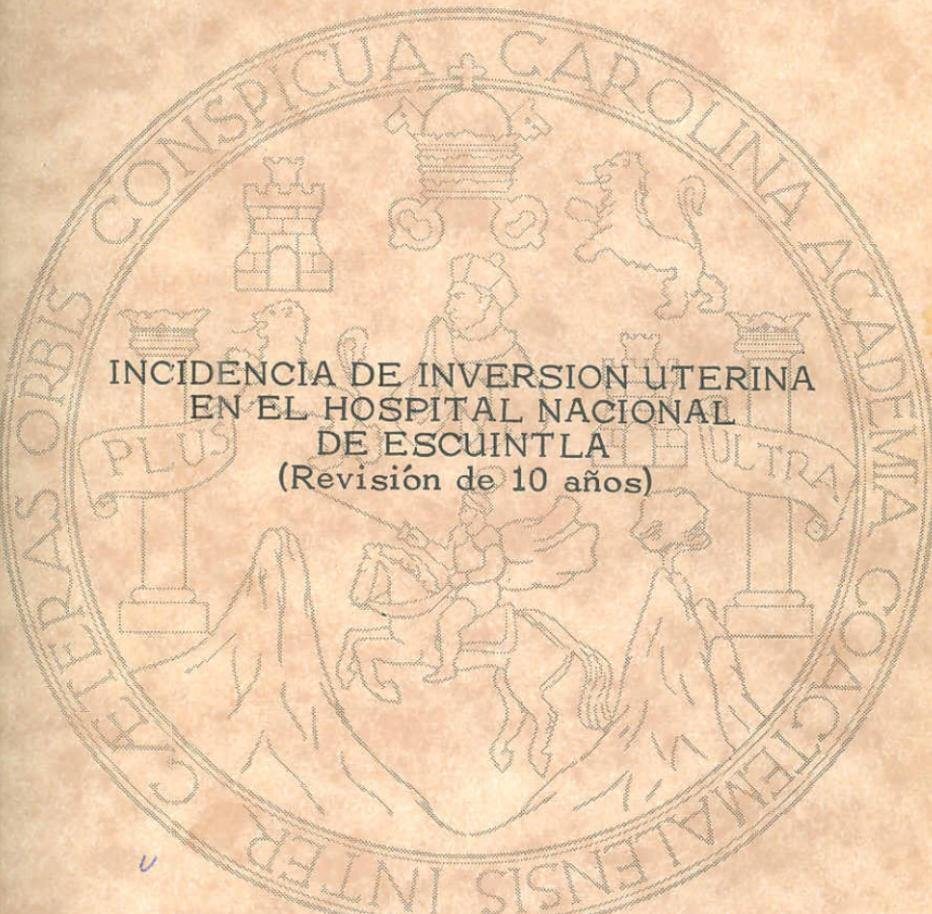


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



INCIDENCIA DE INVERSION UTERINA  
EN EL HOSPITAL NACIONAL  
DE ESCUINTLA  
(Revisión de 10 años)

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a man on horseback, likely a saint or historical figure, holding a staff. The figure is surrounded by various heraldic symbols, including a castle, a lion, and a crown. The text 'UNIVERSITAS SAN CAROLINIENSIS' is inscribed around the perimeter of the seal. The seal is rendered in a light, embossed style on the book cover.

CARLOS RIGOBERTO LOPEZ MOLINA

## PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. RECURSOS
4. METODOLOGIA
5. ANTECEDENTES
6. CONSIDERACIONES GENERALES
7. CONCLUSIONES
8. RECOMENDACIONES
9. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El estudio de inversión uterina en Guatemala ha sido mínimo, debido a una relativa baja incidencia de esta patología en la población susceptible. En base a ello y tomando en cuenta que durante mi práctica de externado e internado realizado en el hospital de escuintla; me interesé por estudiar dicho tema, del cual propongo hacer un análisis científico del problema, para determinar su incidencia en la población que acude a este hospital, y conocer el enfoque diagnóstico y terapéutico de que ha sido objeto en este centro.

Considerando que de esta manera contribuyo a estudiar los problemas médicos que aqueja la mujer guatemalteca.

## OBJETIVOS

### A-GENERALES:

- 1.- Contribuir al estudio de la patología obstétrica que se observa en el país.
- 2.- Hacer una revisión bibliográfica del problema.
- 3.- Contribuir al estudio de la patología que se atiende en el hospital de Escuintla.

### B-ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar la incidencia de inversión uterina en el hospital nacional de Escuintla.
- 2.- Conocer la etiología más frecuente de inversión uterina.
- 3.- Conocer el manejo y los resultados del problema en el hospital de Escuintla.

## RECURSOS

### RECURSOS HUMANOS:

- a) Médico Asesor y Revisor
- b) Personal de Estadística y Archivo del Hospital Nacional de Escuintla.

### RECURSOS NO HUMANOS:

- a) Historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de Inversión Uterina.
- b) Ficha elaborada para recolección de datos.
- c) Biblioteca Central Usac.
- d) Biblioteca del IGSS.
- e) Biblioteca del Hospital Roosevelt.
- f) Tesario del Colegio Médico.

