



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**ABORTO INCOMPLETO SÉPTICO MÁS ANEMIA SEVERA EN PACIENTE DE 20
AÑOS**

AUTOR

PALMA ARGUELLO JENNIFER ESTEFANIA

TUTOR

DR. CESAR BERMEO

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2019

ÍNDICE GENERAL.

	Pag.
ÍNDICE GENERAL.....	I
Título del Caso Clínico.....	V
INTRODUCCIÓN.....	VIII
I. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. Justificación.....	12
1.2. Objetivos.....	13
1.2.1. Objetivo general.....	13
1.2.2. Objetivos específicos.....	13
1.3. Datos generales.....	14
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	13
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	15
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	17
2.3. Examen físico (exploración clínica).....	17

2.4. Información de exámenes complementarios realizados.	18
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	21
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	21
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	22
2.8. Seguimiento.....	23
2.9. Observaciones.....	24
CONCLUSIONES.....	25
RECOMENDACIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS.....	29

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado:

A la memoria de mi padre Carlos que con su amor, trabajo, sacrificio y esfuerzo en todos estos años he logrado llegar hasta aquí, que es poco el tiempo que no está presente físicamente pero siento que está conmigo siempre sé que este momento hubiera sido tan especial para el estar presente y a mi madre Bélgica por confiar y creer en mí, por sus consejos y principios. Gracias a ustedes por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser mi guía en el transcurso de mi vida bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer.

A mis padres por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron en el trayecto de toda mi carrera.

A mi hermano por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias.

A nuestros docentes de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Técnica de Babahoyo, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión.

Agradezco a mi tutor al Dr. Cesar Bermeo quien ha guiado con su paciencia, orientación y su rectitud como docente concluir con una etapa de mi vida.

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Aborto incompleto séptico más anemia severa en paciente de 20 años

RESUMEN

Se conoce como aborto séptico a la complicación más importante del aborto. Se estima que uno sobre cuatro abortos incompletos está infectado y de estos uno de cada seis producirá un shock séptico. El aborto séptico es una infección de causa obstétrica que cursa con fiebre antes, durante o después del aborto que puede ser espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus, lo que hace necesario un tratamiento antibiótico y la evacuación de los restos de la concepción del útero. En el aborto séptico pueden aparecer alteraciones como anemia grave, leucocitosis y una trombocitopenia.

Se presenta el caso de una paciente de 20 años de edad, sexo femenino ingresado por sangrado transvaginal de color rojo rutilante acompañado de coágulos de moderada cantidad con leve dolor en hipogastrio tipo cólico, tras una semana de evolución la cual se complicó con fiebre, piel pálida y desmayo.

La anemia se define como la disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de unos límites considerados normales. Afecta a un 20% de las mujeres, alrededor del 50% de las embarazadas y al 3% de los hombres. Las principales causas son la falta de hierro a partir de la alimentación, la absorción inadecuada de hierro o la pérdida de sangre, por ejemplo a través de la menstruación o una hemorragia interna. La disminución del hematocrito puede deberse a la pérdida de sangre o la hemólisis que tiene lugar en la infección por *Clostridium perfringens*.

Palabras clave: Aborto, Séptico, Fiebre, Antibiótico, Anemia

ABSTRACT

Septic abortion is known as the most important complication of abortion. It is estimated that one on four incomplete abortions is infected and of these one in six will produce a septic shock. Septic abortion is an infection of obstetric cause that occurs with fever before, during or after abortion that can be spontaneous or caused accompanied by other signs such as uterine pain, bad smell or pus, which makes antibiotic treatment and evacuation of the rest of the conception of the uterus. Alterations such as severe anemia, leukocytosis and thrombocytopenia may occur in septic abortion.

We present the case of a 20-year-old female patient admitted by transvaginal bleeding of a bright red color accompanied by moderate-quantity clots with mild pain in colic hypogastrium, after a week of evolution which was complicated by fever, skin pale and fainting.

Anemia is defined as the decrease in hemoglobin concentration below limits considered normal. It affects 20% of women, about 50% of pregnant women and 3% of men. The main causes are lack of iron from food, inadequate absorption of iron or blood loss, for example through menstruation or internal bleeding. The decrease in hematocrit may be due to blood loss or hemolysis that occurs in infection with *Clostridium perfringens*.

Key words: Abort, Septic, Fever, Antibiotic, Anemia.

INTRODUCCION

El cuadro de aborto incompleto séptico se debe sospechar ante cualquier mujer en edad fértil que presente fiebre, sangrado vaginal en cantidad similar a su menstruación y dolor en hipogastrio. El diagnostico se realiza mediante un test de gestación y una exploración ginecológica con el apoyo de pruebas complementaria.(Jiménez, 2006,p. 57)

En el aborto séptico pueden aparecer alteraciones como anemia grave, leucocitosis y una trombocitopenia. La disminución del hematocrito puede deberse a la pérdida de sangre o la hemolisis que tiene lugar en la infección por *Clostridium perfringens*.

