



UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

“MUERTE MATERNA POR SHOCK HIPOVOLÉMICO POR ABORTO
PROVOCADO EN UN HOSPITAL NIVEL II-2 DE ANCASH. 2017”

Presentado por:

SALAZAR ILLESCA NANCY

ASESOR

MAGISTER PIERINA CACERES CAVALLO

PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA, PERU

2017

RESUMEN

Antecedentes: El evento de muerte materna se ha erigido en uno de los mayores motivos de deshonra para los sistemas de salud al ser este totalmente eludible. Su disminución es la insignia de las metas de desarrollo comprometidas para el milenio.

(1)

El aborto provocado en el segundo trimestre no resulta ser tan frecuente, pero si causa mayores complicaciones y muerte especialmente en los países más pobres.

Por este motivo, el actual análisis del caso clínico tiene como propósito delinear la importancia de la conducción inadecuada del aborto provocado, sus repercusiones y su impacto en la salud de la madre.

Palabras clave: MUERTE MATERNA. SHOCK HIPOVOLEMICO. ABORTO PROVOCADO.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN.....	IV
ÍNDICE DEL CONTENIDO	V
CAPÍTULO I.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.3. MARCO TEÓRICO	5
1.3.1. ANTECEDENTES.....	5
1.3.1.1. ANTECEDENTES NACIONALES	5
1.3.1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	9
1.3.2. BASES TEÓRICAS.....	12
1.3.2.1. ABORTO	12
1.3.2.2. SCHOCK HIPOVOLÉMICO	19
1.3.2.3. SÍNDROME SEPTICÉMICO.....	25
CAPÍTULO II	29
2.1. CASO CLÍNICO	29
2.1.1. INTRODUCCIÓN:	29
2.1.2. OBJETIVO DE ELECCIÓN DEL CASO CLÍNICO, RELEVANCIA	31
2.1.3. HISTORIA CLÍNICA.....	31
CAPÍTULO III	44
3.1. CONCLUSIONES.....	44

3.2. RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En las regiones donde hay alta incidencia de abortos inseguros el aborto en el segundo trimestre suele ser el causante de la mayoría de las complicaciones y muertes.

En Estados Unidos, Inglaterra y Rusia, aproximadamente el 10% son abortos que ocurren en el segundo trimestre. Siendo Sudáfrica el país con una de las tasas más elevadas. En América Latina con leyes restringidas no se conoce su frecuencia. (2)

El número de casos de Muerte Materna se redujo en un 64,9% en los periodos 1990 - 1996 y 2004 - 2010 al haber una reducción de casos de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos; cifra muy distante de la meta para el año 2015.

. (3)

Siendo el Aborto, una de las patologías que contribuye a elevar la tasa de Muerte Materna y más aquella que se da en el II trimestre de la gestación ya que contribuyen en gran número a complicaciones mayores. Y si a esto sumamos el problema de la falta de capacitación adecuada del profesional de la salud que atiende estos casos en

cualquiera de los niveles de los establecimientos de salud del MINSA contribuiremos más aun a esta triste realidad, realidad en la que la mujer peruana no debería estar inmersa.

Pregunta de Investigación:

¿De qué manera influye la preparación académica de un profesional de la salud en el manejo adecuado del Shock Hipovolémico y sus complicaciones?

1.2. JUSTIFICACIÓN

La identificación y manejo adecuado de los casos de Aborto provocado potencialmente mortales se hace estratégico y puede tomarse como parte de prevención de la mortalidad materna; todo embarazo no deseado constituye un desafío medico en la que el profesional debe demostrar capacidad y destreza en su manejo en el nivel donde se encuentre trabajando. Para nuestro país donde el Aborto es ilegal, la práctica de estos se vuelve inseguro y muy peligroso para nuestras mujeres, que difícilmente acceden a un establecimiento de salud y solo lo hacen cuando se presentan complicaciones del mismo.

Por consiguiente, con el [propósito] de contribuir a mejorar [el reconocimiento] oportuno de las complicaciones del Aborto Provocado y su [conducción] adecuada se hace el presente trabajo esperando [colaborar con] la disminución de la mortalidad materna por esta causa.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES

1.3.1.1. ANTECEDENTES NACIONALES

Chumbe O, Távara L, Rodríguez C. (2017). Realizaron un estudio de “El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna”.

Resumen: El presente estudio realizo la revisión de 1088 casos de aborto séptico atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 1º de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1993. Se obtuvo la información de la revisión de las Historias clínicas, asimismo se obtuvo información de los libros de registro de centro obstétrico y el SIP Sistema Informático Perinatal.

De la revisión se extrajeron los siguientes hallazgos: la frecuencia del aborto alcanza la cifra de 299 por 1000 nacidos vivos y de esta cifra el aborto séptico corresponde al 18% constituyendo una cifra muy alta en el país. El total de los casos de aborto séptico presentó endometritis, también se observó que esto ocurre con mayor frecuencia en el grupo de las adolescentes en edades tempranas de la gestación.

Del total de casos de aborto séptico solo el 10% culmino en histerectomía abdominal siendo la tasa de muerte materna de 60,3 por 100 000 nacidos vivos.

Finalmente el estudio concluye que el aborto séptico constituye una razón de casos de morbilidad y mortalidad muy importante con tendencia al incremento. Palabras claves: Aborto séptico, morbilidad por aborto,

mortalidad por aborto. (4)

Gutiérrez R, Rechkemer A. (2015). Realizaron investigación sobre “Misoprostol intravaginal en el tratamiento del aborto retenido”

Resumen Objetivo: La investigación pretende evaluar la efectividad del uso del misoprostol por vía intravaginal para provocar el aborto en pacientes con diagnóstico de muerte fetal intrauterina.

Diseño: Estudio transversal.

Material y Métodos: se trabajó con 34 pacientes de las cuales 28 casos correspondían a aborto retenido y 6 casos con diagnóstico de aborto anembrionado, a todas se les administro misoprostol por vía vaginal en la dosis de 100 ug con intervalos de 4 horas con un total de 4 dosis.

Resultados: de los 34 casos presentados 28 terminaron en aborto lo cual representa un 82,4% y solo 4 casos presentaron modificaciones cervicales lo cual permitió realizar el procedimiento de legrado uterino representando un 11,7%. De los 32 casos el 75% obtuvo buen resultado con la segunda dosis de misoprostol no presentando complicaciones. Solo hubo dos fracasos.

Conclusión: El misoprostol demostró ser un fármaco muy efectivo en la inducción del aborto y además de bajo costo.

Palabras clave: Aborto retenido, aborto anembrionado, misoprostol, prostaglandina E. (5)

Mascaro P, Bachmann C. (2015). Nos presentan “Mortalidad materna en el Hospital Maternidad de Lima”.

Resumen: El presente estudio se realizó en el Hospital Maternidad de Lima en el quinquenio 1980 – 1984, periodo en el cual se atendieron 154 131 partos, alcanzando una tasa de Mortalidad Materna de 9,3 por 10 000 nacidos vivos. La muerte materna alcanza edades extremas del 12% en adolescentes y 29% en mujeres mayores de 35 años, 20% corresponde a nulíparas y 54% a multíparas.

