



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“ABORTO INCOMPLETO EN PACIENTE TERCIGESTA EN
HOSPITAL III NIVEL - 2021”**

PRESENTADO POR

MIRTHA EBEL RIMACHY MALAVER

ASESOR

Dra. HILDA ELIZABETH GUEVARA GÓMEZ

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

MOQUEGUA – PERÚ

2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
TÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2. Justificación.....	2
1.3. Marco teórico	3
1.3.1 Antecedentes	3
BASES TEÓRICAS	5
CAPÍTULO II	14
CASO CLÍNICO.....	14
2.1.- Objetivo:.....	14
2.1.1. Objetivo General.....	14
2.1.2. Objetivos Específicos	14
2.2.- Datos relevantes del caso clínico.	14
2.3. Discusión	22
2.4. Conclusiones	23
2.5 Recomendaciones	24
BIBLIOGRAFÍA	25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla. - 1 Incidencia de anomalías cromosómicas comunes	7
Tabla. - 2 Factores de riesgo maternos.....	10

RESUMEN

Es una patología que se presenta en la primera etapa del embarazo que si no es detectada a tiempo conlleva una alta incidencia de mortalidad.

Se presenta el caso de una paciente tercigesta con antecedentes de aborto incompleto y de una cesárea previa. Aparentemente no tenía ningún factor de riesgo en el presente embarazo, sin embargo, refiere que al iniciar el día empezó a sentir dolor y luego de ello un sangrado profuso por lo que acude a emergencia para atención, luego de revisión inicial se solicitan análisis complementarios para poder realizar el diagnóstico definitivo. Con los resultados obtenidos se procedió a una intervención por Aspiración Manual Endouterina (AMEU) sin complicaciones y horas después salió de alta con indicaciones. El proceso de atención de la paciente se dio de manera rápida, oportuna y bajo las normas y procedimientos que se tienen dentro del establecimiento de salud.

Este caso representa una patología que tiene una incidencia de alrededor del 20% pero que tiene una alta tasa de subregistro, por lo que debemos trabajar fuertemente en hacer trabajo de promoción y prevención para evitar más muertes.

Este trabajo concluye que el diagnóstico oportuno, pero sobretodo el trabajo eficiente pueden reducir los riesgos y permite restablecer la salud de forma rápida y segura a las pacientes.

Palabras claves: Aborto incompleto, gestante, AMEU.

ABSTRACT

It is a pathology that occurs in the first stage of pregnancy that if not detected in time leads to a high incidence of mortality.

The case of a tercigestus patient with a history of incomplete abortion and a previous cesarean section is presented. Apparently, she did not have any risk factors in the present pregnancy, however, she reports that at the beginning of the day she began to feel pain and after that profuse bleeding, for which she went to the emergency room for care. After an initial review, additional tests were requested to make the definitive diagnosis. With the results obtained, an intervention by Manual Uterine Aspiration (MVA) was performed without complications and hours later he was discharged with instructions. The patient care process was given in a fast, timely manner and under the rules and procedures that are in place within the health facility.

This case represents a pathology that has an incidence of around 20% but has a high rate of underreporting, so we must work hard to do promotion and prevention work to avoid more deaths.

This work concludes that timely diagnosis, but above all efficient work, can reduce risks and allow patients to be restored to health quickly and safely.

Keywords: Incomplete abortion, pregnant, Endouterine Manual Aspiration

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

En un comunicado de prensa la Organización Mundial de la Salud refiere que el 2010 y el 2014 cerca de 25 millones de mujeres tuvieron un aborto de riesgo esto representa cerca del 45% del total de abortos, de ese porcentaje el 97% se produjo en América Latina debido a que en nuestra región están limitados los accesos a servicios de salud, hecho que trae consigo repercusiones en la familia, pues los avances médicos no están a la par con el avance tecnológico ⁽¹⁾.

El aborto en el Perú es un problema de salud pública se ha realizado un análisis en el año 2018 a mujeres entre 18 y 49 años en las 25 regiones del país y manifiestan que el 19% de las mujeres peruanas entre 18 y 49 años refieren haberse realizado un aborto, esta tasa es mayor en el Oriente con 26% sin embargo en Lima y en algunas regiones el norte y sur del país esta tasa es de alrededor del 20% ⁽²⁾. El perfil de las mujeres aborta son de nivel socioeconómico C,D y E en el 81% sin embargo, también debemos mencionar que el 19% pertenece al nivel socioeconómico A y B, el 90% de las mujeres que han tenido un aborto tiene un nivel educativo de secundaria o superior y tienen en promedio de 2,5 hijos, según ese estudio el 85%

de las mujeres que abortan han recibido apoyo profesional del personal de salud para realizarse un aborto, el método más utilizado fue la intervención quirúrgica, el 17% de las mujeres que realizaron un aborto con pastillas necesitaron ser hospitalizadas mientras que se porcentaje asciende a la mitad en el total de mujeres que tuvieron que hacerse un aborto quirúrgico ⁽³⁾.

