



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

TRABAJO ACADÉMICO

**HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO
POR ABORTO INMINENTE EN UN HOSPITAL NIVEL II-2, 2020**

PRESENTADO POR

LIC. ROSSI ELI PEÑALOZA DUEÑAS

ASESOR(A)

MG. JUANA ROSA VERA JUÁREZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD
REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**

MOQUEGUA - PERÚ

2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO	i
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	vii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	2
1.3 MARCO TEÓRICO	3
1.3.1 Antecedentes	3
1.3.2 Marco conceptual.....	5
CAPITULO II.....	30
CASO CLÍNICO	30
2.1 OBJETIVOS	30
2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	30
2.3 DISCUSIÓN	41
2.4 CONCLUSIONES	42
2.5 RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Aborto inminente	5
Figura 2: Diferencias de aborto	13

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Funciones vitales	33
Tabla 2: Monitoreo de funciones vitales	38
Tabla 3: Exámenes de laboratorio pre LU.....	48
Tabla 4: Exámenes de laboratorio post LU	49

RESUMEN

En este trabajo académico se presenta un caso clínico que aborda la problemática de una paciente con una gestación de 19 semanas que presenta sangrado tipo spotting incrementándose al momento del ingreso acompañado de dolor abdominal de leve intensidad, con evolución clínica desfavorable culminando en un aborto incompleto que ocurrido durante el año 2020. El sangrado vaginal en el primer trimestre de la gestación es una situación frecuente que ocurre en el 10-20% de todos los embarazos, poniendo en riesgo la vida de la madre y del producto de la concepción, siendo por ello importante su estudio. **Objetivos:** Identificar los factores de riesgo, conocer su cuadro clínico y conocer el manejo terapéutico del aborto inminente presentado en un hospital II-2 durante el 2020. **Conclusión:** El cuadro clínico que se presento va desde un aborto inminente con evolución desfavorable a aborto inevitable terminando en un aborto incompleto. Los factores de riesgos identificados para caso clínico fueron: Edad muy cercana a los 35 a más, un IMC alto, la presencia de infecciones como el COVID-19. El manejo terapéutico planteado por el personal médico fue adecuado y oportuno.

Palabras Claves: aborto inminente, hemorragia I mitad de la gestación, amenaza de aborto

ABSTRACT

In this academic work, a clinical case is presented that addresses the problem of a patient with a gestation of 19 weeks who presents spotting type bleeding increasing at the time of admission accompanied by mild abdominal pain, with unfavorable clinical evolution culminating in an incomplete abortion that occurred during the year 2020. Vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy is a frequent situation that occurs in 10-20% of all pregnancies, putting the life of the mother and the product of conception at risk, being for it important his study. Objectives: To identify the risk factors, to know its clinical picture and to know the therapeutic management of the imminent abortion presented in a II-2 hospital during 2020. **Conclusion:** The clinical picture that appeared ranges from an imminent abortion with unfavorable evolution to unavoidable abortion. ending in an incomplete abortion. The risk factors identified for a clinical case were: Age very close to 35 or more, a high BMI, the presence of infections such as COVID-19. The therapeutic management proposed by the medical staff was adequate and timely.

Key Words: imminent abortion, hemorrhage I mid-gestation, threatened abortion

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Para la Organización Mundial de la Salud el aborto peligroso se entiende como un tipo de intervención invasiva, que se hace con el propósito de interrumpir un embarazo (1). Por lo general, tiende a ser practicado por personas que no cuentan con la capacitación que requiere un procedimiento de esta naturaleza; o se realiza en entornos o ambientes que no satisfacen las condiciones sanitarias que se consideran mínimas desde una perspectiva médica; o puede llevarse a cabo en situaciones donde concurren ambas situaciones al mismo tiempo (2).

El aborto en curso, inevitable o inminente, es la complicación de los síntomas de la amenaza de aborto, en este se produce modificaciones en el cuello uterino, sangrado vaginal, dolores tipo contracción con pérdida o no de líquido amniótico (3).

En general, las razones por las cuales ocurren los abortos son varias; algunas se manifiestan de manera aislada, pero otras aparecen en forma concurrente. En su mayoría, obedecen a factores vinculados al feto, entre los cuales se pueden identificar anomalías congénitas, fallo cromosómico durante el desarrollo de los primeros meses de gestación, e incluso anomalías genéticas no cromosómicas (4). También se producen a partir de factores vinculados a la madre, entre los cuales se pueden señalar la presencia de miomas en el útero, infecciones (gram negativas, virales), alteraciones del sistema endocrino (patología tiroidea, déficit de progesterona), el estado de nutrición y síndrome metabólico (diabetes), toxoplasmosis, sífilis, hepatitis B, e incluso factores de contacto o agresión externa (traumatismos) (4).

1.2 JUSTIFICACIÓN

En el Perú, el aborto se entiende como un fenómeno que afecta la salud pública de la población, debido a que constituye una de las más importantes causas que contribuyen a la mortalidad y morbilidad materna (5). En ese sentido, en el país cerca de 300 000 abortos se producen al año en condiciones de inseguridad y precariedad; se señalan distintos motivos, desde la influencia de factores económicos familiares, diferentes condiciones de la salud materna, malformaciones identificadas en el producto (fetales), hasta embarazos que son producto de violaciones.

La mayoría de las muertes maternas en el Perú durante el 2019 ocurrieron debido a causas obstétricas directas (62,4%), la hemorragia y los trastornos hipertensivos constituyeron las causas más frecuentes a nivel nacional (6).

Por ello, el presente caso clínico servirá como referencia para implementar acciones en el diagnóstico, manejo y tratamiento.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 Antecedentes

Zhang et al (2018), en China, realizó un estudio en el que hace una comparación de la constitución etiológica de dos, tres o más abortos recurrentes en gestantes. El periodo de estudio se extiende entre los años 2011 y 2016, y se trabajó con información que procede de 696 mujeres, que fueron ingresadas a hospitalización por manifestación de aborto espontáneo (7).

El grupo que sólo tuvo dos abortos, alcanzó una representación del 64,1% en relación el total, mientras que el 35,1% restante corresponde al grupo que ha padecido tres abortos o más. Como resultados del análisis, se encontró diferencia en cuanto a la edad (edad avanzada) y adhesión del útero; pero no se encontró diferencias en cuanto a IMC, anomalías cromosómicas, alteraciones del útero, alteraciones a nivel endocrino, entre otros (7). En el 60,6% del conjunto, se detectaron cariotipos que no responden a estructuras normales. Entre éstos, los que alcanzaron proporciones mayores que un 10%, son la trisomía 16, con un valor superior al 19%; el monosoma, que supera el 11%; y la trisomía 22, muy cerca del 11%.

Rivero y Pintado (2017), en Guayaquil, Ecuador, realizaron un estudio cuyo objetivo fue estimar la frecuencia en que se manifiestan los factores de riesgo en

mujeres cuya edad se ubica en el periodo de 20 a 40 años. Se encontró mayor frecuencia (46%) de casos en el grupo de edad de 20 a 25 años (8). Asimismo, se encontró que los antecedentes patológicos personales (identificados en 31% del conjunto) constituyen un factor de riesgo. Pero los antecedentes ginecológicos (que se identificaron en 17% del conjunto) no son condicionantes significativos de la ocurrencia de aborto. Por otro lado, la edad gestacional más frecuente (79% de casos) en la que se producen los abortos es el periodo anterior a las 12 semanas. Finalmente, la mayoría del conjunto (65% de casos) señala que la ocurrencia del aborto se dio durante la primera gestación.

