



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Obstetriz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

Shock séptico, complicación de aborto diferido

AUTORA

Fátima Elizabeth Pachacama Curay

TUTOR

Dr. Hugolino Orellana Gaibor

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

Santo Domingo- Tsachila- Ecuador

2019



ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO.....	3
II. DEDICATORIA.....	4
III. TEMA 5	
IV. RESUMEN	6
V. ABSTRACT	7
VI. INTRODUCCION	8
1. MARCO TEORICO.....	9
1.1. DEFINICION.....	9
1.2. CAUSAS.....	9
1.3. ETIOLOGÍA	10
1.4. FISIOPATOLOGÍA	10
1.5. FASES DEL SHOCK.....	12
1.6. SIGNOS Y SÍNTOMAS	13
1.7. DIAGNOSTICO	13
1.8. TRATAMIENTO.....	14
1.9. JUSTIFICACIÓN	16
1.10. OBJETIVOS	17
1.10.1. Objetivo general	17
1.10.2. Objetivos específicos.....	17
1.11. DATOS GENERALES	18
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	19
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	19
2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	19
2.3. ANAMNESIS	21
2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA	22
2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	24
2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO. 28	
2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	28
2.8. SEGUIMIENTO.	29
3. OBSERVACIONES.....	36
4. CONCLUSIONES.....	37
5. BIBLIOGRAFÍA	38
6. ANEXOS	41



I. AGRADECIMIENTO

No existen palabras en el mundo que se acerquen a lo agradecido que estoy por ello quiero empezar agradeciendo a Dios por brindarme su bendición y hacer de mis manos una herramienta de trabajo para servir al prójimo como muestra de servirlo a él.

Paso a agradecer a mis padres por hacer cada esfuerzo y lograr en mi lo que hoy por hoy me estoy convirtiendo, por haberme inculcado valores y sobre todo por su apoyo incondicional.

Gracias por el amor, por el respeto, por ayudarme mantenerme firme día a día en cada paso de mi vida no solo a mi familia sino también a mis maestros, compañeros que hicieron a diario lo largo de este camino una verdadera aventura de vida.



II. DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, a mis padres, a mis hermanos, a mis maestros a mis compañeros y a cada persona que conocí en este camino de mi vida, a Dios por ser el inspirador y darme fuerzas para continuar, y demás por brindarme la mano cuando lo necesite, por con cada palabra de aliento ayudarme a mantenerme firme y perseverante y sobre todo por creer en mí y en mi capacidad de lograr lo que un día era un sueño y lo convertí en realidad



III. TEMA

“SHOCK SÉPTICO, COMPLICACIÓN DE ABORTO DIFERIDO”



IV. RESUMEN

La sepsis en obstetricia es causada generalmente por bacterias Gram negativas, pero también puede ser ocasionada por bacterias Gram positivas, hongos e incluso virus que provocan falla de varios órganos, y a su vez déficit de la respuesta inmune de la gestante que rechazan el producto provocando la pérdida de la gestación.

Todos estos fenómenos originan una hipovolemia relativa, la cual puede agravarse aún más si se considera el sangrado o metrorragia que acompaña al aborto. Cuando no se corrige la hipovolemia y el factor séptico no está controlado la hipotensión será más grave y como un mecanismo compensatorio ocurrirá vasoconstricción. El riñón será uno de los órganos que primero se altere frente a esta circunstancia y el débito urinario caerá progresivamente, lo cual puede anticiparse como signo de hipoperfusión en otros órganos más nobles. Se diagnostica sobre la base de la correcta anamnesis, los hallazgos de la exploración física en relación con los resultados de pruebas de laboratorio y de imagen. Las pruebas de laboratorio pueden ayudar a identificar la causa del shock y deben efectuarse precozmente.

Se presenta el caso de una paciente de 13 años, referida de primer nivel con cuadro clínico caracterizado por dolor, malestar general y alza térmica no cuantificada, se solicita ecografía que da como diagnóstico aborto diferido.

Palabras clave: Aborto, shock séptico, falla multiorgánica, muerte



V. ABSTRACT

Sepsis in obstetrics is usually caused by Gram negative bacteria, but it can also be caused by Gram positive bacteria, fungi and even viruses that cause failure of several organs, and at the same time deficit of the immune response of the pregnant woman who reject the product causing the loss of pregnancy.

All these phenomena cause a relative hypovolemia, which can be further aggravated by considering the bleeding or metrorrhagia that accompanies the abortion. When hypovolemia is not corrected and the septic factor is not controlled, hypotension will be more severe and vasoconstriction will occur as a compensatory mechanism. The kidney will be one of the organs that first alters in the face of this circumstance and the urinary debit will fall progressively, which can be anticipated as a sign of hypoperfusion in other more noble organs. The findings of the physical examination in relation to the results of laboratory and imaging tests are diagnosed on the basis of the correct history. Laboratory tests can help identify the cause of the shock and should be done early.

The case of a 13-year-old patient, referred to as a first level with a clinical picture characterized by pain, general malaise and unquantified thermal rise, is presented, an ultrasound is requested that diagnoses deferred abortion.

Keywords: Abortion, septic shock, multiorgan failure, death



VI. INTRODUCCION

La sepsis en una paciente obstétrica es sumamente importante, es la causa más relevante de muerte materna por aborto, infección puerperal y otras infecciones que afectan la gestación y puerperio, con mucha frecuencia pasa antes por la contingencia de producir shock séptico (**Drs. Luis Tavera Orozco**).

