



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

POR ABORTO INCOMPLETO EN ESTABLECIMIENTO

NIVEL II-2. LIMA 2018

PRESENTADO POR:

SONIA ESTELA ROMERO GONZALES

ASESOR

ELIZABETH ENI YALÁN LEAL DE MICHILLOT

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

MOQUEGUA- PERÚ

2020

ÍNDICE

Carátula	
Página del jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Summary	vii
CAPÍTULO I	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	1
1.3 MARCO TEÓRICO	2
1.3.1. Antecedentes Internacionales	2
1.3.2. Antecedentes Nacionales	3
1.3.3. Aborto	4
1.3.4. Aborto, Tipos	4
1.3.5. Fisiopatología	6
1.3.6. Etiología	6
1.3.7. Tratamiento del aborto	7
1.4. Aborto séptico.	8
1.4.1. Clasificación de aborto séptico	8
1.4.2. Causas del aborto séptico	9
1.4.3. Signos y síntomas del aborto séptico.	9

1.4.4. Complicaciones generales	10
1.4.5. Tratamiento	10
1.5. Anemia	11
1.5.1. Anemia, Incidencia y causas	11
1.5.2. La anemia y sus efectos sobre el embarazo	12
1.5.3. Aborto, causas	13
1.5.4. Diagnóstico	13
1.5.5. Tratamiento	14
CAPÍTULO II	16
2.1 CASO CLÍNICO	16
2.1.1. Introducción	16
CAPÍTULO III	27
3.1. DISCUSIÓN	27
3.2. RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	33

RESUMEN

El presente caso clínico de análisis es sobre una paciente que ingresa por emergencia al Hospital de nivel II con sangrado vaginal aproximadamente por un día, en regular cantidad, dolor a nivel del hipogastrio, acompañado de náuseas y vómitos, refiere alza térmica. A la evaluación, la impresión diagnóstica inmediata es aborto incompleto séptico. El análisis de este caso clínico nos permite reforzar las el diagnóstico, manejo y posterior evolución del cuadro clínico dentro de las atenciones que se realizan en las emergencias relacionadas a hemorragias del I trimestre del embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere al aborto como la causa principal que se asocia a la mortalidad materna causadas por hemorragias. (1) Un aproximado del 25% de las muertes maternas es causado por hemorragias y el 9 % específicamente por hemorragias relacionadas abortos. En el Perú la estadística va de un 15 a 20 %. (2) El manejo de esta entidad clínica esta protocolizado, cuenta con normas (3) para mejorar las condiciones de manejo y de esta forma prevenir las muertes maternas asociadas esta causa es necesario el compromiso institucional y profesional; la capacitación de los profesionales, la mejor administración de los recursos humanos y la distribución de materiales, son estrategias que ayudan a salvar vidas. Este trabajo apunta a ese objetivo.

Palabras claves: aborto espontáneo, mortalidad materna, emergencias obstétricas, dolor abdominal

SUMMARY

The present clinical case of analysis is about a patient who enters the Level II Hospital as an emergency with vaginal bleeding for approximately one day, in regular amounts, pain at the level of the hypogastrium, accompanied by nausea and vomiting, refers to thermal rise. Upon evaluation, the immediate diagnostic impression is incomplete septic abortion. The analysis of this clinical case allows us to reinforce the diagnosis, management and subsequent evolution of the clinical picture within the care provided in emergencies related to bleeding in the first trimester of pregnancy.

The World Health Organization (WHO) refers to abortion as the main cause associated with maternal mortality caused by bleeding. (1) Approximately 25% of maternal deaths are caused by bleeding and 9% specifically by abortion-related bleeding. In Peru the statistic ranges from 15 to 20%. (2) The management of this clinical entity is protocolized, it has standards (3) to improve management conditions and thus prevent maternal deaths associated with this cause, institutional and professional commitment is necessary; training of professionals, better management of human resources and distribution of materials are strategies that help save lives. This work aims at objective.

Key words: spontaneous abortion, maternal mortality, obstetric emergencies, abdominal pain

CAPÍTULO I

1.1.-DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el Perú las estadísticas refieren que se llega a más de 1, 000,000 de embarazos anuales, siendo una tercera parte que culmina en un aborto ilegal. Los autores coinciden es que las estadísticas no reflejan la realidad (6), en diversos eventos internacionales se informa que el primer país en Latinoamérica con el mayor número de abortos, es el Perú, lo siguen Brasil y Argentina.

Por una muerte materna relacionada al aborto, son 10 a 15 mujeres que se afectan de forma permanente en su proceso reproductivo o sufren complicaciones crónicas. Además, indican que las mayores tasas de complicaciones se presentan en zonas urbanas marginales, casos que nunca llegan a los establecimientos de salud. (7)

1.2- JUSTIFICACIÓN

En el Perú, existe evidencia actual, la cual hace mención a la mortalidad materna como principal problema en salud pública.

Unos de los grupos de mayor riesgo son la población joven; población de mujeres mayor de 15 años son las que más complicaciones en el primer periodo en el embarazo presentan. Estas cifras alarmantes están muy relacionadas con las altas

tasas de violencia y abuso sexual, las cuales inciden relevantemente en este grupo etario.

La hemorragia en la primera mitad del embarazo es la primera causa de mortalidad materna en pacientes jóvenes (19 a 29 años) y la principal etiología de este síndrome es el Aborto.