Las causas de la muerte materna son: infección 34% (aborto séptico y endometritis), toxemia 22%, hemorragia 16% y otras 28% (TBC, cardiopatías, embolia pulmonar, mola y coriocarcinoma).

Material y Métodos: El estudio es retrospectivo revisándose 205 casos de muerte materna en el periodo mencionado siendo las fuentes de información la historia clínica y protocolos de necropsia. Las edades fluctúan entre los 15 a 48 años, paridad varía entre 1 y 11 hijos y la edad gestacional de 12 a 42 semanas.

Resultados: La tasa de muertes maternas en nuestro Hospital es de 9,5 por 10,000 nacidos vivos entre 1980 y 1984 (205 muertes maternas). Si bien es cierto que el mayor porcentaje de muerte materna se produce en la época de mayor reproducción, 58,5%, debemos señalar un porcentaje alto de muerte en

jóvenes adolescentes y en mujeres mayores de 55 años. En lo que respecta a la paridad es notorio observar que la multiparidad y la gran multiparidad son causa importante de la mortalidad observada en nuestro medio. Llama la atención el porcentaje de muertes maternas ocurridas en el puerperio y en mujeres con abortos. El 50% de las gestantes a término, ingresan en trabajo de parto y fallecen por sus complicaciones. Nuestra preocupación es el porcentaje elevado de los abortos que ingresan en malas condiciones, las cuales fallecen muchas veces a las pocas horas de su ingreso. Como se puede apreciar las principales causas de ingreso de los 205 casos de muerte materna han constituido el aborto y la toxemia. Llama la atención el porcentaje elevado de mujeres gestantes que ingresan bien en trabajo de parto y que luego fallecen. La causa más frecuente de muerte materna la han constituido los procesos infecciosos, la toxemia y los cuadros de hemorragia, respectivamente. Dentro de los procesos infecciosos, el aborto [infectado] ha constituido [el esencial motivo de defunción] materna. Podemos apreciar que el 14% de las mujeres mueren antes de las 24 horas de su internamiento, esto es sin contar con las enviadas a la Morgue Central para la autopsia de ley. El 59.5% de las pacientes, fueron sometidas a intervención quirúrgica, siendo frecuentes la cesárea 22.9%, histerectomía 15.6% y el legrado uterino 1.2%.

(6)

Neciosup J, Castro E. (2016). Presenta su investigación sobre la “Estimación del índice de aborto inducido a través del modelo de Bongaarts. Región Ancash, 2013”.

Resumen: el presente estudio pretende medir el índice de aborto inducido en la región Ancash. Para ello utilizo la información de la Encuesta Nacional ENDES 2013 y el Modelo de los Determinantes Próximos de la Fecundidad propuesto por Jhon Bongaarts.

Palabras clave: índice de aborto inducido, modelo de Bongaarts.

Conclusiones: La tasa de abortos inducidos en Ancash para el año 2013 alcanza los 110 abortos por cada 1000 nacidos vivos. (7)

1.3.1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Jurado N. (2014). Expone “Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes”.

Introducción: El presente estudio se realiza en el Hospital Universitario Mayor y pretende determinar los factores de riesgo que conllevan a presentar situaciones de Morbilidad Materna Extrema en gestantes.

Metodología: Estudio comparativo en población gestante que presentaban MME y sin MME en relación de 1:1.

Resultados: Se evaluaron 55 pacientes de cada grupo encontrando factores

similares en ambos grupos que conllevaron significativamente a presentar MME tal como: Ser de estrato socioeconómico bajo, haber tenido 2 o menos partos, ser tipo de sangre negativo, realizar entre 0-3 controles prenatales, tener antecedente de preeclampsia, hipotiroidismo, o trastorno bipolar.

Discusión: No habiendo diferencias en los grupos de estudio resulta de gran importancia la promoción de campañas en todos los niveles de atención para evitar complicaciones serias especialmente orientadas a nuestras MEF.

Palabras clave: Morbilidad materna extrema factores de riesgo. (8)

Martínez F, Zambrano C. (2013). “Hiperpirexia como efecto secundario posterior a la administración de misoprostol por vía sublingual en el manejo de la hemorragia posparto”.

Resumen se encontró que en un caso aislado de hemorragia posparto debido a atonía uterina tratado con misoprostol en concentración de 1 gramo por vía sublingual presento fiebre como efecto secundario lo cual complico el diagnostico y su manejo adecuado.

Finalmente esto origino una revisión farmacológica del misoprostol concluyendo que este medicamento, administrado por vía sublingual, alcanza concentraciones muy altas en relación a otras vías de administración por lo cual no es muy recomendable usarla.(9)

De Oliveira D, Bedone A, Faundes A, dos Santos A, Gomes V. (2010). El aborto inducido: Reduccion de la frecuencia y gravedad de las complicaciones. Consecuencia del uso del misoprostol

Resumen: Objetivos: Determinar las consecuencias del aborto incompleto y su asociación con el misoprostol.

Métodos: Se aplico una lista de chequeo a 543 pacientes con diagnostico de aborto incompleto, aborto probable o aborto provocado de dos hospitales de la Ciudad de Campiñas, Sao Paulo, Brasil.

Resultados: Del total de casos, 259 que representan el 48% fueron clasificadas como probable aborto inducido, pero solo 25 mujeres de este grupo confirmaron el aborto inducido y solo 9 de estas reportaron haberlo hecho con misoprostol. Del total de mujeres con probable aborto inducido solo el 10% presento infección y solo el 13% presento hemorragia. Observándose en el grupo de mujeres que utilizo misoprostol menor incidencia de complicaciones.

Conclusiones: los datos muestran baja frecuencia de complicaciones derivadas del aborto, aunque no es posible señalar que esto se deba al uso del misoprostol. **Palabras clave** Aborto inducido, misoprostol. (10)

1.3.2. BASES TEÓRICAS

1.3.2.1. ABORTO

DEFINICIÓN:

Según Pacheco J. (2011).

Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas y peso fetal menor a 500 gramos. (11)

Aborto electivo (voluntario) Según Cunningham et al. (2011)

Interrupción del embarazo antes de la viabilidad del feto, pero a solicitud de la mujer. (12)

Aborto provocado o inducido, según Cunningham et al. (2011)

Interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal. (Ibid, p .226)

INCIDENCIA:

Según Cunningham et al. (2011)

La frecuencia del aborto espontáneo varía según la celeridad con la que se identifica. Por ejemplo, Wilcox et al. (1988) estudiaron a 221 mujeres sanas a lo largo de 707 ciclos menstruales. Observaron que 31% de los embarazos se pierden después de su [nidación]. (...) (Ibid, p. 215).

Tang L, León F, Rodríguez R, Cam Augusto, Távara L, Ciudad A e Ingar H. (2015). Reportan:

Es de conocimiento general que existe un número apreciable de abortos, calculado entre el 10 y 20%, cuyo origen es de tipo genético o biológico, a manera de respuesta

del organismo frente a un desarrollo anormal del huevo; y otro grupo relacionado con procesos infecciosos, patología del aparato reproductor y con factores psicológicos.

