



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

MANEJO CLÍNICO DEL ABORTO INCOMPLETO

EN GESTANTE ADOLESCENTE

ATENDIDA EN IPRESS III-1

PRESENTADO POR:

MIRTHA SANDIGA VILCHES

ASESOR

DRA. MIRIAN TERESA SOLÍS ROJAS

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

MOQUEGUA - PERÚ

2020

ÍNDICE DEL CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
RESUMEN.....	v
SUMMARY	vi
CAPÍTULO I.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.3. MARCO TEÓRICO	6
1.3.1. Antecedentes Internacionales	6
1.3.2. Nacionales.....	8
1.3.3. Bases teóricas.....	10
Definición.....	11
CAPÍTULO II	13
CASO CLÍNICO	13
2.1. Objetivos	13
2.1.1. Objetivo General.....	13
2.1.2. Objetivo Específico.....	13
2.2. Presentación del Caso Clínico.....	14
2.3. Discusión.....	26
2.4. Conclusiones	27
2.5. Recomendaciones.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico Nro.1	2
Gráfico Nro.2	3
Gráfico Nro.3	4

RESUMEN

La amenaza de aborto, se define como la salida de sangre y/o dolor, sin cambios en el cuello uterino y latidos fetales presentes en el feto (1), es una forma que puede presentarse un aborto espontáneo, con o sin eliminación, incompleta o completa del producto del embarazo, con menos de 20 semanas o determinando un peso fetal menor de 500 gr. (2). Consideramos importante establecer los diagnósticos diferenciales porque el 50% de casos avanza hacia la retención, expulsión total o parcial del embrión o feto. En el año 2015 el INEI, el grupo etario de 10 a 19 años constituyó el 18,6% de la población peruana, y para el año 2021 será 17,4%.

Se describe el curso clínico de una primigesta adolescente de 6 semanas 5/7 por ecografía, asiste a la emergencia refiriendo dolor abdominal tipo cólico con sangrado vaginal, ingresa con el diagnóstico de amenaza de aborto, es hospitalizada por 2 días, se realizó una ecografía, que definió el diagnóstico de aborto incompleto, se realizó legrado uterino, evoluciona favorablemente y se da de alta con indicaciones.

El objetivo de la revisión es describir la amenaza de aborto y aborto incompleto en gestante adolescente y el manejo clínico en una IPRESS III-1, además revisar las normas vigentes relacionadas a la atención obstétrica.

Palabras claves: aborto incompleto, adolescente, primigesta.

SUMMARY

The threat of abortion, is defined as the outflow of blood and / or pain, without changes in the cervix and fetal heartbeats present in the fetus (1), is a way that a miscarriage may occur, with or without elimination, incomplete or complete of the pregnancy product, with less than 20 weeks or determining a fetal weight less than 500 gr. (two). We consider it important to establish differential diagnoses because 50% of cases progress towards retention, total or partial expulsion of the embryo or fetus. In 2015, the INEI, the age group from 10 to 19 years old, constituted 18.6% of the Peruvian population, and by 2021 it will be 17.4%.

The clinical course of a 6-week-old adolescent primigrade 5/7 by ultrasound is described, she attends the emergency referring colic abdominal pain with vaginal bleeding, she is admitted with the diagnosis of threatened abortion, she is hospitalized for 2 days, an ultrasound was performed, who defined the diagnosis of incomplete abortion, uterine curettage was performed, progressing favorably and discharge with indications.

The objective of the review is to describe the threat of abortion and incomplete abortion in adolescent pregnant women and clinical management in an IPRESS III-1, in addition to reviewing current regulations related to obstetric care.

Key words: incomplete abortion, adolescent, primigrade.

CAPÍTULO I

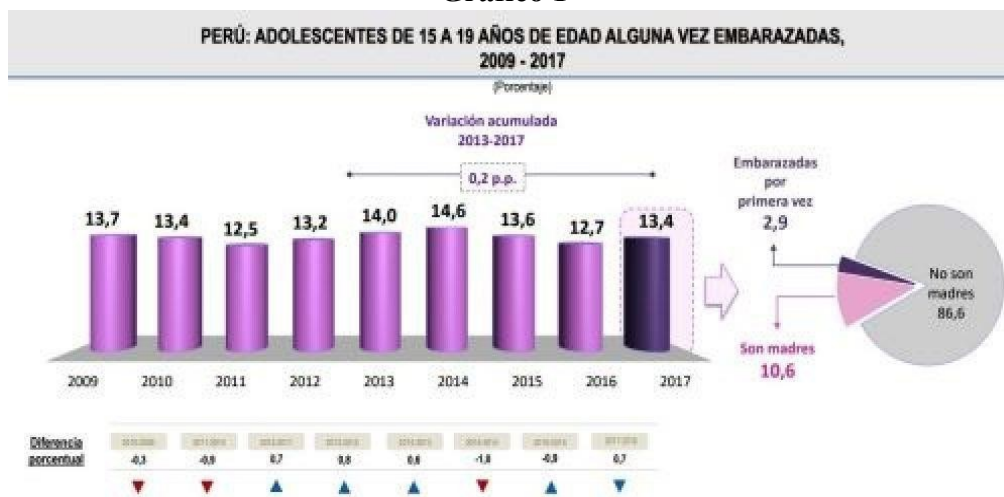
1.1. Descripción del Problema

El aumento de la expectativa de vida y la disminución de sus tasas de natalidad genera que en el Perú se desarrolle un modo de transición demográfica, según apreciación del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 17,4% de 10 a 19 años significará la población en el 2021 (1). Las cifras indican que la organización en salud debe estar listo para considerar las carencias de los y las adolescentes en asuntos de salud sexual y reproductiva, para la previsión de gestaciones no deseados considerando las particularidades de este grupo.

