



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**HEMORRAGIA POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS
ASOCIADAS A INVERSIÓN UTERINA EN UN HOSPITAL DE II**

NIVEL , 2017

PRESENTADO POR:

LUZ MERY SIFUENTES AGUILAR

ASESORA:

DRA. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2022

ÍNDICE

PÁGINA DE JURADO.....	i
ÍNDICE	ii
RESUMEN.....	iii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2. Justificación.....	2
1.3. Marco Teórico	2
1.3.1 Antecedentes	4
1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad o evento.....	6
CAPÍTULO II	16
CASO CLÍNICO	16
2.1.- Objetivo:.....	16
2.1.1. Objetivo General.....	16
2.1.2. Objetivos Específicos	16
2.2. Sucesos relevantes del caso clínico	17
2.3. Discusión	23
2.4. Conclusiones	24
2.5. Recomendaciones	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXO.....	30

RESUMEN

La hemorragia postparto es muy frecuente y causa muchas muertes, y si a ello se suma una inversión uterina la posibilidad de éxito disminuye más y el riesgo se incrementa de manera exponencial.

El caso clínico hace una descripción de una paciente que en la tercera fase del proceso del parto sufre una inversión uterina, caso que no tiene mucha frecuencia de ocurrir y que se diagnostica en el puerperio inmediato.

La paciente acudió al hospital en búsqueda de atención, y durante el puerperio se diagnosticó inversión uterina de grado III, inicialmente se realizan intervenciones de acuerdo al manual de atención obstétrica sin tener éxito, por lo que es necesario el ingreso a sala de operaciones, durante la intervención se utiliza la técnica de Johnson para la reposición del útero, según el reporte operatorio se logran conservar ambos anexos tubáricos y la vida de la paciente.

A pesar de tener circunstancias adversas, el contar con personal capacitado y con competencia resolutive y que actúa de manera inmediata fue fundamental para tener éxito en este caso, y aunque es infrecuente, siempre debemos estar preparados para poder garantizar la salud de la paciente.

Palabras claves: puerperio, inversión uterina, hemorragia.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La inversión uterina es una complicación obstétrica en el cual el fondo uterino colapsa en la cavidad endometrial, este evento es de rara ocurrencia, la literatura reporta sólo 150 casos hasta el 2006. Esta patología se asocia a hemorragia y choque hipovolémico, si se actúa rápidamente la incidencia de mortalidad disminuye en un 41% de los casos ⁽¹⁾.

Algunos reportes indican que la incidencia es de 1 en 20,312 casos. En un estudio realizado en Estados Unidos 1 de 3448 partos presenta inversión uterina. Reportes iniciales estiman la muerte materna en un 15%, sin embargo, estudios recientes indican que no se presentan muertes maternas, y al menos el 10% de los casos requirió histerectomía ⁽²⁾.

La inversión uterina es clasificada de acuerdo al tiempo y el grado de inversión, Por el grado de inversión puede ser subagudo, agudo, crónica, y por el tiempo está clasificada como dentro de las 24 horas o antes de las 4 semanas después de las 24 horas ⁽³⁾.

Este es un caso importante pues muestra una patología que ocurre con poca frecuencia pero que cuando ocurre tiene un alto impacto, es por ello que este caso nos permite analizar, aprender y proponer actualizaciones en los diversos manuales y protocolos de atención que se tienen a nivel nacional y local.

En los establecimientos de salud que no tienen personal capacitado y/o con poca capacidad resolutive esta es una complicación que tendría un alto impacto y con mucha certeza sería un caso de muerte materna.

En resumen, en este informe destaco un caso raro de hemorragia posparto grave (HPP) secundaria a una inversión uterina completa aguda. El trabajo en conjunto y de forma exitosa de un equipo multiprofesional en el manejo de la hemorragia posparto secundaria a la inversión uterina completa es fundamental, seguido de una llamada urgente de ayuda y una rápida gestión del equipo, para ello el diagnóstico oportuno es esencial en el resultado final.

1.2. JUSTIFICACIÓN.

El trabajo académico busca mostrar información importante a fin de conocer el manejo de la inversión uterina y la presencia de las hemorragias postparto, teniendo en cuenta que las hemorragias postparto, son en el mundo el principal factor de mortalidad de la mujer, tanto en el embarazo, parto y puerperio, y

aunque no es una entidad frecuente es importante el conocer su manejo pues permite garantizar la vida de la paciente.

Este estudio es importante porque permite recolectar información y presentar las complicaciones del puerperio, si bien es cierto existen protocolos de atención, este tipo de casos nos muestran situaciones que nos permiten crear herramientas para elaborar estrategias de intervención y así poder minimizar la presencia de complicaciones.

De otro lado, la revisión científica es importante como una fuente de información para futuras investigaciones.

En un nivel global permite conocer la importancia y la relación entre los diversos factores de riesgo y la hemorragia posparto, hecho que nos permite detectar a tiempo algunos factores de riesgo que se encuentran arraigados dentro de las costumbres de la población y también dentro de las técnicas de atención del personal de salud cuando realiza la atención del parto.