El análisis del presente caso clínico nos brindara información más detallada del diagnóstico, manejo y tratamiento.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Macas, J (2013, Ecuador) Estudio del aborto incompleto y sus factores asociados, en un hospital materno infantil, septiembre 2012 - febrero 2013. En una población de 633 casos de aborto, 273 fue la muestra de aborto incompleto. El resultado, fue 98,5% en relación al uso de misoprostol, que no usaron otros medicamentos, el grupo etario más frecuentes fue de 21 a 26 años (33,33%), el 87,2% procedía de zonas urbanizadas, con segunda gestación fueron un 22,34%, nulíparas fueron un 49,0% son nulíparas, sin antecedente de abortos el 54,9%, sin antecedente de cesáreas el 63 %, en el 79,9% de casos fue el aborto incompleto espontáneo la causa desencadenante. (18)

Plúas, M. (2013). Investigación sobre Aborto incompleto (AI), en ámbito hospitalario, Guayaquil – Ecuador.

Cuyo objetivo era demostrar la incidencia del AI en mujeres entre 15 hasta 35 años, setiembre 2012 - febrero 2013.

Estudio descriptivo, comparativo, transversal y en tiempo prospectivo. Resultados: 44 mujeres presentaron AI que representa un 39.3% de la población, con edad en promedio de 21-25 años siendo un 34.1%, unión libre o parejas formales o registradas el 59.1%, residente de área rural el 38.6%, con nivel básico completo hasta el 45.5%, en situación de convivencia el 63.6%, ocupación de amas de casa el 72.7%, y un 77.3% tubo un embarazo no deseado; según la edad gestación fue de 13 a 16 semana con 38.6%, respecto al cumplimiento del protocolo el 77.28% fue atendida cumpliendo el protocolo.

1.3.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Ysuhuaylas, M. & Solangel, M. (2018). Características epidemiológicas de pacientes con aborto espontáneo en el Hospital Nacional Sergio Bernales. Lima. Objetivo: Conocer las características epidemiológicas de las pacientes que presentaron aborto espontáneo en la unidad de Ginecología y Obstetricia, enero-diciembre 2017.

Estudio es de tipo observacional, descriptivo-retrospectivo, transversal. La población estuvo conformada por 1426 con diagnóstico de aborto, con muestreo probabilístico aleatorio simple, se estudió a 298 pacientes de aborto espontáneo. Resultados: Se encontró que la incidencia en la pacientes de la muestra fue entre las edades de 21 y 29 años (64.9%), instrucción secundaria (77.37%), procedentes de Comas (62%), ocupación amas de casa (41.95%), estado civil fue conviviente (51.8%), en la edad gestacional que más frecuentemente encontrada osciló entre 8-10 semanas de gestación (63.76%), las pacientes que no presentaban ningún antecedente de aborto representó el (52%) y en antecedentes de gestaciones presentó 2 gestaciones el 57.38% de las pacientes. (21)

1.3.3. ABORTO

Definición:

El aborto es la detención del embarazo, en el periodo previo a las 22 semanas, correspondiente al peso del feto ya sea expulsado o retenido de menos de 500 gr.

Se refiere aborto en términos etimológicos como la privación, separación del exterior de un límite y otros la entienden como privación del nacimiento.

En el Perú, el aborto es penado por la ley.

El Ministerio de Salud ha planteado el aborto no terapéutico como un tema que debe ser abordado por la salud pública.

1.3.4.- ABORTO, TIPOS

De acuerdo al origen

- Provocado o voluntario. Es la detención del embarazo a través de maniobras directas, médicas o físicas.
- Aborto espontáneo o involuntario.
- El aborto se produce de manera involuntario.

De acuerdo a las consecuencias

- Aborto sin complicaciones.
- Aborto con complicaciones: Cuadro séptico, shock hipovolémico

De acuerdo a su evolución

- Aborto: amenaza. Dolor en región de hipogastrio de tipo cólico, sangrado escaso sin modificación del cérvix.
- Aborto: inminente: Cérvix entreabierto y con membranas sin daño.
- Aborto: inevitable: cérvix más de dos cm y con membranas abiertos.

- Aborto: retenido o diferido. Es el fallecimiento del producto del embarazo que no es expulsado.
- Aborto: frustrado: embarazo detenido con producto retenido por un periodo de 8 semanas, riesgo de CID.

Según su terminación

- Aborto completo. Totalidad del producto, cuello cerrado.
- Aborto incompleto. Expulsión incompleta, cuello abierto

De acuerdo a su frecuencia

- Abortadora recurrente. cuando hay dos abortos consecutivos.
- Abortadora habitual. Mayor o igual de 3 abortos espontáneos.

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO ESPONTÁNEO (26)

Aborto: Amenaza

El diagnóstico de amenaza de aborto se menciona cuando durante el periodo antes de las 22 semanas de gestación se presenta hemorragia vaginal, dolor tipo cólico y alteración del cuello cervical.

Aborto inevitable

Con respecto al aborto inevitable, inicia con síntomas similares al síndrome de amenaza de aborto, con la excepción que el cuello uterino o cérvix se presenta entreabierto algún grado de dilatación, lo cual no permite revertir el proceso.

Aborto: incompleto

El diagnóstico se establece cuando se produce la expulsión del contenido uterino, pero no en su totalidad.

Aborto: completo

Cuando se produce la expulsión del contenido uterino, se presenta un cese de la sintomatología, las contracciones uterinas se reducen y el cérvix se cierra.