El presente trabajo se basado en el estudio del caso clínico de una paciente de 20 años de edad con aborto séptico por embarazo de más o menos 5 semanas refiere que hace aproximadamente una semana de evolución tiene sangrado transvaginal de color rojo rutilante acompañado de coágulos en moderada cantidad con leve dolor en hipogastrio tipo cólico además la paciente presenta lipotimia (por una sola ocasión), por lo que llevada a una casa de salud por sus familiares. Tras valoración se diagnóstica aborto incompleto séptico es hospitalizada inmediatamente y monitorizada. Además el estudio complementario como la ecografía reveló aborto incompleto más endometritis, y le realizan examen hematológico donde reporta un HCTO 12% y una HB 3.8 g/dl. Se le aplica el respectivo tratamiento mejorando su condición de salud y explicado sus consejería postaborto.

1. MARCO TEÓRICO

Aborto séptico

“El aborto séptico es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal asociada con infección y complicada con endometritis, endomiometritis y parametritis. Puede provocar sepsis grave con falla multiorganica.” (Ceraso,et al., 2007,p.1067)

Es la causa más frecuente de muerte materna en los países en vías de desarrollo. La organización mundial de la salud (OMS) estima que el 25% al 50% de las 500.000 muertes maternas se producen cada año en el mundo por maniobras abortivas ilegales. (Ceraso,et al., 2007,p.1067)

Sin embargo, algunos abortos tanto espontaneo como provocado se complican con infecciones graves. Las manifestación más frecuente de infección después de un aborto es endomiometritis, parametritis peritonitis septicemia e incluso endocarditis. El tratamiento de la infección comprende la administración inmediata de antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa seguido de evacuación uterina. (Williams, 2006,P.222)

Se considera que existe un Aborto séptico en toda mujer con aborto completo, incompleto o frustrado, acompañado de infección; puede ser espontaneo o provocado, entendiéndose por provocado el resultado obtenido de cualquier maniobra que se practique con el fin de interrumpir el embarazo. (Malagón, Malagon 2004, p.561).

Clasificación

Estado I: Infección localizada en el útero

Estado Ia: Endometritis aguda

Estado Ib: Miometritis séptica aguda

Estado II: Infección localizada en anexos

Estado IIa: endosalpingitis aguda

Estado IIb: Empastamiento o masas anexiales (abscesos)

Estado IIc: Celulitis pélvica aguda

Estado III: Peritonitis

Estado IIIa: Pelvipерitonitis

Estado IIIb: Peritonitis generalizada

Estado IV: Sepsis

El Aborto séptico requiere un manejo hospitalario con utilización de antibiótico que cubran gérmenes grampositivos y gramnegativos y cuando el germen causal sea un anaerobio utilizar el antibiótico específico para este tipo de gérmenes.

Cada hospital tiene un esquema terapéutico para la sepsis en ginecología y obstetricia y el manejo quirúrgico depende del estado clínico.

En los estados clínicos I-A y II-A se practicara legrado uterino. En el estado I-B histerectomía. En el estado II-B laparotomía con extirpación de los focos sépticos y la decisión de la histerectomía dependerá de la paridad, condiciones generales y compromiso uterino. (Malagón, Malagon 2004, p.564)

El aborto séptico se define como un proceso infeccioso ascendente caracterizado por una endometritis, anexitis y parametris por contaminación ovular durante las maniobras

abortivas o por rotura espontánea de las membranas ovulares. Constituyen factores de riesgos el embarazo avanzado, ausencia de asepsia adecuada, dificultades técnicas en la evacuación uterina o presencia no sospechada de patógenos de transmisión sexual o de gérmenes de la flora normal potencialmente de la vagina, endocérvix, genitales externos y región perineal, que están constituido por Enterobacterias, Pseudomonas, anaerobios como Bacteroides y Clostridium. (Coronado,,et al, 2006, p.3)

Anemia: se define como el descenso de las cifras de hemoglobina por debajo del límite inferior de la normalidad. El embarazo es una condición que predispone a que se manifieste una anemia por la discordancia entre el aumento de la masa eritrocítica (18-30%) y el incremento del volumen plasmático (50%), con el agravante que puede coexistir una pérdida aguda de sangre por una patología obstétrica o medica concomitante.

La anemia severa siempre debe hospitalizarse para estudio de la cinetica de hierro e investigación de hemorragia continua. (AA.VV, 2016, P.329)

La disminución del hematocrito puede deberse a la pérdida de sangre o a la hemolisis que tiene lugar en la infección por clostridium perfringes. Mediante una determinación del nitrógeno ureico en sangre se puede estimar la función renal. Las cifras del hematocrito, el BUN, el recuento plaquetario y el fibrinógeno en plasma contituyen unos valores basales muy útiles para seguir la evolución del paciente si el cuadro se complica con shock séptico, insuficiencia renal o CID. (Niswander, 1987, p.130)

Fisiopatología.

