

# REVISION UTERINA SISTEMATICA POST-PARTUM EN CLIENTELA PARTICULAR

Doctor **Rafael Peralta Cayón** \*

## *Introducción*

No vamos a decir nada nuevo, sino a explicar algo práctico, lo que se ha hecho en el ejercicio profesional y que es lo que se debe traer a estos certámenes nacionales.

*Historia:* No hay ninguna publicación colombiana.

*Cheorghin*, Bucarest, 1932, en Sepsis. *Keller*, Strasburgo, 1932-1937, Hemorragia alumbramiento. *Salas*, de Monterrey, 1956. Revisión manual sistemática. *Lounsbury*, de E. U., Curetaje rutinario post-parto.

### *Nuestro objetivo actual y fundamental*

Diagnóstico, Tratamiento preventivo-curativo, Complicaciones post-parto.

1. *Hemorragia:* a) Usual del alumbramiento, (atonía, hipo o hiperto-

nías, retención secundinas especialmente). b) Agregadas, (desgarros vagino-cervicales, prolongación metrorragias último trimestre en placenta previa, abrupcio placentae, tumoraciones benignas o malignas, rupturas uterinas, o del seno marginal placentario, e inversión uterina, hipofibrinogenemia.

2. *Anomalías uterinas:* congénitas, (úteros dobles, didelfos, bicórneos), adquiridas, (deformaciones, cordiformes, reloj arena, mucosa hipertrófica y rugosa, cicatrices, sinequias, tumoraciones y soluciones de continuidad en cuello, segmento, cuerpo.

3. *Anomalías placentarias:* desgarros, lagunas, falta o exceso de cotiledones, edema, superficie atípica por presión de coágulos en abrupcio, vasos interrumpidos en membranas, por cotiledones o placentas aberrantes y accesorias.

\* Profesor del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional.

4. *Sepsis*: membranas, cotiledones, restos placentarios, infectados.

Específicamente interesa su valoración como profilaxis de hemorragias del alumbramiento, disminuir su frecuencia, tratar la causa precisa. Preocupados ante semejante problema, la experimentamos como aporte a su probable solución.

### *Elementos*

Antes de los antibióticos modernos, le temimos por la tradicional sugestión de que la extracción manual de la placenta, producía el máximo de infecciones puerperales. Sólo la reservamos para partos intervenidos, para apreciar posible traumatismo, especialmente del fórceps. Al sospechar, descubrir alguna anormalidad al examen de secundinas, o frente a la hemorragia. Lo mismo que en casi todos los raspados digitales para completar abortos, que son los que hemos preconizado desde hace más de 20 años y realizamos en casi el 80% en vez de los instrumentales.

Nos animó a ensayar el sistema, el concepto del "tiempo corporal" de cinco minutos fijado por los uruguayos para el desprendimiento placentario en el alumbramiento normal pasado el cual se hace patológico y requiere extracción manual de la placenta. Así quedaba eliminada la antigua norma de esperar 30 a 90 minutos con los peligros correspondientes y nos atrevíamos a introducir la mano dentro del útero en plazo más temprano. Con mayor razón por ser

defensores fieles de los antibióticos, que acabaron en la Maternidad hospitalaria los nombres de Salas de Infectadas o de Aislamiento y los cuales aún reciben ataques, por aquello de que nunca estamos contentos con lo que tenemos. Cumplidas las etapas anteriores, resolvimos sistematizar el procedimiento en clientela privada. En principio practicamos esporádicas revisiones, que mantuvimos como ocultas por temor a la crítica; luego las aumentamos progresivamente y hoy en día las hemos sistematizado. Comenzamos en 1954 con pocas, que subieron algo en 1955 a 1960, para desde entonces hacerlas siempre. Creemos ser los primeros en haberlas hecho habituales entre nosotros. De octubre 1º de 1954 a octubre 1º de 1963, sobre 787 partos, 213 abortos-raspados, 15 ectópicos, 1 mola, hemos logrado 572 revisiones post-parto base del presente estudio. Se sobreentiende que entran los raspados que fueron digitales y la mola, lo mismo que cesáreas previas seguidas de partos vaginales y aplicaciones de fórceps.