La adolescencia y gestación continúa siendo una de las primordiales causas que coadyuvan a la muerte materna e infantil y a la asociación enfermedad y pobreza. Alrededor de cuatro adolescentes por día, menores de 15 años quedan gestando en Perú, y sube a diez este nivel cuando las menores llegan a esta edad.

En el año 2017, la realización de la investigación demográfica y de salud familiar muestra que el grupo etario de adolescentes 15 a 19 años, fueron madres o quedaron gestando por primera vez con un 13,4%, lo que represento un aumento del 0,7% en comparación al 2016.

Gráfico 1



Fuente: Perú 21, 24/06/18 (3)

Cerca del 15% del total de embarazos diagnosticados terminan en abortos espontáneos, comúnmente esto ocurre dentro de las primeras 12 semanas.

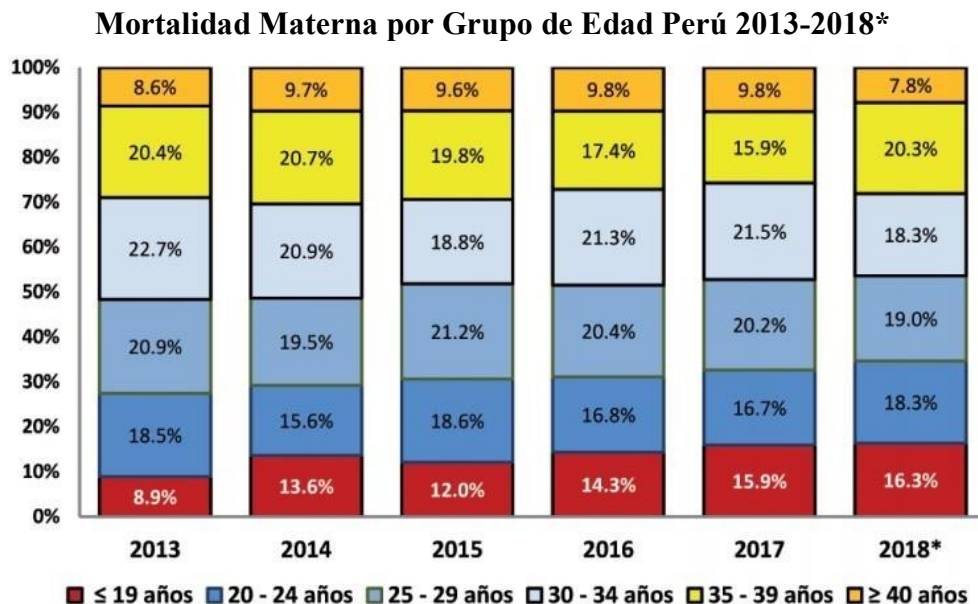
En la adolescencia, el aborto es un factor básico que daña la salud reproductiva y en algún momento de la vida de una mujer, es una circunstancia de angustia y tensión.

El grupo de las edades extremas, menores de 15 y mayores de 35, establecen un elemento de riesgo obstétrico, aumentando la amenaza de presentar complicaciones durante la gestación, el parto y postparto. El boletín

Epidemiológico en la semana 24 del año 2018, el 16,3% de casos de muerte materna en menores de 19 años, muestra una leve disminución desde el 2014; pero en comparación con el año 2016, el último año se muestra un incremento de 13 casos (2). Evitar muertes maternas ocasionadas por las hemorragias durante la gestación en especial las del primer trimestre del embarazo, es un indicador de disminución de la mortalidad materna (MM), el cual establece las diferencias socioeconómicas entre los diferentes países, especialmente los que se encuentran en vías de desarrollo. (4)

Los datos de la revista Epidemiológica (Perú) en la semana del 10 al 16 de junio 2018 informo 153 muertes maternas directas e indirectas, el 16,3 % son en mujeres menores de 19 años, notándose en este grupo un leve aumento porcentual en los últimos años. Entre los 11 a 17 años se notificó el 5,3%. (5)

Gráfico 2



Fuente: CNE * Hasta la SE 24-2018

La semana comprendida en el mes de noviembre del 2017, en la Revista Epidemiológico (Perú) SE 47-2017, indica que fueron 340 muerte maternas por causas directas e indirectas, el 16,5 % de ellas son de mujeres menores de 19 años, y presentan el gráfico comparativo del 2012 al 2017*, realizando rangos en el grupo de 10 a 14 años, de 15 a 19 años y mayores de 19 años. (5)

Gráfico 3

Comparativo Según grupo Etario del 2012 al 2017*

Grupo Etáreo	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
10-14 Años	1.1%	0.3%	0.5%	1.0%	0.6%	1.8%
15-19 Años	15.0%	8.6%	13.1%	11.1%	13.7%	14.7%
> 19 Años	83.9%	91.1%	86.4%	88.0%	85.7%	83.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

*Fuente: CNE **Se consideraron las cosas notificados como muerte materna directa e indirecta*

En los últimos años, se tiene el saber y los implementos necesarios para prevenir que las mujeres mueran por causas que se pueden evitar. Estas acciones se establecen en Perú, “Cero muertes maternas” empezó a ponerse en funcionamiento en los países donde la muerte materna es la más alta y la hemorragia es la principal causa de muerte. Se ha tomado en cuenta un conjunto de acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud para las embarazadas, como también la calidad de la atención prestada a mujeres con complicaciones en la gestación.(6)

1.2. Justificación

Las cifras del embarazo adolescente, presentan una línea ascendente en nuestro país, sus complicaciones como la amenaza de aborto y aborto incompleto, se presentan con mayor frecuencia en el primer nivel de atención.