Maravi (2020), en Lima, Perú, realizó un estudio cuyo propósito fue identificar los factores asociados al aborto espontáneo en una muestra de mujeres de 35 años o más (4). Se trabajó con una muestra de 172 mujeres atendidas en un centro médico militar durante el año 2018. De ellas, la mitad se asignaron al grupo de casos, y la otra mitad al grupo de controles. Para efectos de la decisión, se consideró un nivel de significancia de 0,05. Entre los resultados, destacan una mediana de 41 años para el grupo de casos, y de 37 para el de controles. Considerados en forma independiente, se identificaron como factores de riesgo la paridad (OR = 1,79; IC 95%: 1,10 – 2,92), la edad (OR = 2,32; IC 95%: 1,72 – 3,13), la presencia de antecedentes de aborto (OR = 3,83; IC 95%: 1,40 – 10,45), el haber pasado por una cirugía previa del útero (OR = 1,87; IC 95%: 1,71 – 4,94), y un alto IMC (OR = 1,31; IC 95%: 1,10 – 1,57) (9). Uno de los factores se puede decir que es el IMC

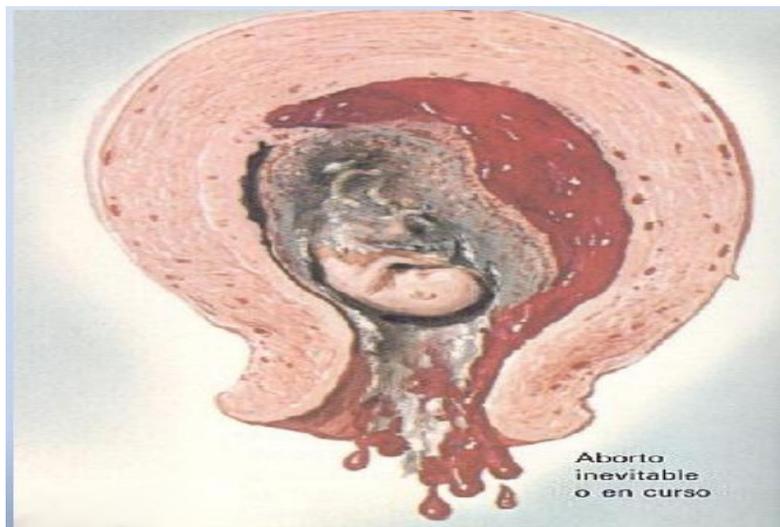
alto, ya que se presentan enfermedades concomitantes como la hipertensión, diabetes, que son causales de aborto.

1.3.2 Marco conceptual

Generalidades

Aborto. Para la OMS, el aborto se entiende como la acción voluntaria o no por la cual se interrumpe el desarrollo de un embarazo, después de que se ha producido el implante del cigoto en el endometrio, pero antes de que el feto haya alcanzado una condición que le permita sobrevivir y mantener una vida fuera del útero independiente. Cabe señalar que la OMS toma en cuenta como límite para la viabilidad del feto una edad gestacional de 22 semanas, un peso de 500 gr., y una extensión longitudinal entre la cabeza y las nalgas de 25 cm. Puede darse expulsando parcial o totalmente el feto, o también sin expulsión (1).

Figura 1: *Aborto inminente*



Nota: Detalle representativo de aborto inminente.

Tipificación del aborto

Existen diferentes razones por las cuales puede interrumpirse el embarazo; pero todas ellas pueden resumirse en causas de origen natural o inducido. A pesar de ello, existe una amplia forma de clasificar los abortos.

Aborto espontáneo. Este tipo de aborto se produce cuando, por diferentes razones que escapan a la potestad de la gestante, se detiene el desarrollo uterino del embrión y muere dentro del útero (1). En este caso, esta situación ocurre aun cuando la madre puede no desear la pérdida. En ese sentido, no obedece a una decisión voluntaria (4). Cabe señalar que, sólo habiendo entrado en las tres semanas previas a la posible fecha de alumbramiento, un neonato nacido prematuramente cuenta con perspectivas reales de mantenerse vivo en el exterior del útero.

Es importante destacar que la cifra de abortos espontáneos no es pequeña, aun cuando cada vez se mejoran más las condiciones de salud materna para evitarlos. La literatura revela que entre un 10 y 25% de embarazos se interrumpen como aborto espontáneo. Asimismo, se ha establecido que cerca de 80% de casos ocurren antes de las 13 semanas, pero con mayor incidencia en el periodo que ocupa las siete semanas de inicio (4).

Aborto séptico o por infección. Este tipo de aborto se enmarca también entre los abortos espontáneos. Se identifica como tal porque se produce debido a infecciones que la gestante puede padecer en el útero o en los tejidos que se ubican en las zonas próximas (1). Por lo general, esas infecciones se producen por la actividad de

diferentes microorganismos que en su infestación del útero o de sus proximidades liberan toxinas que afectan tanto su viabilidad como la de la placenta; en consecuencia, se detiene el desarrollo del embrión y muere (4).

En el caso del Perú, es una categoría que se toma en cuenta en los procedimientos de atención de emergencias de origen obstétrico.

Aborto por rechazo inmunológico. Este tipo de aborto se da porque se produce una suerte de confusión del propio sistema inmunológico respecto del producto del embarazo.

Al respecto, cabe recordar que el sistema inmunológico tiene como funciones la localización y destrucción de todas las células que, sin pertenecer al propio organismo, han ingresado en él. Si bien esa es la función del sistema inmune, en el caso del embarazo ocurre una situación excepcional; en este caso, aun cuando las células de defensa que conforman el sistema inmunológico, reconocen la existencia del embrión que se desarrolla como un organismo que no pertenece al organismo de la madre, permiten su crecimiento y no lo atacan (3).

Pero este patrón regular no siempre se da. A veces, como se ha adelantado, el sistema inmunológico de la madre procede de la manera esperada y reconoce al embrión como un cuerpo que no pertenece al organismo materno; así, termina reaccionando contra el embrión, prácticamente como si enfrentara una infección. Esta situación deriva en la muerte del producto del embarazo.

Aborto inevitable. Este tipo de aborto se caracteriza por la aparición de algunos síntomas de riesgo de aborto, antes de que ocurra el detenimiento del embarazo (1). Estos síntomas adquieren un carácter inminente, por lo cual el aborto termina revistiéndose de una condición de inevitable.

En estos casos, ante la inminencia de la pérdida del producto, la preocupación del personal que atiende a la gestante se enfoca en garantizar la seguridad de ésta. Cabe destacar que, en el caso peruano, esta categoría está también contemplada en sus procedimientos de emergencia (4).