## METODOLOGIA

### FASES DE INVESTIGACION:

- a) Elaboración y presentación del protocolo.
- b) Se tomó el universo de los casos registrados de Inversión Uterina, en el período de 1971 a 1980.
- c) Se revisaron los cuadros de morbilidad y mortalidad del departamento de estadística del hospital de Escuintla.

## ANTECEDENTES

En nuestro país la inversión uterina según el Dr. Castro Basteguieta es de 1 por cada 8,625 partos. (Hospital Roosevelt) (13).

C. Gosende 1 en 1,500 partos (España) (1).

W. Barbato 1 en 40,000 partos (España) (1).

Schwarcz 1 en 100,000 partos (14).

O. Kaser 1 en 5,000 partos (Inglaterra) (12).

Más frecuentemente sería la inversión uterina si se consideraran las formas locales y parciales; pero sucede que en ocasiones pueden pasar desapercibidas por ser de diagnóstico menos accesible. Otro factor que resta la frecuencia es que la casuística de estas formas locales y parciales habitualmente no es motivo de publicación. (1).

Por otra parte no hay uniformidad en la clasificación y gradación de la inversión uterina, todo lo cual origina la disparidad tan evidente entre las estadísticas reportadas.

La revisión de la literatura indica la mayor frecuencia de este incidente en primíparas jóvenes; O. Kaser reporta 55% en primíparas, 23% en secundíparas, 11% terceríparas; en Alemania: 41% en primíparas, 30% secundíparas, 14.9% en terceríparas; en Inglaterra: 37% en primíparas, 37% en secundíparas, 15.6% Terceríparas; en Guatemala (H. Roosevelt) 31.5% primíparas, 10.5% Secundíparas, 52.6% terceríparas.

BURKHARDT reporta un estudio con 207 casos

en el cual encontró 2/5 de mortalidad, el 20% por shock, 1/5 por hemorragias y 2/5 por infección; Kaser reporta una mortalidad del 10%; Castro B. En Guatemala 0% de mortalidad (11, 12 y 13).

## CONSIDERACIONES GENERALES

Se denomina Inversión Uterina al descenso del fondo del útero dentro de su Cavidad en grado variable, pudiendo ocupar el cuerpo, istmo, cuello, vagina, llegando en ocasiones a exteriorizarse a través de la vulva. (1, 11, 12).

Generalmente se produce durante el período de alumbramiento o inmediatamente después del mismo (Inversión Tocogenética o puerperal), manifestándose con un cuadro agudo. Las formas crónicas y las que en su patogenia responden a causas no obstétricas son de excepcional frecuencia. (1, 11, 14).

### ETIO-PATOGENIA

- A.- La inversión uterina tocogenética puede ser espontánea o provocada accidentalmente.
- 1.- 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 anatomía localizada por lo que en su zona periférica se contraería con más intensidad sobre todo cuando actúan oxitósicos administrados paulatinamente a la paciente. Ello determinaría que la placenta, no desprendida, produjera un tironeamiento o tracción que llevaría a la instalación de la inversión uterina.
  - 2.- Otros autores aceptan la existencia de una patogenia accidental producida por una mala atención del parto y alumbramiento siendo esta de carácter

iatrogénico considerando que deben coexistir factores predisponentes y determinantes.

- 1) Factores predisponentes: Adherencia patológica de la placenta, brevedad de cordón, miometrio debilitado constitucionalmente, o a través de la coexistencia de patología agregada como: metritis crónica, tumores, etc. ó también intervenciones uterinas repetidas.
- 2) Entre los factores determinantes tenemos las maniobras intempestivas ó inoportunas en el período de alumbramiento como tracciones bruscas del cordón, maniobra de Credé incorrecta o efectuada con hipotonía del miometrio, extracción manual de la placenta sin haber logrado su total desprendimiento. - También podrían determinar la inversión uterina la contracción de la prensa abdominal para la expulsión de la placenta, la defecación, la tos o vómitos intensos.

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

C. Algunos autores describen la inversión uterina Idiopática: Sería aquella en que no se logra determinar la existencia de ningún factor etiológico. (1).

#### CLASIFICACION:

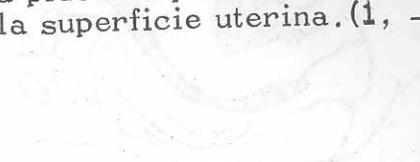
La Inversión Uterina puede clasificarse en 4 grados: Según el tiempo de evolución y el porcentaje de musculatura uterina afectada.

PRIMER GRADO: El fondo uterino está deprimido simplemente en cúpula o sea la depresión del fondo sin alcanzar el cuello, a modo de fondo de botella.

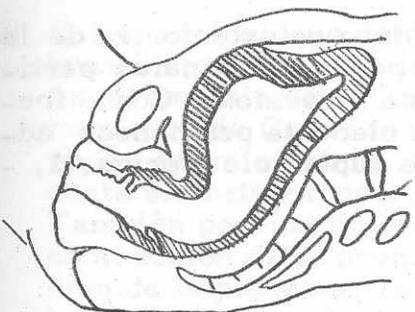
SEGUNDO GRADO: El útero vuelto franquea el cuello.

TERCER GRADO: El fondo del útero desciende en la vagina y llega a la vulva.

