



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

HEMORRAGIA POR ABORTO ESPONTÁNEO

RECURRENTE, HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA

– 2023

PRESENTADO POR:

CLARA MARITZA CUAYLA MAQUERA

ASESORA:

MG. MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y

CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA-PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**HEMORRAGIA POR ABORTO ESPONTÁNEO RECURRENTE, HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA – 2023**” presentado por el(la) **CLARA MARITZA CUAYLA MAQUERA**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) **Mg. MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ**, designado como asesor con Resolución Directoral N°0867-2023-DEPG-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	CLARA MARITZA CUAYLA MAQUERA	HEMORRAGIA POR ABORTO ESPONTÁNEO RECURRENTE, HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA – 2023	29%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **29%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 05 de junio del 2024

UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI


Dra. DORA AMALIA MAYTA HUIZA
Jefe (e) de la Unidad de Investigación de la
Escuela de Posgrado

ÍNDICE DE CONTENIDO

Página del jurado	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.2 JUSTIFICACIÓN	7
1.3 MARCO TEORICO	8
1.3.1 ANTECEDENTES	8
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	8
ANTECEDENTES NACIONALES	10
1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	11
GENERALIDADES	11
ETIOLOGÍA	12
DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN	16
COMPLICACIONES	17
TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	18
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	20
2.1 OBJETIVOS	20
OBJETIVO GENERAL	20
OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
2.2 SUCESOS RELEVANTES	21
2.3 DISCUSIÓN	41
2.4 CONCLUSIONES	43
2.5 RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45

RESUMEN

El presente trabajo académico, aborda el problema del aborto espontáneo recurrente, la cual es definida como el fracaso de dos o más embarazos clínicamente reconocidos antes de las 20 a 24 semanas de gestación e incluye pérdidas embrionarias y fetales. **Objetivo:** Analizar el manejo clínico y terapéutico de una gestante con hemorragia por aborto espontáneo recurrente atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2023. **Resultados:** Gestante multípara de 34 años, con diabetes gestacional, obesidad mórbida e hipotiroidismo, a la que se le colocó cerclaje en la semana 14.5 por incompetencia cervical y antecedente de pérdida de embarazo recurrente, que luego fue hospitalizada por pérdida de mucosidad, y que al examen ecográfico presentaba una gestación de 9.6 semanas. Se le realizó un legrado más la técnica de Zea para contener la hemorragia, complementado con la administración de ergometrina y misoprostol. **Conclusiones:** El aborto espontáneo es uno de los eventos patológicos más frecuentes en el primer trimestre, cuya prevención se puede realizar desde la primera atención prenatal, mediante la identificación de antecedentes o factores en la madre, y que necesita un tratamiento oportuno y adecuado por parte de un equipo de salud especializado.

Palabras claves: Aborto, aborto espontáneo, hemorragia del primer trimestre, salud materna.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A nivel mundial, se estima que existe una tasa global de 64 embarazos no deseados por cada 1000 mujeres con edad de 15 a 49 años; de los cuales aproximadamente el 60% termina en un aborto, equivalente a unos 73,3 millones de abortos anuales, y si bien la tendencia a que se produzca un embarazo no deseado ha disminuido, la tendencia a que este embarazo no deseado termine en aborto ha aumentado (1).

Para el caso de los abortos espontáneos, se estima que alrededor del 2% de las mujeres en edad reproductiva se ven afectadas por la existencia de aborto espontáneo recurrente, y conlleva una carga psicológica y económica para la mujer (2).

La literatura científica considera que los factores de riesgo epidemiológicos asociados al aborto espontáneo pueden clasificarse en dos grandes categorías: los

de índole genético como las anomalías cromosómicas y los polimorfismos; y los de índole no genético en el que se destacan la presencia de infecciones, causas ocupacionales, socioeconómicas, ambientales, trastornos a nivel del sistema endocrino o en la coagulación (3), y el antecedente de intervenciones en el sistema reproductor como la aspiración manual endouterina, el legrado uterino o una cirugía genitourinaria (4).

Un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal evidenció que, del total de abortos espontáneos atendidos en dicho establecimiento, el 60% se presentaba en mujeres con edad menor de 29 años, el 93,3% se encontraba con 12 a más semanas de gestación, aproximadamente el 30% presentó antecedente de aborto y cerca del 27% tenía diagnóstico ecográfico de hijo con malformaciones, siendo el hidrops severo el más frecuente (5).

En el presente trabajo se desarrolla la revisión de un caso clínico de una mujer embarazada que presentó un aborto inevitable, y cuya atención se realizó en el Hospital San Bartolomé; patología que puede conllevar al desarrollo de complicaciones graves relacionadas con la pérdida de sangre y/o procesos infecciosos, si no es tratada por el personal de salud de una manera adecuada y oportuna.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El aborto espontáneo representa una de las complicaciones obstétricas más graves y frecuentes que se presentan en la primera mitad del embarazo, que es capaz de aumentar el riesgo de morbilidad materna y deja al producto con muy escasas posibilidades de supervivencia. El diagnóstico oportuno por parte del obstetra, que es el profesional responsable de la atención de la mujer en la etapa

de la gestación, ayudará a que el equipo multidisciplinario de salud pueda tomar decisiones correctas para prevenir el desarrollo de complicaciones, por lo que se considera de gran importancia ampliar el conocimiento de esta materia mediante la elaboración de trabajos académicos o estudios de actualización, especialmente en el caso de las obstetras con segunda especialidad.

El presente estudio de caso clínico también busca visibilizar el papel que cumplen los distintos profesionales que conforman el equipo de salud, en especial los obstetras, en las distintas áreas de atención de las pacientes con este cuadro, y tomando como referencia el Hospital San Bartolomé de Lima. Con esta información se podrá hacer comparaciones con estudios semejantes a nivel nacional e internacional, y analizar las posibles propuestas de mejora relacionadas con las estrategias de manejo y tratamiento del aborto, en la que se podrá contar con el aporte de los obstetras especialistas en formación.

1.3 MARCO TEORICO

1.3.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Aragues et al. (6) en el año 2023 presentaron un caso clínico de una gestante con aborto espontáneo atendida en un hospital de España. Según la historia clínica se trataba de una mujer primigesta de 30 años, con edad gestacional de 7 semanas + 2 días, que acudió al servicio de urgencias por presentar un dolor intenso en la zona del hipogastrio, así como un sangrado vaginal abundante desde aproximadamente una hora antes. Además, se encuentra afebril, normotensa, su grupo sanguíneo es B+ y se encuentra consumiendo en la

actualidad ácido fólico. Mediante análisis de laboratorio se determinó la presencia de HCG, mientras que, con la ecografía transvaginal no se llegó a visualizar saco gestacional. Al examen con espéculo se observa un sangrado escaso, y se procede a retirar restos deciduales. El personal de salud siguió correctamente los protocolos existentes y la paciente fue dada de alta sin complicaciones posteriores.