En este documento se estudiara sobre como el aborto diferido puede provocar grandes complicaciones. Se presenta el caso de una paciente con diagnostico de aborto diferido con cuadro clínico de 24 horas de evolución que acude a consulta en primer nivel donde se evidencia signos de shock por lo que se deriva a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, previa valoración y posterior seguimiento del mismo.

Debemos tener en cuenta que el shock séptico es un estado que produce falla en la circulación provocando complicaciones tisulares, hipoxia, daño en las células y extremados cambios en el metabolismo por lo que provoca muerte en ciertos casos.



1. MARCO TEORICO

1.1. DEFINICION

La (organizacion panamericana de la salud) menciona que la sepsis es una urgencia médica y si no se diagnostica y trata de forma temprana, puede ocasionar daño irreversible a los tejidos, choque séptico, insuficiencia orgánica múltiple y poner en riesgo la vida.

La principal complicación de sepsis es el Shock séptico según (Revista Médica Clínica Las Condes), “es la manifestación más grave de una infección, se produce como consecuencia de una respuesta inflamatoria sistémica severa que lleva a un colapso cardiovascular y/o microcirculatorio, y a hipoperfusión tisular”, siendo varias las causas que lo desencadenan.

1.2. CAUSAS

En la siguiente tabla 1. Se mencionan las causas que desencadenan shock séptico, tanto obstétricas como no obstétricas.

Tabla 1. Causas de sepsis en obstetricia.

Causas obstétricas	Causas no obstétricas
✚ Corioamnionitis	✚ Neumonía
✚ Endometritis	✚ Apendicitis
✚ Aborto séptico	✚ Infección de mama (mastitis/abscesos)
✚ Infección de la episiotomía	✚ Colecistitis
✚ Infección de la herida quirúrgica	✚ Hepatitis viral
✚ Tromboflebitis pélvica séptica	✚ Pielonefritis

Fuente: (Miguel A. Nares-Torices, Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo, 2013)



1.3. ETIOLOGÍA

Varios autores refieren que la etiología de la sepsis se basa en una infección bacteriana, siendo los gérmenes gram- negativos los más frecuentemente involucrados, seguidos muy de cerca por los microorganismos grampositivos quienes desencadenan la complicación mas común el shock séptico. Entre otros factores etiológicos predisponentes se encuentran: Hidrorrea amniótica, Retención de restos ovulares, Huevo muerto retenido y Aborto. (Briceño, 2005)

La sepsis en obstetricia es causada generalmente por bacterias Gram negativas, pero también puede ser ocasionada por bacterias Gram positivas, hongos e incluso virus. (Miguel A. Nares-Torices, Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo, 2013). En pacientes obstétricas la sepsis, 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.

1.4. FISIOPATOLOGIA

Los efectos celulares y subcelulares que culminan en falla multiorgánica, muerte o perdida del embarazo, se deben a la respuesta inmune de la gestante, la cual tolera los aloantígenos fetales para prevenir el rechazo al feto, pero dicho mecanismo se rompe debido a los mediadores proinflamatorios, que conducen a respuesta inflamatoria sistémica y a la pérdida del embarazo. (Miguel A. Nares-Torices)

“Puede verse esta complicación en cerca del 2% de los abortos y es dos veces más frecuente que la séptico toxemia. Las endotoxinas son lipopolisacáridos que forman parte de la pared celular de las bacterias Gram negativas y son el principal mediador asociado a la génesis de

esta complicación (Omar Sandoval Muñoz, 2009), existen otros mediadores como los antígenos virales y fúngico”.

En la **Figura 1** se muestran que las endotoxinas se componen de oligopolisacáridos, de un núcleo común en estas bacterias, y un complejo de pared compuesto por lipopolisacáridos en los cuales está el lípido A. Cuando la pared bacteriana se rompe y el lípido A entra en la circulación, la respuesta del huésped se produce a través de una serie de sustancias mediadoras que incluyen Citocinas 1,6,8 y TNF alfa, activación del complemento, con la consiguiente liberación de radicales libres de oxígeno (Dr Americo Perez, 2013).

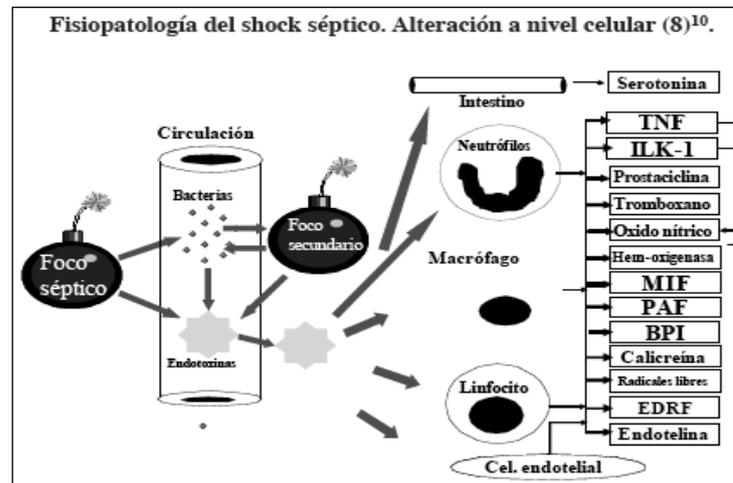


Figura 1. Fuente: (Dr Americo Perez, 2013)

