

ACCIDENTES DEL PARTO

Por el doctor Carlos R. Silva-Mojica.

Tesis presentada para optar al título de Profesor Agregado de Clínica Obstétrica.

Este trabajo se basa en un estudio sobre 3.800 partos efectuados en la Clínica Primero de Mayo de los Seguros Sociales de Bogotá. Las historias consultadas corresponden a pacientes ingresadas en los dos últimos meses de 1952 y en los siete primeros meses de 1953. Los accidentes analizados son los maternos únicamente.

En 3.800 partos se registraron 100 accidentes de distinta naturaleza, lo cual da un índice de 2,63%.

FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES MATERNOS DEL PARTO 2,63%

Los principales accidentes estuvieron representados por hemorragias del alumbramiento, del post-parto y de la operación cesárea; retención de la placenta o expulsión retardada de la misma; desgarros cervicales tanto de los partos intervenidos con fórceps como de los partos espontáneos; desgarros profundos de la vagina y del perineo; hemorragia y shock asociados.

En el cuadro I se anota: clase de accidente, número de casos y un índice de frecuencia para cada tipo de accidente.

CUADRO I

Accidente.	Número de casos.	Índice de frecuencia.
Hemorragia	51	13,4%
Retención de la placenta . . .	17	4,4%
Shock	10	2,6%
Desgarros cervicales	9	2,3%
Desgarros vagino-perineales . .	6	1,5%
Hemorragia y shock	4	1,05%
Varios	3	0,7%

Se han considerado únicamente los desgarros vagino-perineales extensos, sobre todo los que se han extendido ampliamente en los tejidos vaginales y que han constituido por su profundidad, extensión y hemorragia un verdadero accidente del parto. **Varios**, corresponde a un caso de tetanización uterina, uno de síncope anestésico y uno de ruptura de várice vulvar con abundante hemorragia.

Accidentes del parto en 100 casos, según el número de embarazo de las pacientes:

CUADRO II

Número de embarazo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Número de casos	37	33	10	7	5	2	1	1	2	2

Son más frecuentes los accidentes en Para I y Para II, aparentemente porque de las pacientes que ingresan a la clínica, la mayoría pertenecen a estos dos grupos (1).

En los cuadros III, IV, V, VI y VII aparecen los accidentes sufridos por Para I, II, III, IV y V.

CUADRO III

Accidentes del parto en las primíparas.

Accidentes.	Número de casos.	Porcentaje.
Hemorragias del alumbramiento y del post-parto	17	45,9%
Shock obstétrico	7	18,9%
Grandes desgarros vagino-perineales	4	10,9%
Desgarros del cuello	3	8,1%
Retención de la placenta	3	8,1%
Tetanización uterina	1	2,7%
Hemorragia en operación cesárea	1	2,7%
Ruptura de várice vulvar	1	2,7%
Total	37	100%

Dos casos de hemorragia estuvieron ligados respectivamente a retención de la placenta y a retención de las membranas ovulares.

CUADRO IV

Accidentes del parto en las secundíparas.

Accidentes.	Número de casos.	Porcentaje.
Hemorragias del alumbramiento y del post-parto	24	72,73%
Retención de la placenta	5	15,15%
Desgarros del cuello	3	9,09%
Shock obstétrico	1	3,03%
Total	33	100%

Un caso de retención de la placenta estuvo ligado a shock obstétrico. Tres casos de shock estuvieron ligados a hemorragias. Un gran desgarro vagino-perineal estuvo acompañado de hemorragia.

CUADRO V

Accidentes del parto en Para III.

Accidentes.	Número de casos.	Porcentaje.
Hemorragias del alumbramiento y del post-parto	6	60%
Retención de la placenta	3	30%
Shock obstétrico	1	10%
Total	10	100%

Dos casos de hemorragia estuvieron ligados respectivamente a apoplejía útero-placentaria y a un desgarro cervical extenso.

CUADRO VI

Accidentes del parto en Para IV

Accidentes.	Número de casos.
Hemorragias del alumbramiento y del post-parto	4
Desgarros cervicales	1
Retención de la placenta	1
Síncope anestésico	1
Total	7

Dos casos de hemorragia aparecieron en el curso de operaciones cesáreas, sobre la abertura del segmento.

CUADRO VII

Accidentes del parto en Para V.

