



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**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 Obstetiz**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**

Conducta obstétrica en múltipara de 26 años con aborto espontaneo  
incompleto de 6 semanas más shock

**AUTORA**

Ruth Pamela Salamar Terán

**TUTOR**

Dr. Martínez Álvarez Marlon Eduardo

**Babahoyo- Los Ríos- Ecuador**

**2021**



## ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO .....	4
II. DEDICATORIA .....	5
III. TEMA .....	6
IV. RESUMEN.....	7
V. ABSTRACT .....	8
VI. INTRODUCCION.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1. MARCO TEORICO .....	10
1.1. Definición .....	10
1.2. Causas .....	10
1.2.1. Genes o cromosomas anormales .....	10
1.3. Etiología .....	11
1.4. Fisiopatología .....	13
1.5. Fases del aborto espontaneo .....	14
1.6. Signos y síntomas .....	15
1.7. Diagnostico .....	15
1.8. Tratamiento.....	17
1.9. Justificación .....	20
1.10. Objetivos .....	21
1.10.1. Objetivo general .....	21
1.10.2. Objetivos específicos.....	21
1.11. Datos generales.....	22
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	22
2.1. Análisis del motivo de consulta .....	22
2.2. Historial clínico de la paciente .....	23
2.3. Anamnesis .....	24
2.4. Exploración clínica.....	24
2.5. Información de exámenes complementarios realizados. ....	25
2.6. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	26
2.7. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar .....	27
2.8. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales .....	28



2.9. Seguimiento.....	29
3. OBSERVACIONES.....	30
4. CONCLUSIONES.....	31
5.- BIBLIOGRAFÍA.....	33
6. ANEXOS.....	34



## I. AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme guiado por el camino del bien, brindándome salud, sabiduría e inteligencia suficiente para finalizar con éxito una meta más en mi vida.

A mis padres, Nixon y Gabriela por brindarme su apoyo incondicional en todo momento, dándome la fuerza necesaria para seguir adelante sin recaer en los momentos difíciles que la vida nos presenta cada día.

A mi esposo Patricio, por su paciencia y amor brindado en el transcurso de mi carrera universitaria.

Agradezco a todos los docentes que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional.



## II. DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado en primer lugar a Dios, a mis padres Nixon y Gabriela, quienes son los principales mentores de este proyecto y de mi carrera universitaria.

A mi esposo Patricio, quien ha estado presente en mi etapa universitaria.



### III. TEMA

“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN MULTÍPARA DE 26 AÑOS CON ABORTO  
ESPONTANEO INCOMPLETO DE 6 SEMANAS MÁS SHOCK”



#### IV. RESUMEN

El aborto espontáneo es una de las afecciones comunes que se pueden encontrar en las mujeres embarazadas. El 40% aborto resultó ser de origen espontáneo, por lo que, como objeto de estudio, la mayoría de estos abortos de fueron inducidos.

El shock hipovolémico se caracteriza por una pérdida repentina de volumen sanguíneo debido a una perfusión celular ineficiente, que es una de las principales consecuencias posibles en las mujeres gestantes con aborto incompleto.

El presente estudio del caso clínico narrado involucra a una mujer de 26 años con embarazos múltiples que acude al servicio de urgencias con sangrado vaginal, aborto espontáneo incompleto a las 6 semanas de gestación y shock hipovolémico.

Es muy importante y necesario brindar una atención pronta y eficaz, además de salvaguardar conductas obstétricas adecuadas para evitar complicaciones potencialmente fatales en estas pacientes que puedan ocasionarles la muerte.

**Palabras claves:** Aborto, multípara, shock, hemorragia.



## V. ABSTRACT

Miscarriage is one of the common conditions that can be found in pregnant women. The 0th abortion turned out to be of spontaneous origin, therefore, as an object of study, most of these abortions were induced.

Hypovolemic shock is characterized by a sudden loss of blood volume due to inefficient cellular perfusion, which is one of the main possible consequences in pregnant women with incomplete abortion.

