

LUIS REYES CEJA

HEMORRAGIA  
POST  
PARTUM.

LA HEMORRAGIA del post-partum ha sido definida a través de todas las épocas como la procedente del canal del parto en las 24 horas consecutivas a él, y cuyo volumen es mayor de 500 cc. (Eastman). La hemorragia que ocurre después de las primeras veinticuatro horas se denomina hemorragia tardía.

No existe en el ejercicio de la especialidad obstétrica ningún otro caso que ponga más a prueba el temple de carácter y la severidad de un obstetra, que cuando se encuentra frente a una mujer que acusa una pérdida considerable de sangre a través de sus genitales una vez, expulsado el feto.

La angustia y la indecisión son malas consejeras del obstetra; la pasividad exagerada, le crea una traidora compañera. Es preciso que justiprecie, con su clínica y su experiencia la naturaleza de la pérdida de sangre en lo que a su actuación respecta. Sí actúa agresiva e intempestivamente, puede como se ha dicho, que "compre una hemorragia al precio de una infección"; si actúa en demora, exagerando su pasividad, puede irsele entre las manos la preciosa vida de una joven.

Determinar cuando una pérdida de sangre que fluye a través de la vulva después de un parto es de carácter fisiológico o patológico, es cosa que solamente la experiencia y la sagacidad clínica del partero puede definir. Hay mujeres que con una discreta pérdida de sangre sufren una manifiesta conmoción orgánica, seguida de signos de anemia aguda y shock, y otras que con pérdidas mucho mayores, apenas si dan muestras de desequilibrio humoral.

*Frecuencia:* La hemorragia post-partum, según la definición anterior, se presenta aproximadamente en un 10% de los partos.

Las causas principales de hemorragia post-partum se pueden clasificar como sigue.

A Inmediatas:

1. Atonía uterina.
2. Retención de secundinas.
  - a) Placenta.
  - b) Cotiledones.
  - c) Membranas.
3. Laceraciones del tracto genital.
4. Tumores uterinos.
5. Inversión uterina.
6. Hipofibrinogenemia.

B Tardías.

1. La no involución del sitio de inserción de la placenta y del útero.
2. Retención de fragmentos de secundinas.

#### ATONÍA UTERINA

Es común el conocimiento de que el tratamiento más efectivo para la atonía uterina, es la prevención de este accidente. Este empieza con los buenos cuidados prenatales, asegurándole a la paciente una hemoglobina normal, al igual que una biometría hemática completa dentro de los límites, de manera que no llegue al trabajo de parto con el gran obstáculo que representa la anemia.

*Etiología:* Cualquier fenómeno que ocasione distensión uterina: Embarazos gemelares, polihidramnios, y productos macrosómicos. Desprendimiento prematuro de placenta (en uno de cada cuatro casos), placenta previa (en la mitad de los casos toxemia, la hipertensión misma y los trastornos de la contractilidad del miometrio imponen mayores pérdidas de sangre. Sepsis es otro factor predisponente. Otras de las causas que contribuyen a la atonía son aquellas que fatigan al miometrio, tales como el trabajo de parto prolongado y la inducción con ocitócicos intravenosos. Extracción operatoria, analgesia y anestesia profunda.

*Signos y síntomas.* La hemorragia post-partum puede ocurrir antes de la expulsión de la placenta y después de ella.

No es una hemorragia copiosa súbita, sino el de hemorragia moderada, lenta y continua. Esto se observa particularmente en la hemorragia después del alumbramiento, cuando el escurrimiento constante de sangre gota a gota en el transcurso de una o dos horas puede llegar a un volumen increíble.

El efecto de la hemorragia depende de estos hechos: estado de la paciente, estado de su sangre a juzgar por el recuento de eritrocitos, el volumen celular o la concentración de hemoglobina en el momento de ingresar la paciente en la sala de partos así como del volumen real de sangre que se pierda. La hemorragia moderada no ocasiona síntomas graves; si es copiosa, el pulso se hace rápido y compresible, palidece el rostro, que adquiere aspecto demacrado y la paciente se queja de escalofríos, disnea y perturbaciones visuales. Al agravarse su estado se presenta disnea intensa y no pocas veces inquietud frenética y sudación, después viene la inconciencia, por lo general poco antes de la muerte.

