



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

ABORTO SÉPTICO EN UN HOSPITAL DE III NIVEL 2019

PRESENTADO POR

LADY LAURA GOMEZ ENCISO

ASESOR

DR. ALLYN OSWALDO ZA VALETA PESANTES

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

MOQUEGUA – PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**ABORTO SÉPTICO EN UN HOSPITAL DE III NIVEL 2019**” presentado por el(la) aspirante **GOMEZ ENCISO LADY LAURA**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) **Dr. ALLYN OSWALDO ZA VALETA PESANTES**, designado como asesor con Resolución Directoral N° **0590-2021-DEPG-UJCM**, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

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

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	GOMEZ ENCISO LADY LAURA	ABORTO SÉPTICO EN UN HOSPITAL DE III NIVEL 2019	29%

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

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

Moquegua, 03 de octubre de 2024

UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

Dr. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO UJCM- SEDE MOQUEGUA

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
PÁGINA DE JURADOS.....	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE DE CONTENIDO	5
RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO	7
CAPÍTULO I.....	8
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2 JUSTIFICACIÓN	10
1.3 MARCO TEÓRICO.....	12
1.3.1 Antecedentes.....	12
1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad.	14
1.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	26
CAPÍTULO II.....	28
2.1 OBJETIVOS	28
2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	28
1. Identificación.....	29
2. Atención Gineco obstétrica en emergencia:	29
3. Motivo de Emergencia.....	30
2.3 DISCUSIÓN	37

2.4 CONCLUSIONES	38
2.5 RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFIA.....	40

RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO

El aborto, sigue siendo un tema prioritario de salud pública; se encuentra ligado a los derechos reproductivos, a los derechos sexuales, como al bienestar e integridad de las mujeres; que puede causar la muerte de madres gestantes, siendo estas consecuencias prevenibles y evitables.

El aborto séptico es una de las complicaciones del aborto inseguro, pudiendo ser una consecuencia de los abortos provocados.

El estudio del presente caso clínico tiene por objetivo, describir el desencadenamiento de un cuadro séptico por aborto en una mujer de 34 años, que acudió a emergencia por presentar sangrado vaginal con coágulos y mal olor, además de alza térmica y dolor abdominal intenso, a quien se valoró como amenaza de aborto e infección urinaria de tres semanas de anterioridad.

El tratamiento realizado en el establecimiento se realizó siguiendo el protocolo de atención, administración de antibióticos y antipiréticos para el manejo del cuadro clínico, posteriormente realizaron un legrado uterino bajo anestesia, cuya evolución fue favorable; dándose de alta con evidente mejora de su salud.

Palabras clave: aborto, aborto séptico, factores de riesgo, legrado uterino.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Usualmente la sepsis complica el diagnóstico de aborto; conocido también como aborto por infección y que representa una problemática que puede conducir a una mortalidad materna (1).

A nivel internacional el aborto séptico, por sus complicaciones representa la primera causa de muerte materna, cuyo origen más frecuente son los casos de aborto provocados (2). La infección relacionada con el embarazo representa una de las primeras causas de mortandad a nivel mundial, donde mueren cerca del 10.7% de mujeres en países con bajos recursos (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que alrededor de 70 000 mujeres perecen por las complicaciones relacionadas con el aborto ilegal y/o inducido (4).

El aborto, como materia de salud pública y social, cuyas repercusiones afectan a nivel psicológico, social y económico, y tiene como causas la escasa educación sexual, la presión de la familia, el poco apoyo de la pareja así como un sin número de factores de tipo cultural, social o demográfico (5). Por otro lado, el aborto inseguro, representa entre el 4.7% y el 13.2% de casos de mortalidad materna (6).

En países como Uganda, la práctica del aborto es habitual y realizada por personas que no cuentan con la formación académica necesaria, lo que empeora las condiciones contribuyendo al incremento de la mortandad; por otro lado, los sectores rurales tienen un precario sistema de salud y, las mujeres que desean abortar emplean hierbas sin ningún sustento científico y de manera clandestina, y en dos de los casos estudiados, una de las mujeres resultó con necrosis uterina y peritonitis pélvica, por lo que tuvieron que realizarle múltiples intervenciones y en un segundo caso documentado, la mujer llegó a tener un problema de falla hepática renal, sin poder salvarla (7).

La realidad del aborto se complica en muchos países cuyas leyes que penalizan el aborto no resuelven el problema, ya que lo que se origina es el aborto inseguro, y debido a esta naturaleza, se incrementan las complicaciones infecciosas para la madre gestante (8).

A nivel de América Latina, cerca de catorce millones de gestaciones fueron no planificadas, y cerca del 46.0% de todos estos embarazos terminaron en abortos (9).

El Ministerio de Salud peruano, en 2012, realizó un estudio donde se evidenció que el aborto séptico produjo un 12% de decesos maternos en el país.

Además, se estima que el aborto séptico causa al menos el 20% de las hospitalizaciones por complicaciones de aborto en el país.

Según el boletín epidemiológico del Perú , el año 2023, el 9.4% de muertes maternas se debio al aborto y sus complicaciones, y la sepsis obstétrica se presento en el 6.7 % de muertes maternas evitables (10). En el Instituto materno perinatal al aborto séptico se presento en el 6.0% de casos de morbilidad materna extrema (11).

1.2 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, unos del problema que van en incremento es el aborto, sea cual fuese las razones del aborto, con consecuencias nefastas, es de suma importancia señalar que el conocimiento y prevención puede ayudar a tomar conciencia y mejores decisiones para evitar los problemas de salud. Debido a ello, la presente investigación presenta justificación a nivel teórico, práctico, metodológico.

La justificación teórica de estudiar el aborto séptico radica en la necesidad de comprender mejor las causas, prevenir y tratar las complicaciones que pueden causar la muerte producto de la inseguridad en un aborto. El aborto séptico sigue siendo motivo de preocupación en países subdesarrollados, pues la atención de los servicios que brindan seguridad y calidad en la atención médica es limitada. De igual manera, el estudio del aborto séptico puede

contribuir a una mejor comprensión del bienestar sexual y reproductivo de la población femenina, así como a la identificación de factores sociales, culturales y económicos que contribuyen a la práctica del aborto inseguro. Además, el estudio del aborto séptico puede ayudar a desarrollar estrategias efectivas para prevenir el aborto inseguro, mejorando la calidad de la atención por los proveedores de servicios de salud y la calidad de vida de la población femenina. Estudiar el aborto séptico también se basa en la importancia de comprender la epidemiología, la fisiopatología y la gestión clínica de esta complicación. El diagnóstico temprano y adecuado trato del aborto séptico es fundamental en la prevención de una complicación grave y salvar vidas.

