte-



rior organización, al provocar la distensión uterina, impidiendo la retracción de las fibras musculares, no permite que se lleve a cabo al mecanismo hemostático que la capa media efectúa (ligaduras vivientes de Pinard) y puede provocar por lo tanto la hemorragia.- En este caso procederemos a la evacuación de los coágulos simplemente por el legrado digital, aprovechando para efectuar al mismo tiempo el masaje combinado de la pared uterina, provocando su excitación mecánica.-

Cuando la hemorragia se produce posteriormente a la completa evacuación de la cavidad uterina, será debida a la inercia, contra la que vamos a actuar por distintos medios que enunciaremos a continuación.- Cuando la hemorragia es de escasa intensidad, en los casos ligeros de inercia, podemos obtener la contracción y la hemostasia por medio del masaje uterino a través de las paredes abdominales que excitando la fibra muscular uterina provoca su contracción.-

Cuando el caso requiere una intervención mas energética, se podrá recurrir a la utilización de la hipofisina por vía intravenosa, intramural o intracervical, habitualmente se utilizan dosis entre X y



XX unidades como máximo.- Otros preparados de acción ocitócica a los que podremos recurrir en estos casos son la pituitrina, el pitocin, la ergotina, el ergotrate, etc.-

Otro procedimiento a utilizar, es el lavado intrauterino que se efectuará con una solución yodada al 20 por mil, o utilizando una solución de trementina al 10 por mil, a una temperatura de 48 grados.-

Para efectuar este lavaje intrauterino existen cánulas especiales como la de Bozeman Frith, que se introducen hasta el fondo uterino haciendo pasar alrededor de cinco litros de la solución empleada, desde un recipiente que estará colocado a una altura de 60 a 80 cmts. sobre el nivel del lecho.- El lavaje actúa por la acción física del calor y por la composición química de los líquidos empleados.- El riesgo mayor que este método presenta es el de producir embolias, cuadro de considerable gravedad que hace que el método sea poco o nadautilizado.-

Al mismo tiempo que procedemos al tratamiento de la causa de la hemorragia, procederemos a tratar de efectuar la hemostasia recurriendo

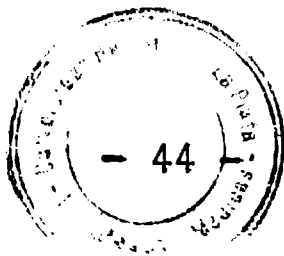


para ello a métodos que podemos dividir en directos e indirectos actuando todos ellos por acción mecánica.-

Un medio indirecto es la compresión de la aorta abdominal que al suprimir el aflujo sanguíneo al utero temporariamente provoca la hemostasia que en algunos casos se mantiene definitivamente.- Actua por la provocación de un estado de anemia que resulta estimulante sobre la contracción uterina.-

La compresión puede efectuarse manualmente o por medio de aparatos especiales,, como ser el lazo o tubo de Momburg.- El tubo de Momburg adolece en la práctica de varios inconvenientes, pues además de ser inseguro al mismo tiempo expone a ~~riaciones~~ variaciones bruscas de presión, tanto al proceder a su aplicación como al retirarlo, con la consiguiente acción perniciosa sobre el músculo cardíaco.- Momburg aconseja para evitar este inconveniente proceder a efectuar el vendaje de los miembros inferiores antes de retirar el tubo.-

Al mismo tiempo no es solo la aorta la comprimida con este método, sino que tambien actúa sobre la vena cava de paredes menos resistentes

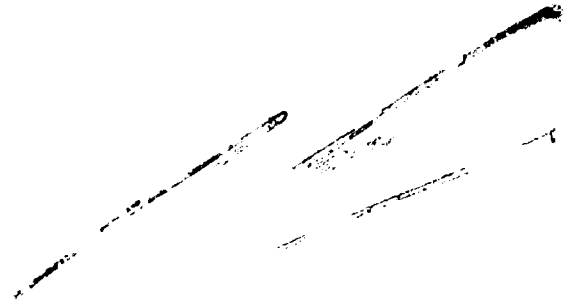
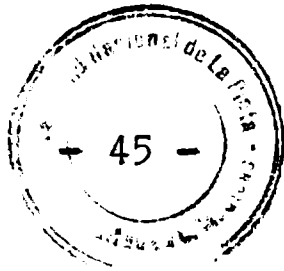


con lo que se produce el estasis sanguíneo en el territorio circulatorio inferior, con la consiguiente disminución de sangre circulante.- También puede provocar la compresión de otros órganos importantes: uréteres, ansas intestinales, con el consiguiente riesgo.-

