



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

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXÁMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO
ABORTO SÉPTICO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA**

AUTORA:

DEL PINO CARRERA GABRIELA

TUTOR:

DR. CESAR BERMEO NICOLA

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR- 2018



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

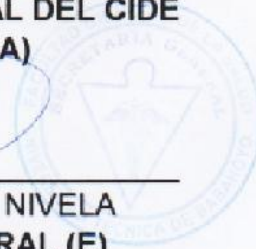
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**DR. CARLOS HIDALGO COELLO, MSc.
DECANO O DELEGADO (A)**

**OBST. LILIAN MUÑOZ SOLÓRZANO, MSc.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

**DR. CONSTATINO DARRAMON HILL, MSc.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)**

**AB. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Obstetricia
Carrera de Obstetricia

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora de este Proyecto de Investigación titulado:

ABORTO SEPTICO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes es de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizo, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 17 de Septiembre del 2018

Autora

Gabriela del Pino e
Gabriela del Pino Carrera
CI. 120521543-5

*Recibí
17/09/18
d.s.l.*



Babahoyo 17 de septiembre del 2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACIÓN, EXÁMEN COMPLEXIVO

Lcda. Betty Narcisa Mazacón Roca PhD
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer Msc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

En mi calidad de tutor de la Srta., DEL PINO CARRERA GABRIELA en el CASO CLÍNICO-EXAMEN COMPLEXIVO, entrego el certificado del sistema URKUND.

URKUND

Documento [ABORTO SEPTICO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.docx](#) (D41532184)
Presentado 2018-09-17 16:10 (-05:00)
Presentado por gabydelpino19@gmail.com
Recibido cbermeo.utb@analysis.orkund.com
Mensaje Gabriela del Pino [Mostrar el mensaje completo](#)

4% de estas 10 paginas, se componen de texto presente en 4 fuentes.

Dr. Cesar Bermeo Nicola
GINECO OBSTETRICIA
MSP 1579

DR. CESAR BERMEO NICOLA

Dr. Cesar Bermeo Nicola
GINECO OBSTETRICIA
MSP 1579

Recibido
17/09/18
olsc

Índice

| | |
|---|-----|
| Resumen | I |
| Abstract..... | II |
| INTRODUCCIÓN | III |
| 1. MARCO TEÓRICO | 1 |
| 1.1. JUSTIFICACIÓN..... | 10 |
| 1.2 OBJETIVOS | 12 |
| 1.3. DATOS GENERALES | 13 |
| II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO..... | 14 |
| 2.1 HISTORIA CLINICA..... | 14 |
| 2.2 ANAMNESIS | 14 |
| 2.3 EXÁMEN FÍSICO..... | 14 |
| 2.4 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS | 15 |
| 2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIAL | 16 |
| 2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL PROBLEMA | 16 |
| 2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO LOS VALORES NORMALES. | 17 |
| 2.8 SEGUIMIENTO..... | 18 |
| 2.9 OBSERVACIÓN..... | 20 |
| III CONCLUSIONES | 21 |
| IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| V. ANEXOS | |

Resumen

El aborto séptico es una complicación que puede llegar a ser letal si no se la trata a tiempo la cual es causada por diversos factores entre ellos están la invasión de microorganismos por manipulación del cérvix, procedimientos invasivos, el uso de agentes inmunosupresores, microorganismos resistentes, además la disminución del estado inmunológico por la patología de base como insuficiencia renal crónica. Donde la remoción de los tejidos infectados será a unas de las conductas a seguir.

A nivel mundial las estadísticas reflejan 0,4 mujeres por cada 100 000 abortos legales del primer trimestre del embarazo, con 21 % de mortalidad, mientras que es muy alta en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, donde suele ser ilegal o económicamente inaccesible, se producen 125 000-250 000 muertes anuales según la OMS, con el 62 % de muertes por infecciones.

Palabras claves: aborto séptico, insuficiencia renal, sepsis.

Abstract

Septic abortion is a complication that can become lethal if not treated in time which is caused by several factors including the invasion of microorganisms by manipulation of the cervix, invasive procedures, the use of immunosuppressive agents, resistant microorganisms, plus the diminution of the immunological state by the basic pathology as chronic kidney failure

Where the removal of infected tissues will be one of the behaviors to follow.

Worldwide, statistics reflect 0.4 women per 100 000 legal abortions in the first trimester of pregnancy, with 21% mortality, while it is very high in underdeveloped or developing countries, where it is usually illegal or economically inaccessible, 125 000-250 000 deaths per year according to the WHO, with 62% of deaths due to infections

Keywords: septic abortion, renal insufficiency, sepsis

INTRODUCCIÓN

El aborto séptico es una infección posterior a un aborto espontáneo, incompleto, diferido, o provocado, que debido a una diseminación de microorganismos por diferentes factores los cuales provenientes de la vulva, vagina o por manipulación invaden la cavidad uterina provocando una infección local desencadenando una serie de eventos, iniciados por la bacteriemia o endotoxina dando como resultado la activación del sistema inmune.

