

PRESENTACIÓN DE CASO

Trauma genital en parto domiciliario complicado asistido por personal no experto Genital trauma during a complicated domiciliary childbirth assisted by a non-expert midwife

Dra. Ada Arleny Pérez Mayo*, Dra. Iliana María Martín Llaudi**

*Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Auxiliar. **Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencia. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Auxiliar. Hospital Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas". Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Ada Arleny Pérez Mayo, correo electrónico: apmayo@ltu.sld.cu.

Recibido: 29 de junio de 2015

Aprobado: 27 de agosto de 2015

RESUMEN

Se presenta el caso de una puerpera de 20 años de edad, asistida en el Hospital Nacional San Pedro Necta del Departamento de Huehuetenango – Guatemala, por sangrado vaginal persistente y desgarró genital. Fue interpretado el cuadro clínico como trauma genital por parto domiciliario asistido por comadrona. Ante la ausencia de ecografía abdominal y la presencia de signos de hipovolemia se efectuó revisión ginecológica en sala de operaciones, teniendo apoyo circulatorio con soluciones cristaloides intravenosas. Se realizó una cuidadosa preparación preoperatoria que incluyó la antisepsia local con yodo povidona y peróxido de hidrogeno y la administración de ceftriaxona, como antibiótico profiláctico de la infección. La intervención quirúrgica consistió en reparar con material de sutura absorbible los desgarró del cérvix y de las lesiones traumáticas por manipulación inadecuada a nivel de los genitales externos. No se reportaron complicaciones y la paciente evolucionó satisfactoriamente, reportándose una estadía hospitalaria de cinco días.

Palabras clave: TRAUMA GENITAL; PARTO EXTRAHOSPITALARIO.

Descriptores: HERIDAS Y TRAUMATISMOS; GENITALES FEMENINOS; PARTO DOMICILIARIO.

SUMMARY

The study presents the case of a 20-year-old puerpera seen at San Pedro Necta National Hospital of the Department of Huehuetenango, Guatemala, due to a persisting vaginal bleeding and genital tear. The clinical picture was determined as a genital trauma by domiciliary childbirth assisted by a midwife. As there was no abdominal echography and there were signs of hypovolemia, a gynecological checkup was performed at the operating room, having circulatory support with intravenous crystalloid solutions. A careful preoperative preparation was carried out which included local antiseptic with tincture of iodine and hydrogen peroxide, as well as the administration of ceftriaxone as a prophylactic antibiotic for the infection. The surgical intervention consisted in repairing the cervical tears, as well as the traumatic lesions caused by an inadequate manipulation of the external genitals, with absorbable suture material. No complications were reported and the patient progressed satisfactorily, with a 5-day hospital stay.

Key words: GENITAL TRAUMA, DOMICILIARY CHILDBIRTH.

Descriptors: WOUNDS AND INJURIES; GENITALIA, FEMALE; HOME CHILDBIRTH.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones genitales superiores se asocian principalmente a la ruptura uterina, la dehiscencia de suturas por procedimiento cesáreo anterior,

miomectomía o lesiones vasculares. Las lesiones genitales inferiores más frecuentes incluyen laceraciones cervicales del canal de parto, la vulva, el periné y suelen asociarse con grandes hematomas. (1)

Citar como: Pérez Mayo A, Martín Llaudi I. Trauma genital en parto domiciliario complicado asistido por personal no experto. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015; 40(10). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/341>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

Existen factores de riesgo como el parto instrumentado, la mala presentación fetal, la macrosomía, la distocia de hombros, un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa y los nacimientos domiciliarios asistidos por personal no experto. (2)

Acerca de las maniobras relacionadas con el manejo de la cabeza fetal durante el parto y la manipulación del feto al nacer, así como la protección del periné, todavía no existe un consenso único, aunque se ha demostrado que el trauma genital originado en el parto puede causar problemas a corto y largo plazo, además de estar directamente relacionado según su extensión y complejidad con el grado de morbilidad postparto. (1, 2)

Su diagnóstico se establece mediante el examen clínico. La ecografía es útil para buscar líquido libre en cavidad por traumatismo, o si el estado de la paciente empeora más de lo esperado en relación con las pérdidas hemáticas estimadas. (1-3)