A nivel práctico, el estudio sobre el aborto séptico permitirá comprender que es necesario que el personal sanitario sepa identificar y tratar los casos de aborto considerados como inseguros oportunamente para evitar una complicación del aborto y prevenir la mortalidad materna, así también es importante, porque se puede comprender también aquellos factores por los que una mujer decide abortar no contemplando que los abortos inseguros pueden ocasionar la muerte.

A nivel metodológico, el trabajo se justifica porque un caso clínico permite a los profesionales de la salud desarrollar habilidades y capacidades para poder diagnosticar y tratar una enfermedad que se observa aplicando todos los conocimientos teóricos y prácticos.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 Antecedentes

Nivel Internacional

Págalos K. y Riera L. (2022) desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue “determinar los cuidados de enfermería en la mujer con aborto por automedicación” para ello, realizaron una indagación cualitativa de tipo documental., en la que se señala que la automedicación de la mujer en etapa del embarazo puede ser muy contraproducente, ya que existe evidencias sobre malformaciones y otras complicaciones en el bienestar de la mujer y el feto, e incluso, terminar en aborto; concluyendo que los cuidados de enfermería son muy importantes para la vigilancia a mujeres que realizaron un aborto por la automedicación (12).

Kishan R. et al (2022) realizaron un reporte de caso, sobre el aborto séptico con complicaciones: endocarditis infecciosa, vegetación de la válvula mitral y artritis séptica y reactiva; contando para ello con el caso de una mujer de 30 años quien luego de someterse a un legrado, resulto un aborto incompleto y debido a las complicaciones tuvo que ser intervenida tuviéndole que reemplazar la válvula mitral (13).

Nivel Nacional

Diniz F. et al. (2023) realizaron un estudio de caso sobre una paciente brasileña de 22 años con amenorrea de 9 semanas que

ingresó en el hospital San Juan Bautista por fiebre con escalofríos y dolor abdominal, con diagnóstico clínico de aborto completo la semana previa. El aborto séptico progresa rápidamente y puede ser letal, por lo que debe investigarse en cualquier paciente en el contexto de un embarazo o pérdida del embarazo con dolor abdominal o pélvico y fiebre. Además de la investigación, es de suma importancia el tratamiento correcto y preciso del paciente en cuanto a la antibioticoterapia inmediata y la eliminación del foco infeccioso. Por la gravedad que presenta y por tratarse de una patología tan común relacionada con los abortos espontáneos, se vuelve de suma relevancia discutir el manejo del tratamiento más adecuado para las pacientes. (14).

Granizo L., (2022) desarrollo un reporte de caso sobre una gestante de 20 años, referida a un hospital de mayor complejidad desde su establecimiento, que fue diagnosticada con una gestación de veintidós semanas más un cuadro de shock séptico, evaluada en la emergencia del nosocomio, donde se le hospitaliza e inicia protocolo de antibioticoterapia, donde el manejo obstétrico fue adecuado y oportuno ya que se trató la causa y realizaron seguimiento de manera diaria, lo que desencadenó una evolución favorable de la paciente. (15).

Baba H. et al. (2017) en su reporte de caso de aborto séptico por infección de *Haemophilus influenzae* no tipificable resistente a ampicilina β -lactamasa negativa. El caso reportado hace referencia

de una mujer casada de 31 años, con 17 semanas y 6 días de gestación, siendo diagnosticada inicialmente con parto prematuro, por lo que, para retardar el parto, se le suministro un fármaco tocolítico, posterior a las 2 horas de esta intención la mujer tuvo un aborto espontaneo y luego acabo en un shock séptico, al realizar el tratamiento con cefotaxima fue dada de alta después de días, concluyendo, que si bien para tratar el aborto séptico se recomienda la penicilina con un inhibidor de la β -lactamasa, cabría la posibilidad de ser contraproducente cuando la infección ha sido ocurrida por infección de H. influenzae BLNAR (16).

Sosa C. 2024 en su reporte de caso Aborto séptico en un establecimiento nivel II. Presento el caso de una tercigesta de 27 años quien acudió a un establecimiento nivel II-2 por sangrado vía vaginal, dolor abdominal de 5 días de evolución, con fecha de última menstruación desconocida, a la evaluación las funciones vitales son normales, el sangrado vaginal tiene mal olor, resultados e ecografía con hallazgos de aborto incompleto, y exámenes de laboratorio proteína C reactiva positiva, hemograma normales, siendo hospitalizada, luego se procedió a legrado uterino con extracción de restos escasos con ligero mal olor. Sale de alta con tratamiento antibiótico y método anticonceptivo hormonal (17).

1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad.

En el mundo, de manera anual se producen 73 millones de abortos, donde el 61% son producto de un embarazo no deseado, y de este

porcentaje; el 29% de estos embarazos se interrumpen de manera voluntaria. (18)

La organización mundial de la salud indica que entre el 4.7% y 13.7% de las muertes de embarazadas son a consecuencia de un aborto riesgoso. En los países del primer mundo, de cada 100 000 abortos, 30 mujeres mueren, y en los países del tercer mundo la cifra aumenta a 220 muertes por cada 100 000 abortos. Según estimaciones del año 2012, en los hospitales de países del tercer mundo se atienden las complicaciones de 7 millones de mujeres producto de un aborto peligroso. Estas complicaciones son: retención de restos endouterinos, sangrado profuso, infección, útero perforado, deterior en los genitales y órganos internos debido al uso de instrumental inadecuado en la vagina o ano. (19)

Definición de aborto

La OMS, la OPS y la SEGO, definen el aborto como la culminación del embarazo antes de la semana 22, cuyo producto pese menos de 500 gramos, ya sea espontaneo o inducido. (20,21)

Clasificación del aborto

Según edad gestacional:

- a) **Temprano:** el 80% de casos es espontáneo y ocurre antes de la 12ava semana de gestación. (9)
- b) **Tardío:** se producen después de la semana 12 y antes de la semana 22 de gestación. (19)

Según intencionalidad:

- a) **Espontáneo:** cuando se pierde el producto sin mediación extrínseca. (9)
- b) **Inducido:** es cuando se interrumpe el embarazo, mediante tratamiento farmacológico o quirúrgico de un producto vivo que aún no es viable. (20)

Según clínica:

- a) **Aborto completo:** cuando ocurre la pérdida absoluta del contenido endouterino del embarazo, con un volumen disminuido del sangrado vaginal; y que al cabo de una hora se produce el cierre del orificio cervical. (9)
- b) **Aborto incompleto:** la pérdida fragmentada del producto de la gestación, quedando residuos dentro del útero de los tejidos de la gestación, al evaluar a la paciente se evidencia útero aumentado de tamaño y orificios cervicales entreabiertos. (21)
- c) **Aborto inevitable:** es cuando se produce rotura de membranas, dilatación del cérvix, que provocan que se vuelva imposible detener el proceso. (22)
- d) **Aborto frustrado:** es cuando el feto falleció previo a la semana 22, y no se expulsó, tampoco hay cambios en el orificio cervical. (21)
- e) **Aborto séptico:** es cuando se presenta una infección grave que complica el aborto. (22)

Etiología

De acuerdo con la Guía práctica del aborto séptico del Hospital Regional Docente de Cajamarca las causas del aborto séptico son ocasionados entre otras razones por el empleo de instrumental con déficit en el proceso de esterilización, perforación intestinal, etcétera; lo que facilita la invasión de gérmenes de origen anaerobios como los peptoestreptococo, bacteroides y otros; y los de origen aerobios como son los escherischiacoli, klebsiella, proteus y otros. La fisiopatología, evidencia que las bacterias y el huésped interactúan cuando las bacterias colonizan y penetran el epitelio, invaden por la vía canalicular, vía hemática y vía linfática, multiplicándose dentro del huésped, liberando endotoxinas, ácido tético, y dañándolo al provocar sepsis o shock. (23)

Aspectos epidemiológicos

El aborto séptico es una de las complicaciones que tiene alta probabilidad de terminar en muerte, cuyas cifras representan entre el 27.0% y el 59.0% de los casos (23).

Incidencia

De acuerdo con Yamanaka y Shimabukuro, el aborto séptico tiene mayor incidencia en países en desarrollo y con mucha frecuencia en países donde el aborto es considerado ilegal; pero en Japón, se desconoce la incidencia (24). En países con recursos por cada 100 000 casos de abortos inseguros se produce el deceso de 30 mujeres, este índice se incrementa en países con limitados recursos,

estimándose en 220 mujeres que mueren por cada 100 000 casos de estos abortos (25). Países como Estados Unidos presentan una baja incidencia, sin embargo, no existen cifras oficiales

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo del aborto séptico se encuentran: la edad de madre, afectando más menores de 15 años o mayores de 35 años, multíparas, con historia previa de abortos, embarazos no deseados, patologías crónicas, socio-económicamente inestables, ausencia de atenciones prenatales, violencia intrafamiliar entre otros.

Definición de aborto séptico

El aborto séptico es una complicación de gravedad, pudiendo ocurrir luego de un aborto inseguro o incompleto; y “se caracteriza por un estado grave con escalofrío, gran hipertemia, septicemia y peritonitis” (18).

El aborto séptico es el aborto ya sea inducido o espontáneo, que presenta una complicación uterina y endometritis, y se presenta en embarazos de hasta 22 semanas de gestación. En relación a los síntomas usuales, las mujeres presentan fiebre, secreción vaginal o cervical purulenta, taquicardia o hipotensión (26).

El aborto séptico es conceptualizado también como un mecanismo de infección ascendente que provoca infección del endometrio, de los anexos ovulares y parametrio; debido al ingreso de agentes

infecciosos durante una maniobra para provocar el aborto o por la ruptura de las membranas (14).

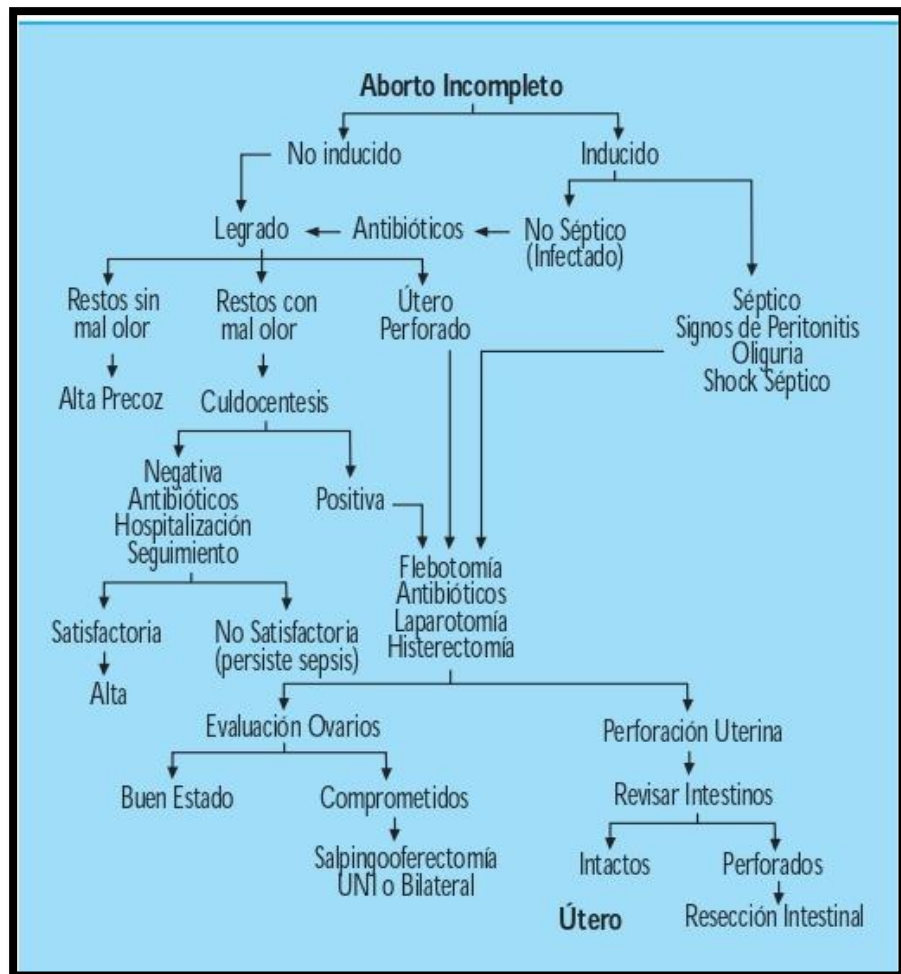
El Manual MERCK define al aborto séptico como un grave proceso infeccioso uterino, que puede ocurrir en cualquier momento (antes, durante o después) de un aborto espontáneo. Hay casos de aborto séptico que suelen ocurrir cuando el personal de salud que velan por la atención médica no se encuentran capacitados y emplean técnicas no estériles para eliminar todo resto del útero una vez producida el aborto ya sea voluntario o inducido (27).