Soria y Valarezco (7) en el año 2021, presentaron una investigación con el objetivo de determinar qué factores de riesgo predisponen al aborto espontáneo en un hospital de Ecuador, a través de un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, sobre una muestra de 200 pacientes. Los resultados evidencian que, entre las gestantes de 35 a 40 años se observó la mayor prevalencia de abortos espontáneos, en donde el aborto previo se encontró en un 30%, la edad gestacional menor de 11 semanas se halló en un 39%, y el período intergenésico que supera los 18 meses se encontró en un 61,5%. Se concluye que existen factores asociados al aborto espontáneo como la edad añosa, los antecedentes de abortos, el período intergenésico mayor a 18 meses y la falta de atención prenatal.

Ruiz et al. (8) en el año 2021, presentaron un caso clínico en España, de una mujer tercigesta de 30 años, con edad gestacional de 10 semanas + 6 días, que acudió al servicio de urgencias por presentar un sangrado genital en cantidad superior al volumen normal de su menstruación, acompañado de dolor abdominal similar a la dismenorrea. En sus dos embarazos previos presentó partos eutócicos, y los análisis de laboratorio no reportaron alteraciones. Al examen físico se le encontró consciente y orientada, con buen estado general, sus genitales externos con apariencia normal, la vagina presentaba abundantes

restos hemáticos, el cérvix era propio de una multípara, y se evidenció un sangrado activo parecido al menstrual. La ecografía transvaginal evidenció útero anteflexo con endometrio de 13mm, un saco gestacional desestructurado en el canal cervical y anexos normales. Tras los exámenes se procedió a extraer el saco gestacional del canal cervical con una pinza de Winter, el cual fue enviado a anatomía patológica. El personal de salud siguió correctamente los protocolos existentes y la paciente fue dada de alta sin complicaciones posteriores.

ANTECEDENTES NACIONALES

Peñaloza (9) en el año 2022 presentó un caso clínico de una gestante con hemorragia de la primera mitad del embarazo a consecuencia de un aborto inminente. Según la historia clínica se trataba de una gestante con 19 semanas que presentaba sangrado tipo spotting el cual iba aumentando tras el ingreso al hospital, acompañado de un dolor abdominal leve, cuya evolución clínica fue desfavorable hasta culminar en un aborto incompleto. Entre los factores de riesgos que se identificaron en la historia clínica se encontraban la edad añosa, tener un índice de masa corporal elevado y la presencia de infecciones. Por el lado del manejo terapéutico, se reportó que el personal cumplió con los protocolos establecidos de manera oportuna.

Palma et al. (10) en el año 2021 plantearon como objetivo determinar los factores asociados al aborto recurrente en un hospital de Huánuco, a través de un estudio observacional, retrospectivo, que contó con una muestra de 572 casos de aborto. Los resultados evidenciaron una frecuencia de aborto recurrente del 32%, y como factores asociados significativamente a esta

patología: encontrarse en la adolescencia, ser ama de casa, el estado civil soltero, tener al menos dos gestaciones, haber recibido transfusión sanguínea, y la presencia de anemia antes y/o después del procedimiento. Se concluye que el aborto recurrente presenta factores asociados de índole sociodemográficos, obstétricos y clínicos.

Bendezú (11) en el año 2020 presentó una investigación para determinar cuáles son los factores que se asocian al aborto espontáneo en pacientes atendidas en un hospital del Lima, a través de un estudio con diseño analítico, de casos y controles, retrospectivo, que incluyeron a 180 mujeres con abortos espontáneos, para el grupo de casos, y mismo número de mujeres para el grupo de controles. Los resultados determinaron que los factores de riesgo significativos asociados al aborto espontáneo eran ser adolescente (OR=4.667), tener grado de instrucción secundario o inferior (OR=6.392), presencia de una infección de transmisión sexual (OR=12.669), inicio temprano de la actividad sexual (OR=3.461, antecedente de aborto (OR=5.303) y la amenaza de aborto (OR=9.370). Se concluye que existen factores demográficos, ginecológicos y obstétricos asociados a la presencia de aborto espontáneo.

1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO

GENERALIDADES

De manera general, la pérdida temprana del embarazo puede presentar muchas formas diferentes: a) aborto retenido, cuando se produce una muerte asintomática o "no detectada" del embrión o feto, pero las contracciones uterinas son insuficientes para expulsar los productos de la concepción; b) amenaza de aborto, cuando se produce una sintomatología que evidencia la amenaza de expulsión de los productos

de la concepción, pero el orificio cervical aún se encuentra cerrado y el embrión o feto mantiene su viabilidad; c) aborto inevitable, que se distingue de la amenaza de aborto por la presencia de un orificio cervical abierto, que es la señal de que "inevitablemente" los productos de la concepción van a pasar por ahí en poco tiempo; y, d) aborto incompleto, cuando hay un paso "incompleto" de los productos de la concepción a través del orificio cervical (12).

Por otra parte, cuando se habla de una pérdida recurrente del embarazo o aborto recurrente, esta se define como el fracaso de dos o más embarazos clínicamente reconocidos antes de las 20 a 24 semanas de gestación e incluye pérdidas embrionarias y fetales (13).

ETIOLOGÍA

Las causas de un aborto espontáneo contemplan dos grandes grupos: los de origen genético y los de origen no genético.

Para el caso de las causas genéticas, una revisión de los análisis cromosómicos de los restos de aborto ha demostrado que alrededor del 45% de los casos presenta alguna alteración cromosómica, siendo las alteraciones numéricas las más frecuentes con el 95%, frente al 5% de alteraciones estructurales (14).

Entre las causas no genéticas se destacan los factores ambientales, como el consumo sustancias nocivas como alcohol, el hábito de fumar, drogas y hasta la cafeína, presencia de estrés, el peso corporal de la madre y la existencia de algunas enfermedades crónicas a nivel hepático, renal o del sistema autoinmune (15).

Entre las infecciones que pueden condicionar la presencia de aborto espontáneo, una de las que más se menciona en la literatura científica es la toxoplasmosis producida por el parásito *Toxoplasma gondii* propio de los gatos, capaz de aumentar

el riesgo de padecer aborto espontáneo en unas cuatro veces (16); mientras que, de los grupos virales, el citomegalovirus es uno de los que con mayor frecuencia se ha reportado en el análisis histológico de abortos retenidos (17).

