



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**ABORTO INCOMPLETO- HOSPITAL NIVEL II-2 MINSA**

**MOQUEGUA 2020**

**PRESENTADO POR:**

**PAOLA ESTEFANY VILCA FLORES**

**ASESOR**

**Mg. DORIS RITA PEÑALOZA CHÁVEZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
OBSTETRICIA A CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

**ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2021**

## ÍNDICE DEL CONTENIDO

PAGINA DEL JURADO.....	i
ÍNDICE DEL CONTENIDO .....	ii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	3
1.3. MARCO TEÓRICO .....	4
1.3.1. ANTECEDENTES.....	4
1.3.2. CONCEPTOS BÁSICOS .....	6
CAPÍTULO II: CASO CLÍNICO .....	18
2.1. INTRODUCCIÓN.....	18
2.2. OBJETIVOS .....	18
2.3. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO .....	18
2.4. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO .....	33
2.5. CONCLUSIONES .....	33
2.6. RECOMENDACIONES .....	34
BIBLIOGRAFÍA .....	36
ANEXOS .....	39

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N. 1 Uroanálisis.....	28
Tabla N. 2 Análisis sanguíneo.....	28
Tabla N. 3 Funciones Vitales.....	31

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Muerte materna.....	2
Figura 2. Muerte materna por departamento.....	2
Figura 3. Imagen ecográfica de aborto incompleto.....	11
Figura 4. Legrado uterino.....	13
Figura 5. Aspiración manual endouterina.....	15
Figura 6. Equipo AMEU.....	17
Figura 7. Cánulas de aspiración.....	17

## RESUMEN

El aborto en general encarna un problema muy grande en la salud pública de un país. Según la Guía para el mejoramiento de la atención (1), la mayoría de los abortos significa un porcentaje muy alto de necesidades no satisfechas en la estrategia de planificación familiar, así como la falta de información sobre anticoncepción.

El presente estudio tiene como objetivo establecer las causas que han determinado la presentación del aborto incompleto en una gestante con antecedente de cesárea anterior que cursa con una gestación por fecha de última regla de 9 semanas. Al análisis del caso clínico se determina la hospitalización manejo tratamiento y alta respectiva, concluyendo que la gestante presenta factores sociales y maternos de cirugía uterina previa y co-morbilidad por anemia.

El tratamiento se realizó en forma oportuna, siguiendo las normas establecidas en protocolos nacionales, la autora recomienda entre otras que los establecimientos de salud de diferentes niveles de atención deben implementar acciones de consejería y orientación en salud sexual reproductiva con énfasis en planificación familiar, pretendiendo en las mujeres ejercer sus derechos de manera responsable informada y libre, respecto al número de hijos que deseen tener.

### PALABRAS CLAVE:

Aborto incompleto, factores de riesgo, mortalidad materna.

## **ABSTRACT**

Abortion in general embodies a very big problem in the public health of a country. According to the Guide for the improvement of care (1), most abortions mean a very high percentage of unmet needs in the family planning strategy, as well as a lack of information on contraception.

The objective of this study is to establish the causes that have determined the presentation of incomplete abortion in a pregnant woman with a history of previous cesarean section with a gestation by date of the last rule of 9 weeks. The analysis of the clinical case determines the hospitalization, treatment management and respective discharge, concluding that the pregnant woman presents social and maternal factors of previous uterine surgery and co-morbidity due to anemia.

The treatment was carried out in a timely manner, following the norms established in national protocols, the author recommends, among others, that health establishments of different levels of care should implement counseling and orientation actions in sexual reproductive health with an emphasis on family planning, aiming at women exercise their rights in a responsible, informed and free manner, regarding the number of children they wish to have.

### **KEYWORDS:**

Incomplete abortion, risk factors, maternal mortality.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La Organización mundial de la salud indica que aproximadamente 830 mujeres mueren cada día por situaciones originadas en el embarazo parto o puerperio, estas muertes son por causas prevenibles, ubicándose el 99% en los países en desarrollo preferentemente en zonas rurales y en las comunidades más pobres.

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son cinco entre ellas tenemos las hemorragias, infecciones pos parto, pre eclampsia, complicaciones del parto y el aborto peligroso (2).

Según el Centro Nacional de Epidemiología (3), el número de muertes maternas desde el año 2000 hasta la semana 7 del año 2020 ha disminuido considerablemente como presentamos en la siguiente ilustración.



Figura 1. Muertes maternas 2000-2020 semana 7.

Así mismo la región Moquegua presenta un descenso considerable a razón de cero muertes maternas desde el año 2016 al 2020 semana 7, como se describe en la siguiente tabla.