La sepsis se inicia con la invasión de bacterias vaginales al útero, por lo general precedida por intervención en el útero con instrumentos o hemorragia uterina prolongada. Una vez en el útero, las bacterias pueden lograr acceso al espacio intervelloso materno de la placenta e iniciar un aborto séptico. Desde el espacio intervelloso, la bacteriemia materna ocurre en más del 60% de los abortos sépticos. La presencia de toxinas producidas por especies de Clostridium y de estreptococos del grupo A y una respuesta inmune aguda a la infección puede llevar a un trastorno sistémico y a falla multiorgánica distante. Si el tejido placentario infectado permanece retenido durante un tiempo prolongado, las bacterias pueden invadir la decidua del endometrio y desde allí, el miometrio. Este tiempo puede ser tan corto como 6 a 12 horas cuando se encuentran presentes bacterias muy virulentas o se ha producido un traumatismo significativo. Las infecciones que comprometen al útero no se tratan fácilmente por simple remoción de la placenta, sino que requieren altas dosis de antibióticos. La infección por bacterias productoras de toxinas, como las especies de Clostridium o estreptococos del grupo A es particularmente peligrosa y potencialmente letal en la invasión uterina. Estas toxinas pueden producir necrosis de los tejidos no sólo de la placenta sino también del útero, y limitar la eficacia de la terapia antibiótica. Cuando se produce infección grave, la fuente del sitio de producción de toxinas debe retirarse, lo que conduce al menos a un legrado para extraer la placenta y una histerectomía si surge la producción de toxinas de una fuente uterina.

(Eschenbach, 2015, p.9)

Microorganismos.

La mayoría de las bacterias que causan el aborto séptico provienen de la flora vaginal. Sin embargo, en parte debido a la desvitalización de la placenta con el aborto inseguro o incompleto, un alto índice de infección por bacterias anaerobias se relaciona con el aborto séptico.

La mayoría de las infecciones por aborto séptico permanecen localizadas en la placenta. Sin embargo, algunas especies bacterianas, si se les da el tiempo suficiente para replicarse en el tejido muerto, pueden causar sepsis particularmente grave y choque séptico. (Eschenbach, 2015, p.11)

“Se considera una infección polimicrobiana. Los gérmenes aislados más frecuentemente son: *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Proteus vulgaris*, *Streptococcus hemolítico*, *Staphylococcus* y anaerobios.” (Cabero, Saldivar, Cabrillo. 2007, p.514)

Las infecciones asociadas con el aborto séptico generalmente son polimicrobianas, derivadas de la flora normal de la vagina y del endocervix, con la adición de patógenos transmitidos sexualmente. *Clostridium welchii*, *Clostridium perfringens*, *Streptococcus pyogenes* y microorganismos gramnegativos como *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa* son todos patógenos conocidos. (Skorecki, et al., 2016, p.1631).

En un principio, la infección se limita a los restos ovulares, posteriormente, se disemina a las paredes uterinas, en forma de metritis (grado I), luego se puede extender a los anexos, parametrio y peritoneo (grado II) para, finalmente, extenderse más allá de

la cavidad pelviana y producir cuadros de peritonitis generalizada, septicemia y choque séptico (grado III).

Síndrome de Mondor.

El síndrome de Mondor, que tiene una tríada sintomática característica compuesta por anemia, ictericia y cianosis, lo que constituye el llamado síndrome tricolor (pálido por la anemia, amarillo por la ictericia y azul por la cianosis), también llamado gangrena uterina por provocar mionecrosis del útero. Esta gravedad está dada por el corto período de incubación del *Clostridium perfringens* (24-48 h) y la presencia de un síndrome tóxico- hemolítico que conduce a un síndrome de disfunción o fallo multiorgánico (SMO) asociado por sí solo con una alta mortalidad independiente de lo precoz y correcto del tratamiento impuesto. Esta paciente desarrolló ambas características distintivas del síndrome.

Este síndrome es causado en la mayoría de los casos por el *Clostridium perfringens* , aunque lo pueden originar otros gérmenes anaerobios, grampositivos y gramnegativos, bacteriológicamente pertenece al género de bacilos grampositivos, que crecen en anaerobiosis y en el caso del *C. perfringens* no produce esporas en los tejidos. Es el responsable de tres síndromes histiotóxicos clostridiales, es el clostridio más fácilmente hallado incluyendo hemocultivos y los cultivos de sitios infectados: infecciones intraabdominales, del aparato genital femenino (se aísla en el 5-10 % de la flora genital normal). (Coronado, et, al.2006, p.13)

Factores de riesgo.

- Retención de restos
- Persistencia de DIU

- Rotura prematura de membranas prolongada
- Manipulaciones mecánicas o químicas encaminada a la interrupción de la gestación.
- El estado de salud previo de las mujeres
- La edad a partir de los 20 años presenta una relación lineal con el riesgo de muerte materna.(Cabero,et, al.,2007,p.514)

Datos clínicos.

Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas de aborto.

Con frecuencia está asociado a manipulación de la cavidad uterina por uso de técnicas inadecuadas e inseguras.

Estas infecciones son polimicrobianas y provocadas generalmente por bacterias de la flora vaginal, intestinal u oportunistas

- Existe escurrimiento intrauterino de secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido.
- Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección.
- Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero.
- Alteraciones del estado general. (MSP,2013)

Clasificación de la anemia según la severidad clínica.

Clasificación por severidad	Descripción del problema por parámetros de reducción de hemoglobina
Anemia severa	7,0 g/dL

Anemia moderada	7,1 -10.0 g/dL
Anemia leve	10.1 – 10,9 g/dL

FUENTE: (MSP, 2014)

Diagnóstico.

Por lo general, la exploración física nos muestra una paciente con temperatura de 37.5 a 40.5 taquicardia, piel seca y caliente y notable ansiedad. El abdomen aparece hipersensible, la exploración pélvica puede resultar tan dolorosa a veces que resulta imposible palpar los órganos pélvicos, el útero tiene un aumento de tamaño proporcional a la edad gestacional a la edad gestacional y todo intento de movilizar el cuello provoca un intenso dolor. Las áreas parametriales aparecen engrosadas e hipersensibles. (Niswander, 1987, p.130)

Es imperativo cursar una analítica donde se evidenciara frecuentemente anemia, con leucocitosis. Valorar pruebas de coagulación, función renal y gasometría si existe una sospecha fundada de clostridium.

“La ecografía nos determinara la persistencia o no de los restos intracavitarios. Y descartara un posible absceso pélvico”. (Cabero, et, al.,2007,p.514)

Si hay duda en el diagnostico (amenaza de aborto, aborto retenido o aborto incompleto) se puede recurrir al laboratorio y a la ecografía; una vez confirmada se procederá, según el caso a inducción o raspado uterino.

Complicaciones.

- Hemorragia intensa,
- Shock séptico
- Fallo renal
- CID
- Peritonitis generalizada

Tratamiento.

Conducta:

Ingreso inmediatamente de la paciente ante la sospecha de cuadro.

Control riguroso de signos vitales

Analítica urgente: hemograma, grupo sanguíneo y rh , función renal

Administración urgente de líquidos iv para control de diuresis colocando sonda vesical.

En el tratamiento es fundamental el soporte de las condiciones vitales: Si la

Hemoglobina (Hb) es inferior a 8 g%, transfundir sangre. (Lombardía y Fernández,

2007, p.331)

Antibioticoterapia:

Primera línea:

- Metronidazol 500mg cada 6 a 8h + ceftriaxona (1 gramo iv/ día) por 3 o 5 días.
- Clindamicina oral (20mg/kg) 3 o 4 dosis diarias + Gentamicina en dosis única (3mg/kg) por 3 a 5 días.
- Metronidazol 500mg cada 6 a 8h + Gentamicina en dosis única (3mg/kg) por 3 a 5 días.

- Ciprofloxacino 500mg/12h oral + Metronidazol 500mg cada 6 a 8h.

(Cuello,Miranda, Raphl 2007, p.317)

Indicaciones para manejo de aborto séptico.

- Ampicilina, 2 g I.V. cada 6 hs, más.
- Metronidazol, 500 mg a 1 g I.V. cada 8 horas, más.
- Gentamicina, 3-5 mg/kg I.V. cada 24 hs.

Si la paciente ha mejorado y está afebril, a las 72 hs puede pasarse a Amoxicilina oral (500 mg cada 8 hs.) y Metronidazol vía oral, hasta totalizar 7 a 10 días. Para su evacuación, en úteros menores a 12 semanas, se puede utilizar la técnica de AMEU, o el legrado uterino instrumental.

En casos más graves, acompañados de reacción peritoneal y que no responden a las 24hs. de tratamiento, debe realizarse laparotomía exploratoria, evaluando la posibilidad de histerectomía. La persistencia de fiebre después de los cuidados iniciales puede significar la presencia de abscesos pélvicos o tromboflebitis. En el último caso evaluar la utilización de Heparina.(Casasco, Pietrantonio 2008, p.38)

Manejo quirúrgico o instrumental: es la mejor alternativa para pacientes con un aborto incompleto, en particular si se asocia a hemorragia profusa o activa, inestabilidad hemodinámica o signos de infección. También puede ser alternativa para pacientes con anemia severa, trastorno de la hemostasia o enfermedades cardiovasculares.

