

Tratamiento Profiláctico del Alumbramiento u Acortamiento del tiempo del mismo por el "Methergin"

Por el Dr. Federico J. FIALLOS

CONSTITUCIÓN ANATÓMICA DE LA PLACENTA

La placenta es un cuerpo plano, esponjoso, en forma de tapa de puchero, o torta, de color roja vinoso o rojo azulado que al término del embarazo presenta un grosor de 1.5 a 3 cm. con un diámetro de 20 cm. y con un peso aproximado de 500 grs.

Ofrece al examen dos superficies o caras y un borde; la que estaba en contacto con la superficie interna del útero se llama uterina o materna. La que está en relación con la cara, ovular se llama fetal. Se han denominado también externa e interna respectivamente.

La cara uterina es áspera y **brillante**, como barnizada. Está dividida en numerosos sectores, llamados cotiledones, por surcos de profundidad variable y dirección muy irregular. El número de cotiledones es **inconstante**, oscilando, ordinariamente alrededor de los veinte.

La cara fetal es lisa y brillante, debido a que está tapizada por el amnios, que tiene adherencia laxas con la profundidad. Cuando se desprende, la superficie puesta al descubierto es granulosa.

Examinando a través del amnios, se ve por transparencia los vasos procedentes del cordón. Cada cotiledón posee una rama arterial. En general, en su trayecto por la cara fetal de la placenta, las arterias caminan por encima de las venas. Examinada a poco de expulsada y cubierta por las membranas, presenta un hermoso color azulado más o menos intenso.

Su peso específico es de 1.040 según Nubiola.

Alrededor de la periferia placentaria se extiende una vena de regular calibre, conocida con el nombre de **seno circular**. Las placentas varían según su peso, tamaño, forma, espesor y consistencia: las de los fetos gigantes o de mayor tamaño, son proporcionalmente más pesadas; en las placentas sifilíticas, este órgano es más pesado que cuando el feto es normal, entonces se reduce la proporción de 1:5 a 1:3.

La placenta puede ser pequeña y gruesa o grande y delgada. En cuanto a su forma puede ser redonda irregular, pero puede presentar muchas variaciones, según se efectúe su crecimiento en la pared uterina, puede extenderse sobre una área muy extensa, dando lugar a la placenta membranosa; en raras ocasiones se presenta además de la principal, una porción accesoria comunicada o no comunicada con la primera por medio de una arteria y una vena, llamándose en el primer caso **sucenturiada** o accesoria, y en el

segundo, **espuria**. Estas clases de placentación son de mucha importancia en la clínica porque pueden ser abandonadas inadvertidamente dentro y adheridas al útero después de la expulsión de la principal.

La forma de la placenta depende del sitio de implantación o anidación del óvulo; si se anida en el centro de la pared anterior o posterior del útero., será probablemente redonda u oval; si el óvulo se implanta cerca de los *ángulos* laterales del útero, siendo la caduca delgada en estos sitios, suministra poca nutrición a las vellosidades y entonces efectúa un crecimiento de manera irregular o excéntrica, ya sea sobre el fondo o en la otra pared de la matriz de la cual resulta la placenta bilobular o trilobular.

Ciertas placentas son muy vasculares y blandas, otras duras y muy fibrosas, sin ser por ello patológicas.

El cordón umbilical se desprende más o menos del centro de la placenta, pero puede encontrarse en cualquier otro sitio: ya sea en el borde, dando lugar a la inserción marginal, o en las membranas contiguas dando lugar a la inserción velamentosa.

BIOLOGÍA DE LA PLACENTA:

La disposición vascular de la placenta permite considerarla como una colección o depósito de sangre materna situada entre la decidua basal y las membranas coriales, se sumergen en ella las vellosidades placentarias. El tramo vascular es fino y muy rico gracias a ello resulta posible que dentro de un volumen pequeño una gran extensión de tejido corial queda expuesto al contacto con la sangre materna. Posee una capacidad proliferativa que permite la reconstrucción de nuevas zonas o extensiones capilares allá donde hubo regresiones seniles o esclerosis y aparecen nuevas demandas funcionales. Con tal dispositivo anatómico existe un intercambio activo de materiales entre el feto y la madre. De los procesos vitales que se desarrollan en la intimidad placentaria, muchos nos son con toda seguridad, absolutamente desconocidos; pero en cambio nos es conocido el mecanismo de la respiración placentaria en virtud de la cual es cedido el oxígeno que pasará a la circulación fetal y es expelido el anhídrido carbónico procedente de las combustiones orgánicas fetales. Para demostrar esta función tenemos el aspecto distinto de la sangre de la vena umbilical, de color rojo vivo, y la de las arterias umbilicales, de un color más oscuro, y además el examen al espectroscopio revela la presencia de la hemoglobina en la primera.

La función metabólica placentaria es una cuestión muy compleja, para el paso de los elementos nutritivos, la placenta se vale de fermentos coriales. los cuales determinan cambios, ya sea desdoblando o sintetizando, los elementos que a ella llegan. hasta la completa transformación en sustancias absorbibles y asimilables. Hofbauer ha demostrado la función específica de la placenta para

ciertas sustancias, muy particularmente para los albuminoides. Los hidratos de carbono, así como las sales, pasan directamente, por un fenómeno de difusión a través de la placenta. Es posible que el feto fabrique directamente sus grasas de los glúcidos tomados de la madre.

Botella Llusia describe la función uropeyética de la placenta a partir de la transformación de los amino-ácidos en amoníaco y este en urea. Estudiando las relaciones entre el fósforo materno y el fetal y el papel ejercido por la placenta sobre su intercambio, el mismo autor encuentra en la placenta grandes cantidades de fosfatasa, con acción óptima al ph. ligeramente ácido, destinados a desintegrar el fósforo lipoideo. De esta suerte se hallan grandes cantidades de fósforo orgánico en la sangre fetal con destino al huevo en vías de crecimiento.

Gracias a los estudios de Botella Llusia y Pérez Casanova, basados en la planimetría placentaria (con determinación del espesor de las vellosidades y de la separación entre los capilares de las mismas y su cubierta epitelial y determinación de la superficie corial), identifican la proporción de tejido corial, activo y funcionando, que contiene la placenta y al que denominan, parénquima placentario. Llegan a las conclusiones siguientes: 1°) el Papel funcional, metabólico activo, de la placenta baja notablemente a medida que el feto progresa en su desarrollo y es capaz de asumir las funciones que antes estaban encomendadas a aquellas; es un hígado transitorio cuyo papel metabolizante propio, en auge en las primeras etapas del desarrollo ovular, se limita más adelante al de filtro. 2°) Las funciones de filtro son mejor desempeñadas por la placenta madura que por la procedente de un huevo joven, a, pesar de la superficie relativamente mayor de esta última con respecto al feto.