(...) (13)

Los autores realizan el análisis de la incidencia del aborto, y encuentran cifras muy variables en los diferentes sectores de la población del Perú. Esto es consecuencia de la distorsión de la información obtenida, por ocultamiento de datos, especialmente la incidencia relacionada con el aborto inducido. La información más reciente sobre la tasa de abortos a nivel hospitalario es la que consignan a continuación:

Tabla N° 1: Tasa de abortos a nivel de Hospitales – Perú

Departamento	Hospital	Año	Tasa
Lima	Cayetano Heredia	1988	10.68%
Lima	Arzobispo Loayza	1989	7.00%
Lima	María Auxiliadora	1990	26.00%
Lima	Maternidad de Lima	1990	21.25%
Arequipa	Honorio Delgado	1989	13.02%
Piura	Cayetano Heredia	1990	15.44%
Huancayo	El Carmen	1990	13.70%

Tang L y otros. (2015), pag.78.

Asimismo, presentan el siguiente hallazgo:

Tabla N° 2: Tasa por tipo de aborto – Perú

Tipo de Aborto	Tasa
Espontaneo	80.53%
Provocado	19.47%

Tang L y otros. (2015), pag. 80.

ETIOLOGÍA

Las ya conocidas como malformaciones de origen genético, anomalías del aparato reproductor, deficiencia hormonal, miomas y otros como insuficiencia del cuerpo lúteo y Diabetes Mellitus. (14)

También Mascaro P, Ayala F, Sánchez A, Gamboa J, Ingar H, Callahui I y Mejía H. (2014). Mencionan lo siguiente:

La Muerte materna como consecuencia del aborto se incrementa con edades gestacionales avanzadas, edad materna y método usado por la madre para provocar el aborto. (15)

CLASIFICACIÓN:

La Rosa et al. (2013) propone la siguiente clasificación:

✓ **Según la edad gestacional:**

- Aborto Temprano: [Tiempo de embarazo] menor de 9 semanas.
- Aborto Tardío: [Tiempo de embarazo] mayor o igual a 9 semanas.

✓ **Según la forma de presentación del aborto:**

- Espontáneo.
- Inducido
- Aborto Terapéutico (16)

DIAGNÓSTICO

Mascaro et al. (2014) dice:

- ✓ **Signos de Alarma:** La presencia de fiebre, taquicardia, hipotensión, abdomen muy doloroso, trastorno del sensorio, oliguria, discrasia sanguínea complican el pronóstico de la paciente. (Mascaro, P., Op. Cit., p. 14).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Tener en cuenta siempre el descarte de las siguientes patologías:

- Enfermedad del trofoblasto.
- Embarazo ectópico.
- Cervicitis.
- Pólipos cervicales.
- Cáncer de cuello uterino.
- Desgarros vaginales. (Ibid).

EXÁMENES AUXILIARES

✓ **Laboratorial: solicitar los siguientes:**

- Hemograma completo.
- Perfil de coagulación.

- Bioquímica: Glucosa, Urea, Creatinina, Transaminasas, Bilirrubinas
- Grupo Sanguíneo y factor Rh
- RPR o VDRL
- Prueba de Elisa HIV o prueba rápida
- Examen simple de orina + urocultivo (Ibid)

✓ **Imágenes:**

- Ecografía Transvaginal. (Ibid)

MANEJO CLINICO

La Rosa et al. (2013) propone lo siguiente:

✓ **Plan de Trabajo:**

- El tratamiento debe ser oportuno teniendo en cuenta la preservación de la fertilidad de la madre y la prevención del deterioro materno y si es necesario se tendrá en cuenta la participación de otras especialidades
- Consentimiento informado a paciente y/o familiares.
- La paciente adolescente siempre será hospitalizada. (La Rosa, A., Op. Cit., p. 11).

✓ **Medidas generales**

En Pacientes Hemodinámicamente Estables:

En el aborto no complicado \leq de 12 semanas se realizará la evacuación uterina con AMEU siendo este de tipo ambulatorio y Legrado Uterino en gestaciones mayor a 12 semanas. (Ibid)

En Pacientes Hemodinámicamente Descompensadas: Por hemorragia o

Infecciones:

- Canalizar vía endovenosa con catéter N° 18.
- Reanimación hemodinámica con Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc a chorro luego 60 gotas/min y evaluar necesidad de transfusión sanguínea.
- Oxigenoterapia 3 L/min con cánula binasal.
- Antibioticoterapia endovenosa de amplio espectro.
- Colocar una Sonda Foley. (Ibid)

Criterios de alta:

Después de la evacuación, si la paciente se encuentra hemodinámicamente estable y no presenta complicaciones se indicara el alta y reposo domiciliario, después de dos horas de observación. (Ibid, p. 12)

FLUXOGRAMA N° 1: ABORTO



Mascaro P, et al (2014). p. 17

1.3.2.2. SHOCK HIPOVOLÉMICO

Cunningham et al. (2011). Afirma lo siguiente:

La obstetricia es un “asunto de sangre”. Aunque los adelantos médicos han reducido en forma drástica los peligros del parto, la muerte por hemorragia sigue siendo la principal causa de defunción materna. La hemorragia fue causa directa de más del 17% de 4 200 muertes maternas relacionadas con el embarazo en Estados Unidos (...).En un informe del sector privado del *Hospital Corporation of America*, Clark et al. (2008) informaron que 12% de las muertes maternas se debió a hemorragia obstétrica. Por último, en muchos países desarrollados, la hemorragia es una razón principal de ingresos de embarazadas a unidades de cuidados intensivos (...). (Cunningham, F, Op.Cit., p. 757).

Cunningham et al. (2011). También afirma que:

Puede haber una hemorragia intensa como consecuencia de aborto. La hemorragia durante las etapas tempranas del embarazo tiene menos probabilidades de ser grave, a menos que el aborto haya sido inducido y el procedimiento haya sido traumático. (Ibid, p. 790)

CHOQUE HEMORRÁGICO: CIE 10 O08.3/O75.1

DEFINICIÓN

Vélez et al. (2009), proponen el siguiente término y su definición:

Hemorragia severa:

Aquella situación en la que se evidencia una pérdida aproximada de 1000 ml o más o una pérdida menor pero asociada con signos de choque (nivel de evidencia III). (17)

CLASIFICACIÓN

Tabla N° 3: Estimación de las pérdidas de acuerdo a la evaluación del estado de choque

Perdida de volumen (%) y ml para una mujer embarazada ente 50 y 70 Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial	Grado de choque	Cantidad de cristaloides a reponer en la primera hora
10-15% 500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	Normal	compensado	Ninguno
16-25% 1000-1500 ml	Normal y/o agitada	Palidez frialdad	91-100	80-90	Leve	3000 a 4500 ml
26-35% 1500-2000 ml	Agitada	Palidez frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500 a 6000 ml
>35% 2000-3000 ml	Letárgica inconsciente	Palidez frialdad más sudoración más llenado capilar > 30 seg	>120	<70	Severo	>6000 ml

Modificación de Baskett PJF. ABC del trauma mayor. Manejo del shock

hipovolémico. BMJ 1990; 300: 1453-7. (14). Vélez et al. (2009). p. 37

CUADRO CLÍNICO

- Sangrado vaginal abundante
- Taquicardia
- Hipotensión arterial
- Taquipnea
- Alteraciones de la conciencia. (Chumbe, O., Op. Cit., p.72).

