

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Inversión uterina

Grado: 8vo Grupo: A

Presenta: López Hernández Yesenia Arlette

 UDS Mi Universidad

 @UDS_universidad

www.uds.mx

Mi Universidad

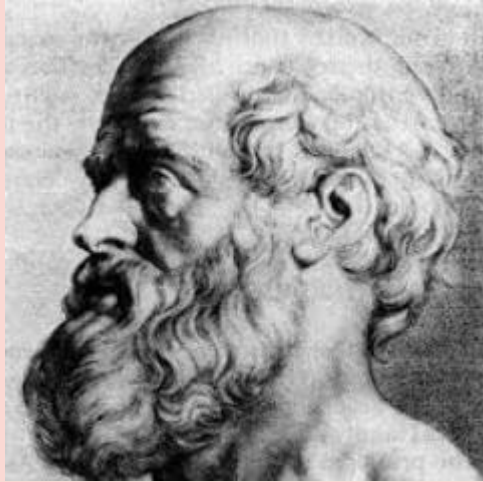
Tel. 01 800 837 86 68

Historia

El conocimiento de la anatomía uterina se remonta al año 2500 a.C.



Hipócrates (460 –370 a.C.) a quien se ha dado el crédito de ser el primero en reconocerla



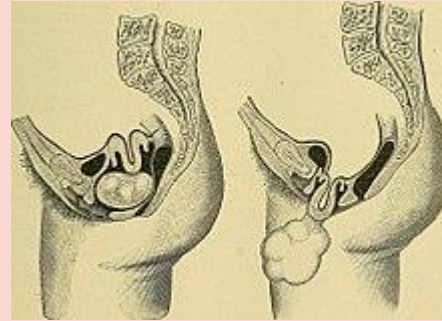
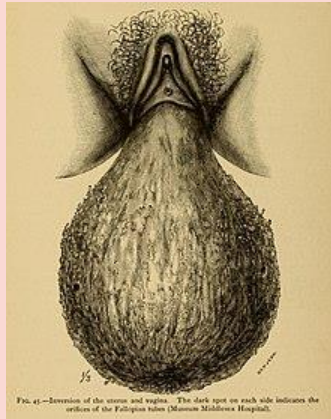
Sorano (200d.C.) definió claramente la inversión

Avicenna en Arabia (980 - 1037 d.C.)



Introducción

La inversión uterina consiste en la salida de la cara endometrial del útero hacia la vagina, y en su expresión máxima hacia la vulva.



- ✓ Hemorragia masiva
- ✓ Shock como respuesta neurológica
- ✓ La rotura uterina o la histerectomía



Definición

Emergencia obstétrica y una rara complicación mayoritariamente relacionada con el tercer estadio del trabajo del parto.



Fig. 1. Fondo del útero que ocupa vagina y protruye a través del orificio cervical externo.

- ✓ Presión del fondo uterino
- ✓ Tracción indebida del cordón umbilical

Etiopatogenia

Inercia
uterina

Tracción del
cordón
umbilical

Placenta
fundica

Acretismo
placentario

Presión del
fondo
uterino

Debilidad
congénita
del útero

Extracción
manual de
placenta

Clasificación



Segun el tiempo

- ✓ Aguda (24 hrs)
- ✓ Subaguda (24 hrs hasta el 1 mes)
- ✓ Crónica (x mas 4 semanas)



