



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

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

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

ABORTO RECURRENTE EN MULTIGESTA DE 32 AÑOS CON
HIPOTIROIDISMO.

AUTORA:

INES ESPIN HENRIQUEZ

TUTORA:

OBST. LILIAN MUÑOZ SOLORZANO

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2018



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

OBS. ANA MARIA PASOS BAÑOS
DELEGADO (A) DEL DECANATO

DR. HERMAN ROMERO RAMIREZ
DELEGADO (A)
COORDINADOR DE LA CARRERA

QF. MAITE MAZACON MORA

COORDINADOR GENERAL DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
O DELEGADO (A)

ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO





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



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Obst Lilian del Rosario Muñoz Solórzano, en calidad de tutor del Informe Final del Caso Clínico (Componente Practico) tema: **ABORTO RECURRENTE EN MULTIGESTA DE 32 AÑOS CON HIPOTIROIDISMO**, elaborado por la estudiante Inés Rosario Espín Henríquez egresada de la Carrera de Obstetricia, de la Escuela de obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 20 días del mes de septiembre del año 2018

Obst Lilian del Rosario Muñoz Solórzano
DOCENTE - TUTORA
CI. 120390437-8



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 del Caso Clínico
(Componente Practico) tema: **ABORTO RECURRENTE EN MULTIGESTA DE 32**
AÑOS CON HIPOTIROIDISMO

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

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

Fecha: Babahoyo, 20 de septiembre del 2018

Autora

Inés Espín H

Inés Rosario Espín Henríquez

CI. 120611961-0



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



**CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION,
EXAMEN COMPLEXIVO**

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

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION, FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

En mi calidad de tutora de la señorita **INES ROSARIO ESPIN HENRIQUEZ** en el
CASO CLÍNICO-EXAMEN COMPLEXIVO, entrego el certificado del sistema
URKUND.

URKUND

Documento [UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO2 \(1\).docx](#) (D41483972)

Presentado 2018-09-16 10:33 (-05:00)

Presentado por inrose@hotmall.com

Recibido halvarado.utb@analysis.arkund.com

Mensaje caso clinico [Mostrar el mensaje completo](#)

9% de estas 7 páginas, se componen de texto presente en 10
fuentes.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de Septiembre del 2018.

Obst. Lilian del Rosario Muñoz Solórzano
DOCENTE - TUTORA
CI. 120390437-8

Rece
17/09/18
Obst

TITULO DEL CASO CLINICO:

**ABORTO RECURRENTE EN MULTIGESTA
DE 32 AÑOS CON HIPOTIROIDISMO**

ÍNDICE

RESUMEN	I
Abstract	II
INTRODUCCIÓN	III
I. MARCO TEORICO	1
1.1. JUSTIFICACIÓN	8
1.2. OBJETIVOS	9
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	9
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
1.3 Datos generales	10
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	11
2.1. Análisis del motivo de la consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	11
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	12
2.3 Examen físico	12
2.4 Información de exámenes complementarios realizados:	13
1.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	14
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema	14
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud	14
2.8 Seguimiento	15
2.9 Observaciones	16
CONCLUSIONES	17
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

RESUMEN

Según la OMS define el aborto como la expulsión o extracción uterina de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos, lo que corresponde con una edad gestacional de 20 a 22 semanas

Se considera que las parejas con aborto recurrente tendrán sólo 50–60% de éxito global en su siguiente embarazo no tratado, siendo múltiples los factores que pudieran condicionar el mal resultado reproductivo, y que es preciso investigar.

Existen factores generales que inciden en el riesgo de aborto en cualquier gestación y al menos 5 grupos de factores específicos están asociados al aborto recurrente. El peso porcentual de cada uno de ellos en el universo de abortos recurrentes es difícil de determinar con precisión dado el sesgo que representan las distintas líneas de investigación de las experiencias publicadas

La patología tiroidea es frecuente en el desarrollo del embarazo y su prevalencia depende de los valores hormonales utilizados como referencia en las poblaciones estudiadas. Es muy importante su detección oportuna y su tratamiento inmediato pues su inobservancia puede traer consecuencias negativas a la madre y al feto

Hipotiroidismo, aborto recurrente, expulsión

Abstract

According to the WHO defines abortion as the expulsion or uterine removal of an embryo or a fetus of less than 500 grams, which corresponds to a gestational age of 20 to 22 weeks

It is considered that couples with recurrent abortion will have only 50-60% overall success in their next untreated pregnancy, being multiple factors that could condition the poor reproductive outcome, and that it is necessary to investigate.