Aborto completo. Esta categoría más que referir un tipo particular de aborto con características distintivas, lo que hace es alcanzar una descripción sucinta de la condición de la madre una vez que se ha producido el aborto. Esta categoría describe así la situación en la que se ha expulsado totalmente el feto o embrión, pero al mismo tiempo se expelen también todos los tejidos que lo recubrían o protegían. Si bien es cierto que el aborto constituye una experiencia negativa que debería evitarse, de todos modos, si se da el aborto, es preferible que se dé en esta forma, puesto que no trae aparejadas la cantidad de complicaciones que supone el tipo opuesto (4).

También es parte de la clasificación que se utiliza en el sistema de salud del Perú.

Aborto incompleto. En oposición al aborto completo, esta categoría también describe la condición de la madre una vez que se ha producido el aborto, pero con el agravante de que no se ha expulsado totalmente el feto (1); es decir, aunque con diferencias en cuanto a magnitud del tejido, en este caso sólo se elimina una parte

de los tejidos que componen el aborto. Debido a que parte del tejido permanece en el interior de la madre, puede necrosarse y empezar a provocar en la madre diferentes complicaciones de gravedad, lo que implica una preocupación mayor por su salud (4).

Aborto retenido o fallido. Esta categoría describe una situación atípica que se identifica una vez producido el aborto, sobre todo en etapa embrionaria: que, habiendo ocurrido la muerte del producto, no se produce la eliminación de ninguna parte de sus tejidos (10). Debido a que el producto permanece completo dentro el cuerpo de la mujer, en este caso, al igual que el aborto incompleto, las posibilidades de infección por necrosamiento del tejido se incrementan, provocando con ello las complicaciones examinadas en el caso de los abortos incompletos (10). Precisamente por ese riesgo implícito, se considera de crucial importancia que la madre pueda ser atendida adecuadamente por personal médico, en tanto la ausencia de expulsión, y su permanencia ponen en riesgo la vida de la madre.

Aborto inducido. En esta categoría se incluyen todos los procedimientos de intervención que tienen como propósito interrumpir voluntariamente un embarazo, ya sea por deseo expreso de la madre, en aquellos países que lo permiten, o porque se presentan complicaciones de salud de la madre, lo que lleva a recomendarlo desde un punto de vista médico (1).

Aborto terapéutico. Esta categoría se vincula con la que identifica el aborto inducido, pero específicamente con la que se da cuando existe la recomendación médica para la salvaguarda de la salud e integridad de la mujer. En ese sentido,

refiere un caso de aborto inducido con el objeto de mitigar o eliminar algún riesgo grave para la vida de la gestante.

Aborto eugenésico. Esta modalidad de aborto se enmarca dentro de la categoría terapéutica. Pero refiere el caso específico de intervención cuando se ha identificado que el producto (por lo general, ya en condición de feto) presenta anomalías de orden genético de tal magnitud que, en el mejor de los casos, si consiguiera sobrevivir, lo haría siempre con grandes limitaciones, en un marco de una calidad de vida bastante pobre o deteriorada (1).

En gran parte de legislaciones se tipifica la posible interrupción de un embarazo, si se detecta un alto riesgo de malformaciones que resultan incompatibles con la vida, o la presencia de enfermedades que en el momento del diagnóstico se consideran incurables (4).

Aborto indirecto. Esta categoría identifica una situación especial en la cual se interrumpe el embarazo en circunstancias en las que la gestante, por algún requerimiento previo, se somete a una intervención médica que termina cortando la vida del feto, aun cuando no se haya deseado ni esperado.

Se califica como indirecto en tanto la intervención médica que se hace en la gestante no tiene como objetivo interrumpir el embarazo.

Aborto químico. Esta categoría más que un tipo de aborto, lo que refiere es el modo como se induce, o mejor dicho el procedimiento utilizado para inducir y efectuar un aborto. En este caso, se trata de administrar a la gestante algunas dosis

determinadas de medicamentos específicos, con el propósito de interrumpir el embarazo. Cuando es supervisado por personal médico calificado, se considera probablemente uno de los procedimientos abortivos más efectivos; por otro lado, destaca también por la seguridad que ofrece (1).

Entre los medicamentos más recomendados para efectuar este procedimiento, está el misoprostol, que en realidad se utiliza para el tratamiento de úlceras gástricas. En el caso del propósito de inducir el aborto, se considera que produce maduración y posterior dilatación del cuello uterino, lo que termina provocando contracciones, cólicos, sangrado y eliminación del producto.

Aborto quirúrgico. Esta categoría refiere otro tipo de procedimiento utilizado para provocar el aborto. Se le considera uno de los procedimientos más seguros y eficaces, en comparación con otros métodos utilizados con el mismo propósito (1). Las intervenciones suelen durar muy poco tiempo, a veces incluso minutos.

Cabe señalar que las alternativas de procedimientos a los que se puede recurrir, son variados y sencillos de realizar por personal de salud calificado.

Aborto repetido. Esta categoría no refiere una modalidad o tipo de aborto, sino una condición de interés de salud que ubica a la madre en el centro de la cuestión. En ese sentido, refiere la experiencia de la gestante de haber atravesado por la situación de tener más de un aborto durante su vida (1).

Cuando estos son espontáneos y no voluntarios, las consecuencias emocionales en la mujer pueden ser devastadoras, debido a la frustración que producen. Si bien

muchas veces la mujer acude a centros especializados, con el propósito de identificar la posibilidad de factores de orden biológico que explique esta situación, por lo general, estas situaciones también deben ser atendidas por profesionales de la psicología.

Aborto legal. Esta categoría refiere una situación distinta en torno del aborto, pues no tiene que ver ni con el tipo de situación médica que se produce, ni con el procedimiento utilizado. En realidad, se define en función de lo que una sociedad considera aceptable y, por lo tanto, legítimo dentro de ella (4). En ese sentido, depende de la legislación de cada país. Eso explica las diferencias en cuanto a prácticas entre países del hemisferio norte, donde es prácticamente aceptado en casi toda circunstancia, y otros países, en donde se acepta bajo criterios muy específicos (2).

Aborto ilegal. En contraposición a la tipificación anterior, esta categoría identifica las prácticas abortivas que se dan al margen de lo que la legislación de cada país considera en el marco de lo aceptable desde el punto de vista jurídico.

Aborto inseguro. Esta categoría refiere una condición ambiental que rodea la práctica, más allá de su legalidad o legitimidad (1). Se trata de una condición que se produce cuando las condiciones en las que se realiza no garantizan ni la estabilidad del estado de salud de la madre, ni la inocuidad a posteriori de los procedimientos utilizados (9).

Figura 2: *Diferencias de aborto*

ETAPAS	Amenaza de aborto	Aborto inminente	Aborto consumado Incompleto	Aborto consumado Completo
DIAGNÓSTICO				
Metrorragia	Oscura y escasa	Roja, abundante y continua	Persiste	Mínima
Contracciones uterinas dolorosas	Presentes	Aumentan frecuencia e intensidad	Persisten	Cesan y merma el dolor
Modificaciones cervicales	Cuello cerrado	Canal permeable	- Cuello abierto - Restos ovulares en útero y/o vagina	Cuello cerrado
Desprendimiento y expulsión	Ausentes	Protrusión parcial del huevo	Expulsión en dos tiempos. Retención de anexos	Expulsión total: huevo y anexos
Ecografía	Hemorragia decidual Coágulo subcorial Embrión vivo intrauterino	Expulsión en curso	Restos endocavitarios y vaginales	Útero involucionado y vacío

Nota: Detalles de las diferencias de aborto.