Al término del embarazo, la placenta contiene cantidad muy abundante de colina, verosímilmente con miras al trabajo de parto: Strack y Geibendorfer.

El mecanismo fisiológico que pone fin, al proceso de gestación es el parto, el cual consta de tres períodos, no siendo de interés en este trabajo los dos primeros, me ocuparé del tercer período o alumbramiento.

ALUMBRAMIENTO FISIOLÓGICO:

Con el nombre de alumbramiento se incluye una serie de hechos que se producen después de la expulsión del feto y que ocasionan la separación o desprendimiento de los anejos fetales y su expulsión al exterior. Se llama período de alumbramiento el tiempo necesario en cada caso para que se desarrollen estos fenómenos, o sea, el que transcurre desde el momento del nacimiento del feto hasta la expulsión de la placenta y de las membranas.

El alumbramiento había sido considerado como una simple derivación o consecuencia del parto, como período terminal del

mismo; por este motivo carece de denominación, particular y vulgarmente se considera como sinónimo de parto. Asimismo, en italiano se denomina Secondamento; en francés, délivrance; en alemán entbindung; y en inglés se considera como un tercer período del parto.

Según la forma como se realiza el alumbramiento, puede ser espontáneo, por la expresión © artificial y en nuestro caso medicamentoso. Entendemos por alumbramiento espontáneo el que se realiza por sólo los esfuerzos naturales, sin la más pequeña maniobra o auxilio por parte del tocólogo; alumbramiento por expresión, cuando se efectúa tal maniobra obstétrica con el fin de acelerar y provocar la expulsión de los anejos; el alumbramiento artificial es la intervención que practica el tocólogo, introduciendo la mano en el útero, desprendiendo y extrayendo los anejos y el alumbramiento medicamentoso, en nuestro caso, es el que practica el tocólogo mediante la administración de un medicamento útero-tonico, Met-hergin en nuestro estudio experimental.

Creían algunos autores que podía llamarse alumbramiento natural cuando, por ligera expresión o tracciones del cordón, hoy ya proscritas, se forzaba el alumbramiento; pero tal expresión es ambigua y expone a confusiones con el alumbramiento espontáneo, siendo mejor no hacer uso de ello. También se ha denominado hidráulico cuando, para obtenerlo, se recurre a la inyección de líquido por la vena umbilical, y eléctrico, si se utiliza este agente para provocar o acentuar las contracciones uterinas que determinan el desprendimiento del anejo.

Según el resultado, el alumbramiento puede ser completo o incompleto: el alumbramiento será completo cuando se ha verificado de un modo total la expulsión de los anejos y se ha podido comprobar la integridad de los mismos, e incompleto cuando quedan en el útero, como residuos, porciones de placenta o también membranas. El concepto que debemos tener del alumbramiento, dentro su aspecto global regresivo, contrapuesto al período constructivo de implantación del huevo y de placentación, es que el alumbramiento debe ser algo más de lo que se ha venido diciendo desde Baudelocque, pues de continuo se repite que consta de dos hechos esenciales: el desprendimiento y la expulsión de los anejos. Al analizar y estudiar minuciosamente la causa íntima de estos fenómenos, no se puede menos de considerar que tiene una alta significación biológica y un gran interés clínico, siendo, además, muy importante para la suerte ulterior de la parturienta.

ESTADO DEL ÚTERO AL TERMINAR EL PARTO:

El útero, al terminar la expulsión del feto, mantiene ordinariamente la placenta y las membranas adheridas a su cara interna, igual que estuvieron durante la gestación, y también durante la paulatina evacuación del cuerpo fetal.

En los casos corrientes, el útero, a medida que se vacía del contenido, feto y aguas posteriores, se va replegando y retrayendo, quedando su cavidad convertida en virtual; manteniendo su tono muscular, hace que contacten la pared del amnios que recubre la placenta, con el que tapiza la pared uterina opuesta. Se ha demostrado que la torta placentaria adherida a la matriz sigue a ésta en su retracción, apoyándose hacia la cavidad del órgano, haciéndose más prominente su masa, mientras se reduce su perímetro. Asimismo se ha demostrado un engrosamiento de las paredes del útero, principalmente y de una manera acentuada en la zona extraplacentaria.

Después de la expulsión del feto el fondo del útero está, aproximadamente, al nivel del ombligo. Esta gran reducción, no ha de considerarse debida a la contracción, sino a la retracción de sus fibras musculares, es decir, se produce principalmente porque las distintas fibras y fascículos musculares se disponen en pliegues y lazos, acomodándose de esta manera a la disminución del contenido, que ahora está formado, por la placenta y sus anejos. Es errónea la creencia antigua de que esta gran reducción del útero consecutiva a la expulsión del feto, basta para iniciar el despegamiento de las secundidas de la pared uterina, despegamiento que se completa después merced a las contracciones del alumbramiento.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO

Se han considerado como agentes del desprendimiento diversos factores.

- 1) La retracción uterina,
- 2) La dislocación o rotura de las adherencias útero placentarias,
- 3) La hemorragia producida por la destrucción de dichas adherencias y
- 4) Las contracciones uterinas consecutivas al parto. En realidad, el factor¹ importante corresponde a las contracciones, que reaparecen después de un tiempo más o menos breve, posteriormente a la expulsión del feto; sin embargo, no puede omitirse que los demás hechos o factores, ya sea en menor o mayor grado, pueden facilitar o coadyuvar al alumbramiento.

MECANISMO DEL DESPRENDIMIENTO DE LOS ANEJOS FETALES:

¹ El mecanismo del desprendimiento del anejo placentario de la pared uterina es un hecho de todos Uds. conocido. La forma de producirse depende de varias circunstancias, especialmente del punto por donde empieza a verificarse el desprendimiento, según sea por el centro de la placenta o por un borde; también es variable

el tiempo que necesita para realizarse, casos hay en que la expulsión de los anejos se hace conjuntamente con la expulsión fetal, en otros casos puede ser inmediatamente después del nacimiento del feto y bastar una sola contracción post-partum otras veces tarda más tiempo, sin dejar de ser normal, y en otras se prolonga un tiempo indefinido, hasta doce o más horas.

