

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, C. A.

ALUMBRAMIENTO ARTIFICIAL
CON ERGONOVINA ENDOVENOSA

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas, por

JORGE VIDES MOLINA

Ex-interno por oposición del 2o. y 4o. Servicios de
Cirugía de Hombres; Casa de Salud de Hombres; 1a. Me-
dicina de Mujeres y 2a. Medicina y Cirugía de Mujeres

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Enero de 1946

CAPITULO I

ALUMBRAMIENTO FISIOLÓGICO

Definición:

El alumbramiento o tercer período del parto, es el que sigue inmediatamente a la expulsión del feto y comprende un conjunto de fenómenos, que tienen por objeto desprender, descender y expulsar las secundinas (placenta, membranas y cordón umbilical).

Cuando el partero ha sido únicamente espectador desde el principio al final del alumbramiento, se dice que éste ha sido **espontáneo**. Cuando actúa después de haberse desprendido las secundinas, haciendo una expresión simple o temprana, el alumbramiento se llama **natural**. Cuando interviene desde el principio, antes que el desprendimiento se haya iniciado, entonces se denomina **artificial**.

MECANISMO DEL ALUMBRAMIENTO

Desde este punto de vista, hay que considerarlo en tres tiempos.

Primer tiempo: Desprendimiento de la placenta.

Después de expulsado el niño, el útero gracias a su elasticidad, se retrae, aunque desigualmente, pues no lo hace en su parte placentaria, a este nivel la pared uterina es más delgada. La placenta también se retrae, para adaptarse al menor volumen del útero, pero esto no es suficiente para determinar el desprendimiento; es necesario que sobrevengan contracciones uterinas, las cuales acortan las fibras musculares, ocasionando una disminución generalizada de la superficie uterina, es entonces que la placenta se desprende. Hay al mismo tiempo, aflujo de sangre al sitio placentario, particularmente a nivel de los débiles vasos de la capa esponjosa, ocasionando roturas vasculares y extravasaciones sanguíneas que son el origen del hematoma retroplacentario. La primera solución de

continuidad en la inserción placentaria, deja escapar sangre que se colecta entre la placenta y el útero, las nuevas contracciones uterinas empujan esta sangre como cuñas líquidas, entre la placenta y la matriz, efectuándose el desprendimiento de manera suave y perfecta; pero este factor es menos importante y efectivo que la contracción uterina. El desprendimiento empieza en la mayoría de los casos por el centro placentario, ya que sus bordes están más firmemente adheridos.

El tiempo que tarda en desprenderse la placenta es variable, pero actualmente se sabe que ésta lo hace más rápido que como se creía antes; Calkins dice que por término medio, la placenta se separa, cinco minutos después de la expulsión del feto.

MODOS DE DESPRENDERSE LA PLACENTA:

1o.—Mecanismo de Baudelocque o de Schultze:

La placenta se desprende por su centro, se invierte de dentro a fuera como un paraguas y sale por su cara fetal, sirviéndole como guía el cordón, por último salen las membranas conteniendo el hematoma retroplacentario. No se vierte nada de sangre durante el desprendimiento, pues ésta se colecta en el interior de las membranas. Este mecanismo se observa cuando la placenta estaba insertada en el fondo uterino, lo cual sucede más frecuentemente, pues se observa en el 80 % de los casos.

2o.—Mecanismo de Duncan:

La placenta se desprende por su borde, su porción central lo hace en último término; sale deslizándose sobre su cara uterina, no hay hematoma retroplacentario y la sangre se derrama desde que se inicia el desprendimiento, viniendo las membranas por último. Este mecanismo es menos frecuente que el anterior, se verifica cuando la placenta estaba insertada cerca del orificio interno del cuello.

Séguno tiempo: Descenso de la placenta y desprendimiento de las membranas.

La placenta una vez desprendida, por su propio peso, tiende a pasar del segmento uterino superior al segmento inferior y a la vagina, contribuyen también para que esto se cumpla, las contracciones uterinas y el hematoma retroplacentario.