A nivel plasmático se activan algunos componentes, siendo el más importante el C3, que al no estar presente agrava aún más el shock. Además se activa la cascada de la coagulación a través de su vía intrínseca, lo que puede jugar un rol importante cuando se agrega coagulopatía de consumo que puede desencadenar la muerte de la paciente. (Omar Sandoval Muñoz, 2009)

En la microcirculación se produce aumento de la resistencia vascular y por consiguiente disminución de la velocidad de circulación por agregación de eritrocitos y leucocitos. Esto agrava más el aumento de permeabilidad capilar. En la macrocirculación existe inicialmente un



estado hiperdinámico aumentando el gasto cardíaco, disminuyendo la resistencia periférica y aumentando el flujo en la microcirculación. (Omar Sandoval Muñoz, 2009)

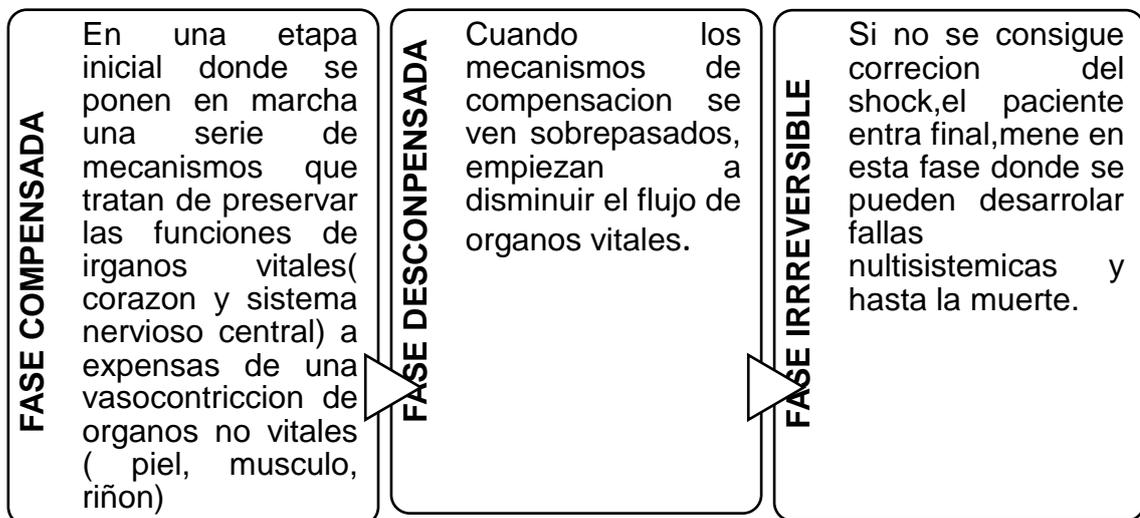
Posteriormente hay disminución del flujo esplácnico, renal, hepático, intestinal, pulmonar, cardíaco y cerebral, agravando el daño tisular en estos órganos. Todos estos fenómenos originan una hipovolemia relativa, la cual puede agravarse aún más si se considera el sangrado o metrorragia que acompaña al aborto. (Omar Sandoval Muñoz, 2009)

Cuando no se corrige la hipovolemia y el factor séptico no está controlado la hipotensión será más grave y como un mecanismo compensatorio ocurrirá vasoconstricción. El riñón será uno de los órganos que primero se altere frente a esta circunstancia y el débito urinario caerá progresivamente, lo cual puede anticiparse como signo de hipoperfusión en otros órganos más nobles. Por ello la corrección de la hipovolemia juega un rol fundamental en el manejo del shock por aborto. (Omar Sandoval Muñoz, 2009)

1.5. FASES DEL SHOCK

Este curso por fases y el reconocimiento e intervención del estadio se asocia con la reversibilidad. Grafico 1 (Unknown, 2015).

Elaborado por: Estudiante egresada de obstétrica Fátima Pachacama **Fuente:** (Unknown, 2015) **Grafico 1.** Se describen las fases del shock en la siguiente figura y como se van desencadenando cada etapa.





1.6. SIGNOS Y SÍNTOMAS

La (Biblioteca Nacional de Medicina) menciona que el shock séptico puede afectar cualquier parte del cuerpo, incluso el corazón, el cerebro, los riñones, el hígado y los intestinos. En la siguiente **tabla 2**. Se menciona los principales signos y síntomas:

Tabla 2. Principales signos y síntomas

Cianosis	Palpitaciones
Fiebre e hipotermia	Taquicardia
Escalofríos	Dificultad para respirar
Oliguria o anuria	Petequias o equimosis
Presión arterial baja, en especial al estar parado	Disminución en el estado mental: Inquietud, agitación, letargo o confusión

Fuente: (Biblioteca Nacional de Medicina)

1.7. DIAGNOSTICO

- Se diagnostica sobre la base de la correcta anamnesis, los hallazgos de la exploración física en relación con los resultados de pruebas de laboratorio y de imagen.
- La anamnesis mediante la recopilación de datos esenciales sobre la paciente.
- La exploración física mediante la inspección, palpación, percusión, auscultación.
- Las pruebas de laboratorio (Dr. Oscar Vera Carrasco, 2010) pueden ayudar a identificar la causa del shock y deben efectuarse precozmente. Estas incluyen las siguientes: hemograma, ionograma (cloro, sodio, potasio, bicarbonato), NUS, creatinina, pruebas de función hepática,



examen de orina, amilasa, lipasa, pruebas de coagulación, enzimas cardiacas, lactato sérico, gasometría arterial y determinación de tóxicos.