En los casos raros en que no se hace la palpación del fondo uterino del parto, la sangre no sale por la vagina, sino se acumula dentro del útero. La diferenciación entre la hemorragia por atonía uterina y la causada por desgarros de la matriz se hace provisionalmente basándose en el estado de fondo uterino.

*Pronóstico.* En nuestra época no debe morir ninguna paciente de hemorragia post-partum. Cuando se dispone fácilmente de gran cantidad de sangre para transfusión se puede salvar a todas las pacientes que sufren de hemorragia post-partum, aunque en algunos casos sea necesaria la histerectomía.

Sin embargo, para lograr ésto se requieren vigilancia minuciosa de todas las púerperas, un banco de sangre que funcione eficazmente, y acción inmediata por un grupo experimentado de médicos y ayudantes.

*Tratamiento.* Tenemos la convicción de que el cuadro de atonía va ligado en no pocas ocasiones a la retención de restos placentarios y otras, marcha conjuntamente con una laceración. Dexeus ha insistido categóricamente a este respecto. Los restos retenidos forman una barrera a la contractilidad y retractilidad uterina.

1. Masaje uterino a través de la pared abdominal.
2. Sistemáticamente se administra Ergotrate o Methergin vía intravenosa o muscular.

3. Si persiste el sangrado se transfundirá una infusión intravenosa (1000 cc.) con 10 u Syntocinon a través de una aguja calibre 18.
4. Se hará un examen cuidadoso de la vulva, vagina, cérvix, y cavidad uterina, para descartar cualquier otra causa de hemorragia.
5. La clásica maniobra de la compresión bimanual del útero es de gran valor.
6. Si no se ha hecho previamente, se tomará una muestra de sangre para tipificación y pruebas cruzadas.
7. En caso de no ser posible una determinación inmediata de fibrinógeno, se colocará una muestra de sangre en un tubo de ensayo que se conservará en la sala de partos en que se encuentra la paciente. De tiempo en tiempo, se observará esta sangre no sólo para ver la formación del coágulo, sino que también se ha de buscar en caso de que ocurra la subsecuente lisis del mismo.
8. Se oxigenará convenientemente a la paciente.
9. Se bajarán los pies de la paciente de las pierneras de la mesa.
10. Se inyectarán 10 cc. de gluconato de calcio por vía venosa.
11. Se aplicará una transfusión de sangre del tipo correspondiente, para reponer la pérdida. Sólo en caso de extrema urgencia se empleará sangre tipo O Rh negativo, mientras se espera la apropiada para la paciente.
12. El útero debe hacerse descender de la pélvis y observarse cuidadosamente, pero la sobre estimulación por masaje muy frecuentemente debe evitarse.
13. Si la paciente continúa agravándose a pesar del tratamiento precedente, se debe proceder a la ligadura de las arterias hipogástricas o a la histerectomía antes de que entre en franca agonía.

#### RETENCIÓN DE SECUNDINAS

*Etiología.* Los mismos factores que dan lugar a la aparición de atonía uterina muchas veces también pueden causar retención de placenta.

¿Cuánto tiempo debemos permitir que permanezca la placenta en la cavidad uterina después de completada la segunda parte del parto?

En caso de sangrado profuso jamás ha habido duda. La respuesta es por supuesto, que la extracción manual de la placenta debe hacerse de inmediato. En vista de los estudios de los últimos años, parece ser que la placenta debe extraerse manualmente después de 10 minutos de haberse completado el segundo período.