### *Técnica*

Terminado el tercer período del parto, aún bajo la anestesia del mismo ó con otra adicional, apropiada y ligera, por ser una maniobra más o menos dolorosa, se introduce la mano en el útero, dentro de los requisitos de asepsia y antisepsia, habiendo cambiado de guantes. Exploración cuidadosa y anatómica, para determinar si han salido las secundinas o

si hay retención de ellas. La presencia de la mano sirve de excitación física o masaje uterino, que contrarresta alguna alteración dinámica. Si hay retención parcial de fragmentos placentarios o de membranas, se localizan y lo oportuno es extraerlos a modo de terapéutica curativa. Así se ha actuado sobre 2 factores de hemorragia del alumbramiento, hipotonía, retención y se ha podido efectuar una prevención o curación. Además se pueden establecer las demás indicaciones de la revisión, sobre todo las anomalías uterinas. Como en la mayoría de los casos hemos conducido el parto con Oxitocina I. V., la continuamos después de la revisión. De lo contrario se aplican 2 a 5 U. I. M. o derivados de cornezuelo de centeno que dejamos para casos excepcionales de hemorragia ligera o mediana, porque le tememos a la frase de autor americano, "Mortalidad materna por shock debido a Ergotrate" y porque creemos que con la oxitocina vista, es suficiente.

Antes de la maniobra, algunos aconsejarían oxitocina o derivados de cornezuelo de centeno, lo que no nos parece obligatorio, con la salvedad hecha respecto a la primera. Lógicamente debe realizarse antes de suturas de episiotomías o desgarros, para evitar que ellas se destruyan al introducir la mano.

Después, formulamos antibióticos que no estén contraindicados; más que todo como profilácticos, aunque muchos combaten dicha acción que no podemos negarla. Si surge hemo-

rragia, definir su causa, examinar detenidamente y establecer el respectivo tratamiento.

### *Comentarios y resultados*

Frecuencia de las 572 revisiones en 787 partos: 72,55%. Primíparas: 130 (22,73%). Multíparas: 442, (77,27%). Dejó de hacerse en 6 casos. (Mala anestesia, falta de esta psicoprofilaxis, y 1 epilepsia). No hubo ruptura uterina, sepsis ni mortalidad materna.

Extracción de membranas: 39 (equivalencia en porcentaje: 5,16%). Extracción de cotiledones o fragmentos placentarios: 16 (2,79%). Extracción de coágulos: 6, (1,03%). Fibromionas endouterinos: 16, (2,79%). Endometrio hipertrófico y rugoso: 14, (2,44%). Deformaciones uterinas: 5, (0,87%). Cesáreas previas con partos vaginales: 42 (7,34%), con una sola cicatriz atípica. Forceps: 36, (8,40%), con desgarros vaginales 13 y de cuello 8 (que también los hubo sin forceps en 6 casos). Placentas previas 11, (laterales y marginales, 8). Abruptio placentae: 2 casos (desprendimiento parcial, 3). Ruptura del seno marginal de la placenta: 1 caso. Infartos placentarios, 10. Placentas reniformes, 7. Extracción manual de placenta, 7. Tiempo corporal más de 10 minutos, 6. Colpoperineorrafias post-parto; 17. Rupturas prematuras de la bolsa, 102 (8 con retención de membranas). Toxemias, 19. Pretóxemias, 15. Fetos muertos retenidos, 15. Prematuros, 12. Procidencias del cordón, 5. Hidramnios, 5. Oligoamnios,

1. Gemelares, 14. Monstruosidades, 2. Presentación de pelvis, 14. (más 8 de los gemelares). Cara, 4. Sincipucio 3. Frente, 2. Situación trasversa, 2. Gestante cardiópata, 1. Versión interna, 1.

*Valoración en hemorragia post-parto.* La dejamos para lo último, sobre todo la propia al alumbramiento. Pastore fijó en 180 a 230 cc la cantidad de sangre del post-parto normal. Si se pierde de 400 a 500 cc o más, se dice que hay hemorragia. Según la cantidad, el efecto sobre el estado general, shock, desenlace final, etc., será grave, mediana o ligera. La frecuencia es de 1 x 1.000 en la Universidad de Colorado y de 0,26% en el Instituto de Protección Materno Infantil de Bogotá, marzo de 1958 a marzo de 1963, sobre 59.917 partos con 156 hemorragias. La estadística particular nuestra, ya relatada, da 3 hemorragias graves y 12 medianas y ligeras.