Finalmente, este trabajo pretende fortalecer a los equipos de atención de los establecimientos de salud, donde de manera denodada se busca mejorar la salud materna y disminuir la cantidad de muertes maternas.

1.3. MARCO TEÓRICO:

1.3.1 Antecedentes

a. Antecedentes Internacionales

Zohav E, et al (2020). Estudio denominado “Cambio de sentido de las arterias uterinas: un nuevo signo patognomónico de inversión uterina”. Se hace un recuento de la complicación rara, y hace una diferenciación entre la inversión uterina puerperal y no puerperal, se habla del diagnóstico y tratamiento, y se describe una nueva función Doppler de potencia tridimensional para el diagnóstico de inversión uterina ⁽⁴⁾.

Pimenta R, et al. (2020). Estudio denominado Hemorragia Puerperal por Inversión Uterina. Se presenta un caso clínico de inversión uterina que se presenta antes de las primeras 24 horas del puerperio. Presenta las maniobras realizadas una vez presentada la inversión uterina, en este caso se usa relajantes uterinos y la maniobra de Taxe y si falla se opta por la cirugía. El pronóstico depende precisamente de la agilidad de la intervención terapéutica, que permite la recuperación completa de la patología y la ausencia de secuelas ⁽⁵⁾.

Becerra M. (2020). Trabajo denominado “Factores de riesgo asociados al desarrollo de hemorragia postparto en pacientes entre 15 a 45 años”. Estudio que muestra las causas de hemorragia postparto (HPP) dentro de las primeras 24 horas, entre ellas tenemos: atonía uterina, trauma cérvico vaginal, retención de tejido placentario y restos ovulares, inversión uterina y deficiencias en la coagulación ⁽⁶⁾.

Riquero J. (2020). Estudio acerca de “La Hemorragia Posparto”. La hemorragia materna se presenta en las primeras 24 horas hasta 2 meses después del parto, entre las causas de hemorragia tenemos atonía uterina, problemas de coagulación, inversión uterina y el uso de uterotónicos ⁽⁷⁾.

Dutan A. (2020). Estudio llamado “Hemorragia postparto”, que evalúa los factores de riesgo para hemorragia postparto y las variables relacionadas, edad gestacional, gestación múltiple, antecedentes patológicos, vía de parto y comorbilidades como factores de riesgo ⁽⁸⁾.

b. Antecedentes Nacionales

De la Cruz D. (2020). Estudio llamado “Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato”. El puerperio es una de las etapas de mayor riesgo y muerte materna, en esta etapa se presentan las hemorragias, atonías, retención placentaria, infecciones, hipertensión y enfermedades psiquiátricas puerperales ⁽⁹⁾.

Sinche M. (2020). Trabajo denominado “Inversión uterina en puérpera inmediata”. Presentación de un caso clínico que muestra el estado puerperal de una paciente, que sufre de anemia y shock hipovolemico producto de una inversión uterina y el manejo que se da utilizando los protocolos del MINSA⁽¹⁰⁾.

Izaguirre D (2020). “Factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto”. Estudio que valora las principales causas de histerectomía obstétrica y que concluyen que fueron la atonía uterina y acretismo placentario, los principales antecedentes del mismo estaban dados por la multiparidad, antecedente de cesárea, antecedente de legrado y placenta previa ⁽¹¹⁾.

Pajuelo R (2020). Tesis titulada “Hemorragia post parto por atonía uterina en puérpera adolescente”. Una de las principales causas de hemorragia es la atonía uterina que se presenta en la adolescencia y cuando esta por concluir la edad fértil, se detalla la secuencia de patologías, partiendo de la anemia hasta llegar a la muerte ⁽¹²⁾.

Ledesma M. (2019). Trabajo titulado “Factores asociados a la hemorragia post parto en puérperas “. Proyecto de corte transversal en la etapa puerperal y muestra los hallazgos más relevantes, entre ellos la atonía uterina, retención de restos y alteraciones de los factores de coagulación ⁽¹³⁾.

1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad o evento

HEMORRAGIA POSTPARTO

Definición

Es la pérdida de sangre en modo excesivo y que se presenta inmediatamente ocurrido el parto, durante el alumbramiento hasta el momento de la finalización del puerperio inmediato, en muchos casos este requiere de una atención inmediata y prolonga la estancia hospitalaria. Según la Organización Mundial de la Salud la hemorragia se clasifica en primaria y secundaria. En caso la hemorragia es severa se requiere de transfusión de concentrados, hemoderivados, previo a ello debemos hacer una evaluación hematológica para ver si existe anemia o no, y cuantos paquetes globulares se requieren ⁽¹⁴⁾.

Incidencia

Esto es muy variable, dependiendo del lugar de atención. En los países en desarrollo la hemorragia postparto representa el 25% de muertes maternas, cada año cerca de 20 millones de mujeres presentan hemorragia posterior al parto en el mundo. Si bien cada vez se mejoran los niveles de atención es preciso tener un manual y un protocolo de atención que permitan un adecuado manejo y tratamiento, pues en muchos casos esta patología es prevenible ⁽¹⁵⁾.