#### TRATAMIENTO DE LA RETENCIÓN DE PLACENTA

1. La paciente debe nuevamente ser preparada y por lo menos nuevamente cubierta con ropa estéril. Los antibióticos nunca son el sustituto de una mala técnica. El operador se cambiará de guantes y preferentemente de bata.
2. Con una mano fijando el útero a través del abdomen, la otra mano buscará el espacio entre útero y placenta. Una vez que se ha encontrado este punto, se desprende gradualmente la placenta por medio de movimientos laterales de la mano abierta que semejan los movimientos de la cola de un pez. La mano en el interior del útero no debe sacarse hasta que toda la placenta, completa, haya sido desprendida de la pared uterina, de manera que puede sacarse con la mano.
3. Se revisará cuidadosamente la cavidad uterina en busca de cualquier fragmento o cotiledón perdido.
4. Una venoclisis como la mencionada anteriormente, conteniendo Syntocinón a goteo rápido es una gran ayuda.

#### RETENCIÓN DE COTILEDONES Y MEMBRANAS

Algunos autores han llegado a recomendar que se haga exploración uterina post-partum de manera rutinaria. Thierstein y cols. reportaron 3,000 pacientes en quienes se hizo exploración de rutina. Estas mujeres presentaron menor índice de mortalidad que las no exploradas.

#### PLACENTA ACRETA

Cuando el obstetra súbitamente se da cuenta que está frente a la presencia de una placenta acreta completa o parcial y ha desprendido lo suficiente su inserción para provocar un marcado aumento de hemorragia, el taponamiento uterino resulta de gran utilidad hasta que la sala

de operaciones puede ser preparada para realizar histerectomía. Recientemente se ha aconsejado no emprender tratamiento alguno en estos casos, sino dejar que el órgano se vaya desprendiendo por esfacelación.

### LACERACIONES

La lesión de tejidos blandos debe ser sospechada inmediatamente si después del alumbramiento de la placenta el útero se contrae firmemente, pero persiste el sangrado. Cuando el sangrado es de color rojo brillante y aparece en olas, debe sospecharse laceración del cérvix. Debe procederse inmediatamente al examen cuidadoso de todo el canal del parto completo, con la mejor iluminación, buena asistencia y adecuada exposición. Para ahorrar sangre la rapidez es esencial. Una asistencia inadecuada, iluminación insuficiente o mala exposición dará como resultado lógico la demora de cualquier reparación necesaria con el inevitable aumento de pérdida de sangre.

### TRATAMIENTO

Cualquier vaso importante, sangrante, debe ser ligado de manera individual. En laceraciones de la vagina, la reparación generalmente puede hacerse con catgut atraumático de dos ceros.

Las laceraciones peri ureterales pueden ser leves y superficiales pero sangran profusamente. Estas pueden ser fácilmente separadas con puntos interrumpidos de catgut atraumático tres ceros.

Las laceraciones cervicales se pueden reparar con puntos interrumpidos de catgut atraumático No. 1 o de un cero, colocando pinzas de anillos arriba y debajo de la laceración. Debe tenerse cuidado de colocar la sutura bastante alta siendo que el vaso sangrante suele colapsarse. Al examinar la laceración del cuello, debe tenerse mucho cuidado para observar si ésta se extiende hacia el útero y ligamento ancho. En caso de ocurrir ésto, está indicada una laparatomía, con el tratamiento de elección que en muchos es la histerectomía. En casos seleccionados, una reparación local se puede hacer si la paciente ansía tener más niños.

## TUMORES UTERINOS

Dependiendo de su localización, tamaño y número; los fibromiomas uterinos pueden impedir en varios grados la capacidad contráctil del útero normal después de la expulsión del feto y también puede ser causa muchas veces de retención de placenta. La mayoría de estos pacientes responderán de manera favorable a los métodos enumerados para retención de placenta. Rara vez será necesario la histerectomía en estas situaciones.

## INVERSIÓN UTERINA

Es bastante rara, pero es causa importante de hemorragia postpartum y shock; es una condición en la que el útero dicho de manera literal, se voltea al revés.

La inversión puede ser incompleta o completa como cuando el útero hace protrusión por la vagina. Muchas veces la placenta permanece insertada en el órgano invertido. Kellogg, clasifica las inversiones postpartum de la manera siguiente:

1. Inversión aguda, ocurre antes de que se forme el anillo cervical.
2. Inversión subaguda, ocurre después de la formación del anillo cervical.
3. Inversión crónica. Por descuido de los casos en los que ya ha ocurrido la inversión subaguda.