Han sido reportadas complicaciones que requieren procedimientos desde la aplicación de suturas en los desgarros, hasta la intervención quirúrgica compleja. La hemorragia postparto es considerada la principal causa de muerte materna a nivel mundial, por lo que deben vigilarse los signos de hipovolemia que se asocian al cuadro clínico. (4)

La disminución de las lesiones representa beneficios, porque posibilita la rápida recuperación del parto, permite disminuir los índices de mortalidad materna, contribuye a la reducción de los gastos hospitalarios en concepto de material de sutura, fármacos y decrecen las consultas de seguimiento por los efectos que a largo plazo ocasionan las lesiones genitales traumáticas. (1-4)

Con el objetivo de ilustrar la experiencia en la asistencia al trauma genital postparto durante el periodo de colaboración médica en Guatemala y el beneficio que reportó la aplicación de compresas tibias para disminuir el edema genital, se presenta el caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente PVM de 20 años de edad, sexo femenino, procedente de Santiago Chimaltenango, departamento de Huehuetenango, Guatemala; con antecedentes de salud sin historia obstétrica anterior. Consulta por sangramiento vaginal persistente después de parto a término. Presentó debilidad y mareo. Fue interpretado el cuadro clínico como trauma genital del parto asistido en su domicilio por comadrona, a quien no pudo constatarle el nivel de capacitación.

En el examen físico se encontró: mucosas pálidas, piel fría, taquicardia de 110 latidos/ minuto, cifras de T/A de 70/40 mm Hg y sangrado genital persistente. Los exámenes complementarios mostraron Hto: 0,25 %. No se realizó estudio ecográfico por la

imposibilidad de acceso de la paciente al medio diagnóstico.

Se trasladó al salón de operaciones. Se aplicaron las medidas de hidratación intravenosa con soluciones cristaloides de CLNA al 0,9 %, de única disponibilidad para administrar en ese momento; anestesia oro-traqueal, aporte de oxígeno y transfusión sanguínea con glóbulos.

En posición ginecológica la exploración mostró: hematoma gigante hacia la proyección vaginal, desgarró a nivel de la vulva y labios mayores, restos del parto y edema difuso de aspecto trasudado (**imagen 1**). Al colocar el espéculo, pudo constatarse desgarró del cérvix.

IMAGEN 1. Trauma genital



Se aplicó lavado amplio de arrastre con solución de peróxido de hidrogeno, yodo povidona y se aplicaron compresas tibias, que contribuyeron a disminuir el edema local. Se repararon las lesiones traumáticas por manipulación al asistir el parto y se reconstruyó la anatomía genital con material de sutura absorbible de catgut crómico 2/0 (**imagen 2**). No se reportaron complicaciones inmediatas.

La estadía hospitalaria reportada fue de cuatro días y la paciente evolucionó favorablemente.

IMAGEN 2. Reparación genital y conservación de la anatomía



DISCUSIÓN

El trauma genital es la causa más frecuente de sangrado persistente, a pesar de un útero bien contraído. Las principales razones que explican la elevada incidencia de este trauma durante el parto son: la falta de acceso al personal capacitado y la práctica inadecuada o limitada del manejo del alumbramiento. (1, 2, 5) Cuando la paciente es asistida en los servicios de salud, la demora en determinar los signos de alarma de la hipovolemia y la insuficiente reposición de volumen constituyen causas directas de muerte materna. (3) El caso que se reporta presentó parto extra hospitalario por "razones culturales", fue asistido por comadrona, pero resultó imposible constatar el nivel de capacitación recibida.

La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina. La severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa, hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio. (1-3)

La sintomatología predominante es el sangrado vaginal mantenido, el dolor y los signos de hipovolemia: debilidad, piel fría, mucosas pálidas, hipotensión arterial y taquicardia. Varios autores consideran inestabilidad hemodinámica con los valores de tensión arterial por debajo de 100/60 mm Hg, frecuencia cardíaca de más de 100 latidos/minuto y ritmo diurético menor de 1 ml/kg/h. (4, 5) Este cuadro clínico es coincidente con el motivo de consulta de la paciente y constituye urgencia, que pone en peligro la vida.