**Muerte materna según departamento de ocurrencia y procedencia, Perú del año 2014 - 2019 y hasta la SE 07 del 2020\***

DEPARTAMENTOS DE OCURRENCIA	AÑOS							TOTAL	%	DEPARTAMENTOS DE PROCEDENCIA	AÑOS							TOTAL	%
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*		
AMAZONAS	11	12	17	12	9	10	3	74	3.31	AMAZONAS	13	13	19	13	10	10	3	81	3.62
ANCASH	14	12	14	8	15	9	0	72	3.22	ANCASH	15	15	15	12	19	12	0	88	3.93
APURIMAC	2	4	3	1	1	3	0	14	0.63	APURIMAC	3	4	3	2	1	3	0	16	0.72
AREQUIPA	11	11	14	8	11	9	1	65	2.91	AREQUIPA	10	11	13	6	10	7	1	58	2.59
AYACUCHO	10	8	6	8	10	5	1	48	2.15	AYACUCHO	10	5	8	8	11	7	1	50	2.24
CAJAMARCA	30	31	22	31	22	12	2	150	6.71	CAJAMARCA	36	38	21	33	30	13	2	173	7.73
CALLAO	18	9	7	6	12	7	1	60	2.68	CALLAO	19	10	7	7	8	5	1	57	2.55
CUSCO	29	18	22	26	21	9	5	130	5.81	CUSCO	30	19	21	26	21	9	4	130	5.81
HUANCAVELICA	6	4	2	9	2	1	0	24	1.07	HUANCAVELICA	8	6	3	13	4	2	1	37	1.65
HUANUCO	8	14	10	14	17	10	0	73	3.26	HUANUCO	9	18	13	17	18	12	0	87	3.89
ICA	4	4	3	4	7	8	1	31	1.39	ICA	3	5	2	6	9	9	1	35	1.56
JUNIN	30	26	11	18	15	16	1	118	5.27	JUNIN	26	27	11	16	16	17	1	114	5.16
LA LIBERTAD	30	28	25	23	24	19	2	151	6.75	LA LIBERTAD	31	29	26	23	22	19	3	153	6.84
LAMBAYEQUE	23	24	15	17	18	18	2	117	5.23	LAMBAYEQUE	13	16	15	12	13	15	1	85	3.80
LIMA	51	74	55	52	66	54	7	359	16.05	LIMA	42	58	45	35	52	42	6	280	12.52
LORETO	32	25	24	34	26	23	1	165	7.38	LORETO	32	28	24	40	29	25	1	179	8.00
MADRE DE DIOS	3	2	2	2	2	5	1	17	0.76	MADRE DE DIOS	3	2	3	3	3	5	2	21	0.94
MOQUEGUA	0	1	0	0	0	0	0	1	0.04	MOQUEGUA	0	1	2	1	0	1	0	5	0.22
PASCO	5	2	1	6	7	2	0	23	1.03	PASCO	11	4	5	8	8	2	0	38	1.70
PIURA	28	42	34	36	30	27	5	202	9.03	PIURA	29	41	35	35	31	29	5	205	9.16
PUNO	25	28	13	28	23	20	0	135	6.03	PUNO	26	28	13	27	24	20	0	138	6.17
SAN MARTIN	13	14	8	18	7	11	2	73	3.26	SAN MARTIN	16	14	8	18	6	12	2	76	3.40
TACNA	1	2	7	3	2	1	1	17	0.76	TACNA	1	2	7	3	3	1	1	18	0.80
TUMBES	3	2	2	1	3	2	0	13	0.58	TUMBES	2	4	2	2	3	2	0	15	0.67
UCAVALI	24	18	11	13	16	22	1	105	4.69	UCAVALI	23	17	7	11	15	24	1	98	4.38
<b>Total general</b>	<b>411</b>	<b>415</b>	<b>328</b>	<b>377</b>	<b>366</b>	<b>303</b>	<b>37</b>	<b>2237</b>	<b>100</b>	<b>Total general</b>	<b>411</b>	<b>415</b>	<b>328</b>	<b>377</b>	<b>366</b>	<b>303</b>	<b>37</b>	<b>2237</b>	<b>100</b>

Se ha considerado los casos de muerte materna de clasificación preliminar directa e indirecta.

**Ocurrencia:** Departamento/región donde se produjo la muerte y que notifica el caso.  
**Procedencia:** Departamento/región de residencia de forma permanente de la fallecida en los últimos doce meses o la mayor parte del tiempo de ese periodo.

Figura 2. Muerte materna según departamento

El aborto en el Perú en el año 2018 constituye la tercera causa de muerte materna siendo el 4.6% de 57.4% de causas directas (4)

Eduardo Maradiegue (5), precisa que el aborto es una complicación ampliamente controvertida. En tiempos pasados se ha utilizado como regulador de la fecundidad, no obstante, las complicaciones que se suceden son una causa importante de muerte materna. Las secuelas importantes no mortales de un aborto son esterilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico etc.

Cuando se realiza un aborto en malas condiciones repercute en un compromiso orgánico múltiple, aumentando las condiciones de morbilidad materna.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

El aborto es una complicación multicausal en el que intervienen factores sociales, económicos, educativos culturales etc. Incorporamos a estos factores la falta de accesibilidad a los métodos anticonceptivos y demanda insatisfecha en atención a la salud reproductiva de la mujer. Es importante su estudio pues presenta incidencia alta como causa de muerte materna.

Se ha considerado como un problema de salud pública por el incremento que ostenta año a año en las estadísticas del país

El presente trabajo académico se centra en el manejo que el hospital nivel 2-II realiza y la relación que puede tener con los establecimientos de menor nivel de donde fundamentalmente provienen las gestantes, se justifica además por la relevancia que

tiene en el cual nos permitirá enriquecer el cuerpo teórico que el personal del hospital maneja, así incrementar el análisis y conocimiento de los profesionales en obstetricia nivel pos grado, creando proyectos de intervención en base a los factores de riesgo detectados y lograr prevenir un embarazo no deseado, evitando la complicación materna por aborto.

### **1.3. MARCO TEÓRICO**

#### **1.3.1. ANTECEDENTES**

##### **1.3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.**

Rivero M., Pintado S. (6), 2017 investigaron acerca de la frecuencia y factores de aborto en mujeres de 20 a 40 años de edad. Fue un estudio descriptivo longitudinal, utilizando una muestra de 92 pacientes alcanzando como resultado que el 46% de pacientes en estudio presenta una edad entre 20 a 25 años el 69% de la muestra no presentaron antecedentes de abortos previos y el 70% de la muestra presentó una edad gestacional menor a 12 semanas. El estudio concluye en que los antecedentes patológicos ginecológicos no presentan algún factor de riesgo para desencadenar un aborto.

Sanchez J. (7). La investigadora realizó el análisis del valor que tiene el misoprostol como tratamiento en la presentación del aborto espontáneo estableciendo como objetivo general de establecer la efectividad, seguridad y tolerancia en el tratamiento del aborto espontáneo, estableciendo como

hipótesis el misoprostol como tratamiento médico del aborto siendo una alternativa al tratamiento quirúrgico. El estudio es de tipo longitudinal prospectivo observacional, llegando a las siguientes conclusiones: Se ha demostrado una tasa de éxito del 89.3% en la efectividad del tratamiento médico con misoprostol en una dosis de 800 ug. Los efectos secundarios del misoprostol son leves y bien tolerados y aceptado por las mujeres como tratamiento de aborto espontáneo.