DIAGNÓSTICO

Criterios [clínicos]

- Indagar por presencia de antecedente y/o factores de riesgo
- Síntomas y signos: se puede evidenciar gran pérdida de sangre como también esta puede estar oculta (siendo esto de mayor gravedad), asimismo se observa taquicardia, hipotensión, oliguria y alteración del sensorio. (Ibid).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Shock Séptico
- Shock Neurogénico (Ibid).

EXÁMENES AUXILIARES

✓ De patología clínica

Hemograma, Hb, Grupo y Rh, TP, TPT, Fibrinógeno, Plaquetas, Creatinina, Glucosa, Gases arteriales, Electrolitos séricos, Examen completo de orina.

✓ **De Imágenes**

Solicitar el primer día: Radiografía de Tórax y Ecografía abdomino-pélvica.

(Ibid)

MANEJO

✓ **Medidas Generales y Terapéuticas**

Medidas Generales

- Abrir dos vías venosas con catéteres N° 16 e iniciar infusión rápida de Solución salina 9 o/oo
- Colocar sonda de Foley e iniciar control [estricto] de la diuresis
- [Aplicar] Oxígeno por catéter nasal (3 L)
- Control estricto de funciones vitales cada 10 minutos.
- Interconsulta a UCI. (Ibid, p. 73)

✓ **Medidas Específicas**

Fluidoterapia. [Infundir] a chorro 2 litros de solución salina y 1 litro de coloides, Repetir si:

- taquicardia > 90 / min.
- [presencia de] sed o se observen extremidades frías
- Diuresis menor de 25 cc/ hora o 25 gotas/min. y
- Saturación de Oxígeno mayor del 98%

Se sospechará de sangrado activo si la taquicardia persiste o esta mejora transitoriamente.

Uso de Hemoderivados:

- Paquetes Globulares. Colocar 02 paquetes a goteo rápido y preparar 02 más hasta disponer del resultado de la Hemoglobina.
- Por cada 04 paquetes globulares transfundidos se agregara una unidad de PFC.
- Después de transfundir 04 unidades de cualquier hemoderivado se administrara 01 ampolla de Gluconato de Calcio por via endovenosa, para neutralizar el citrato y evitar una coagulopatía por dilución.
- Se transfundirán plaquetas solo si su valor disminuye por debajo de 20,000 o si hay evidencia de sangrado activo. (Ibid, p. 74).

COMPLICACIONES

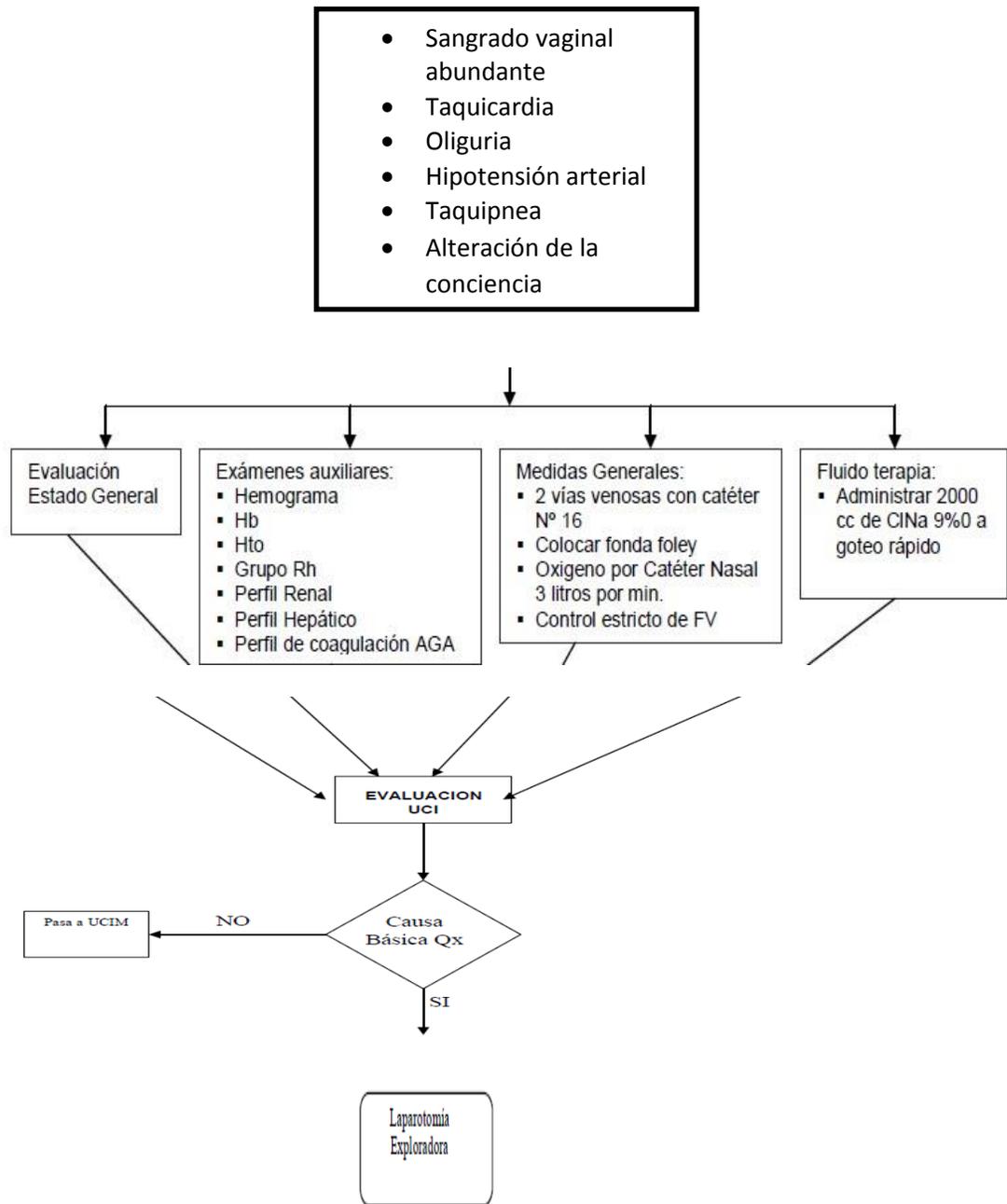
- Anemia aguda
- Encefalopatía hipóxica
- Coagulación intravascular diseminada (CID)
- Insuficiencia renal aguda
- Pan hipopituitarismo (Ibid)

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA DESDE EL PRIMER NIVEL:

El choque hipovolémico es una posibilidad ante cualquier situación de sangrado vaginal importante en toda gestante indistintamente de la edad gestacional y la puérpera que será considerada de gran riesgo. (Ibid).