Las complicaciones causadas por la pérdida del producto de la concepción son la tercera razón de mortalidad materna en población de mujeres menores de 19 años. Es prioritario realizar el análisis de la bibliografía actualizada y revisión de la normativa vigente, con lo cual podemos contar con herramientas, que nos permitirán brindar atención especializada de calidad y de esa manera contribuiremos a disminuir la muerte materna en nuestro país. (6)

Brindando atención de forma integral, con el personal competente, para el manejo de los equipos de ayuda diagnóstica y aplicando los procedimientos indicados en las guías nacionales del Ministerio de Salud (7), además de incorporar las herramientas indicadas, se logrará este objetivo. (8)

1.3. Marco teórico

1.3.1. Antecedentes Internacionales

Brosens et al 2017 (Italia) en la investigación titulada el “El impacto de la inmadurez uterina en los síndromes obstétricos durante la adolescencia” expresa que las adolescentes embarazadas nulíparas tienen un mayor riesgo de síndromes obstétricos. Señala que la inmadurez biológica del útero genera el aumento de la incidencia de trastornos obstétricos, a esto se suma los factores sociodemográficos. Existe evidencia epidemiológica que indican el mayor riesgo por síndromes obstétricos abarcan un aspecto de complicaciones del embarazo, entre ellos preeclampsia, pequeños para la edad gestacional, parto prematuro, ruptura precoz de membranas, aborto espontáneo tardío y Abruption placentario, muchas originadas por trastornos de la remodelación vascular restringida en el lecho placentario y la presencia de lesiones obstructivas en el segmento miometrial de las arterias espirales uteroplacentarias. (9)

Soni, et al, 2015 (México) en su investigación identificó los factores predisponentes de la Morbimortalidad Materna en el Hospital Regional de Poza Rica. Los resultados fueron que de las 364 pacientes; 164 se debieron a hemorragia del primer trimestre, 146 hipertensión del embarazo y 54 las causas asociadas significativamente para preeclampsia. (10)

Pérez, et al, (2016) Venezuela realizó la investigación sobre análisis de determinantes del aborto en el Hospital Upata. Estado Bolívar. La

metodología usada en el estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo. Se reunió información de 207 datos médicos de mujeres con diagnóstico de aborto, identificando el 42% de 21 a 30 años, fue el conjunto etario de mayor prevalencia de aborto. El 93,5% no realizó el control prenatal. La frecuencia de aborto espontáneo fue 98,5%, legrado uterino 97%, de las cuales 8,5% presentaron complicaciones. Evidentemente en el grupo de estudio se manifestó el desconocimiento de las señales de alarma en el control prenatal.

(11)

Jiménez-González, Ciudad de México (2017) en el estudio de conocer las formas de vida y asociaciones subjetivas en la gestación en adolescentes de una comunidad rural marginal en Puebla, utilizando la metodología cualicuantitativa, con una encuesta y una entrevista semiestructurada. Los resultados encontrados en los antecedentes refieren que el 86% no usaba ningún método anticonceptivo, siendo más vulnerable las menores de 19 años para reanudar otro embarazo; se encontró que el 40% de las entrevistadas ya se encontraban en su segundo o tercera gestación y las complicaciones más frecuentes son: oligohidramnios, amenaza de parto pretérmino, microcefalia, aborto, macrosomía, ruptura prematura de membranas. (12)

Vides Torres, et al (2017) Honduras (10), la investigación titulada “Situación Sociodemográfica Clínica de Adolescentes Embarazadas” realizada en Choluteca (Hospital General del Sur), en el mes de agosto 2015 - agosto 2016. De metodología en la que describe, un total de 350 pacientes con diagnóstico de gestación adolescente, el 93,3% del grupo estudiado es

de 15 – 19 años con un valor medio de edad de 17 años evaluó 184 pacientes con un 95% de IC, sabe leer y escribir 100%, su relación familiar es la unión libre 70%.

La enfermedad más frecuente fue la Infección urinaria 46,6%, el 20% anemia, y por último la amenaza de aborto 16,7%. (13)

1.3.2. Nacionales

Mori Quispe et al (2017) Lima, en su tesis “Instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú”, de metodología transversal, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú. Estudio 292 adolescentes en etapa puerperal que recibieron atención de enero a mayo del 2010. Aplicando la Escala de Estigmatización de la Adolescente Embarazada (EEAE), de 7 ítems, incluyéndose a la familia y entorno social cuyos resultados encontraron como promedio de edad de los participantes con un intervalo de 13 a 18 años, gestantes con antecedentes de aborto 22, mientras que 8 puérperas tenían un hijo anterior. En referencia al cuidado del embarazo y supervisiones prenatales: 190 puérperas tuvieron seis o más supervisiones prenatales mientras que 102 presentaron menos de seis supervisiones. En cuanto a la patología obstétrica, 34 casos presentaron amenaza de aborto, 164 anemia, 16 hiperémesis gravídica, 2 placenta previa y 2 abruptio placentae. En 231 con antecedente de trastorno hipertensivo; de los cuales 28 hipertensión gestacional y 17 preeclampsia. Se observó 28 casos de amenaza de parto pretérmino. En relación a la escala de estigmatización de la adolescente embarazada demostraron que un mayor

porcentaje de que la gestante tenía un menor autoconcepto como madre, por lo que se considera una escala confiable y válida para su uso en adolescentes embarazadas. (14)