Los gastos en salud para hospitalización por temas de aborto se incrementaron notablemente en nuestro país, por lo mencionado se debe dejar cimiento y realizar seguimiento desde las primeras semanas en la gestación para prevenir la aparición de abortos y con ello disminuir a los riesgos para las mujeres.

1.2. Justificación

El aborto sigue siendo una problemática que afecta a las mujeres en todo el mundo, en muchos casos se recurre a lugares que no brindan las medidas básicas de asepsia o en otros casos son atendidos por personas que no están capacitadas, son muchas las razones por las cuales una mujer puede o decide abortar, sin embargo, esta decisión en muchos casos pone en riesgo y peligro su vida.

En muchos casos los abortos inducidos acaban en abortos incompletos y generan complicaciones que de no ser tratadas a tiempo pueden llevar a la muerte de la madre, es por ello que debe atenderse de manera inmediata en las instancias hospitalarias, a las cuales las mujeres no asisten por falta de conocimiento o vergüenza, y se dirigen a lugares no especializados. Por este motivo, que este tema es muy importante porque permite analizar la realidad del país, de los servicios de salud y de todo el entorno respecto de este tema, pues muchas veces lo mencionado participa como una barrera para acudir a un lugar seguro y con personal capacitado.

Consideramos que este tema es importante porque nos permite conocer nuevos procedimientos y formas de abordaje ante el aborto incompleto.

1.3. Marco teórico

1.3.1 Antecedentes

a. Antecedentes Internacionales

Torres C, et al. (2020). El aborto es un problema de múltiples dimensiones, según la OMS cerca de 80 millones de mujeres al año tienen un aborto espontáneo, inducido o mortinato, de estos se estima que la cuarta parte tiene un aborto en condiciones inseguras y que cerca de 50,000 niñas y mujeres mueren por causas relacionadas al aborto en el mundo y de estas el 98% corresponde a países en vías de desarrollo. De acuerdo a los estudios la tasa en el mundo es de 39 abortos por 1000 mujeres de edad entre 15 a 49 años ⁽⁴⁾.

Rodríguez-Ruiz A, et al (2020). Un estudio analítico en 144 pacientes con aborto incompleto e hiperplasia endouterina tratadas con aspiración manual endouterina a las que se realizan bloqueo paracervical y bloqueo epidural de las que el 57.14% refirieron dolor leve, sin embargo, se llega a la conclusión que el bloqueo paracervical es una alternativa en la atención de estas pacientes, cuando no se dispone de los recursos ⁽⁵⁾.

Vafael H, et al. (2020). Es un estudio del uso de estimulantes para provocar un aborto, para ello se analizó a 80 pacientes que recibieron la medicación por 2

semanas, pasado este tiempo, se observó una tasa de 82,9% en el grupo de intervención y del 54,3% en el grupo de placebo ($P = 0,01$), por lo que se concluye que el medicamento es eficaz y seguro para el tratamiento de aborto incompleto ⁽⁶⁾.

Kehinde F, et al. (2018). Este estudio comparativo para ver la eficacia del uso de misoprostol y de la aspiración manual, este estudio tuvo algunos criterios no podían participar quienes tengan sangrado profuso o usaran DIU, o infecciones pélvicas. Se trabajo con 200 pacientes y se asignó de forma aleatoria. Entre los resultados se tienen que la aspiración manual tiene mejores tasas de evacuación completa ⁽⁷⁾.

Zambrano J (2018). Se hace una revisión del aborto como un problema médico que pone en riesgo la vida, y muestra que los factores que la generan son las infecciones urinarias, uso de drogas, alcohol, la edad de la mujer con una relación estadística del 71% ⁽⁸⁾.

b. Antecedentes Nacionales

Morales H. (2020). Estudios para evaluar factores que asocian al aborto incompleto, fue un diseño de tipo retrospectivo, caso-control, que tiene como características sociodemográficas que las pacientes son de procedencia del Callao, que tienen entre 15 y 35 años y predominantemente desempleada ⁽⁹⁾.

