



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“INVERSIÓN UTERINA”

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: Análisis de casos

Presentando para optar el grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTOR: PAMELA KATHERINE ALMEIDA GUEVARA

DIRECTOR: DR. DIEGO RODRIGO ARÉVALO VILLA

RIOBAMBA – ECUADOR

2019

@2019, Pamela Katherine Almeida Guevara

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, PAMELA KATHERINE ALMEIDA GUEVARA, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Pamela Katherine Almeida Guevara

060470244-9

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA.

ESCUELA DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Análisis de Casos, titulado "INVERSIÓN UTERINA", de responsabilidad de la señorita estudiante PAMELA KATHERINE ALMEIDA GUEVARA ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación. El mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud de Tribunal Autoriza su presentación.

Dr. Lino Arturo Rojas Pérez

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



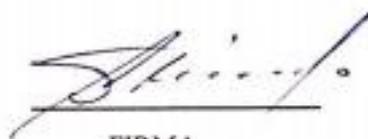
FIRMA

27-06-2019

FECHA

Dr. Diego Rodrigo Arévalo Villa

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN**



FIRMA

27-06-2019

FECHA

Dr. Benito Victoriano Bayas Vallejo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



FIRMA

27-06-2019

FECHA

DEDICATORIA

El siguiente Trabajo es dedicado a Dios por haberme permitido seguir este sueño que ahora se ve más cercano.

A mis Padres, hermano e hija por la insistencia y apoyo moral para seguir por este camino pese a las innumerables dificultades que suscitaron en este viaje que está por llegar a su fin.

A las personas que de una u otra manera me apoyaron directa o indirectamente para la culminación de esta etapa de mi vida y de un logro más en mi carrera profesional.

Gracias totales.

Pamela K. Almeida G.

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica del Chimborazo, a la Facultad de Ciencias Médicas, autoridades y docentes; que intervinieron tiempo y conocimiento para la preparación diaria para mi formación integral como un profesional proactivo, con capacidades resolutivas y dominio de destrezas para aportar a la humanidad, soluciones prácticas para mantener su salud y su bienestar.

Pamela K. Almeida G.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. Marco teórico	3
1.1. Concepto	3
1.2. Epidemiología	3
1.3. Etiología	4
1.4. Factores de riesgo	4
1.5. Fisiopatología	4
1.6. Clasificación	4
1.7. Clínica	5
1.8. Diagnóstico diferencial	6
1.9. Tratamiento y sus indicaciones	8
1.10. Protocolo de hemorragia posparto – clave roja	9
1.11. Pronóstico	11
CAPITULO II	12
2.1. Antecedentes personales	12
2.2. Antecedentes familiares	13
2.4. Motivo de consulta	13
2.5. Enfermedad actual	13
2.6. Examen físico	14
2.7. Estado general	14
2.8. Examen físico regional	14
CAPITULO III	18

DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	
ANEXOS.....	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-1: Clasificación de shock hipovolémico	9
--	---

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Pruebas de laboratorios

RESUMEN

La inversión uterina es una entidad clínica poco común y poco predecible que cuando se presenta se comporta como una verdadera emergencia obstétrica, por lo cual el diagnóstico oportuno, netamente clínico es esencial para ofrecer el manejo adecuado y para evitar posibles muertes maternas. El caso que se presenta a continuación corresponde a una paciente femenina de 21 años que ingresa por el servicio de emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba por Embarazo de 39 semanas de gestación más labor de parto en fase activa, posterior a su ingreso a Centro Obstétrico se produce el parto y seguido a este se presenta una inversión uterina, se analizan antecedentes patológicos personales y características del parto. En el presente caso se estudian las comorbilidades presentes en la paciente, los procedimientos realizados y cuáles son sus alternativas, como llegar a su diagnóstico y el tratamiento adecuado tanto para la inversión uterina como para la hemorragia posparto que presenta la paciente. Se evidencia al término de su internación en dicha casa de salud como la paciente egresa en buenas condiciones hemodinámicas, con su hemograma dentro de parámetros normales y además se le indican los signos de alarma que pueden presentarse y como culminar con el tratamiento impuesto.

Palabras Clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA>, <INVERSIÓN UTERINA>, <HEMORRAGIA POSPARTO>, <MUERTE MATERNA>, <MANIOBRA DE JOHNSON>.

ABSTRACT

Uterine inversion is a rare and unpredictable clinical entity that when presented as a true obstetric emergency, so that timely diagnosis is purely clinical is essential for proper management and to avoid possible material deaths. The case presented below is presented as a female patient 21 years old is admitted by the emergency service General Provincial Teaching Hospital of Riobamba for pregnancy of 39 weeks of gestation plus labor in active phase, after entering Obstetric Center occurs, following this there is a uterine inversion, personal pathological history and characteristics of childbirth. In the present case, the comorbidities present in the patient, the procedures performed and the management of their alternatives, the diagnosis and the adequate treatment both for the uterine inversion and for the postpartum hemorrhage presented by the patient are studied. The evidence of the end of his stay in said health home as the patient in good hemodynamic conditions, with his blood count within the normal parameters and also indicate the warning signs that may arise and how to complete the treatment imposed.

KEYWORDS: <MEDICAL SCIENCE TECHNOLOGY>, <MEDICINE>, <UTERINE INVERSION>, <POSTPARTUM HEMORRHAGE>, <MATERNAL DEATH>, <JOHNSON MANEUVER>.



INTRODUCCIÓN

La inversión uterina obstétrica, también conocido como útero invertido, es una patología muy poco común, además de ser una de las complicaciones más graves que se presentan en la tercera etapa del parto y que pone en riesgo la vida de la paciente. La inversión uterina es entonces el traslado del fondo uterino hacia el exterior de manera completa o incompleta además de la alteración en la ordenación de sus paredes, la pared interna se convierte en la pared externa y el órgano se invagina en forma de dedo de guante. (Clavijo, 2014) (Borges, 2016)

El conocimiento de la anatomía del aparato reproductor femenino y más específicamente del útero se remonta al año 2500 a.C.; las escrituras que han sido encontradas en papiros de la época indican que los antiguos egipcios solían considerar a la vagina y al útero dos órganos que, aunque se encuentran en vecindad, son diferentes. Antes de proceder a la momificación, a los cadáveres que presentaban algún tipo de patología anatómica, como un prolapso genital se les debía recolocar el órgano, en este caso regresar el útero a su lugar, y de esta manera fue como se evidenció que la vagina y el útero son dos órganos separados y diferentes. (Clavijo, 2014) (Borges, 2016) (Corcuera, 2016) (Flors, 2018) (Gilart, 2016) (Rodríguez, 2013) (De Dios, 2017)