La diabetes gestacional se considera como una de las primordiales falencias en obstetricia con un índice elevado de mortalidad materna y neonatal; para llegar a combatirla se debe de priorizar la dieta exclusiva como gestante, y con un seguimiento estricto de los controles prenatales y su tratamiento oportuno de la diabetes (14).

Se conoce que el hipotiroidismo en el embarazo debe ser medicado; este puede ocasionar falencias en el periodo gestacional como: pérdida del feto, parto prematuro, presión elevada, entre otros. El fin terapéutico es que se mantenga la escala de T4 libre materna en el nivel superior empleando una cantidad mínima de los fármacos antitiroideos (17).

Hipotiroidismo y aborto recurrente

El hipotiroidismo es una alteración endocrina que afecta al funcionamiento de la glándula tiroides, produciendo una disminución de la síntesis de hormonas tiroideas. Esta condición puede tener consecuencias negativas sobre la salud reproductiva de las mujeres, aumentando el riesgo de aborto espontáneo, especialmente si se trata de abortos recurrentes, definidos como la pérdida de dos o más embarazos consecutivos antes de la semana 20 de gestación. (26)

El hipotiroidismo es una condición caracterizada por una disminución de la síntesis de hormonas tiroideas (tiroxina, T4, y triyodotironina, T3) por parte de la glándula tiroides, lo que conlleva una alteración del metabolismo y de la homeostasis de

diversos órganos y sistemas; puede clasificarse en clínico y subclínico, según el nivel de la hormona estimulante del tiroides (TSH) y la presencia o ausencia de síntomas.

El hipotiroidismo clínico se define como un nivel elevado de TSH ($> 4,5$ mUI/L) y un nivel bajo de T4 libre ($2,5$ mUI/L) y un nivel normal de T4 libre ($0,8-1,8$ ng/dL); con diversas causas, siendo la más común la tiroiditis autoinmune crónica o enfermedad de Hashimoto, deficiencia de yodo, la cirugía o la radiación tiroidea, el uso de fármacos antitiroideos, o las alteraciones congénitas o genéticas. (27)

Tiene una prevalencia de alrededor del 2-3% en la población general y se estima que el 2,3% de las mujeres embarazadas presentan hipotiroidismo clínico y el 2,5% hipotiroidismo subclínico; por tanto el embarazo supone un desafío para la función tiroidea, ya que se producen cambios fisiológicos que afectan a la demanda y el metabolismo de las hormonas tiroideas; estos cambios requieren una adaptación de la glándula tiroides, que aumenta su tamaño y su actividad para mantener unos niveles adecuados de hormonas tiroideas, tanto para la madre como para el feto. El feto depende de las hormonas tiroideas maternas durante el primer trimestre de gestación, ya que su glándula tiroides no es funcional hasta la semana 12; por tanto las hormonas tiroideas son esenciales para el desarrollo neurológico y somático del feto, así como para la implantación y la placentación; por ende el hipotiroidismo materno puede tener consecuencias adversas tanto para la madre como para el feto, entre las que se encuentran el aborto espontáneo, la preeclampsia, el parto prematuro, el retraso del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, la morbilidad y la mortalidad perinatal, y el déficit cognitivo. (26)

Diabetes gestacional y aborto recurrente

La diabetes gestacional es una alteración del metabolismo de la glucosa que se diagnostica por primera vez durante el embarazo, y que puede tener repercusiones tanto para la madre como para el feto; se asocia con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales, como la preeclampsia, el parto por cesárea, la macrosomía fetal, el trauma obstétrico, la hipoglucemia neonatal y la muerte perinatal. (29)

La relación entre la diabetes gestacional y el aborto recurrente no está clara, y los estudios disponibles al respecto son escasos y heterogéneos, pues algunos estudios han encontrado una mayor prevalencia de diabetes gestacional en mujeres con antecedentes de aborto recurrente, lo que sugiere que la diabetes gestacional podría ser un factor de riesgo o un marcador de aborto recurrente; sin embargo, otros estudios no han hallado una asociación significativa entre la diabetes gestacional y el aborto recurrente, e incluso han reportado una menor incidencia de diabetes gestacional en mujeres con aborto recurrente, lo que indicaría que la diabetes gestacional podría tener un efecto protector o compensatorio sobre el aborto recurrente. (30)

Los posibles mecanismos que podrían explicar la relación entre la diabetes gestacional y el aborto recurrente son complejos y multifactoriales; ya que puede provocar un desequilibrio metabólico e inflamatorio, que afectaría a la implantación y el desarrollo embrionario; asimismo causar un estado de hipercoagulabilidad, que favorecería la formación de trombos en la circulación placentaria, comprometiendo la perfusión y el intercambio de nutrientes y oxígeno entre la madre y el feto. (29)

La diabetes gestacional podría estar asociada con otras patologías o factores predisponentes al aborto recurrente, como la obesidad, la resistencia a la insulina,

el síndrome de ovario poliquístico, la edad materna avanzada, el estrés oxidativo, la dislipidemia o la presencia de autoanticuerpos. (30)

En conclusión, la relación entre la diabetes gestacional y el aborto recurrente es incierta, y se requieren más estudios prospectivos y de alta calidad que aclaren esta cuestión, y que tengan en cuenta los posibles factores de confusión y las variables clínicas y bioquímicas que podrían influir en el resultado del embarazo. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de la diabetes gestacional podrían mejorar el pronóstico reproductivo de las mujeres con aborto recurrente, y reducir las complicaciones obstétricas y perinatales asociadas a esta condición. (29)

DIAGNÓSTICO

Para poder diagnosticar la existencia de un aborto en la mujer se pueden recurrir a distintas evaluaciones:

- Examen del canal vaginal, para verificar si el cuello uterino ya está en proceso de dilatación, y establecer la inminencia de la expulsión del producto.
- Examen ecográfico, para verificar la existencia de latidos cardíacos en el embrión o feto, así como saber si el desarrollo del producto está dentro de los cauces de la normalidad.
- Análisis de sangre, específicamente los valores de la subunidad B de la hormona gonadotrofina coriónica – HCG, que pueden determinar si la evolución del embarazo está acorde con las semanas de gestación calculadas con la última fecha de menstruación. Adicionalmente, puede obtenerse información relacionada con el tipo de sangre y el nivel de hemoglobina, que serán de utilidad en futuras intervenciones médicas.
- Análisis histológico, en caso de que el proveedor de salud haya encontrado

algún tejido en el sangrado, y puede ayudar a confirmar la ocurrencia del aborto o descartar la existencia de otra patología responsable de la hemorragia.

- Pruebas cromosómicas, que suelen ser solicitadas a la pareja especialmente cuando se trata de abortos recurrentes, ya que permitirán descartar la existencia de alguna alteración en los cromosomas que pudiera ser causante de las pérdidas (18).