El desprendimiento de las membranas se opera gracias al peso placentario, el cual al descender, arranca y arrastra a

las que están cerca de él, mientras las más lejanas, necesitan de la retracción y contracción uterina. El amnios se pliega y desprende fácilmente, no así el corión que penetra entre las ondulaciones del músculo uterino y al desprenderse arrastra consigo porciones de la caduca verdadera y de la caduca basal o serotina.

Hay que tener especial cuidado en saber, cuando la placenta ha descendido y las membranas se han desprendido; a partir de este momento no hay ningún objeto en esperar más, para hacer salir las secundinas, si no pueden salir por sí solas.

SIGNOS DEL DESPRENDIMIENTO COMPLETO DE LA PLACENTA Y LAS MEMBRANAS

1.—El fondo uterino asciende, palpándose por encima del ombligo, luego desciende hasta ponerse debajo del mismo. Por encima del pubis se palpa un tumor blando, que es la placenta, la cual se encuentra en el segmento inferior y vagina.

2.—El cordón sale de la vulva unos ocho o doce centímetros más, poniéndose flácido.

3.—Se comprueba independencia entre el útero y las secundinas: los movimientos ejercidos sobre el útero, no se transmiten al cordón y viceversa, los aplicados al cordón no alcanzan al útero.

Una vez comprobada la existencia de estos signos, hay que obrar, si las secundinas no son expulsadas.

Tercer tiempo: Expulsión de las secundinas.

Al alcanzar la placenta el suelo perineal, la mujer siente deseos de pujar, los cuales al cumplirse efectivamente, gracias a la fuerte contracción de la cincha abdominal, expulsan la placenta y las membranas. Este tiempo tarda más en producirse en las primíparas que en las múltiparas.

Después de expulsada la placenta, el útero se palpa renitente, su fondo a diecisiete o diecinueve centímetros por encima del pubis. La pérdida sanguínea se ha suspendido, la madre se siente tranquila, el pulso rítmico y lento en comparación a la taquicardia observada durante el trabajo.

CLINICA DEL ALUMBRAMIENTO

Desde este punto de vista, el alumbramiento se divide también en tres períodos.

1o.—Período de reposo fisiológico:

Al ser expulsado el niño, la madre siente un gran alivio, deja de quejarse, pues no experimenta ningún dolor, la cara está tranquila, regular la respiración y el pulso lento. Al llevar la mano sobre el abdomen se palpa el útero blando, fácil de delimitar, su fondo a 16 o 18 centímetros por encima del pubis. El diámetro transversal mide 12 centímetros. La pérdida de sangre en este período es despreciable, únicamente se derrama por la vulva, líquido amniótico más o menos teñido de sangre. Este primer período dura de 10 a 30 minutos.

2o.—Período de contracciones dolorosas:

La calma y reposo de la madre duran poco, son interrumpidos por el dolor de la primera contracción uterina, ésta se manifiesta objetivamente por el cambio de consistencia del útero, el cual se pone duro; los dolores se repiten rítmicamente cada tres o cinco minutos, al mismo tiempo la cantidad de sangre y líquido amniótico aumentan. El fondo uterino asciende con cada contracción, hasta llegar a tres o seis centímetros por encima del ombligo, al mismo tiempo su diámetro transversal, se reduce a nueve centímetros.

3o.—Período de dolores expulsivos:

Los dolores se parecen a los de la expulsión fetal; la mujer siente deseos de pujar y gracias a la fuerza realizada por los músculos abdominales, logra expulsar las secundinas. En la mayoría de los casos estos dolores no son suficientes, para lograr la expulsión y los anexos quedan en la vagina por muchas horas, (hasta 36 horas), en este caso debe procederse a ejecutar maniobras externas, como es la expresión simple. En las multíparas estos dolores son más poderosos y efectivos que en las primíparas.

