

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



INVERSION UTERINA

(Revisión de 19 Casos de 1955 a 1973 en el
Hospital Roosevelt de Guatemala.)

TESIS

JUAN ROBERTO CASTRO BASTEGUIETA

Guatemala, Mayo de 1974.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. GENERALIDADES
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. RESULTADOS
- V. CONCLUSIONES
- VI. RECOMENDACIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA

GENERALIDADES

DEFINICION

Se denomina Inversión Uterina al descenso del fondo del útero dentro de su cavidad en grado variable, pudiendo ocupar el cuerpo, itsmo, cuello, vagina, llegando en ocasiones a exteriorizarse a través de la vulva. (2)

Generalmente se produce durante el periodo del alumbramiento o inmediatamente después del mismo, (Inversión Puerperal), manifestándose con un cuadro agudo. Las formas crónicas y las que en su patogenia responden a causas no obstétricas son de excepcional frecuencia.

INCIDENCIA

Los diferentes autores reportan diferentes cifras de incidencia, así tenemos:

Gosende	1 en 1,500 partos (2)
Barbato	1 en 40,000 partos (2)
Schwarcz	1 en 100,000 partos (1)

Como se puede apreciar, las estadísticas varían entre márgenes tan amplios, que la incidencia depende del lugar - donde se haya efectuado el estudio.

ETIOLOGIA

La Inversión Uterina puede clasificarse como Tocogénica y Ginecogénica. (2, 3, 5)

La Inversión Uterina Tocogénica, puede ser Espontánea, Accidental o Idiopática.

1. ESPONTANEA:

Es aquella que se produce cuando la causa predisponente se encuentra en el útero, así:

- a) Existe una causa predisponente, sin la cual la Inversión Uterina difícilmente se puede producir; ésta es la "atonía" del útero después de evacuado el feto.
- b) Quienes admiten la existencia de la Inversión Uterina "espontánea", aceptan que en la zona de inserción placentaria la pared muscular uterina es más débil, con atonía localizada, por lo que su zona periférica se contraería con más intensidad, sobre todo cuando actúan ocitócicos administrados paulatinamente a la paciente.

2. PROVOCADAS O ACCIDENTALES.

Son aquellas que se producen cuando es mal atendido

el período del alumbramiento y es de carácter latrogénico.

Para la existencia de una patogenia "accidental", otros autores consideran que debe coexistir:

- a) Factores predisponentes: Adherencia patológica de la placenta, brevedad del cordón, miometrio debilitado constitucionalmente o a través de la coexistencia de la patología agregada (metritis crónica, tumores, etc.) o intervenciones uterinas reiteradas. Se trataría de pacientes hipotónicas, mesenquinolábiles.
- b) Entre los factores determinantes se contarían principalmente la "incorrecta atención del período de alumbramiento", siendo esta la más importante, tales como tracciones bruscas del cordón, Maniobra de Credé incorrecta o efectuada con hipotonía del miometrio, extracción manual de la placenta sin haber logrado previamente su desprendimiento total. También podrían determinar la Inversión Uterina los aumentos bruscos de presión intraabdominal producidos por tós o vómitos intensos. A veces, no obstante, la Inversión se produce espontáneamente sólo por el peso de la placenta.

3. IDIOPATICA:

Es aquella en la cual no se puede determinar la existencia de ningún factor etiológico.

La Inversión Uterina Ginicogenética es debida en general a tumores uterinos (pólipos, miomas, etc.) pediculados y con implantación en el fondo uterino del que traccionan a manera de riendas originando la inversión, que responde en su evolución a la forma crónica.

CLASIFICACION

La Inversión Uterina puede clasificarse en cuatro grados: (fig. 1)

PRIMER GRADO: Depresión del fondo sin alcanzar el cuello, a modo de "fondo de Botella".

SEGUNDO GRADO: El fondo del útero llega al cuello del útero.

TERCER GRADO: El fondo franquea el cuello y llega a la vulva.

CUARTO GRADO: Cuando el útero se exterioriza de la vulva.

Otra clasificación usada frecuentemente es la que a-

grupa las inversiones uterinas en: (fig. 2)

LOCAL: Cuando se trata de pequeñas porciones de la pared uterina.