Ticona, et al, Lima, Perú (2014). “Determinar el nivel de entendimiento y procedimientos sobre signos de alarma en embarazadas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé”. Siendo un estudio en junio 2013, la población de embarazadas hospitalizadas y ambulatorias. Se realizó un sondeo sobre entendimiento y procedimientos de las señales de alarma durante el embarazo. Las conclusiones fueron que el 93% de embarazadas tomo en cuenta los signos de alarma como indicativo de riesgo para la mujer y el feto; asistir inmediatamente a un centro de salud 100%, las señales de riesgo por la que acudieron las embarazadas a emergencia fueron convulsiones (100%), retardo de intrauterino (100%), disuria (86,1%), sangrado vaginal (84,4%) y alza térmica (84,2%). Se concluye que gran parte de las pacientes tomo en cuenta a las señales de alarma como riesgo; y de aparecer algunos de estas señales, todas deberían asistir inmediatamente a un centro de salud. (15)

Rivera Gutarra, Pichanaky, en su investigación de las causas del aborto en adolescentes de la Comunidad Nativa Santa María De Autiki - Pichanaki, 2018. La metodología utilizada fue de tipo interpretativo con enfoque cualitativo encontrándose que no hay fundamento de los fenómenos estudiados; el método utilizado fue el conceptual – inductivo. Las

adolescentes tienen las edades entre 14 y 17 años, de nivel secundario incompleta, estado civil soltera; el entorno familiar es nuclear, existe conocimiento de algunos métodos de planificación familiar, más no lo usaron porque no sabían exactamente como se usa; el proyecto de vida no fue un factor que motivó al aborto. El no usar los métodos de planificación familiar sumado comienzo temprano de las relaciones sexuales denota el predominio de la imagen machista sumado al factor socio cultural de la presión de la madre para condicionar y recurrir al aborto como una forma de controlar la natalidad. Se concluye que los factores familiares y socio culturales condicionaron a la adolescente a interrumpir el embarazo dejando en un tercer lugar el factor económico y el factor personal para posponer la maternidad hasta cuando se sientan preparadas. El factor económico para las adolescentes no motivó al aborto. La falta de afecto de una figura paterna se reemplazó con el sexo con parejas de mayor edad que ellas. El factor socio cultural conllevó sobre todo a las madres de las adolescentes a ver un modo de elección al aborto como anticoncepción; el desconocimiento en sexualidad de las adolescentes las conlleva a desarrollar conductas sexuales de riesgo, entre ellas el aborto no deseado y abortos clandestinos poniendo en peligro la vida de la adolescente. (16)

1.3.3. Bases Teóricas

Realizar un adecuado diagnóstico y poder diferenciarlos de otras patologías, es importante debido que esto determinara la conducta diagnóstica y tratamiento a realizar, por tal motivo es importante definir bien las diferentes

patologías que puedan presentar las mismas características.

Definición

Adolescente: Periodo comprendido entre los 10 y los 19 años, según lo referido por la OMS este periodo se caracteriza por el crecimiento a un ritmo acelerado y de constante variaciones, en el crecimiento y desarrollo, está acompañada de variados cambios fisiológicos. (17)

Embarazo Adolescente: Ocurre en mujeres adolescentes, y se clasifica en embarazo temprano, el cual se encuentra en menores de 15 años y embarazo en adolescencia tardía, está en el grupo etario de 15 años a más. (8)

Amenaza De Aborto: La presencia de sangrado uterino, previos a las 20 semanas de gestación, en presencia o ausencia de contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Son las complicaciones más comunes durante la gestación, para poder realizar un buen tratamiento, se requiere el diagnóstico diferencial, con las patologías y sus formas como embarazo ectópico, embarazo molar, o amenaza de aborto con embarazo viable o no viable es fundamental. Reconocer las causas de riesgo, y realizar exámenes de laboratorio, además de ecografía obstétrica y la valoración de marcadores bioquímicos son importantes, para el evaluación oportuna y pronóstico favorable. (18)

Aborto: Detención de la gestación, con o sin eliminación, parcial o total del producto de la concepción, con un peso fetal menor de 500gr. o antes de las 22 semanas de gestación. (7)

Aborto en Curso (inevitable): Creciente incremento del dolor, de las

contracciones o de la hemorragia con cambios en cuello uterino o ruptura de membranas. (7)

Aborto Incompleto: Eliminación fragmentaria de tejidos placentarios o líquido amniótico a través del cuello uterino con modificaciones y sangrado variable. (7)

Aborto completo: Es la eliminación total del feto y anexos ovulares con detención posterior de la hemorragia y del dolor. (7)

Aborto diferido: Retención en cavidad uterina de un embrión o feto muerto, incluyendo el embarazo anembrionado o de la detección de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable. (7)

Aborto séptico: Etiología de causa obstétrica que cursa con temperatura 38°C o más; antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros síntomas como: sangrado vaginal, mal olor, pus y dolor pélvico. (7)

Normas Legales del Manejo Clínico:

1. Atención de Emergencias Obstétricas (Guía de Práctica Clínica).
2. Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio (Norma Técnica de Salud).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General

Exponer el Manejo Clínico del aborto incompleto en gestante adolescente en IPRESS III-1 de acuerdo a las normas vigentes.

2.1.2. Objetivo Específico

- Identificar la implementación de la Guía de Práctica Clínica dispuesta por el Ministerio de Salud, para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria, en el presente caso.
- Identificar la aplicación de la Norma Técnica de Salud N° 130 MINSA/2017DGIESP “Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio”, en el presente caso.

