



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A  
LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**

**CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA DE 27 AÑOS DE  
EDAD CON PARTO EUTOCICO E INVERSION UTERINA**

**AUTORA**

**MARILY JANETH ROMÁN CASERES**

**TUTOR**

**DR. FRANCISCO VILLACRES**

**BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR**

**2022**

## ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO .....	3
II. DEDICATORIA.....	4
III. TEMA.....	5
IV. RESUMEN .....	6
V. ABSTRACT .....	7
VI. INTRODUCCION .....	8
1. MARCO TEORICO.....	9
1.1. DEFINICION.....	10
1.2. CAUSAS PREDISPONENTES A INVERSION UTERINA .....	10
1.3. ETIOLOGÍA .....	11
1.4. CLASIFICACION DE LA INVERSION UTERINA .....	11
1.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	12
1.6. DIAGNOSTICO .....	12
1.7. TRATAMIENTO.....	12
1.8. JUSTIFICACIÓN .....	16
1.9. OBJETIVOS .....	17
1.9.1. Objetivo general.....	17
1.9.2. Objetivos específicos .....	17
1.10. DATOS GENERALES .....	18
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	18
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA .....	18
2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE .....	19
2.3. ANAMNESIS .....	20
2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA.....	21
2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	23
2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	
2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	25
2.8. SEGUIMIENTO .....	27
3. OBSERVACIONES .....	31
4. CONCLUSIONES.....	35
5. BIBLIOGRAFÍA .....	36
6. ANEXOS .....	38

## **I. AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por bendecir mi vida, por guiarme en el transcurso de mi formación profesional, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Agradezco a mis docentes, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión, de manera especial, al Dr Francisco Villacres tutor de este caso clínico a presentar quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente, además quiero agregar que durante el camino de este laborioso sueño hecho realidad mi mayor inspiración han sido mis hijos a quienes les debo ser ejemplo de formación.

## **II. DEDICATORIA**

Dedico este proyecto investigativo en primer lugar a Dios, a mis padres por haberme dado la vida, a mi esposo, mis hijos pues gracias a ellos me permitio llegar hasta este momento dónde termina mi ciclo de formación e inicia mi vida profesional gracias a todo lo aprendido

### **III. TEMA**

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA DE 27 AÑOS DE  
EDAD CON PARTO EUTOCICO E INVERSION UTERINA”**

#### IV. RESUMEN

La inversión del útero es una complicación muy grave de la tercera etapa del trabajo de parto. Su adecuada gestión y, sobre todo, el diagnóstico precoz por parte de la matrona ayuda a reducir la incidencia de las complicaciones de esta obstetricia emergencia (Pastor, 2006).

Una de las complicaciones del parto eutocico es la inversión uterina condicion obstetrica que no suele presentarse con mucha frecuencia, pero es grave, descrita asi por el (Dr. Idalberto Martín Clavijo Balart D. A., 2014) como una emergencia obstétrica relacionada con las complicaciones del tercer estadio del parto que necesita tratamiento inmediato, habitualmente quirúrgico.

**.Palabras clave:** inversion uterina, puerperio, hemorragia posparto.

## **V. ABSTRACT**

Inversion of the uterus is a very serious complication of the third stage of labor. Its proper management and, above all, early diagnosis by the midwife helps reduce the incidence of complications from this emergency obstetrics.

One of the complications of eutocic delivery is uterine inversion, an obstetric condition that does not usually appear very frequently, but is serious, thus described by Dr. Idalberto Martín Clavijo Balart as an obstetric emergency related to third-stage complications of childbirth that needs immediate treatment, usually surgical.

Keywords: uterine inversion, puerperium, postpartum hemorrhage.

## VI. INTRODUCCION

La labor de parto inicia con las contracciones uterinas irregulares de intensidad variable, que reblandecen el cérvix y comienzan a borrarlo y dilatarlo. Como el trabajo de parto progresan las contracciones y aumentan su duración, su intensidad y su frecuencia. (Artal-Mittelmark, 2019).

Un parto normal eutócico simple sin ninguna complicación presente inicia su primera etapa con la dilatación y borramiento del cuello uterino, pasando a su etapa dos cuando se ha cumplido o llegado a la dilatación máxima de 10 cm y 100% borramiento, y ha logrado descender a través del canal de parto el producto se procederá a producir la expulsión del mismo, luego en su tercer etapa se producirá el alumbramiento de la placenta y anexos, siendo este momento sumamente crucial para presentarse alguna complicación posible, en este caso se presenta una condición muy poco frecuente denominada inversión uterina.

Por su parte, la inversión uterina como una emergencia obstétrica rara en la que el cuerpo del útero protruye por la vagina o más allá del introito. Esta condición, sucede cuando se tracciona con demasiada fuerza el cordón umbilical en un intento por extraer la placenta o la masiva presión sobre el fondo uterino durante el alumbramiento, un útero flácido e implantación anormal de la placenta. (Julie S. Moldenhauer, 2020)

Se presenta el caso de una paciente de 27 años de edad con gran paridad la cual durante el tercer periodo del parto presenta una complicación poco común denominada inversión uterina que se vuelve una atonía uterina una vez corrigiendo la inversión, la cual

debido a los niveles de hemoglobina con los que ingresa al parto, volviéndose un shock hipovolémico que requiere transfusión de hemoderivados ORh (-).

## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1. DEFINICION**

El parto eutócico es un parto normal, que transcurre sin complicaciones desde el inicio al final del mismo. Además, el parto se realiza por vía vaginal, y no es necesario la intervención instrumental para ayudar al producto a nacer (Consulting, 2022) .

Por su parte para el nacimiento del producto deben llevarse a cabo las 3 etapas del parto en la que por lo general durante el alumbramiento o inmediatamente después del mismo suelen presentarse diferentes complicaciones que no pueden ser detectables antes de suceder (Md Raul Artal-Mittelmark, 2021).

Una de esas complicaciones es la inversión uterina, siendo está de poca frecuencia pero una de las más graves del tercer estadio del parto que pone en peligro la vida de la parturienta, consiste en un cambio de disposición de sus paredes, la cara interna se convierte en externa y el órgano se invagina en forma de dedo de guante. (Robinson Borges Fernández, Inversión uterina puerperal subaguda grado II, 2016)

### **1.2. CAUSAS PREDISPONENTES DE LA INVERSION UTERINA**

Se mencionan las siguientes causas según algunas investigaciones bibliográficas de la **(Dra. Sofía Amenábar, 2022)**:

- Extracción manual de placenta
- Tracción del cordón en el alumbramiento
- Presión inadecuada sobre el fondo uterino
- Placenta ácreta
- Brevedad real de cordón
- Anomalías congénitas de la pared uterina

- Inserción fúndica de la placenta
- Parto de fetos macrosómicos
- Tumores uterinos

### 1.3. ETIOLOGÍA

Tabla de descripción de la etiología de la inversión uterina según (DR SANCHEZ ANDRES MAGYO, 2015)

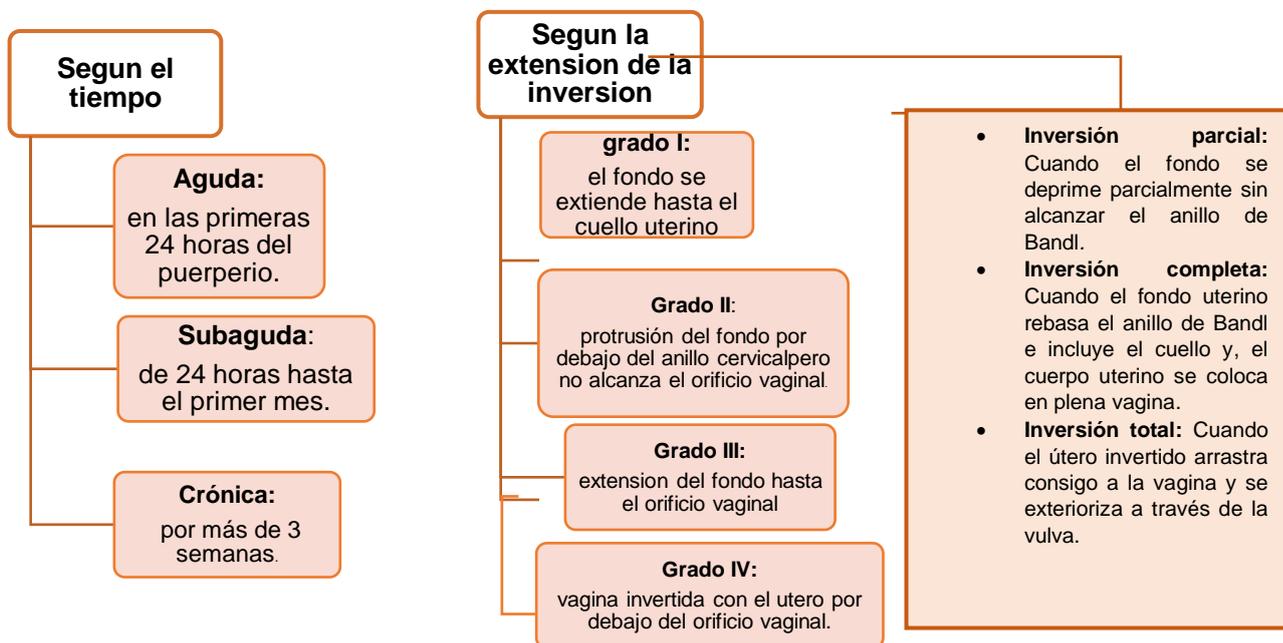
NO PUERPERALES	PUERPERALES	IDEOPATICAS
Tracción exagerada del cordón umbilical durante la tercera etapa del parto.	Tumores benignos o malignos del cuerpo del útero, comúnmente miomas submucosos.	Únicamente un 8%
Presión fúndica excesiva.	Pólipos endometriales, sarcomas uterinos y cervicales.	
Cérvix, istmo y útero relajados	Cáncer endometrial y mujeres de avanzada edad	
Placenta acreta		
Cordón umbilical corto		
Extracción manual		
Malformaciones uterinas congénitas		
Uso intraparto de sulfato de magnesio u oxitocina		
Primiparidad con expulsivos rápidos despues		

de una fase de dilatación rápida
Primipara con analgesia epidural o parto instrumental

