



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**INVERSIÓN UTERINA EN PUÉRPERA INMEDIATA, HUÁNUCO -
2018.**

PRESENTADO POR:

SINCHE ALEJANDRO, MARISOL

ASESORA:

SOLÍS ROJAS, MIRIAM TERESA

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

MOQUEGUA – PERÚ

2020

ÍNDICE DEL CONTENIDO

Carátula	
Página de Jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice del contenido	iv
Resumen	vi
Summary	viii
Capítulo I	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Justificación	3
1.3. Marco teórico	4
1.3.1. Antecedentes	4
1.3.2. Bases teóricas	6
a. Shock hipovolémico	6
b. Inversión uterina	6
Concepto	6
Etiología	7
Epidemiología	8
Factores de riesgo	9
Fisiopatología	9
Patogenia	10
Clasificación	10
Diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
Patología directamente relacionada	12
Manejo	12
Tratamiento	13
Puérpera inmediata	14
Adolescente	14
Shock neurogénico	15

Capítulo II	16
Caso clínico	16
2. Objetivos	16
2.1.1. Objetivo general	16
2.1.2. Objetivos específicos	16
2.2. Caso clínico	16
2.3. Discusión	23
2.4. Conclusiones	24
2.5. Recomendaciones	25
Referencias bibliográficas	26
Anexo	31

RESUMEN

El shock hipovolémico es un evento de sangrado uterino masivo que pone en peligro la vida de la mujer adolescente producida por una inversión uterina considerada así, cuando el fondo del útero protruye a través de la vagina o hasta la vulva, pasando por el cuello uterino, esta última forma un anillo contráctil, la cual presiona vasos y nervios de la zona, ocasionando consecuencias graves; además el útero no se contrae. La patología es considerada la más grave de las complicaciones en el alumbramiento, ocasionando una hemorragia profusa grave, desencadenando un shock hipovolémico, seguida de anemia aguda en grados de severidad y shock neurogénico con dolor profuso ocasionado por la torsión de los nervios de la zona, esta emergencia obstétrica puede desembocar en la realización de una histerectomía total de urgencia. En el caso clínico, la puérpera de edad adolescente, segundigesta con un periodo intergenésico corto, menos de dos años, el haber estado durante su control prenatal con hemoglobina de 12 gr/dl., Huánuco, por localizarse a 1 912 m.s.n.m., tiene factor de corrección en la hemoglobina de 0,95; teniendo la gestante 11,05 gr/dl., anemia. En la atención pre natal, se evidencia sólo una sola ecografía en condiciones de normalidad y pocas atenciones pre natales; indudablemente son factores de riesgo que han llevado a pasar desapercibido una placenta acreta o adherida en el control ecográfico; por consiguiente una emergencia obstétrica grave; paciente adolorida intensamente con alteraciones en las cifras de la hemograma, motivo por el cual es inmediatamente transferida a un hospital de capacidad resolutive FONE, sin las coordinaciones previas, dado el cuadro de emergencia grave; la atención en emergencia del hospital de contingencia es inmediata confirmándose el diagnóstico de shock hipovolémico apreciándose un

útero invertido incompleto, inician la conducta médica necesaria y tratamiento quirúrgico según protocolo de atención, normado por el MINSA. Las conclusiones están orientadas a la identificación de la anemia aguda por la presencia de hemorragia con shock hipovolémico y la histerectomía propia consecuencia del acretismo placentario. El manejo y resultado final fue exitoso, lo cual dependió de las habilidades y destrezas desplegadas por los profesionales de salud ante la emergencia grave.

Palabras Clave:

Shock hipovolémico, inversión uterina, shock neurogénico

SUMMARY

Hypovolemic shock is a life-threatening event of massive uterine bleeding caused by a uterine inversion considered as such, when the bottom of the uterus protrudes through the vagina or into the vulva, passing through the cervix, the latter forms a contractile ring, which presses on vessels and nerves in the area, causing serious consequences; also the uterus does not contract. The pathology is considered the most serious of complications in childbirth, causing severe profuse bleeding, triggering hypovolemic shock, followed by acute anemia in degrees of severity and neurogenic shock with profuse pain caused by torsion of nerves in the area, this obstetric emergency can lead to an emergency total hysterectomy. In the clinical case, the adolescent postpartum woman, according to a pregnant woman with a short intergenetic period, less than two years, having been during her prenatal control with hemoglobin of 12 gr / dl., Huánuco, due to being located at 1,912 masl, has a factor correction in hemoglobin of 0.95; the pregnant woman having 11.05 gr / dl., anemia. In prenatal care, only a single ultrasound is evident under normal conditions and few prenatal care; undoubtedly they are risk factors that have led to an unnoticed placenta accreta or adhering in the ultrasound control; therefore a severe obstetric emergency; intensely sore patient with alterations in hemogram figures, which is why she is immediately transferred to a FONE-responsive hospital, without prior coordination, given the severe emergency; the emergency care of the contingency hospital is immediate, confirming the diagnosis of hypovolemic shock, appreciating an incomplete inverted uterus, initiating the necessary medical behavior and surgical treatment according to the protocol of care, regulated by the MINSA. The conclusions are oriented to the identification of acute

anemia due to the presence of hemorragia with hypovolemic shock and the hysterectomy proper as a consequence of placental accretion. The management and final result was successful, which depended on the abilities and skills displayed by health professionals in the event of a serious emergency.

