



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Complicaciones del parto natural no hospitalario en área rural de Gambo, Etiopía



E. Martínez Gómez^{a,*}, A. Cano Cuetos^a, M.Á. Vilar Rodríguez^b y S. Balcha^c

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^b Anestesia y Reanimación, Unidad del Dolor, Complejo Hospitalario de Orense, Orense, España

^c Medicina Interna, Hospital de Gambo, Gambo, Etiopía

Recibido el 25 de febrero de 2013; aceptado el 31 de julio de 2013

Disponible en Internet el 19 de diciembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Inversión uterina;
Rotura uterina;
Histerectomía
obstétrica

Resumen Hemos realizado una cooperación internacional con el Hospital de Gambo (Etiopía), en el área de ginecología y obstetricia. Ha consistido básicamente en la práctica de cirugía programada, seguimiento de pacientes hospitalizadas, consulta externa, ecografía y, sobre todo, atención de la urgencia obstétrica. Exponemos a continuación nuestra experiencia sobre la complejidad de los casos obstétricos asistidos en los cuales fue preciso realizar una histerectomía obstétrica.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Uterine inversion;
Uterine rupture;
Obstetrical
hysterectomy

Complications of natural childbirth in the non-hospital setting in a rural area of Gambo, Ethiopia

Abstract International cooperation was established with the Gambo Hospital, in the specialty of obstetrics and gynecology, basically consisting of elective surgery, follow-up of hospitalized patients, outpatient consultations, sonography, and-in particular- obstetric emergencies. We describe our experience of the complexity of obstetric emergencies that required hysterectomy.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El Hospital General Rural de Gambo está situado en la provincia de West Arsi, a 245 km al sudeste de Addis Abeba, capital de Etiopía, uno de los países más pobres del mundo.

Situado a 2.200 metros sobre el nivel del mar, fue fundado en 1922 por los frailes capuchinos y en 1975 pasó al cuidado de los misioneros de la Consolata.

En la provincia de West Arsi, que pertenece a la región de la Oromia, habitan cerca de 1,8 millones de personas, de las tribus oromo y kambata, que se dedican, principalmente, a la agricultura y a la madera, como forma de subsistencia. El lugar donde está enclavado el centro hospitalario se caracteriza por su aislamiento, en la zona rural. Casi

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emartinezgo@sego.es (E. Martínez Gómez).

20 km de pista, que en época de lluvias puede convertirse en un camino impracticable, la separan de la ciudad más cercana (Arsi Negele). El hospital más cercano se encuentra a 40 km, en Shashemane, y a distancias similares se hallan los centros de salud más próximos. Los pacientes se trasladan desde sus domicilios a pie, en carros tirados por burros, excepcionalmente por caballos, y en autobús.

El hospital de Gambo, con 135 camas, atiende a cerca de 100.000 personas, de 13 pueblos de los distritos de Arsi y Kore. Un número que puede multiplicarse por 10, debido a las carencias del sistema sanitario etíope. Dispone de los servicios de medicina interna, tuberculosis, lepra, cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría, consultas externas, radiología-ecografía, farmacia, laboratorios y biblioteca. La misión dispone de alojamiento para voluntarios y visitantes. Los idiomas hablados en la misión son el oromo, el inglés, el italiano y el español. El hospital dispone de traductores inglés-oromo¹.

Recientemente hemos realizado una cooperación internacional con dicho centro, en el área de ginecología y obstetricia. Ha consistido básicamente en la práctica de cirugía programada, seguimiento de pacientes hospitalizadas, consulta externa, ecografía y, sobre todo, atención de la urgencia obstétrica.

Exponemos a continuación nuestra experiencia sobre la complejidad de los casos obstétricos asistidos. Entre ellos, transcurrieron menos de 48 h.