Silva C. (2020). Es un caso académico acerca de una mujer de 23 años que tiene un aborto incompleto que luego de revisar sus antecedentes es provocado por una infección urinaria, se detallan los diagnósticos y tratamientos brindados alrededor de este caso ⁽¹⁰⁾.

Shimabukuro J. (2020). Se evalúa el tratamiento quirúrgico en función del grosor endometrial que han tenido un aborto incompleto, se tuvo una población de 430 pacientes. Se hizo una comparación entre un grosor endometrial menor, igual o mayor a 10 mm. con respecto a los resultados anatómo-patológicos. Se concluye que un grosor endometrial menor o igual a 10 mm. en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto, nos permite establecer la posibilidad de ofrecer el tratamiento espontáneo (solo observacional) y no quirúrgico del aborto incompleto ⁽¹¹⁾.

Ponce M. (2018). Estudio en 405 mujeres de los factores asociados al aborto incompleto, estudio de tipo analítico, retrospectivo, que muestra que las características asociadas son edad adulta, educación secundaria, soltera, hemoglobina baja, multigesta. En base a ello se pueden realizar actividades preventivo promocionales ⁽¹²⁾.

Roncal F. (2018). Estudio realizado en el interior del país que refiere que existen factores sociales y psicológicos que influyen en el aborto incompleto, mencionando a tener una familia disfuncional y la depresión como causas de ello ⁽¹³⁾.

BASES TEÓRICAS

Un aborto incompleto es una patología de la concepción que se presenta antes de las 20 semanas, generalmente se evidencia sangrado vaginal moderado a severo, dolor abdominal inferior y pélvica, es importante su diagnóstico precoz para asegurar que se expulse todo el producto de la concepción ⁽¹⁴⁾.

El aborto incompleto es un subtipo de un aborto espontáneo. La amenaza de aborto es el sangrado con orificio cervical cerrado, el aborto inevitable tiene sangrado vaginal con orificio cervical abierto, el aborto completo viene con sangrado por el orificio cervical abierto con pérdida completa del producto de la concepción. Se dice que tiene una incidencia de 10 a 15%, según los autores se considera un aborto temprano, aquel que se produce antes o menos de las 12 semanas, y un aborto tardío más de las 12 semanas, y si bien las causas se desconocen, la mayoría esta relacionada a anomalías cromosómicas fetales ⁽¹⁵⁾.

La incidencia no es clara, sin embargo, se estima que está entre 12.8 y 13.5%, esta tasa esta sesgada debido a que en algunos lugares del mundo es considerado legal ⁽⁹⁾.

ETIOLOGÍA

La mayoría de los casos es prevenible, sin embargo, 50% serían anomalías cromosómicas, otra de las causas son la edad, enfermedad materna metabólica, enfermedad renal, trombofilia, sobrepeso, uso de fármacos, alcohol, cafeína, infecciones de transmisión sexual, en consecuencia, esta es una patología con alta prevalencia y que requiere de atención médica ⁽¹⁶⁾.

Tabla. - 1 Incidencia de anomalías cromosómicas comunes

Anomalía cromosómica	Definición / ejemplos	Incidencia (%)
Trisomía autosómica única	Un cromosoma autosómico adicional presente, ejemplos: trisomía 16, trisomía 21 (síndrome de Down), trisomía 22	64,6
Triploidía	Tres juegos de cromosomas en cada célula, Ejemplo: 69XXX	13,1
Monosomía X	Falta un cromosoma X, ejemplo: síndrome de Turner	10,4
Reordenamientos cromosómicos	Deleciones, duplicaciones, inversiones, translocaciones cromosómicas	5.2
Combinación de anomalías cromosómicas	Ejemplos: trisomía múltiple, trisomía más monosomía, hipertriploidía	4.2
Tetraploidía	Cuatro juegos de cromosomas en cada célula, Ejemplo: 92XXXX	1.4
Monosomía autosómica	La falta de un miembro de un par de cromosomas autosómicos.	0,8
Trisomía del cromosoma sexual	Un cromosoma sexual adicional, ejemplo: síndrome de Klinefelter (XXY) o síndrome de Jacob (XYY)	0,3

Fuente: Diagnóstico Prenatal de anomalías cromosómicas ⁽¹⁶⁾.