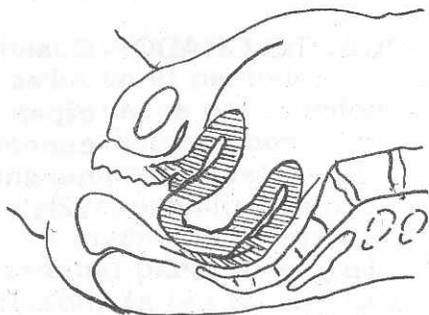
CUARTO GRADO: Cuando el útero se exterioriza de la vulva y las paredes vaginales participan de esta inversión. Con frecuencia, la placenta permanece adherente a la superficie uterina. (1, - 12).



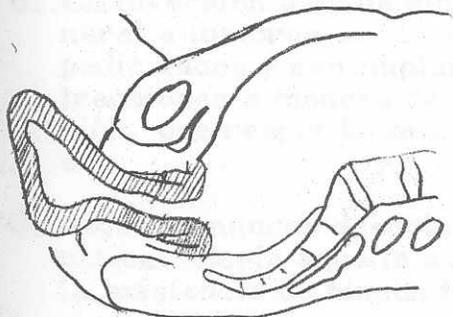
## INVERSION UTERINA



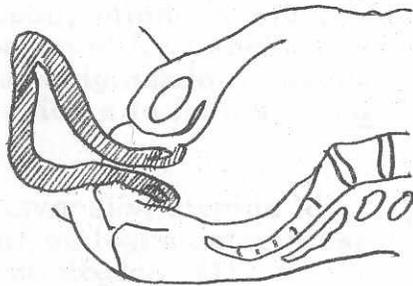
Inversión Uterina 1er. grado



Inversión Uterina 2o. grado



Inversión Uterina 3er. grado



Inversión Uterina 4o. grado

Otra clasificación usada frecuentemente es la que agrupa las inversiones uterinas en:

- a) Local: Cuando se trata de pequeñas porciones de pared uterina.
- b) Parcial: Cuando la porción invaginada desciende hasta el anillo de Bandl.
- c) Incompleta: Cuando llega hasta el orificio externo del cuello.
- d) Completa: Si sobrepasa el cuello y penetra en la vagina.
- e) Total: Cuando se exterioriza totalmente el útero invertido. (1).

Kellogg agrupa las inversiones uterinas de acuerdo al tiempo transcurrido desde el accidente y a la presencia o no del anillo cervical:

- 1) La inversión Aguda es aquella en que no se ha formado aún el anillo cervical.
- 2) La forma Subaguda es la inversión uterina en la que ya se ha formado el anillo pero cuyo tiempo de evolución no supera los 30 días.
- 3) Cuando la evolución de este cuadro sobrepasa los 30 días, teniendo por supuesto el anillo cervical, constituye la forma Crónica. (1).

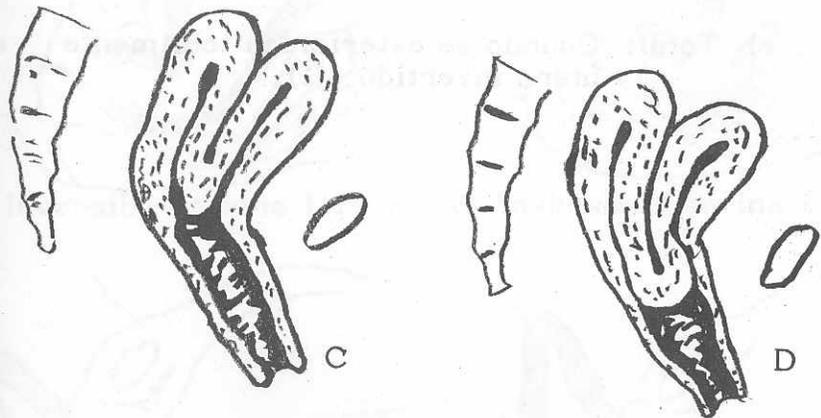
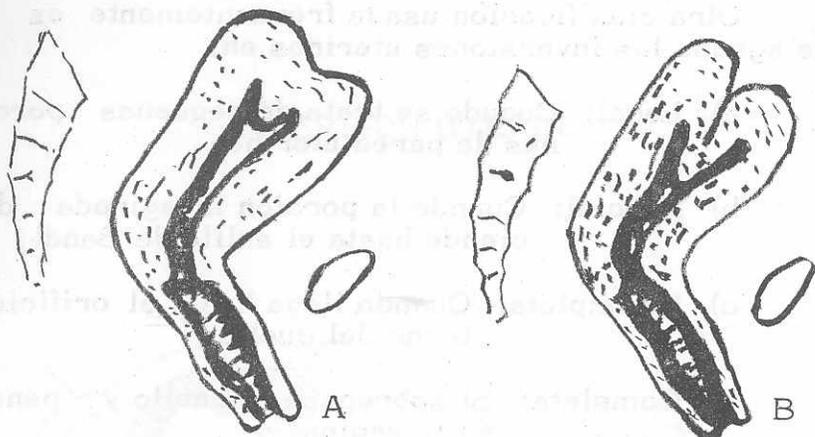
#### SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO:

Se diferencian fundamentalmente dos formas clínicas:

Aguda y Crónica:

- a) En el primero de los casos se trata de una paciente que inmediatamente a la expulsión fetal o posteriormente al alumbramiento, manifestó dolor en hemiabdomen inferior, de preferencia en hipogastrio, y que contrasta con la faz de serenidad y reposo que es habitual en este período del parto. Inmediatamente se instala al estado shock, inicialmente de origen neurogénico por la tracción a que se ven sometidos el peritoneo y los ligamentos uterinos. Puede estar presente también la hemorragia en intensidad variable pero con la característica de ser continua, agregándose entonces al componente hemogénico del shock ya instalado.

