The background of the page features a large, faint circular seal. The seal's border contains the Latin text "ACADEMIA COAGTEMALENSIS VETERARIA ORBIS CONSPICUA CAROLINA". The central emblem of the seal depicts a seated figure holding a staff, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a tree.

"INVERSION UTERINA"

**(Revisión de 34 Casos en el Hospital Roosevelt
por un período de 25 años)**

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. REVISION BIBLIOGRAFICA
 - A) Generalidades
 - B) Definición
 - C) Clasificación
 - D) Incidencia
 - E) Etiología
 - F) Anatomía Patológica
 - G) Sintomatología
 - H) Diagnóstico
 - I) Pronóstico
 - J) Tratamiento
 - K) Recidivas y Futuros Embarazos
 - L) Mortalidad
- IV. MATERIAL, TECNICAS Y METODOS
- V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. RESUMEN
- IX. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La Inversión Uterina es una Patología poco frecuente en Obstetricia, siendo un accidente de relativa rareza, es, por su gravedad, digna de una atención cuidadosa, para poder resolverla con tratamiento adecuado al tipo de Inversión y sobre todo a la gravedad Clínica.

La finalidad de éste trabajo es señalar los aspectos más sobresalientes en un Estudio Retrospectivo, Recopilado a través de Lectura de Estudios Bibliográficos y establecer por medio de un análisis Estadístico las causas principales que ocasionaron dicha entidad Patológica.

Por ende es importante conocer su incidencia en la maternidad del Hospital Roosevelt en los 25 años que tiene de existir la Institución; así como el tratamiento, Evolución y pronóstico Obstetrico de la misma.

OBJETIVOS

1. **Cumplir con el Curriculum Academico de la Facultad de Ciencias Médicas.**
2. **Contribuir con las investigaciones llevadas a cabo en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt.**
3. **Saber que la Inversión Uterina es uno de los problemas que con menos frecuencia se da en el Post-Parto, aunque es uno de los accidentes graves conocido del alumbramiento.**
4. **Que Estudiantes y Médicos se familiaricen con problemas obstetricos poco frecuentes para que en un momento dado sepan como evitarlos y tratarlos.**
5. **Saber que la Educación Profilactica es básica para el Médico que asiste un parto, pudiendo evitar este problema.**
6. **Comprender que la Etiología de la Inversión Uterina es más Yatrogénica que otra causa (Maniobra de Kristeller y Credé muy energicas, tracción fuerte del Cordón Umbilical y otros).**
7. **Conocer el tiempo del período de alumbramiento y los factores que originaron y/o contribuyeron a desencadenar tal Patología.**
8. **Analizar las complicaciones de la Inversión Uterina, que pueden ser causa de Mortalidad Materna.**
9. **Conocer por último la Evolución y Pronóstico Obstetrico de las pacientes que se les resolvió satisfactoriamente la entidad mencionada.**
10. **Cientes de que la casuística que aquí presentamos es**

muy pequeña como para sacar conclusiones definitivas, nos sentiríamos satisfechos de que las tendencias estadísticas observadas pudieran motivar la ejecución de estudios más completos con objeto de corroborar o negar nuestros resultados.

11. Finalmente queremos dejar constancia que todo lo que pueda interpretarse como crítica en el presente trabajo es puramente de tipo constructivo con el objeto de mejorar en lo posible la atención en el medio hospitalario (con las limitaciones de toda índole que existan) de las complicaciones Post-Parto como la Inversión Uterina.

III

REVISION BIBLIOGRAFICA

A. Generalidades:

La primera referencia histórica se debe a los Hindúes, 2.500 a 2.600 años a. de C. El primero en reconocerla fue Hipócrates 400 a 370 años a. de C. Pero, fue solo en el siglo XVI cuando se diagnosticó como una entidad nosológica, debiéndosele al célebre Ambrosio Paré este reconocimiento (8).

B. Definición:

Es un descenso del fondo uterino, que se invagina como un dedo de guante hacia la cavidad, en diversos grados que pueden ir desde la depresión del fondo en forma de cúpula, hasta la aparición del órgano en la vagina o fuera de ella (8).

Generalmente se produce durante el período 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 obstetricas son de excepcional frecuencia (1).

C. Clasificación:

Hay diversas clasificaciones, de las cuales solo tomaré tres:

- A) Según los tipos anatómicos, se les clasifican en grados; siguiendo a Llames Massini se clasifican en:

Inversión de primer grado: En ella hay depresión del fondo uterino en forma de "fondo de botella", "como dedo de guante", estando la parte invertida contenida dentro del útero, por encima del anillo de Bandl (2).

Inversión de segundo grado: El fondo uterino atraviesa el

cuello, el cual se encuentra más o menos contracturado (2).

Inversión de tercer grado: Aquí el útero invertido desciende a la vagina y hay exteriorización de él a la vulva (2).

Inversión de cuarto grado: En éste caso todo el órgano se encuentra completamente exteriorizado, observándose fuera de la vulva el fondo uterino invertido, es la inversión completa, participando en el proceso, las partes vaginales (2).

B) De acuerdo a la cantidad de masa uterina invertida, en la siguiente forma (8):

a) **Local:** Cuando la invaginación alcanza sólo una parte de la pared uterina.

b) **Parcial:** La inversión llega hasta el cuello uterino.

c) **Completa:** Cuando la invaginación atraviesa el cuello y sale por la vagina.

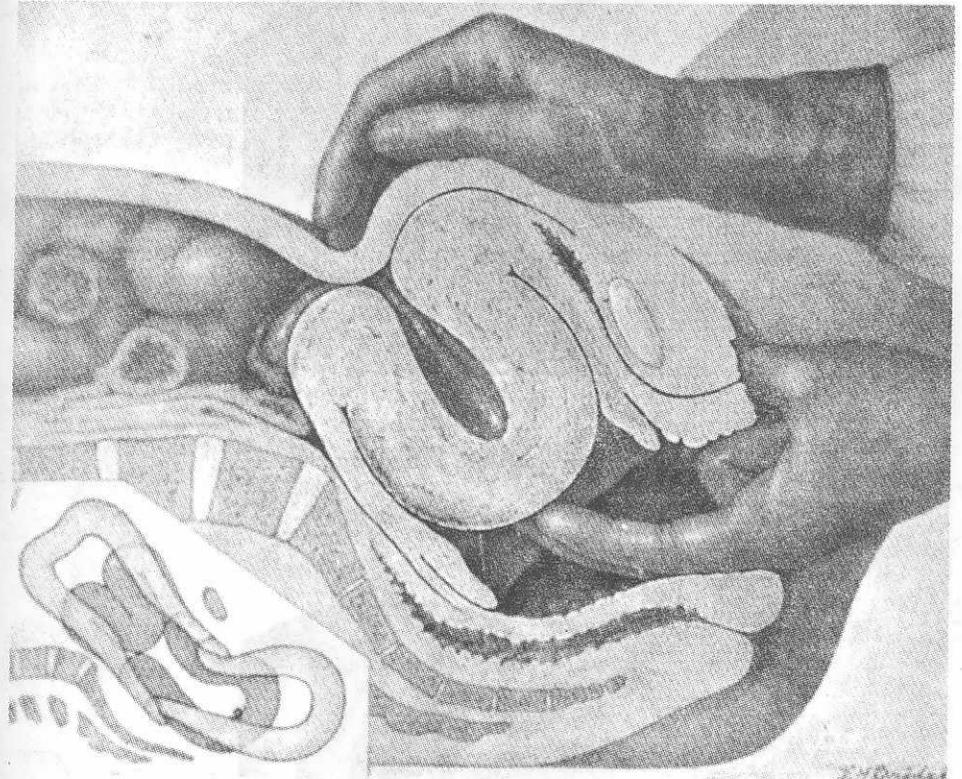
d) **Total:** Cuando la inversión se acompaña de las paredes vaginales.

C) Por su evolución (según Kellog) en (8):

1. **Aguda:** Acompañada de mayor o menor grado de dilatación cervical (en la cual no se ha formado aún el anillo cervical).

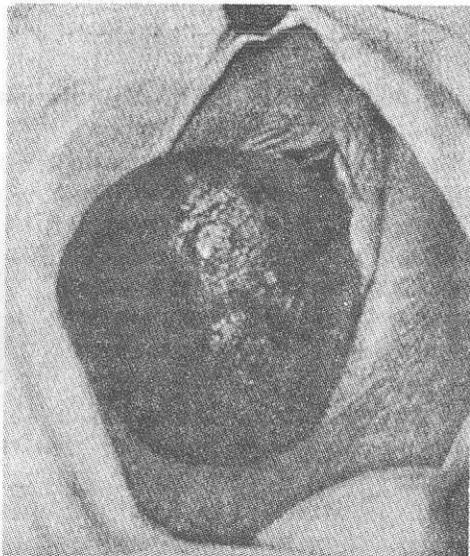
2. **Sub-aguda:** Inversión seguida de una fuerte constricción cervical (ya se ha formado el anillo cervical pero cuyo tiempo de evolución no supera los 30 días).

3. **Crónica:** De más de cuatro semanas de duración (teniendo por supuesto el anillo cervical).

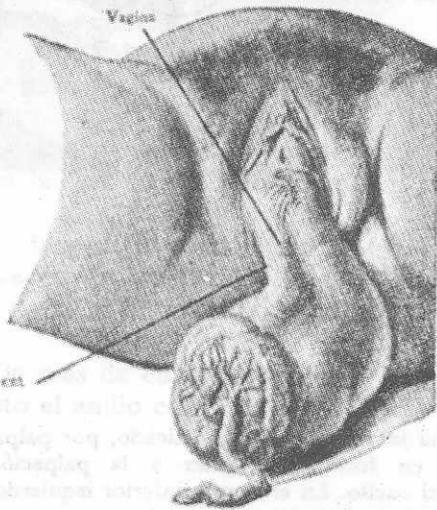


Inversión uterina incompleta. Diagnosticado, por palpación abdominal de una depresión en forma de cráter y la palpación vaginal de una tumoración en el cuello. En el ángulo inferior izquierdo pueden observarse los grados progresivos de la inversión.

(Tomado de Williams 13)



Prolapso de un útero completamente invertido
(Tomado de Williams 13).



Inversión total del útero, con placenta adherida (clínica de mujeres de Halle).

(Tomado de Schwarcz 12).

D. Incidencia:

Es muy variable según los diferentes observadores, estando todos de acuerdo con que es más frecuente en los lugares apartados de los centros urbanos, dependiendo por otra parte, de la buena atención del parto.

A continuación las variables según diversos Autores:

Uranga Imaz	1/10 a 400,000	Partos
Harery Sharkey	1/16,240	Partos
Das:		
Hospitales Americanos	1/23,127	Partos
Hospitales Británicos	1/27,992	Partos
En la India	1/ 8,537	Partos
Mc. Cullagh	1/30,000	Partos
Williams	1/20,000	Partos
Welponer	1/35,000	Partos
Reeves	1/250,000	Partos
		(tomado de Crespo Gonzalez ²)
Gangenmeister	1/400,000	Partos
Von Braun	1/ 25,000	Partos
Waden	1/190,800	Partos
Cache	1/ 4,600	Partos
Areling	1/100,000	Partos
Hirst	1/140,000	Partos
Beckman	0/ 25,800	Partos
Wechel	0/ 20,000	Partos
Nache	1/ 10,000	Partos
Krosswski	1/200,000	Partos
Semugrd	0/250,000	Partos
Eastman-Hellman	1/ 20,000-30,000	Partos
Burke-Hofmeister	1/ 20,000	Partos
Holdasky	1/ 6,300	Partos

(Tomado de Marcano Guzmán (8) quien a su vez lo tomo de Quigley y Hamilton.— A.J. Obst. Ginec. 69:277. 1965).