CONDUCTA QUE DEBE OBSERVARSE DURANTE EL ALUMBRAMIENTO

Las complicaciones y accidentes del tercer período causan más defunciones que las de los dos primeros períodos juntos, de ahí lo cuidadoso que debe ser el partero en este tiempo del parto. Un buen tratamiento asegura la prevención de la hemorragia, la expulsión total de las secundinas y la futura salud de la madre. La condición más importante que hay que observar durante el alumbramiento, es evitar toda hemorra-

gia; mientras menos sangre pierda la madre, mejor será el puerperio, la convalecencia será más rápida, habrá mayor resistencia a las infecciones, abundante secreción láctea, en resumen habrá mejor estado de salud. La cantidad de sangre perdida es variable, oscila entre 200 y 500 c.c., pero en general se considera que toda pérdida sanguínea que ocasiona trastornos apreciables es ya hemorragia.

Luego de ser expulsado el niño, el partero pone la mano sobre el abdomen para darse cuenta de las variaciones de volumen, forma y consistencia del útero y saber así, cuando se ha desprendido y descendido la placenta y las membranas; al mismo tiempo que el partero está a la expectativa, un ayudante o enfermera, colocará debajo de las caderas de la enferma un bacín, para recoger la sangre y las secundinas. Una vez comprobado por los signos arriba apuntados, el desprendimiento y descenso placentarios, no debe prolongarse innecesaria e imprudentemente este período; después de cerciorarse de que la vejiga está vacía, en caso contrario cateterizarla, que el útero está bien contraído y en la línea media, debe indicarse a la enferma que puje, si esto no es suficiente para lograr la expulsión, entonces se hará una expresión simple o temprana; ésta consiste en lo siguiente: se coloca la mano sobre el fondo uterino, el pulgar hacia delante y los otros dedos atrás, en seguida se empuja más o menos vigorosamente hacia abajo, en dirección de la excavación, actuando el útero únicamente como el émbolo de un pistón; placenta y membranas debe dejárselas que caigan al bacín, por su propio peso; cuando las membranas permanecen adheridas y no salen, puede recurrirse a la maniobra de Metzguer, que consiste en llevar la punta de los dedos sobre el pubis y empujar el segmento inferior hacia bajo, en seguida flexionando los dedos, empujar el cuerpo uterino hacia arriba, esta maniobra es suficiente en la mayoría de los casos. Cuando las membranas se rasgan, deben tomárselas por su porción proximal, con pinzas, para evitar que se contaminen con la región anal y perineal, luego hacer ligera tracción o torsión. Después de haber sido expulsadas las secundinas, debe llevarse la mano nuevamente al abdomen; para darse cuenta del grado de contracción y retracción uterina; en efecto, el empleo moderno de anestésicos, estupefacientes y analgésicos, desnaturalizan los fenómenos fisiológicos del alumbramiento, el útero después de esto, permanece flácido e inerte, no se contrae, el peligro de hemorragia por lo tanto, es inminente; afortunadamente para contrarrestar estos inconvenientes, la obstetricia moderna nos proporciona: además de

reglas que debemos observar durante el tercer período, substancias ocitólicas potentes, que aseguran buena contracción uterina y alejan el peligro de hemorragia. De Lee recomiendan, después de expulsadas las secundinas, hacer masaje enérgico sobre el útero y administrar a la enferma diez unidades de extracto pituitario y una tableta de ergonovina (0.2 de mg.), la cual se puede repetir 4 horas después.

Otras maniobras diferentes de las arriba apuntadas son innecesarias y peligrosas, como la maniobra de Crédé, que afortunadamente está casi abandonada, esas maniobras exponen a retención de cotiledones y membranas, llevando como consecuencias: hemorragias e infecciones.

EXAMEN DE LA PLACENTA Y LAS MEMBRANAS

Inmediatamente después de expulsadas las secundinas, debe procederse a su examen cuidadoso; esto debe hacerse cuando el partero está aún estéril, por si hay necesidad de proceder a su extracción manual.

Se quitarán los coágulos con una gasa mojada, se inspeccionará la cara materna de la placenta, empezando por su borde, dándose cuenta si está liso y regular, luego las partes centrales, tratando de ver si hay una superficie rugosa e irregular que indique la ausencia de cotiledones; luego la cara fetal, darse cuenta si existen quistes, si los vasos no están bruscamente interrumpidos al llegar al borde, lo cual indicará la existencia de placenta accesorio; notar también la variedad de inserción del cordón. Luego se pasa a la inspección de las membranas; colóquese para esto la placenta sobre un plano resistente, introdúzcase la mano por dentro de las membranas y levánteselas, de esta manera se dará cuenta el partero si están íntegras o rasgadas, o si falta parte de ellas. El amnios puede separarse muy bien del corión, por lo general, cuando han quedado membranas retenidas, es el corión o parte de él, lo que falta.