A nivel mundial existen más de 1.64 mil millones de mujeres en edad reproductiva dado que solo 4 de cada 10 es decir el 37 % viven en países donde el aborto es legal mientras que el restante 6% viven en países donde el aborto es penalizado. En el Ecuador entre las edades comprometidas para la realización de esta práctica es de 16-25 años acudiendo a las casas de salud con dolor pélvico, hemorragia y abortos incompletos, entre otras complicaciones. En promedio desde el 2004-2014 la tasa de abortos en mujeres en edad fértil fue de 115 abortos por cada 1.000 nacidos vivos, teniendo como causas la falta de educación, presión social, situación económica etc. (Ortiz)

Se presenta el estudio del caso con una paciente de sexo femenino de 27 años de edad con antecedentes personales de insuficiencia renal crónica, la cual recibe diálisis trisemanales, antecedentes obstétricos. Gestas: (1) partos (0), cesáreas (0) abortos (1), acude con diagnóstico ecográfico de restos ovulares refiere dolor en hipogastrio de 24 horas de evolución, paciente presenta alza termal de (38.6) grados, presión arterial: (130/90) frecuencia cardíaca (100) frecuencia respiratoria (20) saturación de oxígeno (98%) teniendo como resultado un score mama de (5).

1. MARCO TEÓRICO

INFECCIÓN: Presencia de agentes patógenos o microorganismos dentro del huésped que genera una reacción.

SEPSIS: Invasión de microorganismos la cual va a generar una respuesta INFLAMATORIA sistema que provoca liberación de proteínas pro inflamatorias como antiinflamatorias; además se caracteriza por la presencia de dos o más de estos signos Temperatura. > 38 o < 36 , Frecuencia Cardiaca. < 90 , Frecuencia Respiratoria. > 22 , Leucocitos. > 12.000 o < 4.000 y presión parcial de gas carbónico < 32 .

SHOCK SÉPTICO: Es un estado de sepsis más hipotensión generalizada que conlleva al fallo multiorgánico y puede ocasionar la muerte.

Insuficiencia renal: disfunción de los riñones donde pierden la capacidad de filtrar las toxinas y sustancias de desecho de la sangre.

ABORTO SÉPTICO

Es una infección posterior a un aborto espontáneo, incompleto, diferido, o provocado, que debido a una diseminación de microorganismos por diferentes factores los cuales provenientes de la vulva, vagina o por manipulación invaden la cavidad uterina provocando una infección local desencadenando una serie de eventos, iniciados por la bacteriemia o endotoxina dando como resultado la activación del sistema inmune.

Es aquel aborto donde la infección se ha propagado por vía linfática, hemática y/o canalicular, o bien existe endo o exotoxemia, con diseminación a distancia o por contigüidad, comprometiendo de esta manera la estructura y función de otros parénquimas. Clínicamente pueden observarse signos locales o regionales de infección como pelvi peritonitis, peritonitis difusa, tromboflebitis pelviana y/o signos de diseminación de los microorganismos o sus toxinas (*sepsis*, alteraciones hemodinámicas, hígado, pulmón y riñón de *sepsis*, trastornos de la coagulación, encefalopatía, hemorragia digestiva). La activación de los mediadores inflamatorios son los que provocan, dentro un gran espectro de consecuencias nefastas, hemólisis y el grave cuadro de shock, con la posibilidad de evolucionar al SIMO, cuadro que encierra una altísima mortalidad.

Las causas más frecuentes del aborto séptico son, hemorragia uterina prolongada, la disfunción de la placenta debido a aborto espontaneo o aborto incompleto, por retención de tejidos necróticos, por aborto instrumental no estéril, y en condiciones inadecuadas (áreas donde se realiza el procedimiento).

ETIOLOGÍA

En pacientes obstétricas, en la mayoría de ocasiones, se desarrolla de manera secundaria a infecciones del aparato genital, en las cuales los agentes etiológicos más comunes son: *escherichia coli*, *klebsiella pneumoniae*, *enterobacter sp*, *enterococcus faecalis* y bacterias anaerobias. En otros casos, la infección grave puede tener su origen en vías urinarias, tracto gastrointestinal, vías biliares y aparato respiratorio; en estos casos, los agentes etiológicos involucrados incluyen: *escherichia coli*, *klebsiella pneumoniae*, *proteus sp*, *staphylococcus aureus*, *enterococcus faecalis*, *streptococcus pneumoniae* y bacterias anaerobias.

Las infecciones relacionadas con el aborto séptico son polimicrobianas transmitidas desde la alteración de la flora vaginal más la suma de otros organismos patógenos aerobios Gram positivos y negativos. Indicios serológicos avalan que micoplasma hominis y ureaplasma urealiticum juega un papel muy importante en la finalización del embarazo, además el estado general de la paciente debido a enfermedades crónicas como por infección del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), infección renal crónica, cáncer en etapas terminales entre otras patologías dado que el estado inmunológico se encuentra disminuido. La colonización vaginal por estreptococo del grupo A Y B son unos de los principales causantes para el desarrollo de la infección.

Algunas cepas productoras de toxinas como Clostridium perfringens por aborto séptico se aísla hasta el 5%, permaneciendo en el recto en 10% y en la vagina en 1% , además estas bacterias tienen la capacidad de proliferarse de forma lenta en un ambiente anaerobio o tejido muerto , clostridium sordelli es un productor de toxinas letales causan daño vascular distal teniendo como característica la no diseminación de toxinas a estos órganos , pero tienden a ocasionar disfunción orgánica y la muerte.

Se han descrito toxinas producidas por este clostridium, cuatro de ellas son letales.

(Badia, y otros, 2015)

Las toxinas alfa y tetha son las involucradas en la patogénesis que conllevan a hemólisis, daño plaquetario y capilaritis diseminada con inducción de los mediadores inflamatorios causantes del estado de *shock*.