- Pruebas de imagen: radiografía tórax, ecografía y TC de abdomen. (Praktyczna, 2019)

1.8. TRATAMIENTO

Los aspectos fundamentales del tratamiento de la sepsis son según (Diego Salgado López, BACTERIEMIA, SEPSIS, 2005):

- Soporte hemodinámico.

(Dr Carlos Flores) Expansión rápida de volumen con Cl Na 9‰ (1000 ml), seguido por 150 a 200 ml/hora. Colocar catéter venoso central y equipo para medir presión venosa central. Hacer uso de soluciones cristaloides (NaCl 9‰) antes que coloides. Resto de fluidos con NaCl 9‰ o Colocar sonda Foley y mantener diuresis > 0.5 cc/Kg/h, Corregir la acidosis si pH < 7.2 y/o bicarbonato < 10 meq/lit, y los disturbios de Na, K, Ca, Mg y P.

- **Antibioterapia**

(Jorge Caro) Recomienda iniciar con antibiótico de amplio espectro como, por ejemplo, Piperacilina + tazobactam, 4,5 gramos IV cada 6 horas o meropenem, 1 a 2 gramos cada 8 horas., (Isidoro Narbona Arias) Meropenem 1-2 g/6-8h/iv (en perfusión extendida) Alergia a betalactámicos: Aztreonam 1-2 g/6-8h/iv + Gentamicina 5 mg/kg/24h/iv.

Aminoglicósidos: Amikacina 1gr. EV c/24 horas, Clindamicina 600 mg EV c/8 horas ó Metronidazol 500 mg c/8 horas.; **Cefalosporina: 3º generación:** Ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas. (Dr Carlos Flores)



- **Drogas vaso activo:** Inicialmente en el manejo del shock séptico será la norepinefrina. (clinic barcelona,)
- Soporte orgánico incluyendo ventilación mecánica y tratamiento de reemplazamiento de la función renal.
- Sedación y analgesia según sea necesario.
- Nutrición adecuada. (Diego Salgado López, BACTERIEMIA, SEPSIS, 2005)
- Otras medidas: Profilaxis tromboembólica y Control glicemia: cada 6h (clinic barcelona,)



1.9. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de esta justificación se lleva a cabo a través de un proceso investigativo que tiene como objetivo principal detallar el desencadenamiento de shock séptico debido a un tipo de aborto, por lo que se mencionarán diferentes puntos de vista de distintos autores con el fin de beneficiar al conocimiento propio y demás para obtener una mayor resolución de problemas de salud sexual y reproductiva.

Los beneficios para el personal de salud al disminuir patologías Gineco- obstétrica que provocan un shock séptico y las complicaciones del mismo, son de buena acogida para el campo de salud de la comunidad, debido a que aun existe cierto temor y dificultad de llevar a cabo el seguimiento de esta complicación desencadenada.



1.10. OBJETIVOS

- **Objetivo general**
- Describir el desencadenamiento del shock séptico por aborto.

1.10.1. Objetivos específicos

- Determinar complicaciones que se presentan en pacientes que desencadenan shock séptico.
- Realizar seguimiento adecuado en pacientes presentan shock septico.



1.11. DATOS GENERALES

Nombres completos: XXX	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: 2350090862	Edad: 13 a 9m
Fecha de nacimiento: 13/08/2005	Estado civil: soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Dirección: Quevedo k, 3 ½ El Proletariado	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: Dr. Gustavo Dominguez Zambrano
Fecha de ingreso: 24/5/2019	FUM: 19/03/2019

Elaborado por: Estudiante egresada de obstétrica



2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 13 años de edad es traída a el hospital de segundo nivel con diagnostico de aborto diferido con signos de shock refiere cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal irradiado a región lumbar acompañada de malestar general y alza térmica no cuantificada por lo que acude a centro de salud los rosales en el cual se confirma embarazo de 12 semanas por ecografía obstétrica, producto de 54 mm, sin latido cardiaco, ausencia de movimientos.

2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	no refiere
Antecedentes patológicos familiares	no refiere
Antecedentes quirúrgicos	no refiere
Alergias	no refiere
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstetricos	
Menarquia	11 años
Ciclos Menstruales:	Irregulares 3 días
Inicio de vida sexual:	13 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas: 0	abortos: 0
Partos: 0	cesareas: 0
Fecha de la última menstruación:	19/03/2019
Controles prenatales del embarazo actual:	0



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Ecografías:	1
Edad gestacional:	9.4 semanas por FUM y 12 por eco
Papanicolaou:	Ninguno

Elaborado por: Estudiante egresada de obstétrica



2.3. ANAMNESIS

Paciente de 13 años de edad es traída a el hospital de segundo nivel en condiciones ligeramente estables con diagnostico de aborto diferido con signos de shock séptico.

No presenta ningún antecedente de importancia los cuales se encuentra ya mencionados.

Paciente acude a centro de salud de I nivel en el cual refiere cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal irradiado a región lumbar acompañada de malestar general y alza térmica no cuantificada, personal de obstetricia solicita ecografía obstétrica donde se confirma embarazo de 12, producto de 54 mm, sin latido cardiaco, ausencia de movimientos. Además exámenes de laboratorio que reportan leucocitosis y neutro filia.