En caso de que hayan quedado retenidas membranas o parte de la placenta, ¿qué conducta observar? Si el partero se encuentra en un medio de asepsia dudosa y mientras no haya indicación formal de intervenir —hemorragia—, lo correcto es no operar, las membranas aunque hubieran sido retenidas totalmente, sufren degeneración grasienta y son expulsadas con los loquios. Si se cuenta con una asepsia rigurosa, será ventajoso vaciar el útero, de este modo se evitarán: hemo-

rragias del puerperio, loquios fétidos y rojos, metritis y parametritis, pólipos uterinos, convalecencia prolongada, esterilidad, etcétera.

EXPLORACION DE LOS TEJIDOS BUSCANDO LESIONES

Después del final del tercer período, el partero debe explorar con mucho cuidado el conducto del parto, con mayor razón si ha habido una extracción manual o instrumental; luego después de limpiar con una gasa aséptica, la sangre y los coágulos, si hay hemorragia, buscar lesiones en el cuello, la vagina, vulva y periné, para proceder inmediatamente a su reparación. En caso que no haya hemorragia, la mayoría de los autores recomiendan no explorar el cuello, si no se tiene una asepsia satisfactoria. Debe cateterizarse a la enferma si su vejiga está llena y hacer un tacto rectal para darse cuenta de la integridad de este órgano. Por último y antes de abandonar a la enferma, el partero limpiará los genitales externos y colocará una toalla estéril; palpará el útero, si está relajado o hay tendencia a la flacidez, administrará un ocitócico.

CAPITULO II

ALUMBRAMIENTO ARTIFICIAL CON ERGONOVINA ENDOVENOSA

King y Reich fueron los primeros en usar la Ergonovina en el segundo período del parto, para lograr el desprendimiento rápido de la placenta, después de ellos son muchos los Tocólogos que la usan actualmente, principalmente en los Hospitales de Chicago, donde dicha práctica se ha generalizado. King, después de experimentar este procedimiento en varios cientos de enfermas, concluye: «La acción de rapidez dramática en la separación completa de la placenta, la pequeña sangría y la firme contracción del útero en todos los casos restantes bajo mi observación, han hecho que la Ergonovina y su administración intravenosa sean mis favoritas como método seguro y eficaz de tratar el período placentario del trabajo del parto».

MATERIAL NECESARIO

- 1.—Jeringa estéril de 1 o 2 c.c., con aguja de bisel corto.
- 2.—Ligadura para comprimir el brazo.
- 3.—Bacín para recoger las secundinas y sangre.
- 4.—Copa de vidrio graduada para medir aproximadamente la sangre.
- 5.—Ampolla de 1 c.c. de «Ergotrate». (Lilly).
Cada ampolla contiene:

Ergotrate (Maleato de Ergonovina) . . .	0.0002 Gmo.
Lactato de Etilo	0.001 cc.
Acido Láctico	0.001 cc.
Agua destilada, c. s. para hacer	1. cc.

TECNICA

Al salir el hombro anterior en la presentación cefálica, se inyecta en la vena, 1cc. de la solución indicada, se sacan los hombros del niño, fuera de la vulva y se sostiene así de 20 a 30 segundos, pasados los cuales se deja salir la criatura; luego se espera que los signos de desprendimiento y descenso de las secundinas aparezcan, una vez presentes éstos, se le dice a la enferma que puje, si con esto no sale la placenta, entonces se procede a hacer una expresión temprana. Una vez afuera placenta y membranas, se liga el cordón, aunque esto puede hacerse cuando la placenta no ha salido. Lo importante es hacerlo cuando la placenta está desprendida. El Dr. Arturo Zecaña, recomienda ligar el cordón hasta que la placenta está afuera, en la técnica ideada por él, de alumbramiento con Neoginergeno intramural; actuando de este modo, el niño aprovecha la mayor cantidad de sangre posible. En seguida procédase al examen de la placenta y las membranas, por último mídase aproximadamente la sangre perdida, en la copa graduada.