E. Etiología:

Para Das mencionado por Crespo González son necesarias ciertas condiciones para que se efectúe la Inversión Uterina (2):

- A) Vaciamiento súbito del útero después de extenderse su cavidad.
- B) Adelgazamiento de las paredes uterinas, por desarrollo de un tumor (Fisiológico o Patológico) en el interior del órgano.
- C) Cuello uterino dilatado.

Para Zangemeister, citado por Lede e igualmente para Fabre mencionados por Crespo González, consideran dos factores principales (2):

1. Atonía Uterina que puede ser parcial o total, especialmente en el sitio de inserción placentaria, pudiendo en muchos casos, haber contracción del cuerpo con relajación de la parte inferior del útero.
2. Presión ejercida hacia abajo, sobre la pared uterina relajada.

Es de advertir que ninguno de los dos factores es suficiente por sí solo para producir la inversión del útero (2).

Causas Predisponentes:

Condiciones patológicas del útero y su contenido (8):

1. Adherencia anormal de la placenta.
2. Brevidad del cordón umbilical.
3. Debilidad congénita o anormal de la paciente.
4. Debilidad de la pared uterina en la zona de implantación placentaria.

5. **Metritis crónica.**
6. Efectos del parto laborioso, embarazos frecuentes, etc.
7. Rapidez del período expulsivo (2).
8. Esfuerzos expulsivos de la paciente durante el alumbramiento (2).
9. Suspensión de las caderas de la parturienta al ir a colocar un campo limpio, cambios de posición de la paciente en la camilla, esfuerzos al toser, estornudar, etc. (2).
10. Placenta acreta (2).
11. Presencia de miomas submucosos (2).
12. Lesiones degenerativas del miométrio, mal-formaciones congénitas cuando ellas afecten la estructura uterina (2).

Condiciones funcionales del útero (8):

1. Inercia Uterina.
2. Relajación de parte o todo el útero.
3. Disturbio en el mecanismo de contracción del útero.

Condiciones idiopáticas (8):

1. ????????????

Causas determinantes:

1. Separación manual de la placenta adherida.
2. Aumento en la presión intra-abdominal.

3. Bruscas maniobras obstetricas: Credé, Kristeller, Tracciones sobre el cordón, etc. (8).

Casi todos los autores están de acuerdo en las causas que pueden determinar las inversiones, aunque la mayoría reconocen que una gran cantidad de ellas es espontánea (8).

Raerkin cree que la inversión espontánea del útero se produce por el mismo mecanismo de la invaginación intestinal. Klanes hace mención a la salida brusca del feto y a maniobras intempestivas al extraer la placenta (credé). Según Bunke el 40o/o se producen de manera espontánea, 50o/o según Quigley; 40o/o según Das y 24o/o según Harvey Sharkey (8).

Crespo González menciona que en un estudio efectuado por Das de 297 casos de inversión uterina, el 40o/o fue espontánea. Afirman Beckmann y Voel que el 50o/o ocurrió en primiparas (2).

Para Botella Llusía y compartiendo con él ésta tesis otros observadores, el 40o/o de las inversiones uterinas son espontáneas y en cambio el 60o/o son producidas por maniobras intempestivas (2).

Treppa y Col. en 35 casos de placenta acreta consiguen la inversión en 2 oportunidades, y Reyes Ceja en 8 casos de inversión uterina asocia el acretismo en cinco (10).

Placenta fundica: Beckman y Das señalan que el 75o/o de los casos de inversión uterina tenían ésta localización de la placenta (10).

Atonía Uterina: Señalada en casi todas las referencias, cordón umbilical breve. Galanti comenta sobre la inversión uterina producida en trabajo de parto rápido con expulsiones violentas y en las que estando la paciente de pie, el feto puede caer al suelo con la evidente tracción uterina por éste (10).

Procesos tumorales del útero: Thorn, citado por Briceño C. y mencionado por Moreno Guarache, reporta que de sus 641 casos recopilados el 13o/o se debían a procesos tumorales. Hay condición más favorable cuando éstos son pediculados, ya que

tienden a salir por el cervix y cuando hay degeneración (10).

Continuando con el estudio hecho por Das mencionado, ahora por Moreno Guarache, que además de reportar 40o/o espontáneas; hay también 21o/o por tracción exagerada del cordón umbilical, y 19o/o por expresión inadecuada de la placenta (Credé) (10).

Berckmann en 100 casos estudiados señala que solo 3 se produjeron en el hospital. Laitinen y Jahkola y Langer en 1967 reportaron conducción exitosa del período del alumbramiento con el método de "Tracción controlada del cordón" (Brandt, 1933; Andrews, 1940) en 2760 y 2,000 partos. Estos autores consiguieron una menor incidencia de retención de placenta y de extracción manual de ésta, una menor incidencia de retención de membranas, menos trombosis y otras complicaciones puerperales, y una estancia hospitalaria de menos días. Asociaron éste método (TCC) a la administración de Ergometrina durante la expulsión de los hombros y así Langer nota disminución del sangramiento post-partum Ninguna inversión uterina se produjo en éstas series (10).

Brüggemann en 1,000 partos con tracción del cordón tampoco reporta ninguna inversión, y Hofman y Scholz en 500 casos conducidos así vieron la complicación en una oportunidad (10).

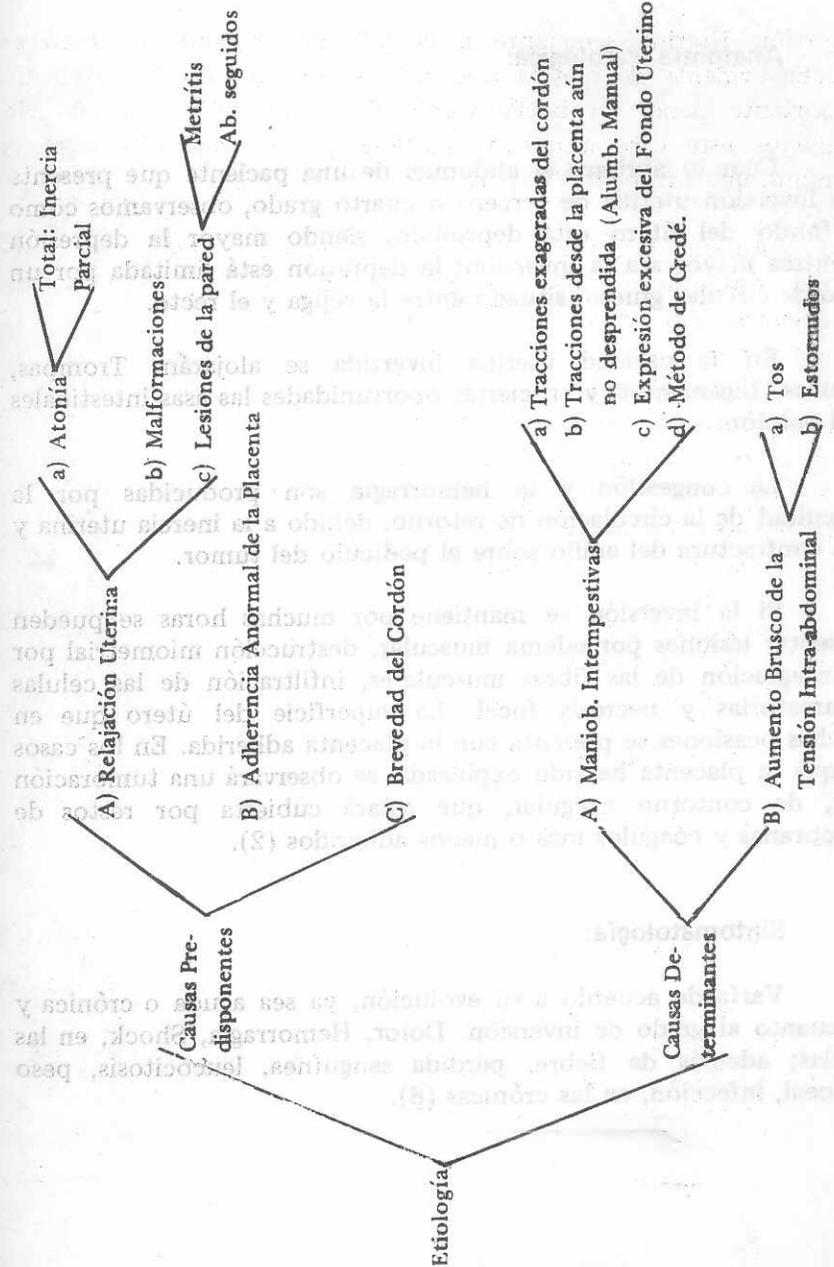
Wladov recomienda éste método y dice que si no hay atonía uterina el riesgo de inversión uterina desaparece y considera que la tracción del cordón es mucho mejor que el método de Credé, el cual puede ocasionar traumatismos al útero (10).

Sugestionados por Laitinen y Jahkola y por Langer y el método de tracción controlada del cordón (TCC) quisimos traccionar una placenta normalmente adherida en una cesarea practicada recientemente y ante nuestra sorpresa se produjo una

Inversión Uterina semejante a la referida previamente. Esto es prueba evidente de que la tracción excesiva del cordón juega un importante papel en la Patogenia de la Inversión Uterina. No sumamos este caso a nuestro material por considerarlo, valga el término, una Inversión "Experimental" (10).

Aunque la inversión del útero sobreviene algunas veces de forma espontánea, casi siempre se debe a un tratamiento inadecuado del tercer período del parto. La complicación se produce por lo general después de un parto a término, aunque se han señalado algunos casos en los cuales a seguido al aborto. Muchos obstetras con amplia experiencia nunca han visto un solo caso, pero constituye una complicación mucho más frecuente en áreas del mundo donde quienes practican la obstetricia son comadronas ignorantes (13).

Podríamos resumir la etiología de la Inversión Uterina aguda en el siguiente cuadro de Rosenvasser (2).



F. Anatomía Patológica:

Cuando abrimos el abdomen de una paciente que presenta una inversión uterina de tercero o cuarto grado, observamos cómo el fondo del útero está deprimido, siendo mayor la depresión mientras mayor sea la inversión; la depresión está limitada por un reborde circular grueso, situado entre la vejiga y el recto.

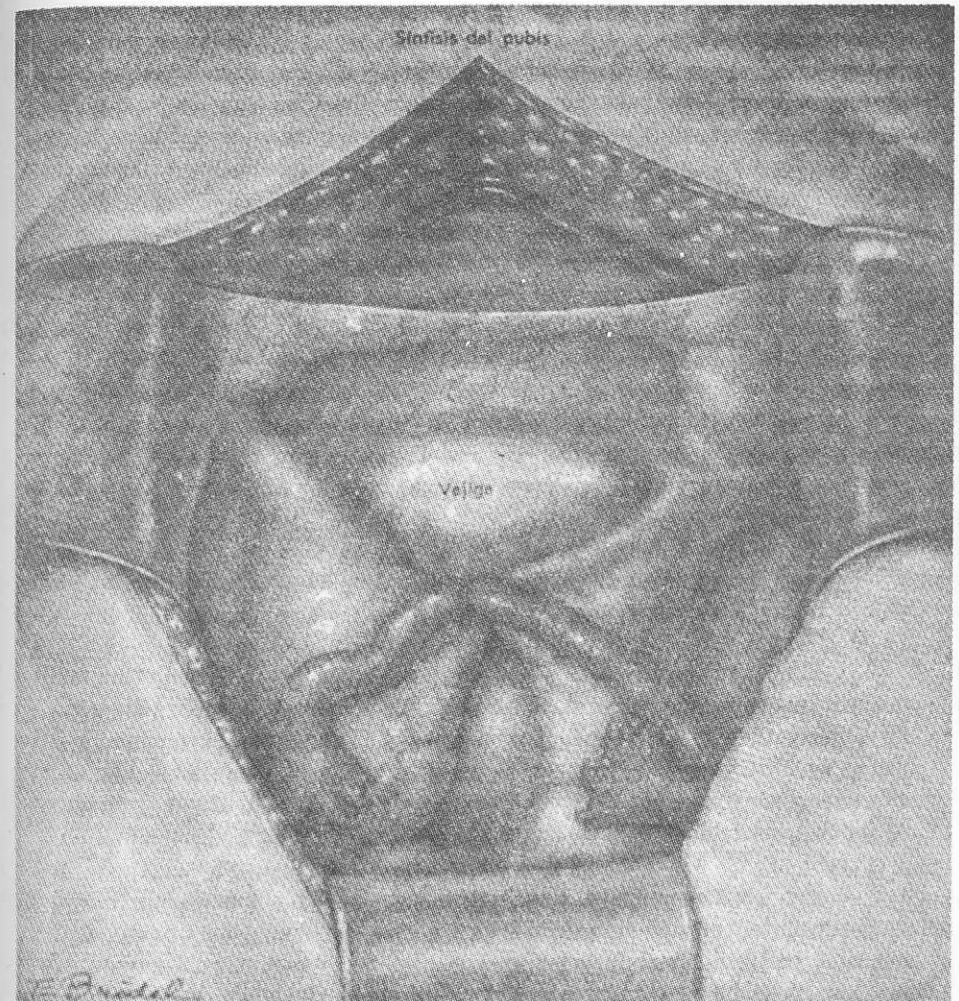
En la cavidad uterina invertida se alojarán: Trompas, Ovarios, Ligamentos, y en ciertas oportunidades las asas intestinales y el epiplón.