2.2. Presentación del Caso Clínico

HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA

El 15-12- 2017 a las 00:30, ingresa paciente primigesta de 17 años, acude al servicio de emergencia acompañada de familiar, refiriendo dolor abdominal tipo cólico y sangrado vaginal hace 6 horas. Se encuentra lucida ubicada en espacio, tiempo, y persona.

Control Funciones Vitales: Presión Arterial: 120/90 mmHg R:18x´

Pulso: 98x´ Temperatura: 36.7°C

ANTECEDENTES: FUM: 29/10/17 FPP: 05/08/18 EG: 6 5/7 semanas.

Reacción Alérgica Medicamentosa: Niega

Intervenciones Quirúrgicas: Niega

Antecedentes Patológicos: Niega

EXAMEN CLÍNICO:

1. CABEZA: normocéfalo, boca y paladar normales, conductos nasales permeables, conductos auditivos externos sin alteraciones.
2. CUELLO: cilíndrica simétrica no adenopatías, tiroides normales.
3. TÓRAX: simétrica de amplexación conservada, murmullo vesicular (MV) pasa libre en campos pulmonares, sin ruidos agregados.
4. ABD.: blanda no dolorosa, ruidos hidroaéreos (RHA) (+).
5. COLUMNA: normal sin alteraciones.
6. MIEMBROS: no edemas, reflejos osteotendinosos normales.
7. GINECOLÓGICO: cérvix posterior blando entreabierto, perdida de sangrado vaginal + - 7cc, útero anteverso flexión +- 7 cm, fondo uterino normal.

8. NEUROLÓGICO: LOTEPE: ROT: normal. Glasgow: 15/15

9. GENITALES: normales sin alteraciones.

10. TACTO RECTAL: diferido

EXÁMENES AUXILIARES: Se solicita:

Hemograma (Hgma), Tiempo de Coagulación (TC), Tiempo de Sangría (TS)

Grupo y Factor, Glucosa (G), Urea (U), Creatinina (C), Orina, Urocultivo,

VIH, VDRL, Ecografía Transvaginal.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO AL INGRESO:

- Primigesta 6 5/7 semanas por ecografía.
- Amenaza de Aborto.

PLAN DE TRABAJO:

Se hospitaliza en la Unidad de Hospitalización del 4° piso.

PRESCRIPCIÓN DE EMERGENCIA:

1. Alimentación Blanda más líquidos a voluntad (LAV)
2. ClNa 0.9 % 1000cc: 500cc ingreso a chorro y luego 500cc como vía.
3. Metamizol 1g ev c/8 h
4. Evaluación de Funciones Vitales y vigilancia de señales de alarma.
5. Reposo absoluto + paño perineal
6. Tacto Vaginal: restringido
7. Hgma, TC, TS, Grupo y Factor, G, U, C, Orina, Urocultivo.

NOTAS DE EVOLUCIÓN MÉDICA

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de Ingreso: 15 – 12 – 2017

Hora de Ingreso: 07:20 am.

Paciente gestante de 17 años procedente de emergencia con los siguientes diagnósticos:

1. Primigesta 6 5/7 semanas por ecografía
2. Amenaza de Aborto.

Paciente primigesta adolescente, refiere dolor abdominal (tipo cólico) de moderada intensidad, acompañado de náuseas, sangrado vaginal con coágulos en regular cantidad. Niega otras molestias.

Control Funciones Vitales: Presión Arterial: 100/60 mmHg R: 19x´

Pulso: 80x´ Temperatura: 36.7°C

ANTECEDENTES: FUM: 15/10/17 FPP: 05/08/18 EG: 6 5/7 semanas

Reacción Alérgica Medicamentosa: niega

Intervenciones Quirúrgicas: niega

Antecedentes Patológicos: asma hace 1 año

Convulsión a los 15 años.

EXAMEN CLÍNICO: LUCIDO: X

1. PIEL: hidratada, tibia, elástica (HTE) mucosas húmedas.
2. OROFARINGE: congestiva.
3. CABEZA: normocéfalo PUPILAS: normal
4. CUELLO: cilíndrico, no adenomegalias.
5. APARATO CARDIOVASCULAR: no soplos.
6. APARATO RESPIRATORIO: buen pasaje de murmullo vesicular en

campos pulmonares.

7. ABD.: distendido, a la palpación profunda en hipogastrio se presenta blando doloroso. Blumberg: (-), RHA: (+), timpanismo generalizado.
8. GENITO URINARIO: TV: cérvix blando central, entreabierto, Útero: AVF + ó menos 7 cm, dolor a la movilización de cérvix, sangrado escaso al momento del examen.
9. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: OTEP, ECG: 15/15

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Primigesta 6 5/7 semanas por ecografía.
2. Amenaza de Aborto
3. Síndrome doloroso Abdominal
4. Rinofaringitis Aguda
5. Asma

PLAN DE TRABAJO:

- Reposo, hidratación.

INDICACIONES:

1. Nada por vía oral.
2. Cloruro de Sodio 0.9 % 1000 cc: 500 cc a chorro, 500 cc como vía
3. Reposo absoluto y paño perineal.
4. Tacto vaginal: restringido
5. Metamizol 1g ev por dolor intenso, suspendido hasta evaluación por cirugía.
6. Paracetamol 500mg vo C/8 horas suspendido hasta evaluación por cirugía.
7. I/C Neumología, I/C Cirugía General.
8. Se solicita ecografía abdominal.
9. Hemograma cada 6 horas y electrolitos.

NOTA PREQUIRÚRGICA

FECHA DE INGRESO: 15 – 12 – 2017

HORA: 13:00 pm.