Fisiopatología del aborto

Una vez producida la fecundación en la decidua, el endometrio empieza a producir nuevos vasos y tejidos. Al producirse el aborto se provoca también hemorragia en la decidua basal seguida de necrosis del tejido circundante, además de inflamación en las zonas donde se implanta el óvulo. Como consecuencia, el producto se desprende, a veces de modo parcial, y otras de manera total; eso hace que el organismo de la mujer lo identifique como un cuerpo extraño, pero inserto en el útero. Se producen así contracciones del útero y en seguida dilatación del cérvix, lo que, por lo general, deriva en la posterior expulsión del producto.

Etiología

A. Causas relativas al óvulo

La literatura reporta que este tipo de causas alcanza la mayor proporción de los casos, con algunas cifras que la ubican entre el 50 y 80% del total de casos. Se caracteriza por provocar abortos en las etapas tempranas de embarazo, en tanto

suelen ser consecuencia de la muerte del embrión (9). Generalmente, no llegan a ser detectados por la mujer, porque se les suele confundir con “retrasos menstruales”.

Cabe señalar que los abortos provocados por causas de este tipo, se deben a que el embrión sufre variaciones cromosómicas, cambios inesperados en la disposición, ordenamiento o número de los cromosomas, que resultan incompatibles con la vida. Entre esas alteraciones se pueden citar la trisomía 21, el síndrome de Turner, triploidias y tetraploidias, entre otras.

Por otro lado, se han identificado como factores condicionantes los siguientes:

- La edad cronológica de la mujer y varón que dieron lugar a la fecundación.
- La vejez progresiva y desgaste de los gametos.
- La ausencia de sincronía en el proceso de la fecundación.
- La presencia de anomalía en los gametos.

B. Causas maternas

La clasificación de la causalidad relativa a la madre toma en cuenta tres tipos de situaciones: procesos generales, procesos locales y reacciones de origen externo.

Entre los procesos generales, se identifican los siguientes:

- Diferentes infecciones específicas, entre las cuales se pueden señalar la brucelosis, la tifoidea, la tuberculosis, e incluso la clamidia, entre otras.

- Diferentes infecciones que alcanzan un nivel agudo.
- Alteraciones graves de los sistemas internos, que pueden afectar el hígado, el corazón, los riñones y conducir incluso a hipertensión.
- Alteraciones en el sistema endocrino, entre las cuales se señalan la insuficiencia del cuerpo lúteo y alteraciones de la tiroides; y alteraciones debidas a síndrome metabólico, entre los cuales se cita con mayor frecuencia la diabetes (1).
- Alteraciones debidas a estados de carencia, que pueden variar desde cuadros de desnutrición leve hasta una marcada carencia de vitaminas e incluso de hierro, provocando anemia (1).
- Incompatibilidad detectada del Rh e isoinmunización de la mujer en gestación.
- Diferente tipo de factores cuyo origen físico no es claro e involucra aspectos emocionales y psicológicos (9).

En cuanto a los procesos locales, que responden a alteraciones que se producen en el útero, se identifican las siguientes:

- La aparición de malformaciones de tipo congénito, algunas de las más comunes, como el útero unicorno o bicorne.
- La detección de útero displásico, que implica la falta total o de un lado de la cavidad del útero desarrollada.
- La identificación de secuelas derivadas de cirugías locales o próximas.

- Sinequias endouterianas consecutivas, que se forman como consecuencia de practicarse legrados con relativa repetitividad.
- La presencia de diferente tipo de tumores, que pueden ir desde miomas hasta pólipos.
- Incompetencia del cuello del útero, también conocida como insuficiencia, que sucede cuando el cuello del útero se abre anticipadamente. También puede ocurrir cuando hay lesiones cervicales.
- Una preparación deficitaria del endometrio, sobre todo porque existe deficiencias en los niveles de progesterona.

En lo que concierne a reacciones de origen externo, se identifican las siguientes:

- La exposición a radiaciones con carga de iones; por otro lado, la ingestión no supervisada de medicamentos.
- La ocurrencia de intoxicaciones por actividades profesionales específicas, en las que ocurre contacto, inhalación, consumo, sobre todo de plomo, mercurio o arsénico.
- La concurrencia de toxicomanías, en especial las que se relacionan con el alcohol, las distintas variedades del tabaco, e incluso las drogas.
- La detección de traumas físicos que recaen en forma directa sobre la gestante, ya sea mediante golpes u otras formas de agresión (10); o en forma indirecta, mediante cirugías.

C. Causas paternas

La clasificación de la causalidad relativa al padre toma en cuenta varias situaciones, algunas de las cuales se corresponden con algunos factores que se dan en la madre. Entre esos factores, se pueden mencionar las toxicomanías, que al igual que la madre refieren dependencia de (alcohol o de las drogas, incluyendo entre estas el tabaco; alteraciones del sistema endocrino, sobre todo los que refieren trastornos de la tiroides y, en alguna medida, también los que tienen que ver con la aparición de la diabetes; y trastornos debidos a estados de carencia nutricional, que pueden abarcar tantos cuadros de desnutrición, anemia y avitaminosis.

Aparte de esas, en el caso específico de los varones que participan de la gestación del producto, la etiología del aborto también puede encontrarse en el deterioro de la calidad biológica del semen proporcionado en la concepción; se pueden señalar en este caso la oligoespermia y la azoospermia.

En síntesis, la etiología se puede resumir en los siguientes factores:

- Alteraciones de orden genético, por alteración del número de cromosomas, un factor presente en un 70% de abortos no inducidos.
- Manifestación de cuadros de infección aguda que comprometen en forma sistémica la vida de producto.
- Las alteraciones del sistema endocrino, sobre todo debido a deficiencias de tipo hormonal.

- La presencia de cuadros de diferentes enfermedades intercurrentes.

Aspectos epidemiológicos

Entre los aspectos de interés, se tienen los siguientes: una proporción significativa de embarazos finalizan antes de tiempo, como abortos no inducidos e incluso de forma inesperada. Hay casos incluso en los que la madre no llega a enterarse y confunde la situación con un sangrado debido a un retraso menstrual. Según la fuente que se señale, esta proporción puede variar entre un 15 y 20 % del total de embarazos.

Por otro lado, el aborto constituye uno de los factores más importantes que explican la mortalidad materna y diferentes secuelas orgánicas y sistémicas que, por lo general, llevan a la infertilidad.

Factores de riesgo asociados

Hay que señalar que también se identifican algunos factores de riesgo, que se derivan de diferentes situaciones particulares. Estos factores, sin constituirse en causas directas, tienen una contribución concurrente que requiere prestar atención. Entre estos factores, se identifican los siguientes:

- La edad de la gestante. Este rasgo de la madre constituye un factor de riesgo, cuando la gestación ocurre antes de que la mujer haya llegado a los 15 años, o cuando ya ha sobrepasado los 35 años.
- La condición de madre con múltiples partos.