Según la relación con el parto

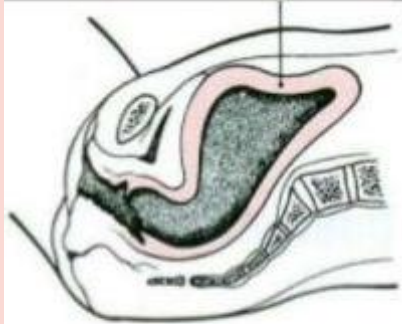
- ✓ Puerperales
- ✓ No puerperales



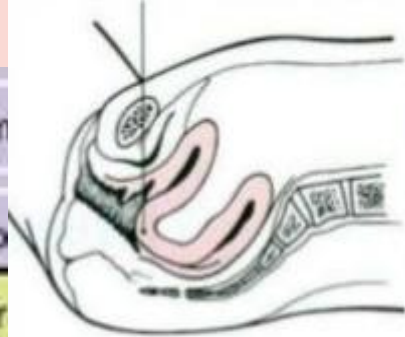
De acuerdo a la extensión

- ✓ Grado I
- ✓ Grado II
- ✓ Grado III
- ✓ Grado IV

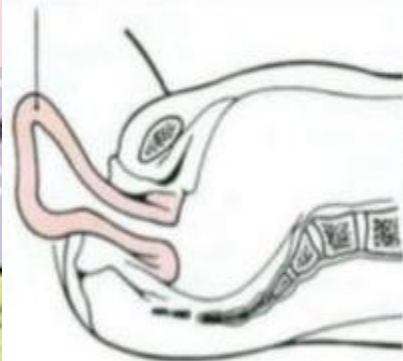
PUERPERALES	NO PUERPERALES	IDIOPÁTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Tracción exagerada del cordón umbilical durante el tercer estadio del parto, particularmente cuando la placenta tiene localización fúndica. • Presión fúndica excesiva • Cérvix, istmo y útero relajados • Placenta accreta • Cordón umbilical corto • Extracción manual • Anomalías congénitas uterinas • Uso intraparto de sulfato de magnesio u oxitocina. • Primiparidad con expulsivos rápidos después de una fase de dilatación prolongada • Primípara, con analgesia epidural y parto instrumental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumores benignos o malignos del cuerpo uterino, comúnmente miomas submucosos (71,6%) ▪ Pólipos endometriales, sarcomas uterinos y cervicales (13,6%). ▪ Cáncer endometrial (6,8%) y pacientes ancianas con antecedente de amputaciones altas del cuello uterino. 	<p style="text-align: center;">8%</p>



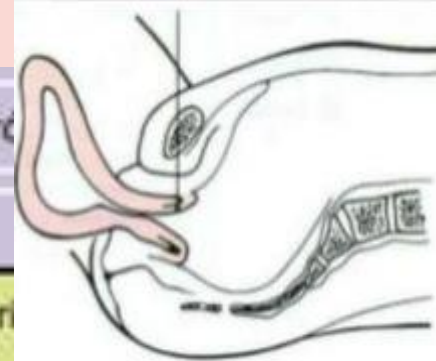
1 Inversión uterina de primer grado.



2 Inversión uterina de segundo grado.



3 Inversión uterina de tercer grado.



4 Inversión uterina de cuarto grado.

Grado II	Protusión del fondo por debajo del anillo cervical pero que no alcanza el orificio vaginal.
Grado III	Completa. Extensión del fondo hasta el orificio vaginal.
Grado IV	Total o prolapso. Vagina invertida con el útero por debajo del orificio vaginal.