PARCIAL: Cuando la porción invaginada desciende hasta el anillo de Bandl.

INCOMPLETA: Cuando llega hasta el orificio externo del cuello uterino.

COMPLETA: Si sobrepasa el cuello y penetra en la vagina.

TOTAL: Cuando se exterioriza totalmente el útero invertido.

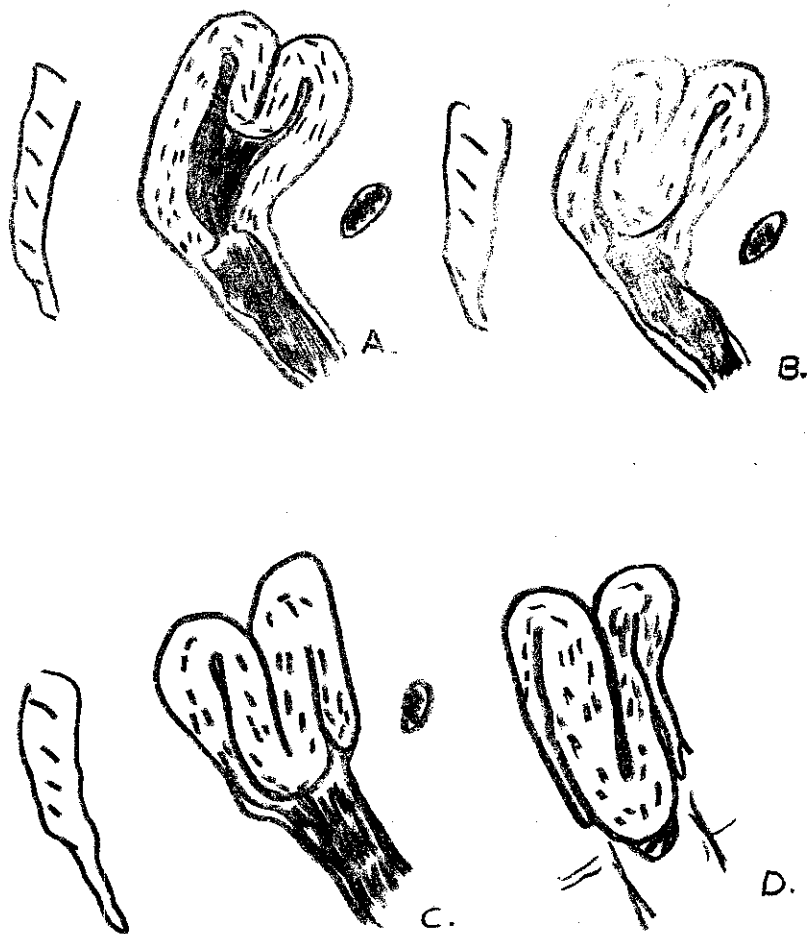


Fig. 1

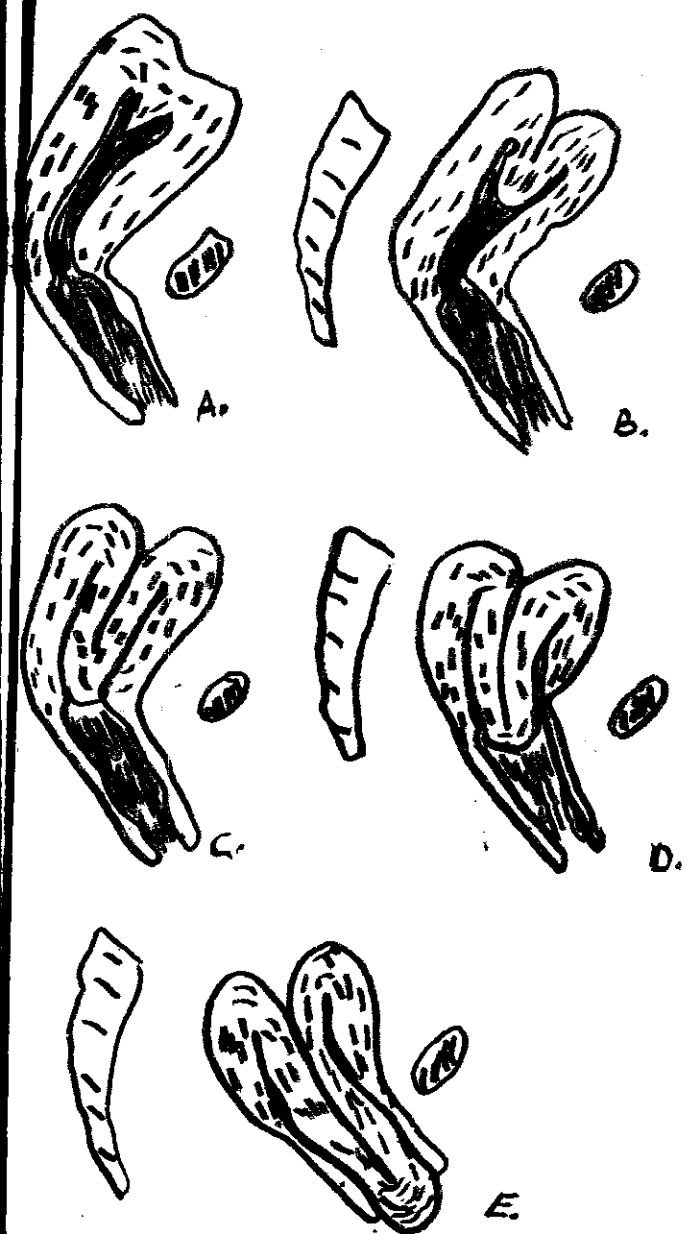


Fig. 2

Kellog agrupa las Inversiones Uterinas de acuerdo al tiempo transcurrido desde el accidente y a la presencia o no del anillo cervical: (4)

INVERSION AGUDA: Es aquella en la cual no se ha formado aún el anillo cervical.

INVERSION SUBAGUDA: Es la inversión uterina en la que ya se ha formado el anillo cervical pero cuyo tiempo de evolución no supera los 30 días.

INVERSION CRONICA: Cuando la evolución de este cuadro sobrepasa los 30 días, teniendo por supuesto el anillo cervical.

SINTOMAS

- 1) Abdominales: Generalmente se inicia con un dolor agudo en el bajo vientre. A la palpación se observa de inmediato un signo que es excelente conductor de diagnóstico: ausencia del útero (si la inversión es total)
- 2) Signos vaginales: La observación vaginal muestra la presencia de una masa que es el cuerpo del útero, sobresaliendo más o menos según la intensidad de la inversión. Sobre la cara interna del útero puede algunas veces verse todavía la placenta adherida o algunos cotiledones.

En las formas incompletas su saliencia por vía vaginal no es tan evidente y sólo la exploración por el tacto permite percibir al útero invertido.

Entre los signos locales debe mencionarse la hemorragia vaginal.