Paciente primigesta adolescente proveniente del servicio de emergencia, con los siguientes diagnósticos:

1. Primigesta 6 5/7 por ecografía.
2. Amenaza de Aborto.

Actualmente refiere dolor abdominal (tipo cólico) de moderada intensidad, seguido de sangrado vaginal.

Funciones vitales: PA: 110/60 mmHg R: 20x' P: 86x' T°: 36.6°C

EXAMEN CLÍNICO: Paciente lucida, orientada en tiempo, espacio y persona.

1. Piel: hidratada, tibia, elástica, mucosas húmedas, llenado capilar 2".
2. Aparato Cardiovascular: rítmicos, no soplos.
3. Aparato Respiratorio: buen pasaje de murmullo vesicular en campos pulmonares.
4. Abd.: distendido, doloroso y blando a la palpación profunda en mesogastrio e hipogastrio, RHA +/+++.
5. Genito Urinario: TV: cérvix posterior, largo, orificio cervical externo entreabierto; útero en anteversoflexión + ó menos 7 cm, dolor a la movilización de cérvix, sangrado en leve intensidad.
6. SNC (Sistema Nervioso Central): Orientado en tiempo, espacio y persona
ECG: 15/15

Se recibe resultados ecográficos con los siguientes diagnósticos:

Ecografía Transvaginal:

- Endometrio engrosado, compatibles con restos ovulares de la concepción.
- Endometrio de 21 mm.
- Ausencia de saco gestacional.

Ecografía Abdominal:

- Asas intestinales distendidas.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Aborto incompleto

PLAN DE TRABAJO: Preparar para sala de operaciones para Legrado Uterino.

INDICACIONES

1. Cirugía indica colocación de Sonda Nasogástrica
2. Preparar para sala de operaciones
3. NPO
4. ClNa 9% 1000 cc vía
5. CFV + OSA

NOTA DE EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA

Fecha de Ingreso: 15 – 12 – 2017

Hora: 02:00 am.

Paciente gestante de 17 años proveniente de emergencia, con vía permeable CI Na 9% x 1000cc con los siguientes diagnósticos:

1. Primigesta 6 5/7 semanas por ecografía.
2. Amenaza de Aborto.

Refiere dolor abdominal (tipo cólico) moderado.

Al examen: Adecuado estado general, localizado en tiempo, espacio y persona.

Mamas: blandas a la palpación

Abd.: a la palpación blando, doloroso.

Genitales Ext.: se observa sangrado vaginal en poca cantidad.

Miembros Inferiores: edemas (-)

05: 00 am. Paciente descansa tranquila.

06:00 am. Control de funciones vitales: Presión arterial: 110/70 mmHg R: 18x'

P: 84 x' Temperatura: 36.8°C

08: 30 am. Paciente refiere dolor en abdomen inferior. Mamas: normales

Abd.: distendido, a la palpación superficial y profunda presenta dolor +++.

Genitales Ext.: se evidencia sangrado vaginal, se comunica a médico asistente.

09: 00 am. El médico gineco-obstetra solicita interconsulta a Cirugía General de Emergencia.

09: 45 am. Obstetra lleva interconsulta de hospitalización a Cirugía y es devuelto al 4to piso de Gineco-Obstetricia. La Interconsulta es llevada nuevamente a Cirugía General y el Médico comunica que él no atiende casos de pacientes hospitalizados y que se coordine con la Directora Asistencial. Se comunica el caso

y el médico gineco-obstetra Jefe de Servicio quién telefónicamente se pone en contacto con la Directora Asistencial y quién refirió que resolviese el problema.

10: 15 am. Dr. gineco-obstetra solicita interconsulta con el diagnóstico:

Abdomen Agudo Quirúrgico, insiste en ecografía de emergencia.

10: 30 am. Médico asistente solicita ecografía abdominal, hemograma urgente y ecografía transvaginal para viabilidad fetal.

10: 35 am. Paciente es evaluada en Cirugía General y concluye con el siguiente diagnóstico:

- Amenaza de aborto vs aborto
- No abdomen agudo quirúrgico obstructivo al momento del examen.

11: 00 am. Laboratorio realiza toma de muestra para hemograma, proteína C reactiva, electrolitos, glucosa, urea, creatinina.

12: 15 pm. Se recepciona resultados de ecografía abdominal y ecografía transvaginal y se comunica a médico asistente.

Ecografía Transvaginal:

- Endometrio engrosado, compatibles con restos ovulares de la concepción.
- Endometrio de 21 mm.
- Ausencia de saco gestacional.

Ecografía Abdominal:

- Asas intestinales distendidas.

13: 00 pm. Médico asistente, indica preparar para sala de operaciones.

13: 10 pm. Se canalizo CIna 9% 1000 vía.

Laboratorio refiere que no hay reactivo para PCR proteinuria y electrolitos.

14: 00 pm. Paciente en observación.

Control de funciones vitales: Presión arterial: 110/70 mmHg R: 20x´

P: 85x´ Temperatura: 36.8°C

16:00 pm. Se comunica a médico asistente que paciente se encuentra en NPO.

19:30 pm. Se traslada a paciente a Sala de Operaciones.