Por años, la alternativa de manejo quirúrgico fue el uso de legrado uterino mediante cucharillas o curetas, asociados o no al uso de dilatadores. Algunos estudios recientes han demostrado que el uso de aspiración manual o eléctrica durante el primer trimestre, es similar o tiene un éxito terapéutico superior, menor riesgo de secuelas (sinequas

uterinas), pudiendo realizarse con anestesia local y siendo un procedimiento bien tolerado por la paciente. (Cuello, et, al.,2007,p. 316)

Transfusiones: “si la paciente presenta una anemia evidente o si la hemorragia es intensa o mantenida hay que transfundir sangre total. Tanto la perdida de sangre como el shock séptico.” (Niswander, 1987, p.131)

1.1. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo consiste en analizar la causa que conlleva un aborto incompleto séptico y sus posibles complicaciones en la paciente de 20 años de edad, por lo que es importante la revisión bibliográfica que nos brinde información del mismo.

Las paciente con aborto séptico aparentemente se sienten bien e incluso con pocos signos que lleven a sospechar de sepsis, pero puede haber una excepción como la elevación de temperatura o hipersensibilidad abdominal, pero sin embargo esos signos pueden llevar a confusión y hacer que la infección progrese rápidamente.

Por ello es necesaria que las mujeres que llegan con estas condiciones a una casa de salud sean atendidas oportunamente para de esta manera disminuir morbilidad.

Es importante informar a nuestros pacientes sobre los métodos anticonceptivos, la importancia del cuidado personal para así evitar complicaciones que nos lleven a esta patología y ocasionar una disminución del hematocrito por pérdida de sangre o hemólisis causada por la misma infección.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbilidad materna asociada al aborto séptico en paciente de 20 años.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar qué factores de riesgo presente en la paciente conllevaron al aborto incompleto séptico.
- Mencionar los criterios para diagnosticar el aborto séptico en la paciente de 20 años.

1.3. Datos generales.

<i>Nombres completos:</i>	<i>NN</i>
<i>Edad:</i>	<i>20 Años</i>
<i>Sexo:</i>	<i>femenino</i>
<i>Fecha y lugar de nacimiento:</i>	<i>17/04/98 -Guanujo/Guaranda</i>
<i>Área de procedencia:</i>	<i>rural</i>
<i>Estado civil:</i>	<i>Unión libre</i>
<i>Hijos:</i>	<i>1</i>
<i>Nivel de estudios:</i>	<i>Bachiller</i>
<i>nivel sociocultural/economico:</i>	<i>Bajo</i>
<i>Etnia:</i>	<i>Mestiza</i>
<i>Religion:</i>	<i>Católica</i>
<i>Ocupacion:</i>	<i>Comerciante</i>
<i>Conyugue:</i>	<i>NN</i>

Ocupación conyuge:	<i>Comerciante</i>
Edad conyuge:	<i>25 años</i>
Ingreso total mensual:	<i>\$325</i>

II. Metodología del diagnóstico.

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

- **Motivo de consulta:** Paciente de sexo femenino de 20 años de edad refiere que hace aproximadamente una semana de evolución presenta sangrado transvaginal de color rojo rutilante acompañado de coágulos de moderada cantidad con leve dolor en hipogastrio tipo cólico en donde la paciente presenta lipotimia la cual es valorada en esta casa de salud y se decide su ingreso.

- **Antecedentes:**

Antecedentes personales:	<i>No refiere</i>	
Antecedentes Gineco-	<i>Menarquia:</i>	<i>13 años de edad</i>

Obstetricos:	Menacnia:	28/03
	Inicio vida sexual.	18 años de edad
	Gestas:	01
	Abortos:	00
	Partos:	01
	Fecha de Última Menstruación (FUM):	10/08/2018
	Fecha Probable de Parto (FPP):	17/05/2019
	Edad Gestacional:	4,6 semanas.
	Periodo Intergenésico:	9 meses
	Método anticonceptivo previo:	ninguno
	Nº de Controles prenatales:	ninguno
Antecedentes familiares:	No refiere	
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere.	
Alergias:	No refiere.	

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

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

La paciente acude al servicio de emergencia obstétrica, de forma ambulatoria, consciente orientada, febril, piel pálida, tras haber sufrido lipotimia y por presentar sangrado transvaginal con coágulos de escasa a moderada cantidad hace aproximadamente una semana de evolución más dolor tipo cólico a nivel del hipogastrio.

2.3. Examen físico (exploración clínica).

Paciente consciente orientada, febril, piel pálida, mucosas orales semi húmedas,

Cuello móvil sin adenopatías

Tórax expansible, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos taquicardicos.

Abdomen suave depresible doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.

Región Inguino Genital a la especulocopia se observa cérvix entre abierto y la presencia de sangrado rojo rutilante con coágulos en moderada cantidad con olor fétido,

Miembros inferiores edematosos +++

- **Signos vitales:** se valora Score Mama.

TA	80/60	T°	37.6
FC	120 x min	Sat O2	99%
FR	24 x min	ESTADO CONCIENCIA	Alerta
<i>PUNTUACION TOTAL DE SCORE MAMA:</i>			8

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados.

Reporte Ecográfico. Vejiga distendida de paredes definidas sin imágenes ocupativas en su interior.