- La condición materna definida por el hecho de haber padecido previamente abortos no inducidos.
- La presencia de diferentes patologías que afectan el útero y ponen en compromiso la integridad de la cavidad uterina.
- El hecho de que la gestante no haya deseado el embarazo.
- Dependiendo de la gravedad del hecho por el cual la gestante terminó embarazada, predispone actitudinalmente a esta a procurar la eliminación del producto.
- La carencia de condiciones socioeconómicas favorables, que derivan por lo general en desnutrición, pueden ser también motivo de otro tipo de carencias que afectan tanto el ánimo y disposición de la gestante, como las circunstancias en las cuales nace el producto.
- La presencia de violencia en el entorno familiar de la gestante, que puede derivar en la acción física de violencia sobre ella, como en la posibilidad de estados de estrés muy fuertes que elevan la producción orgánica de cortisol, afectando con ello al producto.
- La presencia de intoxicación ambiental de diferente procedencia, que puede resultar directamente perjudicial para la salud de la madre e indirectamente para la salud del producto.
- La presencia de factores hereditarios de consideración, que pueden desvirtuar el normal desarrollo del embarazo y terminar en una interrupción involuntaria del mismo.

Cuadro clínico

En lo que se refiere a este aspecto, se reconoce como el elemento fundamental que lo define un embarazo que se interrumpe antes de que el periodo de gestación haya alcanzado las 22 semanas. Por lo general, las siguientes situaciones pueden ser concurrentes o no:

- Presencia de dolor en el abdomen, a la altura del bajo vientre; y/o presencia de sangrado vaginal en cantidad no fija, ya sea que se dé con modificaciones cervicales o no.
- Situación en la que se produce la eliminación o no del producto de la gestación.

Diagnóstico

- Criterios diagnósticos: los criterios que se utilizan para el diagnóstico se identifican con las características del cuadro clínico. En ese sentido, se tienen:
 - Interrupción del embarazo cuando el periodo de gestación no ha alcanzado todavía las 22 semanas.
 - Presencia de dolor en el abdomen, a la altura del bajo vientre.
 - Presencia de sangrado vaginal.

Para el caso específico del aborto inevitable, se tienen en cuenta también:

- Las alteraciones producidas en el cérvix de la gestante.
- La detección de rotura de membranas.

En lo que concierne al aborto incompleto, se consideran los siguientes criterios:

- Una situación en la cual se tiene sospechas o se cuenta con evidencias de que se ha producido una pérdida parcial del contenido que estaba presente en el útero. Cabe señalar que aun cuando la pérdida se produce en el útero, los restos a eliminar podrían ubicarse ya sea a lo largo del canal cervical o también en el canal vaginal.
- Presencia de sangrado, que se manifiesta de forma continua, persistente, por lo cual se constituye en un factor que llega a hacer la vida misma de la mujer.

En cuanto a la detección del aborto completo, se consideran los siguientes criterios:

- La eliminación total del producto, lo que se verifica posteriormente mediante examen ecográfico.
- Presencia de sangrado, pero éste es relativamente escaso en comparación con el caso anterior.

En lo que se refiere al diagnóstico del aborto diferido o retenido, cuyo diagnóstico se efectúa por medio de ecografía, se siguen por lo general los siguientes criterios:

- Ausencia de visualización del embrión, al efectuar un examen, en el caso de un embarazo en el cual el saco gestacional alcanza un diámetro promedio de unos 25 mm, si se utiliza ecografía abdominal; o uno de 18 mm, si se utiliza una ecografía de las de corte transvaginal.

- Ausencia de detección de los latidos cardiacos que corresponden al producto, en un embrión cuya longitud entre la corona y la nalga es igual o mayor que seis mm.

Por otro lado, en lo que se refiere al aborto denominado séptico, se tienen en cuenta los siguientes criterios, que pueden darse en conjunto o no:

- Presencia de fiebre en la gestante, que puede alcanzar los 38 grados Celsius o más.
- Presencia de mal olor en el sangrado.

Hay que tener cuenta que puede tratarse de un aborto incompleto u otro tipo.

Diagnóstico diferenciado

Los aspectos que se consideran para arribar a un diagnóstico diferenciado, son los siguientes:

- La detección de embarazo ectópico.
- La presencia de hemorragias en el útero que manifiesta disfunciones en relación al periodo previo de amenorrea.
- La presencia de enfermedad del trofoblasto, conocido también como mola hidatidiforme.
- La presencia de laceraciones en la longitud del canal vaginal.
- La detección de patologías ya sea en el cuello del útero y/o la vagina; entre éstas se pueden considerar la presencia de células cancerígenas, presencia de pólipos, cervicitis u otros.

Exámenes auxiliares

A. De patología clínica

Ante la sospecha de patologías de este orden, se disponen los siguientes exámenes:

- Hemograma, que en este caso apunta específicamente al conteo de leucocitos, a la identificación de la fórmula de la composición de éstos, la evaluación de la hemoglobina y la estimación de hematocritos por unidad de medida determinada.
- El examen para determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh.
- El examen de orina, para verificar sedimentos, presencia de infección u otros indicadores.
- Los exámenes de reagina plasmática rápida o la prueba serológica para la detección de una posible infección por sífilis.
- Hace algunas décadas también se incluye la prueba de ELISA para la detección del VIH o también una prueba rápida con el mismo propósito.
- Una prueba típica para la confirmación del embarazo, ya sea mediante el análisis de orina o de sangre.
- En la actualidad, debido a la pandemia del nuevo coronavirus, en los diagnósticos también se ha incorporado una prueba para la detección del Covid-19.

B. De imágenes

En lo que se refiere a diagnóstico utilizando imágenes, la ecografía sigue siendo el medio por excelencia para la identificación de la situación final del aborto; en ese sentido, permite identificar los restos no eliminados que todavía permanecen en la cavidad uterina; en el caso del embrión, permite identificar la ausencia de signos vitales, las zonas en las que se ha producido desprendimiento, e incluso el número total de fetos presentes.

Manejo en función de los niveles de complejidad

En estos casos, se consideran un conjunto de medidas de orden general; y otras de intervención terapéutica.

A. Aborto incompleto

En el caso de este tipo de aborto, las recomendaciones a seguir son las siguientes:

- Hospitalización, como primera medida, de la cual se derivan todas las demás.
- Después de la hospitalización, se recurre a la aplicación de la vía endovenosa segura, con solución de Cloruro de Sodio al nueve por ciento.
- Después, se requiere ecografía y algunos de los análisis típicos de patología clínica (hemograma, grupo sanguíneo, examen de orina, pruebas de sífilis y prueba Elisa).

El procedimiento a seguir tiene en cuenta el tamaño del útero. Si éste es menor no alcanza los 12 cm, se practica un Legrado, considerando la posibilidad de dilatar el cuello del útero, en caso de ser necesario. Pero si su dimensión alcanza los 12 cm o es superior a esta medida, se examina la condición del útero. En el caso de que el cuello del útero esté abierto, y se detecten contracciones, sin que la metrorragia se haga abundante, se apunta a eliminar los restos que todavía quedan con una solución de oxitocina, en una proporción de 30 Unidades Internacionales en medio litro de Cloruro de Sodio, antes de proceder al Legrado.

En el caso de que el cuello uterino esté cerrado, sin que se manifiesten contracciones y la metrorragia no abunde, se apunta a provocar la maduración del cuello uterino mediante el uso de prostaglandina; la proporción es de unos 200 microgramos que se aplican en el fondo del saco vaginal en periodos regulares de seis horas, aunque la recomendación es que no se supere una dosis máxima de cuatro aplicaciones. Después, se procede a efectuar el Legrado.