En las presentaciones podálicas, debe hacerse la inyección cuando está casi completamente afuera la cabeza; en los partos gemelares, la inyección se hará al estar terminando de salir el segundo niño; en las cesáreas, cuando hayan salido los dos hombros del niño.

El objeto de sostener a la criatura, 15 a 30 segundos con los hombros afuera, es el siguiente: esperar que se desarrolle una fuerte contracción uterina y conservar mientras tanto al útero distendido; al empezar la contracción se saca al niño, el útero sufre una reducción brusca y extrema de su

superficie, la cual desprende la placenta y contrae las venas uterinas, antes que la hemorragia pueda producirse. Se extraen ambos hombros del niño, para evitar que la contracción uterina haga difícil su salida, pudiendo causar también si no se hace esto, aunque excepcionalmente, fracturas de la clavícula.

INDICACIONES

Este procedimiento que es un verdadero alumbramiento artificial, pues transforma desde su principio el tercer período; es muy ventajoso usarlo en los casos siguientes:

10.—Partos prolongados, en los cuales el útero ha estado mucho tiempo en trabajo y con tendencia a permanecer inerte después del parto.

20.—Partos en los cuales se han empleado anestésicos, hipnóticos o estupefacientes.

30.—Uteros muy distendidos por: feto gigante, hidramnios, embarazo gemelar.

40.—Partos que requieren: versiones, forceps o embriotomías.

CONTRAINDICACIONES

1.—Es preferible no recurrir a esta técnica si no se cuenta con un medio de asepsia franca, pues no podría hacerse una extracción manual en caso de incarceration placentaria. Por esto se recomienda reservar su uso, al medio hospitalario. El embarazo múltiple y las presentaciones podálicas no constituyen contraindicación.

VENTAJAS

Las ventajas del método superan a sus inconvenientes, éstas son:

1a.—La inyección endovenosa actúa rápidamente, en 30 a 90 segundos, determina una buena contracción uterina.

2a.—La Ergonovina no es tóxica, no se observa ninguna reacción molesta después de la inyección, ni inmediata ni tardía. No tiene ninguna acción sobre la presión arterial

ni sobre la diuresis. Actúa directamente sobre el útero sin intervención del simpático.

3a.—Reduce notablemente la pérdida de sangre y sus consecuencias inmediatas y tardías.

4a.—La cantidad de sangre que pasa al niño es mayor, pues la ligadura del cordón se hace cuando son evidentes los signos de desprendimiento placentario o cuando ya se encuentra afuera la placenta.

5a.—Se reduce considerablemente el tiempo en que se produce el alumbramiento. Esto permite reparar inmediatamente las lesiones que hubiera ocasionado el parto: rasgadura perineal, vaginal, cervical, episiotomía; con lo cual se ahorrará sangre a la enferma, se le dará menos anestesia. Mientras más pronto sea la reparación de las heridas, mejor pegarán y menos probabilidades de infección habrá.

6a.—El desprendimiento de la placenta y las membranas se hace más regularmente, placentas que de otro modo, habrían quedado retenidas, se desarraigan y deslizan más íntegramente; las membranas siguen a la placenta más ordenadamente y se retienen menos.

7a.—La involución uterina empieza antes, el órgano se comporta muy bien desde el principio, las primeras fases involutivas se realizan perfectamente. Después de pasado el efecto de la Ergonovina, el útero sigue contrayéndose rítmicamente, como cualquier otro.

8a.—Al quedar el niño con los hombros afuera, de 20 a 30 segundos, da oportunidad a que se le limpie la boca, garganta y fosas nasales, de las flemas que embadurnan estas regiones, evitando así que las absorba al hacer la primera inspiración.

DESVENTAJAS

Son menores y no tienen mayor importancia, salvo una.