La invasión de estos microorganismos, suelen localizarse en los espacios intervellosos maternos produciendo así la bacteriemia. En un aborto séptico los cultivos de agentes aerobio y anaerobios del cérvix de restos ovulares son necesarios para poder identificar patógenos virulentos productores de toxinas además del hemocultivo y tomar las medidas necesarias para el tratamiento entorno a la gravedad de la infección. Es muy importante tener en cuenta que mientras más tiempo se les dé a ciertas especies de bacterias dentro de la

cavidad uterina van a proliferarse en las zonas necróticas donde pueden causar destrucción del tejido muerto, estudios científicos abalan que las actuaciones de los antibióticos en estas zonas son incapaces de penetrar dado que parte de ellos se encuentran fuera de la vasculatura.

La activación del sistema inmunológico además la activación de las prostaglandinas por la bacteriemia extendiéndose hacia miometrio, y llegando a causar parametritis, la cual se generaliza en la circulación sanguínea provocando sepsis donde se comprometen varios órganos principales hasta llegar al shock séptico.

Entre las vías de propagación, están la vía ascendente, por contigüidad, por vía linfática y por vía hemática.

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo asociados al aborto séptico están los presentes, introducción de objetos extraños, Retención de restos ovulares, Huevo muerto retenido, Aborto provocado por manipulación, introducción de objetos extraños.

En pacientes obstétricas la infección se desarrolla de manera directa por los agentes causales en el aparato genital, teniendo de forma secundaria las infecciones graves por otro tipo de patología que pueden tener origen en el aparato respiratorio, el tracto gastrointestinal, el sistema excretor, las vías biliares aportando gravedad a la infección. Teniendo como mayor pronóstico sepsis y shock séptico.

Factores obstétricos: aborto diferido o incompleto, corioamnionitis, endometritis, infección en la herida quirúrgica, infección en la episiotomía.

EPIDEMIOLOGIA

El aborto séptico constituye en la actualidad un problema médico, social y económico a nivel mundial, por la gran demanda de pacientes, elevados costos y las tasas de morbilidad y mortalidad materna. La Federación Internacional de Planificación Familiar calcula que cada año ocurren 44 millones de abortos de los cuales alrededor de 15 millones son clandestinos. La morbilidad y enfermedad están en cifras muy bajas en países desarrollados donde existen buenas prácticas anticonceptivas y el aborto suele ser legal, las estadísticas reflejan 0,4 mujeres por cada 100 000 abortos legales del primer trimestre del embarazo, con 21 % de mortalidad, mientras que es muy alta en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, donde suele ser ilegal o económicamente inaccesible, se producen 125 000-250 000 muertes anuales según la OMS, con el 62 % de muertes por infecciones

En la mayoría de países desarrollados el aborto se encuentra despenalizado y sin restricción en cualquier circunstancia. Dado que este hecho ha logrado la disminución de la tasa de abortos inseguros y muertes maternas.

(Doctores, Brioso ,Vidiela , Vidiarte, Ferreriro,Jo).

A nivel mundial existen más de 1.64 mil millones de mujeres en edad reproductiva dado que solo 4 de cada 10 es decir el 37 % viven en países donde el aborto es legal mientras que el restante 6% viven en países donde el aborto es penalizado.

Según la OMS clasifica a los abortos como seguros: A los que son realizados por normas, directrices y según las semanas de gestación que tenga la paciente además por la atención de un profesional cualificado Mientras que el aborto peligroso cuenta con una subcategoría como aborto “menos seguros” y “nada seguros”.

Aborto menos seguro: significa que es realizado por profesionales cualificados pero que usaron técnicas caducadas o por personal no cualificadas que utilizaron análogos de prostaglandinas. (Rosales zurita , 2017)

El aborto “nada seguro” es realizado por personas no cualificadas con métodos peligrosos con la introducción de objetos extraños corto punzantes y la ingesta de infusiones de hierbas ancestrales los cuales tienden a producir complicaciones como lesiones en las paredes vaginales y cervicales, hemorragias, infección y aborto incompleto.

| Leyes de aborto a nivel mundial | |
|-------------------------------------|----------------------|
| Sin restricción alguna | 39,5 % de los países |
| Para salvar la vida de la madre | 25,5 % de los países |
| Razones socioeconómicas | 21.2% de los países |
| Para preservar la salud de la madre | 13.8% de los países |

En el Ecuador según el COIP Art. 444 el aborto es penalizado de 6 meses a 5 años de prisión.

Siendo el aborto auto inducido o clandestino una de las problemáticas sociales y de salud debido a su alto índice de morbilidad las mujeres se exponen a este tipo de aborto peligroso por métodos terapéuticos no supervisados por personal no capacitado.

Entre las edades comprometidas para la realización de esta práctica es de 16-25 años acudiendo a las casas de salud con dolor pélvico, hemorragia y aborto incompletos, entre otras complicaciones. En promedio desde el 2004-2014 la tasa de abortos en mujeres en edad fértil fue de 115 abortos por cada 1.000

nacidos vivos, teniendo como causas la falta de educación, presión social, situación económica etc. (Chumbe, Noboa ,Alejos, Rodriguez)

SEPSIS.