En primer lugar, hay que tener en cuenta lo que ocurre en el útero al reaparecer las contracciones uterinas post-partum; lo inmediato es que disminuya en superficie, durante la contracción, la zona de inserción placentaria; en cambio, la placenta, sin reducir en efectivo apenas su superficie, acentúa el relieve o convexidad que ya tenía orientada hacia la cavidad uterina y se hace más convexa de lo que ya era después del parto. Commandeur, ha descrito con toda minuciosidad estos tiempos, dice que la placenta se encuentra durante la contracción "fuertemente pinzada sobre todos sus bordes; esta presión que sufre la placenta sobre todo su contorno, hace que las vellosidades flotantes se compriman unas contra otras y se vacíen los lagos sanguíneos. Al aumentar la convexidad de la placenta, las vellosidades se ponen tensas y se hacen rectilíneas; las vellosidades arpones ejercen tracción sobre sus puntos de inserción en la caduca, determinando en estos puntos conos de tracción de caduca. Toda la caduca se encuentra, pues, traccionando hacia la placenta por todas sus vellosidades arpones, y cede la serótina, en la zona intermedia descrita, iniciándose entonces la hemorragia fisiológica, que formará en estos puntos de separación de la serótina el llamado hematoma retro-placentario, normal; el cual, al aumentar de volumen, contribuirá también al desprendimiento placentario, ya que alejará la placenta de la pared uterina, por interponerse la sangre extravasada entre estos dos planos. Al propio tiempo, llenándose de sangre cada vez más dicho hueco, será causa de que la placenta que sigue desprendiéndose por sucesivas contracciones, sea también forzada por todo su borde, se invierta como dedo de guante y con la sangre alojada en esta bolsa que queda formada, pase al segmento inferior".

En cuanto a las membranas que por efecto de la retracción uterina después del parto ya han sido plegadas y engrosadas, al reaparecer las contracciones uterinas post-partum, son comprimidas, durante las mismas, entre la pared uterina y la cara fetal de la placenta, y entonces se inicia el desprendimiento entre las dos capas descritas de la caduca, hecho que fácilmente ocurre a causa de su débil unión; después la placenta, al descender tracciona las membranas aún insertas, especialmente las del segmento inferior uterino, y determina su total desprendimiento.

En 1.796, Baudelocque escribió en su Arte de los Partos que la separación de la placenta "unas veces empieza por el centro y otras por un punto de la circunferencia, lo' cual produce fenómenos diferentes. En el primer caso, siendo empujado hacia delante el centro de la placenta, esta masa se invierte sobre sí misma, de

manera que forma por detrás una bolsa de sangre que ofrece su superficie recubierta de las membranas y de vasos al orificio de la matriz y, consecutivamente, a la entrada de la vagina. Se forma una bolsa parecida, y la placenta se muestra de la misma manera cuando empieza a desprenderse por el borde más alejado del orificio del útero. Pero las cosas ocurren de otra suerte cuando se desprende por la parte baja, sobre todo en la proximidad del orificio uterino. La placenta, en este último caso, se arrolla sobre si misma en forma de cilindro y según la longitud del útero, de manera que presente al tacto su cara anfractuosa, y su expulsión va siempre precedida de salida al exterior de sangre fluida.

Esta descripción de Baudelocque fue comúnmente aceptada; pero en 1865, Schultze estableció y defendió que la placenta era habitualmente expelida por el primero de los mecanismos que describió Baudelocque, o sea, por la cara fetal, imponiendo tal criterio; hasta que, en 1871 Mattheus Duncan defendió que el segundo de los mecanismos descritos por Baudelocque era el más frecuente y aún el que representaba mayor normalidad.

Una vez desprendida la placenta y descendida al canal cérvico-segmentario, el fondo uterino baja de nuevo, tanto más cuanto más profundamente caída está aquella.

Con la placenta en el segmento inferior, el fondo uterino estará a mitad de distancia entre el ombligo y el arco costal; en ocasiones se palpa la consistencia blanda del anexo por encima del pubis, si está ya depositado en el fondo de la vagina, el límite superior del útero alcanzará las proximidades del ombligo; al mismo tiempo aparece fuera de la vulva una mayor porción de cordón umbilical.

Es de tanta significación para la buena marcha del alumbramiento la comprobación de las contracciones rítmicas como la de los límites y forma uterinos. Un útero grande, depresible, constantemente reblandecido, es indicio de hemorragia interna.

¿Cómo obtener estos datos? ¿Es siempre aconsejable su indagación? El médico está junto a la mujer, ve su aspecto, el color de sus mucosas, tiene a su alcance el pulso radial o carotídeo? Si todo está en perfecto orden, la palpación es superflua durante los primeros 15 minutos. La primera parte del alumbramiento puede ser conducida con una expectación prácticamente exenta de palpación. Pero no siempre ocurren los casos así.

Compréndese fácilmente que si se expulsan 200 o 300 gramos de sangre interese conocer en qué fase estamos del alumbramiento. Procédase entonces con suavidad y cautela. La mano del médico, puesta de plano, busca con delicadeza el fondo uterino, deprimiendo lentamente la pared abdominal a su supuesto nivel, alcanzando aquel, establece sus relaciones topográficas y espera la aparición de una contracción. Todo lo que sea salirse de estos límites estrictos, de pura determinación de fondo y sucesión de contracciones, es abandono del tratamiento expectante y —si no existe indicación

para ello— alteración indebida del normal fisiologismo del tercer período del parto. Presiones, masajes, pellizcamiento sólo servirán para provocar reacciones locales o generales del útero: atonía o hipertonía más o menos extensas con sus consiguientes derivaciones: **hemorragia o engatillamiento**. Pues es lógica respuesta del músculo no preparado para la acción cinética a la que obligamos con nuestra inoportuna maniobra el que reaccione con una atonía en la zona en que hemos provocado con artificio el desplegamiento placentario, o con una exacerbación de &u poder; contráctil con una hipertonía localizada o con una contractura anular. En el primer caso las boquillas vasculares, insuficientemente cerradas por las fibras musculares, ligaduras vivientes de Pinard, sangrará en demasía; en el segundo, la contricción excesiva de una zona, aparte de la retensión consiguiente, dificultará el **libre** juego del resto de la musculatura sobre los anejos fetales. La placenta totalmente desprendida y caída sobre el canal vágino-cérvico-segmentario despierta un reflejo expulsivo, gracias al cual la mujer, contribuyendo con su prensa abdominal, remata definitivamente el alumbramiento. Puede, empero, no ocurrir así y permanecer la placenta detenida largas horas con sus consabidas secuelas. Interesa, por lo tanto, conocer el momento en que la placenta está ya desprendida para ultimar su salida.

SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO:

Aparte de la elevación; del fondo uterino y la reducción de los diámetros, así como la inclinación hacia la línea media del borde izquierdo uterino; signos todos ellos de la consumación del despegamiento placentario, existen otros de mucho interés:

1°) Proyección hacia el exterior del cordón umbilical; si se pinza a ras de la vulva el cordón vemos que se aleja de aquella.

2°) Si con la mano derecha ponemos tenso el cordón y con la izquierda corregimos la anteversión uterina, maniobra que se hace deprimiendo el, útero hacia la columna vertebral. Al retirar la presión que hemos hecho con la mano izquierda el órgano recobra su posición inicial y el funículo no reasciende cuando la placenta está desprendida. Este es el signo de Küstner, en caso contrario, una parte del cordón reasciende en el interior de la vagina.

3°) El signo de Strassmann consiste en lo siguiente: si hacemos presión sobre el fondo del útero, la tensión sanguínea aumenta en el cordón, debido a que la adherencia de los anejos no ha alterado la continuidad vascular utero-placentaria; fenómeno que se comprueba por la turgencia de los vasos del cordón.

4°) El signo de Klein se obtiene cuando ponemos tirante o tenso el cordón, y ordenamos a la parturienta que haga esfuerzos expulsivos o el tocólogo comprime el fondo uterino hacia el interior de la pelvis.

5°) Cuando la placenta se encuentra adherida al lecho placentario materno y hacemos ligeras pero sucesivas tracciones, di-

chas tracciones las percibimos en la mano que palpa suavemente el fondo uterino, esta maniobra fue ejecutada por Fabre, y se conoce hoy día como signo de Fabre.

Cuando, con la simple observación de la evolución, intuimos fundadamente que la placenta se ha desinsertado ya, invitamos a la mujer a empujar. Es posible que así sólo la contribución de la musculatura abdominal logre la expresión y expulsión de la placenta y sus membranas. En muchos casos se hará necesario, sin embargo, el concurso de una discreta expresión uterina, llevada a cabo en la siguiente forma: la cara palmar de la mano izquierda; el operador se encuentra al lado derecho de la mujer, apoya sobre el fondo del útero y empuja suavemente el órgano hacia la cavidad pélvica. Es suficiente una ligera tracción sobre el cordón para que la placenta irrumpa en el fondo de la vagina, y, sin nuevos atrasos sea expulsada hacia fuera. La maniobra de Crédé no es propia del alumbramiento normal, la cual consiste en empujar el órgano uterino al par que se hace presión sobre sus dos caras, como queriendo expulsar su contenido, es una maniobra parecida a la que hacemos como cuando queremos expulsar el hueso de una fruta.

La salida de la placenta lleva aparejada la expulsión de las membranas; en muchas ocasiones, las membranas, batiendo por la vulva siguen a la placenta con suma facilidad.

En pocas ocasiones las membranas pueden permanecer adheridas y entonces se hace necesario tirar suavemente y con alguna pausa de la placenta. Si ofrecen resistencia basta muchas veces con hacer levantar la pelvis y por el propio peso de la placenta estos se desprenden; Jacob retuercen las membranas sobre sí mismas, tal como lo hacen las hilanderas, con lo que se logra hacer un cordón mucho más resistente, lo que permite una retirada con mucha facilidad.

Tratamiento totalmente especialmente antes y durante el desprendimiento placentario; expresión del fondo uterino, combinada con una tracción ligera sobre el cordón, una vez caídos los anexos fetales en la zona pasiva del canal del parto, constituyen en la actualidad un procedimiento generalmente admitido por todos los tocólogos. Nada cabría objetar si este proceder fuese en la práctica estrictamente seguido. De hecho, creemos que raras veces es así, salvo en ciertos casos de excepción (tocólogo integérrimo o ideal, servicios de maternidad en los que el factor tiempo pesa menos a causa de los horarios o turnos establecidos). En la práctica corriente el tocólogo es acusado por la premura de tiempo; o bien la comadrona o el médico general se entrega a un polipragmasia funesta, a causa del conocimiento poco profundo del proceso, de la inquietud que origina el derrame sanguíneo y del deseo de asegurar mejor los intereses de la parida terminando cuanto antes el alumbramiento. Saber resistir el diablillo de la tentación en absoluto y evitar los pellizcos, fricciones, estrujamientos y tirones del cordón es buena conducta ha dicho el profesor Urzuaga, pero estas manio-

bras encuentran pronto justificación en la pérdida que acompaña al alumbramiento, que no reclamaria interferencia alguna en manos del facultativo experimentado y consciente, pero que es el punto de partida de los mayores desaciertos en asistentes presas de pánico o movidos por el único afán del ahorro de tiempo. No hay que olvidar tampoco que en el alumbramiento el paso de lo normal o fisiológico a lo anormal o patológico dista mucho de ser, en infinitas ocasiones, de una tajante claridad. Es un matiz clínico que lleva aparejado en el orden terapéutico el salto de una expectación total a una conducta altamente activa y aún valga la palabra o expresión, agresiva. Pedir al médico general la puntual observancia de ambas, certera visión clínica, certera decisión terapéutica, es una utopía. Lo mismo diremos y aún más de la comadrona. Sólo el especialista está en condiciones de hacerlo. Por estas razones, el alumbramiento conducido en forma ideal constituye una excepción. Cométense errores, a juicio de los muchos autores y maestros en el arte de partear, unas veces por precipitación o ligereza y los más por mera inexperiencia; entre las causas que más contribuyen a cometer errores de asistencia en, el parto figura en primer término el pánico que infunde al inexperto o neófito una pérdida sanguínea que no rebasa por lo general los límites de lo fisiológico.

Hay que tener en consideración también que la expoliación o pérdida hemática que se considera fisiológica según la mayoría de los autores 500 gramos seguirá pronto seguida de una manifestación patológica en muchas circunstancias, si se rebasa aquel límite. Es muy frecuente que con pérdidas sanguíneas de 700 a 800 gramos aparezcan fenómenos de carácter anémico. Siendo el alumbramiento un fenómeno ligado íntimamente al concepto de hemorragia el shock post-partum tiene en gran número de casos como punto de partida una pérdida hemática superior a lo normal en este tercer período del parto.