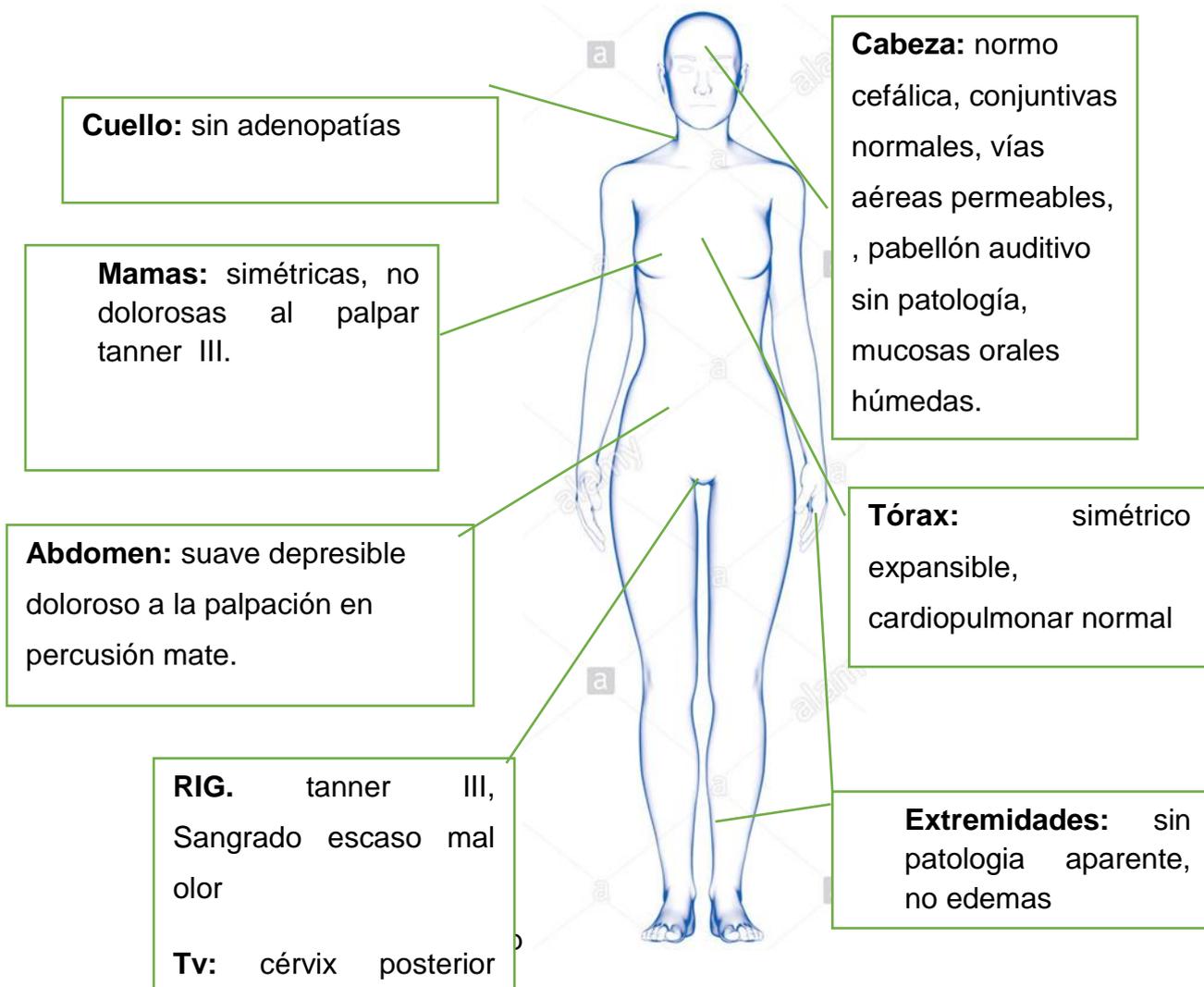
Paciente llega a centro de II nivel directamente a la emergencia de UCI en la cual se produce expulsión espontanea del producto y anexos aparentemente incompletos, se administra 400 mg de misoprostol. Pasa a quirófano para realizar legrado instrumental en el cual se evidencia restos corioplacentarios y sangrado de mal olor. Legrado sin ninguna complicación.

2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Se detalla de la exploración de la paciente en la siguiente figura: **Figura 2.**

2.

General: Consciente, orientada



Elaborado por: Estudiante egresada de obstétrica Fátima Pachacama

Fuente: Figura 2 (Alamy Foto destock ikonacolor /, 2017)



Al momento del ingreso reporta un **SCORE MAMA DE 9** a razón de los siguientes valores:

SCORE MAMÁ									
Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 59	-	-	60-100	101-110	111-119	≥ 120	FC	
Sistólica	≤ 70	71-89	90	91-139	-	140-159	≥ 160	Sistólica	
Diastólica	≤ 50	51-59	-	60-85	86-89	90-109	≥ 110	Diastólica	
FR	≤ 10	-	11	12-20	-	21-29	≥ 30	FR	
T (°C)	≤ 36	-	-	36.1-37.6	37.7-38.4	-	≥ 38.5	T(°C)	
Sat (**)	≤ 85	86-89	90-93	94-100	-	-	-	Sat	
Estado de Conciencia	-	confusa / agitada	-	alerta	responde a la voz / somnolient	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria (*)	-	-	-	(-)	(+)	-	-	Proteinuria	

Figura 3 valores de referencia: **fuentes** (epidemiología de la mortalidad materna y perinatal)

Clasificación del score mama	Parámetros en paciente
sístole	68 mmHg
diástole	31mmHg
FC	130 lpm
FR	19 rpm
T	36.4 °C
Sat.	98%
Estado de conciencia	CONCIENTE
PROTEINURIA	(-)

Elaborado por: Estudiante egresada de obstétrica. Valores de referencia
Fuente: **Figura 3** (epidemiología de la mortalidad materna y perinatal)



2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Ecografía obstétrica realizada el 24/05/2019 Traído en la referencia.