Keywords:

Hypovolemic shock, uterine inversion, neurogenic shock

CAPÍTULO I

1.1 Descripción del Problema

Estamos frente a una problemática que en los últimos años es creciente, inversión uterina, una emergencia obstétrica grave, la aparición es brusca en el tercer periodo del parto, el puerperio inmediato, es directamente relacionada al proceso posterior al alumbramiento. En el caso clínico el fondo del útero se invierte, mostrándose la pared fúndica superior interna del útero en la vagina o en la vulva, en su camino va doblando los tejidos y músculos de la zona, pasa por el cuello uterino sin contraerse, lesionando vasos y nervios de gran importancia para el útero; las complicaciones finales como el sangrado son a gran escala, tanto que puede ocasionar shock hipovolémico, shock neurogénico debido a la compresión y torsión de los nervios, llevando rápidamente a una muerte materna. (1)

Entre los factores que predisponen a la patología posparto están presentes: la constitución de la musculatura del útero, el estado ligamentoso y el peritoneo visceral; la placenta ubicada en la región fúndica del útero para el caso las anomalías en la inserción placentaria; baja paridad; y edad joven; otros factores externos asociados son: alta presión intra abdominal, la aplicación

inadecuada de maniobras de presión como la denominada kristeller, y precipitación forzada en la extracción de la placenta. (2)

En una inversión uterina aguda, se aprecia:

Hemorragia abundante, la condición de anemia aguda, shock hipovolémico y existe aumento de tono del nervio vago, llevando al dolor intenso y al shock neurogénico. (3)

El grado de clasificación de esta patología depende de las características presentadas; al examen físico se puede evidenciar una masa en forma ovalada o redondeada, color rojo o roja violácea, que sale por el orificio vaginal, y al palpar el abdomen no se encuentra el fondo uterino. Asimismo, la puérpera se queja de dolor intenso en el bajo vientre, no se palpa la pared superior del útero a examen clínico y se evidencia una protrusión de bordes suaves y resbalosos que rebasan el cuello uterino; se ha reportado casos clínicos con escasa sintomatología. (3)

Secundariamente se reportan casos clínicos menos frecuentes como la infección, complicaciones urinarias y trombosis, pudiendo llegar a la muerte materna. (3)

A nivel mundial, se reportan cifras bajas de 1: 20 000 y 1: 25 000 casos (4); Europa, manifiesta a través de las instituciones de salud en diversos Países que la incidencia llega a 1:1 860 partos por vía abdominal y 1: 3 737 por vía vaginal. (5)

En América Latina, la incidencia llega a 1: 5 000 partos. (6) En Lima Perú, las cifras son: 1: 7 000 registrados en el Hospital María Auxiliadora. (7) En

Huánuco – Hospital Regional Hermilio Valdizán, se presenta la patología inversión uterina 1: 1 358 ocurridos en el año 2017. (8)

1.2 Justificación

En la Región Huánuco, los últimos años está registrando esta emergencia obstétrica en forma más seguida, siendo una preocupación en salud pública, dado la complejidad de la emergencia que representa; estos casos vienen acompañados de factores adversos e imprevistos en la práctica clínica al momento del puerperio, evidenciando el acompañamiento de patología propias de la implantación de la placenta como son: placenta acreta, increta o percreta, también es acompañada por signos y síntomas propios de la patología, pudiendo ocasionar, paro cardiorrespiratorio con la consecuencia de muerte materna.

Todos los eventos mencionados en el párrafo anterior, traen consecuencias negativas en la salud de la madre, muchas veces llevándola a morbilidad permanente, compromiso patológico de órganos blandos, pélvicos, cardíacos y neurológicos, estas patologías sobrellevan a un alto costo social, económico y psicológico en la persona, familia, comunidad y sobre carga para el estado.

Una madre con morbilidad permanente es una carga social y económica a todo nivel; el estudio del caso clínico y sus consecuencias, nos permite tomar acciones dentro de prevención de esta patología, su importancia en las decisiones que debe de tomar el personal de salud, éstas deben ser acertadas al momento que se presente la emergencia obstétrica y evitar el uso de maniobras externas e intempestivas al momento del alumbramiento como el

ocasionado por la tracción forzada del cordón umbilical, corriendo el riesgo de la inversión uterina y sus consecuencias graves.

1.3 Marco Teórico

1.3.1 Antecedentes

Borges R, Díaz F, Rodríguez O, et al., Cuba, La Habana - 2016, investigaron sobre: Inversión uterina puerperal subaguda grado II, con el objetivo de analizar un caso clínico, para ello utilizaron el diseño epidemiológico analítico caso clínico, donde los resultados fueron: la incidencia fue 0,1% relativamente muy baja en el País. La única paciente reportada acudió al hospital a 22 días posparto, los resultados de la evaluación clínica indica inversión uterina del puerperio subaguda grado II, realizaron acciones según protocolo a volver el útero a su posición normal manualmente con resultados insatisfactorios, debido al evento terminó en histerectomía total abdominal, conservando los anexos de ambos lados y salvando la vida de la paciente. (9)