Es una infección que se desencadena por un proceso microbiano el cual da origen al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica el cual provoca la liberación de proteínas proinflamatorias como antiinflamatorias que se caracteriza por la presencia de 2 o más signos: Temperatura. > 38 o < 36 , Frecuencia Cardíaca. < 90 , Frecuencia Respiratoria. > 22 PaCO₂. < 32 Leucocitos. > 12.000 o < 4.000 y presión parcial de gas carbónico < 32 .

La activación de los mediadores inflamatorios son los que provocan, dentro un gran espectro de consecuencias nefastas, hemólisis y el grave cuadro de shock, con la posibilidad de evolucionar al SIMO, cuadro que encierra una altísima mortalidad. (DR. solari, DR. Antonio , & DRA Quintana)

La sepsis conlleva a una disfunción orgánica altamente mortal que se da por una respuesta no homeostática del huésped provocando alteraciones fisiopatológicas y bioquímicas inducidas por una infección, activando respuestas proinflamatorias y antiinflamatorias.

Para la identificación de pacientes con sepsis y daño de órganos existe la tabla de score sofa que brinda datos dinámicos con un puntaje > 2 . Las disfunciones orgánicas por el fallo de estos sistemas dan como resultado disminución del (PAO₂\FIO₂)- hipoxemia el lactato > 4 mmoL\L, el sistema de coagulación se manifestará con la disminución de las plaquetas < 1000.000 \ el, el sistema nervioso central se expresará con la alteración de la conciencia. Una disfunción hepática con hiperbilirrubinemia > 2 mg\ dl, el sistema renal con disminución de la diuresis < 0.5 kg\h, aumento de la creatinina > 2 mg\ dl y una disfunción cardiovascular que se manifestara con hipotensión donde la (PAS) < 90 mmHg (PAM) < 65 mmhg la cual se la atribuye al shock séptico donde los fármacos vasopresores como norepinefrina e hidrocortisona juegan un papel muy importante en las dos primeras horas ,son los encargados de provocar

vasoconstricción y estimular al miocardio para restablecer la perfusión sanguínea.

La sepsis da origen al shock séptico donde hay alteraciones circulatorias caracterizado por una disminución de la perfusión sanguínea debido a la hipotensión, es una condición donde el transporte de oxígeno es insuficiente para satisfacer la demanda metabólica celular que, mediante parámetros clínicos, pruebas hemodinámicas, y bioquímicas llegaremos a dicho diagnóstico.

FISIOPATOLOGÍA DE LA SEPSIS

Los RRP son los receptores de reconocimientos de patrones que son parte de la inmunidad innata los cuales se encuentran en los receptores de los linfocitos, leucocitos, células endoteliales etc. Estos son los encargados de reconocer a los patrones moleculares asociados con patógenos (PAMPs) que son proteínas patógenas como ADN bacteriano, lipopeptidos, peptidoglicanos, etc.

Existe otro tipo de patrón reconocidos por los RRP que son moléculas asociados a daño (DAMPs). Dado que cuando hay un proceso inflamatorio como traumatismos, quemaduras, necrosis, se desarrolla daño tisular donde hay liberación de ciertas proteínas como las del golpe de calor, fibrinógeno ácido hialúronico etc. que son originadas por la inflamación que se unen a los receptores celulares.

Existe números tipos de receptores, pero los más importantes son los tipos TLR-TOLL, se ubican en la membrana celular y en el citoplasma reconocen PAMPs y DAMPs para poder desencadenar la respuesta inflamatoria donde se comienzan a liberar citoquinas.

Los NLR-NOD. Se encuentran en el citosol reconocen PAMPs y DAMPs además ensamblan inflamosomas que son un complejo multiproteico grande que amplifica la respuesta inflamatoria es activado por señales tanto intra como extracelulares liberando citoquinas inflamatorias.

Todo el cuerpo está regulado por receptores celulares, cuando se desarrolla un proceso inflamatorio al mismo tiempo se desencadena una causa antiinflamatoria para mantener regulado al sistema inmune.

Dentro de las proteínas proinflamatorias las más importantes son las IL-1 , IL17 y el factor de necrosis tumoral (TNF-alfa) mientras que la IL 10 y el factor de regulación inflamatorio (MIF) son proteínas antiinflamatorias, además se activara el sistema del complemento por cualquiera de sus tres vías las cuales tienen como propiedades la liberación de los gránulos citoplasmáticos de los polimorfo nucleares, produce citotoxicidad por el complejo ataque membrana, elimina las repuestas inflamatorias fagocitosis, potenciación de la células B entre otras.

En la sepsis participan dos fenómenos inmunológicos el SIRS y CARS.

El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica se da por una respuesta proinflamatorias frente al patógeno, el cual libera citosinas y el síndrome de respuesta inflamatoria compensatoria que se da por la liberación de proteínas y mecanismos antiinflamatorios, el balance de estos dependerá de la sobrevida del paciente, debido a estos fenómenos inmunológicos se produce una tormenta de citosinas lo que provocara una respuesta hipo inflamatoria o disfunción del sistema inmune innato y adaptativo, entrando en un estado de inmunoparálisis que se caracteriza por apoptosis de células efectoras inmune proinflamatorias como CD4- CD8- CT.

Existe una hipo respuesta por parte de la IL10 y por último se presenta el agotamiento celular, las células pierden su capacidad y función los polimorfo nucleares pierden su facultad de fagocitar y de identificar a los antígenos, estos fenómenos son los responsables de que un paciente supuestamente estable vuelva a un deterioro por la invasión de microorganismos oportunistas el cual será el causante de que la morbilidad a corto y largo plazo este aumentada.