Según las Guías de Práctica Clínica de Obstetricia, el aborto séptico es una grave complicación que desencadenaría sepsis y falla múltiple de órganos (4).

En el Volumen 3 de los “Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato”, coincidiendo con las demás definiciones, hace referencia a una complicación del aborto cuando se infectan los órganos del aparato genital provocando sepsis, presentando además fiebre, fetidez de los loquios (sangrado vaginal post parto), que puede llegar a evolucionar a Shock séptico (28).

Figura 1.

Manejo del aborto incompleto



Nota. Tomado del artículo “Aborto como causa de muerte materna” (29).

Cuadro clínico

Según la “Guía de práctica clínica para la atención de emergencia obstétricas según nivel de capacidad resolutoria del MINSA”, el cuadro clínico que se presenta en el aborto incompleto o frustrado está caracterizada por la presencia de fiebre de 38°C y en algunos casos

con sangrado que presenta mal olor; cuyos estadios clínicos son: endometritis, anexitis, pelvi peritonitis y shock séptico (34).

En cuanto a la endometritis, que es una inflamación del endometrio, cuyos síntomas habituales son: dolor abdominal, fiebre, flujo vaginal con mal olor, taquisfigmia o incremento del pulso, entre otros síntomas (30).

La anexitis hace referencia a la inflamación de los anexos uterinos, cuyos síntomas adicionales a los mencionados, son: dolor en la pelvis u abdomen, respuesta positiva al dolor cuando se moviliza el cérvix. (31)

La pelvi peritonitis, que es una inflamación del peritoneo, presenta síntomas como: los signos peritoneales, relacionados con la irritación o inflamación del peritoneo y la taquipnea o polipnea, referida al incremento de la frecuencia respiratoria comparada con la de reposo (31).

En relación al Shock séptico, que representa la mayor gravedad de una complicación del aborto, presenta síntomas como: presión arterial disminuida, ausencia o disminución de la diuresis e hipertermia. (32)

Diagnóstico

La “Guía de práctica clínica para la atención de emergencia obstétricas” del MINSA indica los criterios de diagnóstico entre los

que hace referencia el historial clínico, los exámenes físicos, resultados de laboratorio y exámenes auxiliares. Por otro lado, refiere del diagnóstico diferencial para la sepsis, pielonefritis, enfermedad inflamatoria pélvica complicada, vulvovaginitis complicada y patología cérvico-vaginal.

Exámenes auxiliares

De acuerdo con el “Manual breve para la práctica clínica en emergencia obstétrica” de UNICEF, refiere como exámenes complementarios (33):

Exámenes de laboratorio: tipo de sangre y Rh, prueba de embarazo en orina y sangre, hemograma, plaquetas, frotis de sangre periférica, perfil hepático: bilirrubinas, transaminasas, urea y creatinina plasmática. (5,34).

Exámenes de bacterias: hemocultivos x2 (gérmenes aerobios y anaerobios), cultivo de orina, cultivo de secreción de material intraoperatorio de colecciones abdominales (5,35,36).

Imágenes, referidas a rayos x de abdomen para verificar cuerpos extraños, niveles hidroaéreos del peritoneo; y referidas a ecografía ginecológica para identificar restos endouterinos retenidos, colecciones, endometrio engrosado, útero perforado y gas intramiometrial (5,37).

Manejo

De acuerdo con las “Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo”, recomienda que el aborto séptico debe ser manejado, se de acuerdo a la gravedad del caso, se debe de hacer consultas con infectología y/o con medicina crítica; así también, se le debe de informar tanto al paciente como a los familiares acerca de la condición clínica de la paciente, en el que se debe hacer saber sobre los procedimientos a realizar, los posibles riesgos y demás información relevante a fin de obtener el consentimiento informado; por otro lado, debe referirse a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad y se debe realizar sin considerar su edad; así también, antes del alta, se recomienda a la paciente sobre los anticonceptivos, se le brinda además orientación y consejería (38).

Tratamiento del aborto séptico

En caso del tratamiento, se cuenta con dos procedimientos: a) antibióticos y b) la extirpación del contenido o resto del útero. En relación al uso de los antibióticos de amplio espectro son recomendados muy ocasionalmente, sin embargo, existe discrepancia sobre la efectividad de este tratamiento, ya que no se tiene certeza con evidencia científica si solo o en combinación tienen el mayor efecto (32).

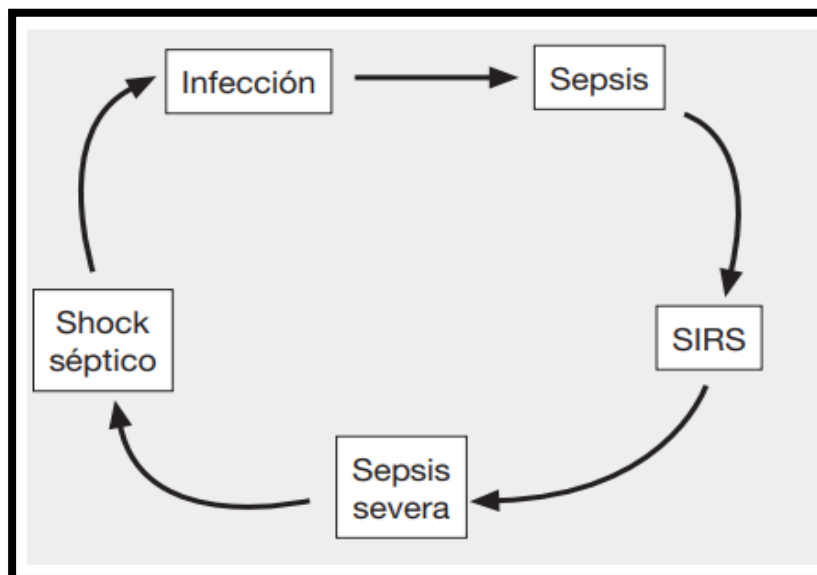
Complicaciones

Las complicaciones en el aborto séptico pueden ser diversas, y depende principalmente si el aborto se realizó de manera segura o insegura; así también depende de aspectos relacionados con la edad de la gestante, la presencia de comorbilidades, y otras razones. Entre las complicaciones más usuales se encuentran: shock, útero perforado, desgarro cervical y pelviperitonitis. (13)

En relación al shock séptico, hace referencia al resultado en gravedad de una infección, ocasionada por un agente infeccioso, sus toxinas producen una descompensación cardiovascular (33).