#### **1.3.2.2 ANTECEDENTES NACIONALES.**

Guerrero Córdova Ivana (8), investigó acerca de las características clínico-epidemiológicas que presentan las pacientes con diagnóstico de aborto. Utilizo un estudio descriptivo, retrospectivo encontrando la siguiente una incidencia de 18.49%. La mayor frecuencia de abortos se presentó en pacientes cuyas edades oscilaban entre 20 a 24 años con un 32,14%. El 60.7% de mujeres procedía del ámbito rural, el 78.6% presentaban estado civil conviviente, el tipo de aborto fue de aborto incompleto en un 85.7%, el tratamiento utilizado fue el legrado uterino (59.3%). Dentro de las conclusiones más resaltantes fueron: la edad promedio fue de 27.3 años, la procedencia fue de la zona rural, la mayoría tenía como ocupación ama de casa, el tipo de aborto es el de aborto incompleto y la mayoría de las pacientes no presentó complicaciones.

Roncal Pajares Flor (9) en su tesis acerca de aborto incompleto y los factores psicosociales, presentó como objetivo el determinar y analizar la influencia que tienen los factores psicosociales que influyen en el aborto incompleto. El diseño

de estudio fue no experimental descriptivo transversal y correlacional. La unidad de análisis fue conformada por 62 pacientes con aborto incompleto, proviniendo de hogares disfuncionales en un 40.2%, el 34.1% presentaba edades entre 15 a 19 años, el 24.4% estudió hasta secundaria incompleta, el 35.4% de pacientes presentó un cuadro de depresión mínima. Se concluye que el factor social grado de instrucción influye en el aborto incompleto y el factor psicológico depresión, tiene influencia para la presentación del aborto incompleto.

Mendez R. (10) 2019, investigó acerca de los factores de riesgo que condicionan un aborto espontáneo, cuyo objetivo fue de identificar la frecuencia con la que se presentan los factores de riesgo para el aborto espontáneo. El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra de estudio fue de 205 pacientes, los resultados más resaltantes fueron que, el 99% no consumía bebidas alcohólicas, el 90% de pacientes presentó un IMC normal, el 84% de pacientes no presentó antecedentes de patología materna Gineco-obstétrica, el 73% no presentó complicación médica y/o patología materna, el 65% tuvieron una gestación < 12 semanas. Concluyendo que los factores de riesgo para aborto espontáneo con mayor frecuencia, es la edad entre 25-29 años, pacientes en condición de convivientes, fueron amas de casa, y la mayoría no presentaron antecedente de aborto espontáneo.

### **1.3.2. CONCEPTOS BÁSICOS**

### **1.3.2.1. ABORTO**

Es la interrupción espontánea o inducida de la gestación previo a la semana 22 de amenorrea, y con un peso del producto de menos 500g. ó de 140 a 154 días completos ó cualquier otro producto de la gestación de cualquier peso o designación específica (Ej. Mola Hidatiforme) independientemente de la edad gestacional, tenga o no evidencia de vida y sea o no el aborto espontáneo o inducido (11,13). La OMS considera al aborto como la pérdida del producto de la gestación cuando el feto no es viable fuera del claustro materno con una edad gestacional aproximada de 22 semanas dependiendo del progreso médico y tecnológico (12).

Esta complicación se presenta en forma espontánea, produciéndose sin intervención alguna y en forma provocada cuando existe intervención premeditada de término de la gestación. (11,12). Así mismo se denomina aborto precoz, cuando se produce antes de las 12 semanas de gestación y aborto tardío cuando se produce a las 12 semanas o más (10,11).

#### **A) ETIOLOGÍA (11,12)**

- ✓ Origen ovular. - Estos se producen por un desarrollo anormal del embrión, el 10% por anomalías cromosómicas.
  
- ✓ Origen materno. - Ocasionado por Lúes, tuberculosis, enfermedad de Chagas, anemia, toxoplasmosis, infecciones genitales, cirugía pélvica uterina, tumores, desgarros cervicales malformaciones uterinas etc.

- ✓ Origen funcional. - Las endocrinopatías, diabetes, distiroidismos, alteraciones funcionales de la placenta, ovarios, trofoblasto
- ✓ Origen inmunológico. - Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos antinucleares incompatibilidad ABO
- ✓ Origen Psicodinámico. - Infertilidad, traumas emocionales profundos.
- ✓ Intoxicaciones. - Por mercurio, plomo, arsénico, fósforo, deficiencias nutritivas totales o parciales.
- ✓ Traumatismos. - Traumatismos físicos directos o indirectos.

B) FACTORES DE RIESGO (6)

La gestación se ve afectada de forma multifactorial condicionados por:

- Factores de índole geográfico
- Racial
- Étnico
- Ambiental
- Tabaquismo
- Alcohol
- Drogas

- Edad
- Paridad
- Abortos previos

#### C) SINTOMATOLOGÍA

La gestante presenta la siguiente sintomatología:

Amenorrea, dolor pélvico moderado a intenso, sangrado vaginal (6,12).

#### D) DIAGNÓSTICO (6,11)

Valorar presencia y cantidad de sangrado vaginal, restos ovulares, dilatación cervical mediante un examen bimanual, así como el tamaño y la forma del útero.

Es importante realizar un examen ecográfico transvaginal para determinar la edad gestacional, ausencia o presencia de actividad cardíaca.

#### E) CLASIFICACIÓN

- a) Amenaza de aborto. - Útero gestante, dolor en hipogastrio, sin modificaciones cervicales, sangrado genital leve.
- b) Aborto inevitable. - Se caracteriza por cérvix dilatado, rotura de membranas y pérdida de líquido amniótico.