1.3.5. FISIOPATOLOGÍA

Una vez producida la fecundación en la decidua, el endometrio empieza a producir nuevos vasos y tejidos propios de la adventicia. En el caso del aborto, una vez ocurrida la muerte hística del huevo embrionado, empieza a producirse necrosis en la zona de implantación, con infiltración inflamatoria y hemorragias en la decidua basal.

1.3.6. ETIOLOGÍA

Factores maternos generales

Es preciso buscar infección como, por ejemplo, infecciones por Mycoplasma, listeria Monocytogenes o Toxoplasma gondii, ya que son las bacterias con más antecedentes de abortos recurrentes. Pueden ser tratados con antibióticos controlando la enfermedad en días.

El tabaco y el de alcohol como hábitos, son variables relacionadas con abortos de anomalías cromosómicas. Estudios mencionan que el consumo pesado de cigarrillos durante el primer trimestre de gestación puede afectar la proliferación de células primitivas alterando su sistema de codificación de ADN.

Factores maternos locales

Estudios recalcan la posibilidad de que pueda producirse un aborto, a causa de un desorden hormonal propio de la madre. Sin embargo, es necesario más información.

Las anormalidades uterinas, aunque no sean muy frecuentes, pueden conllevar

varios riesgos en el tiempo de gestación. Una de las anomalías más frecuentes es la incompetencia cervicouterina.

La incompetencia cervicouterina se genera por varias causas. Casi siempre debe haber un antecedente de traumatismo el cual genere un rompimiento de las fibras musculares del útero.

FACTORES

F. cromosómicos

Existen situaciones anormales en los cromosomas fetales como respuesta a una reacomodación de los cromosomas (translocación, inversión) en alguno de los padres. Por tanto, es de suma importancia el solicitar el cariotipo y evaluación genética de las parejas con antecedente de aborto espontáneo.

F. inmunológicos

El éxito del embarazo radica en la aceptación del sistema inmunitario que permite que la madre -hospedera, aloje un producto extraño, con extraños antígenos del feto, sin rechazarlo. No existe información del mecanismo preciso de esta complicación inmunitaria, pero el funcionamiento inmunitario de estas mujeres, sobre todo las que presentan abortos recurrentes, difiere al de las mujeres que logran gestaciones a término.

1.3.7. TRATAMIENTO DEL ABORTO

Amenaza

Lo primero es necesario realizar una ecografía transvaginal, para confirmar el diagnóstico y descartar si existe un huevo anembrionado. Además, debemos buscar signos de inestabilidad hemodinámica, latidos cardiacos fetales y es crucial realizar una evaluación detallada de la consistencia del anillo cervical.

En caso se demuestra feto vivo por ultrasonido, el tratamiento consiste en reposo estricto, incremento en la ingesta de líquidos y dar tranquilizar a la paciente.

Aborto inminente

En caso exista hemorragia sin ceder, lo mejor es instalar una vía intravenosa para poder reponer el líquido perdido y para tener un conocimiento más detallado si es que la paciente presenta choque hipovolémico. Es necesario evaluar las características del cuello cervical; en caso el cuello cervical se encuentre cerrado, estaríamos hablando de un aborto frustrado, el cual requiere de otro manejo.

Extracción del material fetal

En caso este indicado la extracción del tejido fetal (ausencia de latidos fetales, cuello cervical abierto, etc.), se determinará si deberá utilizar el método de aspiración manual endouterino o el empleo del Legrado con la cureta de Novak. En caso el tiempo de gestación sea menor de 12 semanas, estará indicado el uso del AMEU, de lo contrario, en caso la edad gestación sea mayor a las doce semanas, estará indicado el uso del legrado como principal alternativa.

1.4. ABORTO SÉPTICO

Se define, como una gestación interrumpida, complicación la cual trae consigo la infección del útero, complicación que se manifiesta con fiebre, sangrado, dolores a nivel del abdomen y fluidos de olor nauseabundo. Esta patología si no es tratada en su gravedad puede generar en la madre el riesgo de perder su vida.

1.4.1. CLASIFICACIÓN DE ABORTO SÉPTICO

Aborto Séptico Grado I: Este tipo de aborto se caracteriza porque el proceso infeccioso está localizado a nivel útero-ovular.

Aborto Séptico Grado II: Este tipo de aborto se caracteriza por la propagación del proceso infeccioso por continuidad hacia los anexos o por vía linfática produciendo parametritis.

Aborto Séptico Grado III: Este tipo de aborto se caracteriza porque el proceso infeccioso diseminado llega a las estructuras pélvicas originando peritonitis, septicemia, tromboembolismos, etc. (20)

1.4.2. CAUSAS DEL ABORTO SÉPTICO

Las principales causas del aborto séptico son las siguientes:

- Infección por bacterias
- Endotoxemia
- Pelviperitonitis
- Tromboflebitis pelviana
- Sepsis
- Pérdida de líquido amniótico.
- Retención de restos ovulares.
- Embarazo frustrado.
- Aborto inducido.

1.4.3. SIGNOS SÍNTOMAS DEL ABORTO SÉPTICO

Los principales signos y síntomas son:

- Historia de fiebre
- Sangrado uterino
- Escalofríos
- Dolor abdominal
- Taquicardia más de 120 lt

- Taquipnea más de 22rsp
- Hipotensión (PAS menos de 90)
- Diuresis menos de 0,5 ml/h/kg
- Secreción purulenta en el orificio cervical
- Resistencia involuntaria abdominal

Los hallazgos de laboratorio.