Tosal B, Pasto R, España, Alicante - 2016, investigaron sobre la Inversión Uterina de la Puerpera: Estudio de caso clínico obstétrico, Hospital Universitario Santo Joan, siendo el objetivo el análisis del caso clínico, utilizaron diseño epidemiológico: analítico caso clínico. Resultado por evaluación clínica fue una invaginación del útero no mecánico, fisiopatológico de tercera clasificación, produciéndose en el alumbramiento luego del parto en una mujer de 36 años de edad y que fue necesario una corrección manual, también ponen en evidencia que es necesario un análisis

los factores condicionantes a esta patología y un tratamiento conforme al protocolo. (10)

Paulina Parra, Rodrigo Sedano, Sofía Peña, et al., Chile, Santiago – 2008, investigo sobre: Inversión uterina puerperal: Reporte de caso, el objetivo fue analizar la patología obstétrica presentada, utilizando un diseño analítico: caso clínico, presentándose una gestante de 32 años, multípara, no antecedentes mórbidos, evoluciona normal el primer y segundo periodo del parto; el alumbramiento completo espontáneo; luego refiere la parturienta un intenso dolor en el hipogastrio que se asocia a metrorragia en cantidad moderada, a la revisión manual del útero, apreciaron incremento de tamaño entre paredes a nivel de la región fúndica uterina; progresivamente el cuadro hemodinámico empeora, requiriendo aporte de hemoderivados; al realizar la eco tomografía transabdominal, se comprueba la presencia de un útero totalmente fuera de su ubicación inicial, doblado y exponiéndose al exterior por la vagina; es indicado nitroglicerina por la vena y realizan la reposición manual del útero hacia su ubicación inicial con la denominación Johnson. Para apoyar a la hemostasia de los vasos es necesario poner compresas en forma de tapón y cuando persiste la hemorragia el equipo de salud utiliza un balón de látex insuflado de solución estéril para asegurarse que el cuerpo del uterino permanezca en su lugar anatómico inicial, paralelamente administraron fluidos líquidos, hemoderivados y retracto uterinos; evolución clínica es satisfactoria, no mostrando complicaciones; fue retirado el balón de Bakri a la permanencia de 24 horas. (11)

1.3.2 Bases Teóricas

a. Shock hipovolémico

El shock es un evento que aparece después de la pérdida masiva de sangre, compone importante de volumen dentro del sistema circulatorio, su funcionalidad es cardiaca y respiratoria, cuando disminuye los componentes de la sangre en forma aguda, no cumple sus funciones que es llevar oxígeno a las células y tejidos del organismo, ocasiona daño en los parénquimas y por ende en la función celular, además existe carencia de nutrientes celulares; todo este proceso es repercutido en la regulación de la presión arterial ocasionando hipotensión, así mismo la función cardiaca es alterada provocando taquicardia de compensación y difícil percepción del pulso, existe la presencia de poca perfusión en tejidos lo que ocasiona disminución del volumen urinario, disminución de la alerta en el estado de conciencia del paciente, aparición de palidez marcada, diaforesis, baja temperatura en los dedos, y demora en el llenado capilar. Cuando hay retraso en el tratamiento del cuadro clínico va empeorando la condición de la paciente, existiendo el riesgo de morbilidad materna y fetal. (12)

b. Inversión Uterina

Concepto

La inversión del útero, es una patología obstétrica que radica un cambio brusco de la posición las paredes uterinas, la cara que inicialmente era interna se posiciona en la parte exterior y el útero se invagina como si fuera un dedo de guante, este evento ocurre generalmente en tercer periodo del parto.

En la antigüedad esta patología fue erróneamente nombrada como prolapso, en los años 460-370 antes de Cristo. Hipócrates fue el primero en reconocerlo adecuadamente; más adelante en los años 200 después de Cristo, Sorano de Éfeso lo define claramente y concluye que es ocasionada por la tracción del cordón umbilical hacia fuera del útero, más adelante Avicenna, de Arabia en los años 980-1037 después de Cristo explica que existen diferencias entre el prolapso y la inversión uterina, al transcurrir el tiempo Ambrosio Paré en el siglo XVI, lo reconoce al prolapso genital como una patología ginecológica y no obstétrica. (13)

Etiología (14)

Factores predisponentes:

Condición patológica:

1. Cordón corto, menos de 30 centímetros.
2. Alteraciones venidas de los cromosomas.
3. Pared uterina adelgazada.
4. Inflamación del endometrio permanente.
5. Placenta insertada en la región fúndica del útero.
6. Extensión exagerada del útero.
7. Parto rápido.
8. Incremento del peso de la placenta.
9. Placenta adherida anormalmente en el útero.
10. Presencia de tumoraciones en el útero.
11. Presencia de alteraciones musculares en la pared uterina.

Condiciones funcionales del útero

1. Útero disfuncional.
2. Pierde elasticidad el componente anatómico del útero.
3. No existe tono uterino.
4. Inexistencia de contracción en el lecho placentario.

Factores precipitantes:

1. Retiro manual de la placenta adherida.
2. Incremento de presión sobre el abdomen.
3. Inadecuada conducción del tercer periodo del parto.
4. Presión sobre el fondo uterino.
5. Tensión en el cordón umbilical.
6. Uso indiscriminado de oxitócicos.