FLUXOGRAMA N° 2: SHOCK HIPOVOLÉMICO



Chumbe O, et al (2012). p. 76

1.3.2.3. SÍNDROME SEPTICÉMICO

Cunningham et al. (2011). Afirma lo siguiente:

El síndrome septicémico es provocado por una respuesta inflamatoria sistémica a las bacterias o sus productos secundarios como las endotoxinas o las exotoxinas. Las infecciones que más a menudo producen el síndrome septicémico en obstetricia son pielonefritis, corioamnionitis y septicemia puerperal, aborto séptico y fascitis necrosante. Las tasas de mortalidad se elevan cuando hay choque séptico. Mabie et al. (1997) publicaron una tasa de mortalidad del 28% en 18 embarazadas con septicemia y choque. (18)

ETIOPATOGENIA

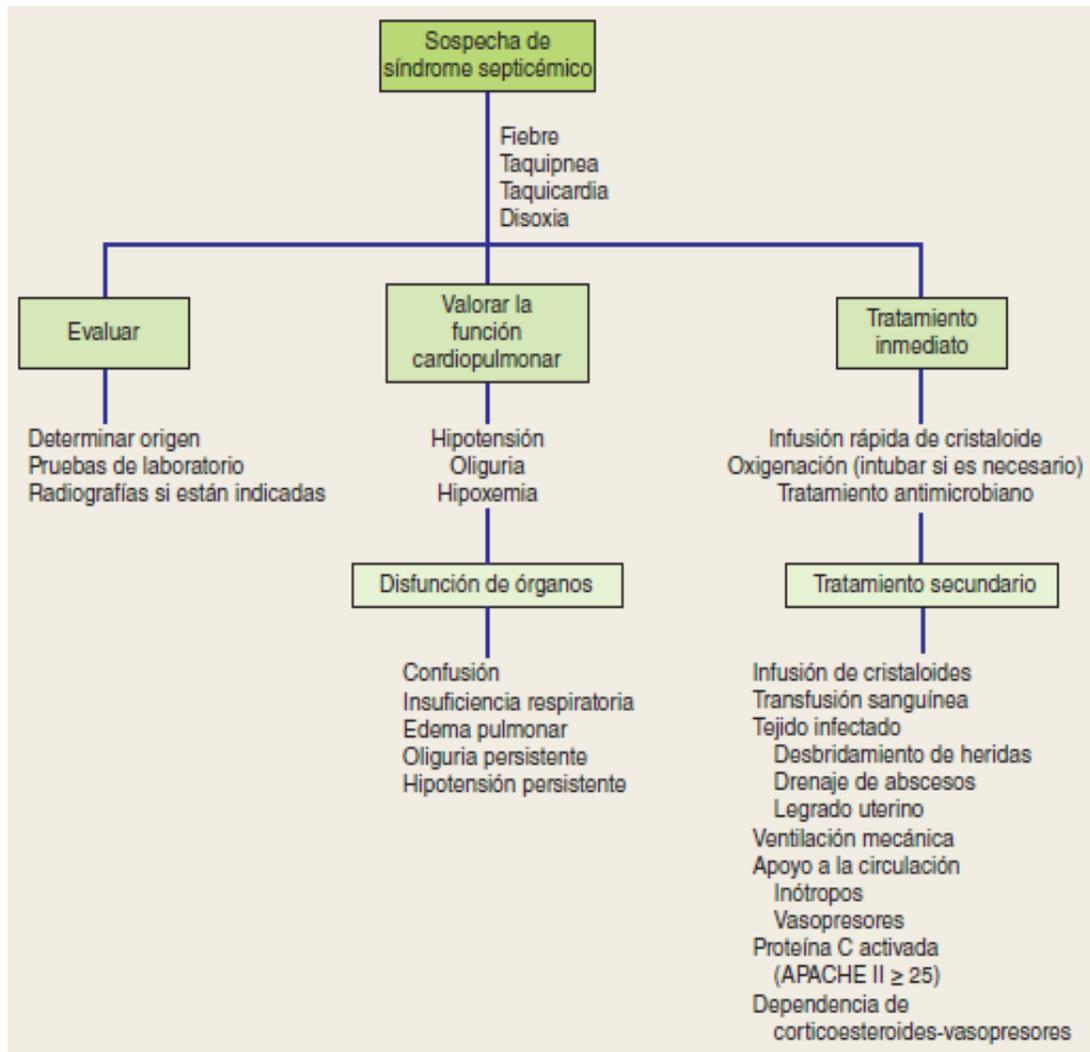
Cunningham et al. (2011). Propone lo siguiente:

El síndrome septicémico en obstetricia es causado por diversos microorganismos patógenos.

- Escherichia coli
- Estreptococos aerobios y anaerobios
- Bacteroides
- Clostridium
- Staphylococcus aureus
- Estreptococo del b del grupo A
- Klebsiella (Ibid, p. 933).

TRATAMIENTO

ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME SEPTICÉMICO



Fuente: Cunningham, et al. (2011). Williams Obstetricia 23 Edición pp. 935

Chumbe et al. (2012). Proponen en el manejo del aborto séptico lo siguiente:

MEDIDAS GENERALES

- Aperturar dos vías intravenosas con catéter N° 16.
- Infusión rápida de solución salina.
- Contolar la diuresis la cual debe ser horaria mediante la colocación de una sonda Foley conectada a una bolsa colectora.
- Suministrar Oxígeno por catéter nasal a 3 litros por minuto.
- (Chumbe, O., Op.Cit., p.129).

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Antibiótico-terapia por vía parenteral:

- Penicilina G sódica 4 millones EV/cada 4 horas o Ampicilina 1 gr. Por vía EV cada 6 horas
- Cloranfenicol 1 gr. Por vía EV cada 8 horas.
- Amikacina 500 mgs. Por vía EV cada 12 horas o Gentamicina 80 mgr. EV cada 8 horas. (Ibid).

Desfocalización

- Proceder a la realización de Legrado uterino, Laparotomía exploradora o histerectomía según el caso. (Ibid).

Criterios de Alta

- Paciente afebril sin evidencias de infección y con funciones vitales estables. (Ibid).

Pronostico

De acuerdo al grado de compromiso (Ibid).