There are general factors that affect the risk of abortion in any pregnancy and at least 5 groups of specific factors are associated with recurrent abortion. The percentage weight of each one of them in the universe of recurrent abortions is difficult to determine with precision given the bias represented by the different lines of research of the published experiences

Thyroid pathology is frequent in the development of pregnancy and its prevalence depends on the hormonal values used as a reference in the populations studied. It is very important to timely detection and immediate treatment because its failure to observe can have negative consequences for the mother and the fetus

Keywords: Hypothyroidism, recurrent abortion, expulsion

INTRODUCCIÓN

Siendo una etapa maravillosa la gestación en la vida de la mujer, con 40 semanas de espera que podrían convertirse en una historia trágica para algunas mujeres, pue existen varias patologías que podrían complicar el desarrollo del embarazo.

Entre esta patologías se considera que el hipotiroidismo subclínico podría estar relacionado con varios problemas obstétricos como preeclampsia, abrupcio placentario, parto pretérmino, Pero esta patología en muchos de los casos no ha podido ser diagnosticada en razón de que no hace un control sistemático de la función tiroidea durante la gestación y no se manejan los rangos actuales de TSH (hormona estimulante de la tiroides en cada trimestre del embarazo. Los trastornos tiroideos ocupan el segundo lugar como la alteración endocrina más común durante el embarazo después de la diabetes mellitus, hace de esta enfermedad una de las más interesantes y mejor conocidas entre las que pueden poner en riesgo la evolución normal de un embarazo, es considerada una enfermedad que se da del 3 al 10% de las mujeres y se asocia con frecuencia el inicio de ésta afección a la maternidad **(Jácome, 2015)**.

La presente investigación DE ESTUDIO DE CASO CLINICO se enfocó en paciente embarazada de 32 años de edad que acude a emergencia por presentar sangrado vaginal más dolor en hipogastrio con tres abortos anteriores en hospital.

I. MARCO TEORICO

Aborto recurrente

El aborto, etimológicamente proviene del lat. *Abortus*, y la Real Academia Española, la concibe como la interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas que, puede constituir eventualmente un delito. La OMS, define el aborto como la expulsión o extracción uterina de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos, lo que corresponde con una edad gestacional de 20 a 22 semanas **(Pérez et.al, 2016)**

El aborto recurrente es cuando ocurren tres o más abortos es una patología obstétrica adecuadamente definida en el contexto de infertilidad, y su dimensión etiológica cubre un espectro clínico complejo y diversificado que ha dado origen a avances importantes en su manejo diagnóstico y terapéutico. Siendo el aborto habitual de un diagnóstico clínico no patológico se presenta aproximadamente de 0,4 a 1,5% de todos los embarazos y suele ser debido a factores recurrentes y no a causas accidentales. **(Murillo, s/f)**.

Causas del aborto recurrente

Los abortos recurrentes pueden ser por causas espontáneas o provocadas. Al analizar las pérdidas reproductivas espontáneas, llama la atención que no existan evidencias científicas directas existentes entre el período transcurrido entre la concepción y la nidación, considerándose una pérdida de alrededor del 50%. Entre la implantación y las 6 semanas de amenorrea, la tasa de pérdidas es de un tercio, lo cual es causado en su mayoría por alteraciones cromosómicas.

Del total de embarazos con diagnóstico de certeza (ecografía), un 15% se pierde antes de las 20 semanas y de estos un 80% ocurre antes de las 12 semanas. En mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto la probabilidad de un segundo aborto es de un 19%, si ha tenido dos abortos previos esta cifra aumenta a 35% y si han tenido tres abortos esta probabilidad asciende a 47%, **(Dr. Jorge Neira, 2016)** .