Accidentes.	Número de casos.
Hemorragias del alumbramiento y del post-parto	2
Desgarros cervicales	1
Desgarros vagino-perineales extensos	1
Retención de la placenta	1
Total	5

El caso anotado de desgarro vagino-perineal extenso estuvo complicado con la abertura de una fistula recto vaginal opera-

da anteriormente. Tanto el desgarro como la fístula fueron tratados después del parto con buen resultado.

Accidentes del parto en Para VI: 2 casos { 1º Retención de la placenta.
2º Shock obstétrico.

Accidente del parto en Para VII: 1 caso. Shock obstétrico ligado a un desgarro cervical.

Accidentes del parto en Para VIII: 1 caso. Retención de la placenta.

Accidentes del parto en Para IX: 2 casos. { 1º Tetanización uterina.
2º Hemorragia post-partum.

Accidentes del parto en Para X: 2 casos. { 1º Hemorragia en operación
cesárea.
2º Retención de placenta,
hemorragia y shock.

PARTOS GEMELARES

Dos casos (Historias números 27 y 60). Ambas Para II. La primera hipertensa: se hizo aplicación de fórceps y versión y extracción podálica para el 1º y el 2º feto sucesivamente; presentó retención de la placenta. Se practicó alumbramiento manual. La segunda tuvo el parto espontáneo. Presentó hemorragia post-partum. Se hizo taponamiento uterino.

CUADRO VIII

Evolución del embarazo en los 100 casos.

Tipo de embarazo.	Número de casos.
Normal	65
Sin dato	28
Preeclampsia	3
Placenta previa	2
Hidramnios	1
Hipertensión	1
Total	100

Por defecto de estadísticas muchas historias aparecen sin datos.

Accidentes del parto en la preeclampsia { Hemorragia del alumbramiento, 2 casos.
Shock y defunción materna, 1 caso.

Accidentes del parto en la placenta previa: (dos casos tratados con cesárea). Hemorragia abundante sobre la abertura del segmento.

Accidentes del parto en el hidramnios: Hemorragia del alumbramiento.

Accidentes del parto en la hipertensión arterial: Historia número 27 citada en Partos Gemelares.

CUADRO IX

Conducta y drogas en el trabajo y pre-parto.

Observaciones.	Número de casos.
Sin drogas o sin dato	50
Ocitócos (pitocín)	22
Sedantes y antiespasmódicos	15
Mezcla de sedantes y ocitócos	9
Dilatación artificial del cuello	4
Total	100

Los 50 casos, **sin droga o sin datos**, o ingresaron directamente de la calle a la sala de partos, o se olvidó anotar en la historia los datos respectivos. Esta cifra, si no es exacta, sí es aproximada: la conducta de muchos durante el trabajo se reduce a la aplicación de un lavado intestinal, por principio, o porque las condiciones de la paciente no requieren otra medida. Estas pacientes sin medicación sufrieron diversos accidentes en el parto: hemorragias del alumbramiento y del post-parto; expulsión demorada de la placenta; shock; desgarros cervicales y grandes desgarros vagino-perineales.

El pitocín se usó en forma prudente: 1, 2 y 5 unidades como máximo.

El caso de 10 u. (aplicadas a domicilio, historia número 3), presentó tetanización uterina.

Como sedantes y antiespasmódicos se usaron el atrinal, los barbitúricos, el demerol y el trilene. En 9 casos estuvieron asociados al pitocín.

Uno de los casos de dilatación artificial del cuello presentó un desgarro cervical y abundante hemorragia por esta causa. Los otros tres casos de dilatación del cuello fueron seguidos de fórceps. En uno de éstos se presentó shock obstétrico.

Duración del trabajo y accidentes del parto.

Estos accidentes aparecieron con los más diversos tiempos de duración del trabajo, desde los más cortos hasta los más pro-

longados. Hubo extracciones del feto antes del trabajo (Historia número 21): un caso de apoplejía útero-placentaria tratado con operación cesárea sin histerectomía, que presentó hemorragia persistente en el post-parto. Hubo trabajos de 1 y 2 horas, así como también de 48 y 52 horas. Los accidentes acaecidos en estos dos tipos de trabajo fueron más o menos parecidos: hemorragia, shock, desgarros cervicales y vagino-perineales extensos.

CUADRO X
Anestesia empleada.