Reporta útero aumentado de tamaño en AVF. Presencia de saco gestacional con producto en su interior que mide 54mm que corresponde a 12 semanas con ausencia de latidos y movimientos, Douglas libre, Ovarios normales

Id. Aborto diferido

- Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso: 24/05/2019. Traído en la referencia

EXÁMENES DE LABORATORIO	
Leucocitos	# 27.94
Neutrófilos	# 26.13
Linfocitos	# 0.51
HGB:	11.00
HCTO	43.6
PLT	183

EXÁMENES DE LABORATORIO	
Leucocitos	# 20.51
Neutrófilos	# 19.18
Linfocitos	# 0.59



HGB:	10.7
HCTO	33.1
PLT	121
BIOQUIMICA SANGUINEA	
Glucosa:	108
Urea:	59.8
BUN:	27.9
GASES ELECTROLÍTICOS SANGUINEOS	
sodio	139.4
potasio	2.6
cloro	101
GASOMETRÍA	
ph	7.383
pCO ₂	20.4 mmHg
pO ₂	79.5 mmHg
cHCO ₂	12.9 mmol/L
bicarbonato	12.3 mmol/L
base exceso	-10.6 mmol/L
concentración bicarbonato	15.9 mmol/L
Lactato	3.6 mmol/L



VIH	no reactivo
VDRL	negativo

- Después de valoración en críticos emergencia de hospital de segundo nivel para ingreso a legrado.

EXÁMENES DE LABORATORIO	
Leucocitos	# 20.51
Neutrófilos	# 19.18
Linfocitos	# 0.59
HGB:	10.7
HCTO	33.1
PLT	121
BIOQUIMICA SANGUINEA	
Glucosa:	108
Urea:	59.8
BUN:	27.9
GASES ELECTROLÍTICOS SANGUINEOS	
sodio	139.4
potasio	2.6
cloro	101
GASOMETRÍA	
ph	7.383



pCO ₂	20.4 mmHg
pO ₂	79.5 mmHg
chCO ₂	12.9 mmol/L
bicarbonato	12.3 mmol/L
base exceso	-10.6 mmol/L
concentración bicarbonato	15.9 mmol/L
Lactato	3.6 mmol/L
VIH	no reactivo
VDRL	negativo
Tiempos de coagulación	TP: 27.8 TTP 38
Grupo sanguíneo	ORH+
EMO (elemental y microbiológico de orina)	bacterias ++



2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Por el cuadro clínico de la paciente y que la misma venía ya referida de primer nivel con datos clínicos y exámenes complementarios ya otorgaban un diagnóstico definitivo de aborto diferido con signos de shock, llega a segundo nivel porque requería de mayor capacidad resolutoria del caso. Al llegar en área de críticos de emergencia directamente se produce expulsión espontánea del producto y no se evidencia expulsión de restos corioplacentarios totales que emanaban mal olor. Por lo que se lo diagnostica como aborto séptico complicado con shock séptico.

2.7. CONDUCTA A SEGUIR

Se realiza respectiva valoración Gineco obstétrica en conjunto con valoración de UCI-UCIP (unidad de cuidados intensivos- pediátrico); se decide el ingreso de la paciente y pase a quirófano para realizar legrado instrumental con las siguientes indicaciones: Vía 1 lactato de Ringer pasar iv 1000 ml en bolo ahora. Vía 2: lactato de Ringer pasar iv a 125ml/hora. Ceftriaxona 2gr iv ahora y luego 1gr iv cada 12 horas. Metronidazol 500mg iv ahora y luego 500mg iv cada 8 horas. Paracetamol 1gr iv si T^o es mayor a 38.5. Misoprostol 400 mg sublingual. Exámenes de laboratorio

Por cuidados críticos a las ante la persistencia de TAM 52 mmHg; por lo que se administra Norepinefrina 8mg + cloruro de sodio al 0.9% 82 ml hora iv 3ml/hora dosis respuesta.

LEGRADO INSTRUMENTAL

Se realiza legrado uterino bajo normas de asepsia y antisepsia por aborto séptico diferido más shock séptico: **Hallazgos:** Cérvix abierto 2 cm, Útero en antero versión de aproximadamente 12x 8 x 6 mm, Restos corioplacentarios abundantes de mal olor, Sangrado aproximado de 50 ml. Sin complicaciones. Pase a UCI, Vigilancia por ginecología.



2.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

En pacientes obstétricas la sepsis, en la mayoría de ocasiones, se desarrolla de manera secundaria a infecciones del aparato genital. (Miguel A. Nares-Torices, Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo, 2013). Toda patología obstétrica deriva de estos sitios, pueden llevar a padecer cuadros de sepsis bastante complicados. Por eso la falta de seguimiento desde la primera semana de vida del producto o a la ausencia de la menstruación en una paciente con vida sexual activa y la falta de colaboración de la gestante puede conllevar a estos casos.