Como un factor importante es considerado la edad de las pacientes porque las mujeres mayores padecen al mayor riesgo de tener anticuerpos antiperoxidasa (TPO) e incidencia aumentada de abortos (por ejemplo, entre los 25 a 29 años el riesgo es de 10.7% mientras que a los 35-39 es de 26.2%.- Incluso las mujeres hipotiroideas que reciben tratamiento, con concentraciones normales de TSH, tienen abortos en 4% en cambio las que tienen hipotiroidismo franco con riesgo de 31.4% **(Ayala et al, 2016)**.

Durante el periodo de gestación y para el desarrollo neuronal fetal es fundamental: El Yodo y el Nivel de hormonas tiroideas maternas.

Transferencia materna: - Inicio a mitad gestación: T4 fetal depende de la T4 materna - Mitad al final: sigue siendo muy importante la transferencia materna (20 al50%) **(Dra Susana Tenés, 2017)**.

Hemorragia obstétrica

La hemorragia obstétrica durante el embarazo y especialmente en los primeros meses de este, es hoy día una importante causa de morbimortalidad materno fetal en los países desarrollados y una de las complicaciones obstétricas más frecuentes y de gran repercusión dentro de la salud reproductiva a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, no solo por lo que esta implica sino también por las complicaciones neonatales que de ella derivan, por lo que para el ministerio de salud es un reto y patología de mucha atención. . Se trata de

un problema subestimado, que generalmente aparece de forma impredecible. La morbimortalidad de la hemorragia obstétrica está considerada como evitable en una elevada proporción si el manejo es adecuado **(Morilla et.al, 2015)**.

Hipotiroidismo

Está definido clínicamente como un déficit de secreción de hormonas tiroideas, la tiroxina, también conocida como T4 y la triyodotironina, también llamada T3, producto de una alteración orgánica o funcional de la misma glándula o también por un déficit de estimulación por la TSH. La patología tiroidea es frecuente en el desarrollo del embarazo y su prevalencia depende de los valores hormonales utilizados como referencia en las poblaciones estudiadas. Es muy importante su detección oportuna y su tratamiento inmediato pues su inobservancia puede traer consecuencias negativas a la madre y al feto **(Serrano, 2013)**.

Esta patología puede ser subdividida en hipotiroidismo clínico o manifiesto e hipotiroidismo subclínico

Esta enfermedad fue considerada hasta hace pocos años como rara en un proceso de embarazo, esto específicamente por el hecho de que las mujeres hipotiroideas que no habían recibido tratamiento difícilmente lograban embarazar, lo cual se atribuía principalmente por las alteraciones ovulatorias. Hoy en día las mujeres hipotiroideas que se embarazan se someten a tratamiento médico con dosis sustitutivas de hormonas tiroideas, por lo que ya existe frecuentemente la relación del hipotiroidismo y el embarazo, existiendo mayor riesgo en las complicaciones obstétricas **(Cruz-Cruz, 2014)**.

Entre las complicación obstétricas se señala el impacto sobre el producto fetal, con incidencia elevada en mortalidad perinatal, malformación congénitas,

también se producen alteraciones durante el desarrollo somático y mental de hijos y madres con hipotiroidismo **(Serrano, 2013)**.

Aun en nuestro país los estudios acerca de esta patología son escasos por lo que no se cuenta con información del efecto de la misma durante la gestación, por lo que resulta imperativo la solución a este problema de gran importancia en la salud de la mujer.

Según Ayala y otros, las hormonas tiroideas son las encargadas de regular los mecanismos metabólicos que generan energía en el cuerpo humano, de ahí la importancia de su correcto funcionamiento durante toda la vida, incluso desde antes de la concepción y, más aún, en las etapas iniciales del embarazo. Los órganos fundamentales y que son los receptores de estas hormonas son el hígado, el corazón y el cerebro; y son las que estimulan el crecimiento y desarrollo fetal, neonatal y en la vida adulta mantienen la homeostasis estimulando el consumo de oxígeno y, por ende, el metabolismo basal en varios tejidos. **(Ayala et al, 2016)**.