Cuadro clínico

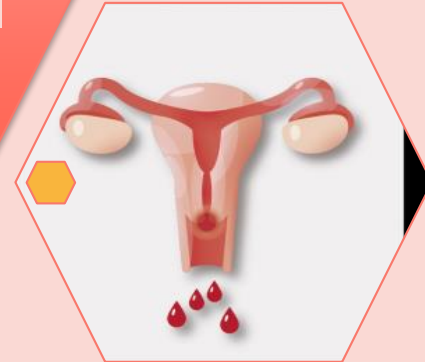


Dolor
pélvico



Masa roja
visible en el
canal de
parto

Hemorragia
transvaginal



Diagnostico

1

Triada
característica

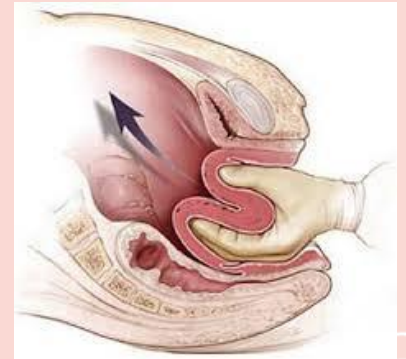
- ✓ Dolor
- ✓ Hemorragia
- ✓ Protrusión



2

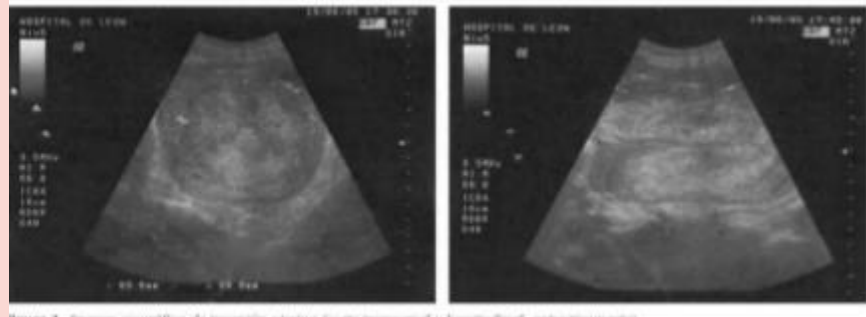
Exploración
física

Inspección: masa roja que protruye o no por el orificio vaginal
Palpación abdominal: no es recomendable



3

Ultrasonografico



Tratamiento

MEDIDAS DE SOPORTE

- Reposición de líquidos por dos líneas venosas de acceso.
- Sondaje vesical.
- Tratamiento analgésico.

REPOSICIÓN UTERINA

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

- Huntington
- Haultain
- Spinelli

TÉCNICAS NO QUIRÚRGICAS

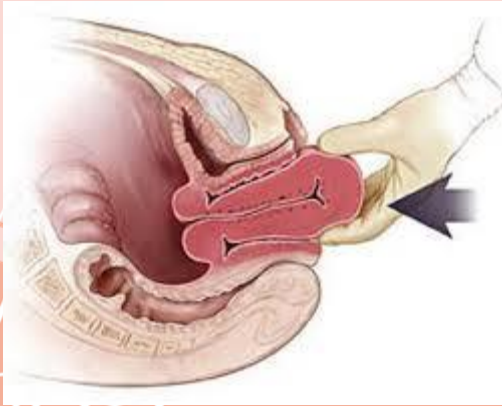
- Johson
- O'Sullivan

POSTERIOR A REPOSICIÓN

- Masaje uterino
- Uterotónicos:
 - oxitocina
 - ergonovina
 - carbetocina
 - gluconato de calcio

Técnicas no quirúrgicas

Johnson



Johnson

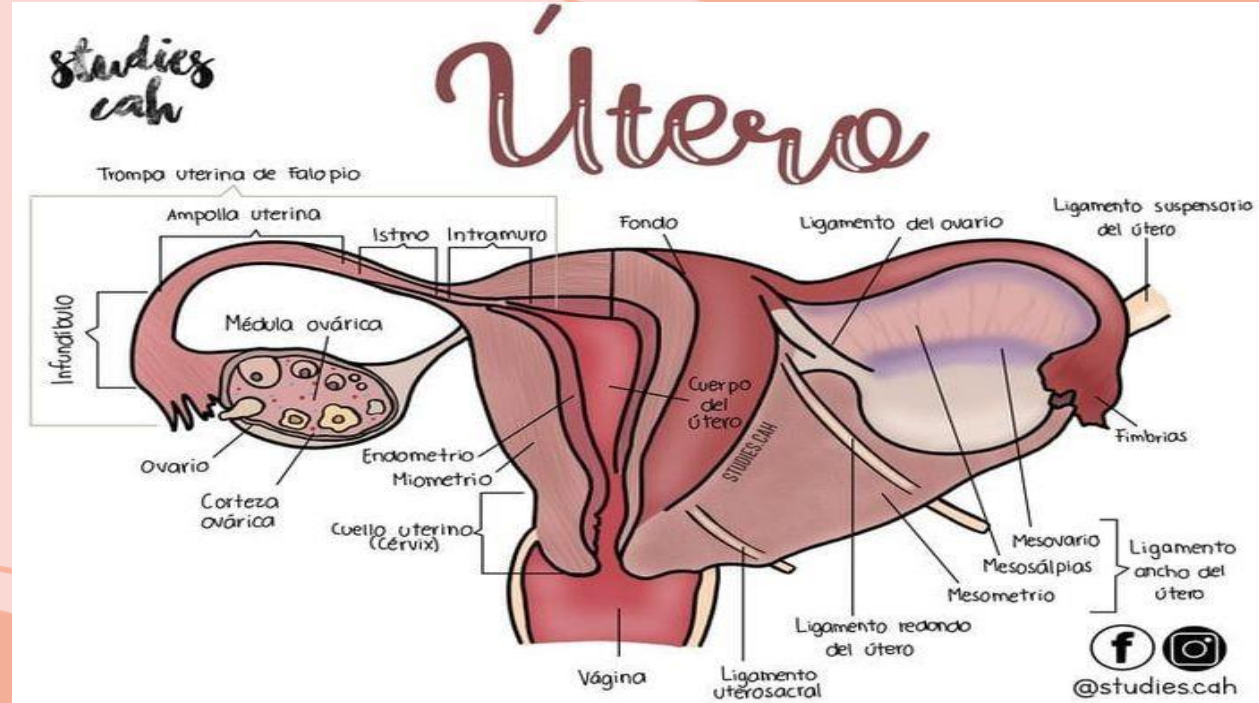
- ✓ Relajación uterina
- ✓ Con agonista β_2 - adrenérgicos, como la terbutalina (0,125-0,250 mg por vía intravenosa o subcutánea)
- ✓ Un bolo de 2 a 4 g de sulfato de magnesio por vía intravenosa en 10 min.