Hemos comparado con nuestras mismas estadísticas anteriores a 1954 y observamos que ha disminuido la incidencia de hemorragias desde la práctica casi sistematizada de la revisión uterina post-parto. La retención de secundinas tiene cierta frecuencia y se presenta o resulta, a pesar de que hayamos quedado aparentemente satisfechos con la rutinaria revisión externa de la placenta y membranas. En los casos de hemorragia ya nombrados, hubo extracción de restos placentarios y de membranas y fueron fuente de la pérdida sanguínea, luego no siempre es cierto que puedan dejarse

dentro del útero, para que salgan solas en el puerperio, "porque sería más grave extraerlas y porque no acarrearán morbilidad". Creemos que deben extraerse, por lo anterior y porque es incómodo o vergonzante para el médico, pues desdice de la técnica, el que tardíamente salgan secundinas o haya que extraerlas. Desde cuando la practicamos, no hemos vuelto a tener angustias en el post-parto inmediato, ni llamadas urgentes una vez que nos hemos separado de la paciente. También nos ha sido útil en tumoraciones y deformaciones uterinas, que ocultaba el embarazo en sí y que fueron causa de anormalidad obstétricas y distocias. Un caso de mortalidad materna del Instituto ya mencionado, intitulado "ruptura uterina diagnosticada en el postparto", no lo habríamos registrado con la revisión que preconizamos, porque lo habríamos diagnosticado y tratado a tiempo. Reconocemos que la retención de membranas tiene que ser más benigna que la de cotiledones, comprobamos que el desprendimiento placentario por la cara uterina, da más hemorragia y provoca más retención de secundinas. Sólo hubo 6 transfusiones de sangre.

### *Conclusiones*

1. La revisión uterina post-parto es un método inocuo que presta utilidad en el diagnóstico y tratamiento de anomalías del post-parto, especialmente la hemorragia por alteración dinámica, retención de secundinas o por afecciones o accidentes sobregregados al alumbramiento.

2. Precisa anomalías uterinas, sospechadas o no, como deformaciones congénitas o adquiridas, tumoraciones, cicatrices, patología endometrial, etc. Su valor es insustituible en rupturas uterinas y accidentes parecidos, sea en partos espontáneos o intervenidos y de rigor en partos vaginales de cesáreas previas. Aquí no se debe omitir el examen con valvas.

3. Debe hacerse bajo anestesia apropiada porque es dolorosa, sin pensar que la última vaya a aumentar la hemorragia, porque será excepcional si la anestesia es ligera.

4. La preconizamos para clientela y clínicas particulares, en principio, porque el medio hospitalario puede carecer de anestesia frecuentemente, y ser más propicio a la sepsis.

5. En 572 observaciones, no hay rupturas uterinas, sepsis, ni mortalidad materna; disminuyó la hemorragia post-parto y se evitaron llamadas urgentes del post-parto inmediato. Tampoco hubo futuras lesiones uterinas en posteriores embarazos o partos, ya que es una intervención manual y no instrumental.

#### BIBLIOGRAFIA

##### COLOMBIANA:

- ANGULO RODRIGUEZ LUIS: Apreciaciones sobre el shock en obstetricia. *Rev. Col. Obst. Gin.* (R. C. O. G.): III-IV/55. Vol. 6 Nº 4, pág. 199.
- BENINCORE J.: El estado de shock en clinica obstétrica. *R. C. O. G.* IV-V/50. Vol. 1. Nº 3, pág. 113
- JARAMILLO MORA Feo.: Conducción del alumbramiento con hormonas poshipofisarias. *Tesis Fac. Nat. Med.* Bogotá, 1945.
- PARROQUIN ARTURO: Acción oxitócica de la corriente farádica. *Tesis Fac. Nat. Med.* Bogotá, 1948.
- PERALTA CAYON RAFAEL: Obstetricia y Clinica Obstétrica". Cap. XIX. Pág. 757, 1956. **Aborto, Cesáreas previas, Controversias clínicas y terapéuticas.** Segunda parte. Cap. II, III, V. Editorial Omnia. Bogotá, 1962.
- PACHON AGUSTIN: Inversión uterina aguda. *R. C. O. G.*, V, VI/55. V. 6, Nº 5, pág. 253.
- QUIÑONES DAZA RAFAEL: Afibrinogenemia en el embarazo. *R. C. O. G.* XI, XII/55. Pág. 53.
- SILVA MOJICA CARLOS: Accidentes del parto. *R. C. O. G.* 56. Pág. 223.

##### EXTRANJERA:

- AGUERO OSCAR: Asistencia actual del alumbramiento. *Archivs. Gin. Obst. Uruguay*, 10: 246, 1951. Citado por Alvarez-Caldeyro, Y Methergin en el alumbramiento. *Rev. Obs. Gin. Venezuela*, 9: 157, 1949.
- BELLER F. K.: Fibrinogenolysis as a cause of obstetric hemorrhage. *Am. Jour. Obst. Gyn.* A. J. O. G.) Sept. 1961. V 82. Nº 3, pág. 620.