Epidemiología

La patología se presenta de acuerdo al número de partos:

A nivel mundial 1: 20 000 y 1: 25 000 casos. (15)

Europa existe 1 patología en 1 860 partos eutócicos y 1 caso en 3 737 partos distócicos. (16)

En América Latina – Colombia 1: 5 000 partos. (17)

En Lima Perú 1: 7 000 registrados en el Hospital María Auxiliadora. (18)

En Huánuco 1: 1,358 ocurrido en el año 2017 registrados en el Hospital Regional Hermilio Valdizán. (19)

Factores de riesgo

Entre los factores que llevan a sufrir un daño en la salud de la parturienta y de presentarse un evento de emergencia obstétrica se encuentra la conducción inadecuada del tercer periodo del parto o alumbramiento, la conducta de retirar inapropiadamente el cordón umbilical antes de tiempo aún con la placenta implantada y el útero sin contracción, incrementa la posibilidad de una inversión uterina; la existencia de otros condicionantes como la aplicación de maniobras peligrosas para la extracción de la placenta con la mano del operador, cordón corto y cuando la placenta se encuentra insertada invadiendo el miometrio pero sin pasarlo, podrían llevar a causar esta emergencia obstétrica. (20)

Fisiopatología

La evidencia que el útero no se encuentra en su ubicación anatómica de normalidad, la vejiga desciende de su ubicación, el útero se ubica en retropulsión aparente, la presencia del signo de Fromel, la palpación de trompas de Falopio paralelos al útero, la tensión exagerada de los ligamentos útero sacros, llevan a sospechar de que el útero no está en su lugar, dando pase a una inversión del órgano, esta inerte con abundante sangrado; ante la protrusión del órgano por la vagina existe la posibilidad de regresarlo inmediatamente, si hubiera contracción uterina disminuye la posibilidad de sangrado y su manejo sería menos compleja. (21)

Patogenia

El musculo uterino necesariamente tiene que tener la condición de contracción, si no está en esa condición es fácil que presente inercia en el fondo se diagnostica cuando existe depresión exagerada al palpar la zona, el siguiente paso es disminución de la acción fibrilatoria la cual permite la invaginación del útero. (22)

Clasificación

En la clasificación se tienen en consideración elementos de relación, tiempo y extensión todos relacionados con el proceso del parto. Los periodos del parto son tres: dilatación, parto, puerperio que es inmediato donde ocurren la mayor frecuencia y los casos clínicos crónicos se presentan en puerperio mediato. Elemento relación: Las inversiones crónicas generalmente están relacionadas por la presencia de tumores benignos o malignos, pólipos del endometrio, sarcomas en el útero y en el cérvix, cáncer en la capa endometrial.

Elemento tiempo: transcurrido desde el parto hasta la inversión, considerado aguda el primer día, subaguda después del primer día hasta los veintiocho días, y luego pasa a la cronicidad.

Elemento extensión: grados I se denomina así cuando el cuerpo del útero llega hasta el cérvix, grado II cuando se invagina la parte fúndica del útero hasta el anillo de Bant, pero no atraviesa los genitales externos, grado III si rebaza y sale por los genitales externos y grado IV si la inversión es de todo el útero y además es acompañada de la región fúndica de la vagina, apreciándose de color violación el útero por hipoxia. (23)

Diagnóstico

La inversión uterina aguda cursa con abundante hemorragia, la semiología obstétrica practicada a la mujer corresponde a una hemorragia masiva obstétrica con compromiso hemático y neurogénico grave. En el examen clínico obstétrico se observa una masa circular primariamente de coloración rojiza que luego puede tornarse violácea que sobresale o no por el introito vaginal, cuando realizan la palpación en el abdomen no encuentra el fondo uterino.

La inversión uterina crónica se manifiesta con el sangrado vaginal irregular y la presencia de fluidos vaginales, la parturienta refiere sentir "presencia tumoral en la vagina", algunos de los signos clínicos evidencian un útero invaginado de forma piriforme ocupando la vagina, se observa de coloración rojo oscuro, suave al tacto y propenso a sangrar, a nivel del cuerno del útero el ostium uterine no puede ser visualizado, a nivel cervical se puede palpar un anillo circular denominado abertura externa, y es indicativo que todo el istmo del cuello uterino no se ha invertido, en caso lo este no se palparía el anillo de constricción y se percibe una superficie lisa hasta el saco de Douglas, al examen abdominal superior no se palpa el cuerpo uterino en su lugar anatómico; entre los signos evidentes se encuentra la hemorragia, hipogastrio doloroso, ausencia de fondo uterino y presencia invaginada de una masa lisa que atraviesa el cérvix; debido a la hemorragia masiva aguda sobreviene un choque hipovolémico, y/o choque neurogénico por estimulación del nervio vago; aún con la presencia clínica semiológica el diagnóstico clínico es complejo. (24)

Diagnóstico diferencial

Existen patologías con un comportamiento semiológico parecido a esta patología, siendo así es necesario diferenciarlas del leomioma en las primeras semanas de gestación, sobresalientes del endometrio, rendimiento del útero de su ubicación inicial, cáncer de útero estrangulado y neoplasia de cérvix. (25)