La gran mayoría se debe a anomalías cromosómicas. el 50% de los casos a un cariotipo fetal anormal que puede producir trisomías, triploidías, tetraploidías, anormalidades cromosómicas, que se dan dentro de las primeras 9 semanas de gestación, entre otras causas que incluyen el riesgo materno tenemos: los factores inmunológicos e infecciosos. El sistema inmunológico lucha contra invasores extraños, se establece un mecanismo frente al embarazo, lo que genera una respuesta que conduce a una intolerancia de la madre respecto del embrión. En cuanto a las infecciones tenemos el citomegalovirus, la rubeola, el herpes, la vaginosis bacteriana, Chlamydia Trachomatis, toxoplasmosis, todos estos

mecanismos afectan la unidad uteroplacentaria que interrumpen la implantación del blastocisto y con ello la creación del nuevo bebé ⁽¹⁷⁾.

EPIDEMIOLOGÍA

Ocurren antes de las 20 semanas, sobretodo en mujeres de edad avanzada, dependiendo del lugar, las tasas son distintas donde es considerado legal. Es importante realizar una historia clínica completa que nos permita medir los factores de riesgo, conocer la última fecha en la regla, esto es crucial, pues conocer cuál es la etapa en la que el feto se está desarrollando es fundamental y de esta manera saber si se debe intervenir quirúrgica o medicamente, es importante evaluar la cantidad de sangrado, si se elimina algún tejido o coágulo, para ello es importante la información que traiga la paciente, se presentan en algunos casos calambres, es importante en estos casos el control de las funciones vitales, la temperatura especialmente, un aborto séptico presenta sangrado vaginal moderado a severo, dolor abdominal suprapúbico ⁽¹⁴⁾.

FACTORES DE RIESGO

Se estima que entre el 5 y 30% de los embarazos presenta anomalías subyacentes, entre éstas tenemos la presencia de adherencias, como el síndrome de Asherman, fibromas uterinos, anomalías uterinas congénitas, tabiques uterinos, no se sabe exactamente cómo afectan estas anomalías, pero se cree que el endometrio se convierte en un lugar desfavorable para la implantación ⁽¹⁸⁾.

El riesgo de un aborto aumenta significativamente cuando después de una ecografía de 7 semanas se observa un hematoma sub coriónico y este es superior a 50% del tamaño del saco gestacional. Entre otros factores tenemos los trastornos endocrinos como la diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, que perjudican el desarrollo del endometrio, su calidad y en muchos casos causa la muerte fetal intrauterina ⁽⁶⁾.

Otro punto importante es la edad materna, menores de 20 años tienen riesgo, pero este riesgo es mayor en personas de 35 años a más, algunos riesgos adicionales están el consumo de alcohol y el consumo de tabaco, el estrés materno, el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos por más de 15 días, el uso de azitromicina, metronidazol, etc ⁽¹⁹⁾.

EVALUACIÓN

Para realizar la evaluación se necesitan resultados de HCG y de una ecografía transvaginal que nos permitirá conocer cuáles son los productos que se encuentran dentro del útero, se espera niveles bajos de HCG y que no haya latidos fetales, sin embargo, el examen bimanual el útero es grande pero blando, por lo que se requiere solicitar un hemograma, factor Rh y el perfil de coagulación ⁽¹⁷⁾.

Tabla. - 2 Factores de riesgo maternos

Historia médica pasada	
	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de embarazo anterior
	<ul style="list-style-type: none"> • Parto prematuro
	<ul style="list-style-type: none"> • Nacimiento de un niño muerto
	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea
	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional
Anomalías uterinas	
	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Asherman
	<ul style="list-style-type: none"> • Miomas uterinos *
	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalías uterinas congénitas
	<ul style="list-style-type: none"> • Hematoma subcoriónico
	<ul style="list-style-type: none"> • DIU in situ
Trombofilias	
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de anticuerpos anticardiolipina (lupus eritematoso sistémico, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos)
	<ul style="list-style-type: none"> • Factor V Leiden
	<ul style="list-style-type: none"> • Homocigosidad MTHFR *
Desordenes endocrinos	
	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes tipo 1 o 2
	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de tiroides
	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de ovario poliquístico
Factores de riesgo no modificables	
	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor de 30 años
	<ul style="list-style-type: none"> • Etnia negra
Factores de riesgo modificables	
	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de alcohol, tabaco, cocaína o marihuana durante el embarazo
	<ul style="list-style-type: none"> • IMC de 25 o mayor o menor de 18.5
	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés *
	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de AINE en el primer trimestre
	<ul style="list-style-type: none"> • Ciertas clases de antibióticos (azitromicina, claritromicina, metronidazol, sulfonamidas, tetraciclinas y fluoroquinolonas) **

Fuente: Factores de riesgo de aborto incompleto ⁽²⁾

SÍNTOMAS

El sangrado vaginal es la principal manifestación de un aborto, acompañado de dolor o calambres pélvicos y con menor incidencia la presencia de vómito.