Tricloroetileno	41
Ciclopropano	38
Eter	4
Trileneciclopropano	4
Trileneprocaina	3
Pentotal	1
Pentotalciclopropano	1
Sin anestesia	8

Es difícil juzgar con precisión qué agente anestésico es el responsable de un mayor número de accidentes del parto. Para esto se necesitaría tener el dato de los anestésicos empleados en los 3.800 casos consultados. En todo caso, con una atenta revisión del cuadro general final se echa de ver que el mayor número de accidentes por anestesia le son imputables al tricloroetileno.

CUADRO XI
Intervenciones practicadas.

Fórceps	41
Cesárea	6
Dilatación artificial del cuello	4
Versión y extracción podálica	1

Los accidentes imputables al fórceps consistieron en shock especialmente en una aplicación alta y en cuatro casos en que la anestesia fue el tricloroetileno, aunque también hubo casos de shock con el ciclopropano.

Las complicaciones de la cesárea consisten en hemorragias abundantes sobre la abertura del segmento. En el caso de la cesárea conservadora por apoplejía útero-placentaria, la hemorragia apareció en el post-operatorio inmediato. En todas se usó el ciclopropano.

En los casos de dilatación artificial del cuello, una presentó desgarro cervical y otra shock obstétrico. Tres de los cuatro casos fueron seguidos de aplicaciones de fórceps.

CUADRO XII

Accidentes del parto.

ACCIDENTES	Nº de casos	Partos intervenidos		Partos espontáneos	ANESTESIA			
		Fórceps	Cesárea		Trilene	Ciclo propano	Varios	Sin
Hemorragia	51	18	6	27	22	18	5	6
Retención de la placenta . .	17	3	0	14	10	4	2	1
Shock	10	8	0	2	4	6	0	0
Desgarros cervicales	9	5	0	4	2	4	3	0
Desgarros vagino-perineales .	6	4	0	2	0	4	2	0
Hemorragia y shock	4	1	0	3	2	1	0	1
Varios	3	2	0	1	1	1	1	0
Totales	100	41	6	53	41	38	13	8

Cuatro casos de retención placentaria presentaron hemorragia y shock. Una de las pacientes llegó a la clínica después del nacimiento del niño, por retención placentaria. Se le practicó extracción manual.

Un caso de desgarro vagino-perineal estuvo asociado a shock obstétrico. **Varios** comprende: un caso de tetanización uterina; uno de síncope anestésico y uno de ruptura de várice vulvar.

Varios, en anestesia, corresponde a éter, pentotal, trilene-ciclo y pentotal-ciclo.

Tratamiento de los accidentes del parto.

Hay constancia en las historias clínicas de las siguientes medidas:

	Casos.
Transfusiones de sangre o plasma	27
Suturas diversas (perineo, vagina, cuello, segmento)	21
Extracción manual de la placenta	15
Ocitócicos (se presume mayor número)	12
Taponamientos uterinos	6
Sueros dextrosados (se presume mayor número)	5

Estas medidas estuvieron complementadas la mayoría de las veces con tónicos cardiorrespiratorios, dexosicorticosterona y 02.

RESULTADOS

Mortalidad materna: 1 caso (historia número 94), a consecuencia de un shock obstétrico en una preecláptica, con feto grande, intervenido con aplicación de fórceps.

Mortinatalidad: 4 casos (historias números 21, 41, 79 y 94), por desprendimiento prematuro de la placenta; por tetanización uterina; un feto muerto y macerado; y por preeclampsia en un parto laborioso.

COMENTARIOS

Es importante el estudio de los accidentes del parto por cuanto constituye un método preventivo de la morbilidad y aun de la mortalidad maternas.

Hemorragia. Las hemorragias estudiadas, las más frecuentes además, corresponden a las del alumbramiento y a las del post-parto. En su etiología podemos considerar: causas dependientes del organismo materno y causas no dependientes de él.

1º Como causas dependientes del organismo materno citaremos como más frecuentes: atonía uterina, retención parcial o total de la placenta y diátesis hemorrágica (2).

2º Como causas no dependientes de la madre citaremos fallas y errores en la conducción del parto y del alumbramiento, tales como el uso desmedido de sedantes y anestésicos (morfina, barbitúricos, tricloroetileno (3); presiones violentas ejercidas sobre el fondo uterino durante el desprendimiento y aun durante el descenso de la presentación; maniobras intempestivas ejercidas sobre la matriz o sobre el cordón umbilical durante el período del alumbramiento. En cuanto al tratamiento, son de suma importancia las medidas preventivas consistentes en la observación

de una conducta racional durante el parto y el alumbramiento, reduciendo las intervenciones y el suministro de drogas a lo estrictamente necesario.