COMPLICACIONES

Entre las complicaciones que están relacionadas con el aborto espontáneo, se encuentran principalmente las derivadas del sangrado, el cual puede ser excesivo y conllevar a hemorragias, así como predisponer en las mujeres el desarrollo de anemia en las semanas posteriores (19).

En cuanto a las posibles consecuencias en la salud mental de la mujer que ha sufrido un aborto espontáneo, la evidencia indica que esta es más frecuente entre las mujeres que se encuentran en situación vulnerable, como las inmigrantes, las que poseen baja condición socioeconómica y las mujeres sin hijos; sin embargo, también existen factores protectores como la calidad de la relación con su pareja y el nivel de satisfacción que tiene en torno al cuidado de su salud (20). Por otra parte, se han reportado posibles asociaciones entre el aborto espontáneo y trastornos afectivos como la depresión, así como con la dependencia de drogas ilegales o alcohol, aunque estos resultados no han sido corroborados uniformemente por la comunidad científica (21).

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Las principales opciones de tratamiento para el caso de la pérdida temprana del embarazo incluyen el manejo expectante, y el manejo médico mediante el uso de la mifepristona y misoprostol o la aspiración uterina (22).

Para poder aplicar la opción terapéutica del tratamiento médico, primero debe verificarse el cumplimiento de algunos criterios clínicos como tratarse de una gestación única, tener una amenorrea inferior a las 13 semanas, hemoglobina mayor o igual a 10 /dL, no tener alergias ni padecer coagulopatías; y criterios de carácter ecográfico, como el corte de línea endometrial, la longitud cefalorraquídea o la existencia de una gestación anembrionada mayor o igual a los 20 mm (23).

En relación al uso de misoprostol, la dosis recomendada es de 800 mcg administrados por vía vaginal, previa exploración y valoración de las características del cuello uterino, y complementado con algún analgésico oral como el paracetamol en dosis de 1g cada 8 horas o dexketoprofeno en dosis de 25 mg (23).

Para el caso de la Aspiración Manual Endouterina - AMEU, consiste en un procedimiento de extracción del contenido intrauterino a través de una cánula que se conecta a un aspirador portátil que permite la creación manual de vacío, y que presenta como ventajas, además de su alta eficacia, el hecho de que se trata de un procedimiento ambulatorio que sólo requiere anestesia local, representa un menor costo, así como una reducida posibilidad de generar complicaciones (24).

En relación al manejo de una paciente con sangrado en el primer trimestre que se sospeche de aborto, debe tomarse en cuenta la posibilidad de que esté presentando signos de shock hipovolémico, en el que es necesario activar el protocolo de la clave roja, según la cual, el obstetra tendrá que verificar la presencia de restos en el canal

vaginal y retirarlos de forma manual (25).

En el caso de que el establecimiento de salud carezca de la capacidad resolutive para la atención de la gestante, procederá a su referencia, previa verificación de los siguientes requisitos:

- Tener a la gestante estable hemodinámicamente, con pulso aproximado de 100 x min y una presión sistólica de al menos 60 mmHg.
- Tener una vía endovenosa permeable
- Si se considera necesario el uso de oxígeno, administrarle 3 Litros x min a través de una cánula binasal.
- Tener a la mano el Kit de medicamentos, especialmente con tabletas de misoprostol.
- Determinar previamente el medio de transporte que se utilizará.
- Contar con personal de salud capacitado para el traslado.
- Tener disponible a un familiar que pueda donar sangre si fuera necesario.
- Revisar el llenado correcto de la ficha de referencia (25).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el manejo clínico y terapéutico de una gestante con hemorragia por aborto espontáneo recurrente atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2023.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los principales factores de riesgo para la hemorragia por aborto espontáneo recurrente en la gestación.
- Identificar las complicaciones maternas ocasionadas con la hemorragia por aborto espontáneo recurrente.
- Conocer el manejo terapéutico utilizado en la gestante con hemorragia por aborto espontáneo recurrente.
- Describir la evolución de la paciente desde su ingreso hasta el proceso de alta.

2.2 SUCESOS RELEVANTES

Datos de filiación

Edad: 34 años

Procedencia: C. Lima

Estado civil: Conviviente

Ocupación: Su casa

Anamnesis:

Paciente acude por emergencia obstétrica del Hospital San Bartolomé refiriendo haber expulsado a mediodía mucosidad vaginal hace una hora y dolor pélvico 8/10, niega pérdida de líquido y sangrado vaginal.

AU: 24 cm.

SPP: transverso dorso superior

LCF: 158 X'

DU: No

Tono uterino: Normal

Especulo: Presencia de mucosidad abundante con protrusión de membranas, no pérdida de líquido amniótico, no pérdida de sangre.

Cérvix: Se evidencia cerclaje en cérvix con orificio cervical externo \pm 2cm. dilatación

CFV: PA= 125/65 mmHg., P= 91 X', T= 36.9 °C., R= 18 X', SO₂ = 97%.

Diagnóstico:

1. Gestante de 22.5 ss. por ecografía de 9.6 ss.
2. ARO: Cesareada anterior una vez + abortadora recurrente + óbito fetal
3. Portadora de cerclaje cervical por incompetencia cervical
4. Diabetes gestacional
5. Hipotiroidismo
6. D/C RPM

Antecedentes personales

Niega antecedentes familiares de HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES, CONVULSIONES, TUBERCULOSIS, NEOPLASIAS.

Antecedentes Ginecobstétricos

Menarquia: 14 años

Régimen catamenial: 3 días cada 31 días

DISMENORREA: No

Método anticonceptivo anterior: No

Inicio de relaciones sexuales: 18 años

Número de parejas sexuales .01

Infección de tracto urinario: Niega

Última relación sexual: No recuerda

Vacuna antitetánica: 03 dosis

Vacunas COVID: 02 dosis

FUR: 15/03/2023 FPP: 22/12/2023

Número de controles prenatales: 7

Tabla 1. Antecedentes obstétricos (G6 P1041)

Nº	Año	CPN	TIPO DE PARTO	SEXO	PESO	APGAR	COMPLICACIONES	INSTITUCIÓN
G1	2007	si	Cesárea	mujer	5300	NR	RPM	Hosp. Loayza
G2	2018	no	Aborto espontaneo	---	14 ss.		LU	Hosp. Loayza
G3	2019	No	Aborto espontaneo	---	14 ss.		LU	Hosp. Loayza
G4	2020	no	Aborto inevitable	---	19 ss.		LU	Hosp. San Bartolomé
G5	2021	no	Aborto inevitable	---	19 ss.		LU	Hosp. San Bartolomé
G6	2023	Gestación actual						

Episodio de hospitalización: 10-07-2023

Se hospitaliza paciente de 14.5 ss. X ecografía, incompetencia cervical, pérdida recurrente del embarazo, ARO: Ca 1 vez +PIP, hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo 2.