- c) Aborto completo. - el huevo es expulsado espontáneamente en forma total, luego de un cuadro completamente doloroso acompañado por pérdida sanguínea para entrar posteriormente en regresión cesando por completo el dolor y la hemorragia, el útero recupera su tamaño y consistencia normal
- d) Aborto incompleto. - El útero se mantiene grande, blando orificio interno y externo dilatado, hemorragia importante y persistente.
- e) Aborto frustrado, retenido o diferido. - El producto muere y es retenido intrauterina sin manifestaciones clínicas no presenta dolor ni sangrado. Cuando la muerte del producto es mayor de 24 horas se observa ecográficamente lisis embrionaria, deformidad y achatamiento del saco gestacional.
- f) Aborto séptico. - Cuadro infeccioso de suma gravedad ocasionado por el ascenso de gérmenes del tracto genital, produciéndose, endocervicitis, endometritis, y miometritis agudas originando cuadros sépticos, se reagudiza el dolor, fiebre taquicardia, escalofríos, palidez marcada, flujo purulento fétido.

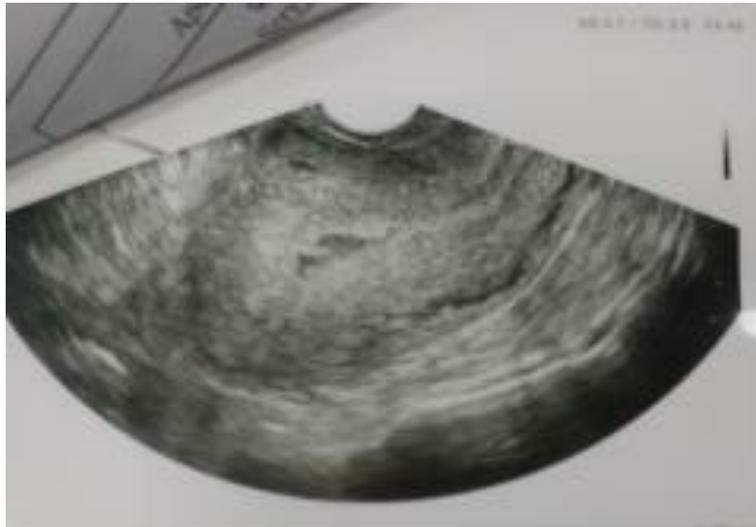


Figura 3. Imagen ecográfica de aborto incompleto con imagen anecogénica de restos endouterinos.

#### F) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cáncer cervical, pólipos, embarazo ectópico, mola hidatidiforme. En estas entidades el signo común es el sangrado transvaginal, dolor en hemiabdomen inferior, como síntoma general. Laboratorialmente el embarazo ectópico y mola hidatidiforme presentan hGC sub unidad beta positivo.

#### G) TRATAMIENTO (11)

Medidas generales en establecimiento nivel II-1, II-2 en:

##### **Aborto incompleto**

- Hospitalización
- Administrar Cl Na 0.9% vía endovenosa segura catéter 18

- Solicitar: Hemograma. hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, Examen completo de orina, detección de sífilis, VIH.
- Ecografía

## PROCEDIMIENTO

Útero de tamaño menor a 12 cm: Legrado uterino o aspiración manual endouterina.

Útero de tamaño mayor a 12 cm: hemorragia abundante administrar ClNa 0.9% 1000cc más 10 unidades internacionales (ui) de oxitocina y evacuar contenido.

Si hemorragia no es mayor y el cérvix se encuentra cerrado, administrar 200Ug de misoprostol endovaginal cada 6 horas por 4 dosis máximo, luego legrado uterino.

### **Aborto retenido**

Hospitalización y solicitar recuento de plaquetas, fibrinógeno tiempo de coagulación, tiempo de sangría

- Solicitar:

- Ecografía para evaluar viabilidad fetal.

- Perfil de coagulación: fibrinógeno, recuento de plaquetas, Hg, Hb, grupo factor, RPR VIH, examen completo de orina, si el cérvix se encuentra entreabierto realizar legrado uterino, si no se encuentra entreabierto administrar misoprostol y realizar legrado uterino.

Si se detectan alteraciones en el perfil de coagulación realizar legrado uterino y simultáneamente administrar componentes sanguíneos necesarios.

### **Aborto séptico**

Se debe hospitalizar en la unidad de cuidados intensivos y tratar según el cuadro como sepsis en obstetricia, por la respuesta inflamatoria sistémica, administrar ClNa 0.9% 1000cc goteo rápido 45 gotas por minuto, ceftriazona 2 gr cada 24 horas EV, Amikacina 1g cada 24 horas EV, Metronidazol 500mg cada 8 horas EV. Terminar con tratamiento quirúrgico de acuerdo con el caso.



Figura 4. Legrado uterino

### **PRONÓSTICO**

El pronóstico va a depender del cuadro infeccioso o hemorrágico y del tratamiento instaurado. (6,12)

## H) COMPLICACIONES (6,13)

### INFECCIONES

Los síntomas más frecuentes son fiebre o escalofríos, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, secreción vaginal o cervical con mal olor, sensibilidad uterina y leucocitosis.

### HEMORRAGIA

Es la causa más frecuente donde se evidencia la retención de restos ovulares, la perforación uterina, hipotonía uterina, traumatismo o laceración cervical. El manejo de la hemorragia post aborto va a depender de la etiología, en algunos casos solo necesita masaje uterino o administración de fármacos útero tónicos o también puede terminar con manejo quirúrgico.

### RETENCIÓN DE RESTOS

Presenta dolor abdominal, sangrado genital o signos de infección.

### PERFORACIÓN UTERINA

La perforación al ser detectada puede ser manejada solo con observación y antibioterapia. En caso de lesiones mayores, la laparoscopia es la vía diagnóstica de elección sin embargo un manejo más complejo se debe dar en la detección de trauma intestinal, vascular u otra estructura por medio del abordaje por laparotomía.