La compresión instrumental se efectúa por medio del compresor de Rissman, el de Shert y el de Shert-Hoffman, aparatos estos que no siempre se encuentran al alcance del médico, por cuya razón lo más conveniente es recurrir a efectuar la compresión manual, esta se efectúa aplicando la mano de plano o el puño cerrado a la izquierda de la columna vertebral.- En todos estos métodos la energía con que se debe llevar a cabo la compresión se halla guiada por el cese del pulso femoral.-

Entre los medios directos de efectuar la hemostasia, pasaremos revista a: la compresión directa del útero, la compresión manual intrauterina, el taponamiento útero-cérvico-vaginal, los métodos de Arendt y de Henke.-

La compresión directa del útero puede ser efectuada contra la pared posterior de la pelvis, sobre el plano lumbo-vertebral o compresión lumbo-



abdominal, y sobre la sínfisis del pubis o compresión pubo-manual de Focher.- Otro método utilizable es el de la compresión bilateral de Pistacek.- Para poder utilizar estos medios de hemostasia es necesario que contemos con una perfecta flacidez de las paredes abdominales para poder llevar a cabo una presión sostenida con la mano apoyada sobre el útero y apoyando a este sobre cualquiera de los planos de resistencia, ya mencionados.-

La compresión manual intrauterina o método de Dejournet se lleva a cabo mediante la introducción de un puño en la cavidad uterina, mientras que la mano opuesta procede a efectuar el masaje uterino a través de la pared abdominal.-

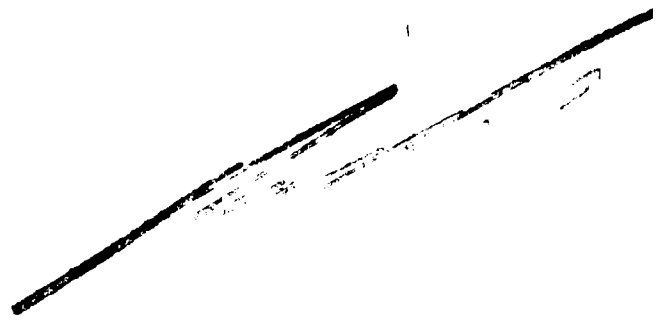
La utilización del taponaje intrauterino como recurso para cohibir una hemorragia fué descrito en primer término por el Prof. Leriche, en el año 1766.- Utilizaba a tal efecto trozos de tela que embebía en una solución de vinagre.- Las consecuencias de tal procedimiento fueron la provocación de frecuentes infecciones, por cuya razón el método fué abandonado.-

Mas tarde fué Dürssen, quien reintrodujo el taponaje intrauterino en la terapia de las hemorragias del alumbramiento, utilizando para llevarlo a

cabo gasa esterilizada yodoformada y embebida en una solución de carbonato de soda al 5% que favorece el proceso hemostático.-

El taponaje puede ser efectuado directamente o por medio de aparatos especialmente ideados, entre los cuales mencionaremos el taponador intrauterino del profesor Berutti y los tubos de Gerota-Schward y de Cassel, cuyo uso es bastante sencillo.

La técnica a utilizar debe ser rigurosa y perfecta, pues de no ser así, se obtendrán resultados contraproducentes, pues, lo único que se logrará será enmascarar la hemorragia con los consiguientes riesgos para la enferma, pues como bien lo hemos oído decir a nuestro Prof. el Dr. Monteverde "la hemorragia es un enemigo al que hay que tener bien a la vista y frente a frente".- El útero debe ser lleno totalmente con presión sostenida e uniforme comenzando por su fondo y continuando por la cavidad y el cuello uterino, para proseguir con la cavidad vaginal hasta la vulva; se mantendrá el taponaje en su lugar por medio de un apósito de algodón sobre los órganos genitales y a continuación se procederá a efectuar un vendaje en T, que tendrá como fin ajustar y contener el taponaje, el útero debe