La condición de útero invertido fue anteriormente confundida con el prolapso y es gracias a Hipócrates (460 - 370 a.C.) que hemos sido capaces de diagnosticarla apropiadamente y diferenciarla. (Clavijo, 2014) (Corcuera, 2016) (Gilart, 2016) (De Dios, 2017)

Además, se debe acotar que Sorano (200 d.C.) fue quien además de dar un concepto claro y conciso de lo que es la inversión uterina, concluyó que ésta es, entre sus múltiples causas, ocasionada por la tracción del cordón umbilical. (Clavijo, 2014) (Gilart, 2016)

Se clasifica en diferentes formas atendiendo a: el tiempo, su relación con el parto y la extensión de la inversión. (Palma, 2008) (Sánchez, 2016)

Sus principales características clínicas son dolor pélvico intenso además de hemorragia, pudiendo esta última llegar al shock hipovolémico. Al examen físico es notable la presencia de una masa de color rojo que sale al exterior de manera completa o no por el orificio vaginal, y a la palpación abdominal o bimanual no es posible encontrar el fondo uterino. Además, cuando estamos frente a esta entidad en su estado crónico podemos encontrar hemorragia irregular acompañado de secreción vaginal. El diagnóstico antes de realizar el procedimiento no es fácil incluso con un examen físico exhaustivo y generalmente se confirma durante el acto quirúrgico. Dentro del manejo debemos incluir tanto opciones médicas como quirúrgicas; su aceptación y éxito en la

paciente va a estar dado por el diagnóstico temprano y oportuno además del manejo de las posibles complicaciones. En la mujer que tiene paridad completa, se propone la histerectomía como el tratamiento de primera línea. (Clavijo, 2014) (Borges, 2016) (De Dios, 2017) (Parra, 2008) (Sánchez, 2016)

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Concepto.

La inversión del útero o útero invertido, consiste en un cambio de disposición de las paredes, del útero, la cara interna pasa a ser la cara externa y este órgano adquiere la forma de dedo de guante, para lo cual es importante recordar la anatomía del aparato reproductor femenino, teniendo en cuenta que el útero es un órgano piriforme y hueco, que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento que constituye el istmo uterino. que se encuentra suspendido en la cavidad pélvica gracias a numerosas estructuras peritoneales, ligamentosa, fibrosa y fibromusculares, entre los cuales tenemos a los ligamentos anchos, ligamentos redondos, ligamentos úterosacros, ligamentos cardinales o de Mackenrodt. (Borges, 2016) (Castillo, 2011) (Parrondo, 2013)

Toda esta conformación se pierde provocando la evaginación del útero al exterior y resultando en la inversión tanto de su posición anatómica como de las capas de sus paredes.

Constituye un accidente obstétrico y una verdadera emergencia, pero se debe aclarar que es una causa prevenible de muerte materna. Es una entidad poco común, y una de las complicaciones con mayor importancia de la tercera etapa del parto por lo cual también en peligro la vida de la mujer en el parto. (Borges, 2016)

1.2. Epidemiología.

La inversión uterina posparto es una complicación muy rara y muy seria que ocurre en la tercera etapa del trabajo de parto además implica un alto grado de mortalidad materna prevenible; los grandes estudios reportan una incidencia de entre 1 de 20.000 o 1 de 25.000 partos. La inversión uterina no puerperal es aún menos común, y en la literatura los datos estadísticos de incidencia varían según la serie de casos. En la serie de casos de McCullagh el 85% fue de origen puerperal y el 15% fue no puerperal. En los casos de origen puerperal el 8,6% fue de origen súbito. Estos datos estadísticos también varían dependiendo del área geográfica. En India se reporta una

incidencia de 1 de 8.537 partos, en Estados Unidos 1 de 23.127 y en los hospitales británicos de 1 de 27.902. (Clavijo, 2014) (Parra, 2008) (Rodríguez, 2005)

1.3. Etiología

Condición indispensable para que se produzca la inversión uterina es la inercia del fondo uterino, que puede ser debida a una laxitud de los ligamentos antes mencionados lo cual permite que se deprima como dedo de guante. (Aranda, 1969) (Sánchez, 2016) (Zabaleta, 1974)

1.4. Factores de Riesgo

Los factores de riesgo están asociados directamente a un manejo inadecuado de la tercera etapa del parto. La tracción forzada ya sea esta de la placenta o del cordón umbilical, la inserción fúndica de la placenta, y, así como el parto de duración breve, la maniobra de Kristeller, paciente primípara, feto macrosómico, cordón umbilical corto, inversión uterina previa, la hipodinamia durante el trabajo de parto y un útero relajado todas estas condiciones favorecen la inversión del útero. Además puede asociarse con malformaciones congénitas del aparato genital femenino, en concreto, al útero y a patologías asociadas al colágeno, el uso del sulfato de magnesio en el anteparto. (Aranda, 1969) (Clavijo, 2014) (Obstetrics, 2017) (Zabaleta, 1974)

1.5. Fisiopatología

La tracción forzada del cordón umbilical acompañada de una tracción simultánea del fondo uterino (maniobra de Kristeller) llevan a la presentación de esta entidad. (Basu, 2014)

1.6. Clasificación

La inversión uterina se clasifica tomando en cuenta diferentes variables, entre las cuales figuran su relación con la extensión de la inversión, el tiempo durante el cual ocurre y su relación con el parto. Cuando la inversión se produce tras el parto la reconocemos como una inversión uterina puerperal, mientras que cuando no tiene relación con el parto la denominamos no puerperal, esta última es aún menos frecuente y cuando se presenta es de manera crónica. La mayoría de casos de los cuales se tienen registro están asociados a inversiones uterinas de largo plazo, éstas se deben principalmente a tumores del cuerpo uterino, comúnmente miomas de tipo submucoso, pólipos alojados en el endometrio, sarcomas en el útero y en el cuello uterino, cáncer de endometrio y pacientes adultas mayores con antecedente de amputaciones altas del cuello uterino.