Algunos usan, preventivamente, la ergonovina o el pitocín aplicados por vía venosa en el momento del desprendimiento de la presentación, o bien el pitocín intravenoso, aplicado poco después de la expulsión del feto, con lo cual se consigue más pronto la expulsión de la placenta, prevenir la hemorragia o cohibirla si la hay.

En caso de pacientes con antecedentes de profusas hemorragias del alumbramiento en partos anteriores, es conveniente estar preparados, con transfusión, ocitócicos, equipo para revisión uterina, curetaje y taponamiento. Procediendo en forma metódica con habilidad, prontitud y contando con estos medios, es raro que el accidente llegue a ser fatal.

Ante este tipo de hemorragias nos hemos trazado esta línea de conducta, y es la que personalmente seguimos cuando el caso se presenta:

1º Si la placenta no ha sido expulsada, practicamos la inducción del alumbramiento con 2 o 3 U. de pitocín i. v. En esta forma se logra generalmente expulsar la placenta y detener la hemorragia. Si no se consiguen estos fines, consideramos que la placenta está parcial o totalmente desprendida pero retenida en la cavidad uterina por un anillo de constricción. Aplicamos entonces anestesia general a la paciente, con lo cual se consigue desvanecer el anillo de constricción y restablecer la sinergia del músculo uterino; así la placenta sale por los medios naturales o ayudada con expresión del cuerpo de la matriz.

Aclaremos en todo caso que si la hemorragia se manifiesta abundante desde el principio, procedemos sin dilación ninguna a efectuar la extracción manual, seguida de revisión digital y visual, del tractus genital, escobillonaje con mertiolate, taponamiento y ocitócicos según las condiciones del caso.

2º Si ya se expulsó la placenta, y la hemorragia persiste o se produce, procedemos según la intensidad de la misma. Si la hemorragia es escasa, aplicamos ergonovina o pitocín (2-3 U.) por vía endovenosa, ya sea solo o disuelto en 500 cc. de dextrosa al 5%. Algunos recomiendan la aplicación de varias dosis de pitocín y ergotrato, alternados, con media hora de intervalo (4). Si la hemorragia es abundante, hacemos revisión del tractus genital, con mayor razón si ha habido intervenciones (fórceps, basiotribo, versión, etc.). Procediendo con rapidez, extraemos restos ovulares si los hay, y practicamos en seguida un taponamiento

apretado, no con mechas, sino con varias compresas inhibidas en mertiolate y anudadas unas a continuación de otras. El taponamiento, correctamente hecho, es eficaz en una gran mayoría de los casos, y practicado en condiciones asépticas y con ayuda de antibióticos, es inocuo para las pacientes.

Salvo el fracaso de estas medidas, descartamos el recurso de la histerectomía. Consideramos esta medida como una eventualidad rara, y de difícil elección el momento oportuno para practicarla: Si la paciente está en relativas buenas condiciones, es posible que la hemorragia ceda con medios no quirúrgicos aplicados correctamente; si la paciente está en malas condiciones, es posible que no soporte la intervención y no sobreviva. Anteriormente los autores indicaban con más frecuencia esta intervención debido a la carencia de recursos que, como la sangre y el plasma, nos son hoy día de fácil y pronta adquisición, gracias a las cuales logramos ahora sostener las condiciones de la paciente mientras practicamos suturas de tejidos desgarrados, revisiones, raspados y taponamientos.

Hemorragias en la operación cesárea.—Estas hemorragias se presentan a veces en la disociación del segmento, pero son evitables en todo caso disponiendo de habilidad quirúrgica y técnica apropiada. Casi no se presentan usando la raquianestesia debido a que con ésta se aumenta el tono uterino y es mayor la retractilidad al expulsarse el feto. Esto sucede en menor grado con la anestesia general: de ahí que usemos y recomendemos la raquianestesia en la cesárea, siempre que lo permita el estado de la madre.

Aparece también en pacientes con degeneración fibrosa de los tejidos, como acontece en algunas múltiparas y en primíparas de edad avanzada. Estas mismas pacientes suelen presentar grandes senos venosos sobre la cara anterior del segmento. Es muy conveniente ligarlos y seccionarlos antes de efectuar la disociación del segmento para evitar su ruptura con producción de abundantísima hemorragia, que puede hacer peligrar la vida de la madre.

