



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
SERVICIO DE OBSTETRICIA

INVERSION UTERINA

Dr. Germán E. Chacón Vivas
Gineco-Obstetra
Profesor



CONCEPTO

Grave accidente del alumbramiento por la invaginación del útero de tal forma que su fondo pasa a ocupar su cavidad.

Se invierte como una bolsa o media, su cara interna se vuelve externa y la peritoneal se transforma en interna.

En grados progresivos el fondo puede atravesar el cuello y aun emerger al exterior, arrastrando las paredes vaginales.

FRECUENCIA

Castañeda (México)

1/2.500 partos

Fernández (Venezuela)

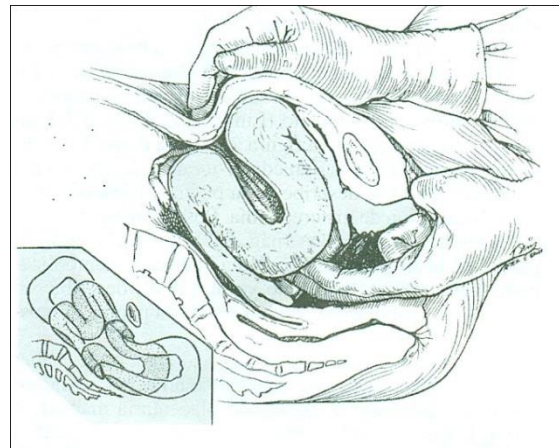
1/2.140 partos

Lede (Argentina)

1/1.500 partos

Kizer (Venezuela)

1/4.600 partos



DETERMINADOS POR LA ACTUACION

Al. Espontáneo. Únicamente la paciente

Al. Natural. Empleo de maniobras externas

Al. Dirigido o Farmacológico. Oxitócicos o ergonovínicos

Al. Manual. En sus tres etapas manualmente

CAUSAS

PREDISPONENTES

Condiciones patológicas del útero y su contenido
Condiciones funcionales del útero
Idiopatía

DETERMINANTES

Separación manual de la placenta adherida
Aumento de la presión intraabdominal
Maniobras inadecuadas (iatrogénicas)

GRADOS DE INVERSION

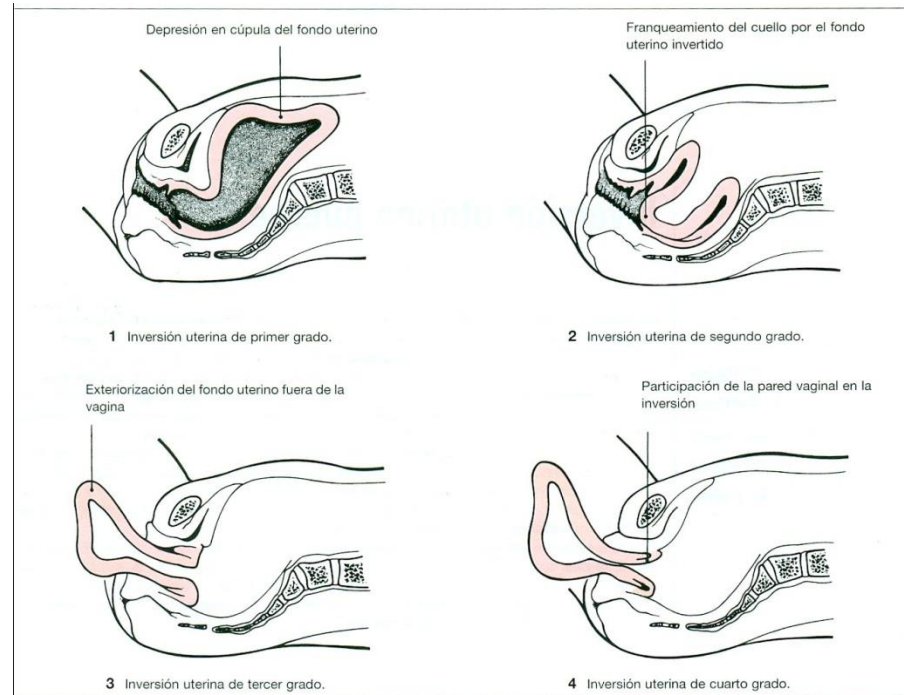
CLASIFICACION DE TARNIER Y BUDIN

Grado I

Grado II

Grado III

Grado IV



Inversión de Primer Grado

Se encuentra invertida exclusivamente la zona de inserción placentaria

Inversión de Segundo Grado

Inversión total del cuerpo, que ocupa el segmento inferior (no invaginado), pudiendo asomar por la luz del cuello