Plan: Se realizó cerclaje cervical, permaneció 5 días por irritabilidad uterina, salió de alta sin complicaciones.

Desarrollo del caso clínico

Fecha: 04.09.2023

Servicio de emergencia

Hora: 00:55

Paciente GRJ de 34 años de edad G6 P1041, ingresa por emergencia al Hospital San Bartolomé refiriendo haber expulsado a mediodía mucosidad vaginal hace una hora y dolor pélvico 8/10, niega pérdida de líquido y sangrado vaginal.

Se toma funciones vitales:

CFV: PA= 125/65 mmHg., P= 91 X', T= 36.9 °C., R= 18 X', SO₂ = 97%.

Peso = 94 kg. Talla: 1.51 más.

Datos de importancia: Cerclaje a las 14.5 ss.

Ecografía en emergencia obstétrica normal

Examen de ginecoobstetricia

AU: 24 cm.

SPP: transverso dorso superior

LCF: 158 X'

DU: No

Tono uterino: Normal

Especulo: Presencia de mucosidad abundante con protrusión de membranas, no pérdida de líquido amniótico, no pérdida de sangre.

Cérvix: Se evidencia cerclaje en cérvix con orificio cervical externo \pm 2cm. dilatación

Diagnóstico:

1. Gestante de 22.5 ss. por ecografía de 9.6 ss.
2. ARO: Cesareada anterior una vez + abortadora recurrente + óbito fetal
3. Portadora de cerclaje cervical por incompetencia cervical
4. Diabetes gestacional
5. Hipotiroidismo
6. D/c RPM

Plan:

1. Pasa a Centro obstétrico
2. No ingerir alimentos por vía oral
3. CFV + MMF
4. Continuar con insulina, levo tiroxina y aspirina.
5. Reevaluar con resultados
6. Se solicita: Test Kern, hemograma, PCR, ex. Orina, urocultivo, glucosa al azar.

Sala de partos

02:05

CFV: PA= 116/78 mmHg., P= 90 X', T= 36.6 °C., R= 19 X', SO₂ = 97%.

Gestante ingresa a sala de partos con diagnóstico de emergencia, queda actualmente con:

FCF: 150 x' No hay dinámica uterina

05:15

CFV: PA= 118/70 mmHg., P= 86 X', T= 36.9 °C., R= 19 X', SO₂ = 97%.

FCF: 156 x' No hay dinámica uterina

Se reciben exámenes de laboratorio:

Hemograma:

Leucocitos: 11420 mm³

Segmentados: 03%

Eosinófilos: 78%

Hemoglobina: 12.33 gr/dL

Hematocrito: 36.2%

Plaquetas: 189700 mm³

TEST DE FERN: POSITIVO

Glucosa: 113 gr/dL

PCR: 70 mg/L

Examen de orina: células epiteliales: 3-5 x campo; leucocitos: 0-2 x campo; hematíes: 0-1 x campo; gérmenes móviles: escasos.

Grupo y factor: O positivo

Diagnóstico:

1. Gestante de 22.5 ss. por ecografía de 9.6 ss.
2. No trabajo de parto
3. ARO: Cesareada anterior una vez + PIP
4. RPM \pm 18 hrs.
5. Portadora de cerclaje cervical
6. Diabetes gestacional
7. Hipotiroidismo
8. Pérdida recurrente de la gestación
9. Obesidad mórbida

Plan:

1. DC + LAV
2. CFV + CO
3. Vía salinizada
4. Ampicilina 2gr. EV. STAT. Luego 1gr. EV cada 6 hrs.
5. Eritromicina 500 mg. VO cada 6 horas
6. AAS 100mg. VO cada 24 hrs.
7. Insulina retrovir 100UI: 5 UI subcutánea a las 22:00 hrs.

8. Levotiroxina 100 mg. VO cada 24 hrs.
9. Se solicita glucosa basal, 1h y 2hrs. postprandial
10. Paño perineal permanente
11. Vigilar signos de alarma
12. CEAEG

05:45 hrs.

Pasa a ecografía

Ecografía en emergencia obstétrica normal: PF: 638 grs.; líquido amniótico normal, BM =59mm.

Regresa a centro obstétrico.

09:30 hrs.

CFV: PA= 120/80 mmHg., P= 82 X', T= 36.5 °C., R= 18 X', SO₂ = 97%.

FCF: 157 x' No hay dinámica uterina

Paciente refiere deseo miccional, al retiro de pañal se evidencia sangrado rojo rutilante \pm 10 CC. Pasa a expulsivo para revisión, donde a la especuloscopia no se logran identificar los hilos de la sutura, membranas integra que abomban en reloj de arena que protruyen por introito vaginal. Se envía interconsulta a Neo, UCI Neo.

Respuesta de interconsulta a Neo

Neo responde que cuenta con cama UCI e incubadora disponible

09:45 hrs.

CFV: PA= 120/70 mmHg., P= 90 X', T= 37 °C., R= 18 X', SO2 = 97%.

Se produce rotura espontánea de membranas y expulsión del feto, líquido amniótico con mal olor. Se procede a atención de alumbramiento, se evidencia sangrado continuo, no se logra apreciar hilos, se deja tapón vaginal y se prepara para SOP para revisión y legrado uterino.

Peso del producto: 480 grs. con líquido amniótico abundante de mal olor.

09:55 hrs.

CFV: PA= 100/60 mmHg., P= 90 X', T= 36,9 °C., R= 20 X', SO2 = 97%.

Se observa sangrado vaginal rojo vivo y rutilante, MAG indica pasar paciente a SOP.

Se canaliza segunda vía permeable de NaCl 9/1000 s/a

Diagnóstico:

1. Puérpera inmediata de parto vaginal
2. Descartar restos placentarios
3. Portadora de cerclaje
4. Descartar amputación cervical

Plan:

1. Pasar a SOP STAT

09:57 hrs.

Pasa a SOP con personal obstetra y personal técnico.

SALA DE OPERACIONES

10:12 hrs.

Se realiza legrado postparto + técnica de Zea

Hallazgos: Útero AVF de 20 cm. De superficie regular, anexos libres, cavidad endouterina de superficie regular, se extraen 50 CC. De restos de aspecto trofoblástico sin mal olor, 400 CC. de coágulo

Diagnóstico postoperatorio:

1. Atonía uterina
2. Aborto espontáneo, completo complicado por hemorragia

Se administra ergometrina 20mg. IM

Se administra 800 ug misoprostol IR

11:08 hrs.