Patología directamente relacionada

Placenta acreta o adherida

La invasión del músculo uterino en el momento de la nidación más allá de lo permitido como normalidad es designada como acretismo de placenta. La presencia de este evento patológico donde la implantación de la placenta es anormal lleva a que se presenten problemas al momento del alumbramiento causando la adherencia en el útero, en la práctica de alumbramiento espontáneamente debe desprenderse la placenta, pero cuando existe fallas es la implantación se dificultará este proceso y al ser forzado se tiene el riesgo de que el útero se invierta con la placenta aún adherida en forma inusual, actualmente puede ser diagnosticada durante el desarrollo del embarazo, con el apoyo de técnicas de diagnóstico por imágenes, cuando no se realiza ese diagnóstico durante el embarazo, se hace perceptible durante el alumbramiento, actualmente la presencia del acretismo placentario es tratado con una histerectomía uterina. (26)

Manejo

El profesional de salud que recibe esta emergencia deberá de activar la clave roja donde es de imperiosa necesidad la reposición inmediata del volumen

sanguíneo que está perdiendo la paciente, este componente debe incluir fluidos cristaloides, hemoglobina y derivados plasmáticos, es importante el manejo del dolor intenso que acompaña a esta emergencia ya que puede provocar un reflejo vagal y consecuentemente un paro cardio respiratorio, que sea manejado por un especialista anestesiólogo; paralelamente el operador de salud experimentado deberá reponer el útero a su ubicación normal y mantenerlo el acompañante debe de iniciar el proceso de administración de fármacos propios para la patología como el sulfato de magnesio, ritodrina y terbutalina, nitroglicerina. Cuando el útero es repuesto a su posición anatómica normal y es retirada la placenta o partículas restantes, debe ser suspendido los fármacos relajantes uterinos para dar inicio a contracciones del útero, evitar sangrado por atonía uterina, y una nueva inversión uterina; pudiera presentarse un cierre abrupto del anillo en el cuello del útero lo cual impediría la reposición del útero a pesar de la administración de la medicación, esta situación conlleva a técnicas quirúrgicas como una laparotomía de corrección o a la histerectomía abdominal del útero. (27)

Tratamiento

Las acciones de habilidades y destrezas que se utilizaban fueron descritas por primera vez por Johnson en el año 1949, describiendo como el operador pone en el fondo del útero la mano y es desplazada hacia la parte superior de la sínfisis del pubis y realizando presión hacia la cicatriz umbilical, esta presión ejercida en los ligamentos uterinos debería corregir la inversión uterina, actualmente se mencionada su desuso. Otra acción es O'Sullivan,

donde es administrada en el útero suero fisiológico, llegando hasta la región fúndica y como consecuencia volver a su posición inicial, apoyado con la posición Trendelenburg de la mujer puérpera, luego se sugerían taponamiento en la vagina por tiempo prolongado hasta que el útero repuesto se mantenga en su lugar y contraído. La técnica Huntington, fue por primera vez mencionada en el año 1928, donde se ejerce tracción sostenida desde el fundus uterino hasta el anillo de inversión. Técnica Haultin descrita en el año 1901, con similares características a la anterior a excepción de la incisión en la parte posterior del cuello uterino para la apertura del anillo comprimido. La técnica Spinelli utiliza un abordaje en la vagina donde se realiza un corte en la parte invertida del útero para dar lugar a la reducción del anillo de constricción y reponer. Técnicas quirúrgicas abdominales como la histerectomía, si no es posible la reposición mediante las técnicas mencionadas con anterioridad, o se presentara una +útero atónico o necrosis de tejidos tras la reposición. (28)

c. Puérpera inmediata

Tiene su origen etimológico en puerperium del vocablo latino. Se denomina a la etapa comprendida desde que sale la placenta hasta las primeras 24 horas; siendo de mayor énfasis las primeras 2 horas. (29)

Adolescentes

La Organización Mundial de la Salud, conceptualiza a partir del segundo decenio de vida que va desde los 10 a los 19 años; los datos estadísticos muestran a nivel mundial la presencia de 1 600 millones de adolescentes, representando al 30% de la población total.

Este organismo calcula para el año 2025 que serán 2 000 millones. En Latino américa, este grupo etáreo llega a los 148 millones equivaliendo al 30% de pobladores en esta región. (30)

d. Shock neurogénico

Se considera cuando el tono vascular que lleva la sangre se estanca a nivel terminal, ocasionada por accidente anestésico o traumatismo nervioso intenso, ocurriendo vasodilatación aguda diseminada, disminución del volumen circulante de sangre, disminución generalizada de la perfusión tisular, presencia de shock, reduciendo el gasto cardiaco lo cual ocasiona hipotensión sistémica, lesión celular y falla multiorgánica. (31)

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2. OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo general

Conocer las complicaciones y el manejo clínico del shock hipovolémico por inversión uterina en una puérpera inmediata adolescente, Huánuco, 2018.

2.1.2 Objetivos específicos

- Identificar las complicaciones generadas por el shock hipovolémico por inversión uterina en la puérpera inmediata adolescente.
- Describir el manejo clínico del shock hipovolémico, inversión uterina, y shock neurogénico en la puérpera inmediata adolescente.