En casos de cesáreas interativas, con existencia de cicatriz fibrosa sobre el segmento, si la disociación no se hace con las debidas precauciones, es posible producir desgarros irregulares que se extiendan hasta el cuerpo de la matriz y hasta los fondos de saco vaginales con producción de abundante hemorragia difícil de detener. En estos casos acostumbramos seccionar transversalmente el segmento sobre la cicatriz fibrosa, con tijera o bisturí sobre una sonda acanalada. Desechamos las maneras bruscas y precipitadas tanto en la abertura del segmento como en la

extracción de la cabeza fetal, responsables en muchos casos de estos graves accidentes maternos.

Hemorragia en la apoplejía útero-placentaria.—Opinan algunos que en esta entidad debe hacerse siempre histerectomía aun en casos de lesión leve de músculo uterino, por el peligro de la hemorragia incoercible subsecuente. Nosotros procedemos en esta forma: en caso de gran degeneración de la matriz, histerectomía. En casos leves, si la matriz se contrae y responde a los ocitócicos, adoptamos una conducta conservadora. Hace pensar bastante el histerectomizar a una mujer, tanto más si es joven, primípara, y si ha perdido su primer hijo. Al seguir esta norma debemos estar prevenidos con transfusión y equipo quirúrgico listo para intervenir si la hemorragia aparece.

En una paciente de la Caja del Municipio, operada el año pasado en la Clínica Magdalena, con lesión leve de la matriz, la hemorragia apareció abundante al estar suturando el peritoneo segmentario después de la cesárea. Practicamos en seguida la histerectomía; la paciente sobrevivió gracias al abundante suministro de sangre. En el caso citado en este trabajo la hemorragia se hizo presente poco después de la cesárea; fue detenida, y se evitó la histerectomía gracias a un taponamiento intrauterino con oxiciel y con gasa.

Cuando sea necesario practicar una transfusión es imprescindible la determinación del factor Rh a fin de asegurar que la sangre sea compatible, y evitar los graves inconvenientes de la inmunización anti-Rh (5).

Retención de la placenta.—Es el accidente más frecuente (4,4%) después de las hemorragias del alumbramiento y del postpartum. Los casos analizados en este capítulo posiblemente se refieran a expulsiones más o menos demoradas de la placenta, pues ya es raro que un obstetra espere por espacio de una, dos o más horas que se cumpla este último período del parto, según lo propuesto por los clásicos, debido a los peligros próximos o remotos que esta medida entraña: hemorragia, shock, infección, intranquilidad y desconfianza en el ánimo de la paciente. Nuestra conducta en estos casos depende de si hay o no hemorragia. Si la hay, procedemos según lo anotado en el capítulo referente a hemorragias. Si no la hay, procuramos en un principio la inducción del alumbramiento con pitocín intravenoso. Si fracasa, consideramos la posibilidad de modificaciones anatómicas y funcionales del músculo uterino que se oponen a la realización del alumbramiento: degeneración fibrosa de la matriz, miomas, atonía irreductible, anillos de constricción, adherencia anormal de la pla-

centa, placenta acreta, etc. Dada esta posibilidad, sería inútil una expectativa prolongada. Por tanto, acudimos luégo a practicar la extracción manual.

Nuestra impresión acerca de este método, según experiencia nuestra, es de que practicado con técnica apropiada, en condiciones de asepsia, y complementado con antibióticos, no es perjudicial para la paciente y no implica morbilidad alguna. Nos parece que es más conveniente hacer la extracción manual pronto que después de una o dos horas, pues para ese tiempo las condiciones maternas pueden ser ya desfavorables por anemia y descenso de las defensas orgánicas, puesto que se ha llegado a demostrar que las pacientes anémicas son más susceptibles a la infección, y que los antibióticos poseen una acción más efectiva en pacientes no anémicas (6).

Recalcamos que la profilaxis de la retención de los anexos ovulares consiste en no entorpecer el mecanismo del alumbramiento fisiológico y en evitar maniobras intempestivas como expresiones fuertes sobre el fondo uterino y tracciones sobre el cordón umbilical (7).