CAPÍTULO II

2.1. CASO CLÍNICO

2.1.1. INTRODUCCIÓN:

Las Naciones Unidas mencionan que toda muerte materna debe ser inadmisibles ya que vulnera el derecho a la vida, la salud, la igualdad, la no discriminación y el derecho a disfrutar de los avances de la ciencia de toda mujer y niña. (Naciones Unidas, 2009; Ramos et al., 2004; Langer y Espinoza, 2002; WHO, 1999; WHD, 1998). (19)

La dirección General de Epidemiología del MINSA reporto las tres primeras causas directas de muertes maternas del año 2000 y 2012 de forma comparativa observándose lo siguiente:

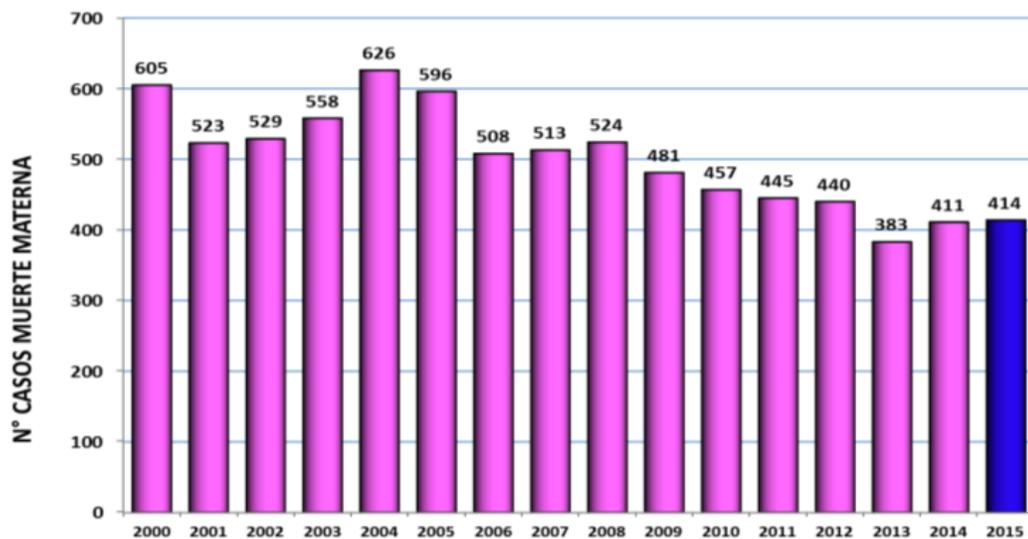
Hemorragia 49% y 40,25 respectivamente, Hipertension Inducida por el embarazo 16% y 32% y Aborto 7% y 17,5% además en el 2012 se agrego las infecciones en el embarazo alcanzando un 4,1%. (20)

Las sociedades progresan, pero los países mas pobres aun enfrentan el grave problema de la muerte por complicaciones del embarazo, parto y

puerperio. No es solo políticas gubernamentales sino el esfuerzo de todos para enfrentar las causas de este grave problema. (21)

Se observa que a nivel mundial el número de muertes maternas ha disminuido en un 44% en el periodo 1990 – 2015 sin embargo esta cifra alcanza los 13,6 millones de mujeres fallecidas por causas obstétricas en este mismo periodo. (22).

Cuadro N° 1: Muerte Materna por años Perú



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico en Salud Pública– DGE

– MINSA. *Información preliminar 2015. MINSA 2017

Del total de muertes maternas, el 13% son por causa del aborto inseguro. Anualmente se producen 21,6 millones de abortos inseguros a nivel mundial y de estos el 98% ocurren en países pobres falleciendo anualmente por esta causa 218 mujeres por cada 100 000 abortos

inseguros. (23)

2.1.2. OBJETIVO DE ELECCIÓN DEL CASO CLÍNICO, RELEVANCIA

Verificar el manejo adecuado y oportuno del Shock Hipovolémico según protocolos nacionales en el caso clínico de Muerte Materna presentado en este trabajo.

2.1.3. HISTORIA CLÍNICA

“SHOCK HIPOVOLÉMICO POR ABORTO PROVOCADO EN UN HOSPITAL NIVEL II-2 DE ANCASH 2017”

La hermana de la paciente informa que se encontraba en Pariacaca y que el 21/febrero/2017 a horas 21.00 recibe la llamada telefónica de su sobrino (hijo de la paciente de 16 años de edad) informándole que su mama se encontraba mal de salud, esta comunica a su vez al esposo de la paciente e indica que la lleven al cruce donde la esperarían con una combi de un vecino, para dirigirse al Hospital MINSA II - 1, durante el trayecto la paciente manifiesta dolor de cintura y pies, después presenta vómitos, niega que la paciente haya presentado sangrado vaginal durante el traslado y que desconocía del embarazo de la paciente, llegando al Hospital a las 23.24 horas, donde es atendida por un Médico General.

I. DATOS GENERALES:

Edad: 36 años Sexo: F

Fecha de nacimiento: 04/agosto/1980

Lugar de nacimiento: Tactabamba

Lugar de residencia: Tactabamba, Hualcán, Acopampa, Carhuaz, Ancash

Estado civil: Viuda

DNI: xxxxxxxx

Grado de instrucción: Analfabeta Ocupación: desconocido Religión: desconocido

II. ANAMNESIS:

21/febrero/2017 23:45 Paciente ingresa al hospital II-1, presentando dolor de abdomen, con diarrea de evolución de aproximadamente 4 horas; no se deja examinar, paciente quechua hablante, hermano refiere que ha ingerido pastillas en cantidad de ocho no precisando el nombre de la pastilla, dolor abdominal hace 24 horas, niega sangrado vaginal
Funciones Biológicas: Sed: desconocido Apetito: desconocido
Defecación: desconocido Sueño: desconocido

III. ANTECEDENTES:

✓ ANTECEDENTES PERSONALES

○ ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Enfermedades: gastritis, cefalea
- Hospitalización: niega
- Intervenciones Quirúrgicas: ninguno

- Transfusiones Sanguíneas previas: niega
- Consumo de Tabaco: niega
- Consumo de drogas: niega
- Alergia a Medicamentos: niega
- ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:
 - **Ginecológicos:**

Menarca: desconocido

Régimen Catamenial: desconocido Historia

Anticonceptiva: ninguno

Fecha y resultado de último PAP y/o IVAA: nunca

ITS previa: desconocida

1° RS: desconocida N° PS: desconocida Fecha
ultima RS: desconocida

N° de PS en el último año: desconocida

Comportamiento sexual de riesgo: desconocida
 - **Obstétricos:**

FUR: 03/octubre/2016 FPP: 12/julio/2017

EG: 20 semanas G5P4013

Fecha de aborto: julio 2016

Nº Gestación	Fecha	Tipo parto	A termino	Sexo	Peso	Complicación	Lugar
1	Desconocido	Vaginal	¿?	¿?	¿?	¿?	Domiciliario
2	Desconocido	Vaginal	¿?	¿?	¿?	¿?	Domiciliario
3	2010	Vaginal	¿?	¿?	¿?	¿?	Domiciliario
4	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	Domiciliario
5	Julio 2016	Aborto	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Domiciliario