The present case study narrated involves a 26-year-old woman with multiple pregnancies who presents to the emergency department with vaginal bleeding, incomplete spontaneous abortion at 6 weeks' gestation, and hypovolemic shock.

It is very important and necessary to provide prompt and effective care, in addition to safeguarding appropriate obstetric behaviors to avoid potentially fatal complications in these patients that can cause death.

**Key words:** Abortion, multiparous, shock, hemorrhage.



## VI. INTRODUCCIÓN

En Ecuador, los abortos espontáneos ocurren con mucha frecuencia, en pacientes de 10 a 50 años, provocando más de 40% abortos espontáneos. (Machado, 2020).

En este trabajo se analizarán las conductas obstétricas logradas en una mujer de 26 años con embarazos múltiples que tuvo un aborto espontáneo incompleto a las 6 semanas de gestación más shock hipovolémico, observando las posibles causas del aborto, los posibles riesgos de un aborto incompleto diferentes a complicaciones del embarazo a corto y largo plazo que pueda tener el paciente.

La hemorragia ocasionada por algún tipo de aborto si no es tratada a tiempo puede ocasionar shock en la paciente ya sea por hipovolemia o por sepsis por lo que este estudio también identificará las causas y tipo por el cual se dio shock, y de esta manera brindar los cuidados y acciones adecuadas para salvaguarda la vida de la madre.



## 1. MARCO TEORICO

### 1.1. DEFINICIÓN

El aborto inseguro es un grave problema de salud pública en los países en desarrollo. Entre las diferentes formas de aborto, la más común es la espontánea. Alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en un aborto espontáneo en el primer trimestre debido a una anomalía cromosómica y el 22% termina en un aborto espontáneo inducido.

El aborto incompleto puede resultar de un aborto espontáneo o inducido y ocurre cuando se expulsa parte del producto de la concepción.

### 1.2. CAUSAS

#### 1.2.1. Genes o cromosomas anormales

La mayoría de los abortos espontáneos ocurren porque el feto no se está desarrollando normalmente. Aproximadamente el 50 %, el aborto espontáneo se asocia con cromosomas extra o faltantes. Por lo general, los problemas cromosómicos son el resultado de errores accidentales que ocurren cuando el embrión se divide y se desarrolla, no problemas heredados de los padres. (mayoclinic, 2019)

Las anomalías cromosómicas pueden causar:



- **Ovocito marchito.** El óvulo marchito se promueve cuando no se forma ningún embrión.
- **Fallecimiento fetal intrauterino.** En este entorno, se forma un embrión, pero deja de desarrollarse y muere antes de que se presenten síntomas de pérdida del embarazo.
- **Embarazo molar y embarazo molar parcial.** Con un embarazo molar, ambas cromosomas provienen del padre. El embarazo molar está relacionado con el desarrollo anormal de la placenta; Por lo general, no hay desarrollo fetal. (mayoclinic, 2019)
- El embarazo parcial ocurre cuando los cromosomas de la madre todavía están presentes, pero el padre proporciona dos juegos de cromosomas. El embarazo molar parcial a menudo se asocia con anomalías placentarias y anomalías fetales. (mayoclinic, 2019)
- El embarazo molar parcial y parcial no son casos de embarazo viables a veces puede asociarse con cambios cancerosos en la placenta.. (mayoclinic, 2019)
- **Afecciones de salud materna** En algunos casos, la madre puede tener una afección que puede provocar un aborto espontáneo. Ejemplos: diabetes no controlada, infecciones, problemas hormonales, problemas con el útero o el cuello uterino, enfermedad de la tiroides.. (mayoclinic, 2019)

### 1.3. ETIOLOGÍA

El aborto espontáneo aislado es un trastorno que puede ser causado por un virus en particular (rubeola, parvovirus,) lo cual puede llegar a desencadenar un aborto espontáneo esporádico o pérdida recurrente. Otras causas son los traumatismos graves, trastorno inmunológico y anomalías uterinas. (msdmanuals, 2020)



Los abortos espontáneos pueden ser de tipos maternas, fetales o placentarias.