La congestión y la hemorragia son producidas por la dificultad de la circulación de retorno, debido a la inercia uterina y a la contractura del anillo sobre el pedículo del tumor.

Si la inversión se mantiene por muchas horas se pueden presentar lesiones por edema muscular, destrucción miometrial por desintegración de las fibras musculares, infiltración de las células inflamatorias y necrosis focal. La superficie del útero que en muchas ocasiones se presenta con la placenta adherida. En los casos en que la placenta ha sido expulsada, se observará una tumoración roja, de contorno irregular, que estará cubierta por restos de membranas y coágulos más o menos adheridos (2).

G. Sintomatología:

Varía de acuerdo a su evolución, ya sea aguda o crónica y en cuanto al grado de inversión. Dolor, Hemorragia, Shock, en las agudas; además de fiebre, pérdida sanguínea, leucocitosis, peso perineal, infección, en las crónicas (8).



Prolapso de un útero completamente invertido. Hallazgos operatorios en la misma paciente mostrados en la figura No. 2.

(Tomado de Williams 13)

Subjetivamente:

La paciente se queja de dolor brusco, acompañado de hemorragia especialmente en caso de estar la placenta desprendida, acompañándose de colapso y shock, en especial en los casos de cuarto grado, en donde el tironeamiento del peritoneo y nervios de los ligamentos se hace con mayor fuerza y en donde hay reducción de la tensión intraabdominal, haciendo descender el diafragma, corazón, etc. La paciente manifiesta deseos de pujar, experimentando presión dolorosa al nivel de la vagina.

En raros casos no manifiesta la paciente sintomatología, llegándose a descubrir la inversión cuando se hace la exploración vaginal después del parto, pero estos casos solo se manifiestan en las inversiones de segundo y tercer grado (2).

Objetivamente:

Las sensaciones o datos recogidos por el examen variarán de acuerdo con la forma anatómica de la inversión:

En las Inversiones de primer grado: Por la palpación abdominal podemos reconocer la depresión más o menos profunda del fondo uterino rodeada por un rodete de forma circular. "Al tacto intrauterino se percibe una tumoración blanda, convexa, rodeada por un surco circular", que corresponde al útero y cuello respectivamente (2).

En las Inversiones de segundo grado: La mano que palpa abdominalmente no encuentra el cuerpo uterino, en la cavidad pelviana palpará un rodete redondeado y excavado en su centro. Al tacto se percibe el tumor cilíndrico, convexo, rodeado de un doble surco circular que corresponde a los fondos de saco vaginales y a la inversión propiamente dicha (2).

En las Inversiones de tercero y cuatro grados: Por la palpación no se percibe el útero. Se observará en el exterior de los genitales el útero adherido o no a la placenta. Al tacto vaginal se reconoce que el pedículo del tumor está rodeado por un fondo de

saco de 2 a 3 cms. de profundidad y que el útero se continua directamente con la parte superior de la vagina invertida. Por no haber cuerpo uterino en la pelvis, si introducimos una sonda en la vejiga y enseguida practicamos un tacto rectal, el dedo tacterá la sonda que está en la vejiga; ésta maniobra es conocida con el nombre de: "Maniobras de Jackemier" (2).

En raros casos puede presentarse infección que puede llegar a producir una septicemia y se han observado casos de oclusión intestinal, al introducirse las asas del intestino en la cavidad, en forma de embudo del útero invertido (2):

En los casos de inversión uterina crónica, se observará atrofia del cuerpo uterino en vagina, que se cubre de epitelio cornificado, presentando erosiones y ulceraciones. La paciente en éstos casos, manifestará hemorragias, leucorrea, dolores de espalda y sensación de pujo (2).

Generalmente existen manifestaciones intensas: Shock no acorde con la hemorragia debido a tracción de los nervios parametriales.

Dolor de fuerte intensidad en hipogastrio. Es frecuente la retención aguda de orina y se ha reportado oclusión intestinal por encarcelamiento del intestino en el "embudo" uterino. La retracción cervical puede causar gangrena del organo (10).

El punto de vista habitual de que el choque no esta en proporción con la perdida sanguínea, es probablemente incorrecto. Las pacientes que hemos visto con Inversión Uterina aguda y choque, han sufrido todas una grave hemorragia del Post-Parto. (13).

El choque inexplicable después de un parto tiene que sugerir la Inversión del Utero y la realización inmediata de un examen vaginal para establecer el diagnóstico (13).

En casos crónicos hay dolor pelviano, dolor de espalda, tenesmo rectal, endometritis y anexitis, leucorrea. Algunas veces es posible visualizar los orificios tubaricos en los cuernos del útero

invertido. Otros hallazgos son infección urinaria, anemia y fiebre (10).

Dolff y Tillmans reportan un caso asintomático, diagnosticado a los 17 días de puerperio y a la semana de haberle dado de alta de la clínica (10).

Recientemente han comprobado Dapunt y Schwarz en una inversión que inicialmente paso inadvertida, un trastorno de la coagulación con aumento de las fibrinólisis e hipofibrinogenemia que ocupaban el primer plano. Como sea que las inversiones cursan a menudo con hemorragias difíciles de cohibir, consideran a todo trastorno de la coagulación que aparece después del parto como sospechoso de inversión, y, al revés, en toda inversión estiman necesaria una exploración del estado de la coagulación. Con ello se abre una nueva perspectiva, importante para la sintomatología de la inversión, que deberá ser tenida en cuenta en el futuro y que deberá ser aclarada mediante ulteriores observaciones. Como causa del choque se admite la irritación de los plexos nerviosos sometidos a estirones, cuya intensidad depende de la rapidez con que se produce la inversión y del estado del sistema nervioso.

Se trata con seguridad de un fenómeno extremadamente complejo que depende de muchos factores, incluido el estado de repleción del sistema vascular, de la provisión de oxígeno, de los tejidos principalmente del sistema nervioso (7).

El curso crónico está caracterizado por hemorragias tenaces, que a menudo se prolongan durante meses y se acompañan con frecuencia de anemia grave, secundaria, las cuales aparecen después de un puerperio aparentemente normal, asociado a menudo a complicaciones larvadas (7).

H. Diagnóstico:

Antecedentes de parto o aborto anterior. Paciente con cuadro doloroso y genital bajo. Shock con hemorragia variable que no explica aquel.

Tumoración que emerge por el orificio cervical. Ausencia de

globo de Pinard en las Inversiones Uterinas completas y totales.

León, Pérez y Uranga se refieren a la maniobra de Jacquemier como un método de diagnóstico sencillo y que consiste en cateterizar la vejiga urinaria con sonda y tratar de palpar ésta por tacto rectal.

También puede notarse la falta de globo de Pinard por tacto rectal bimanual.

Guerra Méndez recomienda introducir una sonda in útero entre la tumoración saliente y el reborde cervical, notándose que en caso de Inversión Uterina la sonda no penetra en la cavidad uterina, deteniéndose en el pliegue de la invaginación.

Algunas veces la Inversión es Local y solo se diagnostica por palpación del fondo uterino a través de la pared abdominal o cuando se practica una revisión uterina en una paciente que acusa sangramiento y/o dolor y en donde se sospechaba atonía uterina, retención de restos o ruptura uterina (10).

La inversión puerperal aguda se puede diagnosticar al primer golpe de vista cuando el útero rojo azulado, eventualmente provisto de la placenta, asoma por la vulva, aunque también puede ser de errores fatales.

Así, el útero invertido al que se tomo por la placenta ha sido arrancado con frecuencia inadvertidamente. La depresión o la ausencia de fondo uterino en el sitio típico no es un síntoma señalado.

Entre 78 casos descritos en la Literatura Angloamericana entre 1940 y 1952, la inversión nunca fue reconocida solamente por la invaginación.

La inspección rutinaria del cuello uterino después del parto que ha sido propuesta no puede captar la invaginación, que a menudo no aparece hasta más tarde. Según Kellog, para el diagnóstico completo es necesaria la comprobación del estadio, detalle de importancia para el tratamiento: En el estadio agudo falta un anillo constrictor, en el sub-agudo se ha formado ya y en

el crónico lleva ya largo tiempo. En todos los casos el diagnóstico se facilita teniendo en cuenta la advertencia de que, sobre todo en hemorragias, hay que pensar siempre en una inversión uterina (7).

Al hacer el diagnóstico diferencial, en la fase aguda es fácil por el tacto intrauterino ante una parturienta en estado de colapso, shock y hemorragia.

En la fase crónica hay que hacer el diagnóstico diferencial:

- A) Por la hemorragia y shock: con la ruptura uterina, desgarros del cuello y vagina, atonía uterina y cuadros de depleción del sodio.
- B) Por la masa o tumor vaginal: con el pólipo fibroso, con retención de cotiledones, con el pólipo mucoso o fibromatoso (en ambos casos no se perciben el cuerpo y fondo uterino a la palpación abdomino-vaginal) (2). A veces puede confundir también la cabeza de un segundo gemelo (1).

I. Pronóstico:

Siempre es accidente grave, y si no es diagnosticado y atendido adecuadamente, puede causar la muerte de la paciente.

Bell señala que en 42 casos diagnosticados dentro de los 30 min. murieron el 9.5o/o, entre 30 y 60 min. el 25o/o y entre 1 y 24 hrs. el 29.2o/o, llegando al 100o/o cuando el accidente se reconoció entre las 24 y 48 hrs. (8).

Tras rebasar el límite de los 30 minutos aumenta de golpe, puesto que en este momento la Inversión ha pasado del estadio agudo al sub-agudo con la formación del anillo cervical (7).

En general la mortalidad oscila alrededor del 15o/o; para Das de un 15o/o; Bunke en una revisión de la literatura Americana e Inglesa cita un 17.9o/o (8).

Si la corrección se efectúa de inmediato, el pronóstico es favorable, siempre y cuando observemos las condiciones de asepsia y antisepsia, tratemos convenientemente la hemorragia y el shock, usemos una buena anestesia y empleemos antibióticos y quimioterápicos (2).

Das en un estudio de 297 casos; consigue que el 72.3o/o se produjo durante el alumbramiento, 14.2o/o en las primeras 24 hrs. y el 9.8o/o entre el segundo y treinta días del puerperio. El porcentaje de cronicidad oscila entre el 5 y 15o/o según diversas publicaciones (10).