REPORTE QUIRÚRGICO

Fecha de operación: 15/12/17						
Hora inicio: 19:40			Hora Término: 19:50			
Emergencia	X					
Edad: 18 años Sexo: F		SERVICIO: Gineco-Obstetricia.				
Cirujano Operador: Dr.			Primer Ayudante: Dr.			
Segundo Ayudante: ----			Anestesiólogo: Dr.			
Enfermera instrumentista: ----			Enfermera o Técnico Circulante: Lic.			
Tipo de anestesia: General			Cuenta de gases: Completa			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dx. pre-operatorio: Aborto Incompleto 2. Dx. post-operatorio: Aborto Incompleto 3. Operación practicada: EBA+ LU 4. Hallazgos: útero AVF +/- 9 cm, con restos endometriales de +/- 50 cm sin mal olor, perdida de sangrado vaginal +/- 100cc. 						
Recién Nacido	Sexo		Peso	Talla	Apgar	Líquido amniótico
	M	F	--	--	--	--
Descripción: <ol style="list-style-type: none"> 1) Asepsia y Antisepsia en posición ginecológica 2) Examen Bajo Anestesia 3) Colocación de especulo 4) Histerometría de +/-9 cm 5) Legrado uterino en sentido horario con extracción de restos endometriales de + ó - 50 cc no presenta mal olor 6) Revisión de la hemostasia 7) Retiro de los materiales 8) Paciente estable 5. Incidentes: paciente muy sensible al dolor, no responde a anestesia, se mueve, levanta piernas. 						
Condición del paciente al salir de sala de operaciones				Estable	Critico	Mal estado
Pieza operatoria a patología		si	N	Otros: -----		
			o			

Fecha: 15/12/17

Hora: 20:00 pm.

INDICACIONES POST LU

1. NPO x 6 h, luego DB+LAV
2. Cl Na 0.9 % 1000cc + oxitocina 10 UI
3. Ketoprofeno 100mg ev condicional a dolor intenso.
4. Ketoprofeno 100mg ev c/8 h
5. Ergometrina 0.2 mg vo c/8 h
6. CFV+OSA
7. Pañal perineal + CSV
8. SS: Hemograma control

POSTOPERATORIO 1

Fecha: 16/12/17

Hora: 7:30 am

Paciente refiere leve dolor a nivel genital y hemiabdomen inferior.

Orina (+), Deposiciones (-), Deambulaci3n (-), tolera v3a Oral.

Al examen AREG, AREH, AREN

Tegumento: Tibia y h3meda llenado capilar menor a 2".

Mucosa Oral: h3meda

T y P: presencia de MV audible en uno y otro hemit3rax.

CV: los ruidos card3acos son r3tmicos, de buena intensidad, sin soplos.

Abd.: depresible y blando, ruidos hidroa3reos escasos, leve dolor a la palpaci3n en abdomen inferior.

TV: loquios hem3ticos no presenta mal olor.

Neurol3gico: localizado en tiempo, espacio y persona, EG 15/15

Hemodin3micamente estable con los siguientes diagn3sticos:

PO1 EBA+LU por aborto incompleto

Continuar indicaciones médicas

Pendiente Hemograma Control

INDICACIONES

1. DB+ LAV
2. Ketoprofeno 100mg V.O c/ 8 h
3. Ergometrina 0.2mg V.O c/ 8 h
4. Pendiente hemograma control
5. CFV+OSA
6. Deambulaci3n

POSTOPERATORIO 2

Fecha: 17/12/17

Hora: 07:00 am.

Paciente refiere leve dolor a nivel genital, tolera vía oral, deambulaci3n (+), orina (+), deposiciones (-).

Al examen: AREG, AREH, AREN

Tegumento: Tibia y húmeda, llenado capilar menor de 2 ss., mucosas húmedas

T y P: MV audible en los dos campos pulmonares.

CV: presencia de ruidos cardíacos de buena intensidad, no soplos

ABD: blando, leve dolor, presencia de ruidos hidroaéreos.

TV: loquios escasos

Neurol3gico: LOTEP, Glasgow 15/15

Impresi3n Diagn3stica: PO2 EBA+LU por aborto incompleto.

INDICACIONES

1. DB + LAV
2. Paracetamol 500 vo c/8 h
3. CFV + OSA
4. Alta con indicaciones.

EPICRISIS

Fecha de operación: 15/12/17			
Edad: 18 años Sexo: F		SERVICIO: G. O	
Fecha de Ing.	Fecha Alta	Días de Hospitalización	
15/12/17	17/12/17	2 días	Emergencia
Anamnesis (de Ingreso) TE 6 horas, Signos y síntomas principales: sangrado vaginal. Relato: Paciente manifiesta presentar dolor abdominal, cólico con sangrado vaginal.			
Antecedentes: RAM (-) A. P (-) G1 P0			
Examen Clínico (de Ingreso) P:88 min FR:18 T°:36.7 °C PA:120/80mmhg ABD: BID, no dolor RHA (+) TV: cerrado posterior entreabierto, útero anteversoflexion: + o -7cm, PSV (+)			
Exámenes Auxiliares (resultado de interés para el diagnóstico) Hemograma, TC, TS, Grupo y Factor, Glucosa, urea, creatinina, orina, urocultivo, VIH, VDRL			
Operaciones Procedimientos realizados EBA +LU			
Tratamientos recibidos			
Evolución: Evolución favorable Abdomen: blando depresible, RHA + ligero dolor en hipogastrio Al alta: Pulso:70 x min R: 18x min T° 36 °C PA 110/70 mmhg			
Diagnóstico al Ingreso: 1- Primigesta 6 3/7 ss. x Ecografía 2- Amenaza de Aborto Diagnóstico al Egreso: 1.- P0 EBA +LU x Aborto Incompleto			
Pronóstico: Bueno			
Condición al alta: Mejorado			

2.3. Discusión:

Es importante, primero tener en cuenta la definición de adolescente, según lo establecido por la OMS, consideran adolescencia a partir de los 10 hasta los 19 años (17), esto permitirá establecer a que grupo etario pertenece, y poder brindar la atención específica y diferenciada acorde a la necesidad y factores de riesgo de esta población.