Entre las causas maternas se encuentra:

- Anormalidades cromosómicas paternas o maternas tales como las traslocaciones balanceadas).
- Trastornos crónicos evidentes y mal intervenidos (hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes mellitus, hipertensión).
- Trastornos renales crónicas.

En cuanto a las causas placentarias se integran las afecciones crónicas preexistentes mal asistidas como es el caso de la hipertensión crónica y el lupus sistémico. (msdmanuals, 2020)

Entre las causas placentarias se tiene:

- Anomalías cromosómicas o genéticas
- Deformaciones anatómicas

Las anomalías cromosómicas pueden causar un 50% de pérdidas recurrentes de embarazos; las pérdidas debidas a anomalías cromosómicas son más comunes durante el embarazo temprano. La aneuploidia está involucrada en el 80% de todos los abortos espontáneos que se producen antes de las 10 semanas de edad gestacional, pero solo en < 15% de los que ocurren  $\geq$  20 semanas.

Si el antecedente de pérdida recurrente del embarazo aumenta el riesgo de restricción del crecimiento fetal y parto prematuro en embarazos posteriores depende de la causa de las pérdidas. (msdmanuals, 2020)



## 1.4. FISIOPATOLOGIA

Su acontecimiento varía según su localidad y el período de la gestación en que el embarazo es identificado. La ocurrencia total de Abortos Espontáneos no es conocida ya que la mayoría acontece muy precozmente sin que la mujer tenga conocimiento del embarazo. De las mujeres con embarazo confirmado, un 20 a 30% tendrán algún sangrado en las incipientes 20 semanas de embarazo y la medianía de éstos terminara en aborto espontáneo. Un 14 a 20% de los embarazos corroborados desencadenaran en un aborto espontáneo. Del total de abortos, 80% se promueve antes de las 12 semanas (aborto anticipado) y el resto ocurre entre 12-20 semanas (aborto tardío). (Francisco Weber, 2017)

Etiología: la causa principal son las transformaciones genéticas (anomalías cromosómicas causan 49% de los AE). Le sigue extravagancias endocrinas (10-15%), incompetencia cervical (8-15%), placentación anormal (5-15%), desviamiento corio-amniótica (5-10%), infecciones (3-5%), alteraciones inmunológicas (3-5%), excitaciones anátomo-uterinas (1-3%), y otras (5%). En las infecciones apaleamos a los virus como: CMV, HSV, Parvovirus B19, Rubeóla y VIH. Otras causas: defectos de la fase lútea, trombofilias adquiridas o congénitas (generalmente después de 10 semanas gestación), trauma. El herida menor, diabetes bien controlada, retroversión uterina e hipotiroidismo compensado no se suponen principios. (Francisco Weber, 2017)

Factores de riesgo: edad materna avanzada, pacientes previos, consumo de cocaína o alcohol, diabetes mellitus no controlada, enfermedad celíaca, síndrome antifosfolípido, tabaquismo (más de 10 cigarrillos al día), consumo de cocaína, DIU(Dispositivo intrauterino) , drogas como Antiinflamatorios Inhibidores de la IECA o metotrexato manipulados cerca del embarazo , perfumista tóxicos, entre otros.

Fisiopatología: varía con la edad gestacional. Puede suceder días o semanas antes de que muera el embrión o el feto. El sangrado de la decidua basal conduce a sangrado vaginal e infiltración de leucocitos (también causada por cambios necróticos). Ocurre desprendimiento de la pared uterina, total o parcialmente. La contracción del útero se estimula y provoca cambios en el cuello uterino, lo que resulta en la expulsión del embrión o feto. (Francisco Weber, 2017)

### 1.5. FASES DEL ABORTO ESPONTANEO

La clasificación se basa en la presencia o antecedentes de sangrado, dolor, cambios cervicales y ecografía para colocar los casos en una de las categorías de la siguiente tabla. (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)

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

Imagen 1 Etapas del aborto.