- 3) Signos Generales: Inmediatamente después de la inversión uterina se instala un cuadro de shock, inicialmente de origen neurogénico por la tracción a que se ven sometidos el peritoneo y los ligamentos uterinos; junto a la hemorragia que generalmente es profusa.

Cuando la inversión uterina se encuentra en los períodos subagudo o crónico, la paciente presentará fiebre, anemia, leucocitosis, infección local, trastornos urinarios, taquicardia, hipotensión, adinamia, etc.

El examen local muestra una secreción vaginal seropulenta y fétida y el tacto nos permite reconocer la tumoración uterina en la vagina y más profundamente el cuello, tan cerrado sobre la masa uterina que no permite la introducción de un dedo entre ambos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las formas clínicas de Inversión Uterina Total, Com-

pleta y aún la Incompleta, no plantean dudas en cuanto a diagnóstico; aún no habiendo asistido nunca a un cuadro como el descrito. En cambio las formas Local o Parcial pueden originar dudas y el cuadro clínico con que se presenta nos podrá hacer pensar en: (5)

- 1) Mioma Submucoso Pediculado: Porque estos protruyen en la cavidad uterina, la superficie de estos tumores muchas veces sangran, se ulceran e infectan; algunas veces la hemorragia es tan profusa que es necesario efectuar histerectomía, aunque sean pequeños.

En tanto que algunos tumores submucosos aún los de gran tamaño son sésiles, otros se pediculizan a consecuencia de la acción repulsiva del músculo uterino y pueden hacer protrusión por el cuello o incluso por la vagina.