Al examen de la paciente no se encuentra el globo uterino en hipogastrio, pudiendo aparecer invertido a tra-



vés de la vulva. De no exteriorizarse así, al profundizar la palpación abdominal puede llegar a alcanzarse el fondo uterino muy por debajo de lo que correspondería, con una depresión transversal en la que pueden introducirse los dedos que palpan. Al efectuar el tacto vaginal se lo podrá encontrar ocupando la vagina en mayor o menor grado.

Sin duda es más dificultoso hacer el diagnóstico de inversión uterina local, o de primer grado. Se deberá pensar en ella cuando la paciente se presente con discreta pero pertinaz hemorragia, dolor hipogástrico, anemia, estado general deficiente, etc.

- b) 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 seropurulenta 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. (1,-12).

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las formas clínicas de Inversión Uterina Total, completa y aún la incompleta, no plantean dudas en cuanto al diagnóstico: aún no habiendo asistido nunca a un cuadro como el descrito, el obstetra no hallará ninguna dificultad para su reconocimiento.

En cambio, las formas de Inversión Uterina Local o Parcial pueden originar dudas. El cuadro clínico con que se presenta, especialmente luego de transcurri-

das varias horas de su instalación, podrá hacer pensar en:

- 1) Rotura Uterina: El tacto intrauterino permitirá descartarla y reconocer la tumoración debida a la inversión.
- 2) Mioma Submucoso Pediculado o Pólipo Endometrial sangrantes: La tumoración hallada con el tacto intrauterino puede llevarnos al error de pensar en un pólipo o en una mioma submucoso. Se tratará de reconocer entonces la escotadura del fondo uterino; además la imposibilidad de introducir un histerómetro entre la tumoración y el rodete del cuello nos confirmará que estamos ante una inversión uterina.

#### EVOLUCION:

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

Algunas formas (especialmente 1o. y 2o. grado y aún 3o. 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 felicidad 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 primitivo.

#### PRONOSTICO:

El tema en estudio continúa siendo un accidente

muy grave y con una mortalidad por hemorragia o shock, que obliga al obstetra y a su equipo actuar con rapidez y eficacia.

La mortalidad informada por diversos autores varía desde 10% al 50%, pero debemos dejar consigna- do que la menor tasa se obtiene cuando este accidente es diagnosticado antes de los 30 minutos de producido; y que obviamente dicha mortalidad aumenta a medida que aumenta el tiempo transcurrido entre la instalación de esta complicación y su diagnóstico.

Además los tratamientos quirúrgicos a los que se recurre en ocasiones, pueden perjudicar el porvenir obstétrico de la paciente. (1).

#### TRATAMIENTO:

La reposición del útero invertido es del trata- miento lógico y perentorio que requiere esta grave complicación y que podrá realizarse por dos vías:

- 1) En primera instancia taxis manual por Vía Va- ginal, generalmente combinada con maniobras externas abdominales también la vía baja per- mite la aplicación de técnicas quirúrgicas.
- 2) Taxis por Laparatomía, si fracasa la ante- rior. La urgencia de la reposición manual surge del hecho de que transcurrido un tiem- po estimado alrededor de 30 minutos la taxis será impracticable por haberse cerrado el a- nillo de Bandl por encima del útero invagina- do.

(reducción por taxis: Presión manual para re- ducir la inversión).

#### 1) Reducción por Vía Vaginal:

La reducción manual bajo anestesia general pro- funda, en la inversión aguda tocogénica es de indica- ción inmediata pero atendiendo al mismo tiempo el tra- tamiento del shock, siempre presente.

Más no deberá esperarse que la paciente salga de su estado de shock para realizar la reposición ma- nual del útero pues aquel, en su componente neurogéné- co no mejorará sin haber logrado la reubicación del ór- gano. Queda sobrentendido que la terapia del shock de- berá hacerse en todas las etapas del tratamiento.

Debemos insistir en que los mejores resultados se obtendrán cuanto más sea la taxis del útero.

Con respecto a la anestesia destacamos que al- gunos autores hacen de su elección por la anestesia ge- neral profunda.

La conducta a doptar cuando la placenta ha queda- do adherida al útero puede ser discutible. Hay autores que practican el alumbramiento manual y luego la repo- sición del órgano invertido, pero otros al considerar - que el alumbramiento manual agrava la hemorragia y el shock, prefieren realizar primero la reposición del ú- tero y posteriormente el alumbramiento.

Llevado el órgano a su ubicación normal, gene- ralmente se practica taponaje intrauterino y columniza- ción de la vagina. Decimos generalmente pues sabe- mos de obstetras que proscriben esta maniobra por con- siderar que ello agrava el estado de shock en que habi- tualmente se encuentran las pacientes.