Fuente: (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)

- Eliminación parcial del fruto de la concepción.
  - Sangrado uterino y dolor tipo cólico de extensión variable.
  - Dilatación cervical incuestionable y espesor no acorde con amenorrea.
- (GUIA PRACTICA CLINICA , 2013)

## 1.6. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas de un aborto espontáneo incluyen calambres, dolor pélvico, sangrado y posiblemente secreción de tejido vaginal. El aborto espontáneo tardío puede comenzar con una gran cantidad de líquido a medida que las membranas se rompen. El sangrado rara vez es masivo. La dilatación cervical muestra que el aborto es inevitable. (msdmanuals, 2020)

Si el producto de la fecundación continua en el útero después de un aborto espontáneo, puede haber sangrado vaginal, el cual tendrá origen luego de horas o días. Además puede formarse una infección que provoque fiebre, dolor y en ciertos casos sepsis (conocida como aborto séptico). (msdmanuals, 2020)

Los síntomas y signos del aborto séptico se presentan dentro de 1 a 2 días después de producirse un aborto siendo semejantes a los de la enfermedad inflamatoria pélvica. (msdmanuals, 2020)

Puede producirse un choque séptico que cause hipotermia, oliguria e insuficiencia respiratoria. (msdmanuals, 2020)

## 1.7. DIAGNOSTICO

- **Examen pélvico.** El especialista de salud actúa de forma oportuna cuando el cuello del útero comience a dilatarse



- **Ecografía.** Durante la ecografía, el médico supervisa la frecuencia cardíaca fetal y establece si el embrión se está desarrollando normalmente. En el caso de que no se pueda realizar un correcto diagnóstico se debe repetir la ecografía en aproximadamente una semana. (mayoclinic, 2019)
- **Análisis de sangre.** El especialista de la salud comprueba el nivel de coriogonadotropina, la hormona del embarazo, en su sangre para luego evaluarlo con muestras anteriores y determinar si los resultados están dentro o no de los parámetros preestablecidos. (mayoclinic, 2019)
- **Análisis de tejidos.** Si se ha eliminado tejido, este se enviara a un laboratorio con el fin de confirmar que la causa ha sido un aborto espontáneo y que las sintomatologías no están concernientes con otra causa.
- **Estudios cromosómicos.** Si ha existido más de un aborto espontáneo, el médico dispondrá de un análisis de sangre para la pareja, con el fin de determinar si los cromosomas son un factor relevante en el caso.
  - Los posibles diagnósticos incluyen:
- **Amenaza de aborto.** Si tiene pérdida de sangre, pero el cérvix no empezó a dilatarse, existe amenaza de aborto. Esos embarazos a menudo prosiguen sin otras complicaciones. (mayoclinic, 2019)
- **Aborto inevitable.** Si presenta fluido sanguinolento, calambres y tienes el cuello del útero dilatado, se considera un aborto inevitable. (mayoclinic, 2019)
- **Aborto incompleto.** Expulsión de restos de feto o placenta, pero una parte de ese material queda en el útero, el aborto se considera incompleto. (mayoclinic, 2019)
- **Aborto retenido.** En un aborto retenido, los tejidos de la placenta y del embrión permanecen en el útero, pero el embrión ha muerto y nunca llegó a formarse. (mayoclinic, 2019)



- **Aborto completo.** Expulsión de todos los tejidos del producto de la concepción, el aborto se considera completo. Esto es frecuente en los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación.
- **Aborto séptico.** Si sobrelleva infección en el útero, se promueve un aborto séptico. Esta infección consigue ser grave y atención inmediata. (mayoclinic, 2019)

## 1.8. TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico del aborto espontáneo tiene mayor incidencia cuando se determina en aborto incompleto en dosis de Misoprostol 600 µg por vía oral o 400 µg por debajo de la lengua. (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)

La vía de administración del medicamento llamado misoprosol ha reportado altas tasas de éxitos cuando se maneja vía vaginal. (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)

El misoprostol se ha empleado para el aborto incompleto vaginal, sublingual y oral, esta última con más de un 90% de efectividad. Esta vía es aprobada tanto por mujeres como por proveedores de servicios.

Por otro lado se ha evidenciado que el desempeño de la dosis sublingual es similar a la de la dosis oral. Esta dosis consiste en que la mujer mantiene la tableta debajo de la lengua hasta unos 30 minutos e ingiere los trozos restantes con agua.