Casos clínicos

Caso n.º 1

Presentamos a una paciente de 23 años, primigesta sin antecedentes de interés, que acude al centro hospitalario tras parto en domicilio. Refería parto eutócico de varón de 3.000 g sano y con (dudoso) alumbramiento espontáneo. Llega al hospital a las 18h del parto, por dolor y sangrado vaginal.

En la exploración encontramos una tumoración que ocupa vagina y sangrado como regla abundante. Se realiza determinación de grupo (A+) y de cifras de plaquetas (156.000) y Hb (4,7g/dl). Se solicitó transfusión, pero la misma se demoró hasta encontrar donantes compatibles y con serología negativa, dado que dicho hospital rural no dispone de banco de sangre. Ante la sospecha de inversión uterina, se intentó reducir mediante sedación en quirófano, sin éxito. La paciente presentó al salir de quirófano Hb = 3,4 g/dl, y permaneció consciente. Tras conseguir transfusión de 3 concentrados de sangre global (aproximadamente 600 cc) se realizó en las siguientes horas una nueva exploración en quirófano bajo anestesia general con técnicas de ahorro de sangre (durante la misma se perfundieron sueros calientes y ácido tranexámico). La anestesia transcurrió con normalidad, objetivándose una ligera hipotensión durante la cirugía. Se realizó laparotomía media, visualizándose cavidad abdominal con pus y material de fibrina, y ausencia de útero en pelvis. Simultáneamente se realizó abordaje vaginal y se procedió a reducir la inversión uterina mediante maniobras de tracción con pinza de pozzi a nivel abdominal con visualización directa tras reconducir el útero desde la vagina a su posición natural en la pelvis. Ante la

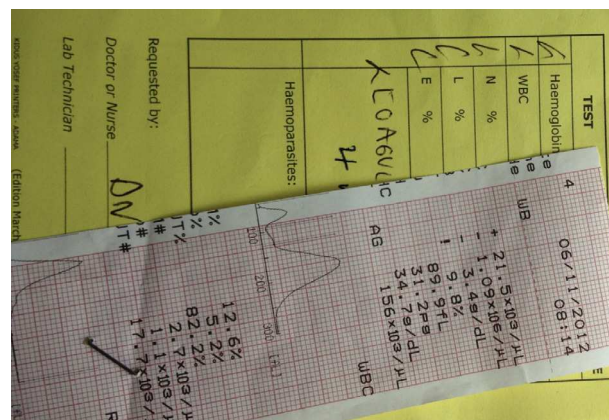


Figura 1 Cifras de hemoglobina.

imposibilidad de conservar el útero (por aspecto y consistencia de infección y material muy necrótico), se procedió a realizar histerectomía abdominal, conservando anejos, sin incidencias, con lavado abundante de cavidad abdominal, con cobertura antibiótica con amoxi-clavulánico, gentamicina y metronidazol.

Se transfundieron 2 concentrados, uno en quirófano y otro en postoperatorio. La paciente evolucionó satisfactoriamente en los siguientes días. La paciente y su familia entendieron la necesidad de la intervención (por su cultura, la realización de una histerectomía es un auténtico «drama» que invalida a la mujer y, en muchos casos, es causa de que sea apartada y abandonada por su pareja) (figs. 1 y 2).



Figura 2 Hoja de transfusión.



Figura 3 Útero roto-histerectomía.

Caso n.º 2

Nos encontramos a una paciente de 26 años, sin cirugías previas, septigesta, con partos previos domiciliarios normales, que acudió al hospital por dolor y disminución del pujo en periodo de expulsivo. En la exploración se palpaba feto en cefálica en I-II plano de Hodge y dolor en flanco derecho. Tras sondaje vesical, presentaba franca hematuria. Al realizar ecografía se objetivó feto muerto y sonda vesical intracavitaria. Ante la sospecha de rotura uterina vs. desprendimiento de placenta, se indicó cesárea.