Persiste útero flácido, a pesar de estar con uterotónicos, por tanto, se vuelve a ingresar a SOP para laparotomía exploratoria + posibilidad de histerectomía abdominal total.

Diagnóstico:

1. Puérpera inmediata de parto vaginal por aborto inevitable

2. Atonía uterina
3. D/c anemia aguda
4. Hipotiroidismo

Plan:

Laparotomía exploratoria + posibilidad de HAT STAT

Operación realizada

Laparotomía exploradora + sutura compresiva de Hayman + ligadura de arterias uterinas

Hallazgos: Útero puerperal de superficie regular, atónico, trompas y ovarios derecho e izquierdo de aspecto normal.

Observaciones: Se revisa canal vaginal., se retira tampón con dos gasas, no se evidencia sangrado activo

Diagnóstico postoperatorio

1. Aborto espontáneo completo complicado por hemorragia excesiva
2. Atonía uterina

Plan:

1. NPO por 6 hrs., luego probar tolerancia oral
2. Vía endovenosa
3. NaCl 9/1000 + 30 UI oxitocina
4. Clindamicina 900 mg. EV cada 8 horas

5. Gentamicina 80 mg. EV cada 8 horas
6. Ketprofeno 100 mg. EV. Cada 8 horas
7. Tramadol 100 mg. Condicional a dolor
8. Ranitidina 50 mg. ev cada 8 horas
9. Metoclopramida 10 mg. EV cada 8 hrs.
10. Ss Hb y hto. Control a las 6 hrs.
11. Reevaluaciòn por R2
12. Cabergolina 0.5 mg. 02 tabletas VO stat
13. Ac. Tranexàmico 100 mg. EV C/ 8 horas x 03 dosis

13:00

Se recibe resultados de Hb: 10.8 gr. /dL, Hto. 30.8 %

14:35 hrs.

CFV: PA= 90/60 mmHg., P= 81 X', T= 36,9 °C., R= 18 X', SO₂ = 97%.

Paciente refiere dolor en zona operatoria, actualmente G6 P1141, quièn recibió dos paquetes globulares, además de ac. Tranexámico y misoprostol con funciones vitales estables, se retira sonda Foley por diuresis mayor a 500 CC.

Diagnóstico:

1. Postoperatorio de legrado puerperal +técnica de Zea

2. Postoperatorio de laparotomía exploratorio + sutura compresiva de Hayman+ ligaduras uterinas
3. Hipotiroidismo
4. Obesidad mórbida

Plan

1. Pasa a sala G
2. Retiro de sonda Foley
3. Continuar Rp.

05-09-2023

CFV: PA= 110/60 mmHg., P= 86 X', T= 36.3 °C., R= 19 X', SO₂ = 98%.

07:00

(L)Paciente niega síntomas, afebril, niega interrecurrencias.

(O) AREG, AREN, BEH

Piel : Tibia e hidratada

Pulmones y tórax: Amplexación conservada

Abdomen: Blando, no doloroso a la palpación, cubierto con apósito seco.

Genitourinario: No sangrado

Diagnóstico:

1. Postoperatorio de legrado puerperal +técnica de Zea
2. Postoperatorio laparotomía exploratoria + sutura compresiva de Haffman + ligadura de arterias uterinas por atonía uterina
3. Hipotiroidismo
4. Obesidad mórbida
5. Anemia leve

Plan :

1. DB + LAV
2. CFV
3. Vía salinizada
4. Clindamicina 900 mg. EV cada 8 horas
5. Gentamicina 80 mg. EV cada 8 horas
6. Ketoprofeno 100 mg. EV. Cada 8 horas
7. Tramadol 100 mg. Condicional a dolor
8. Efectivizar cabergolina 0.5 mg. 02 tabletas VO stat
9. Ss. I/c Psicología, endocrinología
10. Sulafto ferroso 300mg. 1 tab. c/12 hrs.
11. Ss TSH, TORCH, glucosa basal

12. CECEG

15:00

Llegan resultados de laboratorio:

- Chagas total : 1.6 UI/ml
- Toxoplasma Ig G : 1.6 UI/ml
- Toxoplasma Ig. M : No reactivo
- Citomegalovirus Ig. G : 230 AU/ ml
- Citomegalovirus Ig. M : No reactivo
- Rubeola Ig. G : 32 UI/ml
- Rubeola Ig. M : No reactive
- Herpes I Ig. G : Reactivo
- Herpes I Ig. M : No reactivo
- Herpes II Ig. G : No reactivo
- Herpes II Ig. M : No reactivo

Resultado de interconsulta de psicología

F320- Episodio depresivo leve (situacional)

Recomendaciones: Continuar con asistencia al consultorio de psicología para su evaluación integral y consejería correspondiente.

Resultado de interconsulta de endocrinología

Se solicita efectivizar TSH y glucosa en ayunas para reevaluación

06/09/2023

CFV: PA= 90/60 mmHg., P= 66 X', T= 37 °C., R= 18 X', SO2 = 98%.

07:00

(L)Paciente niega síntomas, afebril, diuresis (+) , deposiciones (-), flatos (+)

(O) AREG, AREN, BEH

Piel: Tibia e hidratada

Pulmones y tórax: Amplexación conservada

Abdomen: Blando, no doloroso a la palpación, cubierto con apósito seco.

Genitourinario: No sangrado

Diagnóstico:

1. Postoperatorio de legrado puerperal +técnica de Zea
2. Postoperatorio laparotomía exploratoria + sutura compresiva de Haffman + ligadura de arterias uterinas por atonía uterina
3. Hipotiroidismo

Plan :

1. DB + LAV
2. CFV

3. Vía salinizada
4. Clindamicina 900 mg. EV cada 8 horas
5. Gentamicina 80 mg. EV cada 8 horas
6. Ketoprofeno 100 mg. EV. Cada 8 horas
7. Tramadol 100 mg. Condicional a dolor
8. Levotiroxina 100 mg. VO c/ 24 hrs.
9. Sulafto ferroso 300mg. 1 tab. c/12 hrs.
10. Seguimiento TSH, T4 libre
11. Ss. Hemograma
12. CECEG

Resultados de laboratorio

T4 libre: 0.70 ng/dL

TSH: 1.49 uI/ml

Hemograma:

Leucocitos: 5570 mm³

Abastionados: 0%

Segmentados: 62%

Hemoglobina: 8.9 gr. /dL

Hematocrito: 26%

Plaquetas: 192600 mm³

Hipocromía: +

07/09/2023

7:00

CFV: PA= 90/60 mmHg., P= 81 X', T= 36.7 °C., R= 17 X', SO₂ = 98%.