Diagnostico

El hipotiroidismo materno se define ante la presencia de hormona estimulante de la tiroides (TSH) elevada durante el embarazo, pues su rango normal para referencia bajo la influencia de la hormona gonadotrofina coriónica es inferior al rango normal de TSH fuera del embarazo. Por ello es muy importante utilizar valores de referencia para TSH específicos para cada trimestre de gestación **(Cruz, 2017)**.

Es por ello que la Sociedad Americana de Endocrinología en el año 2008 manifiesta que pareciera razonable realizar pruebas de detección de TSH y T4 libre a todas las mujeres en edad fértil (menos de 35 años) que deseen embarazarse como también a todas las embarazadas en el primer control prenatal **(Ferrat, 2010)**.

Causas del hipotiroidismo

Existen muchas razones diferentes por las cuales las células de la glándula tiroides no pueden producir suficiente hormona tiroidea. Estas son las principales causas, desde la más común a la menos frecuente:

Enfermedad autoinmune

Extracción por medio de la cirugía de una parte o la totalidad de la glándula tiroides.

Tratamiento radiactivo.

Hipotiroidismo congénito

Tiroiditis.

Medicamentos

Demasiado o muy poco yodo

Daño a la glándula pituitaria o hipófisis.

Se encuentra en el 2-5 % de las mujeres embarazadas, y su causa más frecuente es la tiroiditis crónica de Hashimoto. En un estudio realizado con fertilización in vitro las mujeres con TSH por debajo de 2,5 mU/l obtuvieron mejores resultados que aquellas con TSH por encima de esta cifra

Etiología

La presencia del hipotiroidismo es más frecuente en mujeres y personas mayores de 50 años, pero puede presentarse en cualquier etapa de la vida.

El hipotiroidismo puede presentarse antes, durante o después del embarazo y puede también afectar la capacidad de una mujer para embarazarse.

Lo problemático es que muchos de los síntomas del hipotiroidismo están ocultos por los síntomas de embarazo entre ellos tenemos: fatiga, aumento de peso y menstruación anormal y, como consecuencia, la enfermedad ni se diagnostica ni se trata. Además, el riesgo de desarrollar hipotiroidismo aumenta con la edad, lo que es significativo porque más y más mujeres retrasan sus embarazos hasta que son mayores **(Dr. José Manuel Álvarez et al, 2015 (actualizado))**.

Tratamiento

El hipotiroidismo no se puede curar pero las mujeres afectadas deben medirse la función tiroidea tan pronto como se compruebe el embarazo requiriendo que la dosis sea prescrita por su médico según sea necesario para mantener el nivel en sangre de la TSH en el rango normal. El único peligro de la tiroxina proviene de tomar demasiada o muy poca. Si tomas muy poca, el hipotiroidismo persistirá. Si tomas demasiada, desarrollarás síntomas de hipertiroidismo. Es por esto que es importante la consulta con el especialista para llevar un control exacto.

Se recomienda que las pruebas de función tiroidea deben ser repetidas aproximadamente cada 6 a 8 semanas durante el embarazo para asegurarse que la mujer tenga función tiroidea normal durante todo el embarazo. Si es necesario un cambio en la dosis de levotiroxina, las pruebas de función tiroidea deben repetirse 4 semanas más tarde. Tan pronto como el niño nace, la mujer puede volver a la dosis de levotiroxina que usualmente tomaba antes del embarazo.

Tiroides

Es una **glándula endocrina**, que está situada en el cuello, por debajo del cartílago cricoides, “la nuez de Adán”, tiene una forma de mariposa, con dos

lóbulos, uno a cada lado, unida por una zona central que se llama istmo. A veces, sobre el istmo, hay una prolongación superior que constituye el lóbulo piramidal. El tamaño de esta glándula es importante y hoy se la puede medir por medio de una ecografía, guarda cierta relación con la altura de la persona, es así que en persona de alta estatura, en mujeres de 1.70 a 1.80 alcanza los 60mm de diámetro longitudinalmente. En de indicar que en personal con cuello delgado no es posible palparla. (Anexo).