2.2 CASO CLÍNICO

“Inversión uterina en puérpera inmediata, Huánuco – 2018”.

Historia clínica

Identificación

Apellidos y nombres: N.N.

Edad: 19 años

N° Seguro: SIS 140-2—74978765

Religión: católica

Lugar de nacimiento: Concha marca – Huánuco.

Lugar de procedencia: asentamiento humano Alfonso Ugarte Alta.

Distrito actual: las Moras.

Dedicación: ama de casa

Nivel educativo: media completa.

Viene acompañada: sí.

Hoja perinatal

a. Antecedentes obstétricos

Gesta: primigesta.

Paridad: primípara de parto vaginal.

Fecha: 28 de febrero del año 2018

Recién nacido vivo 3.4 kilogramos, sexo masculino

Periodo intergenésico: corto

Lactancia materna: Si

Lugar de parto: establecimiento de salud.

b. Antecedentes familiares y personales

Presentó: malaria año 2005

Niega patologías anteriores

Niega familiares con patologías

c. Datos generales

Peso: 57 kilogramos Talla: 1.60 centímetros.

Antitetánica: tres dosis.

Tipo de sangre: Grupo "O" Rh positivo

No fuma no consume drogas

Fecha de ultima menstruación: 28 de mayo del 2017

Ecografía: feto único de 32 semanas. Parámetros ecográficos
fetales normales.

Fecha probable de parto: 05 de marzo del año 2018

Fecha de emergencia: 28 de febrero del año 2018

Niega violencia de género

Examen clínico en atención prenatal: normal

d. Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina: 12 gramos por decilitro 28 enero 2018

Hemoglobina: 08,3 gramos por decilitro 28 febrero 2018

Hemoglobina: 07,2 gramos por decilitro 02 marzo 2018

Glicemia: normal

RPR: No reactivo

Examen completo de orina: normal 18 enero 2018

Examen seriado para hepatitis: normal 28 febrero 2018

Motivo de referencia

El día 28 de febrero del año 2018 a las 21:40 minutos, puérpera inmediata es ingresada al servicio de emergencia del Hospital de Huánuco, en estado de shock hipovolémico, lleva vía permeable de cloruro de sodio al nueve por mil no se obtienen datos de la paciente; llega con útero invertido y placenta aún adherida.

Funciones vitales:

Frecuencia cardiaca: 110 por minuto.

Temperatura: 36,9 grados centígrados.

Frecuencia respiratoria: 25 por minuto.

Presión arterial: 60/39 milímetros de mercurio

Exploración física:

Ectoscopía: palidez marcada de piel y mucosas.

Mucosas: pálidas.

Cabeza: normo céfalo

Tejido celular subcutáneo: no edemas.

Cuello: normal.

Linfático: no adenopatías.

Respiratorio: normal.

Cardiovascular: ritmo cardíaco rítmico, buena intensidad, no soplos.

Abdomen: No se palpa el útero por el abdomen.

Genitales Externos: Se observa placenta adherida a útero invertido, con abundante sangrado activo.

Miembros inferiores: diferido.

Diagnóstico:

1. Inversión uterina
2. Shock hipovolémico
3. Shock neurogénico

Plan de Trabajo:

1. Pasa a sala de operaciones
2. Apertura una vía más endovenosa de cloruro de sodio al 9 por ciento de mil centímetros cúbicos a chorro
3. Transfusión de 02 unidades de paquete globular
4. Toma de muestras para laboratorio en sala de operaciones

Exámenes auxiliares:

1. Hemoglobina: 6,1 gramos por decilitro
2. Abastados: 01 por ciento.
3. Plaquetas: 101,000 por 10 milímetros cúbicos
4. Grupo y factor: "O" Rh positivo
5. Tiempo de protrombina: 26 segundos.
6. Tiempo parcial de tromboplastina: 42 segundos.
7. Tiempo de coagulación: 6 minutos 30 segundos
8. Tiempo de sangría: 3 minutos
9. Inmunoserología: negativo.
10. Inmunocromatografía: negativo.

Post quirúrgico: Puérpera es sometida a histerectomía subtotal, más extirpación de la trompa de falopio izquierda por: Inversión uterina, placenta adherida al útero, presenta anemia aguda por perdida

sanguínea y se colocan dos unidades de paquete globular, y balance hidroelectrolítico positivo.

Paciente es trasladada a Cuidados Intensivos en condición estable, sin sangrado vaginal según reporte.

Reporte de la Unidad de Cuidados Intensivos:

La paciente en los días siguientes se encuentra en regular estado general, estable, balance hídrico positivo, con micción funcional, no defeca, no ingiere alimentos; vía permeable y quejumbrosa; funciones vitales estables, medición de oxigenometría normal, extrasístole ventricular normal.

Mamas blandas con escasa secreción de calostro, abdomen blando muy doloroso, herida operatorio no sangrante; no se evidencia sangrado vaginal.

Diagnóstico:

1. Puérpera post operada de histerectomía por inversión uterina y placenta adherida.
2. Puérpera inmediata.
3. Anemia severa

Tratamiento Farmacológico:

1. Dextrosa 5por ciento 1 000 centímetros cúbicos.
2. Hipersodio: 2 ampollas.
3. Kalium: 1 ampolla.
4. Metamizol: 1 ampolla.
5. Diclofenaco: 1 ampolla.