Por todos estos hechos ¹ razones se considera, que si la intervención del arte obtiene una reducción notable de la hemorragia que acompaña al alumbramiento, se han logrado dos grandes ventajas positivas:

1^a) Una economía de sangre, que considerada en líneas generales, tiene que ser interpretada como un beneficio para nuestras madres. Nada hay que pruebe de manera fehaciente que la mujer tenga que perder 300 o más gramos de sangre para disfrutar de un puerperio fisiológico. Los casos que constituyen excepción a esta regla general son bien conocidos (gestosis con hipertensión, eclampsia, ciertas complicaciones de los cardiopatas, por ejemplo: el edema pulmonar).

2^a) Teniendo como punto de partida una pérdida mínima, unos 100 gramos por ejemplo, las líneas generales de tratamiento son sumamente precisas. Un pretexto de intervención a partir de 300 gramos, pongamos por el caso, no tiene el mismo significado que si se establece a partir de 750, por ejemplo: que en una propedéu-

tica general de tratamiento del alumbramiento se ajuste el tocólogo a un criterio claramente profiláctico, actuando antes, mucho antes, de que aparezcan manifestaciones de carácter general: (taquiesfigmia; signos sensoriales, palidez, ansiedad, sensación de sed, etc.); representará siempre un progreso. Si se parte del principio de que la expoliación sanguínea del alumbramiento no debe alcanzar el medio litro de sangre, el número de mujeres que traspasan el umbral peligrosísimo que conduce a la anemia aguda o al shock obstétrico, o al cuadro mixto de ambos, que es lo más frecuente, será con seguridad mucho menor.

El fin apetecido se consigue con alumbramiento médicamente dirigido; ya sea mediante hormonas ya con la ayuda de fármacos tal como lo hemos verificado en nuestro trabajo.

ACCIDENTES EN EL ALUMBRAMIENTO:

a) Hemorragias durante el alumbramiento.

El accidente más habitual y más temible en el alumbramiento es la hemorragia. Aún cuando de ordinario sobreviene una pérdida hemática durante el desprendimiento placentario, esta sin embargo, no sobrepasa los 500 gramos, mas si excede esta cifra, la hemorragia debe ser considerada como patológica, y clínicamente ofrece las más variadas características: unas veces es pequeña y cede fácilmente ante las medidas empleadas para cohibirlas, y no repite, siendo muchas veces facilitada la terminación del alumbramiento por los mismos medios empleados para yugular la pérdida; otras veces se repite a los pocos momentos, para ceder y volver a presentarse, y de este modo va repitiéndose hasta que la paciente presenta un cuadro alarmante por anemia aguda.

En otras circunstancias, la hemorragia es muy considerable desde su comienzo, o bien, después de varias pérdidas de poca cuantía, ha llegado a ser muy importante; aún en este caso cesa por completo por medio del tratamiento, o solamente cede en parte; para repetir nuevamente, siendo muy variada la cantidad de sangre expulsada por los genitales (hemorragia externa). No siempre la expoliación sanguínea es externa, muchas veces la sangre se acumula en el interior del útero (hemorragia interna).

Cuando la cantidad de sangre perdida rebasa la cifra 1.000 cc se establece el shock secundario post-hemorrágico, con su cortejo sintomático: pulso filiforme, casi imperceptible, notable hipotensión, intensa sudación y gran enfriamiento de las extremidades, agitación, labios y uñas cianóticas, respiración difícil, pupilas dilatadas y sin reflejo, pérdida de la inteligencia y de la sensibilidad, la lengua seca, sed intensa, colapso cardíaco y muerte sino se interviene a tiempo y muchas veces no se logra romper este estado de shock.

ETIOPATOGENIA:

En el proceso del alumbramiento podemos distinguir tres factores:

1º) El músculo uterino, que con su contracción tiene que provocar el despegamiento de los anexos fetales;

2º) El objeto de esta actividad cinética, o sea la placenta y sus membranas y,

3º) La región donde se ejercerá, la desidia basal y especialmente su capa esponjosa. Toda alteración en la función contráctil del útero, tanto de la actividad sistólica como del tono, llevará fácilmente a la hemorragia al existir zonas en que la placenta, esté parcialmente desinsertada, con profusión de boquillas vasculares a las que falta su hemostasis fisiológica:

Predisponen extraordinariamente a una contracción y retracción defectuosa de la fibra muscular aquellos partos en que la actividad contráctil ha sido desde buen principio deficiente, (atonía uterina primitiva, "tedious labor" o excesiva (partos rápidos, partos relámpagos, extracciones artificiales), o en que por el volumen del huevo, el útero ha sido hiperdistendido (feto macrosoma, embarazo gemelar, hidramnios).

Se ha invocado alteraciones de la fibra lisa ligadas a una, debilidad constitucional del útero y que serían causa de hemorragias del alumbramiento en los partos sucesivos. Ciertas mujeres, especialmente grandes asténicas, pueden, presentar reiteradamente, en cada parto, hemorragias copiosas. La proximidad de nódulos de fibroma podría presentar un obstáculo, lo mismo que los defectos de desarrollo del órgano y las malformaciones, todos estos factores son capaces de interceptar la contracción uterina.

Causas extrauterinas podrán obrar en el doble sentido de una irregular retracción uterina y una defectuosa actividad retráctil por anomalías en los puntos de apoyo: adherencias consecutivas o procesos flogísticos supurados pelvianos; úteros sometidos, a pexias o cesáreas. La vejiga llena es causa frecuente que puede actuar en el mismo sentido.

En la placenta pueden radicar las causas de dificultades del alumbramiento. Las placentas grandes, las de amplia superficie, la placenta succenturiada, la placenta sifilítica, han de ser tenidas especialmente en cuenta. En tercero y último concepto tenemos las alteraciones patológicas de la caduca como posibles causas de hemorragias en el desprendimiento de la placenta. Una reacción decidua franca, con buena formación del estrato esponjoso, será garantía de una normalidad en el alumbramiento; con capa esponjosa deficitaria, la placenta será adherente, acreta, increta o percreta. En la mala calidad primitiva de la mucosa podrá radicar la defectuosa formación de la caduca (mucosa inmediatamente subyacente a nódulos fibromatosos, úteros frecuentemente legrados, mucosa atrófica de úteros infantiles o mal conformados). Cuando el huevo

en vías de desarrollo no encuentre los materiales necesarios para su crecimiento, la penetración profunda por la acción trofoblástica y por procesos de citólisis será la consecuencia obligada. La fuerza coriográfica, con su poder citolítico, es contrarrestada por la acción anti-fermentativa de la caduca; con equilibrio alterado entre ambas fuerzas opuestas, necesariamente surgirá el conflicto en el momento del anidamiento y en el del alumbramiento. La diátesis hemorrágica rara vez desempeña un papel claro.