La inversión uterina es considerada idiopática, la cual se encuentra en un pequeño porcentaje y se las clasifica de esta manera cuando no se encuentra ninguna causa. (Aparicio, 2016) (Borges, 2016) (Ramos, 2014) (Rodríguez, 2005) (Parra, 2008) (Parra, 2008)

La duración en tiempo se toma en cuenta desde el momento del parto hasta cuando se realiza el diagnóstico, entonces se considera que la inversión es: (Aranda, 1969) (Parra, 2008) (Rodríguez, 2005)

- Aguda: en las primeras 24 horas, es decir dentro el puerperio inmediato. (Aranda, 1969) (Rodríguez, 2005)
- Subaguda: comprendida entre las 24 horas y los 30 días. (Aranda, 1969)
- Crónica: después de pasados los 30 días. (Aranda, 1969) (Aranda, 1969) (Gilart, 2016)

La clasificación que se utiliza más frecuentemente está basada en la extensión de la inversión: (Aranda, 1969) (Rodríguez, 2005)

- Grado I: el fondo logra llegar hasta el cuello uterino (Aranda, 1969) (Aranda, 1969) (Rodríguez, 2005)
- Grado II: el fondo uterino protruye por debajo del anillo cervical pero no llega al orificio vaginal. (Aranda, 1969) (Rodríguez, 2005)
- Grado III: Completa. el fondo del útero llega hasta el orificio vaginal. (Aranda, 1969) (Rodríguez, 2005)
- Grado IV: Total. Vagina completamente invertida con el útero por debajo del orificio vaginal. (Aranda, 1969) (Rodríguez, 2005)

Vázquez Cabrera divide los grados de inversión uterina en: (Aranda, 1969) (Borges, 2016) (Vásquez, 2015)

- Inversión parcial: Cuando el fondo uterino no alcanza el anillo de Bandl. (Aranda, 1969) (Borges, 2016) (Vásquez, 2015)
- Inversión completa: Cuando el fondo uterino rebasa el anillo de Bandl e incluye el cuello y, el cuerpo uterino se coloca en plena vagina. (Aranda, 1969) (Borges, 2016) (Vásquez, 2015)
- Inversión total: Cuando el útero invertido arrastra consigo a la vagina y se exterioriza a través de la vulva. (Aranda, 1969) (Borges, 2016) (Vásquez, 2015)

1.7. Clínica

La sintomatología que ocurre con mayor frecuencia en el útero invertido agudo son dolor abdominal severo, hemorragia abundante (94% de los casos) y shock hipovolémico (35%, dado por el efecto causado por el parasimpático debido a la tracción que ejercen los ligamentos suspensorios del útero e hipotensión con perfusión tisular inadecuada), masa de color rojo que sobresale por el canal vaginal hace el exterior, fondo uterino no palpable por vía abdominal ni bimanual. (Borges, 2016) (Clavijo, 2014) (Basu, 2014) (Parra, 2008) (Sánchez, 2016) (Network, 2014) (Calle, 2016)

En la fase inicial de la inversión, lo primero que llama la atención es el sangrado. La pérdida sanguínea por vía vaginal es en gran cantidad y continua. El estado general desmejora rápidamente en una paciente, provocados principalmente por el dolor pélvico intenso, gran hemorragia que termina causando hipotensión, taquicardia, lipotimia o el shock, inmediatamente después del alumbramiento, se realiza la revisión de manera manual intrauterina para lograr llegar al diagnóstico; lo cual suele ser claro a la simple inspección de los genitales femeninos. (Borges, 2016) (Basu, 2014) (Sánchez, 2016) (Network, 2014) (Zabaleta, 1974) (Morales, 2019)

El antecedente de alumbramiento provocado al realizar la maniobra de Kristeller y tracciones del cordón o retirada manual de la placenta, debe ponernos sobre aviso. (Borges, 2016) (Zabaleta, 1974) (Morales, 2019)

El útero que se presenta completamente invertido forma una masa piriforme que se aloja en la parte superior del canal y orificio vaginal, se observa una superficie lisa, de color rojo oscuro y usualmente es propenso a sangrar con la palpación. Se puede palpar un anillo debido a la constricción de los músculos que se encuentran alrededor de la protuberancia, el cual evidencia la posición del orificio externo, y revela que el fondo uterino se encuentra invertido acompañado del canal cervical pero no completamente. Si el cérvix está invertido en su totalidad no es posible palpar ningún anillo de constricción y podemos palpar una superficie lisa en el fondo del saco vaginal. La palpación abdominal complementada de la palpación bimanual nos ayuda a demostrar la ausencia del fondo uterino además del cuerpo, en la cavidad pélvica, la cual es su posición normal. (Borges, 2016) (Basu, 2014) (Rodríguez, 2005) (Zabaleta, 1974)

1.8. Diagnóstico diferencial

Los siguientes diagnósticos diferenciales son lo más frecuentes asociados a esta patología: (Clavijo, 2014) (Rodríguez, 2005)

- Prolapso de mioma uterino submucoso: son los tumores benignos más frecuentes que podemos encontrar en la cavidad pélvica, lo padecen un poco más de dos tercios de la

población femenina que se encuentra dentro de la quinta década de vida. Se ha evidenciado una mayor incidencia en mujeres afrodescendientes, en pacientes quienes han utilizado tamoxifeno y en mujeres con Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, índice de masa corporal alto y menarquia temprana. Este tipo de mioma se caracteriza por localizarse en el interior de la cavidad uterina, alojándose sobre endometrio, en dependencia de la gradación. Su clínica se caracteriza principalmente por presentar sangrado uterino anormal, dolor y presión en la cavidad pélvica, efectos en la reproducción entre otra sintomatología. Dentro de la exploración física podemos realizar un tacto ginecológico bimanual. Ante la presencia de un mioma uterino, a la palpación encontramos una o varias masas puede incluso describirse como un “útero en saco de papas”, en caso de ser polimiomatoso, es decir la presencia de varios miomas. (Clavijo, 2014) (Flors, 2018) (Rodríguez, 2005)