- 2) Pólipo Endometrial Sangrante: El pólipo endometrial corriente está formado por tejido endometrial. Estas formaciones pueden ser únicas o múltiples y pequeñas o suficientemente grandes para ocupar la cavidad uterina. El pedículo puede alcanzar una extensión tal que el tumor se proyecte más allá del cuello y en raros casos, más allá del introito vaginal.

En los pólipos de gran tamaño o en los que obstruyen el conducto cervical o vaginal, la hemorragia constituye síntoma casi constante.

- 3) Rotura Uterina: Porque esta va acompañada de dolor, hemorragia y shock.

4) La cabeza de un segundo gemelo.

EVOLUCION

Como es posible imaginar dada la gravedad del cuadro, si el tratamiento no es rápido y eficaz, puede llevar a la muerte de la paciente.

Algunas formas (Local, Parcial, Incompleta, o sea primer y segundo grado y aún el tercer grado), pueden pasar sin diagnóstico inmediato hasta que la infección y necrosis local denuncian su existencia. De lo contrario, pasa a la cronicidad.

Cuando el cuadro es tratado con facilidad y una vez lograda la reposición del útero, deberá mantenerse la vigilancia de la paciente en las horas siguientes, pues están descritas recidivas espontáneas, aún luego de transcurridos varios días del accidente.

PRONOSTICO

La mortalidad informada por diversos autores varía - desde el 10% al 50%, pero debemos dejar consignado que la menor tasa se obtiene cuando este accidente es diagnosticado antes de los 30 minutos de haberse producido.

Además, los tratamientos quirúrgicos a los que se recurre en ocasiones, pueden perjudicar el porvenir obstétrico de la paciente.

Según Schwarcz, la mortalidad es del 16% y las causas son shock, hemorragia aguda o infección local del útero invertido.

TRATAMIENTO

1) Profiláctico:

Consiste en la correcta expectación durante la asistencia del período del alumbramiento. Evitando toda maniobra intempestiva, como tracciones precoces del cordón, fuertes expresiones del cuerpo del útero, etc.

2) Reducción por vía vaginal:

La reducción manual bajo anestesia general profunda, en la inversión aguda es de indicación inmediata pero atendiendo al mismo tiempo el tratamiento del shock, siempre presente. La anestesia debe ser profunda para relajar los anillos de constricción que pudieran existir.

Más no deberá esperarse que la paciente salga de su shock para realizar la reposición manual del útero, pues aquél en su componente neurogénico no mejorará sin haber logrado la reubicación del órgano.

La conducta a adoptar cuando la placenta ha quedado adherida al útero, puede ser discutible. Hay autores que practican el alumbramiento manual y luego la reposición del órgano invertido, pero otros al considerar que el alumbramiento manual agrava la hemorragia y el shock, prefieren rea-

lizar primero la reposición del útero y posteriormente el alumbramiento.

Llevado el órgano a su ubicación normal, generalmente se practica taponamiento intrauterino y columnización de la vagina. Cuando el obstetra opte por el taponamiento uterino y luego proceda a su extracción, ésta deberá realizarse con maniobras suaves y con perfecto control del tono uterino, para evitar la desagradable recidiva del accidente.

La reposición del útero se puede realizar con las siguientes maniobras:

El método que Johnson (2) propugnó, consiste en introducir una mano en la vagina y con la cara palmar sostener la porción invaginada del útero, mientras se trata de elevar la llevándolo hacia la cavidad abdominal. Mientras tanto los otros dedos de la mano se encuentran en uno de los fondos de saco vaginales, mientras que el extremo del pulgar se ubica en el fondo de saco vaginal opuesto.

Esta maniobra de sobre-elevación de la mano con el útero invertido debe mantenerse durante cinco minutos llegando hasta la altura del ombligo, lo que permite que la tensión de los ligamentos uterinos colaboren en la desinvaginación del útero.

La otra maniobra vaginal es colocando la mano lateralmente en la vagina, la cual desinvagina el útero desde la zona cérvico segmentaria, paulatinamente hasta llegar al fondo, manteniendo la presión con la otra mano colocada a través de la pared abdominal sobre el fondo uterino.

La administración de antibióticos y accitócicos, de-

berá seguir rutinariamente a las manibras anteriores.