El trastorno que más debemos de tener cuidado son los trastornos de coagulación. Es necesario tomar un hemograma completo para poder observar si es que la paciente se encuentra en un estado de coagulación intravascular diseminada, por lo que será necesario revisar si hay trombocitopenia, prolongación del tiempo de protrombina, aumento de la antitrombina tipo III, etc. La obtención de un AGA puede ayudar a verificar si el paciente se encuentra en un estado acidótico lo cual sugiere un criterio de severidad de mortalidad.

1.4.4. COMPLICACIONES GENERALES

Durante el aborto:

- Infección
- Hemorragia continua
- Embolia
- Desgarro
- Perforación del Útero

1.4.5. TRATAMIENTO. (19)

- Hospitalización
- Abrir dos vías EV

- Tomar muestra de cultivos de sangre, orina y cuello uterino (tomar muestras para cultivos del contenido uterino, mediante la aspiración o legrado uterino).
- Clindamicina, endovenosa, 900 mg. cada/ 8 horas.
- Gentamicina, endovenosa, 2 mg por kilo de peso como dosis inicial, posteriormente 1,5 mg por kilogramo de peso cada/ 8 horas.
- Realizar legrado uterino o aspiración endouterina para el vaciamiento uterino.
- Se indica laparotomía, en pacientes hemodinámicamente inestables o con signos peritoneales.

1.5. ANEMIA (21)

La definición de la anemia, menciona que es un complicación con signos agudos o crónicos que se manifiestan por una capacidad disminuida del transporte del oxígeno por el torrente sanguíneo, además de una disminución en el recuento de los eritrocitos totales, así como, la disminución en la concentración de hemoglobina (Hb) circulante relacionada a los valores límites considerados como normales para la edad, raza, género, o a los cambios fisiológicos (gestación, tabaquismo) y algunas condiciones relacionadas al medioambiente (altitud). En relación con la repercusión hemodinámica y el impacto de la madre y el recién nacido, se clasifica la anemia durante la gestación con los valores de hemoglobina y hematocrito que se encuentran al momento del parto. (21)

1.5.1. Anemia, Incidencia y causas.

ENDES 2014 reporta que en los casos de anemia y embarazo las cifras a nivel nacional son del 24.4%, correspondiente a 75,522 mujeres embarazadas a nivel de

todo el territorio peruano. En el periodo de edades de 10-15 año de edad es del 23.7% y en el grupo de 36-45 años llega al 18.7%. En relación al tiempo de embarazo, la anemia leve tiende a incremento según avanza la gestación, afectado por la altitud sobre el nivel del mar. (22)

La recurrencia de la baja hemoglobina en el período gestacional, está relacionada principalmente por la deficiencia de los complementos del hierro. Es más recurrente en embarazadas indigentes y existe evidencia de una alta influencia de los hábitos de alimentación (23)

1.5.2. La Anemia y sus efectos sobre el embarazo.

El hierro cuando presenta déficit en una mujer embarazada, presenta un incremento en el riesgo de prematuridad, reflejado en el segundo trimestre. Del mismo modo la disminución de la concentración de hemoglobina en el trimestre uno aumentaba la probabilidad de bajo peso al nacer, prematuridad y bebés lactantes pequeños en relación a su edad gestacional. En la madre la anemia tiene repercusiones respecto a la vascularización de la placenta, lo cual podría repercutir sobre la angiogénesis en las etapas iniciales del desarrollo de la gestación.

Anemia y déficit de hierro

Durante el embarazo y el posparto las causas más comunes de anemia son dos, y están relacionadas al déficit de hierro, y en segundo lugar por la y la pérdida aguda de sangre.

En una gestación única típica, Una mujer embarazada tiene que ingerir hierro es en promedio de 1,000 mg. de los cuales unos 300 mg se destinan para los requerimientos del feto y placenta y, otros 500 mg, se disponen para permitir el

incremento de la masa de hemoglobina en la gestante, y aproximadamente unos 200 mg serán eliminados por la vía digestiva, vía renal y a través de la piel.

La anemia por deficiencia de hierro presenta sus manifestaciones con una evidente baja de la concentración de hemoglobina en sangre.

Una mujer embarazada en el último trimestre del embarazo requiere administración de hierro suplementario adicional para mantener e incrementar su hemoglobina y poder cumplir con los requerimientos fetales.

1.5.3. Aborto, causas

- La herencia familiar tiene importancia en el despistaje de la anemia, el factor genético y/o hereditario, así como la herencia inmunológica.
- Los antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, que incluye enfermedad de la tiroides, de las suprarrenales y vitíligo (enfermedad cutánea) podrían estar relacionado como un antecedente a anemia perniciosa.
- La ocupación podría estar relacionada a identificación de anemias secundarias con el uso de tóxicos como el plomo, sustancias radioactivas y otras.

1.5.4. Diagnóstico

Las pruebas funcionales usadas de forma usual para el despistaje de la anemia por déficit de hierro y la prueba de microcitos de los eritrocitos suelen ser menos evidentes en las mujeres gestantes en comparación de las evidenciadas en las mujeres no gestantes. Respecto a la anemia moderada por déficit de hierro en el embarazo existe poca probabilidad de cambios en la morfología de los eritrocitos. A diferencia de la ferritina que evidencia disminución en la concentración sérica

mucho más baja de lo normal, incluso con el método de la tinción en el tuétano no es posible evidenciar hierro.