- **Cáncer de cuello uterino:** El cáncer de cuello de útero constituye uno de los tumores malignos ginecológicos más frecuente. El pico de incidencia del cáncer de cérvix ocurre entre la cuarta y la quinta décadas de la vida y su incidencia se incrementa con la promiscuidad, tanto de la mujer como del hombre; así como con el inicio precoz de las relaciones sexuales. Para su diagnóstico es importante precisar historia obstétrica y ginecológica, precisar antecedentes de lesiones en el cuello del útero, antecedentes patológicos familiares de cáncer cervicovaginal. Sobre los síntomas actuales, determinar referencias al tiempo y secuencia de aparición de los mismos entre los que tenemos: sangramiento post-coital y/o dispareunia, dolor vaginal o pélvico al esfuerzo físico y secreción vaginal fétida entre otros. Dentro del examen físico debemos realizar un examen ginecológico completo que incluya tacto bimanual, vaginal y rectal, examen con espéculo del cérvix y vagina, para describir volumen y características del tumor, así como infiltración de parametrios y paredes pélvicas; pero como podemos observar no depende de un proceso de parto sino mas bien de los antecedentes de la paciente y de su edad. (Flors, 2018)
- **Prolapso útero vaginal:** es la salida al exterior de los órganos pélvicos que ocurre por la vagina, siendo una enfermedad que afecta la calidad de vida, provocando en raras ocasiones morbilidad o mortalidad. El prolapso genital se diagnostica en más de la mitad de las mujeres multíparas y quienes suelen requerir tratamiento por su sintomatología. (Parra, 2008) (Mosquera, 2013)

- **Atonía uterina severa:** es la falta de capacidad del útero para volver a contraerse tras el parto y posterior alumbramiento, con la consiguiente hemorragia en el postparto que es mayor a 500 ml de sangre tras parto eutócico o mayor a 1000 ml tras cesárea dentro de las primeras 24 horas. Representa una grave emergencia obstétrica, ya que este sangrado está asociado a la presentación de shock hipovolémico y a falta de estabilidad hemodinámica. Siendo la primera causa de muerte materna alrededor del mundo, especialmente en países del tercer mundo. Si bien también produce sangrado excesivo no se acompaña de dolor pélvico ni se observa la presencia de masa alguna protruyendo a través de la vagina. (Aparicio, 2016)

1.9. Tratamiento y sus indicaciones

En la inversión aguda, en primer lugar, se impone la estabilización de las condiciones generales de la paciente. Los líquidos necesitan ser administrados por vía intravenosa, acompañados de transfusión sanguínea, éstas son medidas que deben tomarse con prontitud, para lo cual debemos tener en cuenta la cantidad de sangre que ha perdido la paciente teniendo en cuenta la clasificación del shock hipovolémico, dentro de lo cual tenemos: (Aranda, 1969) (Morales, 2019) (Zabaleta, 1974)

- **Hipovolemia leve ($\leq 20\%$ del volumen sanguíneo):** Taquicardia leve, pero relativamente pocos signos externos, especialmente en un paciente joven en posición supina. (Ramos, 2014)
- **Hipovolemia moderada ($\sim 20\text{-}40\%$ del volumen sanguíneo):** Hipotensión postural, taquicardia significativa, ansiedad. (Ramos, 2014)
- **Hipovolemia severa ($\geq 40\%$ del volumen sanguíneo):** Hipotensión postural, taquicardia marcada, oliguria, agitación, confusión, alteración del sistema nervioso central. (Ramos, 2014)

La transición de hipovolemia leve a hipovolemia severa puede ser extremadamente rápida. Si no se revierte rápidamente, especialmente en pacientes con comorbilidades, la muerte es inminente. (Ramos, 2014)

	Grado 1 (no choque)	Grado 2 (Hemorragia leve)	Grado 3 (Hemorragia moderada)	Grado 4 (Hemorragia severa)
Índice de choque FC / TAS (normal 0.7 a 0.9)	0.7-0.9	1	1.1	≥ a 1.7
Frecuencia cardiaca	< 100	100-120	120-140	> 140
PA sistólica en mm Hg	Normal	Normal	< 90	< 80
Estado de conciencia	Ansioso leve	Ansioso moderado	Confundido	Confundido + letargo
Mortalidad	< del 10%	12.00%	25.00%	55.00%
Pérdida sanguínea en ml	500	501-1000	1001-2000	> 2000
% de pérdida de la volemia	10-15%	16-25%	26-35%	> 35%
Lactato mmol/l	< 2	2-4	4-8	> 8
Fibrinógeno	Normal	< 290	< 200	< 100
Necesidad de Productos sanguíneos	Observar	Considerar	Iniciar administración de hemoderivados	Preparar para transfusión masiva

Figura 1-1: Clasificación del shock hipovolémico

Fuente: Prevención y Manejo de la hemorragia posparto en el primer, segundo y tercer nivel de atención. Resumen de evidencias y Recomendaciones: guía de práctica clínica (López, 2018)

1.10. Protocolo de Hemorragia Posparto – Clave Roja

- Examen físico completo de la madre
- Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N°18.
- Proporcione oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros por minuto o cánula nasal a 4 litros por minuto en caso de haber mascarilla.
- Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección
- Mantenga temperatura corporal
- Tome muestra para exámenes (usar tubo tapa roja, lila y celeste)
 - Biometría hemática con conteo de plaquetas
 - TP, TTP
 - Grupo sanguíneo y factor Rh
 - Fibrinógeno
- Inicie bolo de cristaloides de 500 ml cada 30 minutos y valore luego de cada 500 ml infundidos, ya que la reposición de la volemia es adecuada si se cumplen los 4 siguientes requisitos:
 - Presión arterial sistólica igual o mayor a 90 mmHg.

- Diuresis mayor a 30 ml por hora o mayor o igual a 0.5 ml/kg/h.
- Temperatura mayor a 35° C
- Llenado capilar en las uñas menor de 3 segundos. e. Sensorio normal y pulso radial presente.
- Al normalizar todos los parámetros anteriores se debe suspender los bolos de 500ml de soluciones cristaloides y continuar una infusión intravenosa a una velocidad de 50 gotas por minuto o 125 ml/h en bomba de infusión continua si es posible.
- Si no hay respuesta adecuada en signos vitales con los primeros 3.000ml considerar pérdida mayor del 20% y Suministrar sangre ABO Rh específica, idealmente con pruebas cruzadas.
- Revalúe estado general de la paciente
- Si el shock es grave iniciar dos unidades de glóbulos rojos idealmente O Rh (-).
- Colocación de Balón de compresión en caso de Tono.
- Interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos

En el caso de útero invertido, que además se acompaña de prolapso, debe intentarse su reposición manual con anestesia general. Para lo cual, se lleva el fondo del útero a través del canal vaginal hasta su lugar original tomándolo en la palma de nuestra mano, llevándolo primeramente al canal vaginal, si es el caso de que se encuentra por fuera. Luego, realizando una maniobra con nuestro pulgar, se intenta pasar a través del orificio cervical, la sección de pared uterina que se encuentre más próxima a este. De esta forma, si no se ha evidenciado el anillo de constricción, de a poco se lleva el útero a su posición inicial. Se aconseja no desprender ni traccionar el cordón umbilical ni la placenta, caso de estar adherida, para poder llevar a cabo la reposición. Si al intentar reposicionar el útero de manera manual fallamos y la gravedad de la paciente lo exigen, debemos recurrir a una reposición por vía abdominal con las medidas complementarias requeridas. (Aranda, 1969) (Borges, 2016) (Clavijo, 2014) (Morales, 2019) (Zabaleta, 1974)

La primera indicación que debe realizarse en este caso es administrar relajantes uterinos que nos ayuden con la maniobra que estamos por realizar. La reducción que se realiza por vía vaginal es el manejo de primera línea y debe realizarse inmediatamente, debido a la pérdida sanguínea. La maniobra de Johnson, es la más ojeonada. Consiste en alojar en la concavidad de nuestra mano el fondo uterino y de esta manera llevarlo a través del cuello cervical, ejerciendo presión hacia la cavidad pélvica para que la tirantez los ligamentos uterinos realicen su acción y de esta manera se corrija la inversión. (Aranda, 1969) (Borges, 2016) (Clavijo, 2014) (Corcuera, 2016) (De Dios, 2017) (Parra, 2008)

1.11. Pronóstico

Es una complicación bastante grave en el posparto inmediato, tanto en la presentación inmediata como en las presentaciones y complicaciones tardías. (Zabaleta, 1974)

CAPITULO II

2. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Este trabajo se encuentra dividido por capítulos, en el primero consta la introducción, donde se enfocan los conceptos básicos de la patología en estudio, su etiología, epidemiología, el segundo capítulo es el procedimiento metodológico, aquí se define las diferentes estrategias utilizadas en el estudio, en orden específico se define como se ha procedido el estudio, detallando la clínica y diagnóstico y tratamiento, los procedimientos realizados. Se toman los datos desde el ingreso del paciente, hasta el alta definitiva.

Mujer de 21 años que ingresa al Hospital Provincial General Docente de Riobamba trasladado por personal del ECU 911 desde el Centro de Salud Lizarzaburu con diagnóstico de Embarazo de 39.1 semanas + Labor de parto en fase activa.

DATOS DE FILIACIÓN

Paciente nace y reside en Riobamba, se autoidentifica como mestiza, instrucción superior incompleta, estado civil casado, ocupación estudiante, católica.

2.1. Antecedentes personales

Producto de primera gesta nace por parto cefalovaginal, parto sin complicaciones.

Desarrollo psicomotriz y etario sin ninguna anormalidad.

Clínicos: no refiere

Alergias: negativo

Antecedentes quirúrgicos. No refiere

Antecedentes traumatológicos: negativo.

Hábitos:

Fisiológicos.

Alimentario: 3 veces al día.

Miccional: 5 veces al día.

Defecatorio: 2 vez al día.

Sueño: 7- 8 horas.

2.2. Antecedentes familiares

No refiere patología alguna.

2.3. Antecedentes Socioeconomicos.

Paciente vive en compañía de su esposo, en casa propia de cemento que cuenta con todos los servicios básicos ,2 habitaciones, sala, cocina y baño. Sin presencia de animales en condiciones intra o extra domiciliarias, relaciones intrafamiliares buenas.

Fuente: Directa.

2.4. Motivo de consulta

- Dolor abdominal tipo cólico
- Salida de tapón mucoso

2.5. Enfermedad actual

2018/11/21.

Paciente de 21 años quien acude con embarazo de 39,1 semanas de acuerdo a fecha de última menstruación, refiere que desde hace 12 horas presenta dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad que se irradia a región lumbar motivo por el cual acude a Subcentro de Salud Lizarzaburu y es trasladada a esta casa de salud por miembros del ECU 911.

2.6. Examen físico.

Signos vitales

TENSIÓN ARTERIAL: 114/66 mm Hg

TEMPERATURA Axilar: 37.5 °C

PULSO: 76 pulsaciones por minuto.

FRECUENCIA CARDIACA: 76 latidos por minuto

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 respiraciones por minuto.

SATURACION: 98 % Aire ambiente.

Antropometria.

Peso: 53 Kg

Talla: 151 cm.

IMC: 23

2.7. Estado general.

Paciente consiente orientado en tiempo espacio y persona álgica, afebril, en buen estado de hidratación y nutrición.

ACTITUD: decúbito supino

APARIENCIA GENERAL: Buen estado general

2.8. EXAMEN FÍSICO REGIONAL.

PIEL Y ANEXOS:

Piel rosada, caliente, elasticidad normal, sin lesiones evidentes, higiene regular, rubicundez en las mejillas, uñas cortas rosáceas.

CABEZA:

A la inspección se observa normocefálica, simétrica, sin lesiones en cuero cabelludo, cabello de implantación cóncava, fino y abundante sin signos de alopecia. Facies normal.

OJOS.

Presencia de dos globos oculares derecho e izquierdo, cejas ubicadas en arcos ciliares, párpados superiores e inferiores normales de color acorde al resto del cuerpo, buen cierre e higiene, sin fragilidad de las pestañas de color negro, buena movilidad. Conjuntiva rosada, lisa, húmeda, brillante, iris de color café, pupila única central, isocórica. Cristalino transparente liso brillante, homogéneo. Reflejo consensual, acomodación presente. No se observan lesiones primarias o secundarias en piel de la región palpebral.

NARIZ:

Presencia de una nariz de implantación normal, 2 fosas nasales sin lesiones evidentes, senos paranasales y nasales no dolorosos a la digitopresión, buena percepción de olores, tabique nasal sin desviaciones, sin presencia de lesiones en las regiones del dorso, raíz, cuerpo nasales.

OÍDOS:

Pabellones auriculares de implantación normal sin alteraciones en la forma y tamaño, ni signos de lesiones o laceraciones.

BOCA:

Labios íntegros rosados delgados, húmedos, lisos simétricos, movilidad normal, comisuras labiales sin desviaciones, sin lesiones, mucosa rosada, húmeda, brillante, sin mal aliento. Encías húmedas y rosadas. Presencia de piezas dentales en buen estado general, Lengua húmeda, movilidad conservada, rosada, percepción de sabores normal, sin lesiones.

