

## Hemorragia anteparto

*Robert A. Kimbrough, M.D.* — Philadelphia

American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 78. Nº 6 Diciembre 1959

El trabajo consiste de la revisión de 552 casos clínicos de hemorragia prenatal ocurridos sobre un período de 14 años en el Hospital de la Universidad de Pensilvania, E. U. A.

El número total de partos fue de 41.919 y la incidencia de desprendimiento prematuro de placenta fue de 1:109. La etiología fue desconocida en el 91.2% y toxemia del embarazo en 8.8%.

Los casos de hemorragia más severa ocurrieron antes del comienzo del trabajo del parto y esa hemorragia fue oculta en la gran mayoría de los casos y por un largo período de tiempo. Los casos menos graves ocurrieron generalmente durante el trabajo del parto y la hemorragia generalmente fue externa. Fibrinopenia suficientemente severa como para ser de importancia clínica ocurrió solamente en 4 pacientes durante los últimos 5 años del estudio.

La conducta de elección dependió siempre de los siguientes factores: Severidad de los síntomas — Presencia o ausencia de buena formación de coágulo sanguíneo — El estado del feto — y sobre todo el grado de dilatación cervical. 70% de las pacientes fueron atendidas por vía vaginal. 30% por vía abdominal. La mortalidad materna fue de 0.26%. La mortalidad fetal corregida de 14.3%.

Los autores aconsejan los siguientes principios en el manejo de las pacientes con separación prematura de la placenta:

A) Si se trata de un caso muy leve, no se debe alterar la conducción del trabajo excepto por la administración de oxígeno y aumento de la vigilancia por parte del obstetra.

B) En los casos más severos, evacuación del útero lo más rápida posible. particularmente en los casos con fibrinopenia asociada.

C) Tratamiento preoperatorio del shock, transfusiones sanguíneas inmediatamente pasado el parto y precauciones muy rígidas para prevenir hemorragia postparto.

La incidencia de placenta previa como segunda causa de hemorragia prenatal fue de 1: 248. La conducta aconsejada por el autor es la de vigilancia en el hospital para aquellas pacientes que sangran antes de las 38 semanas de embarazo a menos que la hemorragia sea muy abundante en cuyo caso se procederá a examen con espéculum únicamente, teniendo la sala de cirugía lista para proseguir con operación cesárea en caso necesario. Si por otra parte la hemorragia ocurre durante el trabajo y la placenta es marginal o lateral y la presentación polar, la ruptura de las membranas ayudará a controlar la hemorragia. Si la dilatación del cuello es completa se puede intentar versión interna y extracción. Cuando el cuello no está totalmente dilatado, cuando la placenta es central y cuando la presentación es anormal está indicada la cesárea la que debe ser clásica y no segmentaria para evitar cortar dentro del tejido placentario. La mortalidad materna fue 0% y la fetal 4.2%.

J. V. M.

---

## CULDOSCOPIA PARA INFERTILIDAD

*H. L. Riva, Coionel, Mc. U. S. A., et al*

Walter Reed Army Hospital. — Washington, D. C.

American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 78. Nº 6. Diciembre 1959

Los autores reportan sobre 203 culdoscopias practicadas entre Diciembre de 1948 y Julio de 1958 en pacientes que consultaron por problemas de infertilidad.

Luego de breve revisión histórica de la culdosocopia, los autores pasan a enunciar los detalles básicos del método empleado. Se usó anestesia espinal, mediante una solución isobárica de pontocaína, 6 a 10 mgms. sin agentes adrenérgicos inyectada a la altura de T 10.

Rutinariamente se usó también la inyección uterotubaria de azul de metileno y una vez terminada la culdoscopia se practicó con la paciente en la misma posición, dilatación cervical, raspado uterino, biopsias cervicales y aun conización del cuello cuando estaba indicada. No existe contraindicación al raspado luego de aplicar el azul de metileno ya que éste se disuelve fácilmente con los solventes usados en la coloración de hematoxilina-eosina.

De acuerdo con los autores, la culdoscopia es esencial en todas aquellas pacientes en las cuales no se ha encontrado causa obvia para su infertilidad, cuando se necesita mayor estudio de una paciente o cuando los hallazgos previos han sido contradictorios.

El procedimiento fue particularmente valioso en un grupo de 82 pacientes las cuales presentaban estudios enteramente negativos antes de la culdoscopia. Después de la culdoscopia, solamente 14 revelaron tener pelvis normales, un 35% presentaba enfermedad pélvica inflamatoria y un 30% endometriosis. No se presentaron muertes ni caso alguno de morbilidad febril postoperatoria. Las complicaciones principales fueron las siguientes:

Dolor de cabeza severo post-anestesia 4, Perforación del sigmoide 2, para un total de solo 4.9% complicaciones.

*J. V. M.*