Los hallazgos fueron: útero roto, a nivel de la casi totalidad del istmo-segmento inferior y fondo, incluyendo rotura de vejiga, con leve hemoperitoneo y feto muerto. Tras su extracción se observó un desprendimiento parcial de placenta, en torno al 30% y, ante la rotura uterina, se procedió a realizar histerectomía abdominal, conservando anejos tras reparación de la vejiga mediante sutura continua en 2 capas.

En el postoperatorio inmediato la paciente presentó hematuria y Hb=5,5 g/dl. Se solicitó transfusión. Se pudo conseguir tan solo un donante compatible y se procedió a administrar un concentrado de sangre total. Tras hidratación abundante, la hematuria cesó y evolucionó postoperatoriamente de modo satisfactorio, manteniendo el sondaje (orina abundante y clara durante 2 semanas) con profilaxis antibiótica en el puerperio inmediato (fig. 3).

Discusión

La inversión uterina y la rotura uterina (en útero sin cicatrices previas ni tratamiento oxitócico) son entidades poco frecuentes^{2,3}.

Ambas entidades son dolencias obstétricas graves en cualquier centro hospitalario del considerado primer mundo, cuanto más en aquellas circunstancias en las que la existencia y posibilidad de transfundir hemoderivados dependen de la voluntad de la familia de la paciente y de la compatibilidad de grupo y Rh (de algo que, cuando uno ejerce en el primer mundo, parece tan básico e imprescindible como es tener cerca un banco de sangre).

La inversión puerperal del útero es una situación muy poco frecuente^{4,5}. Debe considerarse ante estados de shock y, en todo caso, de hemorragia. Se clasifican según grado y tiempo de evolución. En las formas completas, el fondo uterino queda por debajo del orificio cervical interno, pudiendo llegar al prolapso. En relación con el tiempo se considera: aguda desde contracción del anillo cervical, subaguda (menos de 4 semanas) y crónica (más de 4 semanas). Como factores predisponentes se describen mayores casos en primíparas (50-70%) como era nuestro caso (se suelen asociar con tendencia a recidivar), la inserción fúndica de la placenta, cierto componente de acretismo, atonías, debilidad congénita del músculo uterino, tumores uterinos, empleo excesivo de oxitócicos en alumbramiento o la extracción manual, todos ellos son los descritos en la bibliografía. En algunos casos^{5,6} está asociada la extracción manual a manipulación uterina, como pensamos que fue el caso de la primera paciente, al objetivar infección intraabdominal durante la realización de la laparotomía. El tratamiento inicial debe ser la reposición o intentar reducir la inversión por vía vaginal, denominada por algunos manobra de Huntington, bajo anestesia general. El siguiente escalón sería utilizar la vía abdominal mediante laparotomía. Aquí algunos autores recomiendan asociar técnicas de suturas intraútero como la de Hayman para evitar la recidiva de la inversión y, en los casos en que por sangrado o acretismo u otras causas no sea posible, la opción de la histerectomía, como fue nuestro caso, debe plantearse. La mortalidad materna es elevada sobre todo en aquellos casos asociados a hemorragia. La demora de la cirugía puede tener consecuencias fatales^{7,8}.

La rotura uterina es otra grave complicación obstétrica con elevada mortalidad materna y fetal. Su frecuencia varía en función del tipo o asistencia obstétrica y centro hospitalario o rural. Los factores predisponentes son: fetos macrosómicos, gemelares, parto prolongado, parto en grandes múltiparas y malformaciones uterinas. La rotura puede ser espontánea, suele presentar hiperdistensión sostenida en un segmento inferior que termina sobrepasando los límites de la distensibilidad. Pueden ser roturas traumáticas (versiones, extracciones en podálica, Kristeller, desprendimientos). Roturas por oxitócicos y por alteraciones de la pared del útero (tras cicatrices previas)^{3,9,10}.

Nuestra paciente era una gran múltipara, refería antecedentes de 6 partos normales en domicilio, en un periodo inferior a 9 años. Presentó trabajo de parto espontáneo sin oxitócicos.