Figura 2.

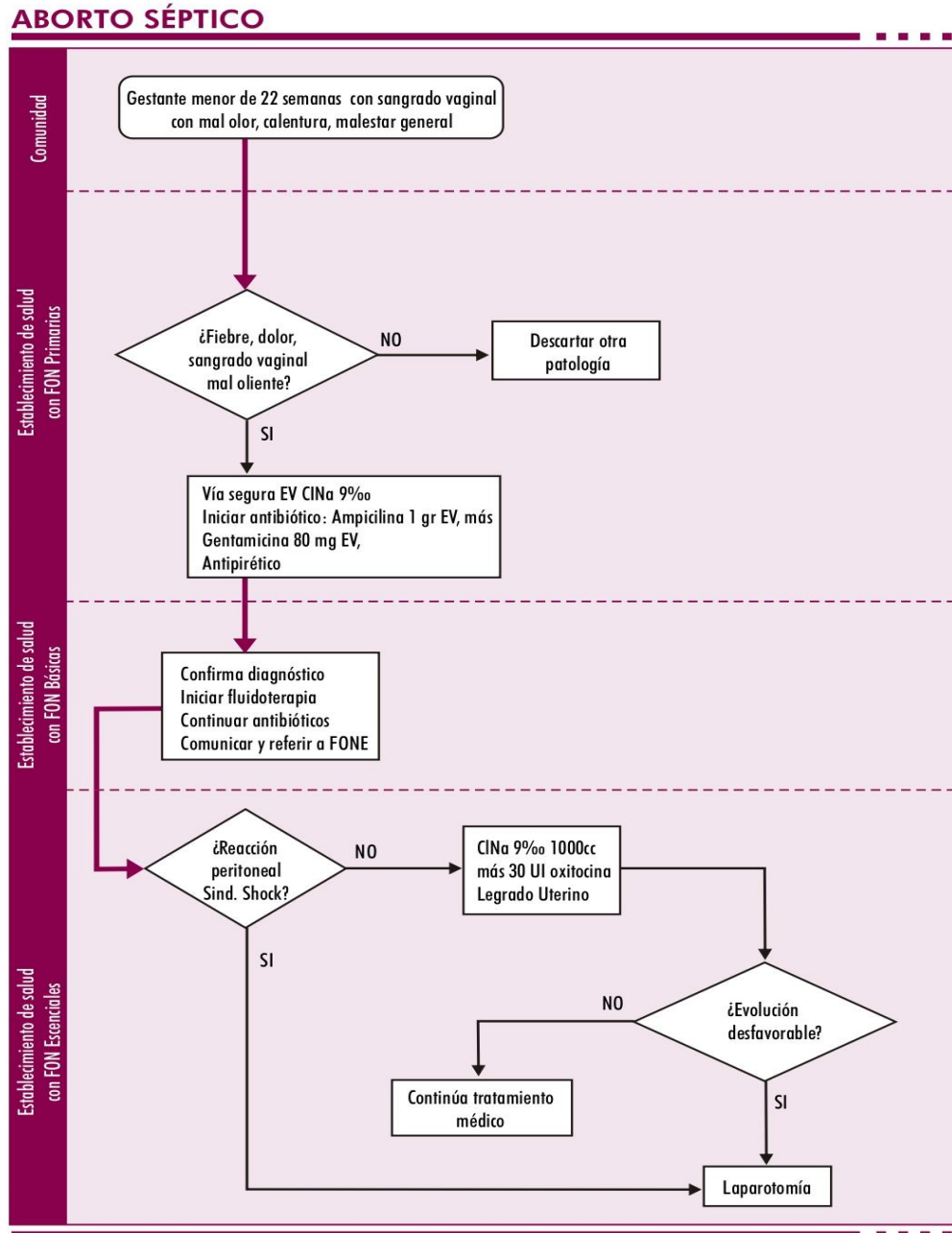
Evolución de una infección a shock séptico



Nota. Tomado del Tratado de geriatría para residentes

Figura 3.

Flujograma del aborto séptico



Nota. Tomado de la Guía técnica: Guía de práctica clínica para la atención de emergencia obstétricas según nivel de capacidad resolutive

1.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Aborto: Eliminación del producto del embarazo menor a 500 gramos (hasta las 22 semanas de gestación) u otro producto sin tener en cuenta su peso o tiempo de embarazo que no sea compatible con la vida (como una gestación anembrionada, mola hidatiforme, etcétera); indistintamente de que exista certeza de vida o si fue inducido o espontáneo. (7)

Aborto séptico: La clínica común se presenta con picos febriles, escalofríos, abdomen doloroso y evidencia de sangre por vía vaginal, con presencia de pus. Al evaluar los genitales el útero se presenta relajado con dilatación cervical y sangre con presencia o no de pus. En el hemograma se evidencia aumento de leucocitos con desviación izquierda. (3)

Aborto séptico espontáneo: la clínica de un aborto espontáneo y la presencia de infección (como causa o derivación de éste) no es frecuente. Puede ser causada por un dispositivo intrauterino de anticoncepción o hematógeno: hay casos donde una sepsis de órganos abdominales (como intestino, colédoco o apéndice) puede colonizar el útero provocando un cuadro de aborto séptico. (2)

Aborto séptico inducido o provocado: se encuentran incluidos los abortos provocados por manipulación cuyo fin es terminar con la gestación. Su frecuencia depende de la condición con la que se realizó el procedimiento de interrupción del embarazo; en procedimientos quirúrgicos o seguros la frecuencia disminuye al 0,5%. Es decir, que un buen número de abortos

inducidos se producen ilegalmente, con déficit en la limpieza, y falta de instrucción en las técnicas adecuadas. (2)

Aborto incompleto: cuando solo se expulsa una parte del producto de la gestación, con cérvix abierto, pudiendo evidenciar restos de tejidos en vagina o en el canal cervical, con disminución del tamaño del útero para el tiempo de embarazo. Ecográficamente es un poco difícil realizar el diagnóstico, la línea media uterina debe ser menor de 15 milímetros. (3)

Legrado uterino: procedimiento en el cual se evacua todo el contenido del útero, realizando un raspado endometrial como tratamiento del aborto incompleto o con fines de estudios, como cuando se realiza una biopsia de endometrio. (24)

Examen pélvico bajo anestesia general (EBA): donde se evalúa la cicatriz anterior del útero vía vaginal, para visualizar la secreción normal.