**Table 1:** (DR SANCHEZ ANDRES MAGYO, 2015)

### 1.4. CLASIFICACION DE LA INVERSION UTERINA

La inversión uterina se clasifica considerando varios aspectos, entre los cuales figura su relación con el parto, el tiempo y la extensión de la inversión. (Robinson Borges Fernández, Inversión uterina puerperal subaguda grado II, 2017)



**Gráfico 1:** (Robinson Borges Fernández, Inversión uterina puerperal subaguda grado II, 2017).

## **1.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS**

En la fase inicial según (Alberto Zabaleta) de la inversión, llama la atención en primer lugar:

- Hemorragia.
- Dolor
- Hipotensión
- Taquicardia
- Lipotimia o el shock

Siguiendo su curso con hemorragia, dolor y shock, pudiendo ser hipovolémico o neurogénico. El shock provoca hipotensión y taquicardia debido a la gran pérdida sanguínea que se produce y a la respuesta neurológica secundaria a la tracción de los nervios peritoneales y del ligamento ancho, causado por la inversión del útero (Enf María Isabel De Dios Pérez, 2017).

## **1.6. DIAGNOSTICO**

El diagnóstico es clínico, luego del alumbramiento se procederá a revisar la cavidad vaginal si la paciente presenta algún signo o síntoma que puede ser sospecha que hay una inversión uterina presente. (Jorge A. Rodríguez, 2018).

### **Examen abdominal:**

- Ausencia del fondo uterino o presencia de un defecto obvio del fondo al momento de la palpación abdominal. (Dra Richa Saxena, 2014).

### **Examen bimanual:**

Permite confirmar el grado del prolapso

- Sangrado profuso a través del canal cervical.
- Palpación del fondo uterino en el orificio cervical o en el introito vaginal.

- En una inversión completa se palpa la pared del fondo en el segmento uterino inferior y en el cuello uterino. (Dra Richa Saxena, 2014)

### **Imagenología:**

**Ecografía:** En cortes transversales puede visualizarse una masa hiperecoica en la vagina con una cavidad central hipoecoica con forma de H y en los cortes longitudinales se observa una depresión longitudinal en forma de U desde el fondo uterino a la parte interior (Dr Enrique González-Díaz, 2007) .

**Resonancia magnética:** es igual al de una ecografía, sin embargo, son mucho más confiables que el de una ecografía normal. (Dra Richa Saxena, 2014)

El diagnóstico prequirúrgico de la inversión uterina crónica es difícil y generalmente se realiza intraoperatoriamente. Se deben tener en cuenta los siguientes diagnósticos diferenciales: (Jorge A. Rodríguez, 2018)

- Prolapso de mioma uterino submucoso
- Tumor mulleriano o prolapso de sarcoma uterino pediculado
- Cáncer de cuello uterino
- Prolapso útero vaginal

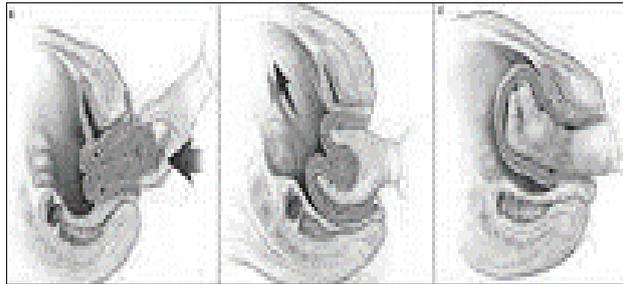
### **1.7. TRATAMIENTO**

El tratamiento de la inversión puerperal debe ser manejado agresivamente con líquidos y sangre si está dispone.

**Agentes farmacológicos:** Anestesia general como el halotano, tocolíticos relajantes mas utilizados como el sulfato de magnesio o terbutalina y antibioticos profilacticos. (Adriana P. Calderón MD)

## TECNICAS DE MANEJO CONSERVADOR DE UNA INVERSIÓN UTERINA

- **Maniobra de Johnson:** Consiste en tomar el útero invertido y empujarlo a través del Cervix, ejerciendo la presión en dirección del ombligo, hasta alcanzar la posición anatómica (Dr. Rodolfo Andrino, 2008)



**Figura. 1.** Técnica de Johnson. (Steemit, 2017)

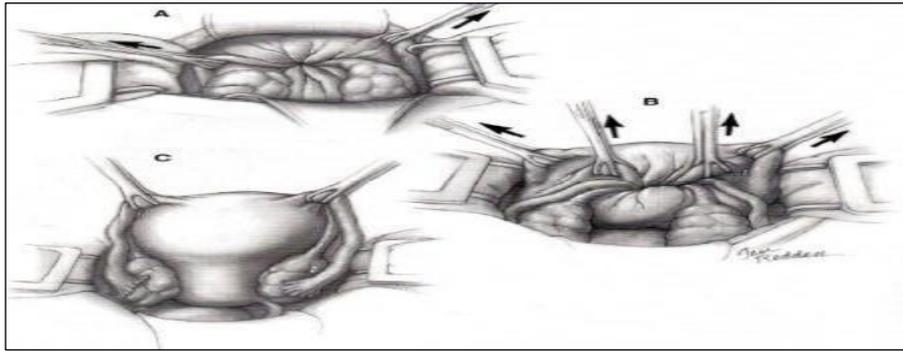
- Maniobra de O' Sullivan:** consiste en colocar a la paciente en posición de Trendelenburg, ocluir la vagina y perfundir con suero fisiológico hasta que el fondo uterino vuelva a su posición inicial (Obst. Estibaliz Laga, 2016)