(L)Paciente niega síntomas, afebril, diuresis (+) , deposiciones (-), flatos (+)

(O) AREG, AREN, BEH

Piel : Tibia e hidratada

Pulmones y tórax: Amplexación conservada

Abdomen: Blando, no doloroso a la palpación, cubierto con apósito seco.

Genitourinario: No sangrado

Diagnóstico:

1. Postoperatorio de legrado puerperal +técnica de Zea
2. Postoperatorio laparotomía exploratoria + sutura compresiva de Haffman + ligadura de arterias uterinas por atonía uterina
3. Hipotiroidismo
4. Obesidad mórbida
5. Anemia moderada

Plan :

1. DB + LAV
2. Dieta hipoglúcida, hiperproteica
3. CFV
4. Vía salinizada
5. Clindamicina 900 mg. EV cada 8 horas
6. Gentamicina 80 mg. EV cada 8 horas
7. Ketoprofeno 100 mg. EV. Cada 8 horas
8. Levotiroxina 100 mg. VO c/ 24 hrs.
9. Sulfato ferroso 300mg. 1 tab. c/12 hrs.
10. Efectivizar I/c endocrinología
11. Se solicita glucosa basal y postpandrial
12. CECEG

Resultados de laboratorio

Glucosa: 84 mg/dL

08/09/2023

7:00

CFV: PA= 105/70 mmHg., P= 66 X', T= 37 °C., R= 18 X', SO2 = 98%.

(L)Paciente niega síntomas, afebril, diuresis (+), deposiciones (-), flatos (+)

(O) AREG, AREN, BEH

Piel: Tibia e hidratada

Pulmones y tórax: Amplexación conservada

Abdomen: Blando, no doloroso a la palpación, cubierto con apósito seco.

Genitourinario: No sangrado

Diagnóstico:

1. Postoperatorio de legrado puerperal +técnica de Zea
2. Postoperatorio de laparotomía exploratoria + sutura compresiva de Haffman + ligadura de arterias uterinas por atonía uterina
3. Hipotiroidismo
4. Obesidad mórbida
5. Anemia moderada

Plan:

1. Alta con indicaciones

2.3 DISCUSIÓN

El aborto espontáneo representa una de las complicaciones obstétricas más graves y frecuentes que se presentan en la primera mitad del embarazo, que es capaz de aumentar el riesgo de morbilidad materna y deja al producto con muy escasas posibilidades de supervivencia, cuyo diagnóstico oportuno nos ayuda a tomar decisiones que puedan evitar complicaciones como en el nuestro caso clínico, en el cual para evitar otro aborto se realizó el cerclaje cervical, pero lamentablemente, ello no sirvió pues se sumaron más factores de riesgo que terminaron en otro aborto inevitable.

La edad y el periodo intergenésico se consideran dos factores de riesgo para abortos espontáneos como lo menciona **Soria y Valarezco** (7) en el año 2021, en cuya investigación que tuvo el objetivo de determinar qué factores de riesgo predisponen al aborto espontáneo en un hospital de Ecuador evidenciaron que, entre las gestantes de 35 a 40 años se observó la mayor prevalencia de abortos espontáneos, en donde el aborto previo se encontró en un 30%, y el período intergenésico que supera los 18 meses se encontró en un 61,5%. Por tanto, esto coincide con el caso clínico presentado. Asimismo la obesidad constituye otro factor de riesgo asociado al aborto espontáneo como lo evidencia **Peñaloza** (9) en el año 2022 quién presentó un caso clínico de una gestante con hemorragia de la primera mitad del embarazo a consecuencia de un aborto inminente, identificándose por historia clínica tener un índice de masa corporal elevado y tuvo como desenlace un aborto espontáneo que guarda relación con nuestro caso clínico.

El antecedente de aborto, inicio temprano de relaciones sexuales, grado de instrucción secundaria constituyen factores de riesgo asociados al aborto espontáneo y complicaciones del mismo como lo menciona **Bendezú** (11) en el año 2020 en cuya investigación demostró que los factores que se asocian al aborto espontáneo en pacientes atendidas en un hospital del Lima, eran tener grado de instrucción secundario o inferior (OR=6.392), inicio temprano de la actividad sexual (OR=3.461, antecedente de aborto (OR=5.303) que guardan relación con nuestro caso clínico.

El manejo clínico de este aborto inminente se relaciona con el caso clínico de **Peñaloza** (9), en la cual solo al inicio se mantiene conducta expectante, y luego después de la expulsión del producto procedemos al legrado uterino; si es importante mencionar que también se administró antibióticos como clindamicina y gentamicina para cubrir de cualquier foco infeccioso post aborto, ya que se perdió líquido amniótico horas previas al desenlace.

2.4 CONCLUSIONES

- Primera: El caso clínico aborda una gestante multípara de 34 años, con diabetes gestacional, obesidad mórbida e hipotiroidismo, a la que se le colocó cerclaje en la semana 14.5 por incompetencia cervical y antecedente de pérdida de embarazo recurrente, que luego fue hospitalizada por presenta dolor abdominal y pérdida de mucosidad, finalmente terminó nuevamente en aborto espontáneo.
- Segunda: Los factores de riesgo asociados al aborto espontaneo para nuestro presente caso clínico fueron edad, edad de inicio de relaciones sexuales, grado de instrucción, obesidad y antecedente de aborto espontaneo; lo cual condiciona a que este embarazo este predispuesto a nuevamente un aborto espontáneo.
- Tercera: El manejo de una de las complicaciones después de un legrado uterino es la hemorragia por aborto, que al inicio cede con administración de uterotónicos, ergometrina y misoprostol; al no ceder se procede a realizar laparotomía exploratoria con la técnica de Zea para contener la hemorragia y evitar más complicaciones; dicha intervención se realizó en nuestro presente clínico, por ello es importante la detección oportuna de estas complicaciones para su intervención inmediata.
- Cuarto: La evolución de la paciente luego del legrado uterino era las interconsultas respectivas a endocrinología para el manejo de su diabetes gestacional, nutrición para la dieta adecuada para ella y psicología por el shock emocional con la que cuenta la paciente con antecedente de tres pérdidas recurrentes en su historial médico.