Fuente: Historia Clínica elaboración propia

○ ANTECEDENTES NUTRICIONALES: Anemia

✓ ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre: Neoplasia

Madre: Ninguno

Hermanos: Ninguno

IV. TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: no aplica

V. EXAMEN FÍSICO: Atendida por Medico General y Obstetra de turno

21/febrero/2017 23:50

Estado general: paciente en regular estado general, quejumbroso, lucido,

orientado en tiempo, espacio y persona

Funciones vitales: PA = 80/50 mmHg P = 104 x`

T = 39 °C FR = 22 x` Peso=52 Kg

Talla= 158 cm

Piel y mucosas= pálida

Cabeza= normal

Cuello= normal

Mamas= sin examen

Cardiovascular= ruidos cardíacos normal

Pulmones= MV pasa bien en ACP, no estertores

PPL derecho= sin examen

PPL izquierdo= sin examen

Abdomen= globuloso, doloroso a la palpación

AU= 19 CM SPP= NA LCF= no audible DU= contraído

MF= NA

Examen pélvico = Genitales externos= normal

Genitales internos= normal

TV= D= 2-3 cm I= 80% MOI no se evidencia sangrado vaginal

Miembros inferiores= Edema= sin dato ROT= sin dato

Diagnóstico De Ingreso

1. Aborto en curso
2. Gestación de 20 ss
3. D/C Aborto Séptico
4. D/C Aborto provocado

Plan De Emergencia

1. Hospitalización
2. Dieta liquida
3. Cloruro de sodio 9% 500 cc a chorro y 500 cc a 20 gotas x`

4. Cefazolina 1 gr EV c/8 horas
5. Control Funciones Vitales
6. Control Obstétrico
7. Reposo absoluto
8. Se solicita ecografía obstétrica
9. Se solicita batería de gestante

22/febrero/2017 00:00 Enfermera de turno canaliza vía de ClNa9%0 pasa a chorro

300 cc y administra espasmoanalgina EV 01 ampolla

22/febrero/2017 00:50 Se realiza **ecografía obstétrica** y se confirma útero ocupado, con producto feto no viable sin latidos cardíacos, con diámetro biparietal de 40 mm, Longitud de Fémur de 27 mm, líquido amniótico escaso, placenta posterior no se puede definir su grado, concluyendo:

Gestacion 19 semanas x ecografía

Se informa a familiares del diagnóstico de la paciente (22/febrero/2017 01:00 horas) a lo cual el esposo se muestra sorprendido manifestando desconocer del embarazo hasta ese momento igual que sus hijos (16, 14 y 7 años) y otros familiares afirmando nuevamente que paciente manifestó ingerir pastillas sospechándose de un aborto provocado, por lo que se comunica a la policía de la zona

22/febrero/2017 01:50 Paciente ingresa a Hospitalización presentando dolor abdominal y lumbar, piel pálida y diaforética. **Evaluada por**

Obstetra de turno

PA= 90/60 mmHg FC= 102 X' R= 28 X' Temperatura= 36.8°C

Abdomen= globuloso por útero grávido AU= 19 cm

FCF= no audible DU= ausente

Genitales Externos= no sangrado vaginal

TV diferido

Evaluación De Resultados De Laboratorio De Emergencia

- Hematocrito: 41%
- Hemoglobina: 12.7 gr/dl
- Hemograma:
 - Grupo sanguíneo: "O"Factor Rh Positivo
 - Recuento de leucocitos: 9,700 x mm³
 - Hematíes: 4`500,000 mmc
 - Neutrófilos: 72%
 - Abastionados: 03%
 - Segmentados: 69%
 - Eosinofilos: 01%
 - Basófilos: 00%
 - Monocitos: 01%
 - Linfocitos: 26%
- RPR: no reactivo
- HIV: no reactivo

- Glucosa: 93 mg/dl
- Orina: normal

22/febrero/2017 02:05 paciente en reposo permanece quejumbrosa, evaluada por Obstetra de turno

PA= 90/60 mmHg FC=103 X' FR= 22 X' T°= 36.6°C

Abdomen= Dinámica uterina ausente

Genitales externos normales

Medico de turno evalúa paciente y decide referir a Hospital II – 2

22/febrero/2017 02:20 PA= 90/60 mmHg FC=92 X' FR= 22 X'

T°= 36.4°C

Abdomen= dinámica uterina ausente Tacto vaginal diferido

Evaluada por Obstetra de turno

22/febrero/2017 02:35

PA= 90/60 mmHg FC=92 X' FR= 22 X' T°= 36.4°C

Abdomen= dinámica uterina ausente Tacto vaginal diferido

Evaluada por Obstetra de turno

22/febrero/2017 02:38 paciente se encuentra en el área de Hospitalización persiste con dolor abdominal pese a la administración de espasmoanalgina EV, se produce la expulsión del producto de sexo femenino y peso: 500 gr

22/febrero/2017 02:58 no se produce la expulsión de la placenta por lo que el medico de turno realiza la extracción manual de la placenta se

produce la ruptura del cordón umbilical y desgarro de la placenta con retención placentaria y sangrado vaginal en regular cantidad procedimiento realizado por médico general, quien decide referencia al hospital II-2 que se encuentra a 25 minutos de distancia en ambulancia. Medico coordina la Referencia por vía telefónica en presencia de fiscal de turno.

22/febrero/2017 03:00 Se traslada a la paciente a la camilla de la Ambulancia, paciente con sangrado vaginal +/- 500 cc, acompañada de Obstetra de turno quien va realizando masaje uterino externo y personal técnico de enfermería, además acompañan los familiares de la paciente.

PA: 90/60 mmHg FR: 22 X' T: 36.6°C FC: 104 X'

Diagnóstico:

1. Retención Placentaria
2. Aborto Incompleto

Tratamiento:

1. Cloruro de Sodio 9%0 1000 cc + 20 unidades de oxitocina.
2. Cloruro de sodio 9%0 300 cc a chorro y luego cambiar por Haemacell
3. Oxigeno 3 litros x min
4. Ampicilina 1 gr EV
5. Gentamicina 160 mg EV

22/febrero/2017 04:05 Paciente llega al Hospital II-2 acompañada de Obstetra y **Técnico de Enfermería**. Paciente es atendida por Médico especialista en Gineco Obstetricia, Obstetra de turno, Enfermera de turno.

Anamnesis: paciente en camilla que presenta sangrado vaginal con coágulos oscuros encharcado en camilla

Enfermedad actual: inicio hace 2 horas

Forma de Inicio: insidioso Evolución: paulatino

La gestante es trasladada del Hospital II – 1, por Aborto Incompleto con sangrado vaginal activo abundante, en Hospital de origen se intentó maniobras de extracción manual de placenta sin éxito extrayendo placenta fraccionada.

Al ingreso presenta sangrado vaginal continuo de forma activa, paciente en estado agónico, sin control prenatal, no trae carne perinatal.