Figura 1.- Glándula tiroides

1.1. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso de aborto recurrente en multigesta de 32 años de edad con hipotiroidismo, tiene con objetivo demostrar la importancia del rol de la obstetra para la prevención de hemorragia Obstétrica, como para la estabilización inmediata de la paciente, considerando que las parejas con aborto recurrente tendrán sólo 50–60% de éxito global en su siguiente embarazo no tratado, siendo múltiples los factores que pudieran condicionar el mal resultado reproductivo, y que es preciso investigar.

Existen factores generales que inciden en el riesgo de aborto en cualquier gestación y al menos 5 grupos de factores específicos están asociados al aborto recurrente. El peso porcentual de cada uno de ellos en el universo de abortos recurrentes es difícil de determinar con precisión dado el sesgo que representan las distintas líneas de investigación de las experiencias publicadas.

Además tiene mucha importancia este estudio de caso que en nuestro país según datos recientes indican que el hipotiroidismo tiene una incidencia relativamente alta desde 1 en 1.500 nacimientos, y ante un cumulo de datos que el hipotiroidismo en la gestación que hacen suponer riesgo al desarrollo fetal, es necesario que el o la profesional obstetra esté capacitado en el diagnóstico y tratamiento a quien este estudio de caso le brinda conocimientos e interés personal por su valor teórico.

Este trabajo permitirá la interacción de las diferentes disciplinas de salud inmersas en esta patología, relacionando los antecedentes bibliográficos recolectados de los artículos literarios de salud como revistas, libros, textos literarios de medicina, entrevistas medicas entre otros para entregar una

valoración tratamiento y seguimiento oportuno eficaz a las pacientes hipotiroideas con aborto recurrente.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores más frecuentes del aborto recurrente en la paciente hipotiroidea.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar evaluación detallada con inclusión de historia clínica y examen físico de la paciente.

Proponer un manejo adecuado basado en evidencias incluyendo soporte emocional a la paciente basada en la estrategia de los mil días.

1.3 Datos generales

— **Nombre de la paciente**

Se obvia

— **Edad.**

32 años

— **Fecha de nacimiento**

12 de abril de 1986

— **Procedencia**

Área rural

— **Estado civil**

Unión de hecho

— **Etnia**

Mestiza

— **Escolaridad**

Primaria incompleta

— **Ocupación**

Ama de casa.

— **Cónyuge**

Transportista de 34 años

— **Ingresos Mensuales**

400 dólares

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de la consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente

Paciente embarazada hipotiroidea de 32 años de edad acude a emergencia presentando cuadro de sangrado vaginal en moderada cantidad, presenta además dolor hipogastrio, el mismo que se irradia en la región lumbar de tipo espasmódico

— **Antecedentes patológicos personales (AP)**

Hipotiroidismo hace 7 años sin tratamiento

Alergia al polvo

Niega el alcoholismo y el tabaquismo

Niega el uso de drogas

Niega alergia a medicamentos.

— **Antecedentes Gineco-Obstétrico**

Menarquia: 12 años

Ciclo menstrual: 3 x 35

Inicio de vida sexual activa: 15 años

Número de parejas sexuales: 2

Solo uso de anticonceptivo el primer blíster después del último aborto

Fecha de última menstruación: 15 de mayo del 2018

Gestas: 3 Aborto: 3 Cesárea: 0 Partos: 0

Ultimo aborto: hace 6 meses.

— **Antecedentes Quirúrgicos**

No Refiere

— **Antecedentes familiares**

Tíos diabéticos.

Hermano falleció por infarto del miocardio.

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Padece de sangrado vaginal acompañados de dolores hipogástricos que se irradian en la región lumbar, siendo de tipo espasmódicos, los que le duran unas 7 horas.