## ETIOLOGÍA

Debemos recordar que por lo menos el 40% de los casos de inversión uterina puerperal se presentan cuando el período placentario ha sido enteramente normal. El fenómeno es favorecido por la inserción fúndica de la placenta. Eastman señala que son necesarios tres factores para producir inversión:

1. Paredes uterinas demasiado laxas o delgadas, particularmente en el sitio de inserción de la placenta.
2. La presión excesiva ejercida de arriba a abajo, o bien, la tracción del cordón o la placenta.
3. Canal cervical muy dilatado.

## SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

Generalmente, tan pronto como ocurre la inversión la paciente muestra lo siguiente: shock fuera de la proporción de la cantidad de sangre perdida, síncope y pulso rápido. La aparición de cualquiera de estos síntomas requiere el examen inmediato y la exploración del canal del parto. Esto último rápidamente establecerá el diagnóstico.

## TRATAMIENTO

1. Si la placenta permanece insertada, no debe quitarse hasta que el trastorno se halla corregido, siendo que, el útero invertido no es capaz de contraerse y permite un profuso sangrado.
2. Con todos los dedos de la mano apoyados en el fondo del útero invertido de manera que sin puntos formen un círculo, el obstetra ejerce presión hacia arriba en el sentido del eje del tracto genital. Esto es más efectivo si se realiza de manera temprana. La inyección de 7 mínimas de adrenalina en la región del anillo cervical, dará como resultado la relajación de esta área facilitando así la maniobra.
3. Debe profundizarse la anestesia, como para relajar el cuello.
4. Debe instituirse inmediatamente el tratamiento de rutina para el shock. Sin embargo, si el útero puede ser rápidamente colocado en su posición normal, puede evitarse el shock y disminuirse de este modo o eliminarse por completo los requerimientos de sangre.
5. Si los métodos descritos no dan el resultado satisfactorio, o el cuadro ha pasado a ser de carácter subagudo, una intervención abdominal se impone. Según la técnica de Huntington, se emplean pinzas de Allis para tomar los ligamentos redondos en el cráter del útero. Haciendo tracción hacia arriba de manera gradual y sucesiva las diferentes porciones del útero se vuelven a colocar en su lugar. En la técnica de Hanltain, el anillo cervical se incide en su porción posterior a través del abdomen, con un dedo insertado y ejerciendo presión hacia arriba el útero es vuelto a su posición, después de lo cual, la insición del cérvix se sutura.
6. Si la inversión ha pasado al estado crónico, la técnica vaginal de Spinelli se puede emplear. Se abre la cavidad peritoneal a través de la pared vaginal por medio de una disección ascendente de la

vejiga. El anillo contraído del cérvix y la pared uterina invertida se inciden hacia abajo, haciendo posible de este modo la colocación deseada del fondo. Hecho ésto, se procede a suturar las incisiones uterinas y vaginal.

7. Debe usarse como profiláctico antibióticos de amplio espectro.

### HIPOFIBRINOGENEMIA

Los siguientes fenómenos son señalados como causas posibles de hipofibrinogenemia: separación brusca de la placenta, muerte intrauterina con alumbramiento retardado del feto, aborto infectado, toxemia grave, embolia de líquido amniótico, mola hidatídica y transfusión de sangre incompatible.

La causa más frecuentemente encontrada de defecto en la coagulación en el período post-partum, es la separación brusca de la placenta.

La causa siguiente en frecuencia, es la muerte intrauterina con alumbramiento tardío del feto. De acuerdo con Pritchard, el peligro de hipofibrinogenemia comienza cuando el producto muerto se retiene por más de cinco semanas.

En una paciente obstétrica que ha sido o está siendo transfundida, la hipofibrinogenemia puede deberse a la administración de sangre incompatible. El mecanismo por el cual este fenómeno se presenta en abortos infectados, parece explicarse por un intenso proceso hemolítico o por una gran insuficiencia de la función hepática. En cualquier paciente que sangra con útero contraído, sangre fluida y falta el coágulo en 10 minutos indica una anomalía en la coagulación.