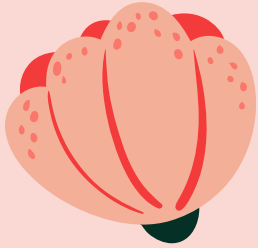


O'Sullivan



Huntington





Uteronicos

- ✓ OXITOCINA: 20 UI en 500 ml solución fisiológica o Hartmann goteo continuo
- ✓ ERGONOVINA: 1 amp (0.2 MG) IM dosis única
- ✓ CARBETOCINA: 1 amp (100 MG) IV dosis única
- ✓ GLUCONATO DE CALCIO: 1 a 3 gr. diluidos en 20 ml de solución glucosada, pasar lento.

Aplicación de antibiótico profiláctico

- ✓ Ampicilina 2 gr IV + Metronidazol 500 mg IV
- ✓ Cefotaxima 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV

Cuadro clínico. Choque hipovolémico

Cuadro clínico en diversas etapas de choque hipovolémico*

Signos clínicos	Temprana	Intermedia	Irreversible
Estado Mental	Alerta, ansiosa	Confundida	Extremadamente desorientada
Aspecto General	Normal, afebril	Pálida y fría	Cianótica y fría
Presión arterial	Normal o ligeramente disminuida	Hipotensión	Hipotensión intensa
Respiración	Taquipnea leve	Taquipnea	Diseña, cianosis
Diuresis	30-60 ml./hr.	30 ml./hr.	Anuria

Manejo del choque hipovolémico

- Iniciar expansión con cristaloides como primera elección 3 ml por cada ml de sangre perdida
- Continúe con coloides a razón de 1 ml por cada ml de sangre perdida para hemodilución aguda hipervolémica, hasta lograr restablecer una presión arterial media por arriba de 60mmHg (diastólica mas diastólica mas sistólica entre tres, la normal=93.3), evite sobrecarga, mantiene gasto cardíaco y evita falla orgánica.

BIBLIOGRAFÍA

1. González E., Fernández C., Fernández A., García C., González C., “Inversión uterina puerperal” Prog Obstet Ginecol. 2007;50(9):537-44.
2. Clavijo I., Rodríguez A., López R., Estrada E., “Inversión uterina puerperal crónica” Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40(1):89-95.
3. Jorge A. M.D., Adriana P., M.D., Luis L., M.D., Daniel M, M.D., “Inversión uterina puerperal crónica: presentación de caso y revisión de la literatura”, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No. 3 2005 (249-255).