Por vía vaginal también se intentaba la reducción - por métodos quirúrgicos, actualmente sustituidos por la vía abdominal. Entre estos estaban:

- a) Operación de Spinilli: que consiste en una Colpocérvico-histerotomía anterior total. (2,4,11).
- b) Operación de Kustner-Piccoli: que consistía en una Colpocérvico-histerometría posterior limitada o total. (2,4,11).

3) Reducción por vía abdominal:

- a) No incidiendo el útero: se pretende desinvaginar el útero, traccionándolo con pinzas que hacen presa en el infundíbulo creado por la invaginación. En sucesivos pinzamientos y tracciones, se va restituyendo el órgano a su forma normal. (Técnica de Huntington). (2,6,8,11).
- b) Incidiendo el útero: se practica una cérvico-histerotomía posterior y una vez desinvaginado el útero, se sutura en varios planos (Operación de Haultain). (2,4,6,8)
- c) Excepcionalmente se realiza una Histerectomía - total. (ya sea por vía vaginal o abdominal). (1,2,3,7,11)

COMPLICACIONES

- a) Inmediatas: shock (neurogénico y/o hipovolémico), rotura uterina, rasgaduras del cuello uterino.
- b) Mediatas: anemia secundaria, endometritis, inversión uterina crónica.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo, se revisaron un total de 198,385 partos atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt durante el período comprendido del 15 de diciembre 1955 al 31 de diciembre 1973. De este número se revisaron diecinueve papeletas de Inversión Uterina acaecidas en ese período.

RESULTADOS

1) Incidencia:

Se efectuó una revisión de partos atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt. Se obtuvo la siguiente incidencia, tanto de partos por año, como Inversión Uterina en alguno de estos años, a saber:

CUADRO No. 1

INCIDENCIA

Año	Partos	Casos de Inversión Ut.
1955 (dic./15)	258	0
1956	6,315	0
1957	7,396	0
1958	8,337	0
1959	9,095	1
1960	9,729	1
1961	10,471	1
1962	10,976	1
1963	11,609	0
1964	11,758	0
1965	11,930	1
1966	12,063	3
1967	12,801	3
1968	12,158	0
1969	11,316	2
1970	11,426	4
1971	12,863	2
1972	13,730	2
1973	14,154	2
Totales	198,385	23

Haciendo un total de 198,385 partos atendidos en dieciocho años con dieciseis días; como se puede ver hay un incremento en el número de pacientes atendidos en el Hospital Roosevelt, lo que repercute en el bienestar de la misma población.

NOTA: Hay que hacer del conocimiento que por la incineración de 60,000 papeletas que se efectuó en el Archivo del Hospital Roosevelt, se perdieron cuatro (4) papeletas, las cuales representaban cuatro casos de Inversión Uterina, siendo el total real de veinte y tres casos (23) de Inversión Uterina en dichos dieciocho años.

El número de Inversiones Uterinas fué de veinte y tres casos, lo que nos da 1 CASO por 8,625 partos, o sea un porcentaje de 0.00115 %.

CUADRO No. 2

CONTROL PRENATAL

	No. de Casos	Porcentaje
Asistieron a control	9	47.4 %
No asistieron a control	10	52.6 %

Como en todos los trabajos que se efectúan sobre Obstetricia, nos encontramos que la asistencia a la Consulta Prenatal es muy escasa. En este trabajo, se observó una asistencia de un 47.4% (nueve casos). Mientras que no asistieron un total de diez casos, o sea un 52.6%.

CUADRO No. 3

PROCEDENCIA

	No. de Casos	Porcentaje
Ciudad Capital	17	89.4%
Departamentos de la República:		
Chimaltenango	1	5.2%
Sta. Rosa	1	5.2%

A las pacientes analizadas en el presente trabajo, se les encontró la anterior distribución geográfica de origen, lo cual es lógico ya que la localización del Hospital Roosevelt es en la capital de Guatemala.

CUADRO No. 4

GRUPO ETNICO

	No. de casos	porcentaje
Ladinos	18	94.7%
Indígenas	1	5.2%

Esta es una clasificación muy subjetiva, que irá de acuerdo con el criterio de los oficiales de información encargados de documentar a todos los pacientes que acuden al Hospital.