Bell, Wilson y Wilson revisando la literatura americana e inglesa desde 1940, hasta mediados de 1952, encontraron 76 casos de inversión puerperal del útero, excluyendo 2 casos propios y concluyeron que la mortalidad parece aumentar de forma continua si su diagnóstico se retarda 48 hrs.

Sin embargo, cuando la paciente con inversión no diagnosticada sobrevive 48 hrs. el índice de mortalidad declina bruscamente. Se produjeron 14 muertes en la serie de 78 casos revisados y un índice de mortalidad materna (no corregido) de 17.9o/o. Sin embargo, solo en 9 de las 14 muertes se diagnosticó la inversión cuando se instituyó el tratamiento adecuado, el índice de mortalidad corregido descendió a un 12.3o/o (13).

Disponiendo de sangre para transfusiones y antibióticos, parece que el mayor obstáculo para reducir más aún la mortalidad está en el retraso o incapacidad de diagnóstico del proceso (13).

La mortalidad informada por diversos autores varia desde el 10 al 50o/o, pero debemos dejar consignado que la menor tasa se obtiene cuando éste accidente es diagnosticado antes de los 30 min. de haberse producido (1).

Se acusa una mortalidad del 16o/o. La muerte se produce por shock, hemorragia aguda o infección local del útero invertido (4).

J. Tratamiento:

Se recomienda reposición manual en los casos agudos; en los casos crónicos reposición quirúrgica: Vaginal según técnicas de Spinelli/Kustner; Abdominal, según técnicas de Haultain/Huntington.

Además, tratamiento general en los casos agudos, tratamiento del shock; y en los casos crónicos mejorar el cuadro que pueda acompañar a la inversión (8).

Preventivo:

Cuando queramos favorecer la expulsión de la placenta, no debemos presionar el útero cuando éste se encuentra relajado y cuando no tengamos la seguridad de que la placenta se ha desprendido. No hacer tracción del cordón para provocar el desprendimiento placentario, ni maniobras enérgicas sobre el fondo uterino (2).

Corregir la atonía uterina, tratamiento adecuado de las distocias contráctiles. Facilitar el período expulsivo mediante la aplicación de forceps profiláctico (10).

Desde el punto de vista sanitario, adoptar medidas tendientes a aumentar el número de partos en institutos adecuados, sobre todo en localidades con gran número de comadronas y en el medio rural (10).

Normas Generales:

La situación resulta todavía más difícil con la diversidad de formas de manifestación de la inversión tocológica y el gran número de los diversos métodos operatorios.

De ahí que el tratamiento del choque constituya la misión primera y fundamental de la terapéutica. En los hospitales modernos corre a cargo del anestésista, quien se preocupa de llenar

el sistema vascular, de aportar oxígeno y de reponer sangre. Según la experiencia de la clínica de Innsbruck debe procederse también al mismo tiempo a un examen de la coagulación sanguínea, por lo menos en forma de la prueba de orientación. Si existen trastornos de la coagulación sanguínea se procurará su eliminación mediante una detenida exploración de la fisiología de la coagulación y la administración inmediata de los medicamentos adecuados. Por vía farmacológica debe intentarse también la interrupción del círculo vicioso típico del fenómeno del choque y proteger en lo posible a la enferma contra una agresión por el trauma de la inminente reposición. En el caso ideal la eliminación tocológica y quirúrgica de la anomalía de posición debe tener lugar tan solo después de haber dominado el choque y de haber terminado todos los preparativos para combatir cualquier eventualidad. En la práctica el tratamiento de la inversión puerperal aguda incluso en las mejores condiciones de organización y una actuación correcta y enérgica se convierte en una carrera dramática entre la asistencia médica y una hemorragia copiosa que se burla de todos los esfuerzos. Con ello pueden producirse situaciones verdaderamente angustiosas que reclaman y exigen una actuación extraordinaria (7).

Curativo:

Se recomienda la posición de Trendelenburg. Robert Willson aconseja que si la placenta no se ha desprendido se deje en su sitio hasta la reducción de la inversión uterina y después se extrae manualmente dejándose taponamiento vaginal para prevenir recidivas (10).

Si la placenta está aún adherida no se extraiga, ya que está impidiendo el sangrado de los sinusoides del lecho placentario. (11).

Antes de la reposición hay que vaciar el útero de su placenta firmemente adherida o de restos de la misma. Parece digno de atención el hecho de que la mayoría de los Autores que defiende el procedimiento de Johnson hayan seguido en sus casos otro medio (7).

El tratamiento propiamente dicho de la anomalía de

posición empieza con una evacuación cuidadosa y completa de la vejiga urinaria. Hay que prescindir de la posición con la cabeza baja a causa del peligro de embolia gaseosa, a la que sucumbieron no pocas enfermas (7).

El uso de taponamientos de sosten puede impedir el drenaje de material infectado proveniente del útero, como sucedió en nuestra paciente, y sería preferible evitarlo y mantener a la púérpera en reposo con control periódico del cuerpo uterino por palpación abdominal. La indicación de ~~ocitócicos~~ en el post-operatorio, aunque aconsejable para mantener el tono uterino y facilitar la expulsión de material uterino séptico, puede tener efecto adverso sobre todo en las inversiones uterinas de mayor evolución, porque al aumentar el tono puede comprometerse la irrigación uterina en un órgano con isquemia crónica consecutiva a la inversión (10).

Reducción Manual: Cuando se efectúa a los pocos minutos del accidente se practica con gran facilidad. Con la paciente bajo la anestesia más indicada se introduce la mano en la vagina tratando de ampliar con los dedos el anillo de retracción cervical y con la palma de la mano se ejerce presión suave hacia arriba, en el eje de la pelvis teniendo cuidado de no ir contra el sacro. Esta maniobra debe realizarse con suavidad para evitar lesiones sobre el útero, como la ruptura. Thomas aconseja la inyección de adrenalina en el anillo de retracción para facilitar la reducción por vencimiento del espasmo. Toda reducción debe concluirse con una cuidadosa revisión uterina (10).

Pajot y Darnier describen una maniobra de taxis periférica, donde además de ampliar el anillo cervical con los dedos, lo empujan a nivel del surco que forma el mismo útero invaginado y así es rechazado progresivamente el fondo uterino invertido.

Existe también la maniobra de taxis central, hoy en día abandonada, ya que al empujar el fondo uterino hacia arriba, aumentará el diámetro transversal del fondo lo que dificulta su reducción a través del anillo cervical (2).

Entre las técnicas más comúnmente usadas para la reducción manual se mencionan la de Johnson y la de Henderson y

Alles.

Técnica de Johnson: Se coloca la mano en la vagina tomando la porción invertida sobre la palma y se sitúan los dedos en el anillo cervical. Se ejerce presión mantenida hacia arriba, hacia el epigastrio, de tal manera que el cuerpo uterino se mantenga a nivel o por encima del ombligo, permaneciendo así por varios minutos. En ésta forma los ligamentos utero-sacros, redondos, anchos y utero-vesicales ejercen tracción sobre el órgano invaginado y se nota que el fondo colocado en la palma de la mano asciende corrigiéndose la inversión (10).

Técnica de Henderson y Allès: Estos autores recomiendan colocar pinzas en el anillo cervical y hacer tracción de éste mientras ~~sinérgicamente~~ se presiona sobre la porción invaginada (10).

Llewellyn-Jones: Menciona el método hidrostático, en el cual, después de despegada la placenta, se introduce la mano en la vagina bloqueando el orificio vulvar con el antebrazo. Se coloca la canula de una irrigadora en la vagina por donde se inyecta hasta 5 litros de agua tibia, estéril; el agua distiende la vagina y por presión conduce a la reducción del útero. O' Sullivan reporta éxito en la reducción ejerciendo presión con colpourinter (10).

Andreas, Felker y Malzer recomiendan si la reducción manual falla, que el útero sea empujado hacia arriba por vía vaginal para reducir a un mínimo la tracción peritoneal mejorando el shock y el dolor hasta que la reducción quirúrgica se realice (10).

Mc Lennan y Mc Kelvey dicen que si la reposición manual del útero no se logra y las condiciones del paciente no son buenas, se debe tratar la hemorragia y el shock haciendo caso omiso de la inversión, posponiéndose la reducción días a semanas después (10).

Briceño C. En el primer caso publicó en Costa Rica, recibe a la paciente en el segundo día de puerperio y la mantiene así hasta el 12 día, cuando se le practicó colpo-histerotomía anterior y seguidamente histerectomía. Esta púérpera con inversión uterina total mantuvo antes de la intervención hospitalización de

sumo cuidado con administración de varias transfusiones, antibióticos y cuidados locales de la superficie endometrial (10).

Reducción quirúrgica: Actualmente se practican con mucha rareza por la mejor asistencia obstétrica en nuestros hospitales y la disminución de partos (en la calle) extrahospitalarios atendidos por comadronas y vecinos. Se recurre a ella cuando hay fracasos en los intentos de reducción manual.

Marcano Guzmán en la maternidad más importante de Venezuela cita solamente 4 casos operados en 53 inversiones uterinas producidas en 492.182 partos y en 27 años; dos por vía vaginal por la técnica de Spinelli y dos por vía abdominal, uno con la técnica de Haultain y otro con la operación de Huntington (10).

Guerra Méndez en Valencia reporta 4 casos de inversión uterina crónica operados según la técnica de Küstner y Duret en 7.400 operaciones de cirugía mayor (10).

Vía vaginal: Ha sido una de las más usadas, sobre todo en los casos crónicos y se han ideado muchas técnicas con fundamentos parecidos. Las técnicas de Spinelli, Küstner, Thorn, Kehrer, Duret, Wester-Mark, Begovin, Migimac, Dienst, e Infantozzi son citadas por Pérez, además de las de Piccoli y Ouí. Describiré en forma resumida las que gozan de mayor popularidad (10).

Técnica de Spinelli: Este autor utiliza como fundamento la colpo-histerotomía anterior, procedimiento empleado también por Ouí y por Kehrer. Phaneuf recomienda ésta vía reportando éxito en varios casos. El procedimiento consiste en practicar una Colpotomía en el fondo del saco anterior en forma transversal y amplia, teniendo cuidado de separar bien la vejiga urinaria para no herirla; se disecciona ésta unos cms. y al incidir el peritoneo del fondo de saco vesico-uterino se entra a la cavidad abdominal. Posteriormente se introduce el dedo en la cavidad identificando el cuello uterino y el "embudo" de invaginación.

Se secciona el cuello y se continua la histerotomía en la cara anterior siguiendo el eje longitudinal del órgano.

El útero así incidido permite la reposición del endometrio a su situación interna por medio de la eversión.

Se toma el labio posterior del cervix que permanece intacto, con pinza y se tracciona suavemente permitiendo exponer con más facilidad la cara anterior del útero.

Seguidamente se sutura la pared mediante puntos separados de un material resistente, en uno o dos planos.

Por último se introduce el cuerpo uterino por la colpotomía a su situación original y se cierra la vagina dejándose drenaje.

Técnica de Küstner: Usada también por Piccoli en Italia y Duret en Francia. Es practicamente la misma intervención descrita por Spinelli, pero con la diferencia de entrar a la cavidad abdominal por Colpotomía posterior, usando el fondo de saco de Douglas y se practica la Histerotomía en la cara posterior. En ésta situación el útero después de ser evertido y suturado, se introduce por el Douglas a su posición normal. Favre y Siderey, en su tratado de Ginecología, muestran excelentes dibujos explicativos de ésta técnica (10).

Algunos autores son siempre partidarios en caso de usar la vía vaginal, practicar la incisión en la parte anterior usando la Técnica de Spinelli, aduciendo formación de adherencias en la cara posterior cuando se usa la técnica de Küstner, quedando el útero en retroversión y acusando la paciente dolor pelviano (10).

Las operaciones vaginales han tenido en los últimos tiempos poca aceptación en el método de Küstner; ya que la larga incisión conduce con toda probabilidad al desarrollo de una retroversión fija del útero y puede ser motivo de ruptura en embarazos posteriores (7).