Algunas pacientes son asintomáticas, se enteran de que tiene un aborto por un hallazgo ecográfico, según un estudio realizado el 38% de pacientes son asintomáticas ⁽⁴⁾.

EXAMEN FÍSICO

Se debe realizar una evaluación hemodinámica de la paciente para asegurar que está estable y algunos casos debe realizarse un examen con espéculo para observar si hay dilatación cervical. Un examen bimanual puede ayudar a una mejor evaluación ⁽²⁰⁾.

DIAGNÓSTICO

Las pacientes que tienen pruebas de embarazo de orina positiva y síntomas sospechosos de un aborto deben tener una HCG cuantitativa, el recuento de células sanguíneas y una confirmación de la correlación entre estas es fundamental para saber si el embarazo es viable. Se debe hacer una correlación entre el saco gestacional, los niveles elevados de HCG, si estos no están relacionados todavía, se debe repetir un examen dentro de las 72 horas, en caso exista alguna sospecha de un embarazo anormal ⁽¹¹⁾.

La ecografía resulta esencial, si no existe correlación entre las semanas de gestación, la actividad cardíaca y el tamaño del saco gestacional es importante hacer la repetición de la ecografía para evaluar la viabilidad.

TRATAMIENTO

Los abortos incompletos se tratan con mayor frecuencia de manera expectante, un seguimiento frecuente y de los niveles de HCG, la gran mayoría tendrá necesidad de un tratamiento médico quirúrgico, en algunos casos se tendrá que realizar una hidratación intravenosa y toma de analgésicos, se puede transfundir sangre y si ello es continuo se debe monitorear y evaluar la evacuación quirúrgica. En pacientes con fragmentos en el orificio cervical se puede utilizar fórceps, se debe iniciar un proceso de homeostasia, facilitar las contracciones uterinas y disminuir la estimulación vagal para evitar un choque cervical, en algunos casos se puede utilizar oxitocina para controlar el sangrado y misoprostol para ayudar a contraer el útero ⁽⁷⁾.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se deben realizar un diagnóstico diferencial de las siguientes patologías: shock séptico, shock hemorrágico cervical ⁽²¹⁾.

PRONÓSTICO

Los pacientes con aborto incompleto normalmente tienen un buen pronóstico, una tasa de éxito entre los 89 y 96%, sin consecuencias futuras para poder tener un futuro embarazo. El riesgo es bajo si el embarazo es menor de 12 semanas, después

de las 14 semanas hay mayor riesgo de muerte materna y complicaciones, sin embargo, es importante el hecho de brindar atención médica en estos casos ⁽¹⁴⁾.

COMPLICACIONES

Dentro de las publicaciones más importantes tenemos la hemorragia grave, la sepsis, es por ello que se evaluará a la paciente y el tratamiento que se va a brindar en caso de una posible sepsis ⁽¹⁸⁾.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1. Objetivo General

- Describir el manejo realizado en un aborto incompleto por parte del equipo de salud

2.1.2. Objetivos Específicos

- Realizar la evaluación del manejo realizado a una paciente con aborto incompleto.
- Verificar si se cumplen las normas y protocolos de atención.

2.2.- Datos relevantes del caso clínico.

HISTORIA CLÍNICA EMERGENCIA

FECHA: 10 de mayo de 2021

Hora: 07:45 hrs

Edad: 23 años

Ocupación: independiente

Grado de Instrucción: técnico

Estado civil: conviviente

ANAMNESIS:

Tiempo de enfermedad: 12 horas. Forma de inicio: Insidioso Curso: Progresivo

Síntomas principales: Sangrado vaginal:

Paciente refiere que hace +/-12 horas presenta sangrado vaginal en regular cantidad con coágulos, el cual se ha ido intensificando motivo por el cual acude a emergencia.