2.3 Examen físico

Cabeza: Normocéfalo

Cuello: sin adenopatías

Tórax: simétrico

Campos pulmonares: ventilados

Ruidos cardiacos: normales

No hay ganglios axilares

Mamas: normales y turgentes

Abdomen: no distendido, depresible doloroso a la palpación

Altura uterina: intrapelvica

Especuloscopia: se evidencia sangrado vaginal con coágulos en cantidad moderada.

Tacto vaginal: cérvix posterior cerrado

Extremidades inferiores: sin edema.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados:

Exámenes de laboratorio

Biometría hemática

BIOMETRIA HEMATICA		
Nombre	Valor	V/referencial
Hematocrito	37.1 %	37 - 50%
Hemoglobina	12.5.gr/dl	12.0 - 16.0
Leucocitos	12.10 ul	4.50 -11.00
Eusinofilos	0.4%	0.0 - 3.0%
Basófilos	0.2 %	0.0 - 1.0%
Neutrófilos	65.7%	50,0 - 73.0%
Plaquetas	180 ul	150 -450 ul
Globulos rojos	4.00 ul	4.50 - 5.00 ul
Grupo sanguineo	O Positivo	
Tiempo de protumbina	14 seg.	14 seg.
Tiempo de troboplastina parcial	38 seg.	45 seg.
VDRL	Negativo	
VIH	Negativo	

Fuente: paciente

Elaborador por: Inés Espín Henríquez

Ecografía obstétrica

Saco de gestación con embrión de aproximadamente 7 semanas, sin latidos cardiacos.

Diagnostico ecográfico

Aborto incompleto de 7 semanas.

1.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Posterior a la valoración se realizó un cuidadoso análisis de la información obtenida para establecer los principales problemas encontrados, y a partir de los mismos se formularon los diagnósticos de obstetricia para su atención y seguimiento.

Diagnostico presuntivo

Aborto en curso

Diagnóstico diferencial

Embarazo ectópico

Diagnóstico definitivo

Aborto retenido con más o menos 7 semanas de gestación

Complicación por hipotiroidismo

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema

El departamento de emergencia Gineco-Obstetricia, se llegó a la conclusión que el origen del problema tiene varias causas, como la falta de autocuidado en el periodo prenatal relacionado con manifestaciones clínicas. - déficit de

Alimentación nutricional en el periodo prenatal, inasistencia controles prenatales médicos.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud

Es imperativo dar a conocer a la paciente y su pareja con cuidados sanitarios en la región afectada, así como también indicarles que tan pronto sospechen de su embarazo próximo, asistir a consulta médica para planear su tratamiento de hipotiroidismo durante su estado gestante

Llevar un estricto control en la toma del medicamento de la tiroides cada día según lo prescrito por el médico, explicando la acción y el beneficio de cada uno

2.8 Seguimiento

Se procederá a explicar a la usuaria sobre la situación de salud que atraviesa, referir a la usuaria a consulta externa de ginecología y psicología, pedir su consentimiento por escrito firmado ante la posibilidad a la realización de ciertos procedimientos, después de haberlos explicado ampliamente, proveer espacios de privacidad para la expresión de sentimientos por parte de la usuaria (escucha activa), controlar y evaluar sus signos vitales cada 15 min, control, evaluar el sangrado, evaluar hemorragia oculta.

De inmediato se procedió a la hidratación de la paciente con Cloruro de sodio al 0,9% de 1000 ml intravenoso, con aplicación de 30 gotas por minuto.

Para expulsar los restos del sangrado vaginal, se aplicó misoprostol de 400mg, por vía vaginal stat.

A fin de evitar complicación por sangrado aproximado 2000cc se decide transfundir tres concentrados de Glóbulos Rojos O Positivo obteniendo buena respuesta hemodinámica

Estabilizar a la paciente

Derivación por parte de la obstetra a la atención médico-ginecóloga para su tratamiento hospitalario con un legrado terapéutico, solicitando los exámenes complementarios

Siguiendo las normas de la Estrategia de los mil días se considera que es muy importante que los servidores de salud, obstetra y medico desarrollen una relación empática con la pareja, proponiéndoles ayuda en avanzar en el estudio

de los factores asociados, brindándoles confianza para aventurarse en otro embarazo, o si es de mal pronóstico, apoyándolos a desistir de la idea como una decisión madura. Es importante reforzarle a las parejas que el tiempo empleado no ha sido en vano, como tampoco la experiencia vivida, por dura que parezca, que el futuro es promisorio en la mayoría de los casos, y que probablemente habrá contribuido en su aprendizaje como padres.