Etiología

Dependiendo del estadio del embarazo hay algunas patologías más frecuentes, relacionadas a la hemorragia, en el primer trimestre tenemos las patologías relacionadas a abortos, infecciones y en el segundo y tercer trimestre esta patología se relaciona a placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, implantación baja en el segmento del útero, en cada caso hay una alta tasa de mortalidad que se ve incrementada por su relación con embarazos pretérmino ⁽¹⁶⁾.

Otra de las causas frecuentes es el desprendimiento prematuro de placenta después de las 22 semanas.

Existen otros criterios diagnósticos como por ejemplo la atonía uterina, la retención de placenta, y con mucho menos incidencia la inversión uterina ⁽¹⁷⁾.

Inversión uterina

Es una ocurrencia rara, peligrosa y se da en el puerperio, el proceso empieza con la invaginación del fondo, introduciéndose en la cavidad uterina, puede llegar a la vagina y en algunos casos hasta la vulva ⁽¹⁸⁾.

Etiología

En condiciones normales, luego del parto el útero esta contraído y la placenta se ha desprendido, luego de ello se hace la tracción suave del cordón, pero si luego de la tracción la placenta no sale, se realiza una maniobra para verificar el desprendimiento, pero si ello se hace con la placenta aun adherida y sin el cuidado respectivo o con el útero en relax, el peligro de inversión aumenta. Un detalle importante es la experiencia de quien atiende, aunque hay otros factores, primiparidad, macrosomía, maniobra de Credé, tracción excesiva del cordón, extracción manual de la placenta ⁽¹⁹⁾.

Clasificación.

La literatura reporta muchas clasificaciones, la más usada es la relacionada a la severidad, tiempo y grado.

De acuerdo a la severidad ⁽²⁰⁾:

- 1er grado: El fondo se invagina dentro del útero sin sobrepasar el cuello.

- 2do grado: El fondo atraviesa el cuello y aparece en la vagina sin salir a la vulva.
- 3er grado: El fondo se muestra al exterior de la vulva.
- 4to grado: Se invierte todo el útero, incluyendo cuerpo, istmo y cuello.

En función al tiempo se clasifica en ⁽²⁰⁾:

- Aguda: si el diagnóstico se realiza dentro de las 24 horas.
- Subaguda: el diagnóstico es mayor de 24 horas y menor de 4 semanas; siempre hay contracción cervical
- Crónica: la presencia de inversión por 4 semanas o más.

Grados de inversión uterina ⁽¹⁸⁾:

- Incompleto: el fondo de ojo se invierte, pero no se hernia a través del nivel del orificio interno
- Completo: el revestimiento interno del fondo de ojo atraviesa el orificio cervical sin un fondo de ojo palpable en el abdomen
- Prolapso: todo el útero se prolapsa a través del cuello uterino y el fondo de ojo sale del introito.

Aspectos clínicos

La manifestación que se evidencia con más frecuencia se muestra durante la extracción de la placenta o inmediatamente después ella, a esto se le denomina la fase aguda. Generalmente se observa hemorragia severa, dolor de gran intensidad en el hipogastrio, ligamentos sobre distendidos, esto último puede llevar a un

shock neurogénico y/o un shock hipovolémico. la inversión uterina de primer y segundo grado en algunos casos suele pasar desapercibida, en los casos severos si no se atiende con rapidez puede causar la muerte, en esos casos siempre es necesario una intervención quirúrgica ⁽²¹⁾.

En la fase crónica la sintomatología es leve, el dolor moderado, la hemorragia es leve y están asociadas generalmente a endometritis. La forma aguda es la que se manifiesta con más frecuencia y se presenta inmediatamente después de sacar la placenta⁽²²⁾.

Fisiopatología ⁽¹⁸⁾

- Un segmento de la pared uterina protruye a través del cuello uterino dilatado.
- Relajación de parte de la pared uterina.
- Tracción sobre el fondo de ojo de manera sostenida y simultánea.

Aspectos terapéuticos.

Tomar medidas inmediatas es esencial, se debe poner una vía intravenosa, colocar a la paciente en posición de Trendelenburg, bajo anestesia general colocar el útero en su lugar, un primer intento podría hacerse sin anestesia, sin embargo, si ese intento no resulta fructífero se debe aplicar la maniobra de Johnson que consiste básicamente en introducir la mano en la cavidad y tocar el fondo invertido colocando el dedo pulgar en el segmento uterino anterior el resto de los dedos en la cara posterior, realizado ello se debe deslizar hacia el fondo haciendo presión

en dirección al ombligo, a través el cuello uterino y del anillo de construcción, en la reposición del útero lo más importante es la rapidez ⁽¹⁷⁾.

En caso la placenta está adherida, inmediatamente hay que devolver el fondo a su sitio antes de extraerla, para evitar una pérdida sanguínea severa. Una vez que se ha logrado reponer el órgano, se procede al tratamiento del shock, en caso de que se haya presentado, y a la administración de soluciones oxitócicas y prostaglandinas para evitar la atonía uterina. Otro método para el manejo es el método hidrostático ⁽²³⁾.