Shock obstétrico.—Según nuestra estadística, este accidente se presenta en el 2,6% de los partos. En cuanto al diagnóstico, nos valemos de los signos puramente clínicos; nuestro medio no está familiarizado aún con algunos datos de laboratorio como hemoconcentración y aumento del potasio plasmático, que gozan de la aceptación en el diagnóstico y pronóstico del shock por parte de autores americanos y argentinos (8). Sobre su profilaxis anotamos los siguientes puntos: control prenatal adecuado, prevención de las gestosis, buena técnica quirúrgica y operaciones breves; sospecharlo y estar prevenidos en caso de trabajos prolongados, en pacientes obesas, gestósicas o de constitución neuro-endocrina inestable (Pérez, M. L., op. cit.), en partos laboriosos sobre todo con difíciles aplicaciones de fórceps, basiotribo, versiones y extracciones podálicas. Nunca condenaremos lo suficiente las expresiones groseras, a lo Kristeller, responsables en muchos casos no sólo de shock, sino de hemorragias y retención de los anexos ovulares.

En cuanto al tratamiento, además de las medidas básicas usuales, plasma, O₂, tónicos circulatorios, corteza suprarrenal, etc., creemos que se debe hacer un estudio serio sobre la acción benéfica del ACTH. En un caso personal obtuvimos magnífico y espectacular resultado. Tenemos noticia también de buenos efectos en algunos pocos casos de los colegas tanto del ICSS como de clínicas particulares.

Desgarros cervicales y vagino-perineales.—Respecto de los desgarros cervicales, hacemos notar su ocurrencia tanto en partos espontáneos como en partos intervenidos y ocasionados por la expulsión rápida del feto antes de la dilatación completa, por aplicaciones de fórceps, de basiotribo y por dilataciones artificiales. A ello puede contribuir también un estado anatómico especial del cuello como fibrosis, edema o infección. Es conveniente después de efectuar las intervenciones arriba citadas, verificar la integridad del tractus genital, tanto manual como visualmente, ayudados de instrumental apropiado, como valvas y pinzas cervicales, para localizar y poder reparar en debida forma las lesiones acaecidas.

Los desgarros vagino-perineales estudiados aquí no se refieren a los de 1º, 2º y 3er. grados. Consideramos que es poca la frecuencia de éstos y pequeña su importancia, ya que la práctica de la episiotomía es observada por la mayoría de los obstetras, con lo cual ellos son evitados. Las lesiones consideradas aquí se refieren a los grandes destrozos de la vagina, que se extienden a veces hasta la fosa isquiorrectal, los fondos de saco y la base de los ligamentos anchos y que por su profundidad, extensión y hemorragia constituyen un serio accidente del parto. En su producción contribuyen factores maternos como estrechez y reducción vulvo-vaginal, infantilismo genital, esclerosis vaginal y colpitis agudas o crónicas. Son determinados por la expulsión brusca del polo fetal ya en el parto espontáneo o en el intervenido con Kristeller o con fórceps. Su aparición es inevitable cuando el obstetra precipita la expulsión del feto en una u otra forma antes de que la resistencia de los tejidos vagino-perineales haya sido vencida en forma natural y progresiva.

Es conveniente pues que el intervencionismo de este período del parto sea medido y prudente. En caso de estrechez vagino-perineal muy acentuada, se observará una conducta de expectativa, y, llegado el momento, se practicará episiotomía bilateral amplia. Son raros los casos de infantilismo genital en que se deba acudir a la vía alta debido al obstáculo presentado por las partes blandas.

Anestesia.—En las historias consultadas encontramos tan sólo un caso de síncope anestésico producido por el ciclopropano (Historia número 45). Por experiencia personal y por lo que hemos observado, nos parece que los accidentes por anestesia en los partos son más frecuentes sobre todo con el trilene. Sucede que el obstetra olvida la mayor parte de las veces dejar consignados estos percances anestésicos en la historia clínica. Personal-

mente somos muy poco adictos al trilene; con él hemos observado en la madre taquipneas, o bradipneas, arritmias y cianosis; shock, retención de la placenta y hemorragias del alumbramiento y del post-parto. Estos efectos pueden depender de la droga misma o ser debidos a una mala técnica de la administración como cuando es aplicada por aficionados, enfermeras o internos novatos, y no por anesthesiólogos. Esta droga debe ser aplicada bajo vigilancia médica estricta; no se debe usar en gestósicas, hepáticas ni cardiorrenales (3). La usamos forzados por las circunstancias, por no haber otra anestesia en el ICSS, generalmente. En caso de aplicarlo, lo hacemos en dosis medianas para el desprendimiento en partos espontáneos, complementado con anestesia local cuando hay necesidad de practicar episiotomía.