Evitar la práctica de inmediato de las relaciones sexuales lo cual puede coincidir con un aumento de las infecciones del tracto urinario e influir esta de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos.

(Elizabeth, 2013)

2.9 Observaciones

La paciente una vez medicada con MISOPROSTOL DE 400MG, e hidratada con SUERO AL 9% y estabilizada, si es posible dar tratamiento en este primer nivel, la obstetra debe seguir el protocolo de diagnosticar, estabilizar y referir o derivar a una atención de segundo nivel para recibir un tratamiento adecuado

La paciente debe ser tratada por un médico endocrinólogo y un ginecobstetra en razón de sufrir hipotiroidismo y sus abortos repetidos respectivamente.

Como un punto crítico se señala la posibilidad de un manejo más adecuado de la patología en la atención, se las paciente acuden oportunamente en busca de ayuda médica lo permitiría identificar de forma temprana las anomalías, dar seguimiento y estar preparados para eventualidades, y no llegar a resolver de manera heroica casos donde se pudo haber diagnosticado oportunamente.

CONCLUSIONES

Las mujeres con edad mayor de los 30 años que padecen de hipotiroidismo son más susceptibles a los embarazos recurrentes.

El riesgo de inicio tardío del control prenatal en esta paciente está asociado al número de partos recurrentes y a su bajo nivel educativo.

Existe una marcada irresponsabilidad en la paciente al no haberse hecho tratamiento y seguimiento de su hipotiroidismo contraído desde hace 7 años.

Inadecuada alimentación en periodo antenatal.

Consejería en planificación familiar con profesional.

A efectos de la revisión bibliográfica se propone describir la etiología, características y métodos para el diagnóstico del embarazo recurrente en mujeres hipotiroideas-

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

- Ayala et al, -Y. R. (2016). Repercusiones del hipotiroidismo al principio del embarazo: consieraciones para mejorar el diagnostico y tratamiento. *Ginecol.Obst.Mexico*, 652 667.
- Cruz, E. (2017). Prevalencia de hipotiroidismo clínico y subclínico durante la gestación en la población de mujeres embarazadas. *Ginecologia - Obstetricia México*, 717 -724.
- Cruz-Cruz, E. A. (2014). Prevalencia De Hipotiroidismo Clínico Y Subclínico Durante La Gestación En Una Población De Mujeres Embarazadas. *Rev. Ginecologia y obsetricia de Mexico. Volumen 82, Núm., s/p.*
- Dr. Jorge Neira, M. (2016). Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos . *ARS MEDICA*.
- Dr. José Manuel Álvarez et al, M. (2015 (actualizado)). Hipotiroidismo y embarazo. *INFOGEN*.
- Dra Susana Tenés, R. (2017). Metabolismo de las hormonas tiroideas y Yodo el el ambarazo. *PATOLOGIA TIROIDEA Y GESTACION* , s/p.
- Elizabeth, B. O. (2013). Infecciones vaginales. En B. O. ELIZABETH, *FRECUENCIA EN LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN NULIPARAAS DE 15 A 21 AÑOS DE EDAD. HOSPITAL PROVINCIAL DE PORTOVIEJO "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" DE SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013* (págs. 21-22). Guayaquil: UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL.
- Ferrat, M. L. (2010). LA HORMONA QUE MANDA EN EL METABOLISMO. *Sociedad El Pais*.
- Hidalgo, C. J. (2018). Resumen. En C. J. Hidalgo, *mpacto del score mamá en la identificación y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas en embarazadas y puérperas atendidas en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el período 2017 - 2018* (pág. vi). Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia.

Jácome, L. A. (2015). *HIPOTIROIDISMO Y SU RELACION CON LA HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMABARZO DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DEL IESS DEL CANTON AMBATO*. Ambato: Universidad Tecnica de Ambato.