### COMPLICACIONES VINCULADAS A LA ANESTESIA

Alguna complicación por anestesia podría desencadenar la presencia de efectos adversos inherentes a la medicación.

## COMPLICACIONES GENERALES NO ESPECÍFICAS DEL MANEJO DEL ABORTO

La literatura refiere broncoespasmo, reacciones anafilácticas, entre otras. (6).

### I) ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA



Figura 5. Aspiración manual endouterina

La aspiración manual endouterina (AMEU) es un procedimiento médico que permite la evacuación del contenido uterino producto de un aborto incompleto y aborto espontáneo, utilizando la succión como fuerza para eliminar tejido trofoblástico. Tiene un índice de eficacia del 98% y con bajas tasas de complicaciones, Puede utilizarse también para realizar biopsia de endometrio. La OMS recomienda el uso de esta técnica para la evacuación endouterina (14). Económicamente los costos de utilización del

AMEU es menor en comparación con un legrado uterino. La aspiración endouterina está indicada como tratamiento del aborto incompleto, aborto séptico, aborto diferido, mola hidatidiforme, embarazo anaembrionario, huevo muerto retenido en gestantes que presenta altura uterina menor a 12 cm y una dilatación cervical igual o menor a 2 cm.

#### CONTRAINDICACIONES DEL AMEU

Falta de destreza del personal

Altura uterina mayor de 12 cm

Dilatación cervical mayor de 2 cm

Aborto séptico sin antibiótico terapia previo

#### INSTRUMENTAL

El equipo está compuesto por:

Aspirador manual de doble válvula, cánulas flexibles de calibre diferente, adaptadores para cánulas de Karman

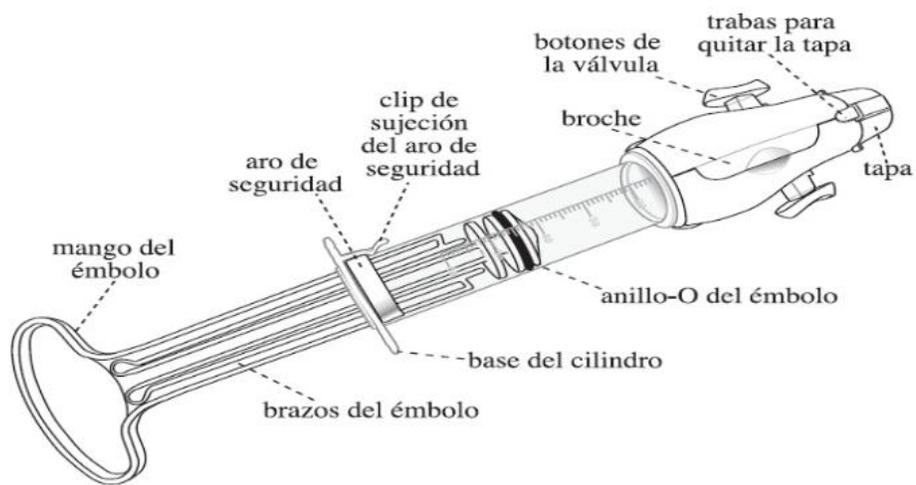


Figura 6. Aspirador manual endouterino



Figura 7. Cánulas de aspiración

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1. INTRODUCCIÓN**

#### **2.2. OBJETIVOS**

##### **Objetivo general**

Determinar las causas que determinan el aborto incompleto

##### **Objetivos específicos**

Determinar las causas ovulares y maternas que condicionaron el aborto incompleto

Determinar las causas sociales que determinaron el aborto incompleto

Analizar las complicaciones que se presentaron

#### **2.3. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO**

SERVICIO DE EMERGENCIA

FECHA 24/04/2019

HORA: 04:00

TRIAJE:

Temperatura (Tp) : 36.4 grados centígrados (°C)

Frecuencia cardiaca (FC) : 76 por minuto (X')

Presión arterial (P/A) :100/70 mm Hg

Frecuencia respiratoria (FR) :18 (x')

Peso : 67 Kg.

Talla :1.57 cm.

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 4 horas

Síntoma principal: **Sangrado transvaginal**

Paciente con diagnóstico de gestación anaembrionaria, por ecografía particular, acude refiriendo dolor tipo cólico localizado en hipogastrio acompañado por sangrado transvaginal en regular cantidad.

ANTECEDENTES

Fecha de última regla (FUR):06/02/2019

Fecha de último parto (FUP):06/04/2018 Cesárea

Gravidez: 01, abortos 00, hijos vivos 01

## EXAMEN FÍSICO

Temperatura (Tp): 36.4 grados centígrados (°C)

Frecuencia cardiaca (FC): 76 por minuto (X')

Presión arterial (P/A): 100/70 mm Hg

Frecuencia respiratoria (FR): 18 (x')

Talla: 1.56 cm.

Saturación de oxígeno (Sp O2): 98%

Al examen en regular estado general (REG), regular estado de nutrición (REN), regular estado de hidratación (REH). Mucosas orales húmedas, piel tibia, tórax normal, abdomen blando depresible ligeramente doloroso en hipogastrio, al espéculo orificio cervical externo e interno abierto con salida de tejido trofoblástico acompañada de sangrado en escasa cantidad.

Especuloscopía: Orificio externo e interno entreabierto con eliminación de sangrado y coágulos en regular cantidad

Al tacto: útero aumentado de tamaño comparable con una gestación de 8 semanas

## DIAGNÓSTICO

Aborto incompleto.

## PLAN DE TRABAJO

Se hospitaliza en obstetricia, se prepara para legrado uterino, control de funciones vitales, control de sangrado trans vaginal, exámenes pre quirúrgicos, realizar electrocardiograma.

#### TERAPÉUTICA Y CONTROL

No dieta ni líquidos orales

Cloruro de sodio al 9 por mil 1000cc pasar a 30 gotas por minuto.

#### RESULTADOS DE ECOGRAFÍA:

Embrión: no se visualiza

Saco gestacional de 35.9m m para gestación de 9 semanas un día.