**Figura. 2.** Técnica de O' Sullivan (DR SANCHEZ ANDRES, 2015)

## PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

- **Procedimiento de Huntington:** consiste en la tracción de los ligamentos redondos y el útero para restablecer la anatomía normal



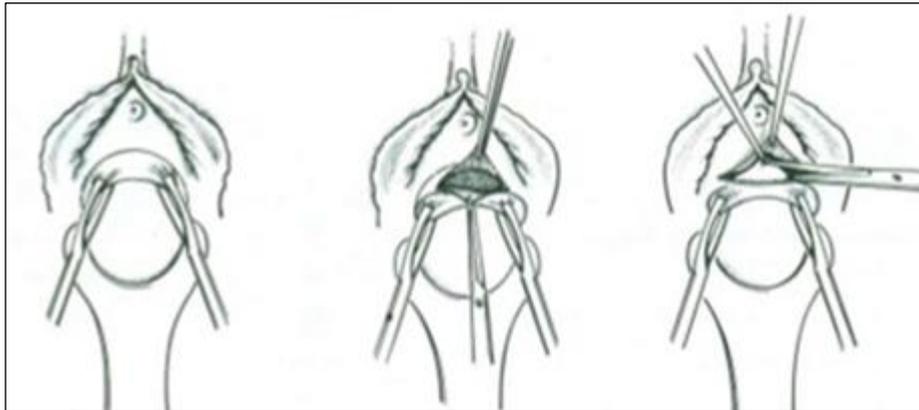
**Figura. 3.** Procedimiento Huntington (Toalombo Eugenio, 2016).

- **Procedimiento de Haultain:** para pacientes con deseo de paridad, el cual se realiza si hay fracaso en la técnica de Huntington; consiste en incidir el anillo cervical por vía vaginal y posteriormente se reposiciona el útero por tracción fúndica vía abdominal (Adriana P. Calderón MD).



**Figura. 4.** Procedimiento Haultain (Dr. Idalberto Martín Clavijo Balart D. A., 2014).

- **La técnica de Spinelli:** Se realiza por vía vaginal mediante una incisión mediana en la parte invertida del útero hasta reducir el anillo de constricción (Adriana P. Calderón MD).



**Figura. 5.** Técnica de Spinelli. (Steemit, 2017).

## **1.8. JUSTIFICACIÓN**

La siguiente investigación se enfatiza específicamente en conocer sobre las complicaciones Durante el tercer periodo del parto o alumbramiento que no tienen precedentes algunos, como es la patología poco frecuente denominada inversión uterina debido a varios procesos mal ejecutados durante el alumbramiento o patología pre existentes que desencadenan a la misma.

Así, la presente investigación permitirá mostrar los procesos adecuados para diagnosticar o detectar de manera oportuna cualquier patología que exista durante el alumbramiento, ya que en un parto normal es impredecible detectar complicaciones antes del alumbramiento o durante el trabajo de parto, por ello este proceso investigativo da a conocer un caso clínico desencadenado en el hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.

## **1.9.OBJETIVOS**

### **1.9.1. Objetivo general**

- Conocer sobre una de las complicaciones que no se pueden predecir y que se presenta con poca frecuencia durante la tercera etapa del parto o alumbramiento.

### **1.9.2. Objetivos específicos**

- Determinar el correcto diagnóstico de las complicaciones postparto.
- Prevenir estadios que se desencadenan después de una inversión uterine si no es corregida a tiempo y de la manera adecuada.

### 1.10. DATOS GENERALES

	<b>HOSPITAL MARTIN ICAZA</b>
Nombres completos: <b>XXX</b>	Sexo: <b>Femenino</b>
Cedula de identificación: <b>0940521858</b>	Edad: <b>27 a</b>
Fecha de nacimiento: <b>1/07/1994</b>	Estado civil: <b>unión libre</b>
Nacionalidad: <b>Ecuatoriana</b>	Ocupación: <b>Ama De Casa</b>
Nivel de estudio: <b>Primaria</b>	Raza: <b>Mestiza</b>
Dirección: <b>Babahoyo recinto La Huaquillas</b>	Religión: <b>Católica</b>
Nivel sociocultural/económico: <b>bajo</b>	Hospital:  Martin Icaza
Fecha de ingreso: <b>03/03/2021</b>	FUM: <b>18/06/2020</b>

**Fuente. Tabla.2.** Datos extraídos de la Historia clínica de la paciente.

**Figura.6. Imagen foto.** (123RF, 2022).

## **2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO**

### **2.10. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente de 27 años de edad acude por emergencia tras presentar dolor tipo contráctil de moderada intensidad acompañado de eliminación de tapón mucoso de aproximadamente 24 horas de evolución.