Vía Abdominal: Se conocen varias técnicas que recurren a la laparotomía, siendo las más conocidas las de Haultain y la de Huntington mencionándose también por Pérez las de Kellog, Masieri y Vadon (10).

Operación de Huntington: Mediante laparotomía media

infraumbilical (laparotomía obstétrica) se expone el piso pelvico donde se evidencia el cuerpo uterino invaginado. Se toma el reborde de la invaginación con pinzas de Allis y se tracciona suavemente hacia arriba tratando de sacar el cuerpo encarcelado. Seguidamente se va exteriorizando poco a poco el órgano y se cambian las pinzas de tracción a la porción que va emergiendo. Después de haber "sacado" el útero, se cubre con compresas empapadas de solución fisiológica estéril tibía y se observa su coloración para constatar su vascularización y vitalidad y descartar zonas isquémicas y necróticas, sobre todo en las reducciones muy tardías. Finalmente se cierra la pared por planos mediante la técnica habitual. Esta intervención tiene la ventaja de no incidir el útero y por lo tanto no lo inferioriza, además de no poner en contacto un medio séptico como la vagina y el endometrio potencialmente infectado con la cavidad abdominal (10).

Operación de Haultain: En éste método al exponer el piso pelvico se identifica el "rodete" cervical y se secciona en su parte posterior.

Se introduce el dedo índice por la brecha y con ayuda de éste se restituyé el órgano a su posición normal. Seguidamente se practica Histerorrafia a puntos separados y se peritoniza, cerrando finalmente la pared abdominal por planos. Esta intervención es útil cuando el útero es muy friable y se desgarrar con facilidad al ser traccionado con pinzas cómo se hace en la operación de Huntington (10).

Schwarz recomienda si la restitución vaginal es fallida, deberá ejecutarse una laparotomía; un asistente empuja el útero a través de la vagina y el operador agarra el fondo invertido y lo lleva hacia arriba, para que el útero adquiriera su posición normal. Si el anillo cervical, previene esta restitución, entonces éste se incide en plano posterior, se reposiciona el útero y luego se repara la incisión cervical (11).

Hay casi unanimidad en la administración de occitocicos en el post-operatorio para mantener el tono uterino y varias publicaciones recomienda el uso de taponamientos vaginales como medio de sosten del útero operado para evitar recidivas (10). Además el empleo profilactico de antibióticos de amplio espectro

(11).

La inversión crónica del útero se trata mediante histerectomía vaginal (4).

K. Recidivas y Futuros Embarazos:

Miller en 56 mujeres que se embarazaron con historia de inversión uterina anterior, encontró el 25o/o de recidivas para los casos expontáneos. También señala que el 44o/o de las inversiones reducidas manualmente se presentaron de nuevo y que ninguno de los casos con intervención quirúrgica recidivó. Philipp y Dolff reportan casos personales con partos sin complicaciones después de una inversión. Urosa Herrera comenta un caso personal el cuál presentó varios partos normales, después de una inversión uterina con reducción manual (10).

E. Acosta Bendek presenta 10 casos, 8 por vía vaginal y 2 por vía abdominal. No se describen reinversiones en partos posteriores, sin embargo, Steffon (citado por Bunke) relata un caso de una paciente con inversión después del primero y segundo partos (8).

Fernández Carreño logró controlar tardíamente 4 de los casos intervenidos (66.6o/o): una a los dos y a los 19 meses con examen ginecológico normal. Otra (Huntington) a los 7 meses, con cuello y cuerpo uterinos normales al espéculum y al tacto bimanual, respectivamente. Otra (Spinelli) ingresó al año, con aborto incompleto siendo sometida a curetaje uterino, sin presentar ninguna complicación. La 4a. sometida a operación de Huntington en el año 1974, tuvimos la oportunidad de atenderla en 1975 en su primer parto post-inversión, siendo este completamente normal y con un feto de 3,360 gramos (5).

Ultimamente ha publicado Samarrae 11 inversiones puerperales crónicas, de las cuales 6 fueron operadas según Spinelli. Se trataba de enfermas jóvenes de los alrededores de Bagdad, de las cuales 5 quedaron nuevamente embarazadas al cabo de 8 a 14 meses de la operación. Todos los fetos llegaron a término, practicándose una sola vez cesarea. En otras dos enfermas operadas

según Haultain fue necesario incidir varias veces el anillo constrictor, lo cual no puede ser indiferente para los embarazos posteriores (7).

Crespo González observó en las pacientes que han ingresado de nuevo al Hospital, que habían presentado inversión uterina, que en los partos que tuvieron después del primer accidente; no se ha producido de nuevo la inversión, incluso un caso de cuatro partos, entre ellos un gemelar (2).

L. Mortalidad:

La inversión uterina es una entidad con reportes de alta mortalidad, siendo la hemorragia y la sepsis las principales causas de ella.

Croze en 1843, citado por Briceño C. reporta 80 muertes en 109 casos. Estas cifras tan alarmantes han disminuido considerablemente con los años, sobre todo por el diagnóstico precoz.

En los casos citados por Blanco Prada, Guarache, Guarache y Urosa Herrera, la mortalidad en 12 puérperas fue del 25o/o. Marcano Guzmán señala un 7.4o/o en 53 casos, notando que en 9 casos con inversión uterina producida fuera del instituto, la mortalidad fue del 33.33o/o; y las inversiones producidas dentro del instituto murió solo una paciente, o sea el 2.27o/o en los 44 casos restantes (10).

Bell, Wilson y Wilson en una revisión de 76 casos tomados de la literatura anglo-americana entre 1940 y 1952, reportaron una mortalidad del 17.9o/o y notan que esta aumenta con la tardanza de reducción hasta las 48 hrs. (Inversiones Agudas) pero si la paciente sobrevive este lapso, la mortalidad disminuye. De las 14 muertes estudiadas en cinco la complicación paso inadvertida siendo este uno de los principales factores señalados para el aumento de la letalidad.

Resumiendo estas experiencias en épocas parecidas, tenemos 141 casos de inversión uterina con 21 muertes maternas para una

mortalidad de 14.89o/o (10).

A continuación un cuadro según varios observadores:

Harery Sharkey	43o/o	de Mortalidad
Das	14.8o/o	de Mortalidad
Rosenvasser	15o/o	de Mortalidad
Jaskes	16o/o	de Mortalidad
Bell y Wilson	17.9o/o	de Mortalidad
Crespo González	4.5o/o	de Mortalidad
Bunke y Hofmaister	15o/o	de Mortalidad
Moreno Guarache	0o/o	de Mortalidad
Marcano Guzmán	7.4o/o	de Mortalidad

(Tomado de Crespo González 2).

IV

MATERIAL, TECNICAS Y METODOS

Para la realización del presente trabajo, se revisaron un total de 302,496 partos atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt durante el período comprendido del 15 de Diciembre de 1955 al 31 de Diciembre de 1980. De este número se encontraron 38 inversiones uterinas acaecidas en ese período.

Antes de entrar de lleno a la metodología se me hace factible mencionar las condiciones a que estaba sujeto:

1. Se dan ciertas técnicas debido a las condiciones locales y el medio en que estoy.
2. Las técnicas escogidas ofrecen la forma más económica de recoger la información.
3. Dichas técnicas son lo suficientemente refinadas y precisas para el tipo de inferencias y generalizaciones que pretende alcanzar este estudio.
4. Estas técnicas están acordes con las premisas y postulados de los que partió el estudio.
5. Se realizó un estudio preliminar o piloto para indicar las variaciones adoptadas en cuanto a metodología y técnica.

La metodología utilizada fue el método Inductivo — Deductivo; basado en un estudio retrospectivo del análisis de diferentes fuentes bibliográficas, humanas y otros, siguiendo los pasos del método Científico. En el curso de la presente revisión, complementé la información en forma comparativa con otras investigaciones existentes sobre incidencia, método diagnóstico y tratamiento de Inversión Uterina.

V

PRESENTACION Y ANALISIS DE 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 algunos de estos años, a saber:

CUADRO No. 1

Año	Partos	Casos de Inv. 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	3
1962	10.976	1
1963	11.609	0
1964	11.758	0
1965	11.930	1
1966	12.063	3
1967	12.801	2
1968	12.158	0
1969	11.316	2
1970	11.426	5
1971	12.863	2
1972	13.730	2
1973	14.154	4
1974	14.280	4
1975	14.436	3
1976	15.328	0
1977	16.302	0
1978	14.808	2
1979	15.043	1
1980	13.914	1
TOTALES:	302.496	38

Se puede notar en el estudio un total de 302.496 partos atendidos en veinticinco años observándose un incremento en el número de pacientes atendidos en el Hospital Roosevelt, lo que viene en beneficio de la misma población.

NOTA: Se hace del conocimiento que por la incineración de 66.000 papeletas que se efectuó en el archivo del Hospital Roosevelt, se perdieron 4 papeletas, las cuales pertenecían a casos de Inversión Uterina, quedando un total de 34 Inversiones Uterinas, con las cuales se hizo ésta investigación.

El número total de Inversiones Uterinas fue de 38 casos, lo que nos dá 1 CASO por 7.960 partos, o sea un porcentaje de 0.012o/o. M. Guzmán encontró 1/9.286 lo que representa el 0.010o/o en 27 años de investigación (8). C. González 1/4.774 lo que da un 0.020o/o en 10 años de investigación (2). Y F. Carreño 1/6.679 lo que dá un 0.015o/o en 11 años de investigación (5). Moreno Guarache reporta 7 casos en 21.037 partos para una incidencia de 1 X 3.005 partos y un porcentaje de 0,033o/o en 5 años de investigación (10). Bunke y Hofmaister; de Milwaukee, reportan 20 casos de Inversión Uterina en 399.965 partos, para una incidencia de 1/19.998 partos y un porcentaje de 0.005o/o (5). Michelon, refiere una frecuencia de 1/20.000 partos y un porcentaje de 0.005o/o (5).

Esta frecuencia de 1 X 7.960, nos coloca entre las series con mayor incidencia de inversiones (ver cuadro de incidencia), y puede ser explicada por el personal (Estudiantes y Médicos en formación), que actúan en nuestras salas de partos. Y no obstante, ser nula la mortalidad en los casos producidos.

2. Edad:

CUADRO No. 2

Edad	No. de Casos	Porcentaje
De 16 a 25	16	47o/o
De 26 a 35	16	47o/o
De 36 a 45	2	6o/o
TOTALES:	34	100o/o

De las 34 pacientes la de menor edad fue de 16 años y la de mayor edad fue de 43 años. Habiendo un promedio de 25.62 años en el estudio.

En un estudio realizado por Bell el promedio de edad fue de 24.5 comprendido entre 16 años para la más joven y 40 años para la de más edad (8).

Para Fernández Carreño el promedio de edad fue de 24.2, con 35 años para la de más edad y 17 años para la más joven (5).

3. Paridad:

CUADRO No. 3

	No. de Casos	Porcentaje
Primiparas	10	29o/o
Secundiparas	7	21o/o
Multiparas (3-8 partos)	17	50o/o
TOTALES:	34	100o/o

Como se puede observar, en el cuadro no existe una diferencia grande entre las primiparas y secundiparas; pero sí se nota una diferencia regular entre multiparas y el resto; esto nos indica que el número de partos no es un factor importante en la etiología de la inversión uterina.

Es digno de anotar que en casi todas las estadísticas se encuentra un mayor porcentaje de primiparas. Así Das encuentra el 52o/o de primiparas, Bell 59o/o, Quigley y Hamilton 71.4o/o (8). Wilson y Wilson 58o/o (13). El único estudio que se opone al concepto universal es el de M. Guzmán hecho en Venezuela que reporta un 28o/o de primiparas (8). Y ahora el presente trabajo.