Trofoblasto: envolvente

Líquido ovular: adecuado

Conclusión: Gestación anaembrionaria.

#### HOSPITALIZACION DE OBSTETRICIA

Paciente mujer de 18 años es hospitalizada en el servicio de obstetricia.

#### ANAMNESIS

##### I. FILIACIÓN

Edad : 18 años

Raza : Mestiza

Estado civil : Conviviente

Grado de instrucción : Secundaria completa

Idioma : Castellano

Ocupación : Ama de casa

Religión : Agnóstica

Lugar y fecha de nacimiento: 22/01/2002

Lugar de procedencia : Moquegua

Dirección : XXXXXX

Fecha de ingreso : 24/04/2019

## II. ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad : 4 horas

Síntomas principales : Dolor en hipogastrio, sangrado transvaginal

Historia de la enfermedad:

Paciente gestante, acude refiriendo antecedentes de diagnóstico de gestación anaembrionada. Hace 4 horas aproximadamente presenta dolor tipo cólico en hipogastrio y sangrado transvaginal en regular cantidad.

Funciones biológicas:

- Apetito : Conservado
- Sed : Conservada
- Deposición : Normal
- Orina : normal
- Sueño : Conservado

## III. ANTECEDENTES

### 3.1 PERSONALES :

a) Fisiológicos. -

Nacida por parto cesárea

Refiere lactancia materna mixta

b) Gineco - obstétricos. -

Menarquia :12 años

Inicio de relaciones sexuales :15 años

Fecha de última menstruación : 06/02/2019

Método anticonceptivo : Ninguno

Último parto : 06/04/2017

Paciente presenta 02 gestaciones, 01 parto vía cesárea, niega abortos e hijos muertos.

c) Alimentación : Predominio de carbohidratos

d) Hábitos : Niega ingesta de alcohol, drogas, te café, tabaco.

e) Condición socio - económica:

Vivienda : Familiar de material noble cuenta con servicios de luz, agua desagüe, económicamente depende de su esposo.

f) Patológicos : Refiere presentar varicela a los 5 años, niega accidentes, alergias, transfusiones, hospitalizada por operación cesárea en el año 2017.

### 3.2 FAMILIARES

a) Padre de 37 años de edad vivo aparentemente sano

b) Madre de 35 años viva aparentemente sana

c) Refiere tener 02 hermanas vivas y sanas

d) Esposo de 24 años aparentemente sano

- e) Hijos 01 hijo vivo de 2 años de edad sano.

## EXAMEN CLÍNICO

### Examen general

1. Funciones vitales. -

Presión arterial (P/A)	: 110/70
Frecuencia cardiaca (FC)	: 78
Temperatura (Tp.)	: 36.8 °C
Frecuencia respiratoria (Fr)	: 20 por minuto
Peso	: 67 Kg.
Talla	: 1.57 cm
IMC	: 27.2
SPO2	: 98 %

2. Aspecto general. -

Estado de conciencia, lúcida orientada en tiempo espacio y persona colabora al interrogatorio

3. Examen regional. -

Piel tibia rosada, turgente TCS en regular cantidad de distribución ginecoide

4. Examen segmentario

Cabeza y cuello normocéfala mesaticéfala sin tumoraciones ni exostosis

Ap. Respiratorio:

Tórax móvil simétrico de amplexación y elasticidad conservada murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

Mamas simétricas flácidas no signos de flogosis pezón formado.

Ap. Cardiovascular, tonos fuertes regulares, no ruidos agregados

Abdomen blando depresible, útero aumentado de tamaño comparable a gestación de 9 semanas.

Ap. Genito urinario, puntos renouretrales negativo bilateral, puño percusión lumbar bilateral negativa. Al espéculo salida de restos

Sistema osteomuscular, motilidad activa y pasiva conservada, sensibilidad y tono muscular conservada

**DIAGNÓSTICO:**

Aborto incompleto

### **EVOLUCIÓN MÉDICA**

24-04-19

6:00

Paciente lúcida, presenta dolor en hipogastrio, sangrado trans vaginal escaso, con diagnóstico de aborto incompleto.

Paciente en espera de sala de operaciones.

Plan de trabajo: Legrado uterino.

### **TRATAMIENTO PREOPERATORIO**

24-04-2019

06:00

Nada por vía oral

Cl Na 9‰ 1000cc 30 gotas por minuto

Cefazolina 1gr. EV media hora antes de intervención quirúrgica

## TRATAMIENTO POSOPERATORIO

24-04-2019

12:40

Nada por vía oral por 4 horas luego dieta blanda más líquidos orales

Cl Na 9‰ 1000cc 30 gotas por minuto primer frasco, luego candado salinizado.

Cefazolina 1gr EV cada 8 hr.

25 – 04-2019

06:00

Dieta completa más líquidos orales

Cefazolina 1gr EV cada 8 hr.

25-04-2019

06:00

Dieta completa más líquidos orales

Cefalexina 500mg cada 8 hr vía oral por 5 días

Alta médica

## INDICACIONES PREOPERATORIAS

24-04-2019

06:00

Control de funciones vitales cada 4 horas

Control del sangrado transvaginal

Realizar electrocardiograma

Exámenes pre quirúrgicos

Preparar para legrado uterino

12:40

**INDICACIONES POST OPERATORIAS:**

Control de funciones vitales cada 15 minutos por 2 horas luego queda cada 4 horas.

Control estricto del sangrado transvaginal

Hb de control

Enviar muestra a anatomía patológica

Higiene perineal 3 veces al día.

25-04-19

8:00

Control de funciones vitales cada turno

Control de Tp cada 4 horas en hoja aparte

Control de sangrado transvaginal

26 -04-2019

Alta médica, con indicaciones

**EXAMENES AUXILIARES**

24-04-2019

05:00

Tabla 01. Uroanálisis

EXAMEN COMPLETO DE ORINA		
EXÁMEN FISICOQUIMICO	COLOR	Amarillo
	Reacción	Ácida
	Aspecto	Ligeramente turbio
	Densidad	1030
EXAMEN MICROSCOPICO	Leucocitos	2-4 x Cpo.
	Bacterias	(++) x Cpo.
	Eritrocitos	0-1 x Cpo.
	Cel. Epiteliales	7-10 x Cpo.
	Oxalatos de calcio	Escasos

Fuente: HC.