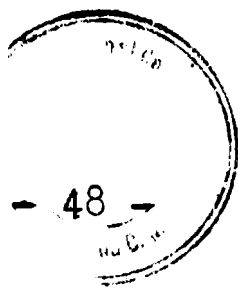


ser colocado en su máximo posible de anteflexión.-
El taponaje debe ser retirado dentro de un plazo que se estipula no mayor de ocho a diez horas, para evitar los riesgos de la infección, que se puede provocar si se mantiene durante un lapso mayor de tiempo.- Una de las ventajas que posee el taponador intrauterino del Prof. Dr. Berutti es el impedir el contacto de las gasas con las paredes vaginales, razón por la cual disminuye el peligro de infección al no ser arrastrados los gérmenes de la cavidad vaginal a la uterina.-

Henge ha preconizado el taponamiento de la cúpula vaginal posterior con el objeto de efectuar compresión sobre el plexo venoso de Frankenhäuser, se explicaría por la acción de este método, el que algunos taponajes incompletos rindan en oportunidades buenos resultados.-

Arendt recurrirá a la tracción del cuello uterino por medio de pinzas, con la que se consigue la elongación de los vasos y disminución consiguiente de su calibre quedando su luz reducida al mínimo.-

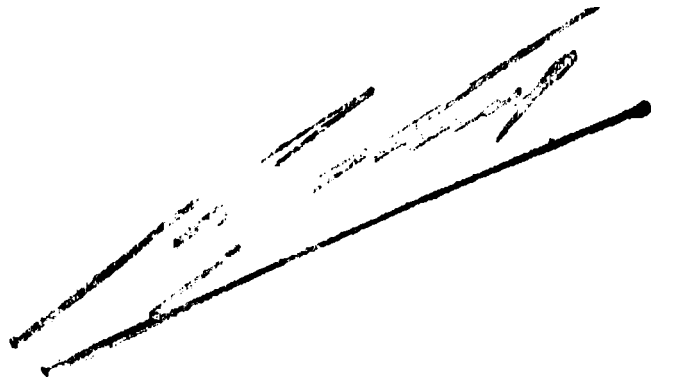
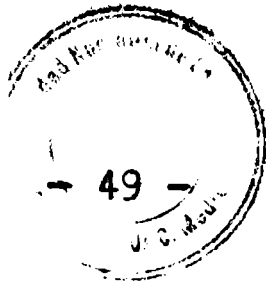
Podemos también para efectuar la hemostasia llevar a cabo el método de Hamilton, que consiste en la colocación de la mano en el fondo de saco vaginal, ejerciendo presión con los dedos pulgar é índice sobre las arterias uterinas, en tanto que con la



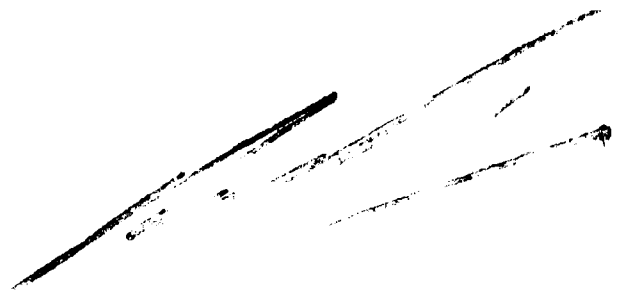
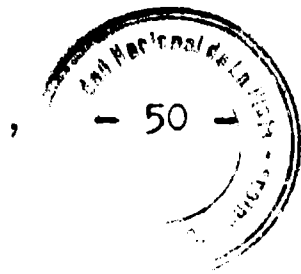
otra mano a traves de las paredes abdominales se lle
va el útero a la anteversión y se lo comprime contra
el arco del pubis.-

Otro método para conseguir la cesación de
las pérdidas sanguíneas es el de Henkel: este te-
niendo en cuenta que la mayor fuente sanguínea es
la arteria uterina procede a efectuar su pinzamien-
to a traves de los fondos de saco vaginales, estos
son generalmente depresibles y es posible sin que se
produzca su perforación colocar una pinza que rozan-
do lateralmente el cuello llegue a tres o cuatro cen-
tímetros de profundidad y comprima la arteria, se la
dejará colocada de tres á cuatro horas. El autor
del método se sirve de pinzas con dientes pero con
un clamp común tambien es posible llevar a cabo es-
ta maniobra.- Existe un peligro real que debe ser
tenido en cuenta al proceder a efectuar el método y
es la posible inclusión de los ureteres en la masa
aprisionada por las pinzas que efectuan la compre-
sión de las uterinas.-