En representación de aborto retenido se debe utilizar dosis de 800 mcg de misoprostol por medio de la vaginal o 600 µg por debajo de la lengua con tendencia de éxito de 50 al 93%. Las prostaglandinas son las únicas que ayudan en el tratamiento de un aborto incompleto, inevitable, diferido y en evolución.



Los estudios no han señalado diferencias significativas entre el legrado por aspiración médico o quirúrgico con menos de 10 semanas de gestación o la extracción de un saco gestacional con un diámetro de 2 mm. No obstante, la existencia de dolor y sangrado serian un factor en contra que afecte la aprobación de este tratamiento. Se sugiere la terapia con medicamentos en pacientes con una edad gestacional de menos de 10 semanas que hayan tenido un legrado o un aborto incompleto. (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)

### **COMPARACIÓN ENTRE LA ALTERNATIVA FARMACOLÓGICA VERSUS LA ALTERNATIVA QUIRÚRGICA**

- Ventajas del misoprostol : se logra prevenir la cirugía y la anestesia con lo cual no se requiere internar al paciente. (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)
- Desventajas del misoprostol: sangrado , colicos y efectos adversos ademas de la espera e incertidumbre. (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)
- Ventajas del AMEU <12 SEMANAS Y LUI >12 SEMANAS: más rápido, controlado por el proveedor, participación limitada de las mujeres, AMEU es mucho más económico. (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)
- Desventajas del AMEU <12 SEMANAS Y LUI >12 SEMANAS: es invasivo, bajo riesgo de lesión uterina y cervical, bajo riesgo de infección, perdida de privacidad y autonomía. (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)

Tratamiento quirúrgico del aborto espontáneo

El tratamiento quirúrgico se puede realizar con dos opciones:

- AMEU (aspiración manual endouterina): Es un procedimiento en el cual a través del cérvix, los restos uterinos son desalojados por aspiración al vacío de una cánula que se ingresa en el útero. Se lo puede realizar con anestesia paracervical.



- LIU(Legrado uterino instrumental): se realiza a través del cérvix usando una cureta de metal, donde los residuos se evacuan desde el interior del útero bajo anestesia general. (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)

Variable	LUI	AMEU
Uso	>12 semanas	<12 semanas
Tasa de complicación/riesgo	Alta	Baja
Costo	Alto	Sustancialmente menor
Instrumental	Cureta metálica	Cánula de plástico

Imagen 2 Ventajas y desventajas de los métodos quirúrgicos.

Fuente: (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)



## 1.9. JUSTIFICACIÓN

El índice de abortos en el Ecuador cada día aumenta con mayor frecuencia en mujeres adolescentes, ocasionando complicaciones graves e incluso la muerte, una de las emergencias obstétricas que se origina mayormente es el aborto incompleto.

Este caso está preparado para promover la rápida identificación de los factores de riesgo que pueden adquirir las mujeres en edad fértil durante el aborto, debido a la falta de cualquier tipo de conocimiento sobre planificación familiar, además de no tener un adecuado control del embarazo.

Es por eso que quiero alentar a los trabajadores de la salud a que adopten un comportamiento obstétrico adecuado y brinden una atención de calidad en la promoción de la salud sexual y reproductiva tanto en las adolescentes como en el público en general.

Fomentando métodos de planificación familiar y control de la atención prenatal obligatoria con el objetivo de reducir el número de abortos espontáneos evitando así complicaciones como shock, infección, infertilidad y reduciendo la tasa de aborto espontáneo.



## **1.10. OBJETIVOS**

### **1.10.1. Objetivo general**

Describir la conducta obstétrica en el diagnóstico y tratamiento que se debe ofrecer en pacientes con aborto incompleto.

### **1.10.2. Objetivos específicos**

- Explicar los factores de riesgo para que se pueda ocasionar un aborto.
- Describir las complicaciones maternas que puede producir un aborto incompleto.
- Diferenciar los diferentes tipos de aborto que existen.