En los casos crónicos se puede intentar la reposición manual por vía vaginal, aunque es más frecuente el fracaso que en los casos agudos por la contracción cervical, por lo que hay que recurrir a técnicas quirúrgicas, de las cuales sólo se mencionan las de uso más común: ⁽²⁴⁾

Técnica de Spinelli: se practica por vía vaginal. Una incisión es hecha en la cara anterior del cuello uterino, y el útero es reinvertido.

Técnica de Kustner: se practica por vía vaginal. Incluye entrar en la bolsa de Douglas por vía vaginal, y dividir la cara posterior del útero y cérvix, y finalmente reinvertir el útero.

Técnica de Huntington: se realiza mediante una laparotomía. Después de abrir tegumentos abdominales y visualización del útero, se introducen las pinzas de Allis en el cráter que surge como resultado de la inversión uterina, y se ejerce una suave tracción hacia arriba sobre el fórceps.

Técnica de Haultin: mediante laparotomía. el útero es reposicionado de una manera similar a la utilizada en el método de Huntington, mediante pinzas de Aliss.

La histerectomía se reserva para aquellos casos rebeldes al tratamiento quirúrgico o con endometritis severa.

Diagnóstico diferencial ⁽²³⁾

Se debe excluir alguna dolencia que predisponen a un colapso posparto o causan un bulto en la vagina. Estas incluyen:

- Atonía severa del útero
- Prolapso útero vaginal
- Pólipo, fibroma
- Colapso neurogénico
- Colapso posparto
- Placenta retenida sin inversión
- Coagulopatía

Diagnóstico

Hay un trio de diagnóstico: hemorragia, shock y dolor. Siendo la primera la más frecuente, la segunda está dada por la pérdida de sangre y el dolor por la tracción de los nervios peritoneales y del ligamento ancho, que ocurren durante la inversión ⁽²¹⁾

Al examen no se logra palpar el fondo de útero a través del abdomen y en la vagina hay una protrusión de superficie regular, congestiva y sangrante. El diagnóstico es evidente hay una revisión que debe hacerse de forma rutinaria que permite que se pueda tener el diagnóstico de manera precoz, aunque los síntomas clínicos son suficientes en la mayoría de casos para llegar al diagnóstico se puede ayudar a través de imágenes, que permitan tener un diagnóstico en el episodio agudo⁽²³⁾.

Tratamiento

Reconocer rápidamente la inversión uterina ayuda en el tratamiento. El tiempo será muy importante puesto que permitirá organizar rápidamente el tratamiento de la hipovolemia y el shock mediante la colocación de vías intravenosas de gran calibre en la que se repongan líquidos y cristaloides en 15 a 30 minutos como máximo, se debe evitar usar agentes oxitócicos e intentar reducir el útero de forma manual, a través de la vagina. Es importante que para evitar un mayor riesgo la placenta pueda retirarse una vez que se ha hecho la reducción del útero dado que permite un sangrado menos profuso y evite el choque, luego de la reposición la placenta se desprende con facilidad⁽²⁰⁾.

Existen diferentes técnicas para corregir la inversión uterina entre éstas tenemos la maniobra de Johnson es la más empleada y consiste en tomar el fondo del útero aun con la placenta adherida apoyando el fondo sobre una superficie palmar y haciendo con la punta de los dedos una presión equitativa hacia el interior de la apertura cervical. Realizada la reducción del útero se puede aplicar oxitócicos por vía intravenosa, un tercio de las pacientes pueden tener una reducción manual sin

utilizar relajantes uterinos, sin embargo si no se logra reducir podríamos utilizar agonistas β 2-adrenérgicos ⁽²¹⁾.

En caso la reposición no tenga éxito entonces debe intentarse un abordaje quirúrgico para ello se hace la tracción de los ligamentos redondos y de esta forma el útero vuelve a su posición normal, la técnica quirúrgica permite disecar algunos segmentos y colocar un anillo cervical hasta que se permita la reposición total del defecto, una vez que se logra la reposición se debe usar oxitócicos, con la intención de evitar una atonía que pueda ocasionar una reinversión uterina Es por ello que se utiliza oxitocina, misoprostol, ergometrina y es importante mencionar que el uso de antibióticos no es recomendable porque no está probado de que sean útiles⁽²³⁾.