24-04-2019

05:00

Tabla 02. ANÁLISIS SANGUINEO

	24-04-2019 05:00	25-04-2019 05:00
HEMOGRAMA	Leucocitos	8,54
	Neutrófilos	6.02
	Linfocitos	2.00
	Monocitos	5.3 %
	Eosinófilos	0.6 %
	Basófilos	0.2 %
Plaquetas	263,000	
Hemoglobina	9 g/dL	8.2 g/dL
Grupo y factor	"O" Rh positivo	
RPR	No reactivo	
VIH	No reactivo	

Fuente: HC.

Hemograma aparentemente normal con presencia de anemia aguda, probablemente normocítica normocrómica por hemorragia.

#### EVOLUCION DE LA OBSTETRA

24-04-2019

05:00

Se recibe paciente del servicio de emergencia con el diagnóstico de aborto incompleto, refiere dolor en hipogastrio

#### AL EXAMEN PREFERENCIAL

Funciones vitales estables

Lúcida orientada en tiempo y espacio

Genitales externos de nulípara, se observa sangrado transvaginal escaso, miembros inferiores sin edemas ni várices.

06:00 se realiza electrocardiograma

10:00 se administra cefazolina 1gr vía endovenosa.

10:30 Pasa a sala de operaciones

12:50 se recibe paciente lúcida orientada, funciones vitales estables, útero contraído, sangrado trasnvaginal escaso

16:00 tolera líquidos y dieta indicada

18:00 Se administra cefazolina 1gr vía endovenosa.

#### **25 – 04 -2019**

02:00 cefazolina 1gr vía endovenosa.

06:00

Paciente lúcida orientada, deambula sin complicaciones, se toma muestra sanguínea para hemoglobina de control.

10:00

Se administra cefazolina 1gr vía endovenosa.

18:00 Se administra cefazolina 1gr vía endovenosa.

26 - 04 - 2019

02:00 Se administra cefazolina 1gr vía endovenosa.

06:00

Paciente lúcida orientada, deambula sin complicaciones, se brinda orientación y consejería sobre planificación familiar.

10:00 Se administra cefazolina 1gr vía endovenosa.

12:00 Se brindan indicaciones de alta médica, se entregan medicamento paciente sale de alta en buenas condiciones.

Tabla 03. Funciones vitales

FECHA	HORA	P/A	FC	TP	FR	SpO2
24-04-2019	04:00	100/70	76 x'	36.4°C	18 x'	98%
	12:50	110/70	82 x'	36.7°C	18 x'	99%
	13:00	110/70	86 x'	36.7°C	18 x'	98%
	13:15	110/70	86 x'	36.7°C	18 x'	98%
	13:30	110/70	86	36.7°C	18 x'	98%
	13:45	110/70	86 x'	36.7°C	18 x'	98%
	14:00	110/70	86 x'	36.7°C	18 x'	98%
	14:15	100/70	86 x'	36.7°C	18 x'	98%
	14:30	100/70	86 x'	36.7°C	18 x'	98%
25-05-2019	06:00	100/70	82 x'	36.4°C	18 x'	98%
	12:00	100/70	82 x'	36.4°C	18 x'	98%

	18:00	100/70	82 x'	36.4°C	18 x'	98%
26 - 04-2019	06:00	100/70	82 x'	36.4°C	18 x'	98%
	12:00	100/70	82 x'	36.4°C	18 x'	98%

Fuente: HC

## REPORTE OPERATORIO

Fecha : 24-04-2019

Edad : 18 años

Peso : 67 Kg

Cirugía realizada : Legrado uterino

Anestesia : General endovenosa

Diagnóstico preoperatorio : Aborto incompleto

Diagnóstico post operatorio : El mismo

Tiempo operatorio : 20 minutos.

Hora de inicio : 10:50'

Hora de término : 11:10'

Hallazgos : Útero a nivel de cicatriz umbilical, genitales externos manchados con sangre, cuello permeable útero aumentado de tamaño en anteverso flexión se evidencia salida de restos.

Procedimiento: Asepsia y antisepsia de zona operatoria, colocación de campos, examen bajo anestesia, colocación de valvas, pinzamiento de cuello, histerometria, legrado

uterino con cureta cortante 2 y 4, toma de muestra para anatomía patológica, masaje bimanual, revisión de hemostasia.

Complicaciones o eventos adversos intraoperatorio : Ninguno

Estado del paciente al salir del quirófano : Favorable

Destino del paciente al salir del quirófano : Hospitalización en obstetricia

### EVALUACIÓN SOCIAL

Paciente de 18 años, con grado de instrucción secundaria, con domicilio de características alquilado, de material noble, cuenta con los servicios básicos de agua desagüe y luz eléctrica, con ocupación de ama de casa, estado civil conviviente, con un ingreso promedio mensual de S/. 700:00, presenta un diagnóstico social de:

Mediano riesgo social

### EPICRISIS

Fecha de ingreso : 24-04-2019

Hora de ingreso : 04:00

Diagnóstico de ingreso : Aborto incompleto

Resumen de la enfermedad actual, examen físico, análisis interconsultas etc.

Paciente que ingresa por presentar dolor tipo cólico localizado en hipogastrio acompañado por sangrado transvaginal en regular cantidad.