Si a pesar de haberse intentado la hemostasia
por medio de esta serie de maniobras, nos encontra-
mos con que la hemorragia persiste poniendo en pe-
ligro la vida de la enferma, deberemos proceder a



poner en práctica, el recurso que nos brinda la cirugía y procederemos a efectuar una intervención para llevar a cabo la ejecución de una histeréctomía. Es muy difícil fijar la oportunidad exacta para proceder a llevar a cabo la intervención, pues como en todos los casos en que el médico debe llevar a cabo una medida quirúrgica francamente mutiladora, como es esta, no deben dejar de pesarse todas las posibilidades que la enferma por su estado, nos presenta a **favor** o en contra de la intervención.- Claro es ta que la decisión será facilitada cuando el caso que se nos ha presentado sea el de un utero ya infectado, o cuando nos encontremos con las íntimas adherencias utero-placentarias que configuran a la placenta accreta, pero en cambio debe reflexionarse seriamente antes de proceder a efectuar la intervención en una mujer joven y primigesta.- Pero tampoco debe olvidarse que se llega a pensar en esta intervención luego de haber agotado todos los medios y sin haber podido cohibir la hemorragia que pone en peligro la vida de la paciente, es decir en condiciones generalmente malas, o en los casos de hemorragias tan intensas que la resistencia de la mujer se agota rápidamente, y cuando se quiere

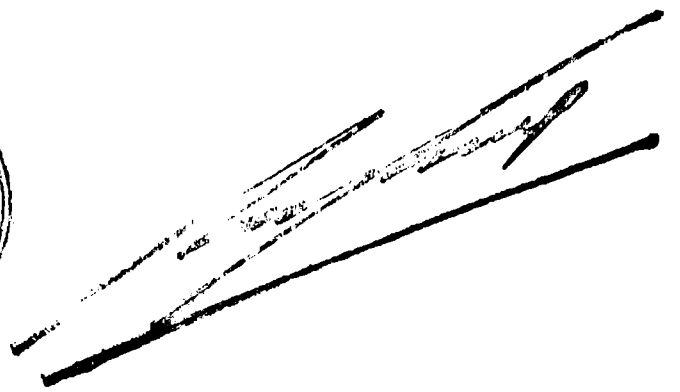
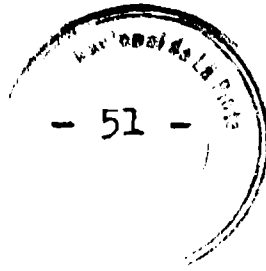


llegar a efectuar la histerectomía, se nos anticipa el exitus.-

A continuación expondremos las diferentes medidas que se procederá a adoptar para lograr que el estado general de la enferma se mantenga, o para lograr levantarlo cuando la paciente haya llegado a nosotros ya en condiciones desfavorables, y que como ya anteriormente hemos dicho, deben ser llevados a la práctica inmediatamente y en oportunidades previamente a intentar cualquier medida para lograr actuar sobre las causas que provocan localmente la hemorragia.-

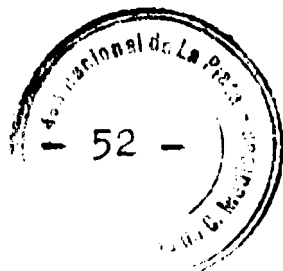
Lucharemos contra los factores de la anemia aguda que la pérdida sanguínea provoca, por medio de la reposición de los elementos por el organismo perdidos y para proceder a llevar a cabo esto, tenemos actualmente en nuestras manos un recurso soberano, que es la transfusión sanguínea, a la que en todos los casos debemos recurrir.- Podremos también utilizar otros medios ya sea como sustitutos de la transfusión, cuando esta no este a nuestro alcance por falta de medios, o como coadyuvante de la misma en otras oportunidades y que son, la perfusión de:

1º) Plasma sanguíneo,



- 2°) Solución Ringer con hemoglobina
- 3°) Soluciones salinas fisiológicas gomadas,
- 4°) Suspensiones de glóbulos rojos en soluciones cristalinas.-
- 5°) Suero.-
- 6°) Soluciones salinas iso e hipertónicas.
- 7°) Soluciones glucosadas iso e hipertónicas.-