## 2.11. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

<b>Antecedentes patológicos personales</b>		no refiere
<b>Antecedentes patológicos familiares</b>		no refiere
<b>Antecedentes quirúrgicos</b>		no refiere
<b>Alergias</b>		no refiere
<b>Hábitos</b>		Ninguno
<b>Antecedentes Gineco-Obstétricos</b>	<b>Menarquia</b>	12 años
	<b>Ciclos Menstruales:</b>	Regulares 5 días
	<b>Inicio de vida sexual:</b>	Años
	<b>Planificación Familiar:</b>	Ninguna
	<b>Parejas sexuales:</b>	2
	<b>Gestas: 4</b>	<b>abortos: 1</b>
	<b>Partos 3</b>	<b>cesáreas 0</b>
	<b>Fecha de la última menstruación:</b>	18/06/2020
	<b>Controles prenatales del embarazo actual:</b>	5
	<b>Ecografías:</b>	1
	<b>Edad gestacional:</b>	37 semanas por FUM 37,6 por eco
<b>Papanicolaou:</b>	Ninguno	

**Tabla. 3.** Datos extraídos de la historia clínica de la paciente.

## **2.12. ANAMNESIS**

Paciente de 27 años de edad acude a consulta por emergencia tras presentar dolor tipo contráctil de moderada intensidad acompañada de eliminación de tapón mucoso de más o menos 24 horas de evolución.

Al examen físico según maniobras de Leopold producto único vivo cefálico longitudinal con frecuencia cardíaca fetal en 139 latidos por minuto.

Al tacto vaginal dilatación 4 cm, borramiento de 40 %, plano I, membranas íntegras, pelvis útil.

### 2.3. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Se detalla de la exploración de la paciente en la siguiente figura:

**Figura 7. General:** Consciente, orientada.

<b>Cabeza</b>	Normocefalica: conjuntivas rosadas, mucosas orales húmedas.
<b>Cuello</b>	Sin adenopatía
<b>Tórax</b>	Expansibles pulmones: ventilados Corazón: rítmico audible
<b>Abdomen</b>	Globoso: útero gestante, AFU: 34 cm, feto cefálico, FCF 139 lpm. Contracciones: 2/10min/20 mmHg, movimientos fetales presentes.
<b>Región inguinal</b>	Tacto vaginal: Cérvix dilatado 4cm, borrado 40%, membranas intactas, plano I.
<b>Extremidades</b>	No edemas

Fuente: Figura 7 (Docslide, 2022). Tabla 4.

Datos extraídos de la historia clínica de la paciente.

Al momento del ingreso reporta un **SCORE MAMA DE 0** a razón de los siguientes valores:

**Tabla 5.** Score mama Valores de referencia:

Clasificación del score mama	Parámetros en paciente
Sístole	126 mmHg
Diástole	85 mmHg
FC	98 lpm
FR	20 rpm
T	36.0 °C
Sat.	99 %
Estado de conciencia	CONCIENTE
PROTEINURIA	(-)

## 2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso

Ecografía obstétrica	Producto único vivo para 37.4 semanas de gestación circular de cordón simple.
----------------------	---

**Tabla. 6.** Datos extraídos de la historia clínica de la paciente.

EXÁMENES DE LABORATORIO	
Leucocitos	# 14.50
Neutrófilos	# 12.54
Linfocitos	# 7.3
HGB:	7.1
HCTO	21
PLT	175

**Tabla. 7.** Datos extraídos de la historia clínica de la paciente.

<b>GASES ELECTROLÍTICOS SANGUINEOS</b>	
Sodio	115
Potasio	7.4
Cloro	98
<b>GASOMETRÍA</b>	
Ph	6.9
pCO <sub>2</sub>	52.1 mmHg
pO <sub>2</sub>	47 mmHg
Bicarbonato	11.4 mmol/L
base exceso	20.6 mmol/L
Lactato	9.47 mmol/L
VIH	no reactivo
VDRL	negativo
Tiempos de coagulación	TP: 11.8      TTP 32.2
Grupo sanguíneo	ORH -

**Tabla. 8.** Datos extraídos de la historia clínica de la paciente.

## **2.5.FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO**

El diagnóstico clínico de esta patología poco frecuente que se presenta durante el periodo posnatal se lo diagnostica a través de los síntomas presentes que refiere la paciente, a través del examen físico abdominal y bimanual; y estudios de imagen complementarios en caso de ser difícil su diagnóstico, en el cual en este caso presuntamente se lo diagnosticamos a simple vista como un prolapso de la pared anterior vaginal. Pocas ocasiones se lo confunde con prolapso de sarcoma, prolapso de mioma uterino submucoso o un cáncer de cuello uterino.

De acuerdo a la clínica evidentemente a través del examen físico y la observación rigurosa se logra definir como una complicación pos natal presente durante el tercer periodo del parto como una inversión uterina debido a la salida de la pared uterina por fuera del introito vaginal.

## **2.6.CONDUCTA A SEGUIR**

Paciente que ingresa por emergencia luego de valoración gineco-obstetrica para que se lleve a cabo un parto cefalovaginal si no se presentan otras complicaciones.

Debido a como se está desencadenando el trabajo de parto debe ser valorada por obstetricia cada hora hasta que llegue a el momento del nacimiento del producto, se produce aparentemente el parto a las 18:11 horas bajo normas de asepsia y supervisado por ginecólogo, se obtiene producto de sexo femenino con Apgar de 8 al minuto de nacido sin complicación neonatal.