### TRATAMIENTO

1. El mínimo nivel de seguridad de fibrinógeno post-partum es de aproximadamente 150 mg%. En caso de que una cuantificación de fibrinógeno no se pueda realizar de inmediato, debe tomarse una muestra de sangre del brazo de la paciente y colocarse en un tubo de ensayo que se colocará cerca y se observará buscando la formación de coágulo y si éste ocurriera buscar si se presenta lisis subsecuente del mismo.
2. Es necesario hacer transfusiones para reponer la pérdida de sangre de la paciente, pero ésto no debe pensarse que corrija la hipofibrinogenemia.

3. No debe emplearse el fibrinógeno a la ligera debido a la posibilidad de que se presente una ictericia por suero homólogo. Una vez que se ha comprobado la falta de fibrinógeno, éste sin embargo, debe administrarse en cantidades adecuadas para llenar los propósitos deseados. La dosis inicial no debe ser menor de 4 gramos. Si debido a la lisis subsecuente a la formación del coágulo resulta obvio que existen importantes cantidades de fibrinolisinias, la dosis inicial deberá ser por lo menos, de 6 gm. de fibrinógeno. En estos casos una dosis adicional de 4 a 6 gramos puede ser necesaria.
4. Este fenómeno es una de las raras indicaciones para el taponamiento uterino. El cual puede efectuarse mientras se espera que se administre el fibrinógeno especialmente, cuando hay algún retraso para su obtención.

#### HEMORRAGIAS POSTPARTUM TARDÍAS

Estas complicaciones pueden presentarse en el tiempo comprendido entre las 24 horas a 30 días después del parto. Sus causas incluyen la no involución del sitio de inserción placentaria y la retención de fragmentos de secundinas (incluyendo pólipos placentarios).

*Patología:* Paalman y Mcelin señalan que la causa más común de hemorragias postpartum tardías es la no involución del sitio de inserción de la placenta. Debemos sin embargo, subrayar que esto es diferente de la subinvolución de todo el útero.

De acuerdo con Paalman y Mcelin, en este fenómeno la hemorragia generalmente ocurre entre el quinto y el 15<sup>a</sup> día después del parto, debido a la existencia de un útero con paredes adelgazadas, con un cérvix distendido y con un sitio de inserción placentaria palpable. La única observación microscópica de importancia presentada en sus series, es una deciduitis con invasión inflamatoria al miometrio. No se ha podido aclarar si esta inflamación es debida a invasión bacteriana o a un simple mecanismo de reparación del tejido necrosado. Se piensa, que esta inflamación posiblemente interfiere con el proceso normal de trombosis y hialinización de la vascularización uterina en el sitio de la inserción placentaria.

Rutherford y Hertig en su discusión de la no involución del sitio de inserción placentaria hicieron énfasis en que ésta puede presentarse

sola sin asociarse con el cuadro de subinvolución uterina o retención de restos placentarios. Según estos autores, este fenómeno es el resultado de una falla en el proceso fisiológico normal de obliteración de grandes vasos subyacentes al sitio placentario, de manera que cuando este sitio es lastimado, los grandes vasos se abren y sangran.

### TRATAMIENTO

El tratamiento de las hemorragias postpartum tardías independientemente de si su causa es la no involución del sitio placentario o la retención de fragmentos de secundinas, es en esencia el mismo. Los procedimientos en el orden en que se llevan a cabo se exponen (en que punto cesa el tratamiento, dependerá de la cantidad de sangrado y de la respuesta de la paciente en esa etapa de tratamiento):

1. Ergonovina por vía oral y reposo absoluto en cama.
2. Administración intravenosa de una solución de 100 c.c. conteniendo 10 u de Syntocinón en goteo rápido.
3. Curetaje.
4. Ligadura de arterias internas o hipogástricas.
5. Histerectomía.

La solución a muchos de estos problemas se encontrarán confiando los puntos 2 y 3.