Al mismo tiempo se procederá a efectuar a la enferma inyecciones de sustancias analépticas del tipo de la coramina, cardiazol, etc., se efectuará el calentamiento de la misma por medio de la colocación de bolsas de agua caliente, se la colocará en posición de Trendelenburg, para evitar las molestias que la disminución de la masa sanguínea trae aparejadas al disminuir la afluencia sanguínea a los centros nerviosos superiores, pudiendo a tal efecto efectuar la ligadura y vendaje de los miembros.-



CAPITULO VII.-

OBSERVACIONES PERSONALES.-

En este capítulo vamos a pasar revista, por orden cronológico, a la serie de casos que hemos tenido ocasión de observar y coadyuvar en su tratamiento, durante el período en que nos desempeñamos en la Maternidad Ramón Sardá, en calidad de Practicante mayor de Guardia.-

Caso N° 1.- R. Gral. N°41270

M. H. de S. 27 años de edad. Argentina. Primípara.-

Fecha de parto: 1° de Junio de 1947.-

Presentación cefálica O.I.I.A.- Duración del trabajo de parto: 31 horas.- Embarazo de 8 meses.-

Intervención: Fórceps por sufrimiento fetal agudo.- Cervicotomía. Presión arterial Mx. 14, Mn. 10, Pulso 90 por minuto. Temperatura 36 grados 8 décimas.

Feto de 2700 grs, de peso, sexo femenino, que llora bien.- Alumbramiento por expresión. Anexos ovulares completos.- Se produce a continuación del alumbramiento atonia uterina, con discreta pérdida sanguínea, que cede ante la acción de los occitócicos, pituitrina endovenosa.- Bolsa con hielo.- Bolsa de arena.- Tensión arterial Mx. 12 Mn. 9.-



Enferma en buen estado general. Puerperio sub-febril.-

Alta el 9 de Junio de 1947, en buenas condiciones.-

Caso N° 2.- R. Gral . N° 4573II.

R. L. de B. 29 años de edad. Española. Secundípara.-

Fecha del parto: 22 de Junio de 1948.-

Presentación cefálica O.I.I.A. Duración del trabajo de parto: 12 horas. Embarazo de término.-

Parto espontáneo.- Feto 4000 grs. de peso, sexo masculino que llora bien.- Se produce retención de placenta que se acompaña de regular pérdida sanguínea; al no conseguirse la expulsión de los anexos ovulares por medio de la expresión uterina y ante el fracaso del método de Credé, se procede a efectuar un alumbramiento artificial manual, anexos completos.- Pituitrina endovenosa, ergotina e hipofisina intramusculares.- Bolsa con higlo, Bolsa de arena.- Enferma en buen estado general.-

Puerperio sub-febril.

Alta el 28 de Junio de 1948 en buenas condiciones.-



Caso N° 3.- R.Gral. N° 46383.-

F. P. de M. 25 años. Española. Primípara.-

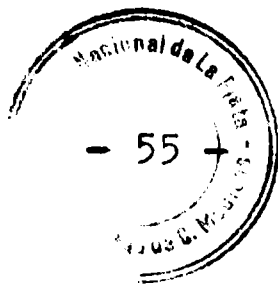
Fecha del parto 5 de Agosto de 1948.-

Presentación cefálica O.I.I.A. Duración del trabajo de parto 21 horas.- Embarazo de término.-

Parto espontáneo.- Feto de 3600 grs. de peso, sexo femenino que llora bien.- Se produce retención de los anexos ovulares, consiguiéndose su desprendimiento por medio del método de Credé.- Anexos ovulares completos.- A continuación se produce atonía uterina acompañada de abundante hemorragia del alumbramiento.- Tensión arterial Mx. 9, Mn. 6, Pulso 130 por minuto.- Se procede a inyectar ergotina e hipofisina intramusculares. Pituitrina endovenosa. Masaje uterino. Bolsa con hielo. Bolsa de arena.-

El estado general de la enferma se trata por medio de la inyección de: Suero fisiológico 500 cc. mas Veritol sub-cutáneo.- Suero glucosado hipertónico 20 cc mas 2 ampollas de Digalene endovenosas.- La enferma se recupera aumentando su tensión arterial a Mx 11 Mn.7, Pulso 90 por minuto.-

Agosto 7 de 1948. Recuento globular: 3.400.000 hematies . Valor globular 0,97 por % . Hemoglobina 65 %. Anisocromia y policromatofilia.