4. Control Prenatal:

CUADRO No. 4

	No. de Casos	Porcentaje
Con control prenatal	13	38o/o
Sin control prenatal	21	62o/o
TOTALES:	34	100o/o

Notamos que la asistencia a control prenatal es muy baja. Eso quizá se deba al poco grado de cultura y concientización de la mujer que visita la Maternidad del Hospital Roosevelt. Observamos en el cuadro que el 62o/o no asistieron a control prenatal.

Es importante mencionar que entre los antecedentes de las pacientes que tuvieron control prenatal habían varias de ellas que se les había realizado Legrados Uterinos Instrumentales Anteriores y C.S.T. Habiendo 2 pacientes con 2 y 3 L.U.I. anteriores respectivamente.

5. Edad del Embarazo:

CUADRO No. 5

	No. de Casos	Porcentaje
Emb. a término (38-42)	19	56o/o
Partos prematuros (27-37)	3	9o/o
Emb. Post-maduros (43-+)	1	3o/o
No se encontraron datos	11	32o/o
TOTALES:	34	100o/o

La edad de embarazo que se presenta en este cuadro está determinada por edad calculada. Como podremos notar la mayoría de embarazos fueron a término, lo que nos indica que aparece con la Inversión Uterina la mayor parte de veces (56o/o). Se encontró un 9o/o de partos prematuros y un 3o/o de embarazos post-maduros lo que nos viene a decir su baja incidencia en los partos y por ende no importante en el origen de la inversión uterina.

Generalmente la inversión uterina se produce después de embarazos a término, pero se han citado varios casos posteriores a un aborto. Thorn, citado por Briceño C. y mencionado por Moreno Guarache, en 641 casos recopilados de la literatura mundial, señala que el 1.6o/o fueron consecutivos a partos prematuros y abortos; M. Guzmán presenta 3 casos de puerperas que tuvieron embarazos menores de 7.5 meses y menciona un caso de Farries consecutivo a un aborto de 2.5 meses. En los casos crónicos sin predisponente gravídico, Donkers y Col. recientemente publican un caso excepcional en una anciana de 90 años con inversión uterina desencadenada por un Rabdomiosarcoma del cuerpo del útero (10).

6. Atención del Parto:

CUADRO No. 6

	No. de Casos	Porcentaje
Atención intrahospitalaria	26	76o/o
Atención extrahospitalaria	8	24o/o
TOTALES:	34	100o/o

Se observa que aún en nuestros días no logramos la atención del parto de una forma completa a nivel hospitalario, lo demuestra el cuadro que acabamos de observar el cual da un 24o/o a los partos atendidos por comadronas, familiares etc; y un 76o/o a la atención intrahospitalaria, cabe hacer mención que en estos partos intrahospitalarios varias señoras ya habían sido manipuladas por

comadronas anteriormente.

Como veremos la atención del parto si es una fuerte etiología de la inversión uterina y de su adecuada atención depende la incidencia de este problema.

7. Tipo de Parto:

CUADRO No. 7

	No. de Casos	Porcentaje
Parto eutocico simple	30	88o/o
Parto distocico simple (Forceps, cesareas y- otros)	4	12o/o
TOTALES	34	100o/o

Este cuadro nos muestra como casi todos los casos fueron partos normales; solo hubo un 12o/o de partos distocicos simples (3 C.S.T. y un Forceps bajo). Este resultado demuestra que las distocias no son tan frecuentes en la atención diaria de los partos; por lo tanto no es un factor fuerte para la etiología de la inversión uterina.

8. Tipo de Alumbramiento:

CUADRO No. 8

	No. de Casos	Porcentaje
Alumbramiento Espontáneo	0	0o/o
Alumbramiento Natural	13	38o/o
Alumbramiento Artificial	12	35o/o
No se encontraron datos	9	27o/o
TOTALES:	34	100o/o

Como se podrá observar el alumbramiento se dividió únicamente en Natural (38o/o) y Artificial (35o/o), no efectuándose un solo alumbramiento espontáneo; el resto donde no se hallaron datos la mayoría fue atendido por comadronas.

Este resultado nos demuestra que todos trataron que fuera un alumbramiento natural o artificial, traccionando del cordón umbilical, maniobras obstetricas y otras; siendo esta una de las causas que produce la inversión uterina (como se verá más adelante).

Cabe hacer mención que un Alumbramiento Artificial se realizó después de la inversión uterina ya que la placenta venía adherida.

9. Duración del Alumbramiento:

CUADRO No. 9

	No. de Casos	Porcentaje
Tiempo de 1 a 30 minutos	21	62o/o
Tiempo de 31 a + minutos	2	6o/o
No se encontraron datos	11	32o/o
TOTALES:	34	100o/o

Notamos que el 62o/o pertenece al tiempo que estuvo dentro de los límites normales para un alumbramiento. El tiempo Promedio fue de 14 minutos; el más corto para el alumbramiento natural fue de 5 minutos (4 casos) y para el alumbramiento artificial fue de 3 minutos; se deduce por lo dicho que apresuraron el período del alumbramiento lo cual correlacionado con el tipo de alumbramiento, es un factor determinante para producir inversiones uterinas.

10. Longitud del Cordón Umbilical:

CUADRO No. 10

	No. de Casos	Porcentaje
Tamaño de 0 a 35 cms.	6	18o/o
Tamaño de 36 a 65 cms.	17	50o/o
Tamaño de 66 a más	2	6o/o
No se encontraron datos	9	26o/o
TOTALES:	34	100o/o

Como podremos ver la brevedad del cordón umbilical no fue un factor importante para la inversión uterina ya que nada más presento un 18o/o en este estudio. El cordón umbilical con límites normales fue el que más se presento llegando un 50o/o; mas hallá del tamaño normal sólo hubo un 6o/o. Esto nos demuestra que ni lo demasiado corto o largo del cordón umbilical vienen hacer factores importantes en el origen de la inversión uterina.

11. Persona que asiste el Parto:

CUADRO No. 11

	No. de Casos	Porcentaje
Atendido por médico-estudiante	25	73.5o/o
Atendido por comadrona	8	23.5o/o
No se encontraron datos	1	3.0o/o
TOTALES:	34	100o/o

Notamos que aún en nuestros días y en la propia Capital de Guatemala que se considera la que puede tener un grado de nivel cultural más alto que el resto del País aún se observa una cantidad considerable atendida por comadronas 23.5o/o; ahora el 73.5o/o de partos fue atendido por Estudiantes de Medicina que están haciendo sus practicas en dicha Institución y Médicos de la misma; no encontrándose datos en un 3o/o. Por lo tanto creo que es importante la persona que atiende un parto ya que debe tener nociones científicas (Obstetricas) para llevarlo a cabo. Y aquí es donde se encuentra la falla ya que se ha podido observar que las comadronas por su ignorancia obstetrica los Estudiantes y Médicos unos por falta de conocimiento, otros por falta de responsabilidad y a veces por la cantidad exagerada de pacientes y número reducido de Personal Médico hay que apresurar el período del alumbramiento. Siendo esto un factor muy importante para la etiología de la Inversión Uterina (como se verá más adelante).

12. Etiología de la Inversión Uterina:

CUADRO No. 12

	No. de Casos	Porcentaje
Idiopatica	1	3o/o
Yatrogénica (tironeamiento del cordón, maniobra de Kristeller, Manipulación por comadrona, etc.)	32	94o/o
No se hallaron datos	1	3o/o
TOTALES:	34	100o/o

Como lo demuestra el cuadro no es difícil observar que "la mala atención del alumbramiento" es la causa más frecuente de inversión uterina; y además el tiempo promedio en el cual se efectuó el alumbramiento (14 minutos), se puede concluir: la presencia de

Estudiantes en formación es un factor por la falta de conocimiento, experiencia e irresponsabilidad médica y a veces por la cantidad exagerada de pacientes al grado que el número del Personal Médico se ve reducido obligándolos a apresurar el alumbramiento.

Las de origen idiopática no se logró encontrar la causa en su historial clínico, y hubo un 30/o que no presentaron datos. En conclusión se demostró que la Inversión Uterina es Yatrogénica en un 94o/o en la Maternidad del Hospital Roosevelt. Aunque no todas las pacientes que se les realizó alumbramiento Artificial o Natural presentaron Inversión Uterina, por lo tanto además de las causas básicas hubo factores predisponentes que fue difícil encontrar.

13. Tipo de Inversión:

CUADRO No. 13

	No. de Casos	Porcentaje
Inversión Parcial	9	26o/o
Inversión Completa	5	15o/o
Inversión Total	12	35o/o
No se encontraron datos	8	24o/o
TOTALES:	34	100o/o

Notamos que la inversión parcial y la inversión total tienen una incidencia parecida, siendo un 26o/o y un 35o/o respectivamente; lo que nos viene a decir que la primera por ser parcial a veces pasa desapercibida del Médico ocasionando problemas severos en lo posterior y la otra total dándonos un cuadro verdaderamente angustiante; por lo anteriormente dicho considero que son las más peligrosas.

Además tenemos un 15o/o que es de inversión completa, de la cual también hay que tener cuidado; terminando con un 24o/o que

representa a la cantidad de pacientes que no se le pudo encontrar dicho dato.

14. Duración de la Inversión Uterina:

CUADRO No. 14

	No. de Casos	Porcentaje
De 0 a 12 horas	29	85o/o
De 13 a 24 horas	1	3o/o
De 25 a 48 horas	0	0o/o
De 49 a más horas	4	12o/o
TOTALES:	34	100o/o

El cuadro nos demuestra que la mayoría de inversiones se produjeron y fueron solucionadas en las primeras doce horas (la mayoría inmediatamente), llama la atención que existe un 12o/o de inversiones que fueron tratadas más allá de las 49 horas, entre ellas las que más dilataron fue de 16 y 34 días, siendo las más crónicas.

Moreno G. informa de un caso tratado por él mediante cirugía conservadora y con éxito, a los 6 días de haber ocurrido la inversión.

El Dr. Luis Razetti, en su caso relatado, informa haber ocurrido la inversión uterina 5 meses y medio antes de ser vista y tratada por él, siendo el tratamiento igualmente quirúrgico y conservador (Colpo-Histerotomía Posterior) (5).

Habría que mencionar que la sintomatología predominante en casi la mayoría de las pacientes fue igual, siendo ellos: Hemorragia Profusa, Shock Hipovolémico y Neurogénico, excepto en las tardías donde además hubo fiebre e infección uterina (Endometritis, etc.).

15. Procedencia:

CUADRO No. 15

	No. de Casos	Porcentaje
Ciudad Capital	28	82o/o
Departamentos	6	18o/o
TOTALES:	34	100o/o

En realidad la mayoría de pacientes que visitan el Hospital Roosevelt son de la Ciudad Capital, pero hay que hacer mención que casi la totalidad de las pacientes Departamentales pertenecen al área Sur-Oriente; en las cuales unas inversiones uterinas se produjeron en los Hospitales Departamentales y otras en sus casas.

16. Tratamiento de la Inversión Uterina:

CUADRO No. 16

	No. de Casos	Porcentaje
Eversión por Reducción Manual	31	91o/o
Tratamiento por Cirugía	3	9o/o
TOTALES:	34	100o/o

Como se puede observar la mayoría de las inversiones uterinas han sido resueltas por reducción en forma manual llegando a un 91o/o, ahora el tratamiento por cirugía es bastante bajo por motivo de que solo se aplica la mayor parte de veces a las inversiones

crónicas teniendo un 9o/o; las operaciones de cirugía fueron 3: una histerectomía abdominal parcial de una paciente de 39 años con un tiempo de 5 días de inversión uterina, procedente de Guazacapan, Santa Rosa; egresando en buenas condiciones. Como resultado de patología se encontró un útero con infarto hemorrágico. Endometrio Necrótico.