## 1.11. DATOS GENERALES

<b>Nombres completos:</b> xxx	<b>Sexo:</b> Femenino
<b>Cedula de identificación:</b> xxxxx	<b>Edad:</b> 26 años
<b>Fecha de nacimiento:</b> xxxxxx	<b>Estado civil:</b> soltera
<b>Nacionalidad:</b> Ecuatoriana	<b>Ocupación:</b> Ama De Casa
<b>Nivel de estudio:</b> Primaria	<b>Raza:</b> Mestiza
<b>Dirección:</b> Simiatug	<b>Religión:</b> Católica
<b>Nivel sociocultural/económico:</b> Bajo	<b>Hospital:</b> Alfredo Noboa Montenegro
<b>Fecha de ingreso:</b> 17/03/2021	<b>FUM:</b> 02/03/2021

Tabla 1 Datos generales

## 2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino 26 años de edad referida de centro de salud Simiatug ingresa a ginecología por presentar sangrado transvaginal abundante.



## 2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

<b>Antecedentes patológicos personales</b>	no refiere
<b>Antecedentes patológicos familiares</b>	no refiere
<b>Antecedentes quirúrgicos</b>	no refiere
<b>Alergias</b>	no refiere
<b>Hábitos</b>	Ninguno
<b>Antecedentes Gineco-Obstétricos</b>	
<b>Menarquia</b>	14 años
<b>Ciclos Menstruales:</b>	Irregulares 3 días
<b>Inicio de vida sexual:</b>	15 años
<b>Planificación Familiar:</b>	Ninguna
<b>Parejas sexuales:</b>	1
<b>Gestas:</b> 4	<b>abortos:</b> 1
Partos 3	cesáreas 0
<b>Fecha de la última menstruación:</b>	02/03/2021
<b>Controles prenatales del embarazo actual:</b>	0
<b>Ecografías:</b>	1
<b>Edad gestacional:</b>	6 semanas por FUM
<b>Papanicolaou:</b>	Ninguno

Tabla 2 Antecedentes

## 2.3. ANAMNESIS

Paciente femenina es trasladada por personal de Ecu 911 a emergencias de Ginecología del Hospital Alfredo Noboa Montenegro por presentar cuadro clínico caracterizado por sangrado transvaginal activo, acompañado de coágulos de moderada cantidad no hay presencia de mal olor, más traje antishock por shock hipovolémico grado II el cual fue colocado en el centro de salud Simiatug, paciente consciente, orientada en sus tres esferas neurológicas signos vitales: P/A 80/50mmHg FC 75 FR 23, T° 36.4 SPO 97% SCORE MAMA 7 ,razón por la cual médico tratante decide el ingreso para realizar aspiración manual endouterina y restablecer volemia.

## 2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA

**Cuello:** sin adenopatías

**Mamas:** simétricas, no dolorosas al palpar

**Abdomen:** suave depresible doloroso a la palpación en zona de hipogastrio de moderada intensidad

**Cabeza:** normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales

**Tórax:** simétrico expansible, cardiopulmonar normal

**RIG:** Presencia de sangrado con presencia de coágulos ausencia de mal

**Extremidades:** sin patología aparente, no edemas

Imagen 1 Examen Físico

SCORE MAMA DE 7



Clasificación del score mama	Parámetros en paciente	Puntuación
Sístole	80 mmHg	2
Diástole	50mmHg	3
FC	75 lpm	0
FR	23 rpm	2
T	36.4 °C	0
Sat.	97%	0
Estado de conciencia	Alerta	0
Proteinuria	(-)	0
Puntuación		7

Tabla 3 Puntuación del score mama de la paciente

## 2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso: 17/03/2021.

Traído en la referencia

EXÁMENES DE LABORATORIO	
Leucocitos	18.100
Segmentados:	77
Linfocitos	22



HGB:	9.6
HCTO	29
PLT	390000
Grupo sanguíneo y factor RH	ORH+
TP	15.0
TTP	36.3
VIH-VDRL	NO REACTIVO

Tabla 4 Resultados de exámenes de laboratorio

## 2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

### Diagnóstico Presuntivo:

Paciente fue referida de centro de salud con el siguiente diagnóstico.