CAPÍTULO II

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo General

Identificar el cuadro clínico de un caso de aborto séptico en un hospital de III nivel en el 2019.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Conocer los factores de riesgo en un caso de aborto séptico.
- Diagnosticar el manejo del cuadro clínico de un caso de aborto séptico.

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

“Mujer con aborto séptico en el Hospital María Auxiliadora de Lima, 2019”

Historia Clínica

1. Identificación

Edad: 34 años.

Distrito actual: San Juan de Miraflores

Ocupación: Ama de casa.

Grado de instrucción: Secundaria incompleta.

Viene acompañada: Si.

Fecha y hora de ingreso: 09/06/2019 - Horas 00:10

2. Atención Gineco obstétrica en emergencia:

a) Antecedentes Gineco - Obstétricos

Fórmula obstétrica: G5 P3013.

Fecha de última regla: Desconocida

Menarquia: 14 años

IRS: 16 años

Inicio de relaciones sexuales: 16 años

Numero de parejas sexuales: 10

Anticonceptivos: Preservativo

Infecciones de transmisión sexual: niega

Niega violencia de género

Examen clínico: Normal

Ecografía: útero: Anteverso flexo 9 cm, Línea Endometrial 19 milímetros, heterogéneo e irregular (Aborto incompleto)

b) Antecedentes Familiares y Personales: Niega antecedentes

3. Motivo de Emergencia

Ingresa mujer de 34 años, LOTEPE, G5P3013, por presentar sangrado vaginal abundante con presencia de coágulos y mal olor desde hace 2 semanas, presenta alza térmica. Se atendió hace 3 semanas en clínica particular con Dx. Gestante 7 semanas + Amenaza de aborto + ITU. Hace +/- 4 horas refiere dolor abdominal intenso en región hipogástrica que se intensifica, y decide buscar atención médica en el servicio de emergencia. Tiene sub unidad beta en orina positivo.

Funciones Vitales:

Frecuencia cardiaca: 102 latidos por minuto

Temperatura: 38,5 grados Centígrados

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto.

Presión arterial: 120/80 milímetros de mercurio.

Peso: 75 Kilogramos.

Exploración Física:

Mucosas: Pálidas, húmedas.

Respiratorio: Espontáneo, pasa bien en ambos campos pulmonares.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Dolor a la palpación en hipogastrio.

Genitales externos: Sangrado vaginal escaso con mal olor.

Tacto vaginal: Orificio Cervical Interno: Cerrado

Orificio Cervical Externo: abierto. **ÚTERO:** 9 cm

Miembros inferiores: Sin edemas

Diagnóstico:

1. Aborto séptico

Plan de Trabajo:

1. Pasa a observación.
2. Nada por vía oral.
3. Colocación de vía endovenosa NAACL 9 % 1000 cc 400 chorro, luego 30 x min
4. Control de funciones vitales y control de sangrado vaginal.
5. Se solicita Hemograma, Grupo sanguíneo, Factor Rh, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, perfil hepático y examen de Orina
6. Monitoreo estricto.

Tratamiento Farmacológico:

CINa 9% 1 000 centímetros cúbicos

Clindamicina 900 miligramos Endovenoso cada 8 horas

Amikacina 500 miligramos Endovenoso cada 12 horas.

Ceftriaxona 2 gramos Endovenoso cada 24 horas

Paracetamol 1gramo vía oral si temperatura mayor a 38.5 grados centígrados.

Reevaluación con resultados: Fecha: 09/06/2019 - Horas: 6:00.

Se evalúa a paciente en observación de Gineco obstetricia. G5P3023, ventila espontáneamente, aparente regular estado general, lucida y

orientada en tiempo espacio y persona. Se evidencia perdida de sangrado vaginal escaso con mal olor, dolor en región pélvica, niega otras molestias. Funciones Vitales estables.

Resultados de laboratorio:

Hemoglobina: 12.6 gr/dl,

Leucocitos: 13 900, 09 junio.2019

Abastionados: 1 %

Plaquetas: 256 000

Bilirrubina Total: 0.49 %

Glicemia: 91 %

Urea: 13 %

Creatinina: 0.51 %

TGO: 13

TGP: 11

Examen completo de orina: 8 – 12 x/campo.

RPR: Negativo

VIH: Negativo

HEPATITIS B: Negativo

Ecografía transvaginal: útero: AVF 9 cm, Línea Endometrial: 19 mm, heterogéneo e irregular (Aborto incompleto)

Funciones vitales:

Presión Arterial:100/60 milímetros de mercurio

Pulso: 69 por minuto

Temperatura: 36.5°C

Respiración: 20 por minuto

A la evaluación física:

Abdomen; blando, depresible; ruidos hidroaéreos presentes, Dolor a la palpación en hipogastrio.

Genitales externos: Sangrado vaginal escaso con mal olor.

Al Tacto vaginal: Orificio cervical interno: Cerrado Orificio cervical externo: abierto. **UTERO:** Anteversoflexo 9 centímetros.

Diagnósticos:

Aborto séptico

Plan:

- NPO
- Control estricto de Funciones Vitales
- Observar signos de alarma
- NaCl 9/1000 centímetro cúbicos 30 gotas por minuto
- Clindamicina 900 miligramos Endovenoso cada 8 horas
- Amikacina 500 miligramos Endovenoso cada 12 horas.
- Ceftriaxona 2 gramos Endovenoso cada 24 horas
- Cruzar 1 paquete globular de sangre
- Preparar para Exploración Bajo Anestesia + Legrado uterino en SOP
- Actualmente SOP ocupada, paciente queda en observación
- Pasa a sala de operaciones

SALA DE OPERACIONES

Fecha: 09/06/2019 Hora: 08:30

Diagnóstico: Aborto séptico

Plan:

- Exploración bajo anestesia + Legrado uterino
- Sube a sala de operaciones

Reporte Operatorio:

Procedimiento: Exploración bajo anestesia + Legrado uterino

Hallazgos operatorios: Histerometría 10cm, Restos Endouterinos en poca cantidad, Sangrado vaginal: 50 cc

Fecha: 09/06/2019 Hora: 10:00 horas

Diagnóstico: Post operada reciente

Plan:

- NPO por 2 horas luego dieta blanda + líquidos a voluntad
- Cloruro de sodio 9% 1000 centímetros cúbicos a 40 gotas por minuto
- Clindamicina 900 miligramos Endovenoso cada 8 horas
- Amikacina 500 miligramos Endovenoso cada 12 horas.
- Ketoprofeno 100 miligramos Endovenoso cada 8 horas
- Paracetamol 1 gramo vía oral si temperatura mayor a 38 grados centígrados