Pronóstico

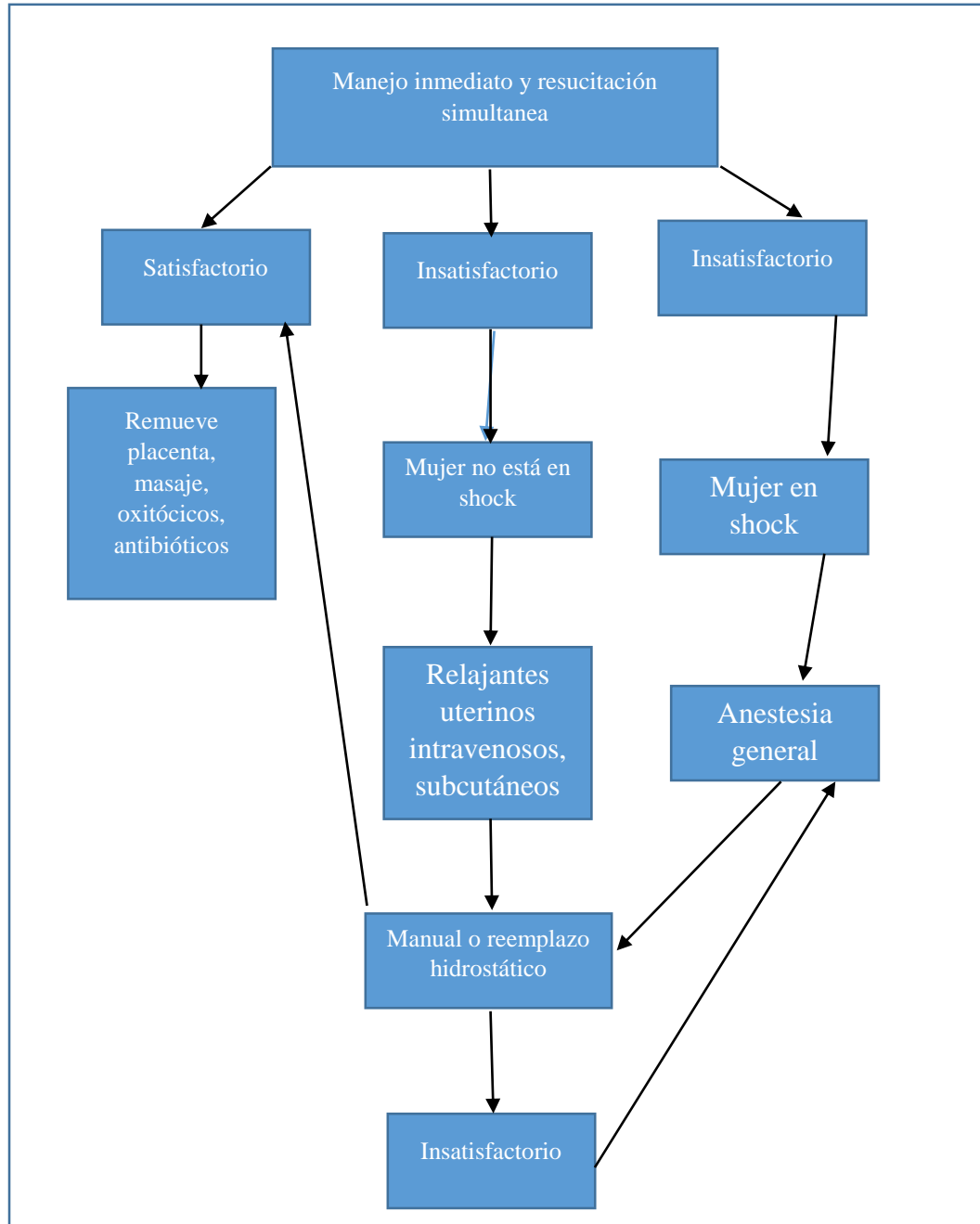
Si bien este produce shock hemorrágico, la afección puede afectar un futuro embarazo, aunque existen informes de casos de embarazos sin complicaciones.

Complicaciones

Las complicaciones asociadas con la inversión uterina pueden deberse a la afección (primaria) o su tratamiento (secundaria).

Las complicaciones de la afección giran principalmente en torno a la hemorragia y sus riesgos asociados, que incluyen daño multiorgánico, shock, síndrome de Sheehan e histerectomía. Sin tratamiento, la afección puede provocar una pérdida de sangre significativa, persistente y una necrosis tisular ⁽²¹⁾.

Las complicaciones que acompañan al tratamiento se relacionan con la anestesia general y las transfusiones de sangre.



Fuente: Algoritmo del manejo de inversión uterina puerperal aguda ²²

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVOS:

2.1.1. Objetivo General

Analizar la atención que se brindó a la púérpera con hemorragia por inversión uterina.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Analizar el manejo y capacidad del personal en casos de inversión uterina.
- Describir las características de las pacientes con inversión uterina.

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO.

La inversión uterina es una condición clínica que tiene una baja incidencia, sin embargo, para brindar el tratamiento adecuado es necesario un diagnóstico apropiado.

El objeto principal de hacer una búsqueda de información es contribuir a realizar una actualización y ayudar en el aprendizaje con las personas que trabajan en el ámbito hospitalario para reducir la muerte de madres en el país.

Actualmente los índices de casos de inversión uterina son altos, y en nuestro centro de atención las pacientes son transferidas de distintos establecimientos de salud a nivel nacional.

Historia Clínica

FI: 12/Nov/2017 22:00 hrs. por Emergencia.

Anamnesis

Edad: 25 años

Estado Civil: conviviente

FUM=No refiere

FPP= 10/Nov/2017 de acuerdo a Eco de 1er trimestre

Fórmula obstétrica

- Tercigesta
- G1 = AMEU por aborto incompleto
- G2 = RN sexo femenino por parto vaginal con antecedente de placenta acreta.
- G3 = gestación actual

Antecedentes familiares: Tuberculosis en padre hace 15 años

Antecedentes personales: no refiere

Atención Pre Natal: no realiza atenciones

Tercigesta de 25 años de 38,6 semanas de acuerdo a ecografía de primer trimestre, acude a establecimiento por referir dolor y contracciones, niega pérdida de líquido y niega pérdida de sangre, no presenta signos de eclampsia, gestante refiere sentir movimientos fetales.