La anemia gestacional o fisiológica es la que se presenta durante el embarazo a partir del incremento del volumen plasmático, que no es proporcional al incremento de la masa eritrocitaria en la sangre materna.

1.5.5. Tratamiento

El manejo de la anemia y la reposición de los valores de reservas de hierro pueden lograrse con compuestos simples de hierro como: sulfatos, fumaratos o también el gluconato ferroso, los que aportaran alrededor de doscientos miligramos al día de hierro básico. Es muy usual que la mujer presente problemas para la ingesta de preparaciones de hierro por vía oral, en ese caso la administración debe ser por la vía parenteral. Específicamente la vía endovenosa. El incremento de concentraciones de Hb en las mujeres según el tratamiento oral o parenteral, han demostrado ser similares.

La transfusión de masa eritrocitaria y de paquetes globulares de sangre son procedimientos poco indicados, a menos que curse con cuadro de hipovolemia por pérdida sanguínea, o también en los casos que de forma preventiva para las intervenciones quirúrgicas en pacientes con anemia de moderada a severa.

Para recuperar las reservas férricas, se debe mantener el tratamiento oral de fe por lo menos tres meses posteriores a la recuperación de la anemia.

- Anemia producida por pérdida aguda de sangre

Al inicio del embarazo, la anemia que se genera por la pérdida sanguínea aguda es común con los casos de aborto, de embarazo ectópico y embarazo molar. En el

posparto se incrementa la frecuencia de anemia causada por hemorragia obstétrica. Un sangrado considerable requiere atención y tratamiento inmediato.

En el caso de una mujer con diagnóstico de anemia moderada equivalente al valor de Hb de 7 gr/ dl, que se presenta hemodinámicamente estable, deambulando sin problemas, no presenta signos de infección, ni otra sintomatología, debe recibir tratamiento con hierro durante 3 meses mínimo, hasta alcanzar valores adecuados de hemoglobina en el siguiente control. Existen estudios que demuestran que la administración endovenosa de la carboximaltosa férrica una vez por semana, ha demostrado eficacia similar a la administración oral del sulfato ferroso que se consume a razón de tres dosis al día, para la recuperación de la hemoglobina en mujeres con diagnóstico de anemia posparto (12).

CAPÍTULO II

2.1. CASO CLÍNICO

2.1.1 INTRODUCCIÓN

El tema del aborto sigue siendo un tema controversial, pero constituye una de las emergencias obstétricas más frecuentes, algunas veces llegando hasta la muerte en las mujeres que fueron sometidas a prácticas abortivas, cuando una paciente mujer ingresa con hemorragia como producto del aborto es muy difícil de poder identificar si el aborto fue espontáneo o provocado, lo que muchas veces dificulta para su tratamiento correcto, nuestras leyes sancionan a las personas que las realizan tanto pacientes como personal que provoca, es por ello que muchas veces existe una demora en pedir ayuda para solucionar los problemas del aborto. Un aborto practicado en lugares y condiciones no seguras complica la salud hasta ponerla en riesgo de muerte en el caso de gestantes, convirtiéndose en cuadro que corresponde a una problemática de la salud pública por las complicaciones que significan a la salud de las mujeres y el impacto en sus vidas sobre todo en las mujeres con dificultad para el acceso a los servicios de salud. Las complicaciones más severas son las infecciones y la anemia severa que pueden conducir a una morbi mortalidad de la salud materna.

La OMS en sus reportes del año 2012 estima que al año se realizan unos 22,000,000 de abortos en condiciones de riesgo, que se relaciona a la muerte de 47 mil mujeres y unas 5,000,000 que resultaran con alguna discapacidad.

La educación sexual, la consejería y posibilidad de acceso de planificación familiar junto al acceso de atención del aborto en forma segura para las mujeres, podría tener impacto en la reducción de estas cifras sobre esta causa de muerte materna, y el lograr evitar las complicaciones relacionadas al aborto. (25)

En nuestro país, la mortalidad materna ha tenido una disminución desde el año 2012, se registraron un aproximado de 600 muertes por causa materna, y para el año 2016 esta cifra se mantenía alta, llegando a 325 muertes por causa materna registrada.

Es el puerperio, es la etapa más crucial, porque se presentan el mayor número de complicaciones y muerte, para el año 2016 el porcentaje llegó a 58%. Según las estadísticas nacionales la mortalidad materna la década 2006-2016 son las patologías relacionadas a los trastornos hipertensivos los que están encabezando con un 43%, luego el aborto séptico en llega al 10% de casos, las hemorragias en el puerperio llegan casi al 7% y al final se encuentra el shock séptico en el periodo puerperal con algo más del 3%.

Según estas cifras las estrategias realizadas desde el ministerio de salud están dando buenos resultados (26)

El caso clínico es sobre la hemorragia del primer trimestre por un aborto incompleto, teniendo como complicaciones el aborto séptico y anemia severa, atendida en un establecimiento de salud de segundo nivel en la ciudad de Lima.

2.1.2. OBJETIVOS

- Identificar factores de riesgo del Aborto incompleto de la primera mitad del embarazo en un Hospital de nivel II. Lima 2018
- Conocer el manejo clínico de una emergencia obstétrica por hemorragia de la primera mitad del embarazo en un Hospital de nivel II. Lima 2018.
- Describir las complicaciones materna y fetal de la hemorragia de la primera mitad del embarazo en un Hospital de nivel II. Lima 2018.