1a.—Esta técnica necesita el empleo de un ayudante, que ponga la inyección y exprima el útero. La puesta de la inyección no puede llevarla a cabo el mismo partero, sin contaminarse.

2a.—Sucede a veces que las pacientes tienen venas difíciles de puncionar, ya sea que las venas son muy delgadas, que hay abundante tejido celular subcutáneo o edemas, que las paredes de ellas son demasiado frágiles, produciendo he-

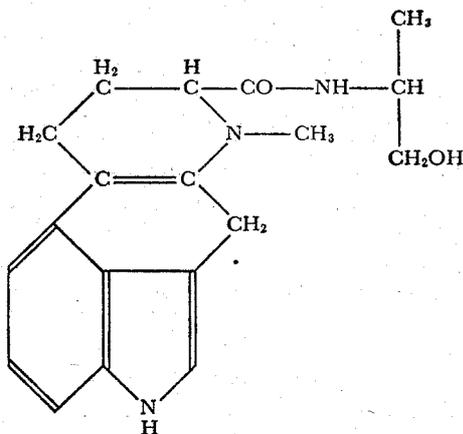
matomas perivasculares con facilidad. Las mujeres en colapso periférico, no tienen prácticamente venas.

3a.—Lo que evitó al principio que se usara este procedimiento, fué el temor a la incarceration placentaria. En efecto, si después de haberse desprendido la placenta, no se la extrae prontamente, puede suceder que el útero se contraiga sobre ella, principalmente el segmento inferior, no dejando salir las secundinas. Esta complicación necesita la extracción manual, que lleva consigo peligros graves, de infección sobre todo. Afortunadamente esta complicación es rara; King en 900 casos que trató con Ergonovina, tuvo que recurrir a extracción manual en sólo 3 de sus enfermas. En las 125 enfermas tratadas por mí en el Hospital General, no tuve que lamentar ningún caso de incarceration placentaria.

CAPITULO III

QUIMICA DE LA ERGONOVINA

La Ergonovina o Ergobasina, es uno de los alcaloides activos del Cornezuelo de Centeno. Es la hidroxí-isopropil-amida del ácido Lisérgico, su fórmula química es la siguiente:



Es una substancia incolora, inodora, cristalina, que se diferencia químicamente de los otros alcaloides del Cornezuelo de Centeno, por la ausencia de ácidos aminados y su consecuente carencia de eslabonamiento polipéptido. Es soluble en

2a.—Acción sobre hemorragias del post-partum.

Estas hemorragias empiezan repentinamente y alcanzan extrema gravedad en poco tiempo, por eso hay que actuar rápidamente. La Ergonovina administrada endovenosamente, controla estas hemorragias casi instantáneamente, llevando una contracción uterina suficiente y que dura varias horas. De ahí la necesidad imperiosa de que este producto se encuentre siempre en la caja de urgencia del partero.

3a.—Efectos en el puerperio.

La administración endovenosa y oral, después del alumbramiento y en los días siguientes, tiene las ventajas siguientes:

1o.—Aumentan la velocidad, extensión y regularidad de la involución uterina.

2o.—Disminuye la cantidad y el carácter sanguíneo de los loquios.

3o.—Disminuye la morbosidad puerperal, debida a infección uterina.

De ahí que se recurra a la Ergonovina por vía oral, en los puerperios patológicos.

CAPITULO IV

CASOS REGISTRADOS EN LAS SALAS DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL GENERAL

La técnica descrita la usé en 125 enfermas de los servicios de maternidad del Hospital General, distribuidas así:

Múltiparas	65
Primíparas	38
Presentaciones podálicas	3
Forceps	11
Cesáreas	6
Embriotomías	2
Total	125

El cuadro adjunto, muestra la cantidad de sangre perdida por las enfermas, el tiempo en que se produjo el alumbramiento, así como los promedios de grupos y promedios generales.

Clasifiqué a las enfermas del modo siguiente:

Según la cantidad de sangre perdida:

1er. grupo: Enfermas que perdieron poca sangre, con un promedio de 35cc.

2o. grupo: Enfermas que perdieron mediana cantidad de sangre, con un promedio de 75 cc.