2.5 RECOMENDACIONES

- La revisión de casos clínicos de patologías frecuentes como el aborto espontáneo en nuestra población y la actualización de su manejo clínico es de suma importancia, puesto que se lograría evitar complicaciones, asimismo la derivación oportuna a los establecimientos de salud de mayor complejidad asegurando la disminución de las tasas de morbilidad materna perinatal.
- El control prenatal es un pilar fundamental en la identificación oportuna de factores de riesgo, que hacen que tomemos las decisiones correctas y el manejo clínico adecuado en cada gestante, evitando complicaciones futuras en este embarazo o en un siguiente embarazo.
- El personal de salud de los hospitales debe contar con los recursos debidamente capacitados y especializados, equipamiento e infraestructura que respondan a complicaciones clínicas y quirúrgicas que aseguran salvaguardar la vida de la madre.
- Educar de forma continua acerca de la atención prenatal precoz, secuencial, ordenada; así como la sensibilización en la identificación de los signos de alarma durante el embarazo asegura que la gestante busque ayuda o acuda a los establecimientos de salud de manera oportunamente para reducir así el riesgo de que se produzcan complicaciones que afecten la salud del binomio madre-niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*. 2020; 8(9): e1152-e1161. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30315-6)
2. La X, Wang W, Zhang M, Liang L. Definition and Multiple Factors of Recurrent Spontaneous Abortion. *Adv Exp Med Biol*. 2021; 1300:231-257. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-981-33-4187-6_11
3. López D, Morales ME, Ramos G. Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 2020; 5(4). Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/download/193/223?inline=1>
4. Patiño E, Porzio M. Frecuencia de abortos espontáneos en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Clínicas. *Med. clín. soc.* 2021; 5(2): 76-79. Disponible en: <https://doi.org/10.52379/mcs.v5i2.203>
5. Cuadros J. Perfiles de vulnerabilidad y cromosomopatías en abortos espontáneos en el Instituto Nacional Materno Perinatal Lima – Perú 2017 – 2019. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2022. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/18110/Cuadros_cj.pdf?sequence=3&isAllowed=y
6. Aragües MA, Aznarez AI, Valdepérez MC, Estepa TJ, Aznar HN, de Bernardo A.

- Caso clínico. Aborto espontáneo en mujer primigesta. Revista Sanitaria de Investigación, 2023; 4(1): 219. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-aborto-espontaneo-en-mujer-primigesta/>
7. Soria FM, Valarezo MP. Factores de riesgo que predisponen al aborto espontaneo en el Hospital IESS Los Ceibos. [Tesis Doctoral]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, 2022. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/68161>
 8. Ruiz S, Benito NSR, Uriel ASL, Ortega DS, Nogué MY. Aborto espontáneo. Caso clínico. Revista Sanitaria de Investigación, 2021; 2(3): 19. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/aborto-espontaneo-caso-clinico/>
 9. Peñaloza, R. Hemorragia de la primera mitad del embarazo por aborto inminente en un Hospital Nivel II-2, 2020. [Tesis de Segunda Especialidad]. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui, 2022. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1560>
 10. Palma D, Luyo D, Cardenas J, Borneo E, Diaz AV. Factores asociados con abortos recurrentes en el Hospital Materno Infantil Showing Ferrari, Huánuco, 2018-2020. Revista de salud UDH, 2020; 3(1): 20-5. Disponible en: <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/RPCS/article/view/240e>
 11. Bendezú A. Factores asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo 2019. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, 2020. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2462?locale-attribute=en>
 12. Alves C, Rapp A. Spontaneous Abortion. 2022 Jul 18. In: StatPearls [Internet].

- Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809356/>
13. Dimitriadis E, Menkhorst E, Saito S, Kutteh WH, Brosens JJ. Recurrent pregnancy loss. *Nat Rev Dis Primers*. 2020; 6(1): 98. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00228-z>
 14. Castillo S, Fuentes AM, Paulos A, de la Rosa E. Estudio cromosómico en abortos espontáneos. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2014; 79(1): 40-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000100007>
 15. Olivo LA, Galarza JI, Olivo JM, Tapia VM. Aborto recurrente: etiología, diagnóstico y tratamiento. *RECIAMUC*, 2019; 3(1): 443-6. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/244>
 16. Kalantari N, Gorgani T, Moulana Z, Chehrazi M, Ghaffari S. Toxoplasma gondii infection and spontaneous abortion: A systematic review and meta-analysis. *Microbial Pathogenesis*, 2021; 158, 105070. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.micpath.2021.105070>
 17. Ahmad AS, Kareem YK. Frequency of Cytomegalovirus, Rubella, And Herpes Simplex Virus In embryonic tissues of women with missed abortion. *Mosul Journal of Nursing*, 2020; 8(1): 68-88. Disponible en: <https://www.iasj.net/iasj/download/818a69d69c3aaafc>
 18. Mayo Clinic. Aborto espontáneo. *Mayo.clinic.org*: 2021. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/diagnosis-treatment/drc-20354304>
 19. Albino E. Complicaciones del aborto en adolescentes atendidos en el Hospital Sergio Bernales, Enero 2007-Diciembre 2009. *Revista Peruana de Obstetricia y*

- Enfermería, 2003; 9(1). Disponible en:
<https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/904>
20. deMontigny F, Verdon C, Meunier S, Gervais C, Coté I. Factores de protección y de riesgo para la salud mental de las mujeres después de un aborto espontáneo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2020; 28. Disponible en:
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350>
21. Gurpegui M, Jurado D. Complicaciones psiquiátricas del aborto. *Cuadernos de Bioética*, 2009; 20(3): 381-392. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/875/87512342006.pdf>
22. Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2019; 99(3): 166-174. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30702252/>
23. Ruipérez E, de la Puente M., Izquierdo N, Asenjo E, Herraiz MH, Vidart J. Tratamiento médico del aborto espontáneo del primer trimestre. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 2015; 42(3): 112-117. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.gine.2013.12.006>
24. Bombin MJ, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 2019; 84(6): 460-468. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460>
25. Ministerio de Salud. Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 1 (Modelo de intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales). Lima: MINSA, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia

Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2010. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf

26. Zhang Y, Wang H, Pan X, Teng W, Shan Z. Subclinical hypothyroidism and thyroid autoimmunity in women with recurrent miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 2020;67(1):28-38. DOI: 10.1007/s12020-019-02024-5
27. Chen X, Li X, Liang Y, Liang S, Zeng X, He J. Subclinical hypothyroidism and risk of adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;33(17):2916-2925. doi: 10.1080/14767058.2019.1571028.
28. Abdi F, Jahed A, Yaribeygi H, et al. Gestational diabetes and pregnancy outcomes: a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:11.
29. Atasever M, Özmen B. Gestational diabetes mellitus and recurrent pregnancy loss. *Turk J Obstet Gynecol* 2020;17:191-195.
30. Li X, Wang J, Chen L, et al. Risk of adverse pregnancy outcomes after the diagnosis of gestational diabetes: a prospective cohort study. *Sci Rep* 2019;9:19458.