CUELLO

Cuello corto, simétrico, movilidad conservada; no se palpa adenopatías, sin lesiones primarias ni secundarias de la piel, no abombamientos, no atrofiaciones dérmicas ni musculares, no se aprecian cadenas ganglionares, ingurgitación yugular negativo.

TORAX

Tórax simétrico, expansibilidad conservada, amplitud y simetría en movimientos respiratorios, frecuencia respiratoria de 20 por minuto. A la palpación: vibraciones vocales con intensidad normal, simétricas. Claro pulmonar y Murmullo vesicular conservados. No se aprecia tiraje intercostal, no se palpan tumoraciones, ganglios regionales no palpables. No se auscultan ruidos sobreañadidos.

CORAZÓN:

Ápex no visible y no palpable, R1 y R2 rítmicos sincrónicos con el pulso y normofonéticos, ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan ruidos sobreañadidos.

PULMONES:

Movimientos respiratorios visibles, frémito y expansibilidad normal, claro pulmonar conservado, Murmullo vesicular conservado. No ruidos sobreañadidos.

ABDOMEN:

Abdomen globoso, útero gestante, presencia de feto único, vivo, longitudinal, derecho
Frecuencia cardíaca fetal: 142 latidos por minuto
Actividad Uterina 3/10/45

INGUINOGENITAL:

Tacto vaginal: dilatado 8 cm, borrado 90%, membranas íntegras, plano II-III de Hodge.
Indice de Bishop: 8

EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES.

Extremidades simétricas, de longitud normal, tono y fuerza conservada, pulsos periféricos presentes, pulsos distales presentes y conservados, elasticidad normal, reflejos tendinosos presentes, no cicatrices.

SISTEMA NEUROLÓGICO

Consciente, escala de Glasgow puntuación de 15/15, estado lúcido. Pares craneales sin alteración, no signos de lateralización ni focalización.

CAPITULO III

3. HALLAZGOS

Evolución del paciente.

21/11/2018

Día del ingreso.

Se realiza ingreso de paciente a Centro Obstétrico, donde se procede al llenado de documentos y tras 2 horas en trabajo de parto se produce el mismo, obteniendo recién nacido femenino APGAR 8-9 líquido amniótico claro sin grumos en poca cantidad, alumbramiento placentario incompleto, placenta adherida previo manejo activo del tercer periodo del parto, complicación durante el parto inversión uterina debido a placenta adherida, sangrado aproximado 1800 ml, tras lo cual se activa Clave Roja y se inicia protocolo de hemorragia.

Además, se realiza bajo anestesia general y normas de asepsia y antisepsia reinversión uterina más legrado uterino instrumental más colocación de balón intra uterino por parto único espontaneo más hemorragia posparto por inversión uterina debido a placenta adherida, sangrado de 50 ml, ingreso a uci para monitorización y vigilancia hemodinámica y de involución uterina.

.

Indicaciones.

- ✓ Activar Clave roja
- ✓ Nada por vía oral
- ✓ Control de signos vitales continuo: cada 15 minutos durante 2 horas
- ✓ Cuidados de enfermería: incluyendo masaje uterino cada 15 minutos durante 2 horas
- ✓ Control de sangrado estricto
- ✓ Oxígeno por bigotera 4 litros por minuto
- ✓ Vía 1: solución salina al 0,9% 1000 cc IV pasar a chorro en los primeros 20 minutos, luego a 1000 cc en 40 minutos.
- ✓ Vía 2: Solución salina al 0,9% 500 ml + 40 UI de Oxitocina a 125 ml/h
- ✓ Pasar 4 paquetes globulares y luego 2 plasmas frescos congelados
- ✓ Gluconato de calcio 1 gr lento IV en 10 minutos
- ✓ Cefazolina 2 gr antes de procedimiento

- ✓ Preparar campo operatorio
- ✓ Pasar parte operatorio
- ✓ Visita preanestésica
- ✓ Autorizaciones
- ✓ Abrigo de la paciente
- ✓ Elevación de miembros inferiores
- ✓ Prueba de coagulación junto a la cama (4 minutos)
- ✓ Índice de Shock : 1.2
- ✓ Activar Clave roja
- ✓ Gasometría
- ✓ Paracetamol 1gr IV STAT

El mismo día de su ingreso tras pasar en recuperación se decide su ingreso a la Unidad de cuidados intensivos, paciente se encuentra consciente, orientada en sus 3 esferas, su abdomen e encuentra suave, depresible, se palpa masa dura a nivel infraumbilical por presencia de balón intrauterino, no existe sangrado activo inguinogenital, sonda vesical permeable, en donde se empieza dieta blanda y se continúa con las dos vías, se añade a la medicación Omeprazol, Ondasentrón y Enoxaparina.

Se mantiene el mismo tratamiento durante los siguientes dos días, se decide su traslado al servicio de ginecología, tras el retiro del balón intrauterino.

El día 23/11/2018 se envía a la paciente al servicio de Ginecología en donde permanece hasta el día 26/11/2018 donde es dada de alta, encontrándose en buenas condiciones hemodinámicas y generales, se envía con indicaciones, signos de alarma y medicación.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO.

Parto cefalo-vaginal único + Alumbramiento incompleto + Inversión uterina + Hemorragia Posparto + Shock hipovolémico por hemorragia posparto debido a inversión uterina

DISCUSIÓN

La inversión uterina es poco frecuente. Habitualmente se presenta en su forma puerperal aguda, como una complicación del 3er. estadio del parto. Su diagnóstico temprano es indispensable para poder optar por un tratamiento que permita conservar la fertilidad de la mujer, los cuales incluyen opciones por vía vaginal y laparotómica. Las formas crónicas de presentación resultan aún menos frecuentes y su reporte en la literatura médica es prácticamente nulo. Hasta el presente no tenemos constancia de que en Cuba se haya reportado algún caso anterior. El cuadro clínico de esta paciente sugiere que la forma de presentación está básicamente determinada por la severidad o extensión de la inversión, y debe sospecharse aún en ausencia de dolor pélvico intenso o hemorragia vaginal severa. El diagnóstico diferencial resulta difícil y debe hacerse con otras masas tumorales que protruyen a través del canal cervical y ocupan parcial o totalmente la vagina. Por primera vez se hace registro gráfico de esta rara entidad y se deja como referencia a una generación de obstetras que tal vez nunca cuenten con la opción de asistir clínicamente a una paciente con esta complicación, teniendo en cuenta su baja incidencia.