Al tacto vaginal dilatación: 6cm por ello se decide la hospitalización y pasar a sala de hospitalización.

EXAMEN FÍSICO

Al examen se encuentra las siguientes funciones:

Pres/Art 110/60mmHg F.C. 72x' F.R. 18x' T°37°C Talla: 152 cm
Peso: 81 kg

Piel: pálida

Mamas: simétricas, secretantes

Abdomen: AU: 34 cm, LCF: 150x', LCD, DU: 2/10/++/20s,
PPF: 3565g

Genitales: Tacto vaginal: D: 6cm, Incorp: 90%, AP -3.

Miembros Inferiores: no edemas

EXÁMENES DE LABORATORIO

Hb 11.0 gr/dl Hcto 33%

GS "O" Rh+

VDRL (-) HIV (-)

Glucosa 76 gr/dl

Examen completo de orina: normal

A) DIAGNOSTICO DE EMERGENCIA

1. Gestante de 38,6 sem por Eco del primer trimestre
2. ARO: no control prenatal
3. Antecedente de placenta acreta

B) TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

1. Hospitalización en sala de partos
2. Control obstétrico estricto
3. Vigilancia de evolución

PARTO

13/Nov/2017

- ✦ Se produce parto vaginal a las 00:01 hrs, RN de sexo femenino de 40 sem. según Capurro, no se produce dificultades, Apgar 9 al 1' y 10 a los 5'. Peso 3600 gr, Talla 50cm.
- ✦ Alumbramiento dirigido se produce 20 minutos después del parto, placenta con membranas y cotiledones incompletos en Duncan.
- ✦ Al examen se evidencia que hay protrusión del útero en el canal vaginal y sangrado profuso.
- ✦ Paciente refiere sensación de frío y desvanecimiento.
- ✦ **MANEJO:** Se colocan dos vías endovenosas por donde se infunden líquidos de forma agresiva, luego de ello coloca una unidad de sangre, se indica que se coloque una sonda de Foley N° 14 con bolsa colectora.
- ✦ Paciente manifiesta dolor por lo que se brinda tratamiento del dolor, médico intenta restituir manualmente el útero, este procedimiento se realiza por 10 minutos sin éxito, por lo que se decide pasar a SOP.

- ✦ Se presenta sangrado profuso.

Se solicita ingreso a sala de operaciones

Al examen:

Pres/Art 90/50mmHg F.C. 92x' F.R. 20x' T°36.5°C

Médico jefe indica pasar a sala de operaciones.

REPORTE OPERATORIO

13/Nov/2017

- ✦ La intervención quirúrgica empieza a las 02:00 hrs, de acuerdo al reporte médico se emplearon tocolíticos para relajar el útero tales como MgSO4.
- ✦ Se realiza la restitución manual del útero con maniobra de Johnson + Legrado Uterino + Traquelorrafía.
- ✦ Diagnóstico Preoperatorio: Inversión del útero en III grado
- ✦ Diagnóstico Post operatorio: Inversión del útero en III grado + laceración cervical.
- ✦ **HALLAZGOS:**

En el reporte se indica que el fondo del útero se encuentra en el canal vaginal, HI +/- 17 cm, de forma manual se retiran 20 cc. de amnios, se evidencia laceración cervical en radio 6 cm de +/- 2 cm SIO: 800 cc.

- ✦ **INCIDENCIAS Y COMPLICACIONES**

Médico coloca 02 tampones en el área vaginal y se coloca oxitócicos

- Oxitocina 50 UI
- Ergotrate 1 amp IM
- Misoprostol 600 ug IR

Se indica control obstétrico estricto

EVOLUCIÓN

Paciente de parto vaginal con diagnóstico de inversión uterina de III grado con la maniobra de Johnson + Lu +Traquelorrafa.

Pres Art: 100/70 mmHg, FC: 70x', FR: 20x', T: 37 °C

Abdomen: ruidos hidroaéreos positivos, no doloroso al examen.

No se evidencia sangrado vaginal

Hemodinámicamente estable

Se solicita hematocrito de control.

13/Nov/2017 20:00 hrs

- ✦ Al examen Pres Art: 90/60 mmHg, FC: 86x', FR: 18x', T: 37 °C.
- ✦ En el abdomen se hallan ruidos hidroaéreos, dolor ligero a la palpación, útero contraído a 1 cm debajo de la cicatriz umbilical.
- ✦ Sangrado vaginal escaso
- ✦ Se solicita resultados de hematocrito
- ✦ Médico indica transfusión sanguínea de 1 pg.

14/Nov/2017 02:00 hrs

- ✦ Al examen Pres Art: 100/60 mmHg, FC: 90x', FR: 18x', T: 37 °C.
- ✦ En el abdomen se hallan ruidos hidroaéreos, dolor ligero a la palpación, útero contraído a 2 cm debajo de la cicatriz umbilical.
- ✦ Sangrado vaginal escaso
- ✦ Se recoge resultados de hematocrito 19%
- ✦ Se inicia la transfusión sanguínea de 1 pg.
- ✦ Se indica sacar tapón vaginal.