Debemos mencionar que las gestaciones y las gestantes son lo primordial para el personal de salud en obstétrica y ginecología, si mejoramos la atención desde primer nivel con visitas domiciliarias mejoraría la incidencia de estos casos que no solo se producen por aborto si no también por otras.

Cuando se diagnostica esta patología se requiere de varias especialidades y no solo de ginecología, por eso cabe destacar la colaboración del personal en el seguimiento de estos casos de sepsis.

2.9. SEGUIMIENTO.

La paciente ingresa a UCI el 25/05/2019 a las 5:00 am

<p><u>En su evolución destacamos:</u></p> <p>Neurológico Glasgow 15/15</p> <p>Cardiovascular: paciente con requerimiento de aminas y vaso activos para conseguir presiones arteriales de 100/60 mmHg FC 83 lpm TAM: 74 mmHg</p>	<p>PRESCRIPCIÓN</p> <p>Medidas generales</p> <p>Dieta</p> <p>Ventilación fisioterapia respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno por cánula a 3
---	--



<p>Respiratorio: con soporte de oxígeno por cánula nasal a 3 litros logrando normoxemia</p> <p>Metabólico renal: conserva diuresis, hipoglicemia 74mg/dl</p> <p>Infecioso: a febril al momento, acidosis metabólica compensada, exámenes de laboratorio en espera de resultados.</p>	<p>litros por minuto.</p> <p>Hidratación e infusiones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio al 0,9% en 1000ml pasar IV a 300 ml en bolo luego a 60ml/ hora.• Cloruro de sodio al 0,9% en 100ml + norepinefrina 8ml pasar IV dosis respuesta.• Dextrosa 10 % en 100 ml IV ahora <p>Medicación</p> <ul style="list-style-type: none">• Omeprazol 400mg QG• Piperacilina + tazobactan 4.5 gr cada 6 horas• Metronidazol 500mg cada 12 horas.• Paracetamol 1 gr IV si T^o mayor a 38°C• Metoclopramida 10 mg IV cada 12 horas• Tramadol 100 mg IV cada 8 horas diluido en 100ml de solución salina pasar en media hora. <p>Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes de laboratorio e imagenología.
---	--



UCI reporta lo siguiente: paciente se mantiene con apoyo de oxígeno, diuresis adecuada con alza térmica cuantifica de T: 39°C por lo que se requiere eco abdominal. TA: 99/59mmHg TAM: 69 mmHg FC: 82 lpm. En la exploración ginecológica hay salida de contenido hemático por vía vaginal en moderada cantidad con abdomen ligeramente doloroso a la palpación y emo reporta ++ en bacterias. Se ha logrado disminuir aminas, actualmente a 2ml/ hora, conserva diuresis, se indica lo siguiente: glicemia capilar cada 6 horas, solución salina al 0,9% 180 ml ahora. Mas tarde a pesar de bajar inotrópicos su TA fluctúa, tendencia a hipotensión, leucocitosis importante, será valorada por ginecología con ecografía para toma de decisiones. Se indica lo siguiente: norepinefrina 2ml/ hora ajustar dosis respuesta.

VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA:

Se realiza rastreo ecográfico que reporta útero aumentado de tamaño ligeramente 7.3 x 7 x 5, endometrio fondo 18 cm³ cx: 13 cm³. Se decide pase a quirófano para revisión de cavidad uterina, llama la atención **TA: 86/45 FR: 23 rpm, FC: 117 lpm, SPO2: 96%**.

Se realiza legrado bajo sedación endovenosa, con los siguientes hallazgos: TV: cérvix dilatado 1 cm, Histerometría 8 cm, Restos mínimos no mal olor, Sangrado escaso no mal olor. Complicaciones: ninguna

Paciente regresa a sala de UCI desde centro quirúrgico luego de realizarse legrado con gasometría que reporta ph 7.35 PcO₂ 31 PO₂ 109.6 HCO₃ 17.6 SO₂ 99% se mantiene indicaciones.

<u>En UCI su evolución destacamos</u>	PRESCRIPCIÓN MEDICA
<p><u>26 de mayo del 2019 :</u></p> <p>presiones arteriales de 102/55 mmHg FC 93 lpm TAM: 74 mmHg</p> <p>Laboratorio: leucocitos: 13.69 neutrofilos:88 HG 9.5 HCTO: 29.7 TP 21 TTP 58 IRN: 2.01 PLT:104.000 glucosa: 74 urea:28</p>	<p>Medidas generales</p> <p>Dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta general TID y 2 colaciones. <p>Ventilación fisioterapia respiratoria</p>



<p>BUN: 13 NA: 138 K:2.7 CL:112</p> <p>a febril al momento, con importante descenso de neutrofilia y leucocitosis.</p> <p>GSA: PH 7.36 PCO2: 30 PO2: 174 HCO3: 17.5 BE: -6.3 SO2 99.5</p> <p>Ha surgido la necesidad de realizar dos legrados uterinos y ampliar la cobertura antibiótica.</p> <p>La paciente se mantiene en nuestro servicio con Glasgow 15/15, se ha logrado estabilizar la hemodinámica, ahora sin aminos, además del evidente descenso de la respuesta inflamatoria sistémica, no obstante hoy se evidencia alteración de los tiempos de coagulación y plaquetopenia, por lo que creo pertinente descartar, mediante otros análisis fibrinógeno, dímero D, y PDF; la coexistencia de coagulación intravascular diseminada, trastorno frecuente en estos casos.</p>	<p>Hidratación e infusiones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio al 0,9% en 250ml + cloruro de potasio al 20% 40mEQ pasar IV durante 2 horas. <p>Medicación</p> <ul style="list-style-type: none">• Omeprazol 400mg QG• Piperacilina + tazobactan 4.5 gr cada 6 horas• Metronidazol 500mg cada 12 horas.• Paracetamol 1 gr IV si T^o mayor a 38°C• Metoclopramida 10 mg IV cada 12 horas <p>Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes de laboratorio e imagenología Fibrinógeno, dímero D
--	--