3er. grupo: Enfermas que perdieron mucha sangre, con un promedio de 138 cc.

Según el tiempo en que se efectuó el alumbramiento:

1er. grupo: Alumbramiento muy rápido, con un promedio de 1' 12".

2o. grupo: Alumbramiento rápido con un promedio de 1' 45".

3er. grupo: Alumbramiento lento con un promedio de 4'.

SANGRE PERDIDA

No. de enfermas	CC. de sangre	% sobre 125 enfermas	Promedio por grupo	Promedio general
2	20	1.6%	cc.	93.2 cc.
3	30	2.4	35 cc.	
17	40	13.6		
36	50	28.8		
17	60	13.6	75 cc.	
17	70	13.6		
2	75	1.6		
6	80	4.8	138 cc.	
5	90	4.		
15	100	12.		
1	125	0.8		
1	135	0.8		
2	150	1.6		
1	180	0.8		
125	100%			

TIEMPO DEL ALUMBRAMIENTO

No. de enfermas	Tiempo	% sobre 125 enfermas	Promedio por grupo	Promedio general	
7	1'	5.6%	1' 12"	2' 15"	
5	1' 10"	4.			
8	1' 15"	6.4			
2	1' 25"	1.6	1' 35"		
31	1' 30"	24.8			
2	1' 40"	1.6			
45	2'	36.	2' 21"		
3	2' 15"	2.4			
7	2' 30"	5.6			
1	2' 40"	0.8	4'		
9	3'	7.2			
3	4'	2.4			
2	5'	1.6			
125		100.0%			

Promedios más frecuentes:

Sangre: 64 cc.

Tiempo: 1' 45".

CONCLUSIONES

- I.—Técnica fácil, no necesita para su ejecución, más que el material necesario para poner una inyección endovenosa.
- II.—Reduce considerablemente el tiempo del alumbramiento y hace disminuir la frecuencia de complicaciones: hemorragia e infección.
- III.—La sangre perdida por la madre es mínima, mientras la aprovechada por el niño es máxima.
- IV.—Su uso debe reservarse, pero generalizarse en el medio hospitalario.
- V.—El promedio de sangre perdida en el total de enfermas fué de 93 cc.
- VI.—El alumbramiento se efectuó en un promedio de tiempo de 2' 15".
- VII.—El alumbramiento fué espontáneo en el 25.6 %.
- VIII.—Hubo necesidad de expresión simple en el 74.4 %.
- IX.—Hubo retención parcial de membranas, pero sin complicación en 2 casos, es decir en el 1.6 %.

Jorge Vides.

Imprimase:

CARLOS MAURICIO GUZMAN.

BIBLIOGRAFIA

- Clínica Obstétrica Jaime Moragues Bernat.
Obstetricia Fabre.
Obstetricia Metzguer.
Obstetricia De Lee - Greenhill.
Anuario de Obstetricia y Ginecología Greenhill.
Documentación terapéutica. Lilly.

PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva	Utero.
Anatomía Topográfica	Región Hipogástrica.
Anatomía Patológica	Infarto.
Bacteriología	Bacilo de Eberth.
Botánica Médica	Cornezuelo de Centeno.
Clínica Quirúrgica	Anestesia epidural.
Clínica Médica	Exploración funcional del riñón.
Física Médica	Espirometría.
Fisiología	Digestión pancreática.
Higiene	Higiene prenatal.
Histología	Mucosa Uterina.
Medicina Legal y Toxicología	Intoxicación por belladona.
Obstetricia	Placenta acreta.
Parasitología Médica	Leishmania Brasilensis.
Patología General	Edemas.
Patología Médica	Nefritis aguda difusa.
Patología Quirúrgica	Colecistitis calculosa.
Patología Tropical	Leishmaniosis Forestal Americana.
Pediatría	Síndrome Policarenciado.
Psiquiatría	Parafrenia.
Técnica Operatoria	Cesárea baja.
Química Biológica Médica ...	Polipéptidos.
Química Médica Inorgánica ..	Arsénico.
Química Médica Orgánica ...	Glucosa.
Terapéutica	Opiáceos.