Se coloca una ampolla de oxitocina 10 UI intramuscular inmediatamente después de la expulsión del producto para proceder al tercer periodo del parto que consiste en el alumbramiento de la placenta bajo tracción y contracción del cordón umbilical. En este momento se observa una inversión uterina por lo que la conducta a seguir principalmente es activar la clave roja con una pérdida hemática de más de 500 cc cuantificada con funda retrocecal.

Se realiza colocación manual de útero, mediante la maniobra de Johnson, pero no se obtiene respuesta a pesar de realizar procedimiento debido a que se produce una inmediata atonía uterina aun luego de la administración de uterotonicos como la oxitocina 40 unidades en solución salina al 0.9 % en 1000 cc a 40 gotas por minuto, misoprostol 800 mg vía rectal y ergometrina 0.2 ml Intramuscular al momento, al momento pérdida hemática de 1500 cc

Al activar la clave roja debido a los niveles de hemoglobina con los que ingresa se requiere transfundir 2 unidades de glóbulos rojos; canalizar doble vía periférica para administrar lactato de ringer en bolo de 1000 cc y un segundo lactato de ringer de 1000 cc a 60 gotas por minuto, colocar sonda vesical y TANN, además de ácido tranexámico 1gr intravenoso en bolo al momento. Se debe realizar procedimiento quirúrgico.

### **LAPARATOMIA EXPLORATORIA**

se realiza incisión abdominal tipo inframedio umbilical bajo normas de asepsia y antisepsia, no sede útero hipotónico por lo que se aplica técnica B- lynch mas salpingectomia, se logra corrección de complicación.

## **2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

Se han descrito una serie de factores que desencadenen inversión uterina que relacionan condiciones patológicas del útero y las funciones del útero, entre la mayor incidencia se encuentra la retención y acretismo placentario, mal manejo del tercer estadio de la labor de parto. En muchas ocasiones puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo presentes (Toalombo Eugenio, 2016).

En el área de emergencia destinado para pacientes ginecológicas se valora si la paciente está con labor de parto en fase activa para ser ingresada sin embargo en este tipo de paciente se realiza excepciones, la cual se procedió al ingreso debido a su multiparidad encontrándose en fase latente evaluando el bienestar materno fetal. Debido a lo imprescindible de las complicaciones del tercer estadio del parto o de la misma labor se necesitó de valoraciones de otras especialidades médicas para la resolución del problema. No se puede determinar una inversión uterina antes de la misma, pero si se debe estar preparado ante cualquier situación.

## **2.8. SEGUIMIENTO**

Paciente de 27 años de edad que fue sometida a parto eutócico complicado con inversión uterina resuelta con maniobra de Johnson y atonía uterina que se realizó procedimiento quirúrgico denominado laparotomía exploratoria con técnica de B – Linch que resuelve dicha complicación.

- Debe ser valorada minuciosamente debido a posteriores complicaciones a presentarse, es valorada por dos especialidades, ginecología y medicina interna ya que luego de la primera hora posquirúrgica aún no se transfunden las 2 unidades de glóbulos rojos ya que no cuentan con tipo ORH (-) en la unidad hospitalaria. Considerándose así un shock hipovolémico que debe ser valorada por medicina interna, presenta luego de la primera hora posquirúrgica un score mama de 11 a razón de TA 75/50 mmHg. FC 157 x, FR 24, T° 34.6 °, C SPO2 98% en estado alerta.

### **VALORACION MEDICINA INTERNA**

Refiere que se debe administrar sales de hidratación, complejo B 100 mg 2 ampollas diluido en 200 ml de solución salina intravenosa por día, igualmente hierro 2 ampollas de 100mg diluidas en 200ml de solución salina por día y eritropoyetina 50 cc vo o iv al momento.

Debido a que se mantienen hipotensión y taquicardia se administrara deprovera 200mg diluido en 250 ml dextrosa al 5%in a 30 ml/h según respuesta más ondasetron 8 mg intravenosa dosis única. Se encuentra con diagnóstico de shock hipovolémico.

Se mantiene bajo vigilancia de medicina interna en unidad ginecológica para resolución de shock hipovolémico, en la unidad debido a que no se posee hemoderivados ORh negativos no se realiza transfusión de los mismos.

Se recibe resultados de gasometría arterial a las 5 horas post operatoria encontrando los siguientes valores PH: 6.9, NA 115, PO2 47, PCO2 52, K 7.49, HCO3 9. BE -19. Dando como diagnostico acidosis metabólica por lo que se insiste el traslado de la paciente a tercer nivel. Se administra bicarbonato de sodio 20 ampollas diluidas en 250 ml de cloruro de sodio en bolo; además de 1 ampolla de gluconato de calcio cada 8 horas.

### VALORACION POR GINECOLOGIA

Se recomienda valoración de score mama debido a los valores previamente presentado:

	<b>3:00</b>	<b>03:30</b>	<b>4:30</b>	<b>6:30</b>
<b>TA</b>	121/72	90/72	95/71	95/68
<b>FC</b>	126	119	144	105
<b>FR</b>	25	22	28	20
<b>T°</b>	35.6°	36.2°	37	36.1
<b>SPO2</b>	98%	99%	98%	96%
<b>ESTADO DE CONCIENCIA</b>	A	A	A	A
<b>PROTEINURIA</b>	(-)	(-)	(-)	(-)
<b>PUNTAJE</b>	5	1	6	1

Dentro de cada valoración se encuentra la diuresis horaria dentro de los valores normales.