- Sonda Foley N° 14, retirar 500 cc diuresis.
- Se solicita hemograma completo
- Pasa a Hospitalización

Funciones vitales y observaciones

Presión Arterial: 100/60 milímetros de mercurio

Pulso: 72 por minuto

Temperatura: 36.6 °C

Respiración: 19 por minuto

HOSPITALIZACION:

Fecha: 10/06/2019 Hora: 10:00

Diagnóstico: Post operada primer día por exploración bajo anestesia + Legrado uterino

Plan:

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- Clindamicina 900 miligramos Endovenoso cada 8 horas
- Amikacina 500 miligramos Endovenoso cada 12 horas.
- Ketoprofeno 100 miligramos Endovenoso cada 8 horas
- Paracetamol 1 gramo vía oral si temperatura mayor a 38 grados centígrados

Funciones vitales y observaciones

Presión Arterial: 100/60 milímetros de mercurio

Pulso: 78 por minuto

Temperatura: 36.7 °C

Respiración: 20 por minuto

Resultados de laboratorio:

Hemograma: Hb: 11.8 %,

Leucocitos: 11 200,

bastonados: 0%,

plaquetas: 23 200

Fecha: 11/06/2019 Hora: 10:00

Diagnóstico: Post operada segundo día por exploración bajo anestesia + Legrado uterino

Plan: Alta con indicaciones

Condiciones de alta:

Consejería de planificación familiar, descarte de violencia intrafamiliar.

Psicología: Diagnóstica depresión y ansiedad.

Epicrisis:

Diagnóstico de contra referencia: paciente post operada por exploración Bajo Anestesia + Legrado uterino.

Exámenes auxiliares realizados: hemograma completo, examen completo de orina, Condición de alta favorable.

Actualmente paciente estable, convaleciente, mejorando el estado de salud.

2.3 DISCUSIÓN

Este caso, se observa que la paciente buscó atención médica desde el inicio de sus síntomas, donde recibió tratamiento; pero a pesar de ello su cuadro clínico empeoró y llegó al establecimiento con clínica de sepsis, cabe resaltar que no hay registro de alguna atención continuada o seguimiento dentro de las 3 semanas donde se produjo el cuadro clínico, lo que produjo las complicaciones de la amenaza de aborto, tal como indican Págalos K. y Riera L. (10)

En el estudio de Kishan R. et al., reportaron un caso con graves complicaciones cardíacas post aborto séptico, lo que en el caso presentado no tuvo mayor repercusión en el estado físico de la madre. (11)

Según Diniz F. et al, y Granizo L., el manejo oportuno del aborto séptico, el inicio oportuno de tratamiento antibiótico para la eliminación del foco infeccioso es de suma relevancia para el adecuado tratamiento de la paciente, lo que sucedió en este caso ya que se tomaron las medidas adecuadas y la paciente evoluciono favorablemente. (12, 13)

El manejo antibiótico que se realizó en el caso estudiado, es el utilizado según protocolo del nosocomio, puesto que cubre bacterias gran positivas, bacilos aerobios gramnegativos, donde la paciente tendría mejor cobertura a la mayoría de bacterias presentes en la comunidad y en el nosocomio, a diferencia de lo estudiado por Baba H. et al. (14)

2.4 CONCLUSIONES

Se identificó que el presente caso, corresponde a un cuadro de aborto séptico que curso con taquicardia, fiebre mayor a 38°C, secreción hemática vaginal con mal olor, dolor abdominal y pélvico.

Se conoció que la paciente tenía factores de riesgo como multiparidad, historia de aborto anterior, ausencia de atenciones prenatales tal como se describe en la literatura.

Se determinó que, el manejo del cuadro clínico fue oportuno y adecuado de acuerdo a la Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del 2018 vigente del Ministerio de Salud, cumpliendo el fin de dar una atención con calidad y pronta recuperación de la paciente.

No se puede determinar la etiología del cuadro séptico; puesto que, no se solicitaron estudios de cultivo de secreción proveniente del útero y anatómopatológico del contenido uterino, tal como indica la guía vigente del nosocomio.

2.5 RECOMENDACIONES

A los proveedores de servicios gineco-obstetras y obstetras

1. La anamnesis y evaluación clínica de una paciente con sospecha de aborto séptico son muy importantes, por lo que se debe consignar las funciones vitales completas en la historia clínica.

2. Realizar una adecuada orientación sobre los signos de alarma en cada atención prenatal y/o atención por emergencia, para que así la gestante pueda reconocerlos y buscar atención en el momento oportuno.
3. Se recomienda continuar con los protocolos de atención según norma vigente del ministerio de salud.
4. Se recomienda enviar todas las muestras recolectadas al servicio de anatomía patológica; así como también asegurar los resultados de patología en la historia clínica, para brindar un seguimiento adecuado de la etiología que causo el cuadro séptico.

BIBLIOGRAFIA

1. Badía A P, Tarrazó M MP, Pertusa C V, Laforga J, Ruiz S N, Reyes Balanzá C M. Aborto séptico por *Clostridium perfringens* complicado con shock séptico. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2015;80(6):481-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262015000600008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Gonzalez A, Rodriguez A. Caracterización clínica y epidemiológica de abortos en adolescentes, hospital Dr Israel Ranuarez Balza estado Guárico, 2013. Revista Venezolana de Salud Pública [Internet]. 2016;4(1):17-25. Disponible en: <https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/1415>
3. Harris K, Proctor LK, Shinar S, Philippopoulos E, Yudin MH, Murphy KE. Outcomes and management of pregnancy and puerperal group A streptococcal infections: A systematic review. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica [Internet]. 2023;102(2):138-57. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aogs.14500>
4. Sajadi-Ernazarova KR, Martinez CL. Abortion Complications. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430793/>
5. Piray Inga M, Torres Jara AC, García LA, Ríos Basantes KLP, Riera Carvajal LE. Cuidados de enfermería a la mujer con aborto por automedicación. Revista

- Cubana de Reumatología [Internet]. 2022;24(4):332. Disponible en: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1064>
6. Chuah JS, Kumar RRN, Goh YP. Emergency surgery for uterine and bowel perforation resulting from an illegal induced unsafe abortion: a case report. Journal of Public Health and Emergency [Internet]. 25 de marzo de 2022;6(0). Disponible en: <https://jphe.amegroups.com/article/view/7586>
 7. Aloba G, Reverzani C, Nahurira V, Sarno L. Septic shock, acute renal and liver failure following unsafe abortion using bitter leaves and wandering jew in northern Uganda: A case series. Clin Case Rep [Internet]. 2022;10(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9234617/>
 8. Wall LL, Yemane A. Infectious Complications of Abortion. Open Forum Infectious Diseases [Internet]. 2022;9(11). Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac553>
 9. Guttmacher. Aborto en América Latina y el Caribe [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>
 10. Boletín epidemiológico del Perú Semana Epidemiológica (del 31 de diciembre de 2023 al 6 de enero de 2024). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud Perú. VOLUMEN 33 - SE 1-2024. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20241_05_090705.pdf