Por otro lado, en el caso de que la metrorragia se hiciera abundante, lo que se recomienda es la colocación de una vía segura por la cual se inyecta oxitocina, antes de proceder a evacuar los restos lo más rápido posible. En este caso, en la situación con cuello uterino cerrado, se procede a efectuar dilatación con el auxilio de instrumentos; después, se procede al Legrado; sólo en caso extremo, se procede a una histerotomía abdominal.

B. Aborto retenido

En este caso específico, procede la hospitalización, y el requerimiento de los procedimientos usuales en cuanto a imágenes, sobre todo para tener una perspectiva de la viabilidad del producto; y análisis de sangre. Sin embargo, entre los análisis de sangre se añade el requerimiento del perfil de coagulación.

Aquí cabe distinguir la condición del cuello del útero. Si éste es permeable, se procede a efectuar el Legrado en el útero, por supuesto, habiendo procedido a efectuar la dilatación del canal previamente.

Por el contrario, en el caso de que el cuello uterino no tenga la condición de permeabilidad, se apunta a provocar la maduración del mismo haciendo uso de prostaglandinas. Posteriormente, como en los otros casos, se procede a seguir el Legrado.

Hay que señalar un caso particular, que ocurre cuando se identifican alteraciones en los resultados de las pruebas de coagulación. Dada una situación de éstas, se procede a efectuar el Legrado de manera inmediata, pero considerando la necesidad de hacer también y de modo simultáneo una transfusión en la que se provea de componentes sanguíneos que se consideran necesarios para salvaguardar la salud de la mujer.

C. Aborto séptico

En este caso, el procedimiento tiene algunas implicaciones mayores que lo ocurrido en las situaciones anteriormente descritas. En este caso, la

hospitalización se hace directamente en la Unidad de Cuidados Intensivos, pero siempre tomando en cuenta el estadio clínico. Una vez hospitalizada la paciente, se ordenan análisis de laboratorio y la mayoría de exámenes auxiliares que se consideran en otros casos; con esos resultados, se procede a la evaluación de la paciente.

En cuanto a mediación, se procede a la administración de ampicilina, en razón de un gr por vía endovenosa, y considerando un lapso de seis horas. A esa dosis, se añade gentamicina, en razón de cinco mg por cada kg de peso corporal; ésta también se aplica por vía endovenosa, pero a un ritmo de 24 horas.

Otros medicamentos que se administran son la ceftriaxona, en razón de dos gr por vía endovenosa, considerando un lapso de 24 horas; amikacina, en razón de un gr por vía endovenosa, considerando un lapso de 24 horas; y metronidazol, en razón de 500 mg por vía endovenosa, considerando un lapso de ocho horas.

Por otro lado, se procede a la colocación de la sonda Foley en paralelo con una bolsa de recolección. Y se monitorea la diuresis. Al mismo tiempo, se administran 2000 cc de cloruro de sodio, en la modalidad de goteo rápido, para luego continuar con 500 ml de coloide. La dosis se repite si la frecuencia cardiaca asciende a más de 120 latidos por minuto; si hay diuresis en un volumen menor que 0.5 ml por cada kilo de peso por hora; si la saturación de oxígeno sube por encima de 95%; o si se requiere tratamiento médico quirúrgico de acuerdo al caso.

Por otra parte, deben tenerse en cuenta como principales signos de alarma, la aparición de estado febril, desmayo o desvanecimiento, señales de que la presión arterial haya disminuido o la aparición de shock.

En contraste, para asumir el alta, se tienen en cuenta los siguientes criterios: que la paciente se estabilice en términos termodinámicos; procurar mantener estables sus funciones vitales; hay que aplicarle una prueba de deambulaci3n, que se mantenga sin la manifestaci3n de sntomas, y que al mismo tiempo evidencie condiciones para continuar la ingesta de alimentos y la posibilidad de efectuar actividades normales.

En ese sentido, se procura proporcionar a la paciente tanto orientaci3n como consejería en cuanto a salud sexual, reproducci3n e incluso en lo que concierne a la elecci3n de alg3n m3todo anticonceptivo, en caso de ser requerido o recomendable.

En lo que concierne a pron3stico, este se da en funci3n del tipo de complicaciones que aparecen, ya sean de tipo infeccioso o por hemorragia, y en funci3n de la velocidad con que el personal de salud realiza la intervenci3n.

Complicaciones

Cuando los procedimientos siguen los protocolos establecidos, las complicaciones son m3nimas; sin embargo, dado que se trata de una situaci3n de riesgo para la gestante que entra en curso de aborto, de todos modos, pueden surgir complicaciones. Algunas de las m3s frecuentes son el shock hipovol3mico y

también el shock séptico; en algunos casos se produce perforación del útero e incluso desgarros del cérvix, que llegan a requerir sutura; y en otros, se recurre a la histerectomía.

CAPITULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

- Identificar el cuadro clínico del aborto inminente presentado en un hospital II-2 durante el 2020.
- Conocer los factores de riesgo del aborto inminente presentado en un hospital II-2 durante el 2020.
- Conocer el manejo terapéutico del aborto inminente en un hospital II-2 durante el 2020.

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

Historia clínica

Se hizo una revisión completa de la historia clínica del caso.

A. Anamnesis

Filiación

- Edad: 32 años
- Raza: Mestiza
- Estado Civil: Conviviente
- Grado de Instrucción: Superior
- Lugar de Nacimiento: Moquegua
- Fecha de Ingreso: 01/09/2020
- Hora: 12:20
- Informante: Paciente
- Traída por: Familiar

Enfermedad actual

- Tiempo de Enfermedad: 2 días
- Síntomas Principales: Sangrado transvaginal
- Paciente acude a emergencia refiriendo sangrado transvaginal en poca cantidad acompañado de dolor de leve intensidad en hipogastrio.
- Funciones Biológicas
- Apetito: Normal
- Sed: Normal
- Deposiciones: 1 cada día
- Orinas: 3 a 4 veces por día

- Sueño: Normal

Antecedentes

- Personales

- Biológicos

- Nacido de parto: Eutócico
- Lactancia Materna: si

- Gineco - obstétricos

- Menarquia: 13 años
- Inicio Relaciones Sexuales: 20 años
- Fecha Última Menstruación: 20/04/2020
- Fecha Probable de Parto: 27/01/2021
- Edad Gestacional: 19 semanas
- Método Anticonceptivo: Ninguno
- Último Parto: 2011
- Gestas:1 Partos:1 Aborto:0 Hijos vivos:1 Hijos muertos:0
- Embarazo Actual: Sin controles pre natales

- Condición socio-económica

- Vivienda de material noble, que cuenta con servicios básicos de luz, agua y desagüe. El servicio de recolección de basura se efectúa diariamente.
- Económicamente depende: De ella misma.