Rechazamos el trilene para intervenciones que necesitan anestesia profunda: dilataciones artificiales del cuello, curetaje, fórceps, basiotribo, versión interna, etc.

Debe tenerse en cuenta que el trilene se debe usar como analgesia y no como anestesia. Pérez, M. L., le anota como inconveniente el producir una marcada atonía uterina; reduce la contractilidad uterina en el 31% de las pacientes; de ahí la producción de hemorragias del alumbramiento y del post-parto, aunque él no las ha observado debido a la medicación ocitócica profiláctica aplicada tan pronto termina el parto (9). Ferreira le anota iguales inconvenientes, tanto que para prevenir las hemorragias del período placentario y del post-parto usa sistemáticamente una inyección de methergin intravenoso en el momento de la salida del hombro anterior del feto o inmediatamente después de su total expulsión (op. cit., loc. cit.). Recalcamos, finalmente, que la analgesia y la anestesia obstétricas deben estar encomendadas a manos expertas.

CONCLUSIONES

1ª Los accidentes maternos del parto se presentan con una frecuencia del 2,6%.

2ª Los principales accidentes están constituídos por hemorragias del alumbramiento y del post-parto (13,4‰); retención de los anexos ovulares (4,4‰); shock obstétrico (2,6‰); desgarros del cuello uterino, sobre todo en partos intervenidos (2,3‰); desgarros vagino-perineales profundos (1,5‰); shock y hemorragia combinados (1‰).

3ª Las pacientes en quienes más se presentaron accidentes fueron en las de primero, segundo y tercer parto. Aclaremos que

las pacientes de este tipo son las que en mayor número son atendidas en la Clínica Primero de Mayo.

4ª El accidente más frecuente en las primíparas, secundíparas y tercíparas, fue la hemorragia del alumbramiento y del post-alumbramiento. También en las primíparas fue notoria la frecuencia de los desgarros vagino-perineales profundos.

5ª En la producción de estos accidentes influyen, además de factores maternos, fallas técnicas en la conducción del parto y del alumbramiento.

6ª Los datos referentes a la relación entre el accidente del parto y ciertos aspectos del embarazo y del parto (gestosis, drogas aplicadas durante el trabajo) son apenas aproximados, debido a insuficiencia de las historias y a defectos del sistema estadístico.

7ª La mejor prevención de los accidentes del parto consiste en tratar de perturbar lo menos posible su fisiología natural.

8ª Parece que el ACTH sirve en el shock obstétrico. Conveniría un estudio más extenso sobre este punto.

9ª Deben ser más tenidos en cuenta los métodos de analgesia y anestesia obstétricas, y deben ser manejadas por manos expertas.

BIBLIOGRAFIA

1. Carvajal Barrera. Bioestadigrafía y análisis clínico comparado de 20.000 casos obstétricos. *Rev. Col. de Ob. y Gin.* Vol. V. 82, 1953.
2. Stoeckel. *Tratado de Obstetricia*. Ed. III, 1945, pág. 535.
3. Ferreira. Analgesia obstétrica con tricloroetileno. *Rev. española de obst. y Gin.* Tomo XII, número 68, páginas 101, 102, 103.
4. Murby, Roselle. The management of the third stage of Labor employing pitocin and methergine. *Am. J. Obst. Ginec.* Vol. 64, número 2, página 419, 1952.
5. Plata Rueda. *Conducta en la gestante Rh negativa*. Inédito. Primera Conv. Nal. de Obst. y Gin., 1953, Bogotá.
6. Collins, Smith, Burman. Sangre y vasos sanguíneos en Obs. y Gin. Citado por *Rev. Col. de Obs. y Gin.* Vol. V, 115, 1953.
7. Pérez Manuel Luis. *Tratado de Obstetricia*. Ed. V, Vol. 2, pág. 1005.
8. Moragues-Bernat. *Clínica obstétrica*. Ed. III, pág. 728.
9. Pérez M. L. Experiencia con el trilene en la práctica privada. *Obst. Ginec. Lat. Amer.* Vol. XI, números 1-2, pág. 33, 1953.