Inversión de Tercer Grado

Hay inversión del cuerpo uterino y del segmento inferior; franquean el orificio externo del cuello y se encuentran en la vagina, pudiendo exteriorizarse por la misma (cuello y vagina no invertidos)

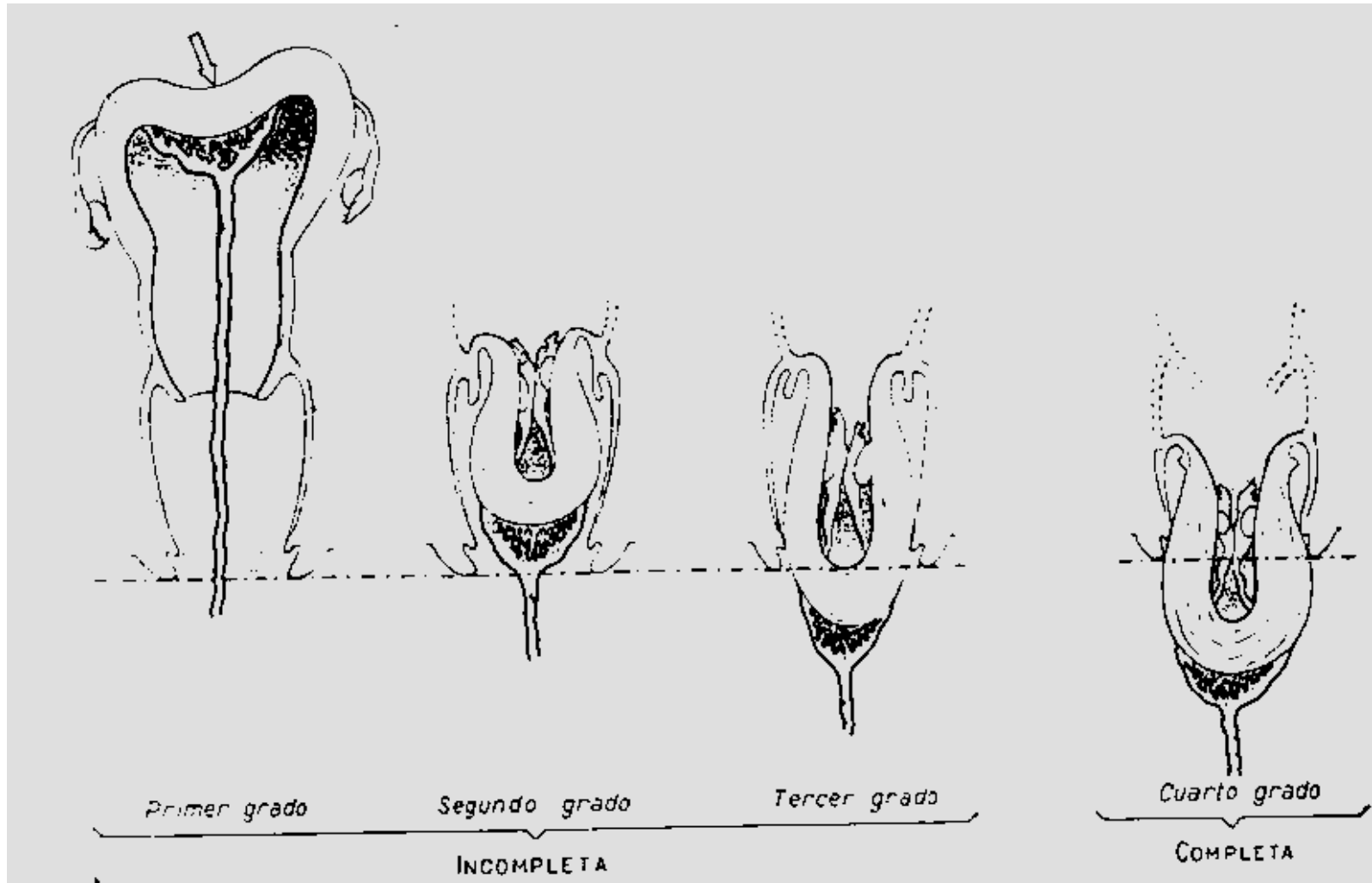
Inversión de Cuarto Grado

La inversión comprende también el cuello uterino y, generalmente, incluye las paredes vaginales.

Corresponde a las inversiones completas también llamadas irreductibles

INVERSION UTERINA

(Clasificación de Tarnier y Budin)



CLINICA

PREDISPONENTES

Condiciones patológicas del útero y su contenido
Condiciones funcionales del útero
Idiopatía

DETERMINANTES

Separación manual de la placenta adherida
Aumento de la presión intraabdominal
Maniobras inadecuadas (iatrogénicas)

DIAGNOSTICO

ANTECEDENTES

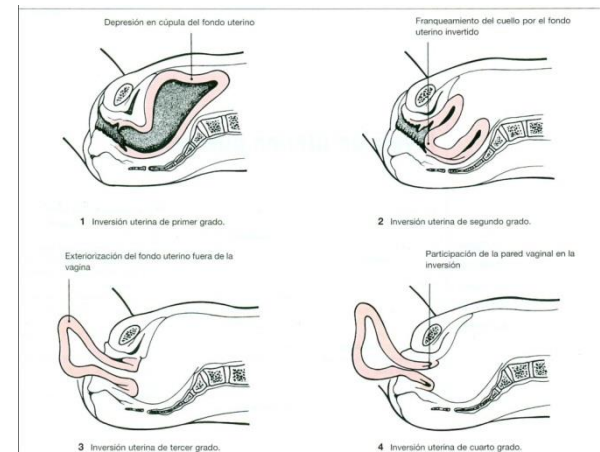
Durante el embarazo, parto, alumbramiento y puerperio

CLINICA

Síntomas:

Determinados por el shock (Dolor. Hemorragia)

Formas clínicas (Grados de Inversión):