Hemograma normal

Uroanalaisis normal

Procedimientos terapéuticos

Ecografía obstétrica

Legrado uterino	
Complicaciones	: ninguna
Fecha de egreso	: 26-04-2019
Hora de egreso	: 13:00 horas
Días de estadía	: 02
Tipo de alta	: Médica
Condición del egreso	: Curado
Diagnóstico de egreso	: Aborto incompleto

#### **2.4. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Paciente adolescente de 18 años que presentó aborto incompleto el cual es tratado en el hospital al que acudió, presenta un diagnóstico social de mediano riesgo social. Según M<sup>a</sup> José Sánchez Hernández (7) al parecer no presentó factores de riesgo de causa materna, puesto que no se encontró hallazgos uterinos de malformaciones o no se puede establecer si presentó causas ovulares puesto que no se ha realizado estudios que puedan determinar alguna alteración cromosómica o genética. Los factores sociales si están presente como edad, estado civil, dinámica familiar inestable catalogada como mediano riesgo social.

#### **2.5. CONCLUSIONES**

PRIMERA

Según la clasificación propuesta por Schwarcz-Sala-Duverges (11) la paciente presentó aborto incompleto

#### SEGUNDA

No se puede determinar si la paciente presentó factores ovulares debido a que no se ha realizado estudios que puedan determinar alguna alteración cromosómica o genética.

#### TERCERA

Los factores de riesgo maternos que presentó la paciente fue cirugía pélvica uterina anterior, periodo intergenésico corto, adolescencia, anemia moderada (9g/dL) (15)

#### CUARTA

Los factores de riesgo sociales que presento según informe de servicio social fue de mediano riesgo social.

#### QUINTA

El presente caso clínico no reporta ninguna complicación ni reingreso de paciente.

## **2.6. RECOMENDACIONES**

#### PRIMERA

Los establecimientos de salud de mayor complejidad deben de implementar estudios concernientes a la detección de anomalías cromosómicas o alteraciones genéticas para incrementar el cuerpo de investigación de las probables causas ovulares de los abortos.

## SEGUNDA

A los establecimientos de salud de menor complejidad, incrementar las actividades preventivas en base a información comunicación y educación sobre factores de riesgo con énfasis de atención diferenciada a gestante adolescente para disminuir gestaciones en pacientes con periodo intergenésico corto, y gestaciones no deseadas.

## TERCERA

Mejorar el sistema de seguimiento a la gestante en o que respecta al suministro del componente de fierro y ácido fólico para prevenir la anemia.

## CUARTA

Se recomienda a los profesionales de la salud la continuidad en la investigación de la salud materna.

## QUINTA

A los establecimientos de diferentes niveles de atención se recomienda implementar acciones de consejería y orientación en salud sexual reproductiva con énfasis en planificación familiar, pretendiendo en las mujeres ejercer sus derechos de manera responsable informada y libre, respecto al número de hijos que deseen tener.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de salud. Presidencia de la nación. Guía para el mejoramiento de la atención post aborto. Argentina 2005. [consultada en 28 febrero2020] disponible en <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf>
2. Organización mundial de la salud. Mortalidad materna artículo de fecha 19 de setiembre 2019 consultado el 29 de febrero 2020 disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. Casos de muerte materna según notificación semanal. Sala situacional para el Análisis de Situación de Salud - SE 07- 2020 [fecha de acceso 4 de marzo del 2020] disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14&Itemid=121](https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=121)
4. Boletín Epidemiológico del Perú SE 26-2018 (del 24 al 30 de junio del 2018) [fecha de acceso 4 de marzo del 2020] disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/26.pdf>
5. Maradiegue E. Aborto como causa de muerte materna. Revista peruana de ginecología y obstetricia, volumen 52 número 3 [Consultada el 1 de marzo 2020]; disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/323>

6. Rivero M., Pintado S., Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús, durante el periodo enero y febrero 2017 Guayaquil Ecuador. [fecha de acceso 4 de marzo del 2020] disponible en:  
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8043/1/T-UCSG-PRE-MED-562.pdf>
7. M<sup>a</sup> José Sánchez Hernández. Análisis del valor del misoprostol en el tratamiento del aborto espontáneo. Universidad Autónoma de Madrid. España 2015 [fecha de acceso 8 de marzo del 2020] disponible en:  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/666720/sanchez\\_hernandez\\_maria\\_jose.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/666720/sanchez_hernandez_maria_jose.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
8. Gerrero I., Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital de apoyo nuestra señora de las Mercedes-Paita durante el período julio a diciembre 2017. Tesis. Universidad Nacional de Piura 2018. [fecha de acceso 8 de marzo del 2020] disponible en:  
<http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1184/CIE-GUE-COR-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Roncal F. Factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto. Hospital Regional docente de Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca 2016 [fecha de acceso 6 de abril del 2020] disponible en:  
[http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2111/T016\\_43192983\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2111/T016_43192983_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

10. Mendez Carbonell Rubi. Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes del servicio de Gineco – obstétrica, Hospital la Caleta. Chimbote, Ancash Perú 2018 [fecha de acceso 8 de abril del 2020] disponible en:  
[http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/9172/Tesis\\_60593.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/9172/Tesis_60593.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
11. Schwarcz-Sala-Duverges. Obstetricia, 7ma edición editorial el Ateneo, Buenos Aires Argentina. 1997.
12. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive Lima 2007
13. Ministerio de salud Dirección General de Estadística e Informática. Oficina de Estadística - Lima: Ministerio de Salud; 2012. Compendio de estadísticas de hechos vitales Perú 2009-2010
14. Coalición para los insumos de salud reproductiva, resumen técnico del producto 2014. [fecha de acceso 6 de mayo 2020] disponible en:  
[https://www.rhsupplies.org/fileadmin/uploads/rhsc/Working\\_Groups/New\\_Underused\\_RH\\_Technologies\\_Caucus/Documents/Technical\\_Briefs/rhsc-brief-manual-vacuum-aspiration\\_A4\\_SPANISH.pdf](https://www.rhsupplies.org/fileadmin/uploads/rhsc/Working_Groups/New_Underused_RH_Technologies_Caucus/Documents/Technical_Briefs/rhsc-brief-manual-vacuum-aspiration_A4_SPANISH.pdf)