Título

Hemorragia de la primera mitad del embarazo por Aborto incompleto en un Hospital de nivel II. Lima. 2018

2.1.3 MÉTODO

Es un estudio de análisis de caso clínico de tipo descriptivo, retrospectivo.

Fuente: historia clínica de una paciente con diagnóstico de Hemorragia de la primera mitad del embarazo.

CASO CLÍNICO:

2.1.4 HISTORIA CLÍNICA

DIA 02 de octubre de 2017. Hora 22:00 horas

1.- ANAMNESIS

A.- Filiación

Edad: 29 años.

Dirección de vivienda: AAHH. Santa Rosa, San Martín de Porres.

Ocupación: madre de familia

Estado Civil: Casada.

Nivel educativo: Superior.

Religión: Católica.

B.- Antecedentes de Familia:

Gineco- Obstétrico:

Primera menstruación: a los 13 años.

Reg. Catamenial: de 4 días cada 28 días ciclo regular.

Inicio de relaciones sexuales: a los 17 años.

Nº de parejas sexuales: 02

MAC: ampolla mensual.

Flujo: positivo.

Papanicolaou: 2017 negativo.

Última de Regla Normal: 13/08/2017

Fecha Probable de Parto: 20/06/2018

Edad Gestacional: 7 semanas X URN.

Formula Obstétrica: G3 P1011

2011: parto vaginal 37 semanas.

2014 aborto incompleto, término en legrado uterino.

2017 embarazo actual.

Embarazo Actual: Control prenatal ninguno.

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente que acude por emergencia, refiere sangrado vaginal hace aproximadamente 01 día, en regular cantidad, acompañado de dolor a nivel del hipogastrio, acompañado de náuseas y vómitos, también refiere alza térmica, no cuantificada.

Funciones biológicas:

Orina: orina sin alteración

Apetito: conservado.

Sueño: conservado.

Deposiciones: conservado.

Sed: conservado.

Sudor: conservado.

Estado de ánimo: conservado.

Embarazo actual:

Planificado: no

EXAMEN FÍSICO GENERAL

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	RESPIRACIÓN	TEMPERATURA
120/70 mm Hg	100/min	20/min	37°C

PESO	TALLA	IMC
48 kg	1.45cm	22

1.- **General:** AREG, AREH.

Piel: tibias, húmedas y elásticas, llenado capilar menor de 2 segundos.

Palidez ++/+++

2.- **Regional:**

Cabeza: sin alteración Cráneo: normocéfalo.

Esclera: sin alteraciones.

Pupilas: reactivas.

Nariz: fosas nasales permeables.

Boca: Hidratada.

Cuello: cilíndrica.

Ojos: simétricos.

Conjuntivas: pálidas.

Oídos: sin alteraciones.

Faringe: no congestiva.

Mamas: no dolorosas, no presenta ninguna tumoración, blandas.

Tórax:

Pulmones con murmullo adecuado en ambos campos, no ruidos.

Corazón: rítmico, no se auscultan soplos.

Abdomen: de consistencia blando, depresible al tacto, sonidos hidro aéreos presentes, no doloroso a la palpación.

Altura uterina: (-) dinámica uterina (-).

Genitales: externos normales.

Especuloscopia: cuello cervical abierto, tejido placentario se encuentra a nivel del anal vaginal en proceso de expulsión.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Aborto incompleto séptico.

PLAN DE TRABAJO.

- Preparar para legrado uterino.
- Se solicita muestra de restos endometriales para patología.

- Exámenes auxiliares, hemograma, tiempo de sangría y protrombina, urea, creatinina, examen de orina.
- EKG
- Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal.

02/10/2017 hora: 23:40

Rp.

1. NPO.
2. Cloruro de Na al 9%o 1000cc + 20 UI oxitocina a XXX gotas por minuto.
3. Clindamicina 900 mg.E.V. cada 8 horas.
4. Gentamicina 320 mg.E.V. cada 24 horas.
5. Ketoprofeno 100 mg. E.V. cada 8 horas.
6. Preparar para legrado uterino.

RESULTADO DE EXÁMENES AUXILIARES:

Hemoglobina	6.5 g/dl.
Hematocrito	24 %
Leucocitos	10 x campo
Plaquetas	192.000
Grupo sanguíneo	O Rh: Positivo

INFORME DE ECOGRAFÍA:

Se concluye con impresión de restos placentarios en cavidad uterina.

03/10/2017

Hora 07:00 se inicia con la transfusión sanguínea de un paquete globular.

MONITOREO DE SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	RESPIRACIÓN	TEMPERATURA
90/60 mm Hg	74/min	18/min	37°C

Hora 09:00 se termina con la transfusión sanguínea de un paquete globular.

Hora 11:05 se inicia con el procedimiento de legrado uterino.

Diagnóstico de ingreso:

1. Aborto incompleto
2. D/c aborto infectado.

Procedimiento realizado: legrado uterino.

Analgesia: paracervical.

Procedimiento:

1. Paciente en decúbito supino, apoyado sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas
2. Higiene clínica de la vulva.
3. Colocación de espéculo + pinzamiento del labio anterior.
4. Analgesia paracervical.
5. Histerometría (11 cm), luego se procede con el curetaje de la cavidad uterina, con un contenido endouterino aproximadamente de 50cc sin mal olor.