- Patologías
 - Eruptivas: No recuerda
 - Accidentes: No
 - Alergias: No
 - Transfusiones: No
 - Hospitalización: No
 - Operaciones: Cirugía pélvica uterina en el 2011

B. Examen clínico

- Funciones Vitales

Tabla 1

Funciones vitales

P/A	F/C	RESP.	TEMP.	PESO	TALLA	IMC
100/70	68	20	36.4	89.5	1.56	36.8

Nota: Detalles de funciones vitales obtenidas de historia clínica.

- Aspecto general: Lúcida y Orientada en Tiempo Espacio y Persona.
- Examen Regional: Mucosa orales húmedas, conjuntivas rosadas y piel tibia
- Examen Segmentario
 - Cabeza y cuello: Normocéfalo, no tumores, cuello no adenopatías
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular adecuado en ambos campos, no ruidos
 - Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos

- Abdomen: Altura uterina: 17 cm, feto indiferente, latidos cardiacos fetales: 140 por minuto, dinámica uterina negativo.
- Aparato genitourinario: Tacto Vaginal: Dilatación: 5cm, Borramiento: 50%, Altura de presentación: flotante, Membranas Ovulares: íntegras, Pelvis ginecoide.
- Sistema Nervioso: Lúcida y Orientada en Tiempo, Espacio y Persona.
- Diagnóstico Inicial:
 - Segundigesta de 19 semanas y 1 días por fecha de última regla.
 - Aborto inminente
 - Descartar Infección del Tracto Urinario

C. Plan de trabajo

Fecha: 02/09/2020

- Control de funciones vitales cada 6 horas.
- Control obstétrico más monitoreo fetal.
- Reposo absoluto.

Fecha: 03/09/2020

- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Vigilar signos de alarma
- Apoyo psicológico
- Se solicita hemograma, perfil de coagulación

Fecha: 04/09/2020

- Control de funciones vitales cada 4 horas
- Control Obstétrico
- Ecografía Obstétrica
- Se solicita hemograma, Proteína C. Reactiva
- Reposo Absoluto

Fecha: 05/09/2020

- Control de funciones vitales
- Control obstétrico
- Hemograma, Velocidad de Sedimentación Globular, Proteína C. Reactiva
- Reposo absoluto
- Electrocardiograma

D. Tratamiento

Fecha: 02/09/2020 (08:00)

- Dieta Blanda más líquidos abundantes.
- Cloruro de Sodio 9% 1000cc a treinta gotas por minuto.

Fecha: 03/09/2020 (20:16)

- Clindamicina 600 mg cada 8 hrs. Vía Endovenosa.
- Gentamicina 80 mg cada 8 hrs. Vía Endovenosa.

Fecha: 04/09/2020 (09:00)

- Dieta 2000 Kcal s/carbohidratos
- Clindamicina 600 mg cada 8 hrs. Endovenoso lento.
- Gentamicina 80 mg cada 8 hrs. Endovenoso lento.
- Candado de Cloruro

E. Evolución

Fecha: 02/09/2020 (16:00)

Paciente actualmente refiere leve sangrado transvaginal leve dolor tipo contracción. Al examen se realiza especuloscopia se evidencia orificio cervical entreabierto con pérdida de líquido amniótico. Latido Cardíaco Fetales 144 -148 por minuto.

- Diagnóstico:
 - Segundigesta de 19 semanas y 2 días por fecha de última regla.
 - Aborto Inminente
 - Cesareada Anterior

Fecha: 03/09/2020

Paciente refiere presentar sangrado vaginal escasa cantidad con dolor en hipogastrio. En aparente buen estado general, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición, piel tibia, mucosas húmedas, mamas no dolorosas. Abdomen blando depresible doloroso en hipogastrio. Genitales se evidencia sangrado vaginal en escasa cantidad.

- Diagnóstico:
 - Aborto en curso
 - Síndrome ansioso depresivo

Fecha: 04/09/2020

Paciente de 32 años de edad segundigesta primípara con gestación de 19 semanas y 4 días con diagnóstico de Aborto Inminente. Refiere que el día de ayer presentó pérdida de líquido y sangrado. Al examen en regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, mucosas húmedas, piel tibia, tórax normal, Abdomen blando depresible, Altura Uterina:19 cm, se observa sangrado transvaginal escaso al tacto Dilatación: dehiscente, Borramiento: 90%, Altura de Presentación: -3, Membranas Ovulares: Rotas, Pelvis Ginecoide.

Evolución desfavorable

- Ecografía: Anhidramnios
- Diagnóstico: Aborto Inevitable
- Indicaciones: continuar antibioticoterapia, reposo absoluto.
- Se conversa con paciente sobre pronóstico de gestación y se solicita hemograma, Proteína C. Reactiva.

Fecha: 05/09/2020

- Paciente de 32 años Segundigesta primípara con gestación de 19 semanas y 5 días con diagnóstico de Aborto Inminente.
- Tranquila con escaso sangrado.

- Al examen en regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, mucosas orales húmedas, Tórax normal, Abdomen con altura uterina: 20 cm y Dinámica uterina irregular, escaso sangrado transvaginal.
- Evolución Estacionaria
- Diagnóstico: aborto inminente
- Indicaciones: Se conversa con paciente sobre pronóstico de gestación y posibilidad de corioamnionitis por alteraciones en hemograma u óbito fetal.

Fecha: 08/09/2020 (13:00) se inicia el procedimiento de legrado uterino

- Diagnóstico de Ingreso: Aborto Incompleto
- Procedimiento realizado: Legrado Uterino, analgesia general

Fecha: 08/09/2020 (14:00) se monitoriza funciones vitales post procedimiento

Tabla 2

Monitoreo de funciones vitales

Hora	P/A	FC	Temp.	Sangrado
14:00	110/74	70	36.6	P/C
14:15	100/70	78	36.7	P/C
14:30	100/72	70	36.5	P/C
14:45	100/60	90	36.9	P/C

Nota: Detalles del monitoreo de funciones vitales obtenida de historia clínica.

- Evolución: favorable sin complicaciones pasa a su unidad.

Diagnóstico post legrado uterino

- Aborto Incompleto

Plan

- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal

Tratamiento

- Cloruro de Sodio 9%/1000cc + 30 UI de oxitocina a treinta gotas por minuto.
- Clindamicina 600 mg cada 8 horas vía endovenosa.
- Gentamicina 80 mg cada 8 horas vía endovenosa.

Fecha: 08/09/2020 (18:00) Paciente niega molestias refiere leve dolor en hipogastrio y se evidencia escaso sangrado transvaginal.

Fecha: 09/09/2020 (08:00) Paciente niega molestias.