TRATAMIENTO:

A) PROFILÁCTICO:

1º) Examen del estado general de la enferma (pulso, color, respiración, psiquismo).

2º) Inspección directa de la pérdida sanguínea.

3º) Comprobación, de los fenómenos de desprendimiento,

4º) Estado de tonicidad y contracción del útero, altura y diámetros.

Es de imperiosa necesidad revisar la cavidad uterina en los siguientes casos: 1º) cuando se constata la falta de integridad de la placenta y 2º) cuando se presenta una hemorragia copiosa y no tenemos plena seguridad de la integridad de la placenta y del útero.

CURATIVO:

En toda hemorragia atónica antes de la expulsión de la placenta, lo esencial es restablecer la normal contractilidad del útero, que traerá consigo el desprendimiento y su expulsión.

1º) masaje uterino.

2º) Inyección de extracto pituitario, de dos a tres unidades, se dará por vía endovenosa y muy lenta. Puede observarse con este extracto hormonal una palidez transitoria y un estado nauseoso pasajero.

3º) Expresión discreta del fondo uterino, acompañada de una muy prudente tracción sobre el cordón.

4º) Método de Credé. Debemos llamar la atención sobre los inconvenientes de esta maniobra:

a) Anti-fisiológica

b) Retención de cotiledones y membranas, con sus consiguientes peligros.

c) Puede dar lugar al shock obstétrico por ser un procedimiento terapéutico violento.

d) Rotura e inversión uterinas.

e) íleo mecánico algunas veces.

5º) Con el fracaso del método de Credé no queda más recurso que el alumbramiento artificial o extracción manual de la placenta. Muchos son los procedimientos terapéuticos que están en boga para

cohibir la expoliación hemática post-partum, pero ninguno satisface las aspiraciones que el tocólogo persigue, la inquietud "Constante de encontrar un método o procedimiento que dé un gran margen de seguridad en su empleo me hicieron probar el producto denominado Methergin, de la "Casa Sandoz"; me movió asimismo a probar en nuestra casa de Maternidad la lectura de la Tesis del Dr. Fabio A. Rosales M. Agradezco la gentileza de los representantes de la casa Sandoz, al facilitarme parte del material que empleé, Methergin:

PRESENTACIÓN:

Ampollas de un c. c, conteniendo cada una de ellas 0.2 mg. Es un alcaloide semi-sintético extraído del cornezuelo de centeno, que representa ventajas bien definidas sobre los otros alcaloides hasta ahora usados.

FARMACOLOGÍA:

Los amplios estudios farmacológicos sobre esta nueva sustancia semi-sintética fueron efectuados por una serie de **investigadores**. Los resultados comprueban que el Methergin es de 1/2 a 2 veces más activo en la estimulación del útero embarazado del conejo que la **ergometrina natural**; por otra parte esta nueva droga no posee acción simpaticolítica tal como la ergotamina: Gynergeno.

FARMAODINAMIA:

El fenómeno más característico causado por todos los alcaloides del cornezuelo de centeno y en especial del Metil-ergometrina, es la contracción del útero, la cual comienza a **verificarse** dentro de los 20 a 50 segundos después de la inyección endovenosa. El efecto es directo sobre la propia fibra muscular¹ lisa del útero. Las contracciones pueden ser, con pequeñas dosis, tal como se demostrará según las observaciones que presentaré al final de este trabajo, de carácter normal, **rítmicas**, periódicas, acompañadas de aumento del tono muscular, pero con mayores dosis se hacen permanentes y persisten en estado de espasmo. Tiene además la ventaja sobre los otros alcaloides del cornezuelo que no tiene acción adrenolítica, es decir inhibidora o inversora de la influencia vasopresora de la adrenalina; por consiguiente puede ser administrada en presencia de trastornos circulatorios y en el puerperio séptico.

INDICACIONES:

- a) Primíparas y Multíparas.
- b) Inercia uterina y hemorragias del alumbramiento post-partum.

- c) En partos bajo anestesia (cesárea, versión, etc.)
- d) Para acelerar la evolución uterina.
- e) En parto gemelar hasta el nacimiento del segundo feto.

CONTRAINDICACIONES:

- a) Durante los períodos de dilatación y de expulsión.
- b) En parto gemelar, siempre que no haya sido expulsado el 2º feto.
- c) En pacientes embarazadas que tengan un factor Rh— Rh— (homocigóticas) y cuyo marido tenga un factor Rh-f.
- d) En las gestosis con hipertensión, en las eclámpticas o pre-eclámpticas, en las cardiopatas con descompensaciones.

El Methergin puede usarse en cualquier momento del alumbramiento o post-partum, después de nacido el niño. La rapidez de acción, el máximo efecto útero tónico y su perfecta tolerancia, dan al Methergin un gran valor como medicamento de elección. La casa Sandoz recomienda la dosis de 1/4 o 1/2 ce. por vía endovenosa, pero el Dr. M. J. Baskin administró 1 ce. por vía endovenosa. Para los partos bajo anestesia se recomienda la dosis de 1 ce. y se dará a una velocidad normal.

Referente al momento más oportuno para la inyección de Methergin se distinguen sobre todo dos métodos.

1º) Inyección inmediatamente después del desprendimiento o de la expulsión de la placenta.

2º) Inyección en el momento, de la aparición del hombro anterior o inmediatamente después de nacido el niño.

Nosotros hemos empleado el siguiente método.

a) Administración endovenosa de 1 ce. de 1/2 y de 1/4 ce. de Methergin lentamente, en el momento cuando aparece el hombro posterior por encima de la comisura posterior de la vulva.

b) El útero se contrae rápidamente de los 20 a los 50 segundos después de la inyección; la placenta se desprende y con esto se logra que la sangre pase casi en su totalidad al niño, gran ventaja sobre todo en los prematuros y débiles.

c) Pinzamiento del cordón umbilical y sección del mismo en el momento en que se deja de sentir la pulsación del funículo; este momento tarda por término medio 2 minutos; si se liga el cordón en este momento se logra un mayor aporte de sangre **placentaria** o fetal, pues sólo permanecen en la placenta 65 ce., recibiendo en cambio el niño 336 ce.

d) «Ligera y suave tracción del extremo placentario del cordón y se ordena que la paciente haga esfuerzos expulsivos, levantando un poco la pelvis de la mesa, con lo que se logra un enderezamiento del conducto vagino-cárvico-segmentario, lo cual facilita grandemente la expulsión de la placenta y sus anejos.

e) A la palpación del útero se comprueba la contracción y tonicidad perfectas.

f) Cuidados del puerperio igual que en los casos corrientes.