Funciones Biológicas= noes evaluables

Antecedente personales= noes evaluables

Antecedente Gineco Obstétricos= noes evaluables

Se comunica a familiar sobre gravedad del caso y el riesgo altísimo de muerte

Examen Físico=

Funciones Vitales=

PA: 59/30 mmHg FR: 26 X´ T: 36.0°C FC: 150 X´

1. Paciente ECG= 10 puntos, mal estado general, mal estado de

hidratación, mal estado de nutrición con cánula binasal y vía periférica

2. Piel= palidez severa, fría
3. Mucosas= hiperemias, inyección conjuntival
4. TCSC= no edemas
5. Cabeza= normo céfalo, cuello simétrico
6. Tórax= Aparato Respiratorio= disminución de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares
Aparato Cardiovascular= ruidos cardíacos rítmicos, taquicardia, llenado capilar ausente
7. Abdomen= globuloso, doloroso a la palpación
AU= 17 cm, poco contraído
Genito urinario= sangrado vaginal abundante, activo, con coágulos grandes que encharca toda la camilla y frazadas
8. Neurológico= ECG decreciendo

Impresión Diagnóstica=

1. Shock hipovolémico
2. Retención de Restos Placentarios

Plan=

1. NPO
2. Control de Funciones Vitales
3. Control de Sangrado Vaginal

4. Abrir dos vías endovenosas
5. Oxigenoterapia
6. ClNa 9% 01000 cc a chorro
7. Cefazolina 1 gr EV c/ 8hs
8. Colocar Sonda Foley
9. Se solicita exámenes pre quirúrgicos
10. Se coordina con Anestesiología para disponibilidad de Sala de Operaciones
11. Transfundir 02 paquetes globulares

22/febrero/2017 04:10

Se realiza maniobras de compensación hemodinámica sin controlarse sangrado uterino por lo que paralelamente se programa a sala de operaciones de manera urgente, mientras tanto se mantiene a paciente con poligelina y cristaloides.

22/febrero/2017 hora no precisa

- Hb= 11.80 g/dl
- Hcto= 35%
- GS= O +
- Glucosa= 10 miligramo/decilitro
- Urea= 37 miligramo/decilitro
- Creatinina= 1.3 miligramo/decilitro

- Bilirrubinas totales= 3.9 miligramo/decilitro
- Bilirrubina directa= 2.2 miligramo/decilitro
- Bilirrubina indirecta= 1.7 miligramo/decilitro
- TGO= 63
- RPR= negativo

22/febrero/2017 04:38

Paciente en el trayecto a Sala de Operaciones presenta paro cardiorrespiratorio, al llegar a Sala de Operaciones, se inicia maniobras de RCP básico y avanzado con medico anesthesiólogo, sin respuesta positiva constatándose fallecimiento a las 05.00 horas

CAPÍTULO III

3.1. CONCLUSIONES

- ✓ La paciente hace uso del aborto provocado como método de planificación familiar.
- ✓ Paciente reconoce oportunamente los signos de alarma presentados y busca ayuda.
- ✓ La familia de la paciente reconoce la necesidad de atención de salud de la paciente y busca ayuda profesional.
- ✓ La demora para llegar al Hospital se debe a la inaccesibilidad geográfica de la zona.
- ✓ El profesional médico identifica la probabilidad de shock séptico.
- ✓ El personal de salud no identifica el shock hipovolémico lo que conlleva al manejo inadecuado de reposición de volumen no acorde a los protocolos del Minsa, así como la no referencia de la paciente oportunamente.

3.2. RECOMENDACIONES

- ✓ La educación es un factor importante en la sociedad que no debe abandonarse jamás, así como la promoción de cambios en las políticas a fin de resguardar la salud de la mujer. (24)
- ✓ El personal de salud que labora en todos los establecimientos de salud a nivel nacional sin tener en cuenta el nivel donde trabaja debe capacitarse permanentemente para sumar acciones en beneficio de la población obstétrica.
- ✓ Las auditorias clínicas de caso representan un instrumento de trabajo invaluable cuya realización debería fomentarse de forma obligatoria.
- ✓ Fortalecer el Sistema de Referencia y Contrarreferencia materno perinatal.
- ✓ Fomentar el uso de la Planificación Familiar ya que esta constituye un derecho de toda persona en edad reproductiva por tanto no se debe permitir que este sea vulnerado. (25)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernandez Canton SB, Gutierrez Trujillo G, Viguri Uribe R. La Mortalidad Materna y el Aborto en Mexico. Boletin Medico del Hospital Infantil de Mexico. 2012;; p. Vol. 69.
2. Grossman D. El aborto en el segundo trimestre. Red de Acceso al aborto Seguro. 2016.
3. Instituto Nacional de Estadistica. Encuesta demografica y de salud familiar. ENDES 2014. 2015.
4. Chumbe O, Tavera L, Rodriguez C. El aborto septico como causa de morbimortalidad materna. Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia. 2017;; p. 49-54.
5. Gutierrez R, Rechkemer A. Misoprostol en el tratamiento del aborto retenido. Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia. 2015;; p. 77-80.
6. Mascaro P, Bachmann C. Mortalidad materna en el Hospital Maternidad de Lima. Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia. 2015;; p. 33-37.
7. Neciosup , Castro E. Estimacion del indice de aborto inducido a traves del modelo de de Bongaarts, region Ancash 2013. In crescendo. 2016;; p. 31-37.
8. Jurado N. Repositorio Institucional Universidad del Rosario. [Online].; 2014.
Available from:
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/8686/24338460-2014.pdf?sequence=1>.

9. Martinez F, Zambrano C. Hiperpirexia como efecto secundario posterior a la administracion de misoprostol en el manejo de la hemorragia posparto. Revista Colombiana de Anestesiologia. 2013;: p. 65-68.
10. De Oliveira D, Bedone A, Faundes A, Dos Santos A, Gomes V. Scielo. [Online].; 2010. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000400004.
11. Pacheco J. Manual de Obstetricia 6° Edicion Lima: R&F Publicaciones y Servicios S.A.C.; 2011.
12. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Aborto. In Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia 23 Edicion. Dallas - Texas: McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2011.
13. Tang L, Leon F, Rodriguez R, Cam A, Tavara L, Ciudad A, et al. Sociedad Peruana de Ginecologia y Obstetricia SPOG. [Online].; 2015. Available from:
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1342>.
14. Chumbe O, Cajas A, Ramirez I, Vega L, Encinas E, Orderique L. **Guías de Practica Clinica para la atencion de Emergencias Obstetricas Hospital Maria Auxiliadora** Lima Lima: RD. N° 122-2012-HMA-DG; 2012.
15. Mascaro P, Ayala F, Sanchez A, Gamboa J, Ingar H, Callahui I, et al. Guías de practica clinica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia Lima: RD. N°

- 048-2014-DG/INMP; 2014.
16. La Rosa A, Yopla A, Mendoza J. Guías de Práctica Clínica de Obstetricia Lima: Hospital San José del Callao Lima; 2013.
 17. Velez G, Agudelo B, Gomez J, Zuleta J. Scielo Colombia. [Online].; 2009.
Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000100006.
 18. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Cuidados intensivos y traumatismo. In Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia 23 Edición. Dallas-Texas: McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2011.
 19. Romero M, Chapman E, Ramos S, Avalos E. Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro CLACAI. [Online].; 2010. Available from:
<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/76>.
 20. Del Carpio L. Situación de la mortalidad materna en el Perú 2000-2012. Revista Peruana Médica Salud Pública. 2013;: p. 461-464.
 21. Ki-Moon B. ONU. [Online].; 2015. Available from:
http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf.
 22. MINSA. Dirección General de Epidemiología. Lima.; Lima; 2017.
 23. Harris L, Grossman D. CLACAI. [Online].; 2011. Available from:
<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/277>.

24. Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreriro G, Pons J, Cuadro J. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Revista Medica del Uruguay. 2002.
25. Gutierrez M. Scielo. [Online].; 2013. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a16v30n3.pdf>.