De todos modos, cuando el obstetra opte por el taponamiento uterino y luego proceda a su extracción, ésta deberá realizarse con maniobras suaves y con per-

fecto control del tono uterino para evitar la desagradable recidiva del accidente en estudio.

La reposición del útero se puede realizar con las siguientes maniobras. El método que JOHNSON propugna no consiste en introducir una mano en la vagina y con la cara palmar sostener la porción invaginada del útero mientras se trata de elevarla llevándolo hacia la cavidad abdominal, por encima del ombligo. Mientras tanto, los cuatro últimos 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. (Fig. 3).

También puede realizarse la Maniobra de Taxis Lateral, en la cual la mano vaginal 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. Vale decir que el concepto que preside estas maniobras es que la reposición se iniciará por las porciones que han salido al final (Fig. 4).

Cuando no se ha logrado la taxis manual luego de reiterado el intento, se deberá recurrir sin tardanza a la vía quirúrgica mediante laparatomía.

La administración de antibióticos y occitócicos deberá seguir rutinariamente a las maniobras anteriores.

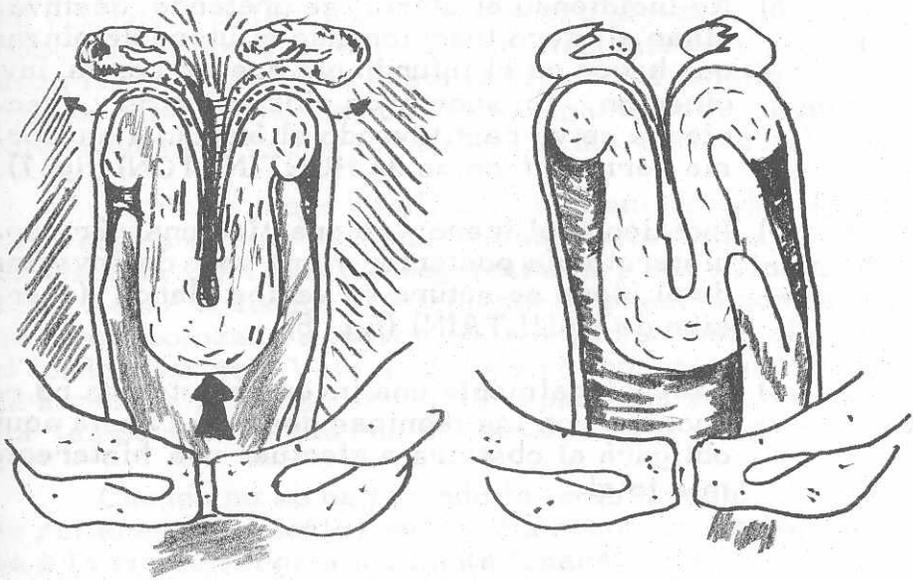
Por vía vaginal también puede intentarse la reducción del útero invertido por medios cruentos, lo que estaría indicado en formas clínicas de evolución subaguda o crónica. Se basan en la incisión de la pared del

útero anterior o posterior. La primera constituye la operación de Spi illi (fig. 5) (colpocérvico-histerotomía anterior total); y la segunda, operación de Kustner-Picolli (colpocérvico-histerometría posterior limitada o total (fig. 6).

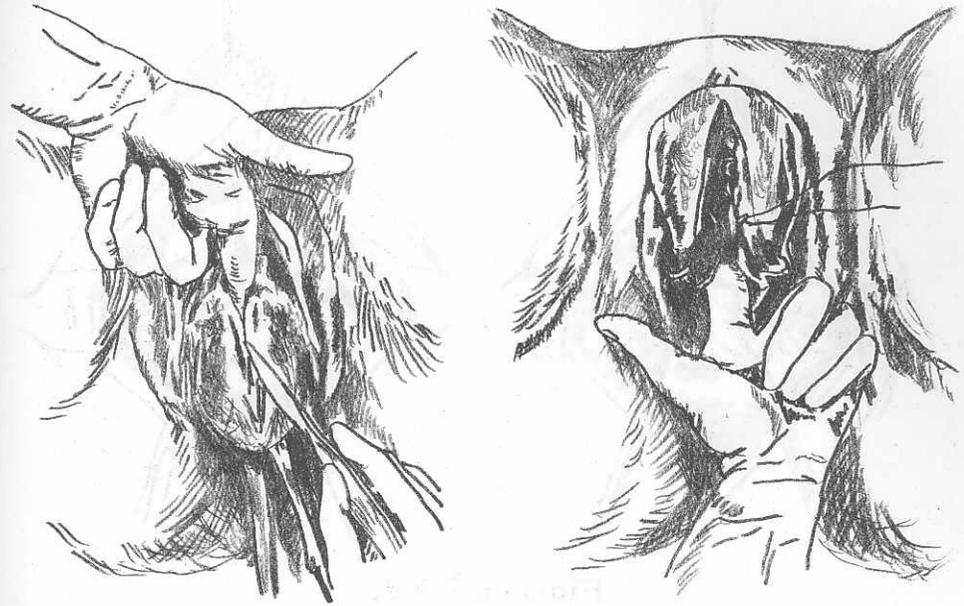
Hoy puede decirse que las técnicas quirúrgicas vaginales han perdido preponderancia en favor de las que utilizan la vía abdominal.