- Aproximadamente a las 12 horas de estadía hospitalaria se logra la transfusión de hemoderivados, se realiza nueva valoración encontrándose la paciente consciente, con diuresis normal, por lo que se recomienda exámenes de laboratorio dentro de los cuales se

encuentran hematología, TP, TPT, urea, creatinina, LDH, GASES ARTERIALES NA, K CL. Se logra establecer score mama que ya se encuentra en 0, con loquios hemáticos escasos. Se inicia con antibioticoterapia con metronidazol 500mg intravenoso cada 8 horas, ceftriaxona 1gr intravenoso cada 12 horas. Omeprazol 40 mg intravenosa 1 dosis, además de una nueva valoración por medicina interna y transfusión de 1 unidad de sangre debido a que la hemoglobina se encuentra en 9.6 gr /dl.

### **VALORACION DE MEDICINA INTERNA**

Paciente que se encuentra estable con score mama en 0 presenta los siguientes resultados de laboratorio L: 14.650 N: 86%, Hcto: 27, HGB: 9.6, PLT: 121; GLUCOSA: 127, AST: 28, ALT 8, LDH 413, TP: 16, TPT: 44; por lo que se indica lo siguiente continuar con antibiótico terapia, ácido tranexámico cada 12 horas. Hierro intravenoso 100mg diario.

### **GINECOLOGIA**

- A las 24 horas paciente se encuentra bajo antibiótico terapia sin complicación por lo que le diagnostica como posparto más hemorragia posparto que supera shock.
- A las 36 horas la paciente se encuentra hospitalizada únicamente para cumplir con antibiótico terapia
- A las 48 horas se administra ketorolaco 60 mg intravenoso debido a que paciente refiere cefalea leve, score mama 0.
- A las 72 horas se valora alta médica bajo los siguientes resultados de exámenes de laboratorio HGB: 12, plaquetas 161, no leucocitosis ni neutrofilia. Se envía a casa con cefalexina vía oral 500mg cada 6 horas por 7 días, paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días. Seguimiento en unidad de salud de primer nivel.

### **3. OBSERVACIONES**

En una unidad de salud de menor complejidad se presenta el caso de inversión uterina en el tercer periodo del parto, dicha es de poca frecuencia y nada predecible, por lo que en este documento se explica las razones o factores que llegan a desencadenar una inversión uterina y sus complicaciones en la salud de la parturienta.

Se llevó a cabo la revisión de diferentes fuentes de información basadas en artículos científicos publicados en revistas de la especialidad de gineco obstetricia.

Además, se resalta el desenvolvimiento de los especialistas ante estas situaciones aun sin contar con los elementos necesarios para la resolución del caso, sin embargo y muy probable que este tipo de caso se presente en las pacientes ginecológicas que no se podría llegar a resolver el cuadro clínico si se continúa con la falta de implementos de salud y la poca respuesta de los traslados a unidades de mayor capacidad resolutiva.

#### **4. CONCLUSIONES**

La inversión uterina al ser una patología poco frecuente y poco predecible es una de las mayores causas de complicaciones que pueden llevar a la muerte de la paciente debido a que el sangrado que provoca luego o durante su corrección es de alto volumen.

Es sumamente importante conocer sobre las medidas de prevención de complicaciones en el manejo activo de la tercera etapa del parto.

Así mismo, se debe restringir el uso de inducción o conducción del parto ya que puede ser causante de complicaciones aún mayores durante este proceso.

Es mejor capacitar a los nuevos profesionales en casos de inversión uterina ya que al no ser frecuente su presencia es mucho más llamativo para la formación académica.



## 5. Bibliografía

1. (2022). 123RF. [https://es.123rf.com/photo\\_70085943\\_perfil-de-la-mujer-sin-rostro-ic%C3%B3nico-dise%C3%B1o-gr%C3%A1fico-de-vector.html](https://es.123rf.com/photo_70085943_perfil-de-la-mujer-sin-rostro-ic%C3%B3nico-dise%C3%B1o-gr%C3%A1fico-de-vector.html).
2. Adriana P. Calderón MD. (s.f.). Inversión uterina puerperal crónica. *Revista colombiana de ginecología y obstetricia*.
3. Alberto Zabaleta. (s.f.). inversion uterina obstetricia. <file:///C:/Users/Admin/Downloads/1824-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3881-1-10-20161221.pdf>.
4. Artal-Mittelmark, D. R. (2019). Manejo del trabajo de parto normal. *manual msd*.
5. Consulting, D. (2022). *Revista reproducción asistida*.
6. Docslide. (2022). <https://dokumen.tips/documents/form-008.html>.
7. Dr Enrique González-Díaz. (2007). Inversión uterina puerperal. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-inversion-uterina-puerperal-13109617#:~:text=La%20tr%C3%ADada%20diagn%C3%B3stica%20de%20la,ocurren%20durante%20la%20inversi%C3%B3n5>.
8. DR SANCHEZ ANDRES. (2015). <https://es.slideshare.net/naujp/inversin-uterina-51695361>.
9. DR SANCHEZ ANDRES MAGYO. (2015). *inversion uterina*. <https://es.slideshare.net/naujp/inversin-uterina-51695361>.
10. Dr. Idalberto Martín Clavijo Balart, D. A. (2014). Inversión uterina puerperal crónica. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
11. Dr. Idalberto Martín Clavijo Balart, D. A. (2014). Inversion Uterina puerperal cronica . *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*.