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

- Apetito: N
- Sueño: N
- Deposiciones: N
- Orina: N

ANTECEDENTES PERSONALES:

Asma (-) TBC (-): DM (-) Tiroidea (-) Transfusiones (-) Alergias (-) Hábitos nocivos (-) ITU (-), Hábitos Nocivos (-) ITS (-) Colagenopatía (-) EPI (-)

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

Cesárea por Preeclampsia

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

FUR 9/4/21 RC: 7/23 FUR confiable: NO MAC: SÍ Tipo: ampolla. VDRL:(-)

FUP: 26/11/2017 Cesárea

EXAMEN FÍSICO

PA 100/70 mmHg, FC 75x', FR 18x', SATURACIÓN OXÍGENO 98%.

En Aparente Regular Estado General.

Mamas: blanda, no dolorosa a la palpación.

Abdomen: RHA (+), blando depresible.

Tacto vaginal:

Vagina: amplia y elástica.

Cérvix: orificio abierto

Cuerpo uterino: 9cm

Anexos: libres, no doloroso

Sangrado vaginal: se extraen restos endouterinos

Neurológico: lúcida en tiempo espacio y persona.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Aborto incompleto
- COVID 19 Ig G (+)

PLAN:

- Se prepara para AMEU
- Exámenes auxiliares: Grupo sanguíneo, factor Rh, hemograma.
- Diagnóstico por imágenes: ecografía transvaginal

INMUNOLOGÍA

Resultado: 1.900 mUI/ml

- No Embarazadas: <6 mUI/ml
- Indeterminado: 6-10
- Embarazadas: >10

RESULTADO DE PRUEBA RÁPIDA COVID 19

Personal de Salud NO

Tiene síntomas NO

Resultado: Reactivo Ig G

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRANSVAGINAL

Hora: 08:45 hrs

ÚTERO:

- A-P: 71
- T: 79 mm.
- L: 10 mm
- Bordes: Regulares
- Parénquima: Homogéneo

Endometrio:

- Se evidencia contenido endouterino en 18mm

ANEXOS

- OD: 29x30x19 con múltiples folículos
- OI: No Visibles
- *DOUGLAS: Libre*
- *CONCLUSIÓN: Contenido Endouterino*

Laboratorio de Emergencia

09:41 hrs

RESULTADOS

ANALISIS	RESULTADOS	FECHA
TIEMPO DE PROTROMBINA	93 % 14.1 seg 1.05 INR	10/05/2021 09:40:40
T. TROMBOPLAST PARCIAL ACTIV	32.9 seg	10/05/2021 09:41:26
TIEMPO DE TROMBINA	15.4 seg	10/05/2021 09:41:24
FIBRINOGENO	344 mg/dl	10/05/2021 09:41:46

Hora: 09:41 hrs

	Prueba	Resultado	Unidad	Referencia
1	WBC	12.88	10 ³ /L	4.00 - 10.00
2	Neu#	9.45	10 ³ /uL	2.00 - 7.00
3	Linf#	2.48	10 ³ /uL	0.80 - 4.00
4	Mon#	0.79	10 ³ /uL	0.12 - 1.20
5	Eos#	0.12	10 ³ /uL	0.02 - 0.50
6	Bas#	0.04	10 ³ /uL	0.00 - 0.10
7	IMG#	0.15	10 ³ /uL	0.00 - 1.00
8	Neu%	73.3	%	50.0 - 70.0
9	Linf%	19.3	%	20.0 - 40.0
10	Mon%	6.1	%	3.0 - 12.0
11	Eos%	1.0	%	0.5-5.0
12	Bas%	0.3	%	0.0 - 1.0
13	IMG%	1.1	%	0.0 - 2.5
14	RBC 1046/L	3.83		3.50 - 5.50
15	HGB	12.4	g/dL	11.0-16.0
16	HCT	36.5		37.0 - 54.0
17	MCV	95.3	fL	80.0 - 100.0

NOTA DE OBSTETRICIA

13:45 hrs

Ingresa paciente de 23 años refiere sangrado que aumenta el día de hoy desde la

01:00 hrs **Antecedentes:**

Alergias (-), Enfermedades (-), Transfusiones (-).

Gineco obstétrico:

1. Aborto AMEU 2016
2. Cesárea por preeclampsia hace 3 años.
3. Embarazo actual.

Al Examen:

- ABEG, ABEN, ABEH, LOTEP.
- Mamas: Turgentes.
- Abdomen: Blando doloroso en hipogastrio
- G. Ext: se visualizan restos endouterinos
- TV: Diferido

Impresión Diagnóstica:

- Aborto incompleto
- Cesárea

Plan:

- Se prepara para AMEU
- Se canaliza vía CINA 9/1000 cc
- Se coloca analgesia por indicación médica.