Útero en antero verso flexión, incrementado de tamaño, se evidencia restos corioplacentarios en la cavidad, además llama la atención de zonas hiperecoides en todo el trayecto que sugieren proceso infeccioso.

No liquido libre en Douglas

Imagen de diagnóstico presuntivo: Aborto incompleto

Endometritis?

Reporte de exámenes de laboratorio:

BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Exámen.		Resultados.	Unidad.
HEMATOLOGÍA			
HEMOGLOBINA		3.8	g/dl
HEMATOCRITO		12	%
VCM:		95	
HCM:		35,0	
CHCM		36.8	
PLAQUETAS		375.000	
LEUCOCITOS		19,400	
GRUPO SANGUINEO		(O)	
FACTOR RH		POSITIVO (+)	
INMUNOSEROLOGÍA			
VIH:		No Reactivo.	
VDRL:		No Reactivo.	
BIOQUIMICA SANGUINEA			
GLUCOSA	101	UREA:	17,2
CREATININA		0.75	

Biometría hemática post transfusión sanguínea

BIOMETRÍA HEMÁTICA		
Exámen.	Resultados.	Unidad.
HEMATOLOGÍA		
HEMOGLOBINA	9.7	g/dl
HEMATOCRITO	30	%
VCM:	87	
HCM:	28,4	
CHCM	32.5	
PLAQUETAS	278.000	
LEUCOCITOS	15,400	

Informe de ecografía transvaginal después de LIU

Útero en antero verso flexión centralizado, homogéneo de forma tamaño y ecoestructura habitual, mide 9,90 x 5,72 x 6,97cm, no lesiones ni masas intramurales, no se observan restos en la cavidad, solo zonas hiperecoicas probablemente secundario a proceso infeccioso.

Hay líquido escaso en cavidad sobre todo en receso anterior

Conclusión

Estudio no revela patología

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico presuntivo

Aborto incompleto

Diagnóstico diferencial

Embarazo molar

Diagnóstico definitivo.

Aborto incompleto séptico + anemia severa

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Paciente refiere presentar sangrado rojo rutilante acompañado de con coágulos de escasa a moderada cantidad hace aproximadamente una semana de evolución según la información de la paciente suponía que era menstruación con dismenorrea.

Procedimientos a realizar:

- Control y valoración de score mama cada 30 minutos.
- Administración de líquidos cristaloides
- Control de diuresis con la aplicación de sonda vesical.
- Exámenes de laboratorio Biometría
- Ecografía transvaginal
- Antibiótico terapia
- Legrado instrumental uterino
- Administración de paquetes globulares y plasma

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

- **Control y valoración de score mama cada 30 minutos (anotar parámetros en historia clínica):** valorar desde el ingreso hospitalario hasta el mejoramiento del puntaje de score mama
- **Administración de líquidos cristaloides:** cloruro de sodio 0.9% 1000ml pasar IV a 40 gotas por minuto
- **Terapia farmacológica:** Ceftriaxona 1gr. IV cada 12 horas, Gentamicina 80mg IV cada 8 horas y Metronidazol 500mg VO cada 8 horas por siete días.
- **Legrado instrumental uterino:** Bajo normas se asepsia y antisepsia previa colocación de campos estériles para la realización de LIU obteniendo abundantes restos corioplacentarios fétidos.
- **Administración de paquetes globulares y plaqueta:** Pasar 3 paquetes globulares (1 paquete en 2 horas) mas 1 paquete de plasma fresco congelado
- **Exámenes de laboratorio Biometría:** post transfusión sanguínea

2.8. Seguimiento.

Paciente femenina de 20 años de edad es ingresada al servicio de ginecología por presentar signos y síntomas compatibles con aborto séptico y anemia severa, mediante estudios de laboratorio- Ecografía y valoración de score mama 8 puntos se confirma diagnostico por lo cual se procede a realizar tratamiento expectante, conservador y farmacológico para controlar patología

1. Control de score mama cada 30 minutos después de la estabilización de la puntuación de score mama se recomendó vigilancia y valoración de score mama cada 4 horas durante la hospitalización
2. Se inicia la administración de líquidos cristaloides
3. Se administra ceftriaxona 1g IV cada 12h - Gentamicina 80mg IV cada 8 horas y Metronizadol 500mg VO cada 8 horas
4. Se realiza legrado instrumental uterino obteniendo abundantes restos corioplacentarios fétidos.
5. Control de sangrado trasvaginal
6. Se inicia la administración de transfusión sanguínea de tres paquetes globulares y un paquete de plasma fresco congelado.
7. Control de diuresis con la aplicación de sonda vesical.
8. Exámenes de laboratorio biometría después de transfusión sanguínea.
9. Administración hierro parenteral.
10. Se recomienda uso de anticonceptivo

2.9. Observaciones.

- Paciente no usa ningún método anticonceptivo tras tener un periodo intergenésico de 9 meses.
- Al momento del ingreso al servicio de ginecología se comunica a paciente y familiares sobre el estado de salud, se solicita consentimiento informado para su ingreso y procedimientos a realizarse en la cual paciente evoluciona favorablemente al tratamiento instaurado.
- Consejería en planificación familiar
- Seguimiento después de alta hospitalaria en centro de salud más cercano a su localidad.