La sepsis se asocia a factores pro coagulante y anti coagulante.

La sepsis es un estado pro/coagulante donde va haber un aumento del (TF) factor tisular, (TP) la trombina, (TAFI) el factor inhibidor de la fibrinólisis, activación (vWF) del factor von Willebrand y disminución de la trombomodulina y la proteína (C) que en condiciones normales la trombina se une con la trombomodulina activando la proteína C teniendo como función la unión con la antitrombina III para reducir la formación de trombina. (Apaza, 2017)

En la sepsis no se sintetiza la trombomodulina dado que encuentra disminuida, la proteína C no se puede activar, debido a esto no se da la retroalimentación negativa e impide el proceso normal de la fibrinólisis ocasionando trombos micro vasculares donde actuaran polimorfo nucleares y citoquinas ocasionando daño endotelial que dará como repuesta la formación del estado antifibrinolítico aumentando el (PAI-1) factor inhibidor del plasminogeno, Estos dos estados provocaran el (CID) coagulación intravascular diseminada el cual llevara al consumo de plaquetas y factores desencadenando un estado de hemorragia e isquemia tisular que es causado por hipo perfusión en la microcirculación por tanto fallo multiorgánico.

MANEJO

En unidades de terapia intensiva incluye:

- Manejo de fluidos a través de accesos vasculares centrales
- Medicamentos vasopresores
- Soporte ventilatorio en caso de que se desarrolle insuficiencia respiratoria
- Transfusión de hemoderivados
- Antibioticoterapia de amplio espectro. (MD)

1.1. JUSTIFICACIÓN

El estudio de este caso pretende analizar los diferentes factores de riesgo que causan el surgimiento de esta patología puesto que la tasa de aborto esta aumentada es necesario el estudio del mismo debido a su alto índice de

morbimortalidad, por lo tanto, es importante identificarlos a tiempo con el fin de prevenir consecuencias poco desfavorables para la mujer.

La presente investigación permite reconocer los factores de riesgo de la problemática existente para mitigar las consecuencias mortales que pueden surgir a través de la patología de un aborto séptico.

Se justifica la realización del presente estudio debido a que el aborto séptico es una patología que se relaciona con una alta morbilidad. Por tal motivo se plantean los siguientes objetivos

1. 2 OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- ✓ Relacionar las causas y complicaciones que se presentan en un aborto séptico, en una paciente con insuficiencia renal crónica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar los factores de riesgos asociados con el aborto séptico en una paciente con insuficiencia renal crónica.

1.3. DATOS GENERALES

Delgado Anchundia Roció Janeth con

CI: 0925932659

Edad 27 años,

Estado civil: soltera

Hijos: 0

Profesión: ama de casa

Nivel de estudio: secundaria

Nivel socio, cultural- económico: baja

Procedencia geográfica: mestiza

II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 HISTORIA CLINICA

Paciente de sexo de femenino de 27 años de edad acude al centro hospitalario con diagnostico ecográfico de restos corioplacentarios.

Se le realiza especulocopía, donde se evidencia cérvix entreabierto más expulsión de secreción hematurulenta con olor fétido. Con antecedentes personales de insuficiencia renal crónica, la cual recibe diálisis trisemanales.

2.2 ANAMNESIS

Paciente orientada en tiempo y espacio, refiere cuadro clínico de 24 h de evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada acompañado de dolor tipo punzante en región del hipogastrio de leve intensidad paciente refiere que se administró por dos ocasiones misoprostol Se solicita ecografía pélvica, biometría completa, química sanguínea y se decide canalización de vía periférica e ingreso hospitalario.

2.3 EXÁMEN FÍSICO

Paciente orientada en tiempo y espacio (Glasgow 15)

Cabeza normo céfalo, facies semi pálidas, mucosas húmedas y normo coloreada

Cuello: no adenopático

Tórax: simétrico campos pulmonares claros ventilados, ruidos cardiacos rítmicos y audibles.

Abdomen: blando y depresible con leve dolor a la palpación profunda.

Genitales: vulva normo hidratada, no edema, a la especuloscopía se evidencia cérvix entreabierto, se evidencia secreción hematurulenta con fetidez.

Presión arterial: (130/90) frecuencia cardiaca (100) frecuencia respiratoria (20) temperatura corporal (38.6) saturación de oxígeno (98%)

2.4 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Diagnostico ecográfico: cavidad uterina ocupada por restos ovulares sugestivos de embarazo.

Endometrio engrosado 10 mm

Grupo factor Rh o positivo

| Biometría hemática de control | Resultados | Valores referenciales |
|--------------------------------------|-------------------|---------------------------------|
| Leucocitos: | 20.950 u/ L | 5000 – 10.000 mm ³ |
| Hemoglobina | 10.7 g/dL | 12.5 – 17.0 g/dl |
| Hematocrito | 31.7 % | 38.1 – 51.0 % |
| Plaquetas | 205.000 | 140.000 – 440000mm ³ |
| Linfocitos | 1.02 | 25.0 – 35.0 % |
| Química sanguínea | | |
| Tiempo de protrombina | 12 | 11 - 16 |
| Tiempo parcial de tromboplastinas | 30 | 27 - 40 |
| Colesterol | 126 | Hasta 200 |
| Creatinina | 4.1 | 0.6 - 1.1 |
| Albumina | 4.3 | 3.4 - 4.8 |

| | | |
|-------------------------|-------------|-----------|
| bilirrubina | 0.4 | Hasta 1.2 |
| glucosa | 69 | 70-106 |
| transaminasa | 7.8 | |
| triglicéridos | 79 | Hasta 160 |
| Virus inmunodeficiencia | No reactivo | |
| Serología para sífilis | No reactivo | |
| | | |