CONCLUSIONES

- ✓ A pesar de que la inversión uterina es una patología poco frecuente, el manejo adecuado de la misma debe ser incorporado dentro de las habilidades y destrezas del aprendizaje de la Gineco-obstetricia. Esto ayudará a reducir tanto la morbilidad como la mortalidad si el diagnóstico es tardío o inadecuado.
- ✓ Aún cuando es una patología rara en nuestro medio se debería tener un registro a nivel de nuestro país para, de esta manera, poder fortalecer las destrezas en cuanto al manejo de la tercera etapa del parto.
- ✓ Esta es una causa prevenible de muerte materna, por lo que su diagnóstico oportuno y su manejo adecuado puede evitar problemas sociales como la orfandad.

BIBLIOGRAFÍA

Aparicio, M. Manejo de la atonía uterina. [En línea] 2016. [Citado el: 19 de 03 de 2019.]

<http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/55.pdf>.

Aranda, C. Inversión uterina. [En línea] 1969. [Citado el: 13 de 04 de 2019.]

<https://slidex.tips/download/rcvh-mediu-d-cstl-ricj-xxvi-4-l64s-s0-inversion-uterina>.

—. Inversión Uterina. *Revista Médica de Costa Rica*. [En línea] 1969. [Citado el: 13 de

04 de 2019.] [https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/\(416\)/art6.pdf](https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/(416)/art6.pdf).

Basu, D. Acute inversion of uterus in obstetrics. *Indian Medical Gazette*. [En línea] junio

de 2014. [Citado el: 13 de 04 de 2019.] <http://medind.nic.in/ice/t14/i6/icet14i6p233.pdf>.

Borges, R. Inversión uterina puerperal subaguda grado II. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. [En línea] Cuba, 2016. [Citado el: 20 de 04 de 2019.]

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000200006.

—. Inversión uterina puerperal subgua grado II. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. [En línea] 10 de enero de 2016. [Citado el: 14 de 04 de 2019.]

<https://docplayer.es/89967676-Inversion-uterina-puerperal-subaguda-grado-ii.html>.

Calle, M. Manejo y actuación ante la inversión uterina. [En línea] 2016. [Citado el: 17 de 04 de 2019.]

<http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/65.pdf>.

Castillo, A. Anatomía de aparato reproductor femenino. *Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y de la mama*. [En línea] España, 02 de noviembre de 2011.

[Citado el: 22 de 03 de 2019.]

http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf.

Clavijo, I. Inversión uterina puerperal crónica. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. [En línea] 2014. [Citado el: 15 de 04 de 2019.]

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2014/cog141j.pdf>.

Corcuera, L. Inversión uterina: una emergencia vital de la tercera etapa del parto. *Enfermería de urgencias*. [En línea] octubre de 2016. [Citado el: 18 de 04 de 2019.] <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2016/pagina10.html>.

De Dios, M. Atención inmediata ante una emergencia: la inversión uterina. *Revista Portales Médicos*. [En línea] 03 de agosto de 2017. [Citado el: 10 de 04 de 2019.] <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/emergencia-inversion-uterina/2/>.

—. Atención inmediata ante una emergencia: la inversión uterina. *Revista Portales Médicos*. [En línea] Ceut, 03 de agosto de 2017. [Citado el: 10 de 04 de 2019.] <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/emergencia-inversion-uterina/>.

Flors, G. Guía asistencial para el manejo de la pacientes con miomas uterinos. *Facultad Ciencia de la Salud Universidad Jaume I Trabajo Final de Grado - Grado en Medicina*. [En línea] 2018. [Citado el: 18 de 04 de 2019.] http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/176938/TFG_2018_FlorsCatalanGuillermo.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Gilart, P. Actualización en la actuación de la matrona ante una emergencia tras la tercera etapa del parto. [En línea] Barcelona, 04 de octubre de 2016. [Citado el: 13 de 04 de 2019.] <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/matrona-emergencia-tercera-etapa-del-parto/>.

López, N. Prevención y manejo de la hemorragia posparto en e primer, segundo y tercer nivle de atención. [En línea] 2018. [Citado el: 12 de 03 de 2019.] <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-103-08/ER.pdf>.

Morales, A. Inversión uterina. [En línea] 2019. [Citado el: 13 de 05 de 2019.] <https://quepadres.com/inversion-uterina/>.

Mosquera, M. La atención de la movida-caída de la matriz / prolapso genital y el quehacer de los terapeutas tradicionales y del personal de salud; elementos para políticas interculturales de salud. 2da. Fase . *Universidad de San Carlos de Guatemala, Dirección General de Investigación*. [En línea] 2013. [Citado el: 19 de 04 de 2019.] <https://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puiis/INF-2013-04.pdf>.

Network, South Australian Maternal & Neonatal Clinical. Guideline for the anagement of the pregnant woman with uterine inversion. *Clinical Guideline South Australian Perinatal Practice Guidelines - Uterine Inversion*. [En línea] 2014. [Citado el: 15 de 03 de 2019.] https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/09c138804eee7aaf804aa36a7ac0d6e4/Uterine+inversion_May2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-09c138804eee7aaf804aa36a7ac0d6e4-mHV1ZDE.

Obstetrics, Medical Director. Complications of the postnatal period. Postpartum Heamerrhage. Uterine Inversion. *Clinical Guidelines Obstetrics and Midwifery*. [En línea] 2017. [Citado el: 12 de 03 de 2019.] https://www.kemh.health.wa.gov.au/~/_media/Files/Hospitals/WNHS/For%20health%20professionals/Clinical%20guidelines/OG/WNHS.OG.PostnatalComplicationUterineInversion.pdf.

Palma, P. Prolapsos urogenitales: revisión de conceptos. *Actas urológicas españolas*. [En línea] España, 06 de junio de 2008. [Citado el: 10 de 04 de 2019.] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000600007.

Parra, P. Inversión uterina puereral: reporte de un caso. *Revista de Obstetricia y Ginecología*. [En línea] 2008. [Citado el: 19 de 03 de 2019.] https://documentop.com/inversion-uterina-puerperal-reporte-de-un-caso-revista-obgin_5a0097de1723ddd6fb54d642.html .

—. Inversión uterina puereral: reporte de un caso. [En línea] 2008. [Citado el: 12 de 03 de 2019.] https://documentop.com/inversion-uterina-puerperal-reporte-de-un-caso-revista-obgin_5a0097de1723ddd6fb54d642.html .