CUADRO No. 5

E D A D

Edad	No. de Casos	Porcentaje
De 14 a 20	4	21.0%
De 21 a 25	3	15.7%
De 26 a 30	8	42.1%
De 31 a 35	2	10.5%
De 36 a 40	1	5.2%
De 41 a 45	1	5.2%

La paciente de menor edad fué de 16 años y la de mayor edad fué de 43 años. Estando entre los 26 y 30 años el mayor número de pacientes (42.1%)

CUADRO No. 6

P A R I D A D

	No. de Pacientes	Porcentaje
Primíparas	6	31.5%
Secundíparas	3	10.5%
Multíparas	10	52.6%

Se hizo una clasificación en base al número de partos, tomándose: Nullíparas, Secundíparas, Multíparas (3-8 partos).

Como se podrá apreciar, la diferencia entre primíparas y multíparas no es grande, ya que como se verá más adelante la etiología más frecuente de la Inversión Uterina es latrogénica.

CUADRO No. 7

EDAD DE EMBARAZO

	Semanas	No. de Casos	Porcentaje
Embarazos a término	38-42	14	73.6%
Partos Prematuros	27-37	1	5.2%
Ausencia de datos		4	21.0%

Esta determinación de la edad de embarazo se -
llevó a cabo en la mayoría de los casos por edad esti-
mada, ante la imposibilidad de hacerlo por edad cal-
culada por ignorar fechas de U. R. (Última Regla).

Añadido a lo subjetivo de la medición de A. U. ,
no se encuentra ninguna relación de la edad del em-
barazo con el desenlace del parto en una Inversión U-
terina.

CUADRO No. 8
DURACION DEL ALUMBRAMIENTO

	No de Casos	Porcentaje
De 1 a 30 minutos	12	63.1%
De 30 en adelante	2	10.5%
Sin tiempo determinado	5	26.3%

El tiempo PROMEDIO fué de quince minutos (siete casos) y el más corto de ocho minutos. Aunque el tiempo estuvo dentro de los límites normales para un Alumbramiento Natural, el resultado nos demuestra que en ningún caso se efectuó un alumbramiento espontáneo, sino que todos fueron o trataron que fuera un Alumbramiento Natural, traccionando del cordón umbilical, siendo ésta una de las causas que producen la Inversión Uterina (como se verá más adelante).

CUADRO No. 9

COMPLICACIONES EN EL MOMENTO DE LA INVER-
SION UTERINA.

	No. de Casos	Porcentaje
Shock Hipovolémico	10	52.6%
Shock Neurogénico	4	21.0%
Rasgadura del cuello uterino	1	5.2%
Sin complicaciones	4	21.0%

La complicación principal fué el Shock, el cual fué de dos causas: Hipovolémico en diez pacientes y Neurogénico en cuatro pacientes. Siendo en total catorce casos, o sea un 73.6% presentó Shock.

CUADRO No. 10
E T I O L O G I A

	No. de Casos	Porcentaje
Tironeamiento del cordón	15	78.9%
Espontánea	1	5.2%
Idiopática	3	15.7%

Es fácil apreciar que "la mala atención del alumbramiento" es la causa más frecuente de Inversión Uterina y, relacionándolo con el tiempo en el cual se efectuó el alumbramiento (promedio de quince minutos), se puede deducir: 1º) la existencia de estudiantes en entrenamiento es un factor por la falta de experiencia y conocimientos para la atención del parto en general, 2º) Por la inexperiencia hay una precipitación para que se efectuó el alumbramiento.

Los casos que presentaron causa desconocida, son aquellos en los cuales el parto fué atendido por empíricos.

La única que se menciona como espontánea, la causa que se encontró fué: Adherencias de las Membranas.

CUADRO No. 11
CLASIFICACION

Inversión Uterina	No. de Casos	Porcentaje
Total	1	5.2%
Completa	17	89.4%
Parcial	1	5.2%

De los diecinueve casos, diecisiete (89.4%) fueron Inversiones Uterinas Completas; una fué total (caso atendido por comadrona) y una fué Parcial (la que sucedió al efectuar el alumbramiento durante una cesárea).

Haremos a continuación un análisis de las diferentes conductas que se tomaron en la resolución de los casos.