OBSERVACIONES

- N° 1.— S. H. Vargas, de 16 años de edad, primípara.
Parto: verificado el día 16 de enero a las 2.20 a. m.
Alumbramiento: a las 2.30 a. m.
Horas trabajo: 23 horas 20'.
Terapéutica: 1 ce. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia muy escasa; 20 c. c. de sangre.
Útero: tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 18 cm.
Puerperio: normal.
Evolución del niño: normal.
- N° 2. — Reina Vásquez, de 29 años de edad, múltipara, sin antecedentes patológicos obstétricos. Parto: verificado el día 16 de enero a las 10. 43' p. m. Alumbramiento: a las 10.45' 30". Horas trabajo: 12 horas 42'.
Terapéutica: 1/2 c. c. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia muy poca; 20 c. c. de sangre. Útero: tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 12cm.
Puerperio: normal. Evolución del niño: normal.
- N° 3. — Berta Lidia Rodríguez, de 19 años de edad, múltipara, con aborto de tres meses.
Parto: verificado el día 17 de enero a las 0.44'.
Alumbramiento: a las 0. 46'. Horas trabajo: 19 horas 44'.
Terapéutica: 1/2 e. c. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia: muy poca; 30 c. c. de sangre. Útero: tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 12cm.
Puerperio: normal. Evolución del niño: normal.
- N° 4. — María Luisa Banegas, de 31 años de edad, múltipara, sin antecedentes patológicos.
Parto: verificado el día 17 de enero a las 9.15' a. m.
alumbramiento: a las 9.17' a. m. Horas trabajo: 2 horas 15'.
Terapéutica: 1/2 c. c. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia: pequeña; 20 c. c. de sangre. Útero: tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 12cm.
Puerperio: normal. Evolución del niño: normal.
- N° 5. — Cecilia Vásquez, de 40 años de edad, secundípara, sin antecedentes patológicos. Niño nace con dos circulares del cordón, se secciona an-

tes de dejar de latir y se pierden alrededor de 150 c. c. de sangre placentaria.

Parto: verificado el día 17 de enero a las 2. 34' p. m.

Alumbramiento: a las 2.35' 30" p. m.

Horas trabajo: 8 horas 34'.

Terapéutica: 1/2 c. c. de Methergin por vía endovenosa.

Hemorragia: muy poca; 20 c. c. de sangre.

Útero: tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 15cm.

Puerperio: normal.

Evolución del niño: normal.

- Aída, de Dubón, de 21 años de edad, secundípara, primer niño nació muerto. Prolapso del cuello uterino que se insinuaba en el orificio vulvar. Niña con una circular del cordón. Parto: verificado el día 17 de enero a las 11. 3' p. m. Alumbramiento: a las 11.7' p. m. Horas trabajo: 4 horas 3'.

Terapéutica: 1 2 c. c. de Methergin por vía endovenosa.

Hemorragia: muy poca; 40 c. c. de sangre. Útero:

tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 13cm.

Puerperio: normal. Evolución del niño: normal.

7. — Rosa Aurora de Cisneros, de 22 años de edad, secundípara, primer niño nació muerto. Doble circular del cordón. sección del mismo.

Parto: verificado el día 18 de enero a las 0.53' a. m.

Alumbramiento: a las 0.58' a. m. Horas trabajo: 4 horas.

Terapéutica: 1 2 c. c. de Methergin por vía endovenosa.

Hemorragia: poca cantidad; 50 c. c. de sangre. Útero:

tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 15cm.

Puerperio: normal. Evolución del niño: normal.

Nº 8. — Antonia Rodríguez, de 24 años de edad, secundípara, sin antecedentes patológicos.

Parto: verificado el día 18 de enero a las 6. 47' a. m.

Alumbramiento: a las 6. 50 a. m. Horas trabajo: 11 horas 47'.

Terapéutica: 1/2 c. c. de Methergin por vía endovenosa.

Hemorragia: poca cantidad; 30 c. c. de sangre. Útero:

tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 14cm.

Puerperio: normal. Evolución del niño: normal.

Terapéutica: 1/4 c. c. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia: poca; 30 c. c. de sangre.
Útero: tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 11cm.
Puerperio: normal.
Evolución del niño: normal.

- Nº 14. — Matilde Fonseca, de 23 años de edad, múltipara, sin antecedentes patológicos.
Parto: verificado el día 20 de enero a las 3. 47' a. m.
Alumbramiento: a las 3. 50' a. m. Horas trabajo: 24 horas 47'.
Terapéuticas: 1/4 c. c. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia: poca; 30 c. c. de sangre. Útero: tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 15cm. Puerperio: normal.
Evolución del niño: normal.
- Nº 15. — Angela Rosa Zerón, de 32 años de edad, múltipara, sin antecedentes patológicos.
Parto: verificado el día 20 de enero a las 6. 20 a. m.
Alumbramiento: a las 6. 23' a. m. Horas trabajo: 4 horas 20'.
Terapéutica: 1/4 c. c. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia: poca; 30 c. c. de sangre. Útero: tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 11cm. Puerperio: normal. Evolución del niño: normal.
- Nº 16. — María de los Angeles García, de 22 años de edad, primípara. Cesárea por distocia cefalo-pélvica. Operación verificada el día 20 de enero. Extracción del feto a las 10. 18' p. m. Inyección intrauterina de 1 c. c. de Methergin a las 10.20' p. m.
Útero se contrae con poca pérdida sanguínea a las 10.30" p. m. Puerperio: normal. Evolución del niño: normal.
- Nº 17. — Nieves Sánchez, de 23 años de edad. Secundípara, sin antecedentes patológicos.
Parto: verificado el día 21 de enero a las 5. 40' p. m.
Alumbramiento: a las 5.43' p. m.
Horas trabajo: 21 horas/40.
Terapéutica: 1/2 c. c. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia: poca cantidad, 30 c. c. de sangre.
Útero: tonicidad y contractilidad perfectas.
Altura 12cm.
Puerperio: normal.
Evolución del niño: normal.