Otra Histerectomía total Unilateral (Utero Doble) de una paciente de 19 años con un tiempo de 16 días de inversión uterina procedente de esta Capital que a su ingreso se tuvo la impresión clínica que se trataba de una inversión uterina, pero luego bajo anestesia, por palpación abdominal se tocaba el fondo del útero, más sin embargo al ver la masa en vagina se penso en un Fibroleiomioma Pediculado, se trató de disecar, cayendose en cavidad abdominal observándose el ovario, por lo que se le tuvo que operar encontrándose 2 uteros (Bicollis), uno de los cuales estaba invertido. Cada útero tenía una Trompa de Falopio y un Ovario. Por lo que se efectuó una Histerectomía total unilateral del útero invertido. La paciente egreso al séptimo día post-operatorio en buenas condiciones con una altura uterina de 8 cms. El resultado de patología fue una Metritis Aguda.

La tercera fue una operación de Baldy-Webster (Ligamentopexia, donde los ligamentos redondos fueron fijados en pared abdominal anterior en fascia de los rectos anteriores). Esto se realizó ya que por la corta edad de la paciente en relación con el número de hijos vivos era muy agresiva una Histerectomía; aunque dicha paciente presentaba una inversión crónica de 34 días. Siendo satisfactoria su evolución, nada más presento Endometritis como complicación post-operatoria.

17. Anestesia Utilizada:

CUADRO No. 17

	No. de Casos	Porcentaje
Ciclopropano y Pentothal	83	23.50/o
Ciclopropano (C ₃ H ₆)	6	17.60/o
Ciclopropano y Eter	5	14.70/o
Ketalar	3	8.80/o
Diazepan (I.V.)	3	8.80/o
Epidural (C.S.T.)	2	5.90/o
Fluothane	1	2.90/o
Eter	1	2.90/o
Otros (Información Incompleta)	4	11.80/o
Sin datos	1	2.90/o
TOTALES:	34	100.0/o

Notamos que en un 620/o la Anestesia fue utilizada por las combinaciones siguientes: Ciclopropano + Pentothal, Ciclopropano, Ciclopropano + Eter, Fluothane y Eter. En el resto fue utilizado Ketalar (8.80/o) Diazepan (8.80/o), Epidural (5.90/o) y otros (11.80/o).

Entre los anestésicos que producen una mayor relajación uterina están: Ciclopropano (C₃H₆) y el Eter además de Fluothane, pero la combinación del Ciclopropano y el Eter es lo ideal para tratar de reducir una inversión uterina.

Como se podrá observar la mayoría de las pacientes recibieron el tipo de anestesia indicado, y por ende las maniobras reductoras se ejecutaron rápido y mejor.

M. Guzmán de las 53 inversiones uterinas que encontró en su

investigación, en 9 casos utilizaron Eter y en 13 casos utilizaron gases, el resto fue para Tiopenthona, raquidea y Peridural (8).

Schwarz recomienda el uso de anestesia con Halotane para relajar el anillo y facilitar la restitución (11).

18. Uso de Medicamentos:

CUADRO No. 18

Medicamento	No. de Casos	Porcentaje	No. de Casos	Porcentaje
	SI		NO	
Antibióticos	34	1000/o	0	00/o
Soluciones (D/A, Harthman, Haemacel) I.V.	28	820/o	6	180/o
Transfusión Sanguínea	26	760/o	8	240/o
Occitocicos	31	910/o	3	90/o
Analgésicos	10	290/o	24	710/o
Hierro P.O.	5	150/o	29	850/o
Vitaminas del Complejo B	2	60/o	32	940/o
Sedantes	2	60/o	32	940/o
Adrenalina	1	30/o	33	970/o
Antihistaminicos (Dimenhidrato)	1	30/o	33	970/o

Como se podrán dar cuenta, las pacientes fueron cubiertas en un 1000/o con Antibióticos; entre los que más se usaron están la Penicilina y Cloranfenicol respectivamente, después aparecen unos que otros casos con Ampicilina, Eritromicina, Estreptomina y Sulfas.

Usándose Soluciones Intravenosas como Dextrosa, Harthman y Haemacel en un 820/o y Transfusiones Sanguíneas en un 760/o.

Los Occitocicos cubrieron un 910/o; dejando sin dicho

medicamento solo a las pacientes operadas. Entre estos están los compuestos por la Hormona Occitoxina (Sintocinon) y los derivados del Cornezuelo de Centeno Metilergonovina (Metergin) y Ergonovina (Ergotrate).

Los Analgésicos que demuestra el cuadro son todos del tipo de la Meperidina (Demerol, Dolosal) y de Dextropropoxifeno (Darvon) así como tipo Pirazolónico (Neomelubrina), usándose en un 29o/o. Habrá que hacer mención que el Acido Acetilsalicílico (Aspirina) fue usada en el 100o/o de las pacientes.

Se uso Hierro Vía Oral (Sulfato Ferroso) en un 15o/o y Vitaminas del Complejo B en un 6o/o; esto se debió a que varias pacientes no se les transfundió y perdieron regular cantidad de sangre; por lo que se dejo el mencionado tratamiento, además como complemento se usaron vitaminas del complejo B.

Se usaron sedantes hipnóticos (Fenobarbital) en un 6o/o. En una paciente se uso Rho-Gam Anti Rh ya que fue sensibilizada, poniéndole sangre 0 Rh +, siendo ella 0 Rh -; no especifican porque, probablemente en ese momento no había sangre de su tipo y el caso era urgente. Además en otra paciente se dejo Dietil-estil-bestrol.

Es importante mencionar que solo en 5 pacientes se dejaron empaques vaginales por un período de 12-24 horas, cubriendo esto un 15o/o. Esta medida coadyuvante se nota que es muy poco utilizada como Auxiliar en el Tratamiento de la Inversión Uterina.

19. Morbilidad Post-Tratamiento:

CUADRO No. 19

	No. de Casos	Porcentaje
Con complicación Post-Tratamiento	19	56o/o
Sin complicación Post-Tratamiento	15	44o/o
TOTALES:	34	100o/o

Podemos apreciar que las complicaciones Post-Operatorias se dieron en un 56o/o; entre estas las que más aparecieron fueron Endometritis, rasgadura del cuello y perineal, etc.

Entre las pacientes que tuvieron una evolución satisfactoria sin complicación Post-Operatoria fueron un 44o/o. Estos porcentajes nos demuestran que la mitad de las pacientes tendrán complicaciones después de su tratamiento médico-quirúrgico y la otra mitad saldrá libre de complicaciones.

Por lo que hay que pensar que hay algo (factor, causa o razón) que impide que la mayoría de las pacientes tengan una evolución satisfactoria, podremos pensar en ambiente hospitalario contaminado, falta de pericia del cirujano, mala aplicación de la técnica que se usa, etc., etc. Recordemos que a todas las pacientes se les dio tratamiento con antibióticos.

20. Tiempo de Hospitalización:

CUADRO No. 20

	No. de Casos	Porcentaje
De 1 a 5 días	23	68o/o
De 6 a 10 días	8	23o/o
De 11 a 15 días	2	6o/o
De 16 a más días	1	3o/o
TOTALES:	34	100o/o

Es fácil apreciar que la mayoría de pacientes estuvieron hospitalizadas en el período de 1 a 5 días (68o/o), eso demuestra que el tratamiento fue bien llevado y las complicaciones posteriores fueron pocas.

En general el lapso de tiempo de hospitalización osciló entre 1 y 11 días, el promedio fue de 5.4 días de hospitalización;

exceptuando 2 pacientes 1 que tuvo 15 días de hospitalización a la cual se le efectuó una C.S.T. y posteriormente presento infección de herida operatoria. Y la otra fue la paciente de la operación de Baldy-Webster la cual tuvo un tiempo de hospitalización de 26 días.

Mortalidad:

En el estudio que realice no se registró ningún caso de muerte y todas las pacientes egresaron en buenas condiciones.

Esto demuestra que el tratamiento que se utilizó fue con presteza y efectivo.

Bunke y Hofmaister; informa de tres muertes en veinte casos para un 15o/o de mortalidad. Moreno Guarache no reporta casos de mortalidad en sus casos asistidos. (5)

Crespo González reporta un caso de muerte para un 4.5o/o de mortalidad (2).

Marcano Guzmán reporta cuatro muertes maternas lo que indica una mortalidad global de 7.4o/o (8).

21. Control Post-Natal:

CUADRO No. 21

	No. de Casos	Porcentaje
Con Control Post-Natal	1	3o/o
Sin Control Post-Natal	33	97o/o
TOTALES:	34	100o/o

Como se podrá observar el 97o/o no asistió a Control Post-Natal, y aquí volvemos a repetir lo dicho anteriormente, que la mujer que visita la Maternidad del Hospital Roosevelt es de poca cultura y no concientizada del beneficio que recibiría al asistir a un control ya sea Pre o Post-natal; más sin embargo la única paciente que consultó se pudo comprobar que el tratamiento aplicado fue efectivo y no había tenido hasta ese momento alguna complicación o recidiva.

22. Embarazos Posteriores y Control Tardío:

CUADRO No. 22

Embarazos Posteriores	Tiempo	No. de Casos	Porcentaje
De 1 a 2 Embarazos	En 1 a 5 años después	7	21o/o
De 3 Embarazos	En 5 a 11 años después	2	6o/o
Consultas por Otra causa (Abortos, Ligaduras de Trompas, Laparoscopia)	En 1 a 5 años después	3	9o/o
TOTALES:		12	36o/o

De las 34 pacientes solo 12 han visitado nuevamente la Maternidad del Hospital Roosevelt, del resto ya no se pudo continuar con su investigación perdiéndose valiosos casos. Pero el 36o/o si consultó nuevamente y se logró seguir a la mayoría de estas pacientes hasta por 5 años después de su tratamiento, excepto un caso que dejo de controlarse hasta los 11 años. El 27o/o de estas consultó por la atención de un nuevo parto, habiendo de ellas un máximo de 3 partos y un promedio de 2 después de haber sufrido la Inversión Uterina.

Durante todo ese período se pudo comprobar que el tratamiento instituido fue totalmente satisfactorio y no hubo

problemas o recidivas. Esto nos viene a demostrar que el tratamiento aplicado ha sido efectivo en un 100o/o; por lo tanto el Pronóstico Obstetrico de las pacientes que tuvieron Inversión Uterina es excelente.

Hay que mencionar que de los partos 1 fue gemelar y otro distocico (C.S.T.) ambos sin complicaciones.

Existe un 9o/o que también consultaron por otras causas entre ellas 2 Ligaduras de Tromas (Pomeroy), una Electro Cauterización de Trompas por Laparoscopia y 5 Legrados Uterinos Instrumentales por Abortos Incompletos.