- Embarazo de 6 Semanas de Gestación + Aborto + Shock Hipovolémico

### Diagnóstico Diferencial

Se procede a examinar a la paciente la cual tiene un score mama de 7 por aumento de la tensión arterial y respiratoria al realizar examen físico en cavidad vaginal por especuloscopia se encuentra sangrado activo acompañado de coágulos en moderada cantidad, no mal olor médico tratante envía exámenes pertinentes debido a los siguientes diagnósticos:

- Embarazo de 6 Semanas de Gestación + Aborto incompleto + Shock Hipovolémico



- Embarazo de 6 Semanas de Gestación + Aborto inminente + Shock Hipovolémico

### **Diagnóstico Definitivo:**

Al obtener los exámenes de laboratorio, ecografía y previa valoración a la paciente se concluye con el siguiente diagnóstico:

- Embarazo de 6 Semanas de Gestación + Aborto incompleto + Shock Hipovolémico grado II + Anemia moderada + múltipara.

## **2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR**

### Origen del problema

Paciente tiene 26 años y de acuerdo a la guía de práctica clínica detalla que la recurrencia de aborto se produce con mayor índice en mujeres de 25 a 40 años además la paciente es múltipara ya que ha tenido 4 embarazos ,3 partos de, 1 aborto razón por la cual son factores de riesgos para que se pueda volver a producir un nuevo aborto.

### Procedimientos:

Posteriormente de la valoración de la paciente se realiza ingreso para realizar aspiración manual endouterina, restauración de la volemia además de garantizar la salud y vida de la paciente evitando complicaciones que puedan presentarse.

Bajo normas de asepsia y antisepsia previa colocación de campo estéril se realiza aspiración manual endouterina con aborto incompleto más shock hipovolémico grado II.



Hallazgos:

- Útero AVF 12 cm
- De histerectomía indirecta
- Cérvix vaporizado lado izquierdo
- Tejido vaginal redondo
- Restos ovulares en moderada cantidad
- Sangrado 100 ml más 200 entre coágulos y restos sin complicaciones
- Antibiótico terapia

Paciente por debido a la cantidad de sangre perdida se encuentra con sus valores de hemoglobina bajos y se procede a:

- Transfusión de plasma fresco congelado y un paquete globular
- Control de signos vitales
- Se valora score mama

## **2.8. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

1. De acuerdo a lo manifestado por el ministerio de salud en sus guías de práctica clínica se realizó evaluación del score mama el cual es un instrumento de puntuación en la cual se valoran los signos vitales de las pacientes para determinar patologías obstétricas.

2. Se determinó que era un aborto espontáneo incompleto por el concepto de establecido en la guía del ministerio de salud que indica que el aborto incompleto va ligado estrechamente al aborto crítico a nivel universal, así mismo las complicaciones que pueden presentar, razón por la cual deben solicitar tratamiento para casos de abortos incompletos.



3. Administración de misoprostol debido a que es el medicamento que se utiliza más comúnmente para ese tipo de manejo y el que más se ha estudiado; constituye una alternativa terapéutica muy eficaz para mujeres que desean evitar los invasivos métodos quirúrgicos y el uso de anestesia y además aspiración manual endouterina de acuerdo al protocolo dispuesto por el ministerio de salud pública en embarazos menores a 12 semanas, el tratamiento seguro y efectivo del aborto incompleto constituye un importante mecanismo para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto. Las opciones de tratamiento del aborto van desde el manejo expectante, que permite la evacuación uterina espontánea, y el manejo activo con métodos quirúrgicos o con medicamentos.

4. Transfusión de paquete globular y plasma congelado para restaurar valores sanguíneos según lo establecido en la guía de práctica clínica de claves obstétricas del ministerio de salud.

## **2.9. SEGUIMIENTO.**

### **Ingreso:**

Paciente femenino de 26 años de edad ingresa al servicio de ginecoobstetricia 17/03/2021- 11h34 por aborto incompleto + shock hipovolémico grado II.