2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIAL

Debido al cuadro clínico presentado por la paciente a primera instancia se presume aborto incompleto que se lo corrobora con el diagnostico ecográfico donde manifiesta que la cavidad uterina se encuentra ocupada por restos ovulares sugestivos de embarazo teniendo como diagnóstico diferencial aborto incompleto asociado a insuficiencia renal crónica, los exámenes complementarios reflejan una leucocitosis lo que determina un diagnóstico definitivo aborto séptico.

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL PROBLEMA

El aborto en si no es problema, dado que puede ocurrir de manera espontánea y ser inevitable el cual puede tratarse por personal capacitado tornándose en aborto seguro. Siendo el problema de fondo ,la desinformación de lo que se considera un aborto y sus complicaciones, los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la sepsis, la falta de educación, el nivel socioeconómico bajo, vivir en condiciones insalubres y además poseer alguna patología crónica o autoinmune son una de las causas que conllevan a este problema.

Teniendo como factor importante en este caso la insuficiencia renal crónica que predispone al organismo a una disfunción orgánica debido a la incapacidad que

tienen los riñones de eliminar las sustancias tóxicas que se encuentran en la sangre haciendo que el organismo no se encuentre en equilibrio para el desarrollo del proceso gestacional, tomando en cuenta esta patología se inclina al cese del embarazo.

El tratamiento en el aborto séptico consiste en antibioticoterapia preventiva, la erradicación del foco infeccioso local para evitar la rápida diseminación y la activación de los procesos proinflamatorios como antiinflamatorios el legrado uterino es uno de las conductas de elección.

2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO LOS VALORES NORMALES.

Puesto que la paciente presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor en zona del hipogastrio de 24h de evolución más hipertermia de 38.6 y a la especulocopia se evidencia secreción hematópurulenta mas fetidez con leucocitosis >20.000 creatinina de 4.1 con un diagnostico ecográfico determinando restos ovulares siendo una paciente con insuficiencia renal crónica deduzco aborto séptico determinando la conducta a seguir legrado uterino, se canaliza vía periférica con solución salina 0.9% en 1000cc 30 gotas por minutos se administra 1gr de paracetamol IV y cada 8/h para regular la temperatura corporal más ceftriaxona 2 gr IV como profilaxis antibiótica luego pasar 1gr /12h . se logra disminuir el alza termina en 37 grados la paciente se logra estabilizar con una presión 120-70. Se la prepara para el legrado instrumental intrauterino con una vía permeable de cloruro de sodio al 0.9% en 1000cc 8 gotas por minuto con protección de triple esquema metronidazol 50mg IV más gentamicina 80 mg más ceftriaxona 1 gr, se decide la elección de estos fármacos porque las propiedades bactericidas que poseen y actúan directamente dentro de las membrana de las células patógenas, inhibiendo la síntesis de proteínas se las administra en bajas dosis para no causar nefrotoxicidad además por la accesibilidad de dichos fármacos seguido del legrado instrumental intrauterino para la remoción de los productos infectados de la concepción .

2.8 SEGUIMIENTO

En el post operatoria la paciente se encuentra estable afebril orientada en tiempo y espacio temperatura 36.5 la presión arterial 110/70 saturación de 98 frecuencia respiratoria de 20 diuresis 50 ml /h, se le prescribe cloruro de sodio 0.9% en 1000cc mas ceftriaxona 1gr c/ 12h paracetamol 500mg VO c/ 8h se envían exámenes complementarios y ecografía la paciente se mantiene estable, los resultados de laboratorio presentan.

| | | |
|--------------------------|-----------|---------------------------------|
| Leucocitos | 13.000 | 5000 – 10.000 mm ³ |
| Hemoglobina | 10.0 g/dl | 12.5 – 17.0 g/dl |
| Hematocrito | 29.7 | 38.1 – 51.0 % |
| Neutrófilos | 7.62 | 50.0 – 70.0 |
| Linfocitos | 1.02 | 25.0 – 35.0 % |
| plaquetas | 205.000 | 140.000 – 440000mm ³ |
| Química sanguínea | | |
| Glucosa | 87 | 70-106 |
| Creatinina | 4.2 | 0.6 - 1.1 |
| Colesterol | 126 | Hasta 200 |
| Urea | 5.0 | 3.6 – 7.2 |
| Tiempo de protrombina | 30 | 27 - 40 |
| Tiempo de trombina | 12 | 11 – 16 |

| | | |
|---------------|-----|-----------|
| Albumina | 4.3 | 3.4 - 4.8 |
| Bilirrubina | 0.4 | Hasta 1.2 |
| triglicéridos | 80 | Hasta 160 |

Diagnostico ecográfico: mediante la impresión ecográfica, se observa imagen ecogénica cavidad uterina vacía en la cual no se observa signos de restos corioplacentarios con un grosor de la línea endometrial de 14 mm.

En el pase de visita paciente presenta útero contraído e involucionado por debajo de la cicatriz umbilical sangrado transvaginal escaso abdomen blando doloroso a la palpación profunda le da información a la paciente sobre su estado y como su organismo ha reaccionado de buena manera al tratamiento de elección mediante el cultivo de secreciones.