—. Inversión uterina puerperal: Reporte de un caso. *Revista de Obstetricia y Ginecología - Hospital Santiago Oriente*. [En línea] 2008. [Citado el: 17 de 04 de 2019.] http://www.revistaobgin.cl/articulos/descargarPDF/466/caso_clinico_27a301.pdf.

Parrondo, P. Anatomía del aparato genital femenino. *Fundamentos de Ginecología (SEGO)*. [En línea] España, 2013. [Citado el: 18 de 04 de 2019.] <https://we.riseup.net/assets/217366/Anatomia+del+aparto+genital+femenino.pdf>.

Ramos, M. Uso de cristaloides y coloides para el manejo adecuado del shock hipovolémico. *Universidad CES Facultad de Medicina Tecnología en Atención Prehospitalaria*. [En línea] 2014. [Citado el: 22 de 03 de 2019.] http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3516/2/SHOCK_HIPOVOLEMICO.pdf.

Rodríguez, J. Inversión uterina. [En línea] 05 de octubre de 2013. [Citado el: 17 de 04 de 2019.] <https://www.buenastareas.com/ensayos/Inversion-Uterina/39351226.html>.

—. Inversión uterina puerperal crónica: presentación de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*. [En línea] 25 de agosto de 2005. [Citado el: 27 de 03 de 2019.] <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n3/v56n3a09.pdf> .

Rodríguez, J., Calderón, A. Inversión uterina puerperal crónica: presentación de caso y revisión de la literatura. [En línea] Palermo, 25 de agosto de 2005. [Citado el: 13 de 05 de 2019.] <https://www.thefreelibrary.com/Inversion+uterina+puerperal+cronica:+presentacion+de+caso+y+revision+...-a0169473150>.

Sánchez, F. Hemorragia posparto por inversión uterina. *Trabajo de titulación doctoral -*

Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina.

[En línea] 2016. [Citado el: 12 de 03 de 2019.]

<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/19249/2/Caso%20cl%C3%ADnico%20Faus%20S%C3%A1nchez.pdf>.

Vásquez, J. Embarazo, parto y posparto. Principales complicaciones. [En línea] 2015.

[Citado el: 18 de 04 de 2019.] [https://docslide.net/documents/embarazo-parto-y-](https://docslide.net/documents/embarazo-parto-y-puerperio-principales-complicaciones-lahabanapdf.html)

[puerperio-principales-complicaciones-lahabanapdf.html](https://docslide.net/documents/embarazo-parto-y-puerperio-principales-complicaciones-lahabanapdf.html).

Zabaleta, A. Inversión uterina obstétrica. *Revisra Colombiana de Obstetricia y*

Ginecología. [En línea] 1974. [Citado el: 22 de 03 de 2019.]

<https://docplayer.es/48260755-Inversion-uterina-obstetrica.html>.

Zabaleta, A.. Inversión uterina obstétrica. [En línea] 1974. [Citado el: 19 de 03 de 2019.]

<https://docplayer.es/48260755-Inversion-uterina-obstetrica.html>.

ANEXOS

Anexo A: Exámenes de laboratorio

21/11/2018

Glóbulos Blancos	11.30	$10^3/UL$
Neutrófilos %	68.7	%
Glóbulos Rojos	4.42	$10^6/UL$
Hemoglobina	10.30	g/dL
Hematocrito	32.6	%
Contaje de Plaquetas	326	$10^3/UL$
Glucosa	75	Mg/dl
Creatinina	0.86	Mg/dl
BUN	12.5	Mg/dl
VIH	No reactivo	
Sífilis prueba rápida	Negativo	
Grupo sanguíneo	O Rh Positivo	

22/11/2018 02h29

Glóbulos Blancos	23.10	$10^3/UL$
Neutrófilos %	79.1	%
Glóbulos Rojos	3.49	$10^6/UL$
Hemoglobina	9.50	g/dL
Hematocrito	26.9	%
Contaje de Plaquetas	150	$10^3/UL$
Contaje manual de plaquetas	254	$10^3/UL$
PROTEÍNAS TOTALES	4.3	g/dl

Albúmina	1.8	g/dl
Na	140	Mmol/l
K	4.20	Mmol/L

Urianálisis: Bacterias ++ , Cocos Gram Positivos de 12- 15 x campo

22/11/2018 17h56

Glóbulos Blancos	17.00	10^3 /UL
Neutrófilos %	23.6	%
Glóbulos Rojos	2.99	10^6 /UL
Hemoglobina	8.20	g/dL
Hematocrito	26.5	%
Contaje de Plaquetas	180	10^3 /UL

23/11/2018

Glóbulos Blancos	16.50	10^3 /UL
Neutrófilos %	53.1	%
Glóbulos Rojos	3.92	10^6 /UL
Hemoglobina	11.20	g/dL
Hematocrito	33.2	%
Contaje de Plaquetas	170	10^3 /UL
TTP	25.30	Seg
TP	11.70	Seg
INR	1.05	
Na	138	Mmol/l
K	3.80	Mmol/l

Cl	111	Mmol/l
----	-----	--------

24/11/2018

Glóbulos Blancos	13.0	$10^3/UL$
Neutrófilos %	70.7	%
Glóbulos Rojos	4.17	$10^6/UL$
Hemoglobina	11,70	g/dL
Hematocrito	35.1	%
Contaje de Plaquetas	195	$10^3/UL$
Glucosa	74	Mg/dl
Creatinina	0,69	Mg/dl
BUN	10.7	Mg/dl

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de consentimiento Informado

Yo Jenny Garcia Stamm Chasi [Nombre] doy mi consentimiento para información sobre mí / mi hijo o pupilo / mi pariente (círculo según el caso) que se publicará en

.....
ESPOCH
.....

[ESPOCH, número manuscrito y autor].

Entiendo que la información se publicará sin mi / mi hijo o pupilo del / de mi pariente (círculo como apropiado nombre) unida, pero que el anonimato completo no puede ser garantizada.

Entiendo que el texto y las imágenes o videos publicados en el artículo estarán disponibles gratuitamente en Internet y puede ser visto por el público en general.

Las imágenes, videos y texto también pueden aparecer en otros sitios web o en la impresión, puede ser traducido a otros idiomas o utilizado con fines educacionales.

Se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito.

La firma de este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.

Nombre Jenny Garcia

Fecha 25-11-2018

Firmado Jenny Garcia 0650016439

Nombre del autor Penela Katherine Alvarado Guevara

Fecha 25-11-2018

Firma Penela Katherine Alvarado Guevara 060470244-9