En la adolescencia el aborto afecta la salud reproductiva y no está libre de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías.

En el presente caso en el servicio de emergencia, el personal médico no proporciono datos importantes como las señales y manifestaciones de alarma, motivos de consulta, lo cual produjo brindar atenciones más exactas, según lo señalado en la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive (R.M. N° 695-2006-MINSA). (7)

En la atención del post aborto se debe considerar la planificación familiar posterior al L.U. es importante, debido que no permitirá que la mujer vuelva a salir embarazada, en la brevedad, generando un asunto de salud pública, en la historia no se evidencia que la paciente recibiera orientación y consejería y eligiera un método anticonceptivo, es como lo indica la Norma Técnica de Salud N° 130 MINSA/2017/DGIESP para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio. (8)

2.4. Conclusiones

- 2.4.1.** En relación al manejo clínico, en la guía de práctica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive R.M. N° 695-2006-MINSA, cumpliéndose los exámenes de laboratorio y apoyo diagnóstico, para definir con exactitud, evidenciándose el aborto incompleto, lo cual permitió realizar el diagnóstico precoz y manejo oportuno, indicándose como tratamiento de legrado uterino, lo cual señala el flujograma de la guía anteriormente nombrada.
- 2.4.2** En la revisión del caso clínico, se evidencia en la historia clínica, primero no se consideró adolescente en la atención de emergencia, lo cual origina que durante la hospitalización no recibiera orientación y consejería en psicología, trabajo social, como lo indica la Norma técnica de Salud N°130 -MINSA/2017/DGIESP para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio. (8)
- 2.4.3** En la Normativa vigente (8) (7), no considera el cuidado de salud integral a las gestantes adolescentes, generando una oportunidad perdida para educar a las adolescentes y evitar futuros embarazos en corto tiempo, además de disminuir los factores de riesgo para una posible muerte materna.

2.5. Recomendaciones

- 2.5.1** Socializar e implementar lo establecido en la normativa de la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio.
- 2.5.2** Realizar la orientación y consejería de métodos anticonceptivos en adolescentes, las que deben darse de manera integral, lo cual incluirá nuevos estilos de vida y toma de medidas para el cuidado de su salud, y así evitará que al egreso cuenta con un factor de riesgo para posteriores embarazos.
- 2.5.3** Contar con personal debidamente capacitado para atender competentemente la emergencia en adolescentes de manera oportuna y eficaz, es importante para una atención de calidad. (19)

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil Cipirán F. Embarazo y mortalidad materna en adolescentes en el Perú. Boletín Epidemiológico del Perú SE 47-2017. 2017; 26(47): p. 1514-1516.
2. Gil Cipirán F. Embarazo y mortalidad materna en adolescentes en el Perú. Boletín Epidemiológico del Perú SE 24-18. 2018.
3. Diario Perú 21. Según INEI cada día quedan embarazadas 4 adolescentes menores de 15 años en Perú. 24 Junio 2018.
4. Asturizaga & Toledo. Hemorragia Obstétrica. Rev. Méd. La Paz. 2014.
5. Gil F. Situación Epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. Boletín Epidemiológico del Perú.2017 Noviembre, 26- SE 47(1514-1516). Acceso 3 de Mayo de 2019. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/47.pdf>.
6. Del Carpio L. Situación de la mortalidad materna en el Perú 2000-2012. Rev. Perú. med.exp. salud pública. 2013 Jul.
7. MINSA DDSILSSNdSSyR. Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima; 2007.
8. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio. [Online].; 2017. Acceso 27 de Febrero de 2019. Disponible en: www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115.
9. Brosen I, Muter J, Garddett CE, Puttemans P, Benagian G, Brosens JJ. El impacto de la inmadurez uterina en los síndromes obstétricos durante la adolescencia. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2017; 217(5): p. 546-555.
10. Soni-Trinidad C, Gutiérrez-Mateos , Santa Rosa-Moreno Reyes Aguilar. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia Obstétrica. Gineco. y Obstet.2015 México. Febrero; 96-103.
11. Pérez-Arciniegas , Godoy Alborno , Quiroz-Figuera. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar-Venezuela. Rev. Biomédica. 2016; 27(1): p. 5-9.

12. Jiménez González A, Granados Cosme .R Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. Salud Pública de México. 2017; 59(1).
13. Vides Torres J, Fernando Delcid , Barcan Batchvarof M, Barahona Zelaya P. Caracterización Sociodemográfica Clínica de Adolescentes Embarazadas. iMedPub Journals. 2017; 13(1).
14. Mori Quispe E , Contreras Pulache , Hinostroza Camposano W, Lam Figueroa N, Huapaya Huertas O, ChaconTorrico , et al. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. An. Fac.med.2015 Abr; 76(2).
15. Ticona Rebagliati D, Torres Bravo L, Veramendi-Espinoza L, Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Rev. Perú de Gineco-Obstetricia. 2014 Abril; 60(2).
16. Rivera Gutarra A. Factores que condicionan al aborto en Adolescentes de la comunidad Nativa Santa María de Autiki - Pichanaki, 2018. 07 de Enero de 2018..
17. OMS. Desarrollo en la adolescencia. [Online].Acceso 3 de Mayo de 2019. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
18. López Butanda V, Miranda Vega L. Amenaza de Aborto Hospital Beneficencia Española de Puebla.; 2016.. Disponible en: http://www.beneficenciaespanola.com.mx/wp-content/uploads/2016/07/Articulo_amenaza_de_aborto_pdf.pdf.
19. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia post parto. Rev. Per. de Gineco Obstet. 2008.