Luego del ingreso de la paciente se procede a realizar aspiración manual endouterina previa colocación de misoprostol a las 11h45 el cual se realiza sin complicaciones y posteriormente se reciben resultados de laboratorio que indican

- Hct 29 Hb 9.6
- Plaquetas 390000
- Leucocitos 18100



Dg: aborto espontáneo incompleto por embarazo de 6 SG. X FUM + shock hipovolémico + anemia moderada + gran múltipara

Paciente luego de AMEU tiene alteración hemodinámica razón por la cual médico tratante solicita exámenes de laboratorio y se procede a transfundir un paquete globular y plasma congelado.

### **Segundo día de ingreso: 18/03/2021**

Paciente estable, consciente orientada en tiempo espacio y persona se transfunde un paquete globular y uno de plasma fresco congelado por resultados de biométrica de control y colocación de sonda vesical para control de diuresis.

Resultados de exámenes

- Hematocrito 25%
- Hemoglobina 8.3

### **Tercer día de ingreso: 19/03/2021**

Paciente hemodinámicamente estable se deja en DISH para continuar antibioticoterapia y se solicita administrar hierro intravenoso 300ml diluido en cloruro de sodio al 0.9% y pasar en 3 horas, al examen físico ya no se observan pérdidas transvaginales.

### **Cuarto día de ingreso: 20/03/2021**

Paciente se encuentra asintomática, estable, con score mama 0, se otorga alta brindando asesoría en nutrición, planificación familiar para la cual paciente solicita Levonogestrel de 0.3mg además de la administración de antibiótico vía oral y sales de hierro.



### 3. OBSERVACIÓN

- Es importante y necesario aplicar de manera correcta el tratamiento adecuado dependiendo el tipo de aborto que nos presente para evitar complicaciones puedan ocasionar la muerte de las pacientes.
- Si los productos de la concepción permanecen en el útero después del aborto espontaneo puede haber un sangrado vaginal, a veces después de unas horas o días también puede desarrollarse una infección que provoca dolor, fiebre o a veces sepsis.
- Para los abortos inevitables incompletos o retenidos el tratamiento es la evacuación uterina o la espera hasta la eliminación espontánea de los productos de la concepción.

### 4. CONCLUSIONES

- El aborto incompleto no complicado es una de las emergencias obstétricas más repetitivas que se dan lugar en los establecimientos de salud provocando elevados costos en su atención, razón por la cual es indispensable que como profesionales de la salud se logre localizar los factores de riesgo que pueden ocasionar esta patología.
- Si se realiza de manera eficaz y oportuna sobre todo de manera estricta los controles prenatales en las embarazadas se puede evitar estas patologías y de esta manera evitar complicaciones y reducir la mortalidad materna.



- El uso de AMEU como el tratamiento con misoprostol para el aborto incompleto en los hospitales del sector público debe plantearse bajo un modelo de atención humanizada por eso como obstetras debemos conocer los diferentes tipos de aborto como diagnosticarlos y brindar el tratamiento necesario según sea el caso.



## 5.- BIBLIOGRAFÍA

- Machado, J. (2 de Noviembre de 2020). PREMCIAS. *5224 abortos espontáneos han sido atendidos por la red pública de salud*, pág. 1.
- mayoclinic. (2019). Recuperado el 15 de septiembre de 2021, de mayoclinic:  
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/symptoms-causes/syc-20354298>
- msdmanuals. (OCTUBRE de 2020). *MANUAL MSD*. Obtenido de MANUAL MSD:  
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
- Francisco Weber. (2017). *sintesis*. Obtenido de sintesis:  
<https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/obstetricia-y-ginecologia/337-3-01-1-001>
- GUIA PRACTICA CLINICA . (2013). En MSP, *Diagnóstico y tratamiento del*. Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- mayoclinic. (14 de diciembre de 2019). *mayoclinic*. Obtenido de mayoclinic:  
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/diagnosis-treatment/drc-20354304>

## 6. ANEXOS



*Imagen 2 Anexo I: Ecografía*

Ecografía de la paciente donde se confirma un aborto espontaneo incompleto.