Conclusiones

- Los principales criterios para sospechar de diagnóstico de aborto incompleto séptico en la paciente fueron Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección, Drenaje secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido, dolor abdomino-pélvico(hipogastrio)
- El tratamiento oportuno que se aplicó a la paciente fue el más certero y los procedimientos que se realizó, logrando una favorable respuesta evitando una complicación mayor en la salud de la paciente como un shock séptico o un fallo multiorgánico.
- El aborto séptico es una infección asociada con polimicrobianos, propios de la flora normal de la vagina y el cervix, que además pueden ser gérmenes transmitidos por relaciones sexuales sin protección, como la Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae.

Recomendaciones.

- Dar a conocer los diferentes tipos de anticonceptivo dando a conocer sus riesgos y beneficios que hay y cuales ofrecen en los centro de salud.
- Tomar analgesia si existe dolor uterino.
- Consuma alimentos ricos en hierro y vitaminas B para prevención de anemia severa
- Consuma frutas y verduras ricas en vitamina C, que ayudan a que el cuerpo absorba el hierro.
- Explicar cuáles son signos de alarma durante un aborto.
- Usar un método de planificación por lo menos un año antes de un nuevo embarazo o para la prevención de embarazo no deseado.
- Acudir a un centro de salud si sospecha que está embarazada.
- Realizar los controles prenatales desde la confirmación del embarazo.
- Fomentar hábitos saludables como realizar actividad física y comer sanamente evitando el alcohol, drogas, cigarrillos y comida chatarra.

Referencias bibliográficas.

AA.VV. varios autores (2016) matron/a. servicio andaluz de salud (sas). Temario específico. vol.iii ,Madrid, por editorial CEP

Cabero Roura Luis, Saldivar D., Cabrillo E.(2007) Obstetricia y Medicina Materno-Fetal, Buenos Aires Madrid, Editorial Médica Panamericana.

Casasco, Gabriela; Di Pietrantonio, Evangelina (2008) aborto: guía de atención revista del Hospital materno infantil Ramón Sardá, vol. 27, núm. 1, Buenos aires, argentina.

Recuperado: <https://www.redalyc.org/pdf/912/91227106.pdf>

Ceraso Daniel H & Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2007) Terapia Intensiva - 4ª ED. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Coronado Ramón Dr., Álvarez Pineda Ana Bertha Dra., Castañeda Maria Yero y Dr.

Matos Ross Osvaldo (2006) Revista Cubana de Medicina Militar: Aborto Séptico:

Síndrome de Mondor Recuperado:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-65572006000400009

Cuello Mauricio f., Miranda Víctor h., Ralph Constanza t (.2007) ginecología general y salud de la mujer, Santiago de Chile por ediciones universidad católica de chile.

Cunninghom, Loven, Bloom, Rouse (2006) Williams obstetricia 23 Ed Mexico editada por Mc Graw hill.

Eschenbach A. David, (2015) Tratamiento del Aborto Séptico Espontáneo E Inducido,

The American College of Obstetricians and Gynecologists, recuperado:

https://journals.lww.com/greenjournal/documents/may2015_translation_eschenbach.pdf

Jiménez Agustín Julián (2006) sesiones interhospitalarias de urgencias de Castilla-la Mancha, Barcelona editorial glosa.

Lombardía Prieto José, Fernández Pérez Marisa. (2007) Ginecología Y Obstetricia: Manual de Consulta Rápida, 2da ED Editorial Médica Panamericana.

Malagón Gustavo -Londoño, Malagon (2004) Manejo Integral de Urgencias 3ª ED. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Ministerio de salud pública del Ecuador, (2013) diagnóstico y tratamiento del Aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, guía de práctica clínica Edición general: Dirección Nacional de Normatización.

Ministerio de salud pública del Ecuador, (2014) Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de práctica clínica edición general: dirección nacional de normatización.

Niswander K.R (1987) Obstetricia Práctica Clínica, Barcelona- Bogotá- Buenos Aires- Caracas –México Editorial Reverte, S.A.

Skorecki Karl, Glenn m. Chertow, Philip a. Marsden, Maarten w. taal, alan s. l. yu (2016). Brenner y Rector. el Riñon por,. Barcelona-España, Elsevier.