15:00 Horas: paciente refiere dolor a nivel hemi abdomen inferior de leve

MONITOREO DE SIGNOS VITALES:

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	RESPIRACIÓN	TEMPERATURA
100/60 mm Hg	78/min	20/min	37°C

Al examen clínico: AREN, AREG, AREH, LOTEPE.

Piel: tibias, elásticas e hidratadas, llenado capilar menor de 2 segundos.

Pulmones con murmullo adecuado en ambos campos, no ruidos Cardiovascular: rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: de consistencia blando y depresible, leve dolor a nivel del hipogastrio.

Genitales: se observa escaso sangrado en paño.

DIAGNÓSTICO:

Post legrado uterino por aborto incompleto.

PLAN:

Monitoreo clínico de signos vitales,

Seguimiento y monitoreo de sangrado vaginal.

Hemoglobina de control.

R/p.

1. Cloruro de Na al 9‰ 1000cc + 30 UI de oxitocina a XXX gotas x minuto.
2. Clindamicina 900 mg. EV. Cada 8 horas.
3. Gentamicina 320 mg EV cada 8 horas.
4. Tramadol 100mg EV cada 8 horas.
5. Dimenhidrinato 50 mg EV condicional a náuseas.

04/10/2017.

08:00 horas, paciente no refiere molestias al momento de la evaluación, niega molestias, se encuentra en posición de cubito dorsal.

MONITOREO DE SIGNOS VITALES:

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	RESPIRACIÓN	TEMPERATURA
100/50 mm Hg	82/min	18/min	37.2°C

Al examen clínico: AREN, AREH AREG, LOTEPE.

Piel: tibias, elásticas e hidratadas, llenado capilar menor de 2 segundos.

Pulmones: murmullo vesicular pasan en ambos campos pulmonares.

Cardiovascular: rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando depresible, leve dolor a nivel del hipogastrio.

Genitales: se observa escaso sangrado en paño.

Diagnóstico:

Post legrado uterino 1° día, por aborto incompleto.

Plan:

Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal.

Alta con indicaciones.

R/p.

1. Clindamicina 300 mg. v.o cada 6 horas x 3 días.
2. Gentamicina 160 mg. IM cada 24 horas x 3 días.
3. Ibuprofeno 400mg. v.o cada 8 horas x 3 días.
4. Cita por consultorio externo en 7 días.
5. Recoger resultados de patología en 10 días.
6. Sulfato ferroso 300 mg cada 12 horas x 30 días.

EPICRISIS

Fecha y hora de ingreso: 02/10/2017

Fecha y hora de egreso: 04/10/2017

Días de estancia: 03 días

Diagnóstico de Ingreso:

- Aborto séptico
- Anemia severa.

Signos y síntomas de ingreso:

Paciente ingreso por presentar sangrado vaginal en regular cantidad y dolor abdominal acompañado de náuseas y vómitos.

Tratamiento:

Legrado uterino.

Transfusión sanguínea.

Clindamicina 900mg E.V

Gentamicina 320mg E.V.

Evolución:

Favorable, no presentó ninguna complicación, se encuentra hemodinámicamente estable.

Indicaciones de alta:

Clindamicina 300mg v.o x 3 días.

Ibuprofeno 400 mg v.o x 3 días.

Cita en 7 días por consultorio externo.

CAPÍTULO III

3.1. DISCUSIÓN

Este caso clínico presenta a una paciente que ingresó al hospital por presentar sangrado vaginal aproximadamente un día, afebril, taquicardia materna y dolor abdominal, después de haber sido evaluado le diagnostican aborto incompleto séptico, los resultados de exámenes de laboratorio dentro de los parámetros aparentemente normales. Según Cabrera (2011), para diagnosticar un aborto séptico la paciente debe de presentar fiebre, sangrado vaginal con mal olor, dolor abdominal, exámenes de laboratorio leucocitos mayor a 15000 con neutrofilia y abastoados, lo que no sucedió con el presente caso clínico.

La complicación de un aborto es una anemia debido a la pérdida de sangre muchas veces no cuantificable por las mujeres embarazadas poniendo en peligro la vida, tal como lo menciona Kenet A (2016), en nuestro caso clínico la paciente ingresó con una hemoglobina de 6.5 gr/dl lo que indica que es una anemia severa, poniendo en riesgo la vida.

Según Mogrovejo MS (2017) en su trabajo de investigación hace referencia que un aborto espontaneo se produce entre 8 a 10 semanas aproximadamente, siendo

más frecuente de 21 a 29 años, con secundaria, de ocupación ama de casa, el presente caso clínico la paciente tiene la edad de 29 años, la edad gestacional de 7 semanas aproximadamente, de ocupación ama de casa, lo que coincide en los aspectos sociodemográficos.

Según lozano B (2016) en su trabajo de investigación sobre prevalencia de aborto incompleto en Loreto, la edad aproximadamente para la interrupción del embarazo se produce entre la sexta y décima semana, según el presente caso clínico la interrupción se produce a la séptima semana, por lo que debemos de tomar mayor interés o cuidado de embarazo en mujeres de estas edades gestacionales, realizar control prenatal precoz.