Además se le informa a la paciente, si evoluciona de una manera esperada en las próximas 72 horas se enviara tratamiento ambulatorio.

Se recalca que durante este tiempo se continúan con la hemodiálisis, heparina, eritropoyetina de 2.000 uL.

No todas las pacientes hemodializadas terminan en aborto pero por lo general tienen embarazos de alto riesgo obstétrico muchos terminan al inicio del segundo trimestre y pocos son los casos que llegan a término el cual requiere un trabajo en conjunto con nefrólogo, ginecólogo, nutricionista que incluyen medidas como: aumentar el tiempo de diálisis evitar hipotensiones e hipertensiones maternas, evitar infecciones de vías urinarias y fluctuaciones electrolíticas etc.

2.9 OBSERVACIÓN

Una intervención de manera precoz juega un papel muy importante con respecto a la toma de decisiones y al rápido manejo, la antibioticoterapia y la remoción de los tejidos infectados son vitales para desligar al foco infeccioso y tener una respuesta satisfactoria con un mejoramiento del cuadro séptico especificado en la literatura científica basada en evidencias.

Es importante mencionar el hecho de que los procedimientos realizados son previamente informados a la paciente sobre las perspectivas el uso de métodos o la complicación.

III CONCLUSIONES

Las causas predisponentes en un aborto séptico asociado a una paciente con insuficiencia renal crónica se debe a que su estado general se encuentra disminuido por su patología de base, la paciente presenta anemia moderada que es causa de aborto, además el uso de catéteres intravenosos manipulación del cérvix predisponen a una invasión de microorganismos aerobios y anaerobios como estreptococos del grupo A y B enterobacter fecalis escherichia coli etc. los cuales provenientes de la vulva, vagina invaden la cavidad uterina más la retención de tejido coreoplacentarios dará como respuesta aborto séptico. la rápida evacuación de los restos ovulares juega un papel crucial para la no desimanación de la infección como fue en el caso de la paciente.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apaza, F. (2017). Clase 54 - Fisiopatología de Sepsis y Shock séptico., (págs. <https://www.youtube.com/watch?v=kS5TwJ-ZduE>).
2. Badia, A., Paloma, Tarrazo, M., Patrocinio, M., Pertusa, C., Vicente, . . . Maria. (2015). Aborto séptico por *Clostridium perfringens* complicado con shock séptico. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(6),. Badía A, Paloma, Tarrazó M, María Patrocinio, Pertusa C, Vicente, Laforga, Juan, Ruiz S, Nerea, & Reyes Balanzá C, María. (2015). Aborto séptico por *Clostridium perfringens* complicado con shock séptico. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(6),.
3. Chumbe, Noboa ,Alejos, Rodriguez, O. (s.f.). El número de abortos podría ser varias veces más elevado que el número indicado.
4. Doctores, Brioso ,Vidiela , Vidiarte, Ferreriro,Jo, m. (s.f.). Las complicaciones derivadas de la práctica del aborto provocado en condiciones de riesgo constituyen una de las principales causas de mortalidad materna en el mundo subdesarrollado, sobre todo en aquellos países donde esta práctica es ilegal.
5. DR. solari, I., DR.Antonio , s., & DRA Quintana, B. (s.f.). La activacion de los mediadores inflamtorios, son los que provocan ,un gran espectro de coensuacion nefastas , hemolisis y el grave cuadro de shoc, con la posibilidad de evoluconar al simo, hemolisis y el grave cuadro de shok,con la posibilidse de evolución.
6. Edición., O. y. (s.f.). Indición Serológico avalan que miroplasma hominis urialiticum.
7. Infobae. (2018). *Mapa del aborto en el mundo: qué dice y cómo afecta la legislación en los distintos países*. <https://www.infobae.com/sociedad/2018/06/11/mapa-del-aborto-en-el-mundo-que-dice-y-como-afecta-la-legislacion-en-los-distintos-paises/>.
8. Jesus, R. z. (2017). Muchos autores han logrado encontrar una estrecha relación entre un aborto inducido y un aborto séptico.
9. Médico, R. (2018). SEPSIS Fisiopatología., (pág. <https://www.youtube.com/watch?v=KXhWIBilEfU>).
10. OMS. (2017). *En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año*. Ginebra.