13:50 hrs Se administra Ketoprofeno 100 mg EV

14:00 hrs. Atropina 0,5 mg EV

14: 05 hrs Se administra Diazepam 10 mg EV lento

Se inicia procedimiento previo bloqueo para cervical realizada por médico, se extraen regular cantidad de restos endouterinos.

INFORME OPERATORIO

Sala de Operaciones:

- Comienzo de Operación: 14:05 hrs
- Término de Operación: 14:15 hrs

Diagnóstico Pre-Operatorio

- Aborto incompleto
- Cesárea previa
- 3 COVID 19

Diagnóstico Post-Operatorio

- post AMEU

Hallazgos

- Útero AVF +/- 10 cm contenido uterino en regular cantidad, sin mal olor.

Procedimiento

- AD +CCE
- Colocación de espéculo vaginal.
- Antisepsia de canal vaginal con yodopovidona
- Pinzamiento de labio anterior
- Bloqueo paracervical
- Aspiración de contenido endouterino

- Revisión de hemostasia
- Retiro de materiales.
- Paciente tolera procedimiento

Incidentes: Ninguno

14:15 hrs Se termina procedimiento, paciente queda en reposo.

16:00 hrs Firma de consentimiento informado para implante subdérmico

16:55 hrs Reporte de implantes realizado por medico de turno.

- *Paciente en decúbito dorsal*
- *Limpieza con yodopovidona*
- Infiltración de anestesia local en zona de operación
- Inserción de anticonceptivo subdérmico.
- Sin complicaciones

18:00 hrs Paciente sale de alta

PAPELETA DE ALTA

- DIAGNOSTICO: Post AMEU x aborto incompleto
- PROCEDIMIENTO: AMEU

2.3. Discusión

El aborto incompleto es una patología que pone en riesgo la salud de las mujeres, pues representa una entidad que integra la probabilidad de presentar sangrado profuso e infección, llegando en muchos casos hasta la muerte.

Se presenta el caso clínico para poder conocer y establecer cuál es el manejo que se realiza en casos de aborto incompleto, como actúa el personal y si se tienen los equipos necesarios para realizar la atención.

Este caso es similar a los reportes de caso que hay en las diversas revistas científicas, se muestra a una mujer en edad fértil que presenta sangrado profuso, dolor y luego de la evaluación ecográfica y de laboratorio se procede a realizar una intervención quirúrgica, no se presentan complicaciones y es dada de alta el mismo día, este tipo de casos son muy frecuentes, debiendo indicar que el manejo y el tratamiento brindado por el equipo de salud fue rápido, óptimo y se dió en condiciones de asepsia y antisepsia muy buenas sobre todo, punto muy importante ahora que estamos en tiempos de pandemia.

Debemos enfocarnos a realizar medidas preventivo-promocionales que permitan realizar control prenatal precoces para evitar un aborto no deseado.

2.4. Conclusiones

- El equipo clínico del hospital donde se atendió el caso de aborto cumplió con las normas y protocolos de atención, la paciente tenía los signos y síntomas relacionados a la patología, esta fue diagnosticada adecuadamente y se actuó de manera rápida, oportuna y con prontitud.
- En cuanto a la evaluación realizada por el equipo clínico que atendió a la paciente consideramos que la evaluación fue adecuada, se pudo tener las pruebas diagnósticas a tiempo, las pruebas laboratoriales se tuvieron rápidamente, se realizó la ecografía transvaginal y se realizó la intervención quirúrgica sin complicación en un lapso de 6 horas y al cabo de 4 horas adicionales salió de alta sin complicaciones.
- Se cumplieron con las normas y protocolos establecidos y los que se manejan dentro del hospital, esto contribuyó a una rápida respuesta y que no se tenga complicaciones.