CUADRO No. 12
CONDUCTA ESPECIFICA

	No. de Casos	Porcentaje
Reducción Manual por vía vaginal	17	89.4%
Histerectomía total	2	10.5%

Se practicaron dos Histerectomías de los diecinueve casos, a saber:

A) Pacientes de 39 años; G7 P7 Ab 0. En quinto día post-parto eutócico simple atendido en el Hospital de Escuintla, teniendo como único problema en ese hospital Retención Aguda de Orina. A su ingreso se le encontró Inversión Uterina Total, la cual fué irreductible por vía vaginal (bajo anestesia). Se le mejoró su estado general y se efectuó una Histerectomía Total, egresando al sexto día post-operatorio. Resultado de Patología:

Utero con infarto hemorrágico. Endometrio necrótico.

B) Paciente de 19 años; G3 P3 Ab 0. En noveno día post-parto resultado en su casa, atendido por comadrona. A su ingreso se tuvo la impresión clínica que se trataba de una Inversión Uterina, pero luego, bajo anestesia, al verlo se pensó que era un Fibroleiomioma Pedicular, ya que por palpación abdominal se tocaba el fondo del utero. Con tijera se trató de disecar, pero se cayó a la cavidad abdominal y se observaba el ovario, por lo que se opero encontrándose dos uteros, uno de los cuales estaba invertido. Cada útero tenía una Trompa de Falopio y un Ovario. Se efectuó Histerectomía Total Unilateral del útero invertido. Patología reportó: Metritis Aguda. La paciente egresó al séptimo día post-operatorio.

CUADRO No. 13

ANESTESIA UTILIZADA

Anestésico	No. de Casos	Porcentaje
Ciclopropano	10	52.6%
Eter y Ciclopropano	2	10.5%
Eter	1	5.2%
Fluotohane	1	5.2%
Epidural (durante I. CST)	1	5.2%
No conocido (falta de datos)	3	15.7%

Es importante saber qué anestésico se utilizó en estos casos, ya que se sabe que de los anestésicos que producen mayor relajación uterina son el Eter y el Ciclopropano (C_3H_6), además el fluothane y la combinación del Eter y el Ciclopropano, lo indicado para la reducción de una Inversión Uterina.

CUADRO No. 14

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

	No. de Casos	Porcentaje
Endometritis	4	57.1%
Infección Urinaria	1	14.2%
Anemia Secundaria	1	14.2%
Fiebre desconocida	1	14.2%

Es notoria la baja incidencia de infección (Endometritis: 57.1%), ya que en el 100% de los casos se utilizaron antibióticos.

CUADRO No. 15

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

	No. de Casos	Porcentaje
Primeras 24 horas	1	5.2%
24 horas a 1 semana	16	80.3%
1 Semana en adelante	2	10.5%

La razón de un egreso de todas las pacientes durante su Puerperio Hospitalario (24 horas), está relacionado con la ausencia de complicaciones, el cual fué de un 63.1%. Los dos casos que tardaron más de siete días, fueron pacientes a quienes se les practicó Histerectomía Total.

CUADRO No. 16

CONTROL POST-NATAL

	No. de Casos	Porcentaje
Asistieron a control Post-natal	1	5.2%
No asistieron a control Post-natal	18	94.8%

CUADRO No. 17

LUGAR DONDE SE PRODUJO LA INVERSION UTERINA

	No. de Casos	Porcentaje
Hospital Roosevelt	15	78.9%
Hospital de Escuintla	2	10.5%
En su casa	2	10.5%

MUERTE MATERNA

Ninguna. Reflejo de este resultado es el haber resuelto el problema de la Inversión Uterina con presteza y siguiendo la conducta adecuada.

¹¹CONCLUSIONES¹²

1. En nuestro estudio encontramos que la incidencia de Inversión Uterina es de 0.00115%, es decir, un caso por cada 8,625 - partos.
2. El porcentaje de la asistencia a Consulta Prenatal fué de 47.4%. Esto nos indica que aún no están nuestras pacientes educadas para un buen control, sabiendo que de ésto depende el diagnóstico precoz de muchas complicaciones.
3. Del total de nuestras pacientes, el 89.4% eran originarias del departamento de Guatemala y el 10.4% de los Departamentos de la República. De éstos podemos concluir en que un buen número de problemas son resueltos en dichos Centros y que únicamente lo que es un problema difícil es enviado a este Hospital para que sea resuelto.
4. Según este trabajo, la Inversión Uterina fué más frecuente entre los dieciseis y los treinta años, encontrándose el 73.6%, por lo que creemos que ésto se debe a que es la mejor edad gestacional.
5. Pudimos observar que tanto en primíparas como en multíparas el porcentaje es similar (31.5% en las primeras y 52.6% en las segundas), no llegando a ser una causa coadyuvante de la Inversión Uterina la paridad de la paciente.