- Nº 18. — María Cristina Martínez, de 25 años de edad, múltipara, sin antecedentes patológicos
Parto: verificado el día 21 de enero a las 5.40' p. m.
Alumbramiento: a las 5. 43' p. m. Horas trabajo: 21 horas 40'.
Terapéutica: 1/4 c. c. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia: poca; 20 c. c. de sangre. Útero: tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 13cm. Puerperio: normal.
Evolución del niño: normal.
- Nº 19. — Virginia Ortez, de 27 años de edad, múltipara, con reten-placentaria por espacio de dos horas en su parto anterior.
Parto: verificado el día 24 de enero* a las 6. 40' a. m.
Alumbramiento: a las 6. 44' a. m.-Horas trabajo: 11 horas 40'.
Terapéutica: 1/2 de c. c. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia: 60 c. c. de sangre.
Útero: tonicidad y contractilidad perfectas. Altura 13cm.
Puerperio: normal. Evolución del niño: normal.
- Nº 20. — Emma Andino, de 18 años de edad, primípara.
Parto: verificado el día 24 de enero a las 9.30' a. m.
Alumbramiento: a las 9. 34' a. m.
Horas trabajo: 7 horas 30',
Terapéutica: 1/2 ce. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia: poca, 40 c. c. de sangre.
Útero: tonicidad y contractilidad normales. Altura 12cm.
Puerperio: normal.
Evolución del niño: normal.
- Nº 21. — María Ordóñez, de 22 años de edad, secundípara.
Parto: verificado el día 29 de enero a las 3. 26' a. m.
Alumbramiento: a las 3. 29' a. m.
Horas trabajo: 17 horas 26'.
Terapéutica: 1/2 c. c. de Methergin por vía endovenosa.
Hemorragia: poca, 40 c. c. de sangre.
Útero: tonicidad y contractilidad normales. Altura 13 cm.
Puerperio: normal.
Evolución del niño: normal.
- Nº 22. — Francisca Escobar Rodríguez, de 28 años de edad, múltipara, con un aborto de tres meses. Parto: verificado el día 30 de enero a las 7. 30' a. m. Alumbramiento: a las 7. 33' a. m. Horas trabajo: 15 horas 30'. Terapéutica: 1/2 c. c. de Methergin por vía endovenosa.

Hemorragia: 50 c. c. de sangre.
 Útero: tonicidad y contractilidad normales. Altura 13cm.
 Puerperio: normal.
 Evolución del niño: normal.

- Nº 23. — Emma Argueta, de 18 años de edad, primípara.
 Parto: Verificado el día 1º de febrero a las 0. 50' a. m.
 Alumbramiento a las 0, 52 a. m.
 Horas trabajo: 26 horas 50'.
 Terapéutica: 1/2 c. c. de Methergin por vía endovenosa.
 Hemorragia: 20 c. c. de sangre.
 Útero: tonicidad y contractilidad normales. Altura 13cm.
 Puerperio: normal.
 Evolución del niño: normal.
- Nº 24. — Lastenia López, de 21 años de edad, secundípara.
 Parto: verificado el día 1º de febrero a las 9.11' a. m.
 Alumbramiento: a las 9.13' a. m.
 Horas trabajo: 4. IV.
 Terapéutica: 1/2 c. c. de Methergin por vía endovenosa.
 Hemorragia: 15 c. c. de sangre.
 Útero: tonicidad y contractilidad normales. Altura 10cm.
 Puerperio: normal.
 Evolución del niño: normal.

CONCLUSIONES:

1º) **Menor pérdida de sangre:** Mientras que en los partos no dirigidos puede considerarse como fisiológica una pérdida de 300 a 500 cc, nosotros hemos encontrado una pérdida promedio 32 cc, fenómeno éste que favorece a todas nuestras gestantes porque casi el 100% de ellas son ligeramente anémicas, y una **expoliación** de 300 a 500 cc, aumentaría la anemia y disminuiría por consiguiente la producción de leche. Se ha objetado a esta menor pérdida de sangre un aumento de la tasa de la progesterona en la sangre materna, la cual retardaría la bajada de la leche; nosotros hemos comprobado que a las 48 horas los senos estaban **suficientemente** ingurgitados y listos/ para su función.

2º) Acortamiento del alumbramiento: Como se comprueba por las observaciones el desprendimiento placentario y su expulsión se verifica en, un tiempo promedio de 3 minutos 39".

3º) La involución uterina se ve apresurada, pues todos estos pacientes presentaron una reducción de 1 a 2 cm. de las cifras normales. No se presentaron hemorragias durante el puerperio.

4º) El niño recibe una mayor cantidad **de** sangre, pues toda la sangre placentaria le corresponde por derecho propio, y siendo la misma sangre, no vemos el por qué no ha de recibirla. Se *ha* objetado que el niño que recibe toda la sangre placentaria hasta el momento en que el cordón deja de latir, presentará más tarde un

tinte icterico nosotros no hemos podido comprobar tal aseveración, pues la evolución del niño fue normal mientras estuvo bajo nuestra observación.

5°) Una mejor tonicidad y contractilidad uterinas, lo que evita una hemorragia post-alumbramiento, principalmente en aquellas mujeres de tipo* asténico, en las extenuadas por un periodo¹ de dilatación y expulsión demasiado largos, en las distensiones uterinas por embarazos de fetos macrosomas, gemelares e hidramnios.

6°) No favorece la retención placentaria. Ya que la acción del Methergin es útero-tónica y un excitante de la contractilidad uterina con sus fases fisiológicas.

7°) Tolerancia óptima del medicamento: No se presentaron efectos tóxicos primarios ni secundarios.

RECOMENDACIONES:

Recomendamos el método expuesto anteriormente con dosis media de 1/2 ce. de Methergin 0.20 mgr., pues con esta cantidad obtenemos una respuesta uterina satisfactoria, y la contracción se verifica por grados y no de una manera brusca como cuando inyectamos todo el contenido de la ampolla.

BIBLIOGRAFÍA

- S. Dexeus Font.— Tratado de Obstetricia.
Nubiola-Zárate.— Tratado de Obstetricia.
Botella Llusia.— Fisiología Femenina.
Botella Llusia.— Patología Femenina.
Th. v. Jasehke.— Tratado de Obstetricia.
De Lee y Greenhill.— Principios y Práctica de Obstetricia.
Alfred C. Beck M.— Práctica de Obstetricia.
Crossen y Crossen.— Enfermedades de la Mujer.
Lawrence R. Wharton.— Ginecología.
Wintrobe.— Hemtología Clínica.
Richard W. Te Linde.— Ginecología Operatoria.
Fabre.— Manual de Obstetricia.
Curtis.— Ginecología.
Memento "Sandoz" 1950-51.
Héctor J. Rosello.— Terapéutica Clínica y Farmacodinamia. Fabio A.
Rosales M.— Prevención de las Complicaciones del Tercer Periodo del Parto por el Methergin.