## 2) Reducción por vía abdominal

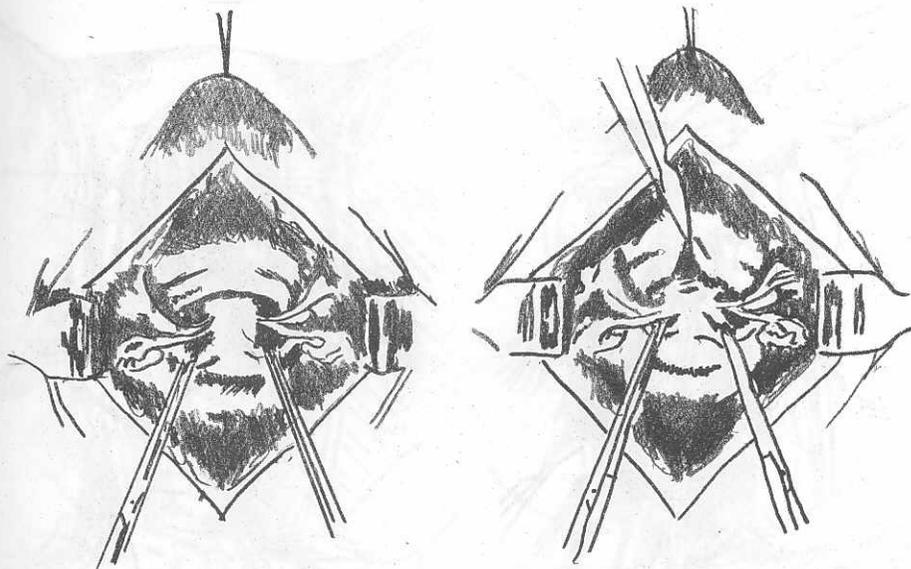
- a) No incidiendo el útero: se pretende desinvaginar el útero traccionando el útero de pinzas que hacen en el infundíbulo creado por la invaginación. En sucesivos pinzamientos y tracciones se va restituyendo el órgano a su forma normal (técnica de HUNTINGTON) (fig. 7).
- b) Incidiendo el útero: se práctica una cérvico-histerotomía posterior y una vez desinvaginado el útero se sutura en varios planos (operación de HAULTAIN) (fig. 8)
- c) Excepcionalmente una inversión uterina no reductible con las técnicas descritas hasta aquí, obligará al obstetra a efectuar una histerectomía total.



Figuras 3 y 4.



Figuras 5 y 6.



Figuras 7 y 8.

## Resultado

CUADRO No. 1

Distribución de casos según: incidencia de inversión uterina, con cifras absolutas en 10 años de estudio.

Años	No. de Partos	No. de Casos
1,971	1,000	0
1,972	998	1
1,973	1,035	0
1,974	1,277	1
1,975	1,340	0
1,976	1,324	2
1,977	1,285	0
1,978	1,493	0
1,979	1,587	1
1,980	1,413	1
Total	12,752	6

En los diez años de estudio se atendieron 12,752 partos reportando incremento de pacientes en los últimos años que requieren atención del parto en el Hospital Nacional de Escuintla; se encontraron seis casos de inversión uterina por lo que se deduce que existe un caso por 2,125 partos con un porcentaje de 0.047%.

Con respecto al cuadro anterior podemos decir que la incidencia en el presente trabajo es mayor que el

trabajo presentado en el Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 2

Distribución de casos según grupo étnico con cifras ab solutas y porcentuales:

Grupo Etnico	No. de Casos	Porcentaje
Ladinos	6	100%
Indígenas	0	0 %
Totales	6	100%

Esta clasificación es muy subjetiva, porque es el criterio de quien está encargado de hacer el ingreso de pacientes que acuden para la atención del parto.

CUADRO No. 3

Distribución de casos según edad.

Edad	No. de Casos	Porcentaje
14-20 años	0	0 %
21-25 años	2	33.33%
26-30 años	4	66.66%
31-35 años	0	0 %
36-40 años	0	0 %
41 y más	0	0 %
Totales	6	99.99%

Según cuadro anterior se deduce que el grupo e- táreo más afectado está entre las edades comprendidas de los 26 a los 30 años lo que nos dá un porcentaje de 66.66% se encontró que la paciente de menor edad fue de 23 años y la de mayor edad de 29 años.

CUADRO No. 4

Paridad: Se efectuó ésta clasificación en base a número de partos; Primíparas, Secundíparas, y múltiparas (de 3 a 8 partos).

Paridad	No. de Casos	Porcentaje
Primíparas	1	16.66%
Secundíparas	2	33.33%
Múltiparas	3	50 %
Totales	6	99.99%

Del cuadro anterior observamos que el 50% de pacientes estudiadas son múltiparas y el 16.66 son primigestas; la literatura revisada reporta mayor incidencia en primigestas.

CUADRO No. 5

Distribución de casos según edad de embarazo.

Edad de Embarazo	No. de Casos	Porcentaje
Embarazo a Término 38-42 semanas	5	90 %
Partos Prematuros 27-37	0	0 %
Ausencia de datos	1	10 %
Total	6	100 %

La edad de embarazo se tomó en cuenta por altura uterina y por última regla en la cual concuerda los 2 métodos, no habiendo relación de edad de embarazo con el desenlace del parto en inversión uterina.