Del total de las muertes maternas el sangrado postparto constituye el 35 %. La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por pérdida sanguínea. Alrededor de 14 millones de mujeres sufren una pérdida de sangre severa después del parto, el 12 % adicional sobrevive con anemia severa y el 1 % de éstas muere. (3-5)

El diagnóstico se establece por el examen físico. Los estudios ecográficos para algunas pacientes permiten identificar líquido libre en cavidad, si el parto fue traumático o si el estado clínico empeora más de lo esperado en las pérdidas hemáticas. (1-4) La

paciente no tuvo acceso a la ecografía por carencia de la tecnología al momento de su recepción hospitalaria.

El diagnóstico diferencial se plantea con las lesiones causadas por el abuso sexual, la presencia de cuerpos extraños vaginales, los empalamientos con repercusión penetrante genital y la circuncisión femenina por razones culturales; aunque la consistencia uterina y su proyección al realizar el examen físico abdominal y ginecológico, así como la presencia de los restos del parto, orientan el diagnóstico. (6)

La indicación terapéutica consiste en la exploración y el restablecimiento de la pérdida de continuidad estructural. (1-6) Los traumatismos cervicales se tratan en el quirófano bajo anestesia general, en búsqueda de desgarros del cérvix o en el fondo de saco. Respecto a los traumatismos del canal del parto, que se manifiesta con hemorragia persistente, pero menor a la reportada en la atonía, la retención de tejidos y su reparación, debe tratarse al constatarse el desgarro. En los traumatismos vaginales o perineales, y según sus grados de lesión, pueden resolverse en sala de partos, considerando la formación de hematomas que requieren exploración, drenaje y ligadura del vaso sangrante con puntos hemostáticos. De modo general, se utiliza para la reparación estructural sutura de catgut cromado 2/0. También puede emplearse empaquetamiento sobre la sutura para alcanzar la hemostasia. (4, 5, 7) En el procedimiento quirúrgico fueron retirados los restos del parto y se efectuó reparación satisfactoria de los desgarros del cérvix y de las laceraciones a nivel de la vulva, los labios mayores y el periné. La uretra conservo su anatomía.

La aplicación de compresas tibias en los genitales externos, extensivo al periné, ha reportado beneficios. El calor contribuye a la vasodilatación periférica y disminuye la isquemia, lo que contrarresta la inflamación y mejora la relajación del tono muscular. El tiempo promedio de aplicación reportado por diferentes autores es de 15 minutos. (8, 9) La aplicación de calor local tiene efecto analgésico, simultáneo con la aplicación de supositorios rectales, que mejoran a corto plazo este tipo de lesiones en el área entre la vagina y el ano. (10)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Álvarez P, Águila S, Acosta M. Sangramiento en Obstetricia. En: Rigol Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2007.
2. Guzmán R, Peter D. Parto vía vaginal y trauma del piso pélvico. Contacto Científico [revista en internet]. 2012 [citado 14 de septiembre 2015]; 2(4). Disponible en: <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/download/55/55>.
3. Asturizaga P, Toledo J. Hemorragia Obstétrica. Revista Médica La Paz [revista en internet]. 2014 [citado 14 de septiembre 2015]; 20(2): 57-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000200009&script=sci_arttext.

4. Nápoles M. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el peri-parto. MEDISAN [revista en internet]. 2012 [citado 14 de septiembre 2015]; 16(7): 1114-1136. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_7_12/san13712.htm.
5. Guías de práctica clínica del SNS: Atención al parto normal en Galicia. (Avalia-t), 2010; 124-129.
6. Muñoz Hidalgo KI. Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes a realizarse en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel desde septiembre 2012 a febrero del 2013. [tesis doctoral]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia; 2013: 11-15. Disponible en: <http://repositorio.uq.edu.ec/handle/redug/1784>.
7. Asheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinart L. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews [revista en internet]. 2011 [citado 14 de septiembre 2015]; 12(6). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161407>.
8. López M, Sánchez A, Shahrour R. Eficacia de la aplicación de compresas tibias en el periné para evitar el trauma durante el parto. Monográficos de Investigación en Salud [revista en internet]. 2013 [citado 14 de septiembre 2015]; 7(19). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/161d.php>.
9. Arantxa Merino A, Burgueño Antón A. ¿Reduce el trauma del tracto genital la manipulación del periné mediante compresas templadas durante la segunda fase del parto. Revista de enfermería basada en la evidencia [revista en internet]. 2010 [citado 14 de septiembre 2015]; 7(31): 16. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4670151>.
10. Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Analgesia rectal para el dolor causado por el trauma perineal después del parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008; No 4: 79-84. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional, los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.