A handwritten signature in dark ink, slanted upwards to the right.

Se indica Hígado e hierro inyectable una ampolla diaria, para tratar el estado de anémia.- Puerperio normal.-

Alta el 21 de Agosto de 1948 en buenas condiciones.-

Caso N° 4.- R. Gral. N° 46197

E. L. J. de R. 27 años , Argentina. Primípara.

Fecha del parto; 18 de Agosto de 1948.

Presentación pelviana incompleta, modalidad de nalgas S.I.D.T. Duración del trabajo de parto 15 horas y 30 minutos.- Embarazo de término.-

Intervención: Gran extracción pelviana por sufrimiento fetal agudo.- Dilatación completa. Feto de 4200 grs. de peso, sexo femenino que llora bien.-

Se produce retención de placenta por inercia uterina, hemorragia del alumbramiento.- Ante el fracaso de los occitócicos y la expresión uterina, se intenta efectuar el alumbramiento por el método de Credé, no consiguiendo éxito tampoco por este procedimiento; se procede entonces a efectuar alumbramiento artificial manual, anexos completos. Inyección de pituitrina endovenosa.- Bolsa con hielo. Bolsa de arena.- Tensión arterial Mx. 12, Mn.8, Pulso 100 por minuto.-



Enferma en buenas condiciones. Puerperio normal
Alta el 26 de Agosto de 1948 en buenas condiciones.-

Caso N° 5.- R. Gral. N° 48473.-

M. N. de Z.- 36 años. Argentina. Secundípara.

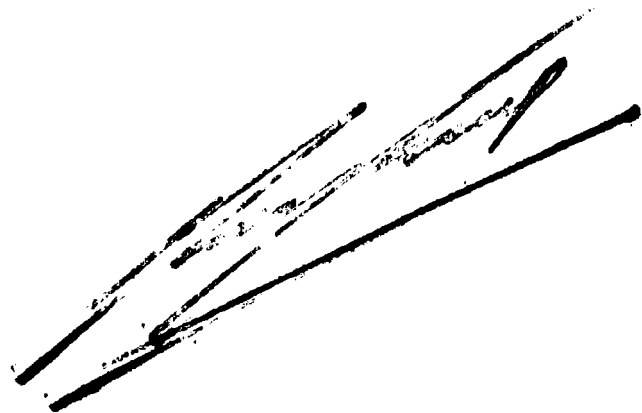
Fecha de parto 23 de Diciembre de 1948.-

Presentación pelviana completa.- Duración del trabajo de parto 9 horas 30 minutos.- Embarazo de término.-

Parto en pelviana. Maniobra de Rojas.- Mauriceau en cabeza última.- Feto muerto de 3100 grs. de peso.-

Alumbramiento por expresión.- Ergotina e hipofisina intramuscular.- Anexos completos.-

Media hora mas tarde de efectuado el alumbramiento, se produce abundante hemorragia.- Pulso hipotenso 140 por minuto.- Tensión arterial Mx. 10, Mn. 8,- Se inyecta coaguleno 20 cc . Vitamina K II amp.- Gluconato de Ca. 10 cc. Coramina 1amp. Pituitrina endovenosa.- Plasma 500 cc. en gota a gota endovenoso.- La enferma continúa en mal estado general, no reaccionando a la medicación. Se inyectan 500 cc. de sangre total y se procede a efectuar curetaje extrayéndose gran cantidad de coagulos y



consiguiéndose entonces la retracción uterina y el cese de la hemorragia.-

Una hora mas tarde se produce nuevo cuadro de inercia uterina, otra vez acompañado de hemorragia, no consiguiéndose la retracción uterina por los ocitócicos ni por el masaje uterino.- Como el estado general de la enferma empeora por momentos, se coloca compresor aórtico, se efectúa nueva transfusión de sangre total de 500 cc. y se decide efectuar la histerectomía.-

Intervención: Bajo anestesia general eterea, se efectúa incisión mediana infraumbilical.- Histerectomía sub-total.- Cierre de la pared abdominal por planos.