11. Boletín epidemiológico SE 01/06 2024. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Instituto Nacional Materno Perinatal. SE: 01-26/2024. Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Boletin_epidemiologico_SE_01-26_-2024.pdf

12. Págalos Basantes KL, Riera Carvajal LE. Cuidados de enfermería a la mujer con aborto por automedicación [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional del Chimborazo; 2022. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9371/1/P%3%A1galos%20Basantes%20CK%2C%20Riera%20Carvajal%2CL%282022%29%20Cuidados%20de%20enfermer%3%ADa%20a%20la%20mujer%20con%20aborto%20por%20automedicaci%3%B3n.%20%28Tesis%20de%20pregrado%29%20Universidad%20Nacional%20de%20Chimborazo%2C%20Riobamba%2C%20Ecuador.pdf>

13. Kishan R, Wesley S, Barnett G, Kauffman RP. Septic abortion complicated by infective endocarditis, mitral valve vegetation, and septic and reactive arthritis: A case report. *Case Reports in Women's Health* [Internet]. 2022;34:e00398. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214911222000182>

14. Diniz Pinto Bravo Filho, J., Santos Fialho, PH, dos Santos Teixeira Avelino, G., & de Carvalho Gomes, C. (2023). Aborto infectado. *Caminos de la Clínica*, 2 (01). Obtenido de <https://revistas.unifoa.edu.br/caminhos/article/view/4318>

15. Granizo Pazos, Laura Leticia. Conducta obstétrica en primigesta de 20 años con 22.2 semanas de gestación con diagnóstico de shock séptico. Examen Complexivo-Obstetricia. Universidad Técnica de Badahoyo. 2022. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/11541/E-UTB-FCS-OBST-000316.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Baba H, Kakuta R, Tomita H, Miyazoe M, Saito M, Oe C, et al. The first case report of septic abortion resulting from β -lactamase-negative ampicillin-resistant non-typeable *Haemophilus influenzae* infection. *JMM Case Rep* [Internet]. 2017;4(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5692239/>

17. Sosa Cruz, Floricelda Victoria. Aborto incompleto en establecimiento de salud nivel II-2. Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad en obstetricia con mención en emergencias obstétricas, alto riesgo y cuidados críticos maternos. Universidad José Carlos Mariátegui. 2024. disponible en: https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/2582/Floricelda_trab-acad_titulo_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020 Sep; 8(9):e1152-e1161. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6.

19. Organización Mundial de la Salud /Centro de prensa/ Aborto. 25 de noviembre 2021. <https://www.who.int/e/news-room>

20. Yupanqui Quiquin M, De La Cruz Hinostroza BA. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO DEL 2019. Univ Nac Huancavelica [Internet]. 8 de septiembre de 2020 [citado 24 de julio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3378>
21. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Merce, editores. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2007.
22. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Pérdida del embarazo en el primero y segundo trimestres. Williams Obstetricia [Internet]. 26e ed. McGraw Hill Medical; 2021 [citado 14 de enero de 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com>
23. Jinich H, Lifshitz A, H MR. Síntomas y signos cardinales de las enfermedades. Editorial El Manual Moderno; 2022. 912 p.
24. Alves C, Rapp A. Spontaneous Abortion. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560521/>
25. Delgado Mendoza H, Escalona León D, Pérez Acosta M. Ontoepistemologías del aborto en Ecuador: reflexiones críticas y bioéticas. Práctica Familiar Rural [Internet]. 2019;4(3):7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7527383>

26. Dulay A. Aborto séptico [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-s%C3%A9ptico>
27. HSJ. Guías de práctica clínica de obstetricia [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2013/GUIAS%20DE%20OBSTETRICIA.pdf
28. Secretaría de Salud. Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato [Internet]. Vol. 3. 2016. Disponible en: [http://www.bvs.hn/Honduras/Protocolos de atención preconcepción en el embarazo, parto, puerperio, neonato/volumen Manejo de las complicaciones obstétricas.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/Protocolos_de_atenci%C3%B3n_preconcepci%C3%B3n_en_el_embarazo_parto_puerperio_neonato/volumen_Manejo_de_las_complicaciones_obst%C3%A9tricas.pdf)
29. Maradiegue EE. Aborto como causa de muerte materna. Revista peruana de ginecología y obstetricia [Internet]. 2006; Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol52_n3/pdf/a04v52n3.pdf
30. HRC. Guía práctica clínica. Aborto séptico [Internet]. Disponible en: <http://portal.hrc.gob.pe/sites/default/files/17.%20Aborto%20septico.pdf>
31. González Calderón IC, Medina FL. Manejo de la sepsis en el embarazo. Revisión de la literatura. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet].

- 2021;30(1):22-8. Disponible en:
<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/221>
32. Yamanaka Y, Shimabukuro A. Septic abortion presenting as a right lower trapezius abscess secondary to *Bacteroides fragilis* bacteraemia. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2017;2017. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5612513/>
33. Bridwell RE, Long B, Montrief T, Gottlieb M. Post-abortion Complications: A Narrative Review for Emergency Clinicians. *Western Journal of Emergency Medicine* [Internet]. noviembre de 2022;23(6):919-25. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9683756/>
34. Minsa. Guía técnica: Guía de práctica clínica para la atención de emergencia obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. 2008. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
35. UNICEF. Manual breve para la práctica clínica en emergencia obstétrica. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/images/Manual-Breve-Emergencia-Obstetrica.pdf>
36. MINSA-CSS. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo [Internet]. 2015. Disponible en:
https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf

37. Udoh A, Effa EE, Oduwole O, Okusanya BO, Okafo O. Antibiotics for treating septic abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2016 [citado 11 de marzo de 2023];(7). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011528.pub2/full>
38. Salgado López D, Rodríguez Pascual C. Bacteriemia, sepsis y shock séptico. En: Tratado de geriatría para residentes [Internet]. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); 2006. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2000_primeras.pdf
39. Hospital María Auxiliadora. Departamento de Gineco Obstetricia. Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. 2012