6. Cefazolina: 1 ampolla de 1 gramo cada 8 horas endovenosa.
7. Paquete globular: 02 unidades.
8. Hierro sacarato: 1 ampolla endovenosa.

Fechas de hospitalización en UCI:

01. Marzo del año 2018 evolución favorable, cumple tratamiento.
02. Marzo del año 2018 evolución favorable, cumple tratamiento.
03. Marzo del año 2018 evolución favorable, cumple tratamiento.
04. Marzo del año 2018 evolución favorable, cumple tratamiento.

Condiciones de alta:

Consejería de planificación familiar.

Consejería de lactancia materna exclusiva.

Descarte de violencia familiar.

Epicrisis:

Diagnóstico de contra referencia: histerectomía sub total más salpingectomía izquierda por Inversión uterina, placenta adherida a útero, shock hipovolémico. Exámenes auxiliares realizados: hemograma completo, examen completo de orina, pruebas bioquímicas, pruebas cruzadas sanguíneas. Condición de alta favorable. Tratamiento farmacológico: cefalexina 500 miligramos vía oral durante 72 horas, paracetamol 500 miligramos en tres tomas por día.

Actualmente la paciente se encuentra estable, lucida orientada en tiempo espacio y persona, con anemia leve, en proceso de mejora.

2.3 DISCUSIÓN

La puérpera adolescente, cuyo segundo embarazo con un periodo intergenésico corto menos de dos años, hemoglobina en 10.5 gramos por decilitro prácticamente considerada anemia leve, con sólo cuatro atenciones prenatales y una sola ecografía obstétrica durante todo el embarazo indudablemente son factores de riesgo que llevaron a pasar por desapercibido la presencia de una placenta acreta o adherida, por consiguiente presenta una emergencia obstétrica ; donde concuerda con la investigación de los investigadores Tosal B, Pasto R, manifestando que existe factores predisponentes relacionados con la inversión uterina.

El shock hipovolémico provocado por una inversión uterina puerperal en adolescente, es un cuadro obstétrico grave que requiere de un rápido diagnóstico y manejo inmediato para disminuir las complicaciones asociadas. Dado que se trata de un cuadro relativamente raro, se requiere un alto grado de sospecha frente a una paciente que se presenta durante el tercer estadio del parto con dolor, hemorragia severa y una masa que protruye o no por la vagina, complicándose con un shock neurogénico por la torsión de nervios en la zona. En el caso clínico que se presenta, la paciente presenta dolor y compromiso hemodinámico, lo que lleva inmediatamente a ser transferida a un hospital de capacidad resolutive, se inicia un soporte hemodinámico intensivo, dado la cuantía de la hemorragia, y se administran relajantes uterinos para poder reposicionar el fondo uterino con la técnica de Johnson. A pesar de que la inversión uterina puerperal es infrecuente, es importante reconocer el cuadro clínico a tiempo y contar con un equipo multidisciplinario

para su manejo, ya que además del manejo obstétrico, se requiere la participación de anestesistas para el soporte hemodinámico, analgesia y relajación uterina, todo lo encontrado en el presente trabajo académico está relacionado por los investigadores Borges R, Díaz F, Rodríguez O, et al; y Paulina Parra, Rodrigo Sedano, Sofía Peña, et al., ambos terminaron en histerectomía y con un cuadro de anemia severa.

2.4 CONCLUSIONES

1. Identificamos las complicaciones generadas por la presencia del shock hipovolémico por inversión uterina en la puérpera adolescente, siendo el shock neurogénico, y anemia aguda posterior a la hemorragia, ocasionada por el sangrado moderado y masivo ocurrido en la emergencia obstétrica, lo cual fue manejada según los estándares determinados en el protocolo de atención del Ministerio de Salud y es referido a un funciones Obstétricas y Neonatales de mayor complejidad.
2. Describimos el manejo clínico del shock hipovolémico con dos unidades de paquete globular para transfusión sanguínea inmediata; la inversión uterina ocasionada por placenta acreta fue manejado mediante una histerectomía total, posterior a la reposición uterina, y el shock neurogénico fue manejada clínicamente por el anestesiólogo en sala de operaciones del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán, que categoriza en Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales, atendida por Médicos Especialistas Gineco Obstetras con los estándares indicados en el protocolo para atención del Ministerio de Salud.