- GALKINS L. A.: Management of third stage of labor **J. Obst. Gyn. Brit. Emp.** 56: 487-489.
- DUCHAINE P.: Uterine hemorrhage and afibrinogenemia. **A. J. O. G.** Jun. 57 y 73. Pág. 1.195.
- FOOTE W. R.: Placenta previa. **A. J. O.** Jul. 1960. V. 80 N° 1, pág. 10.
- FRIEDMAN E. A.: Comparative clinical evaluation of postpartum oxytocics. **A. J. O. G.** Jun. 1957. V. 73. N° 6, pág. 1.306.
- HENDELMAN MYER: A clinical analysis of abruptio placentae". **A. J. O. G.** Jul. 1960. V. 80 N° 1, pág. 17.
- HESTER L. L.: The management of abruptio placentae. **A. J. O. G.** Dec. 1957. V. 74. Pág. 1.218.
- HUBER C P.: Lesiones of the circulatory system of the placenta. **A. J. O. G.** March. 1961. Vol. 81, N° 3, pág. 560.
- JOSEY W. E.: Hypofibrinogenemia and presumptive amniotic fluid embolia associated with rupture of the uterus. **A. J. O. G.** Jul. 61. V 82. N° 1, pág. 172.
- KELLER R. et KELLER B.: Délivrance pathologique. I) Hémorragies. II) Rétention du placenta et des ses membranes. Révision de la cavité utérine. III) Inversión utérine après accouchement. IV) Thrombus vulvo-vaginal. **Encyclopedie Medico-Chirurgicale, Obstetrique.** 5: 1958. 5108 A. 10. Pag. 1.
- LEARY J. J.: Central placenta previa accreta. **A. J. O. G.** Oct. 1957. V. 74. N° 4. pág. 926.
- LOUNSBURY J. B.: Routine curettage at delivery. **A. J. O. G.** Aug. 1957. V. 74. N° 2, pág. 233.
- MAISEL F. J.: Rupture of the gravid uterus. **A. J. O. G.** Jul. 56. V. 72. N° 1, pág. 25.
- KINCH R. A.: Hypofibrinogenemia in pregnancy and the puerperium. **A. J. O. G.** April 1956. V. 71. N° 4, pág. 746.
- MARTIN J. D.: Use of intravenous ergometrine to prevent post-partum hemorrhage. **Brit. Med. J.** N° 4.822. March 1953. pág. 643.
- Mc SWEENEY D. J., GOOD F. L.: Bleeding in late pregnancy. **Obst. Gyn.** Sep. 1960, pág. 38.
- MERRIL J. A.: Common pathological changes of the placenta. **Obst. Gyn.** Mar. 63. Pág. 96.
- MORGAN H.: Occult hemophilia as a cause of postoperative and postpartum hemorrhage. **A. J. O. G.** April 1962. V. 83. N° 8, pág. 1.046.
- PAFFENBARGER R. S.: Susceptibility to late postpartum hemorrhage. **A. J. O. G.** Sep. 1963. V. 87. N° 2, pág. 263.
- PAVSON N. F.: Experiencie with a blood fibrinogen bank. **A. J. O. G.** Mar. 1958. V. 75. Pág. 618.
- ROSS R. A.: Blood coagulation defects in obstetrics and gynecology. **A. J. O. G.** May 1963. V. 86. N° 1, pág. 77.
- RUBESTONE A. I. Placenta previa accreta. **A. J. O. G.** Sep. 1963. V. 87. N° 2 pág. 198.
- SALAS ABELARDO: Manejo del tercer período del parto. **Obs. Gin. Lat. Amer.** Sep. 1953. V. 11. N° 9, pág. 211.
- SCHNEIDER Ch. L.: Ostetric shock. **Cl. Obs. Gyn.** Dec. 1961. Pág. 950.
- STAGER W. R.: Special problems in obstetric anesthesia. **Cl. Obs. Gyn.** Mar. 1961. Pág. 132.
- TAYLOR S. E.: Intrapartum and postpartum hemorrhage. **Cl. Obs. Gyn.** Sep. 1960. Pág. 646.
- THOMAS W. O.: Postpartum hemorrhage and postpartum hematomas. **Cl. Obs. Gyn.** Sep. 1962. Pág. 656.
- WEBSTER H. D.: Acute nonpuerperal inversion of the uterus. **A. J. O. G.** Sep. 1960. Pág. 478.
- ZAROU G. S.: Placental hemangioma. **A. J. O. G.** April 1962. V. 83. N° 8, pág. 1.069.