CUADRO No. 6

Distribución de casos por duración del alumbramiento.

Alumbramiento	No. de Casos	Porcentaje
De 1 a 30 minutos	4	66.66 %
De 30 en adelante	1	16.66 %
Sin tiempo determinado	1	16.66 %
Total	6	99.98 %

Alumbramiento es el tiempo del parto en el cual se eliminan al exterior la placenta y las membranas ovulares, se inician breves instantes después del período de expulsión fetal, se lleva a cabo en 4 tiempos: 1 desprendimiento de la placenta, 2 desprendimiento de las membranas, 3 el descenso y 4 la expulsión.

El tiempo promedio fue de 17 minutos, esto nos indica que esté entre límites normales para un alumbramiento natural, el tironeamiento del cordón es el caso más común en este estudio pero también la placenta accreta fue causa de inversión pero también puede causar la la brevedad del cordón circulares al cuello, placenta increta, percreta, bipartita, succenturiata, el mismo peso de la placenta y atonía uterina.

CUADRO No. 7

Distribución de casos según complicaciones al momento de la Inversión Uterina.

Complicación	No. de Casos	Porcentaje
Shock hipovolémico	3	37.5 %
Shock neurogénico	1	
Rasgaduras del <u>cue</u> llo uterino	1	
Paro cardiorespira torio	1	
Sin Dato	1	
Total	7	

La principal complicación al momento de la inversión fue el shock hipovolémico en tres pacientes, - neurogénico en 1 paciente ( el shock es el choque traumático que se ve complicado por el tironeamiento violento del peritoneo produciendo en el momento que el útero atravieza el anillo constrictor, y que actuando por vía refleja es capaz de inhibir enérgicamente el corazón y provocar su detención) el cual fue la causa de muerte en una paciente.

CUADRO No. 8

Distribución de casos según etiología en cifras absolutas y porcentuales.

Etiología	No. de Casos	Porcentaje
Tironeamiento del Cordón	5	83.3 %
Expontánea	0	0 %
Idiopática	0	0 %
Ausencia de datos	1	16.6 %
Total	6	99.9 %

Existe una causa predisponente sin la cual la inversión uterina difícilmente se podría producir, esta es la atonía uterina después de evacuado el feto, como se explicó anteriormente también actúan varias causas directamente determinantes del accidente; En este estudio el tironeamiento del cordón fue la causa más frecuente de inversión con 5 casos lo que da un 83%, esto probablemente debido a la inexperiencia y precipitación para que se efectúe el alumbramiento en forma natural.

CUADRO No. 9

Distribución de casos según clasificación.

Inversión Uterina	No. de Casos	Porcentaje
Total	1	5.2 %
Completa	3	84.2 %
Parcial	1	5.2 %
Ausencia de dato	1	5.2 %
Total	6	99.8 %

Del cuadro anterior analizamos que de los 6 casos de Inversión estudiados el 84.2% representan la inversión uterina completa con 3 casos, el único caso que se reporta sin clasificar es el de una paciente atendida en su domicilio por comadrona no habiendo más datos respecto a la inversión. Se clasificó un caso de inversión total y otro de Inversión Parcial lo que nos da un 5.2% respectivamente.

CUADRO No. 10

Cuadro con distribución de casos según conducta específica.

Conducta	No. de Casos	Porcentaje
Reducción manual vía vaginal	4	89.4 %
Histerectomía	0	0 %
Laparatomía	1	10.5 %
Total	5	99.9 %

Se prefirió la reducción manual vía vaginal en 4 casos o sea el 89.4% y en únicamente en 2 de estos casos utilizaron el método de Johnson y en los otros 2 casos no aparece método utilizado para dicho tratamiento. Se prefirió laparatomía exploradora en un caso, antes se intentó reducción por vía vaginal sin resultado.

CUADRO No. 11

Cuadro con distribución de casos post-reducción por laparatomía abdominal y reducción vía vaginal.

Complicación	No. de Casos	Porcentaje
Endometritis	1	10 %
Anemia Secundaria	2	90 %
Total	3	100 %

Es de interés este cuadro ya que la literatura refiere que la complicación más frecuente es la endometritis y en este estudio se reporta la anemia secundaria como causa principal y en un segundo plano la endometritis, es de hacer notar de que en todos los casos se utilizó la asociación de antibióticos (penicilina, cristalina-procaína y cloranfenicol).

CUADRO No. 12

Cuadro con distribución de casos según tiempo de hospitalización.

Tiempo de Hospitalización	No. de Casos	Porcentaje
Primeras 24 horas	0	0 %
24 horas a 7 días	4	94.8 %
7 días y más	1	5.2 %
Total	5	100.0 %

El puerperio hospitalario es a las 24 horas pero está relacionado con la ausencia y presencia de complicaciones, en el presente estudio se reporta el 94.8% el egreso de pacientes de las 24 horas a los 7 días y el 5.2% del 7o. día, esta fue una paciente que se le trató como endometritis.

CUADRO No. 13

Distribución de casos según el lugar donde se produjo la Inversión Uterina.