12. Dr. Rodolfo Andrino, D. J. (2008). Inversión Uterina Secundaria a Legrado por Aspiración de Embarazo. <https://www.revistamedica.org/index.php/revcog/article/download/509/419>, 4.
13. Dra Richa Saxena. (2014). *Periodo posnatal* . China: Amolca.
14. Dra. Sofía Amenábar. (2022). *hemorragias del alumbramiento*. <https://slideplayer.es/slide/1552910/>.
15. Enf María Isabel De Dios Pérez. (2017). Atención inmediata ante una emergencia: La inversión uterina. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/emergencia-inversion-uterina/>.
16. Jorge A. Rodríguez, M. (2018). INVERSIÓN UTERINA PUERPERAL CRÓNICA: PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Revista colombiana de ginecología y obstetricia* .
17. Julie S. Moldenhauer, J. (2020). Inversión uterina. *MANUAL MSD*.
18. Md Raul Artal-Mittelmark. (2021). *Trabajo de parto*. USA: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/parto-normal/trabajo-de-parto>.
19. Obst. Estibaliz Laga. (2016). Actuación en una inversión uterina. Estudio de un caso. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/inversion-uterina-caso-clinico/>.
20. Pastor, B. T. (2006). *Actuación en una inversion uterino*. Alicante: [https://www..net/publication/237488690\\_Actuacion\\_en\\_una\\_inversion\\_uterina\\_Estudio\\_de\\_un\\_researchgate\\_caso](https://www..net/publication/237488690_Actuacion_en_una_inversion_uterina_Estudio_de_un_researchgate_caso).
21. Robinson Borges Fernández, F. D. (2016). Inversión uterina puerperal subaguda grado II. *Revista cubana de obstetricia y ginecologia*.
22. Robinson Borges Fernández, F. D. (2017). Inversión uterina puerperal subaguda grado II. *Revista cubana de obstetricia y ginecologia*.

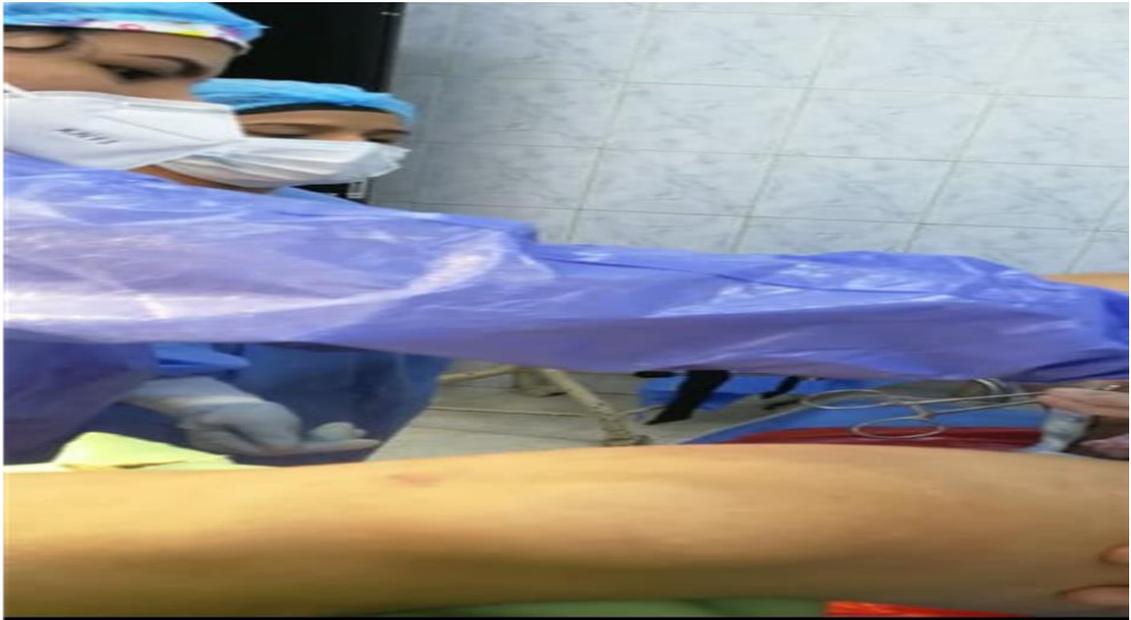


23. Steemit. (2017). *inversion uterina* . <https://steemit.com/stem-espanol/@ari16/complicaciones-hemorragicas-inversion-uterina>.
24. Toalombo Eugenio, G. E. (2016). *UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE MEDICINA ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE: "SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POR INVERSIÓN UTERINA EN SALA DE PARTOS*. Ambato: <https://docplayer.es/74544814-Universidad-tecnica-de-ambato-facultad-de-ciencias-de-la-salud-carrera-de-medicina.html>.

## 6. ANEXOS



**Fotografía 1:** Extracción manual de la placenta donde se evidenció salida parcial del útero.



**Fotografía 2:** Se aplica técnica de B – Linch para resolución de involución uterina, no se logra una visualización clara debido a la prohibición de toma de evidencias fotográficas.