2.5 Recomendaciones

- Capacitación al equipo clínico en entidades patológicas como el aborto incompleto para una rápida resolución y sobretodo para que el trabajo en equipo tenga respuestas con calidad y en beneficio de la paciente.
- Actualizar de manera constante las normas, manuales y protocolos de atención para que el equipo clínico este al tanto de nuevas terapias y métodos de atención.
- Brindar consejería y atención profesional para la población en temas de planificación familiar y métodos anticonceptivos efectivos.
- Realizar controles prenatales con más antelación luego de la sospecha de un probable embarazo, para evitar de esta manera presentar un aborto inesperado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iglesias-Osores S, Nayano C. Características del aborto adolescente en un hospital de Chiclayo, Perú 2018. Rev cuerpo médico HNAAA [Internet]. 2019 [cited 2021 May 25];12(1):1–4. Available from: <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/480/248>
2. Zambrano J. Factores de Riesgo de Aborto Incompleto en Adolescentes. Universidad de Guayaquil; 2018.
3. PROMSEX. El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú. 2018.
4. Torres C. Aborto incompleto y su manejo médico en Colombia. 2019.
5. Rodriguez-Ruiz AF, Morales-Alvarez J D-GS. Ventajas del bloqueo paracervical en la aspiración manual endouterina de pacientes con sangrado uterino anormal por hipertrofia endometrial y aborto incompleto del primer trimestre. Ginecol Obs Mex [Internet]. 2021 [cited 2021 May 25];89(4):279–85. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2021/gom214b.pdf>
6. Vafaei H, Ajdari S, Hessami K, Hosseinkhani A, Foroughinia L, Asadi N, et al. Efficacy and safety of myrrh in patients with incomplete abortion: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical study. [cited 2021 May 25]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12906-020-02946-z>
7. Ibiyemi KF, Ijaiya deen A, Adesina KT. Randomised Trial of Oral Misoprostol Versus Manual Vacuum Aspiration for the Treatment of Incomplete Abortion at a Nigerian Tertiary Hospital. 2019 [cited 2021 May 25];19(1):38–43. Available from: <https://doi.org/10.18295/squmj.2019.19.01.008>

8. Deleg S. Eficacia del legrado uterino y aspiración al vacío en el manejo hospitalario del aborto incompleto [Internet]. Universidad de Guayaquil; 2019 [cited 2021 May 25]. Available from: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/46602/1/CD_176_DELEG_ZAMBRANO%2C_SHUBER_JUSSETH.pdf
9. Morales H. Factores sociodemográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencia de gineco-obstetricia del Hospital San Jose durante enero – diciembre 2019 [Internet]. Universidad Ricardo Palma. Universidad Ricardo Palma; 2020 [cited 2021 May 25]. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3263>
10. Silva C. Aborto incompleto en el Hospital Petita Ramos Essalud Ica. Universidad Privada de Ica; 2017.
11. Shimabukuro J. Medida Endometrial y estudio anatomopatológico en aborto incompleto. INMP 2015. Universidad San Martín de Porres; 2017.
12. Ponce M. Factores Asociados Al Aborto Incompleto En Mujeres En Edad Fértil Del Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Villa El Salvador. Primer Semestre 2016. Universidad San Martín Porres; 2018.
13. Roncal F de M. Factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016. Universidad Nacional de Cajamarca; 2018.
14. Reynolds-Wright JJ, Johnstone A, McCabe K, Evans E, Cameron S. Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sex Reprod Heal* [Internet]. 2021 Feb 4 [cited 2021 May 25];0:1–6.

Available from: <http://jfprhc.bmj.com/>

15. Aryal S, Nepal S, Pant SB, Kayastha S, Eisenstein E. Safe abortion services during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from a tertiary center in Nepal [version 1; peer review: 2 approved] report report. 2021 [cited 2021 May 25]; Available from: <https://doi.org/10.12688/f1000research.50977.1>
16. Riquero Carvajal JA. Universidad Tecnica De Babahoyo Facultad De Ciencias De La Salud Escuela De Obstetricia Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Obstetriz TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO [Internet]. Babahoyo: UTB-FCS, 2020; 2020 [cited 2021 Apr 4]. Available from: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8408>
17. Huamán MG, Isabel Quiroga de Michelena M, St Martin B, Huamán MJ. Diagnóstico Prenatal DE Anomalías Cromosómicas Biopsia DE VELLOSIDADES CORIALES Y Amniocentesis Para Cariotipo Fetal.
18. Gebretsadik A. Factors Associated with Management Outcome of Incomplete Abortion in Yirgalem General Hospital, Sidama Zone, Southern Ethiopia. 2018 [cited 2021 May 25]; Available from: <https://doi.org/10.1155/2018/3958681>
19. Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong C. Williams-obstetricia [Internet]. 23 va. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES S de C, editor. México, D. F; 2011 [cited 2021 Apr 16]. Available from: https://www.academia.edu/37272150/Williams_obstetricia

20. Pesantes Z. Universidad Privada Arzobispo Loayza Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Obstetricia. 2017.
21. Ríos González AA, Vallejo De la Cruz AI. Cambios sistemáticos y orgánicos producidos por el misoprostol en mujeres nulíparas y multíparas con aborto incompleto. 2018 [cited 2021 May 25]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31785>