- Al examen en aparente buen estado general, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición, lucida orientada en tiempo espacio y persona.
- Piel tibia mucosas orales húmedas
- Pulmones murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular rítmicos no soplos
- Abdomen blando depresible leve dolor a nivel de hipogastrio
- Genitales escaso sangrado vaginal

Diagnóstico: Post Legrado Uterino día 1

- Aborto Incompleto

Evolución: Favorable

Plan: alta con indicaciones

F. Epicrisis

- Fecha y Hora de Ingreso: 01/09/2020 (12:20)
- Fecha y hora de Egreso: 09/09/2020 (11:00)
- Días de estancia: 08 días
- Diagnóstico de Ingreso
 - Segundigesta de 19 semanas y 1 días por fecha última de regla
 - Aborto inminente
 - Descartar Infección del Tracto Urinario
- Signos y Síntomas de Ingreso: paciente acude a emergencia refiriendo sangrado transvaginal en poca cantidad acompañado de dolor de leve intensidad en hipogastrio.
- Tratamiento
 - Legrado Uterino
 - Clindamicina 600 mg cada 8 horas vía endovenosa.
 - Gentamicina 80 mg cada 8 horas vía endovenosa.
- Evolución: favorable, no presentó ninguna complicación
- Diagnóstico de Egreso: aborto incompleto

- Indicaciones de Alta:
 - Clindamicina 300 mg vía oral cada 8 horas por 5 días.
 - Ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 horas por 3 días.
 - Cita en 7 días por Emergencia

2.3 DISCUSIÓN

Este trabajo académico analiza el problema de aborto inminente que evoluciona desfavorablemente a un aborto inevitable que termina en un aborto incompleto; debe puntualizarse que estos estadios clínico del aborto limita muchas veces su análisis, debido a la mayoría de los trabajos consultados enfocan principalmente al aborto incompleto, por ser mucho más frecuente, El aborto inminente podríamos definirlo como la exacerbación de los síntomas de la amenaza de aborto, aumentando el sangrado pero no hay modificaciones del cuello uterino ni salida de líquido amniótico, cuadro clínico que coincide con el cuadro clínico al momento del ingreso , exacerbándose este con el transcurrir de los días, presentándonos modificaciones irreversibles del cuello uterino y evidenciándose la salida de líquido amniótico con aumento de sangrado transvaginal , cuadro clínico que concuerda con la definición de un aborto inevitable con la posterior expulsión parcial del contenido uterino culminado el cuadro clínico en un aborto incompleto.

Al analizar los factores de riesgo podemos decir que en nuestro caso clínico la paciente presentaba 32 años edad muy cercana a los 35 años que indican que el riesgo de un aborto se va incrementando a partir de esta edad. Otro factor de riesgo identificado es el incremento del Índice de Masa Corporal (IMC) la paciente del caso

clínico tenía un IMC de 36.8 índice nutricional que la cataloga con obesidad, además En la revisión de los examen laboratoriales podemos observar un hemograma patológico, y un PCR reactivo +++, valores que indican un proceso infeccioso en la actualidad se ha incorporado la prueba del COVID para la detección del coronavirus ya que nos encontramos en plena pandemia resultando la prueba rápida positiva (IG G y IG M) al momento de su ingreso refiriendo haber tenido la infección con anterioridad y que al momento de la hospitalización ya no presentaba sintomatología para la infección. Se dispone de muy poca información acerca de la evolución de la gestación en pacientes con COVID-19 en el primer trimestre; la mayor parte de los datos es aplicable a los dos últimos trimestres de la gestación. Los hallazgos de estas investigaciones serían particularmente útiles para el asesoramiento de mujeres que tengan la infección COVID-19 y para aquellas que planifican quedar embarazadas en este periodo de pandemia.

Se analiza el manejo terapéutico del aborto y sus diferentes formas clínicas que fue adecuado cumpliendo con los protocolos de emergencias obstétricas del Ministerio de Salud (MINSA).

2.4 CONCLUSIONES

Luego de la revisar las diversas investigaciones consultadas y de realizar el análisis del caso clínico presentado podemos concluir que:

- El cuadro clínico del aborto inminente presentado en el caso clínico es: El sangrado, pero no hay modificaciones del cuello uterino ni salida de líquido

amniótico al ingreso, exacerbándose el cuadro clínico con el transcurrir de los días, presentando modificaciones irreversibles del cuello uterino y evidenciándose la salida de líquido amniótico con aumento de sangrado transvaginal con la posterior eliminación incompleta del contenido uterino.

- Los factores de riesgos identificados para el aborto inminente fueron: edad muy cercana a los 35 a más, edad donde el riesgo de producir un aborto es mayor, la presencia de un IMC alto y la presencia de un foco infeccioso además de infección como el COVID-19.
- El manejo terapéutico del aborto inminente por el personal médico del Hospital fue adecuado y oportuno de acuerdo con las guías clínicas del Ministerio de Salud del Perú, cumpliendo con el objetivo de brindar una atención adecuada a la madre.

2.5 RECOMENDACIONES

- El personal de salud debe seguir motivando a la población y en especial a las gestantes a asistir a edades gestacionales tempranas a los controles prenatales programados por el personal de salud con la frecuencia que se estime conveniente, y contar con los resultados de todos los exámenes laboratorios solicitados los que ayudaran a identificar algún factor de riesgo que pueda poner en peligro la gestación.
- Garantizar la atención prenatal reenfocada, es el conjunto de actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de ninguno de

los dos. Debe realizarse en todos los establecimientos de salud por profesionales calificados médicos y obstetras y con la participación del equipo de salud.

- Se debe implementar un programa de apoyo emocional a todas las mujeres que han tenido la pérdida del embarazo, y más cuando la madre presenta tristeza y depresión.
- Es importante la consejería sobre los signos de peligro de la gestación y la búsqueda de ayuda oportuna. Si se tiene signos o síntomas de aborto es importante acudir por ayuda profesional de salud. Dependiendo de las circunstancias, podrías necesitar atención médica inmediata.
- Brindar orientación y consejería en planificación familiar pos aborto garantizando el acceso gratuito de métodos de planificación familiar a todas las pacientes que han tenido un aborto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Manual de Práctica Clínica Para un Aborto Seguro Montevideo: OMS; 2014.
2. Galli B. Reflexiones Sobre el Estigma Social y la Violencia Institucional en Procesos Judiciales de Mujeres y Adolescentes “Culpables” de Aborto en el Estado de Río de Janeiro Buenos Aires: Siglo XXI; 2018.
3. Ganatra B, Tunçalp , Johnston H, Johnson Jr B, Gülmezoglu A, Temmerman. From Concept to Measurement: Operationalizing WHO’s Definition of Unsafe Abortion. Bull World Health Organ. 2014.
4. Maravi-Ricse S. Aborto Espontáneo y Factores Asociados en Mujeres a Partir de los 35 años de Edad Atendidas en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" Durante el año 2018. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Lima; 2020.
5. MINSA. Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva Lima: Sinco; 2007.

6. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú. Boletín. Lima: MINSA; 2020.
7. Zhang L, Yang Y, Zhang R, Tan J, Zhou L, Wang Q, et al. Comparación de la Composición Etiológica de Pacientes con Aborto Espontáneo Recurrente Temprano con dos o tres o más Abortos Espontáneos. Revista. China: Universidad Sun Yat-sen; 2018.
8. Rivero-Navia M, Pintado-Abad S. Frecuencia y Factores de Riesgo de Aborto en Mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús Durante el Periodo de Enero y Febrero del 2017. Tesis de pregrado. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil; 2017.
9. Lampert M. Interrupción Voluntaria del Embarazo: Definición, Proyectos de ley y Legislación Extranjera. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2015.
10. Mamani-Vega L. Prevalencia de Violencia Basada en Género y sus Repercusiones Maternas y Perinatales en Mujeres Puérperas Atendidas en el Hospital Ilo, Provincia de Ilo, 2011. Tesis de maestría. Ilo: Universidad José Carlos Mariátegui, Moquegua; 2013.