ANEXOS

SERVICIO	EMERG/GO	FECHA DE ENTREGA	12-SE
1 HEMATOLOGICO			
HCTO	12 %	HB	3,8 g/dl
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION PLAQUETAS	375.000	VCM	95
LEUCOCITOS	19.400	HCM	35,0
METAM	%	CHCM	36,8
CAYAD	%	HIPOCROMIA	
SEGME	92 %	ANISOCITOSIS	
EOSIN	%	POIQUILOCIT	
ANALISTA RSP. LIC TATIANA GUZMAN			
2 UROANALISIS		4 QUIMICA	
ELEMENTAL		DETERMINACION	
MICROSCOPIO		RESULTADO	
DENSIDAD	ASPECTO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR REFERENCIAL
pH	PIOCITOS /C	GLUCOSA EN AYUN	70-110
PROTEINA	ERITROCITOS /C	GLUCOSA 2 HORAS	110-130
GLUCOSA	CELULAS	UREA	15-50
CETONA	BACTERIAS	CREATININA	0,6-1,1
HEMOGLOBINA	HONGOS	BILIRUBINA TOTAL	Mn1,1
BILIRUBINA	MOCO	BILIRUBINA DIRECTA	Mn0,2
UROBILINOGENO		BILIRUBINA INDIRECTA	Mn0,2
ROTAVIRUS:			

Imagen 1: reporte de laboratorio.

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

% POIQUILOCIT	COAG TIEMPO DE SANG T P						
% MICROSITOSIS							
% POLICROMATOCITOSIS							
ROTAVIRUS:							
4 QUIMICA							
DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN AYUN	101,1	mg/dl	70-115	TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)		u/l	
GLUCOSA 2 HORAS		mg/dl	110-130	TRANSAMINASA OXALACETICA		u/l	
UREA	11,7	mg/dl	15-50	FOSFATASA ALCALINA		u/l	
CREATININA	0,75	mg/dl	0,6-1,1	FOSFATASA ACIDA		mg	
BILIRUBINA TOTAL		mg/dl	Mn1,1	COLESTEROL TOTAL		mg	
BILIRUBINA DIRECTA		mg/dl	Mn0,2	COLESTEROL HDL		mg	
BILIRUBINA INDIRECTA		mg/dl	Mn0,85	COLESTEROL LDL		mg	
PROTEINA TOTAL		g/dl	5,7-8,0	TRIGLICERIDOS		mg	
ALBUMINA		g/dl	3,5-5,2	HIERRO SERICO		mg	
GLOBULINA		g/dl	2,3-3,3	AMILASA		u	
ACIDO URICO		mg/dl	2,3-8,2	LIPASA		u	
ANALISTA RSP. LIC EVELYN NAJERA							
6 SECRECIONES VAGINALES							

Imagen 2: reporte de laboratorio.

Fuente: Historia Clínica de la paciente.



Imagen 3: reporte ecográfico.

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

PASTO		PASTO		SANDRA		13-09-2018		HCL				
SERVICIO		GO		FECHA DE ENTREGA								
1 HEMATOLOGICO						3 COPROLOGICO Y COPROPARASITARIO						
HCTO	30	%	HB	9.7	g/dl	VCM	87	RETICULOCITOS				
VELOCIDAD DE SEIMNTACION PLAQUETAS						HCM	28.4	GRUPO				
LEUCOCITOS	15.400					CHCM	32.5	FACTOR RH				
METAM		%	BASO F		%	HIPOCROMIA		COOMBS				
CAYAD		%	MON OC		%	ANISOCITOSIS		TIEMPO DE COAG				
SEGME	88	%	LINFO	11	%	POIQUILOCIT		TIEMPO DE SANG				
EOSIN	1	%	ATIPI		%	MICROSITOSIS		TT P				
RESP LIC ELVIS NOBOA						ROTAVIRUS:						
2 UROANALISIS					4 QUIMICA							
ELEMENTAL		MICROSCOPIO			DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCI	DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE	VALOR DE REFERENCI
DENSIDAD		ASPECTO			GLUCOSA EN AYUN		mg/dl	70-115	TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)		u/l	31-41
pH		PIOCITOS /C			GLUCOSA 2 HORAS		mg/dl	110-130	TRANSAMINASA OXALACETICA		u/l	31-35
PROTEINA		ERITROCITOS /C			UREA		mg/dl	15-50	FOSFATASA ALCALINA		u/l	Mn170
GLUCOSA		CELULAS			CREATININA		mg/dl	0,6-1,1	FOSFATASA ACIDA			
					BILIRUBINA TOTAL		mg/dl	Mn1,1	COLESTEROL TOTAL		mg/dl	Mn 20

Imagen 4: reporte de laboratorio post trasfusión sanguínea.

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

CC 0250106093

EXAMEN:

ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL.

INFORME:

Útero en antero verso flexión, centralizado, homogéneo, de forma, tamaño y ecoestructura habitual, mide: 9,90 X 5,72 X 6,97cm, no lesiones ni masas intramurales, no se observan restos en la cavidad, solo zonas hiperecoides probablemente secundario a proceso infeccioso.
Hay líquido escaso en cavidad sobre todo en receso anterior.

CONCLUSIÓN:
Estudio no revela patología.

Atentamente,

Dra. Johanna Chimbo O.
MÉDICO H.A.N.M

Imagen 5: reporte ecográfico.

Fuente: Historia Clínica de la paciente.