Lugar	No. de Casos	Porcentaje
Hospital Nacional de Escuintla	5	94.8 %
Domicilio	1	5.2 %
Total	6	100.0 %

Según el cuadro anterior podemos decir que es más frecuente la incidencia de Inversión Uterina intrahospitalariamente con 94.8% que en domicilios (5.2%), aunque esto no refleja la realidad del problema.

CUADRO No. 14

Mortalidad

Casos de Inversión Uterina	No. de Casos	Porcentaje
Vivos	5	83.3 %
Defunciones	1	16.7 %
Total	6	100.0 %

Según cuadro anterior, en este estudio se encontró el 16.7% de mortalidad (paciente atendida por comadrona).

## CONCLUSIONES

- 1.- En el presente estudio encontramos que la incidencia de inversión uterina en el hospital nacional de Escuintla es de 0.047% o sea una inversión uterina por cada 2,125 partos.
- 2.- El 100% de pacientes con inversión uterina es de raza ladina según estudio efectuado.
- 3.- El 100% de pacientes estudiados con inversión uterina pertenecen al grupo etario de 21 a 30 años.
- 4.- En la investigación encontramos que el 50% de pacientes son multiparas, 33.3% secundigestas y 16.6% primigestas.
- 5.- No se encontró ninguna relación entre la edad del embarazo con inversión uterina.
- 6.- En el 83.3% de los pacientes se encontró que la causa principal de inversión uterina, fue por tironamiento del cordón.
- 7.- La complicación más frecuente durante la inversión fue el shock hipovolémico 80% y le sigue la razgadura del cuello con 16.6%.
- 8.- La inversión uterina Completa es la más frecuente (84.2%), le sigue la inversión parcial y Total con 5.2% cada una, 5.2% no reportaron datos.
- 9.- El tratamiento más usado fue de 89.4% que corresponde a la reducción uterina manual vía vaginal; 10.5% fue por laparotomía.

- 10.- La complicación más frecuente después de la reducción fue anemia en un 90%, y la endometritis en un 10%.
- 11.- El tiempo de hospitalización fue de 1 a 7 días o sea 94.8%.
- 12.- La mortalidad materna en el presente estudio fue de 16.7%, o sea una paciente de los 6 casos estudiados.

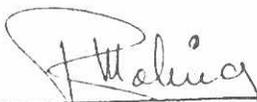
## RECOMENDACIONES

1. Insistir en la importancia que tiene la buena atención del parto y alumbramiento.
2. Mejorar estado de la paciente y decidir conducta (abdominal o vaginal) lo más pronto posible.
3. Llenar la historia clínica y notas de evolución adecuadamente para agilizar estudios posteriores.
4. Mejorar el servicio de archivo y departamento de estadística a fin de que pueda servir como verdadera ayuda en futuras investigaciones ya que actualmente es deficiente.

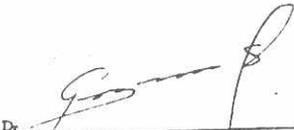
## BIBLIOGRAFIA

1. Achard, Arturo y Carreras Roca, Manuel. Emergencias en tocoginecología, Barcelona, Editorial Rocas, 1, 1972.
2. Beck, Alfred. Obstetrical practice. 6 ed. Baltimore, The Williams and Wilkins, 1, 1955.
3. Beck, Taylor. Obstetricia. 8 ed. México, Interamericana, 1, 1968.
4. Astman, Nicholson. Obstetrics. 11 ed. New York Appleton Century-Crofts, 1, 1956.
5. Guatemala, Hospital Roosevelt. Archivo, 1955-73.
6. Halland, Eardley and Bourne, Aleck, British Obstetric and Gynecological practice. Philadelphia, F.A. Davis, 1, 1955.
7. Lee, Joseph B., The principles and practice of obstetrics, 6 ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1, 1963.
8. Moragues, Jaime. Clínica Obstétrica. 5 ed. Buenos Aires El Ateneo, 1, 1950.
9. Novak, Edmundo R. et al. Mioma uterino. En su Tratado de Ginecología. Trad. por Alberto Folco y Pi. 8 ed. México, Interamericana, 1, 1970.
10. Rovinsky, Joseph y Guttmacher, Alan G. Complicaciones médicas, quirúrgica y ginecológicas en el embarazo. 2 ed. Trad. por José Rafael Blengio México, Interamericana, 1, 1967.

11. Robert Merger, Jean Levy, Jean Malchior, Manual de Obstetricia II Edición.
12. O. Kaser Ginecología y Obstetricia. II Edición
13. J. R. Castro B. Inversión Uterina. Hospital Roosevelt, Guatemala, Mayo, 1,974, Trabajo de Tesis.
14. SCHWARCZ, Sala du Verges. Obstetricia. III Edición.
15. Jaime Moraguez B. Clínica Obstétrica. V Edición.

Dr.   
Carlos Miguel López Molina

Dr.   
Asesor.  
Julio A. Mena

Dr.   
Revisor.  
Guillermo F. Guzmán

Dr.   
Director de Fase III  
Carlos Waldheim

Dr.   
Secretario  
Jaime Gómez

Vo. Bo.

Dr.   
Decano.  
Carlos Waldheim.  
En funciones.

Vecindad.