Según Aiquipa, el antecedente de un aborto, coloca a la mujer en mayor probabilidad de realizar otro aborto, en nuestro caso clínico la paciente tiene antecedente de haber sufrido un aborto y terminado en legrado uterino aproximadamente tres años anteriores al embarazo, esta situación requiere mayor cuidado de la salud reproductiva en las mujeres de nuestra región.

Según Hacker y Moore, se debe considerar aborto recurrente a las mujeres que tuvieron tres abortos espontáneos, es necesario realizar una evaluación a la pareja para poder identificar las posibles causas de interrupción del embarazo, en nuestro caso clínico la mujer presentó su segunda pérdida, lo que nos indica una alerta con la paciente, según la edad que tiene altas posibilidades de poder embarazarse una vez más y poner en peligro su vida.

3.2. RECOMENDACIONES

- Los profesionales de salud deben estar capacitados brindas una atención adecuada a las hemorragias de causa obstétrica, para lograr un efecto en la disminución de la morbilidad materna perinatal.
- A los médicos y obstetras responsables de la atención de la mujer embarazada, cumplir con las normas técnicas de prevención y manejo de anemia en gestantes y puérperas, realizar adecuado seguimiento en la atención preconcepcional y en el control post parto.
- Los establecimientos de diferentes niveles de atención deben de trabajar en base a los protocolos establecidos para la atención, prevención y tratamiento de la hemorragia de la primera mitad del embarazo.
- La educación sexual, consejería integral en métodos de planificación familiar a la paciente para evitar las complicaciones de un próximo embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. MORTALIDAD MATERNA. 2018 febrero 16..
2. Guevara Rios E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo.. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010;; p. 56(1).
3. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 2007..
4. OMS. Aborto seguro: orientación técnica y normativa para los sistemas de salud. 2013..
5. MINSA.. Sala de prensa. MINSA. [Online].; 2017 [cited 2018 mayo 30. Available from: www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22354.
6. Tavera L. El aborto como problema de salud pública en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y obstetricia, 47(4), 250-254. Revista Peruana de Ginecología y obstetricia. 2015; 47(4).
7. [https://milagritos24.wordpress.com/la-realidad-del-aborto-en-el-peru/..](https://milagritos24.wordpress.com/la-realidad-del-aborto-en-el-peru/)
8. Institute G. El aborto en America Latina y el Caribe. 2018. marzo 2018.
9. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe.. Revista Panamericana de Salud Pública. 2002; 11(192-205).
10. HCH OdEeI. informe anual. Lima: Hospital Cayetano Heredia; 2016.
11. INEI-MINSA. Informe Estadístico de Nacido Vivo, 2016. Estadistico. Lima: Intituto Nacional de Estadistica e Informatica- Ministerios de Salud; 2016.
12. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES, 2015. Estadistico. Lima: Instituto Nacional de estadistica e Informatica; 2015.

13. Children Sd. Embarazo y Maternidad Adolescente en el Perú. [Online].; 2016. Available from: http://www.savethechildren.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/Estudio-de-embarazo-adolescente_vrsweb.pdf.
14. Republica L. larepublica.pe/impres/sociedad/759342-aborto-terapeutico-2-anos-despues-aun-hay-barreras-para-su-aplicacion. [Online].; 2017. Available from: <http://larepublica.pe/impres/sociedad/759342-aborto-terapeutico-2-anos-despues-aun-hay-barreras-para-su-aplicacion>.
15. Cedeño Suarez K. Factores de riesgo y complicaciones de aborto espontáneo en mujeres. Estudio a realizarse en el Hospital Universitario en el año 2014. Diss. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina, 2015. 2015. Tesis Doctoral.
16. Guerrero Andrade MA. Prevalencia de aborto incompleto en pacientes de 12 a 17 años de edad que ingresaron al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el período de mayo a octubre del 2012. 2013. Tesis de Licenciatura.
17. López Delgado FS,&MCKG. Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital" Homero Castanier Crespo" en el año 2013. Cuenca 2014 (Bachelor's thesis). 2015. Tesis de Licenciatura.
18. Macas Macas JM. Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013. 2013..
19. Pluas C MB. Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez "Miguel Hilario Alcivar" en el periodo septiembre del 2012 a Febrero 2013. 2013..
20. Rios Carazas OA. Aborto Incompleto En Hospital San José De Chincha. 2018..

21. Ysuhuaylas M&SM. Características epidemiológicas de pacientes con aborto espontaneo en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Sergio E. Bernales durante el periodo enero - diciembre 2017. 2018..
22. Lozano P B. Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15-35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016. 2016..
23. Aiquipa D Y. Características clínico-epidemiológicas y manejo del aborto en el hospital Regional del Cusco: abril-junio 2016. 2016..
24. Jara S G. Frecuencia de violencia en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre 2015. 2016..
25. Cunningham F LKBSJRDM. Williams Obstetricia 23 ava. Edición. Mexico. 2011. 1385pp. 23rd ed. Mexico: Mc GH interamericana; 2011.
26. Hacker NF,GJC,H CJ,&AMME. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore (No. 618.1). Primera edicion en espanol traducida de la quinta edicion del ingles ed. Moderno EEM, editor. Mexico DF: El Manual Moderno; 2011.
27. Drife J&MBA. Ginecologia y Obstetricia Clinica. 1st ed. Mexico: Elseiver; 2005.
28. Socarrás Ibáñez N,PMM,&LCA. Enfermeria Ginecoobstetrica La Habana: Editorial de las Ciencias Medicas; 2009.