Morilla et.al, R. F. (2015). Actualización del protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Revista española de anasteseologia y Reanimacion*, 2.

Murillo, R. J. (s/f). *Aborto Habitual*. Costa Rica.

Pérez et.al, -A. E. (2016). Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata estado de Bolivar-Venezuela. *BIOMED*, 4.

Serrano, B. M. (2013). Alteraciones de tiroides y embarazo: resultados perinatales. *Esp. Med. Quir.*, 200-205.

ANEXOS



Figura 2.- Exploración Ginecobstetricia



Figura 3.- Elaboración de Historia Clínica de la Paciente



Figura 4.- Examinación de Restos Ovulares



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



Babahoyo, 6 de Agosto del 2018

Dr. Alina Izquierdo Cirer, Msc
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
Presente. -

De mis consideraciones.

Por medio de la presente yo, **INES ROSARIO ESPIN HENRIQUEZ** con cedula de ciudadanía **120611961-0**, 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 de caso clínico: **ABORTO RECURRENTE EN MULTIGESTA DE 32 AÑOS CON HIPOTIROIDISMO**

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

Atentamente

INES ROSARIO ESPIN HENRIQUEZ

EGRESADA

120611961-0

06/08/2018 13:7



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



Babahoyo, 20 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, **Inés Rosario Espín Henríquez**, con cédula de ciudadanía **120611961-0** 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 Caso Clínico (**Componente Practico**), tema: **ABORTO RECURRENTE EN MULTIGESTA DE 32 AÑOS CON HIPOTIROIDISMO**, 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

Inés Rosario Espín Henríquez

CI. 120611961-0



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: 20/09/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Obst. Lilian Muñoz Solorzano FIRMA: [Signature]
 TEMA DEL PROYECTO: Aborto Recurrente en Multigestas de 32 años con hipertroidismo

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Inés Espin Henríquez
 CARRERA: Obstetricia

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	FIRMAN	Estudiante
			Presencial	Virtual				
1	24-7-18	Introducción - Justificación	✓		100%	[Signature]	[Signature]	Inés Espin H
1	26-7-18	Objetivo General - Objetivos Específicos	✓		100%	[Signature]	[Signature]	Inés Espin H
2	30-7-18	Desarrollo del Marco Teórico	✓		50%	[Signature]	[Signature]	Inés Espin H
2	31-7-18	Desarrollo del Marco Teórico	✓		50%	[Signature]	[Signature]	Inés Espin H
2	2-8-18	Desarrollo del caso clínico	✓		100%	[Signature]	[Signature]	Inés Espin H
1	9-8-18	Conclusiones	✓		100%	[Signature]	[Signature]	Inés Espin H
1	14-8-18	Presentación de Powerpoint	✓		50%	[Signature]	[Signature]	Inés Espin H
1	16-8-18	Presentación de Power point	✓		50%	[Signature]	[Signature]	Inés Espin H

Obst. Lilian Muñoz Solorzano. MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA



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



CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION

Lcda. Betty Narcisca Mazacón Roca. Ph.D.
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION

Dr. Hugolino Orellana Galbor.
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

En su despacho. –

En mi calidad de tutora del proceso de titulación de las Srta. **Inés Rosario Espín Henríquez** estudiante egresada de la carrera de Obstetricia, de la Escuela de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud, cuyo tema es: **ABORTO RECURRENTE EN MULTIGESTA DE 32 AÑOS CON HIPOTIROIDISMO.**

Me dirijo a usted y por su intermedio al Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, para poner a vuestro conocimiento que la postulante, ha cumplido con todos los requerimientos estipulados en el instrumento de trabajo de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el desarrollo de la investigación con fines de graduación.

Por lo que está APTA, a fin de que el trabajo investigativo pueda ser presentado, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del Jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 20 días del mes de Septiembre del 2018.

Aténtamente,



OBST. LILIAN MUÑOZ SOLORZANO
CI. 120390437-8
DOCENTE-TUTOR