VI

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio encontramos que la incidencia de Inversión Uterina es de 1 CASO por 7,960 partos, o sea un porcentaje de 0.012o/o.
2. La edad promedio fue de 25.62 años, con una mínima de 16 y una máxima de 43 años. Pero el 94o/o se encontró entre los 16 y 35 años, seguramente por ser la edad gestacional más adecuada.
3. No existe una diferencia marcada entre Primiparas y Multiparas, más sin embargo es digno de anotar que la multiparidad ocupó el primer lugar (50o/o), oponiéndose al concepto universal.
4. Casi la mayoría de pacientes no asistió a Control Prenatal (62o/o); ésto nos indica que nuestras pacientes aún no han sido educadas y concientizadas sobre la importancia que tiene la consulta prenatal; ya que de ello depende la detección temprana de muchas complicaciones.
5. La edad de embarazo, como se pudo comprobar la mayoría fueron partos a término; los partos prematuros o post-maduros en realidad fueron muy pocos no influyendo sobre la etiología de la inversión uterina.
6. La atención del parto ya sea intrahospitalaria o extrahospitalaria apegada a ciertos factores como falta de conocimientos, irresponsabilidad y otros, fue un factor determinante para la creación de dicho problema.
7. El tipo de parto, demostró éste estudio que las distocias no son frecuentes en éste problema, y que el parto eutocico (cómo así tenía que ser) es el que más se observó.
8. El tipo de alumbramiento, es de hacer notar que no existió ningun alumbramiento espontáneo, sino que tratan de que

- se produzca un alumbramiento natural y a veces artificial; entre estos se incluyen los de la Inversión Uterina, por lo tanto creo que la atención del período del alumbramiento fue una de las causas básicas en el origen de éste problema.
9. La duración del alumbramiento tuvo un promedio de 14 minutos y el 62o/o estuvo dentro de los límites del tiempo normal, pero se hace constar que la mayoría tuvo un tiempo corto por lo que seguramente les fue apresurado su período de alumbramiento.
 10. La longitud del cordón umbilical ya sea corto o largo no influyó en la aparición de dicho problema.
 11. La persona que asiste el parto como anteriormente se indicó por falta de conocimientos, el alumbramiento se hace de una forma no correcta; por lo que si es importante saber atender un parto por parte de la persona que lo hace.
 12. La etiología de la Inversión Uterina en éste estudio fue casi en su totalidad yatrogénica siendo un 94o/o. Demostrando con ésto que la mala atención durante el período de alumbramiento es una de las principales causas de la Inversión Uterina.
 13. En éste estudio se encontró que la mayor parte de inversiones fueron parcial y total; una por pasar desapercibida y dar problemas posteriores y la otra por ser un cuadro severo, las ~~se~~ consideré como unas de las más peligrosas.
 14. La mayor parte de inversiones (85o/o) se produjeron y fueron solucionadas en las primeras 12 horas (la mayoría inmediatamente), dejando solo un 12o/o de Inversiones que se corrigieron después de las 48 horas.
 15. La procedencia oscila en un 82o/o para la Capital y un 18o/o para los Departamentos. Esto quizá se deba a que solo los problemas difíciles son enviados a este centro y los demás sean resueltos en su mismo Departamento; además el área de atención del Hospital Roosevelt básicamente es en la Ciudad Capital.

16. Con respecto al tratamiento se logró comprobar que casi la totalidad (91o/o) fue resuelta por reducción en forma manual, quedando un 9o/o donde fue utilizada la cirugía.
17. La anestesia más utilizada (62o/o) fueron las combinaciones siguientes: Ciclopropano + Pentothal, Ciclopropano, Eter + Ciclopropano, Fluothane y Eter. Y sabemos que ese tipo de anestesia es el ideal para reducir Inversiones Uterinas.
18. En la totalidad de las pacientes se usaron Antibióticos y en un 91o/o Occitocicos, además se pusieron transfusiones sanguíneas en un 76o/o y soluciones I.V. en un 82o/o. El uso de taponamiento vaginal fue usado solo en un 15o/o.
19. La morbilidad demostró que el 56o/o tuvieron complicaciones, y el 44o/o no las presentaron; las complicaciones que más aparecieron fue Endometritis, Rasgadura del Cuello y Perineal.
20. El tiempo de hospitalización fue de 1 a 11 días; el mayor porcentaje (68o/o) estuvo hospitalizado entre 1 y 5 días y el promedio de hospitalización fue de 5.4 días.
21. La mortalidad nos reporta un 0o/o, éste dato halagador demuestra la efectividad del tratamiento que se ha dado a las pacientes.
22. La falta de interés de la paciente por llevar Control Post-Natal es evidente ya que de todas las pacientes que tuvieron tal patología solo una asistió al mismo.
23. Se pudo comprobar que el 36o/o consultó nuevamente, siguiéndose a estas pacientes hasta por 5 años después de su tratamiento. La mayoría consultó por la atención de un nuevo parto teniéndose de ellos un máximo de 3 partos y un promedio de 2 después de haber sufrido la Inversión Uterina.

Durante todo ese período se pudo comprobar que el tratamiento instituido fue totalmente satisfactorio, esto nos demuestra que el tratamiento aplicado fue efectivo en un

100o/o; por lo tanto el Pronóstico Obstetrico de las pacientes que tuvieron Inversión Uterina es excelente.

VII

RECOMENDACIONES

1. Es importante insistir y hacer conciencia en las pacientes la necesidad de la Consulta Prenatal.
2. Correcta enseñanza para atender el período del alumbramiento y la importancia de la buena atención del mismo.
3. Preparar a Médicos y familiarizarlos con problemas Obstetricos poco frecuentes como lo es la Inversión Uterina, para que en un momento dado sepan como evitarlos y tratarlos.
4. Como saneamiento profilactico realizar cursillos a las comadronas de los diferentes lugares, para que tengan mejores conocimientos sobre los problemas Obstetricos más severos.
5. Ya decidida la conducta, sea cual fuere ésta, deberá ser llevada a cabo por una persona con amplia experiencia Obstetrica.
6. Hacer conciencia en los Médicos Rurales, sobre la gravedad que lleva consigo misma una Inversión Uterina.
7. Procurar atender los alumbramientos de una forma espontánea.
8. Es básico insistir en la no utilización de maniobras bruscas y contraindicadas en los períodos de expulsión y placentario.

VIII

RESUMEN

El cuadro clínico estudiado es una entidad poco frecuente y lo confirman las apreciaciones generales de los Autores consultados.

En su Génesis, juega papel de primer orden; por una parte, la presencia de factores Socio-Culturales-Tradicionales, ondamente arraigados en nuestro pueblo, los cuales todavía están lejos de ser superados, que los continua impulsando a solicitar los servicios empíricos (comadronas), aún en áreas urbanas de cierta importancia que cuentan con servicios Obstetricos bien establecidos; y por la otra, falta de entrenamiento o actualización, ausencia de técnica, prisa, imitación de lo empírico, etc., etc., en la asistencia Obstetrica por parte de algunos colegas, lo cual los convierte en agentes generadores de graves accidentes.

Dado el hecho de tratarse de un cuadro grave cuyo síntoma cardinal es la hemorragia intensa, necesita asistencia inmediata, tendiente a la reposición del volumen sanguíneo mejoramiento de las cifras tensionales y corrección de la Inversión Uterina.

Esa misma gravedad y rapidez de acción, justifica, a veces el que se efectuen maniobras sin guardar mucho el rigor de la asepsia y la antisepsia, aún cuando no la podamos recomendar.

La primera opción de tratamiento debe ser la reducción manual, la cual siempre representa menor agresión y menor trauma para la paciente, tanto anestésico como quirúrgico. Luego, en ese mismo orden de ideas, si aquella (la reducción manual) ha fracasado, acudir a la cirugía conservadora, sin tener predilección alguna por la vía a elegir (abdominal o vaginal), salvo la impuesta por las limitaciones o la habilidad quirúrgica del Obstetra o del Cirujano, o las características especiales de cada caso en particular.

No siempre la vía abdominal se puede efectuar con la facilidad con que se describe y la reducción del útero invertido mediante pinzas, del tipo que sean, escarifican y desgarran el tejido

uterino, poniendo en contacto con la cavidad abdominal.

La cirugía tipo Histerectomía debe ser la última opción y solo debe estar reservada para aquellas situaciones en las que tenemos que escoger entre conservar un útero o la vida de la paciente.

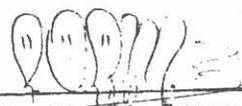
Aunque clásicamente considerada la Inversión Uterina como una Yatrogenia de la asistencia del parto, su rareza hace pensar que otros factores, sumados al tironeamiento del cordón umbilical en una placenta aún no totalmente separada de su inserción uterina, deben concurrir a su etiología. La adherencia anormal de la placenta y la brevedad del cordón no explican suficientemente, ni su aparición, ni su baja incidencia, y hace pensar que el mecanismo de Raerquin, el cual la asimila a la invaginación intestinal pudiera jugar algún papel etiológico. (Comentario tomado en parte por el Dr. Rosendo Castellanos) (5).

IX BIBLIOGRAFIA

1. Castro, Juan Roberto. Inversión Uterina. Tesis USC. Guatemala. 1974. 30 p.
2. Crespo González, J.J. Obstetricia y Ginecología de Venezuela. "Inversión Uterina en el Hospital Central Antonio María Pineda". Vol XXX — No. 1 — Marzo 1970. 156 p. (p. 125-36).
3. C. Beck, Alfred. M.D. Práctica de Obstetricia. 3a. Reimpresión. La Prensa Médica Mexicana. México, Marzo 1965. 847 p. (p. 634-38).
4. C. Benson, Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia; Inversión Uterina. 2a. Edición. El Manual Moderno S.A. D.F./México 1969. 840 p. (p. 208-13).
5. Fernández Carreño, Esteban. Obstetricia y Ginecología de Venezuela. "Inversión Uterina en el Hospital Central Luis Razetti". Vol. XXXVI — No. 1 — 1976. 234 p. (p. 149-55).
6. James Crossen, Robert. "et al". Enfermedades de la Mujer. 3a. Edición en Español. UTEHA. México, 1959. 962 p. (p. 405-6, 501).
7. Käser, O. "et al". Ginecología y Obstetricia. Tomo III, Ginecología Especial; Inversión Uterina. Versión Española de la 1a. Edición Alemana de la Obra "Gynäkologie und Geburtshilfe". Salvat Editores S.A. Barcelona/España, 1974. 1106 p. (p. 711-53).
8. Marcano Guzmán, Héctor. Obstetricia y Ginecología de Venezuela. "Inversión Uterina". Vol. XXVIII — No. 3 — 1968. 474 p. (p. 467-73).
9. Moragues Bernat, Jaime. Clínica Obstetrica. 8a. Edición: El Ateneo. Buenos Aires/Argentina, 1960. 715 p. (p. 524-26).

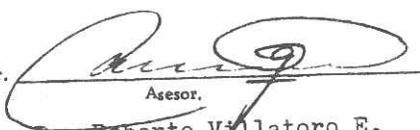
10. Moreno Guarache, Luis F. Miquilena de Moreno, Emperatriz y Pérez, Nestor. Obstetricia y Ginecología de Venezuela. "Un caso de operación de Huntington". Vol. XXXIII - No. 3 - 1973. 491 p. (p. 385-98).
11. Schwarcz, H. Richard. Manual de Urgencias Obstetricas; "Inversión Uterina". 2a. Edición en Español. El Manual Moderno S.A. D.F./México 1980. 147 p. (p. 115-116).
12. Schwarcz, Sala y Duverges. Obstetricia. "Inversión Aguda del Utero". 3a. Edición. El Ateneo. Buenos Aires/Argentina, 1977. 944 p. (p. 695-98).
13. Williams, "et al". Obstetricia; "Inversión del Utero". 6a. Reimpresión, Salvat Editores S.A. D.F./México, 1978. 1076 p. (p. 835-38).
14. Registros Médicos; Archivo 1955 - 1980. Hospital Roosevelt, Guatemala.

Br.



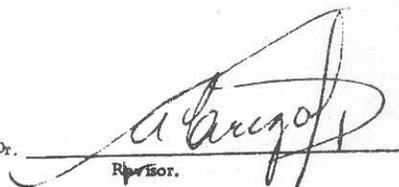
Luis Osvaldo Lemus Murga

Dr.



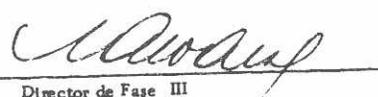
Asesor.
Dr. Roberto Villatoro E.

Dr.



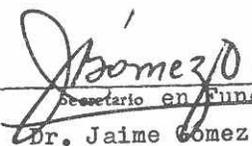
Revisor.
Dr. Francisco Cerezo

Dr.



Director de Fase III
Dr. Carlos A. Waldheim C.

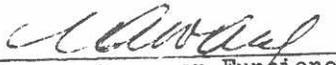
Dr.



Secretario en Funciones
Dr. Jaime Gomez

Vo. Bo.

Dr.



Decano. en Funciones
Dr. Carlos A. Waldheim C.