14/Nov/2017 06:00 hrs.

Puérpera de más o menos 30 horas de parto vaginal y diagnóstico de inversión del útero. Médico indica que se transfundan 2 paquetes globulares adicionales, a la evaluación se halla:

Pres Art: 110/60 mmHg, FC: 86x', FR: 18x', T: 37°C

Abdomen con ruidos hidroaéreos, blando depresible con leve dolor contraído 2 cm debajo de la cicatriz umbilical

En nuevo control de hematocrito: 24%

14/Nov/2017 14:00 hrs.

Puérpera de más o menos 38 horas de parto vaginal, paciente no refiere molestias.

Al examen:

Pres Art: 110/70 mmHg, FC: 88x', FR: 18x', T: 37°C

Abdomen blando depresible, no refiere dolor, contraído 2 cm debajo de la cicatriz umbilical

Médico brinda alta con indicaciones.

EPICRISIS

Tercigesta de 38.6 semanas por ecografía de primer trimestre de 25 años, ingresa a emergencia por presentar dolor y contracciones, no sangrado vaginal, no signos de preeclampsia, percibe movimientos fetales. Al tacto vaginal tenía 6 cm de dilatación, se hace seguimiento y monitorización, y en la tercera etapa del parto se produce la inversión uterina, inmediatamente pasa a sala de operaciones, se hace restitución manual de útero con maniobra de Johnson más legrado uterino, luego de operación, se recupera sin complicaciones y tiene un buen pronóstico.

2.3. DISCUSIÓN:

- La inversión uterina no es una entidad frecuente, puede presentarse en la fase de puerperio agudo, un diagnóstico temprano nos permite actuar de manera inmediata y poder conservar la fertilidad. La literatura indica que tener antecedentes de placenta acreta puede predisponer a inversión uterina, esto se condice con el antecedente de la paciente. Existen diversas vías para realizar el tratamiento. Si bien puede presentarse en una fase de puerperio crónico, el reporte de incidencia es muy bajo. El manejo y la expectativa del mismo está en función a la severidad y/o extensión de la inversión, puede presentarse aun sin tener dolor o hemorragia.
- En el manejo de la inversión uterina, existe el proceso de restauración implica un estado de shock dado por la pérdida sanguínea y por la tracción de los nervios peritoneales y ligamento ancho, a ello se suma como parte del manejo, el taponamiento y la colocación de una sonda Foley, este último está a criterio del médico. Finalmente, si se agrava el estado del paciente se realizará la ligadura vascular, embolización selectiva de las arterias uterinas e histerectomía.
- Realizar un diagnóstico diferencial resulta complejo y en algunos casos se hace una diferenciación respecto de masas tumorales que ocupan el canal cervical o vaginal, probablemente esta patología no se observe en la experiencia clínica por su baja incidencia.

2.4. CONCLUSIONES:

- La inversión uterina es una patología rara del embarazo que se presenta en el 2% de los casos y es considerado una emergencia obstétrica por los signos y síntomas que produce, entre ellos están la hemorragia, el dolor y el shock
- De acuerdo a los reportes operatorios la inversión del útero se produce en las cesáreas, pero generalmente esta es de fácil resolución.
- La inversión del útero requiere de un manejo y diagnóstico rápido, eficaz y urgente, dado que existen un riesgo muy alto de muerte.
- El tratamiento de estos diagnósticos se dan en el contexto de emergencia, por lo que se debe brindar la estabilización hemodinámica y la reducción uterina si es posible manualmente bajo tratamiento de tocolíticos, siendo recomendable utilizar tapones intrauterinos.

2.5. RECOMENDACIONES.

- Hacer el seguimiento y vigilancia del llenado correcto de la historia clínica, pues es un instrumento que nos permite tener la información completa de la paciente, el llenado correcto permite identificar los factores de riesgo y la patología.
- El alumbramiento realizado y/o vigilado por un personal con experiencia.
- Fortalecer los canales de referencia y contrarreferencia para trabajar de manera conjunta en pro de la gestante.
- La educación materna es una prioridad para tener resultados positivos y así contribuir en disminuir riesgos.
- La resolución médica especializada debe implementarse para la resolución de este tipo de diagnóstico con el objeto de disminuir el riesgo de presentar inversión uterina en partos vaginales, puesto que mientras más rápida se dé la reposición uterina, mayores serán las probabilidades de éxito y con ello reducir precozmente el defecto para así evitar mayores complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borges R, Díaz F, Rodríguez A, Garaboto M, Moya C, Moré A. Inversión uterina puerperal subaguda grado II Sub-Acute Puerperal Uterine Inversion Grade II [Internet]. Vol. 42, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016 [cited 2021 May 12]. Available from: <http://scielo.sld.cu>
2. Fernández-Lara J, Toro-Ortiz J, Martínez-Trejo Z, De la Maza-Labastida S, Villegas-Arias M. Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. Ginecol Obstet Mex 2017 abril;52(4):247-253 [Internet]. [cited 2021 May 12]. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-00006.pdf>
3. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio.1ra Edicion. Chile 2015.
4. Zohav E, Anteby E, Grin L. U-turn of uterine arteries: a novel sign pathognomonic of uterine inversion. J Ultrasound [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2021 May 12];23(1):77–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40477-018-0319-0>
5. Pimenta R, Dib D, Escórcio B, de Almeida L, Mota de Sousa C. Relato de Caso Puerperal Hemorrhage After Uterine Inversion: A Case Report [Internet]. Vol. 49, Arquivos Catarinenses de Medicina. 2020 Mar [cited 2021 May 12]. Available from: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/636>
6. Dutan A, Hidalgo A. factores de riesgo asociado al desarrollo de hemorragia posparto de pacientes entre 15 a 45 años. Universidad Estatal de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2020 [cited 2021 May 12]. Available from: www.fcm.ug.edu.ec
7. Riquero J. Universidad Tecnica de Babahoyo Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Obstetricia. Dimensión Práctica del Examen Complejivo previo a la obtención del grado académico de Obstetrix TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO [Internet]. Babahoyo: UTB-FCS, 2020; 2020 [cited 2021 Apr 4]. Available from:

<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8408>

8. Peralta A, Gonzalez E. Universidad Nacional del Centro del Perú Facultad de Medicina Humana Tesis Presentada Por Las Bachilleres [Internet]. Universidad Nacional del Centro del Perú. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2020 [cited 2021 May 5]. Available from: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/5810>
9. De La Cruz Vargas D. Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018 [Internet]. Repositorio institucional - URP. Universidad Ricardo Palma; 2020 [cited 2021 May 8]. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3347>
10. Sinche M. Universidad José Carlos Mariátegui. Vicerrectorado de Investigación Escuela de Posgrado Segunda Especialidad En Obstetricia [Internet]. Universidad José Carlos Mariátegui. Universidad José Carlos Mariátegui; 2020 [cited 2021 May 12]. Available from: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/846>
11. Izaguirre M. Factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014-2018 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020 [cited 2021 Apr 4]. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/14104>
12. Pajuelo R. Universidad José Carlos Mariátegui Vicerrectorado de Investigación Escuela de Posgrado Segunda Especialidad en Obstetricia [Internet]. Universidad José Carlos Mariátegui. Universidad José Carlos Mariátegui; 2020 [cited 2021 Apr 4]. Available from: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/845>
13. Ledesma M. Factores asociados a la hemorragia post parto en puérperas del Hospital II-2 Tarapoto, 2019 [Internet]. Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto. Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto; 2021 [cited 2021 Apr 4]. Available from: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3880>

14. Actualizacion de Consenso en Obstetricia. Hemorragia Postparto. FASGO. 2019.
15. Astudillo M, Landín T, Vélez A, Villavicencio W. Causas de hemorragia postparto. RECIMUNDO [Internet]. 2021 Jan 31 [cited 2021 Apr 20];5(1):191–206. Available from: <https://www.recimundo.com/~recimund/index.php/es/article/view/998>
16. Ángela L, Ríos R. Hemorragias de Primer, Segundo y Tercer Trimestre de gestación. [cited 2021 May 12]; Available from: <https://doi>.
17. Pérez A. Principales factores de riesgo y causas de la Hemorragia Obstétrica postparto y postcesárea primaria en pacientes del Hospital General de Zona Número 20, La Margarita [Internet]. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2019 [cited 2021 Apr 20]. Available from: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/10124>
18. Poon S, Chean C, Barclay P, Soltan A. Acute complete uterine inversion after controlled cord traction of placenta following vaginal delivery: a case report. Clin Case Reports [Internet]. 2016 Jul [cited 2021 May 12];4(7):699–702. Available from: [/pmc/articles/PMC4929810/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34929810/)
19. Díaz, M., Ferreiro,L., y Soto, J. (2016).Predictores de Atonía Uterina. Rev.I nf Cient. 95(3), 425-436.Páginas
20. Michalska M, Bojar I, Borycki J, Zięba B, Brandl S, Kołaciński R, et al. Postnatal inversion of the uterus – management in specific cases. Ann Agric Environ Med [Internet]. 2020 Dec 22 [cited 2021 May 12];27(4):717–20. Available from: www.aaem.pl
21. Thoulon J, Heritier P, Muguet D. Uterine inversion. Rev Fr Gynecol Obstet [Internet]. 1980 Dec 11 [cited 2021 May 12];75(6):321–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525971/>
22. Lu H-F, Chuang Y-C. Laparoscopic View of a Case of Incomplete Uterine Inversion After Vaginal Delivery. J Minim Invasive Gynecol [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2021 May 12];22(6):S222–3. Available from: <http://www.jmig.org/article/S1553465015013953/fulltext>
23. Kofman R, Rottenstreich M, Khatib F, Meir R, Ioscovich A, Grisaru-Granovsky S. Acute uterine inversion at cesarean followed by combined

“anaphylactoid syndrome” sequence and uterine atony. Taiwan J Obstet Gynecol. 2019 Sep 1;58(5):715–6.