2.5 RECOMENDACIONES

En la convención de la Federación de Sociedad de Ginecología y Obstetricia, con representación de las diversas sociedades de Gineco Obstetras y la Federación de Matronas, arriban acuerdos de importancia en cuanto a la reducción de las hemorragias post parto, entre ellas la utilización del alumbramiento dirigido; esto ha sido un avance muy importante y también ha traído una serie de accidentes obstétricos al momento de la tracción del cordón umbilical en el alumbramiento, sobre todo cuando existe patología pre existente como el caso de adherencia placentaria, estos accidentes pueden llevar a la inversión uterina y sus consecuencia negativas como el shock hipovolémico, seguido de anemia aguda y shock neurogénico; por tal motivo recomendamos a los Profesionales Gineco Obstetras y Obstetras, detección temprana y oportuna en la atención prenatal de riesgos obstétricos con exámenes complementarios (ecografías, exámenes de laboratorio, etc.)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 González A, Garrido N, Losa M, et al. Inversión uterina total: reposición mediante expresión manual del cuerpo uterino por vía laparotómica. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete, España; 2011.
- 2 Vugt V, Baudoin P, Blom V, et al. Inversión uterina puerperal. Rev. Acta Obstet Gynaecol Scand. 1981; 60: 353-62.
- 3 Vázquez J. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones de hemorragias posteriores al parto: La inversión aguda del útero puerperal. Rev. Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. 2009; pp. 71-89.
- 4 You W, Zahn A. Hemorragia posparto: Placenta anormalmente adherida, inversión uterina puerperal y hematomas. Rev. Clin Obstet Gynecol. 2006; 49 (1): 184-97.
- 5 De Dios M, Gilart P, Palomo R, et al. Atención inmediata ante una emergencia: La inversión uterina. España. 2017; p.2.
- 6 Canchila C, Laguna H, Paternina A, y et al. Prevención de la hemorragia postparto. Cartagena: Universidad de Cartagena – Colombia; 2009.

-
- 7 Chumbe O, Cajas A, Ramírez I, et al. Inversión uterina. Lima: Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas en Perú. 2012; pp. 62-63.
 - 8 Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Huánuco: Ministerio de Salud del Perú; 2017.
 - 9 Borges R, Díaz F, Rodríguez O, et al. Inversión uterina puerperal subaguda grado II. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2016; (2) 9.
 - 10 Tosal B, Pasto R. Inversión Uterina puerperal: Análisis de un caso y revisión de literatura médica Hospital Universitario Santo Joan. España, Alicante; 2016.
 - 11 Parra P, Sedano R, Peña S, et al. Inversión uterina puerperal: Reporte de un caso. Rev. Obstetricia y Ginecología. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2008; 3 (1): 27-30.
 - 12 Malvino E. Shock hemorrágico en obstetricia. Buenos Aires, Argentina. 2010; p. 57.
 - 13 Balart C, Rodríguez A, López R, et al. Inversión uterina puerperal crónica. Presentación de un caso. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2014 [citado 2018, 16 de mayo]; 40 (1) ISSN 0138-600X. [revista en Internet]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v40n1/gin10114.pdf>.

-
- 14 Murguía A. Inversión uterina. Costa Rica. 2017; p. 12.
- 15 You W, Zahn A. Hemorragia posparto: Placenta anormalmente adherida, inversión uterina puerperal y hematomas. Rev. Clin Obstet Gynecol. 2006; 49 (1): 184-97.
- 16 De Dios M, Gilart P, Palomo R, et al. Atención inmediata ante una emergencia: La inversión uterina. España. 2017; p.2.
- 17 Canchila C, Laguna H, Paternina A, et al. Prevención de la hemorragia postparto. Cartagena: Universidad de Cartagena de Colombia; 2009.
- 18 Chumbe O, Cajas A, Ramírez I, et al. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas: Inversión uterina. Lima, Perú. 2012; pp. 62-63.
- 19 Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Huánuco: Ministerio de Salud del Perú; 2017.
- 20 You W, Zahn A. Hemorragia posparto: Placenta anormalmente adherida, inversión uterina puerperal y hematomas. Rev. Clin Obstet Gynecol. 2006; 49 (1): 184.
- 21 Arando C, Broutin A, Maicnet I. Inversión Uterina. Rev. Médica de Costa Rica. XXVI (416) 45-50; 1969; p. 46.

-
- 22 Arando C, Broutin A, Maicnet I. Inversión Uterina. Rev. Médica de Costa Rica. XXVI (416) 45.:50; 1969; p. 48.
- 23 Rodríguez J, Calderón A, López L, et al. Inversión uterina puerperal crónica: presentación de caso y revisión de la literatura. Rev. Colomb Obstet Ginecol. 2005; 56 (3):249-55.
- 24 Van P, Baudoin P, Blom M, et al. Inversión uterina puerperal. Rev. Acta Obstet Gynaecol Scand. 1981; 60: 353-62.
- 25 Rodríguez A, Calderón P, López A, et al. Inversión uterina puerperal crónica: Presentación de caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 56(3):249-55.
- 26 James C, Aguilar A, Garaycochea O. Placenta acreta en paciente sin antecedentes quirúrgicos uterinos. Rev. Perú. ginecol. Obstet. 2015; 61 (2): 12-16.
- 27 Parra P, Rodrigo M, Peña S, et al. Inversión uterina puerperal: Reporte de un caso. Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2008; 3 (1): 27-30.
- 28 Borges R, Díaz F, Rodríguez O, et al. Inversión uterina puerperal subaguda grado II. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2016; (2) 9-10.

-
- 29 Protocolo de atención del puerperio fisiológico. Lima: Ministerio de Salud del Perú. 2017; p.119.
- 30 Patpatian J. Rol de los padres en la educación sexual de sus hijos. ACUPS. Montevideo- Uruguay [seriada en línea] 2004. Disponible en la URL: <http://www.panamae.com/edusexual.pdf>. Consultado marzo 17,2012.
- 31 Vaccaro M. Fisiopatología Shock. Buenos Aires, Argentina. 2017; p. 27.