La clínica de la rotura consumada suele ser dolor intenso, shock, hemorragia, interrupción de actividad contráctil, percepción de partes fetales y ausencia en algunos casos de movimientos fetales. En nuestro caso, la paciente consultó por no evolución del parto, cese de la sensación de pujo y comienzo de dolor brusco, estuvo consciente en todo momento y el sangrado era escaso. Al realizar la cesárea, se

objetivó feto muerto (ya conocido por la realización de ecografía anteparto) y la existencia de desprendimiento del 30% de la placenta. El segmento inferior estaba prácticamente desinsertado a nivel de istmo. Se intentará evitar aquellas situaciones o circunstancias que favorezcan la rotura uterina. Ante la sospecha de la misma, realizaremos una laparotomía suturando el desgarro o dehiscencia siempre que sea posible. En aquellos casos donde la cirugía no permite conservar el útero realizaremos (como tuvimos que hacer) una histerectomía abdominal preservando anejos, todo ello asociado a la transfusión de hemoderivados y a cobertura antibiótica.

La decisión de realizar una histerectomía en el campo de la obstetricia es siempre muy compleja por la esterilidad que conlleva, aunque la decisión no es cuestionable cuando lo que se preserva es la vida de la paciente. En el área rural con escaso nivel cultural, estas decisiones son todavía, si cabe, más complejas y se tienden a retrasar lo más posible, conduciendo en algunos casos, por la ausencia de decisiones rápidas, a la muerte de la paciente. La familia no entiende culturalmente que no se pueda solucionar de otra forma. Mutila a la mujer, sobre todo desde el punto de vista psicológico, porque además de tener que enfrentar ella misma esta situación, muchas veces es rechazada por su entorno familiar.

Realizar medicina en un mundo o área rural, muy diferente al que estamos acostumbrados, aunque tenga unas condiciones dignas, es complicado, pero muy gratificante desde el punto de vista personal. La satisfactoria evolución de las pacientes permitió que volviéramos con ganas de contar nuestra experiencia y de cotejar con la bibliografía la manera de enfrentar dichos casos, poco frecuentes en nuestro primer mundo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. www.manosunidas.org/sites/default/files/etiopia
2. Balasch J, del Sol JR. Hemorragias del alumbramiento y del posparto. Coagulopatías obstétricas. En: González Merlo J, del Sol JR, editores. Obstetricia. 1992. p. 595-607.
3. Lejarcegui J. Traumatismos del canal de parto. En: González Merlo J, del Sol JR, editores. Obstetricia. 1992. p. 586-94.
4. Tosal B, Pastor R. Inversión uterina puerperal. Análisis de un caso y revisión de la literatura médica. Clin Invest Ginecol Obstet. 2007;34:31-4.
5. López González AB, Garrido Moya N, Losa Pajares E, González de Merlo G. Inversión uterina total: reposición mediante expresión manual del cuerpo uterino por vía laparotómica. Prog Obstet Ginecol. 2012;55:449-52.
6. Adesiyun AG. Septic postpartum uterine inversion. Singapore Med J. 2007;48:943-5.
7. Chandra JA, Zahra F, Qureshi S. Conservative management of subacute puerperal inversion of uterus. Trop Doct. 2009;39:57-8.
8. Mondal PC, Ghosh D, Santra D, Majhi AK, Mondai A, Dasgupta S. Role of Hayman technique and its modification in recurrent puerperal uterine inversion. J Obstet Gynaecol Res. 2012;38:438-41.
9. Png KS, Chong YL, Ng CK. Two cases of intraperitoneal bladder rupture following vaginal delivery. Singapore Med J. 2008;49:327-9.
10. Musa J, Misauno MA. Uterine rupture in a primigravida presenting as an acute abdomen post delivery: A case report. Niger J Med. 2007;16:274-6.