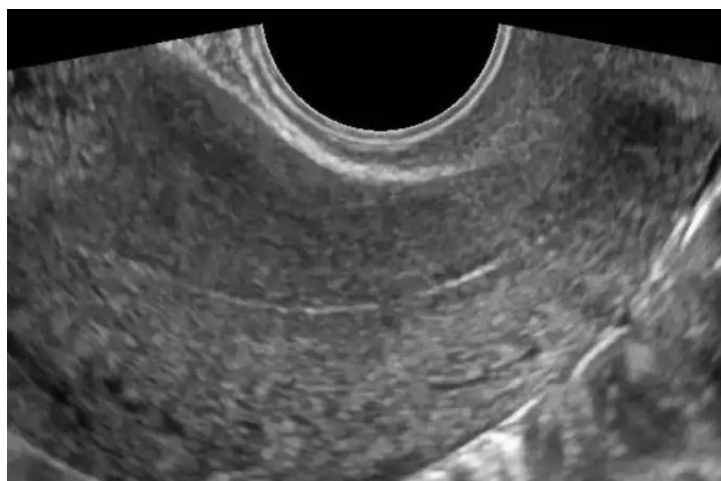
11. Ortiz, E. (s.f.). *Aborto Salud Pública*.
12. Paloma Badín, M. P. (2015). Casos Clínicos Aborto Septico por clostridian, perfringen complicado con Shock Séptico.
13. Penal., E. C. (s.f.).
<https://cyber.harvard.edu/population/abortion/Ecuador.abo.htm>.
14. Viteri Gonzales , W. (s.f.). Pacientes inmunodeprimidas o con alguna patología grave que requieren el uso de catéteres intravenosos periféricos, entre otras patologías como cáncer HIV, piel nefritis, colecistitis, apendicitis, mastitis, tuberculosis, neumonía,.
15. Viteri Gonzalez, W. (s.f.). Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Proteus sp, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis, Streptococcus pneumoniae y bacterias anaerobias.
16. Viteri, W. R. (2015). *Repositorio Nacional en Ciencia y Tecnología. Factoría de Riesgo de Aborto Septico*. Babahoyo.

V. ANEXOS

Cavidad Uterina ocupada por restos ovulares de menor tamaño sugestivo embarazo.



Cavidad uterina vacía





**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION**

Babahoyo, 06 de agosto de 2018

Dr. Alina Izquierdo Cirer Msc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

Presente. -

De mis consideraciones.

Por medio de la presente yo, **DEL PINO CARRERA GABRIELA**, con cedula de ciudadanía **120521543-5**, egresada de la Escuela de **OBSTETRICIA**, de la carrera de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del tema del caso clínico: **ABORTO SÉPTICO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**.

Por la atención que se le dé a la presente quedo de usted muy agradecida.

Atentamente.

Gabriela del Pino C

**DEL PINO CARRERA GABRIELA
EGRESADA
CI: 120521543-5**

[Handwritten signature]
06/08/2018 M. J. 3021



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 06 de julio del 2018

OBST.
LILIAN MUÑOZ SOLORZANO
COORDINADORA DE TITULACION
EN SU DESPACHO. -

Yo, **DEL PINO CARRERA GABRIELA**, con cédula de ciudadanía **1205215435**, egresada de la Carrera de **OBSTETRICIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del siguiente documento para la presentación de la propuesta del Caso Clínico, cuyos requisitos son.

**PROPUESTA DEL CASO CLINICO
REGISTRO DE TUTORIAS
SOLICITUD DE ENTREGA DE LA PROPUESTA DEL TEMA
INFORME DE ACEPTACION DE LA PROPUESTA DEL TEMA
CD**

Agradezco por su atención

Atentamente,

Gabriela del Pino C.

**DEL PINO CARRERA GABRIELA
C.1120521543-5**

*Recibido
OBST
09/07/2018*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 6-8/18

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Juan Suarez N. Alcalá

FIRMA:

TEMA DEL CASO CLINICO: Aborto septico en semana 14 con hemorragia por la vagina

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Cristina del Pino Carrera

CARRERA: Obstetricia

Pag. N.º. 1

| Horas de Tutorías | Fecha de Tutorías | Tema tratado | Tipo de tutorías | | Porcentaje de Avance | FIRMAN | |
|-------------------|-------------------|--|------------------|---------|----------------------|---------|--------------------------|
| | | | Presencial | Virtual | | Docente | Estudiante |
| 2 | 19/6/18 | Solución del caso | 1 | | | | <u>Cristina del Pino</u> |
| 2 | 27/6/18 | Revisión del caso - banco de preguntas | 1 | | | | <u>Cristina del Pino</u> |
| 2 | 27/7/18 | Aplicación del caso para el examen | 1 | | | | <u>Cristina del Pino</u> |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Obst. Lilliam Muñoz Solorzano, MSc.
COORDINADORA DE TITULACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 17 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **DEL PINO CARRERA GABRIELA**, con cédula de ciudadanía **120521543-5**, egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados en la Etapa final del Proyecto de Investigación, tema: **ABORTO SEPTICO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

Gabriela del Pino c

DEL PINO CARRERA GABRIELA

CI: 120521543-5

*Recibi
17/09/18.
obin*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 17/9/18

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Juan Suarez

FIRMA:

TEMA DEL CASO CLINICO: Aborto Septico en periodo del tercer trimestre

FIRMA:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Cibule del Pino Llanusa

CARRERA: Obstetricia

Pag. No. 1

| Horas de Tutorías | Fecha de Tutorías | Tema tratado | Tipo de tutoría | | Porcentaje de Avance | FIRMAN | |
|-------------------|-------------------|---|-----------------|---------|----------------------|---------|------------|
| | | | Presencial | Virtual | | Docente | Estudiante |
| 1 | 24-7-18 | Revisión de los antecedentes y historia | | X | | | |
| 1 | 6-8-18 | Revisión de la obstetricia | | X | | | |
| 2 | 17-8-18 | Revisión del caso clínico | X | | | | |
| 1 | 24-8-18 | Revisión del caso clínico | X | | | | |
| 2 | 29-8-18 | Revisión del caso clínico | X | | | | |
| 1 | 3-9-18 | Revisión del caso clínico | X | | | | |
| 2 | 10-9-18 | Revisión general del caso | X | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Obst. Lillem Muñoz Solorzano, MSc.
COORDINADORA DE TITULACIÓN