TRATAMIENTO

PREVENTIVO O PROFILACTICO

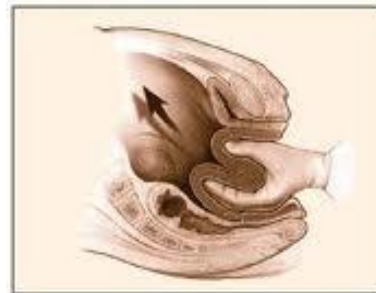
- Evitar los factores predisponentes o determinantes
- Manejo adecuado del alumbramiento
- Prevenir la Hemorragia Post/Parto (PHPP, OMS, FIGO)

CURATIVO

- Mejorar las condiciones generales combatiendo la anemia aguda y el shock (hipovolémico y neurogénico)

- Prevenir o tratar la infección

Toco/quirúrgico





**DECLARATION OF SUPPORT
FOR FIGO/ICM GLOBAL
EFFORT
TO PREVENT POST-PARTUM
HAEMORRHAGE
2012**

El manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto debe ser ofrecido a todas las mujeres, ya que reduce la incidencia de **hemorragia postparto debido a la atonía uterina**

TRATAMIENTO TOCO QUIRURGICO

CURATIVO

Obstétrico (Tocológico)

Reducción manual del útero invertido:
Taxis (Central. Periférica. Lateral)

Quirúrgico

Por vía baja (Técnica de Kustner-Lede)
Por vía alta (Técnica de Huntington)





GRACIAS POR LA ATENCION

Espero sus preguntas

gerchavi@gmail.com