6. La edad gestacional, ya sea premadurez o a término, no es causa directa ni indirecta de la Inversión Uterina.
7. Generalmente no se espera un alumbramiento espontáneo, sino que todos tratan de que se produzca un alumbramiento natural, pero en los casos de Inversión Uterina no se tuvo el cuidado de observar clínicamente si ya se había desprendido la placenta y se traccionó desmedidamente del cordón umbilical.
8. En cuanto a la complicación más frecuente observada en el momento en que se producía la Inversión Uterina fué el SHOCK, cuya etiología principal fué la Hipovolemia en un 52.6% y el Shock Neurogénico en un 21%, siguiéndoles las Rasgaduras -- Cuello del Utero.
9. La etiología de la Inversión Uterina fué el tironeamiento del cordón umbilical en un 78.9%, lo que nos demuestra que una de las principales causas de la Inversión Uterina es la mala atención durante el período del alumbramiento.
10. En la resolución de los casos de nuestro estudio, el 89.4% fué resuelto por Reducción Manual por vía vaginal, bajo anestesia general y el resto por Histerectomía Total.
11. Encontramos que del bajo porcentaje de complicaciones que se presentó, la Endometritis fué la que más se observó en un 21% o sea en cuatro pacientes.

12. El tiempo de hospitalización que varió entre 24 horas a una semana, está en relación a la evolución satisfactoria de los casos.
13. Debemos considerar que el índice de mortalidad materna de un 0% es un dato halagador, no obstante las condiciones que estas pacientes presentan en el momento de la complicación del alumbramiento.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario insistir en la asistencia de las pacientes a la consulta prenatal.
2. Una correcta enseñanza y dirección de los estudiantes en cuanto al alumbramiento en sí, e insistir en la importancia que tiene la buena atención del mismo.
3. Preparar a todo médico, para resolver una complicación como es la Inversión Uterina.
4. Una vez decidida la conducta, sea cual fuere ésta, deberá ser llevada a cabo por una persona con experiencia.
5. Hacer conciencia en los médicos rurales, sobre la gravedad que lleva consigo misma una Inversión Uterina.

BIBLIOGRAFIA

- Achard, Arturo y Carreras Roca, Manuel.
Emergencias en tocoginecología, Barcelona, Editorial Rocas,
1972. pp 301-309
- Beck, Alfred. Obstetrical practice. 6 ed. Baltimore, The Wi-
lliams and Wilkins, 1955. pp 811-816.
- Beck, Taylor. Obstetricia. 8 ed. México, Interamericana,
1968. pp 322-325.
- astman, Nicholson. Obstetrics. 11 ed. New York, Appleton-
Century-Crofts, 1956. pp 964-968.
- Guatemala, Hospital Roosevelt. Archivo, 1955-73.
- Halland, Eardley and Bourne, Aleck. British obstetric and gyne-
cological practice. Philadelphia, F. A. Davis, 1955. pp
pp 662, 769-776.
- Lee, Joseph B., The principles and practice of obstetrics. 6 ed.
Philadelphia, W. B. Saunders, 1963. pp 855-859.
- Moragues, Jaime. Clínica obstétrica. 5 ed. Buenos Aires,
El Ateneo, 1950. pp 362-365.
- Novak, Edmundo R. et al. Mioma uterino. En su: Tratado de
Ginecología. Trad. por Alberto Folch y Pi. 8 ed. México,
Interamericana, 1970. pp 362-377.
- Rovinsky, Joseph y Guttmacher, Alan G. Complicaciones mé-
dicas, quirúrgicas y ginecológicas en el embarazo. 2 ed.
Trad. por José Rafael Blengio. México, Interamericana,
1967. pp 313-318.