La enferma fallece en colapso al terminar la intervención.-

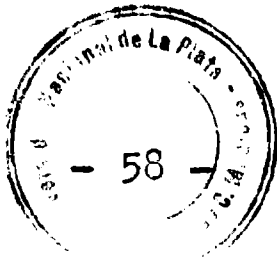
Informe anatomopatológico: Fibra muscular uterina con signos de degeneración fibromiomatosa.-

Caso N° 6.- Reg. Gral. N° 48333-

E.A.de P.- 38 años de edad. Argentina. Primípara.-

Fecha del parto: 19 de Enero de 1949.-

Presentación cefálica sobre el estrecho superior. Embarazo de término.- Bolsa rota.- Líquido amniótico teñido por abundante cantidad de meconio.



~~Handwritten signature or scribble~~

Latidos fetales muy irregulares. Cuello permeable al dedo.-

Intervención: Cesárea por sufrimiento fetal.
Temperatura 36 grados 8 décimas.- Tensión arterial
Mx. 13, Mn. 8.- Pulso 90 por minuto.-

Bajo anestesia general eterea, se efectua laparatomia mediana infraumbilical, cesárea segmen-to-corporal.- Recien nacido de 3300 grs. de peso, se xo masculino, cuatro circulares de cordón ajustadas al cuello, llora luego de ser reanimado.- Alumbramiento por pituitrina endovenosa.-

Luego del alumbramiento se produce atonia uterina, con abundante hemorragia, se inyecta ergotina e hipofisina intramuscular, se efectua masaje uterino y pituitrina intramural II ampollas y se procede a cerrar la pared uterina en tres planos.- No habiendo conseguido la retracción uterina a pesar de los occitócicos inyectados y del masaje uterino y ante la persistencia de la abundante hemorragia y la caída de la tensión arterial Mx. 8, Mn. 4, y la aceleración del pulso 150 por minuto, se decide efectuar una histerectomía sub-total.-

Sulfanilamida en cavidad.- Cierre de pared por planos.-



Indicaciones post- operatorias: Enema de suero fisiológico 1000 cc.- Transfusión de sangre total 500 c. gota a gota.- Penicilina 200.000 U. cada 4 horas.- Prostigmine 1 amp. cada 6 horas.- Suero clorurado hipertónico 40 cc. dos veces por día. Suero glucosado isotónico 1000 cc. sub-cutáneo.-

Puerperio febril hasta el tercer día, se suspende la penicilina al cuarto día.- Buena diuresis y motilidad intestinal,- Herida cicatrizada por primera.-

Alta el 3 de Febrero de 1949 en perfectas condiciones.-

Informe anatomopatológico: Degeneración fibromiomatosa de la fibra muscular uterina.-

Caso N° 7.- R. Gral. N° 50320.-

E. A. de B. 36 años. Polaca IV para .-

Fecha del parto: 15 de Junio de 1949.-

Presentación cefálica O.I.I.A.- Duración del trabajo de parto 8 horas.- Embarazo de término.-

Parto por método de Kristeller, por prolongación del período expulsivo.- Feto de sexo masculino de 5060 grs. de peso, que llora de inmediato. Alumbramiento por expresión; anexos completos.-

Inercia uterina, acompañada de hemorragia del alumbramiento. Se inyecta ergotina e hipofisina



Intramuscular, pituitrina endovenosa.- Masaje y expresión uterina, consiguiendo por estos medios la retracción uterina y el cese de la hemorragia.-

Bolsa de arena.- Bolsa con hielo.- Ergotrate.-

Tensión arterial Mx. 10, Mn. 6.- Pulso 100 por minuto.- Enferma en buenas condiciones de estado general.-

Puerperio normal.- Alta el 20 de Junio de 1949 en buenas condiciones.-

Caso N° 8.- R. Gral. N° 40.440

G. P. de A.- 34 años.- Española. Secundipara.

Fecha de parto: 27 de Agosto de 1949.-

Presentación pelviana incompleta, modalidad de nalgas S/I.D.T. Duración del trabajo de parto. 6 horas cuarenta y cinco minutos.- Embarazo de término.- Dilatación completa.-

Intervención: Gran Extracción pelviana por sufrimiento fetal agudo . Recien nacido de sexo masculino, 3150 grs. de pesp, que llora luego de ser reanimado.-

Luego de efectuada la extracción se produce inercia uterina con retención de placenta y discreta hemorragia del alumbramiento.- No consiguiéndose el desprendimiento y expulsión de los anexos mediante



[Handwritten signature]

la expresión uterina, ni por el método de Credé, se procede a efectuar un alumbramiento artificial manual, inyectándose a continuación ergotina e hipofisina intramusculares y pituitrina endovenosa con lo que se consigue la retracción uterina y el cese de la hemorragia.- Bolsa con hielo.- Bolsa de arena.- Tensión arterial Mx. 11, Mn. 7.- Pulso 100 por minuto.- Se indica suero glucosado isotónico 500 cc. y suero fisiológico 500 cc. subcutáneo.-

Enferma tranquila, en buenas condiciones.-

Puerperio Normal.-

Alta el 8 de Setiembre de 1949 en perfectas condiciones.-

[Handwritten signature: Antonio A. Prady]

BIBLIOGRAFIA.-

NACIONAL.-

- Berutti Josué.- Ahumada Jorge Luis.- El taponamiento intrauterino post partum a través de veinticinco años de experiencia.- Quintas Jornadas Rioplatenses de Obstetricia y Ginecología.- Rosario 1944.-
- Bustamante A. S. de.- Hemorragia del alumbramiento.- Revista Médica Latino-Americano.- 1924-1925. Tomo I. Caso R. Valentinuzzi M.- Hemorragia incoercible post cesárea por atonía uterina.- Boletín Instituto de Maternidad.- Año 1935. N° 2.-
- Guiroy A. J.- Nolting D. E.- La hipofisina endovenosa en las atonías del alumbramiento y del post-alumbramiento.- Boletín del Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficiencia de la Capital.- Año 1933.- El Día Médico.- Año 1932 -33.-
- Marino Donato Vicente.- El alumbramiento normal y patológico.- La Semana Médica . Año XLV.- N° 1. Enero 1937.-
- Monteverde Victorio.- Hemorragia del alumbramiento. Revista Oral de Ciencias Médicas.- Año 1936. N° IX.º
- Muñoz Mariano A.- Hemorragia del alumbramiento.- Actualidades Médicas. Año XVI.- Noviembre de 1946. CLXX.- Pag. 40.-



Perez M. L.- Tratado de Obstetricia.- Cuarta Edición - Año 1943.-

Hemostasia y Hemorragia Obstétricas.- El compresor de Hoffman.- Actas y trabajos del II Congreso Nacional de Medicina.- Año 1922.- Tomo III.-

Ricci G.- Balaguer M.- La sangre de placenta.- Sus indicaciones en toco-ginecología.- Bol. de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Ciudad de Buenos Aires.- Año 1941.-

Sosa y Sanghez A. I.- Profilaxis de la hemorragia del alumbramiento.- Boletín del Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficiencia de La Capital - Año 1938.-

Taylor Gorostiaga D. Lede R. Hemorragia del alumbramiento.- Obstetricia de Urgencia.- Año 1946.-

- - - -

BIBLIOGRAFIA EXTRANJERA

Carnat Rivett L.- Post-partum haemorrhage.- Post-graduate Medical Journal.- Año 1942.-

Day L. A.- Mussey R. and de Woe R. W.- Employment of the intrauterine pack in the management of post-partum haemorrhage.- Staff Meet. Mayo Clinic, 1948 Abril.- Vol. XXIII.- N° 8, pag. 176.-

Demelin L. A.- Manual de l'accoucheur.- Año 1924.-

Dominguez Sisco. R. y Agüero O.- Extracción manual de la placenta e inyección hidráulica.- Revista Obstétrica y Ginecología (Venezuela) 1945,5: 17.-

Farquhar Murrall. Causes of post-partum haemorrhage. American Journal of Obst. and Gynec. Año 1942.-

Folke Holtz.- La pérdida de sangre en el momento del parto.- Le Monde Medical.- Edición Española, Marzo 1940 N° 940.-

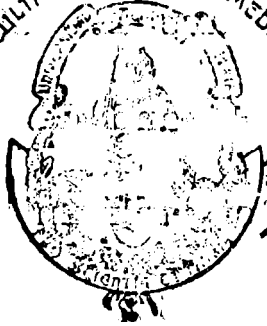
Rico F.- Sobre retenciones placentarias.- Not. Medicas.- España 1945. 5.- 14.-

Muller G.- Haemorrhages uterines post-partum et procédé de Henkel.- Revist. Mensual de Ginecol. et Obstet.- Año 1926.-2.- pag. 151.-

Antonio A. Prada

See 64 folios.
[Signature]

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



[Signature]
RAFAEL G. ROSA
PROSECRETARIO

[Signature]
131.
21/10/50