Mejora clínica con descenso de leucocitos y neutrófilos, pero llama la atención la prolongación de tiempos, además alteración hidroelectrolítica haciendo énfasis en el potasio siendo necesario reponer y hacer seguimiento continuo



del mismo para descartar coagulación intravascular diseminada. Se indica dextrosa al 10 % 1000l pasar en bolo 100 ml y lego valorar glucosa.; dextrosa al 10% en 1000ml + cloruro de potasio pasar 20 mEq a 60ml hora, vitamina k 1 amp diaria, tramadol100mg diluido en 100ml de cloruro de sodio al 0.9% pasar 30ml cada 8 horas. La paciente mejora hemodinámia TA 101/47 TAM 60 FC 82 SPO2 97% FR 16. Se indica dextrosa al 10% en 1000ml + cloruro de potasio pasar 20 mEq a 20ml hora, glicemia cada 6 horas.

<p><u>En UCI su evolución destacamos</u> <u>27 de mayo del 2019 :</u></p> <p>Laboratorio: leucocitos: 9.38 neutrofilos:85.4 HG 9.5 HCTO: 28.3 TP 15.3 TTP 25.3 PLT:85.000 glucosa: 99.7 urea:19.8 BUN: 19.2 NA: 139.7 K:2.6 CL:112</p> <p>GSA: PH 7.44 PCO2: 28.2 PO2: 182.8 HCO3: 19.3 SO2 99.7%</p> <p>Se evidencia alteración de de los tiempos de coagulación y plaquetopenia que han ido aumentando progresivamente siendo necesaria la utilización de hemoderivados ante posible CID. Llama la atención que en rx de torax se evidencia silueta cardiaca aumentada de tamaño la cual no se descarta la posibilidad de alguna patología cardiaca.</p>	<p>PRESCRIPCIÓN MEDICA</p> <p>Medidas generales</p> <p>Dieta:</p> <p>Ventilación fisioterapia respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigeno por cánula a 3 litros por minuto. <p>Hidratación e infusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dextrosa al 10% en 1000ml + cloruro de potasio 20 mEq pasar IV a 20ml hora. • Lactato de Ringer 1000 ml + 20 UI de oxitocina 40/ml hora. • Cloruro de sodio al 0.9 % 250 ml + 40 mEQ de cloruro de sodio 20% pasar IV durante 2 horas ahora <p>Medicación</p> <p>Se aumenta</p>
--	--



	<ul style="list-style-type: none"> • Fitomenadiona 10 ml QD <p>Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio e imagenología • Fibrinógeno, dímero D
--	--

Resultados de laboratorio: **leucocitos:** 9.16 **neutrófilos:** 82.8 **HG** 9.2 **HCTO:** 28.7 **TP** 13.3 **TTP** 51.9 **IRN:** 2.01 **PLT:** 107.400 **K:** 2.7 **CL:** 111. Se evidencia que los tiempos de coagulación se encuentran ligeramente corregidos pero presenta disminución de plaquetas siendo necesario el aporte de hemoderivados. Al igual muestra alteración hidroelectrolítica pesar de reparar con infusión continua de potasio. Se indica cloruro de sodio al 0.9% 250 ml + 90 mEq de cloruro de potasio pasar IV durante 2 horas, pasar un concentrado de plaquetas. Mas tarde se administra dextrosa al 10% en 1000ml + cloruro de potasio pasar 20 mEq a 40ml hora y un bolo de 500 ml de cloruro de sodio al 0.9%.

Resultados de exámenes: **GSA: PH** 7.43 **PCO2:** 24.4 **PO2:** 156 **HCO3:** 16.6 **BE:** -6.2, se indica pasar 300 ml de cloruro de sodio al 99% ahora, furosemida 10 mg IV ahora.

<p><u>En UCI su evolución destacamos</u> <u>28 de mayo del 2019</u></p> <p>Laboratorio: leucocitos: 13.69 neutrofilos:88 HG 9.5 HCTO: 29.7 TP 21 TTP 58 IRN: 2.01 PLT:104.000 glucosa: 74 urea:28 BUN: 13 NA: 138 K:2.7 CL:112</p>	<p>PRESCRIPCIÓN</p> <p>Hidratación e infusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dextrosa al 10% en 1000ml + cloruro de potasio 20 mEq pasar IV a 20ml hora. • Cloruro de sodio al 0.9% en 1000 ml + 20 UI de
--	--



<p>GSA: PH 7.41 PCO2: 26.1 PO2: 152 HCO3: 14.5 BE: -6.3 SO2 99.5</p> <p>Paciente que cursa 3 día dentro de las ultimas 48 horas se evidencia una respuesta adecuada a la terapéutica estable, hace 24 horas se fijaba en posible cuadro séptico perpetuado por las cifras de glicemia limitifromes a pesar de soluciones dextrosenas además descenso de de plaquetas la cual se ha superado ,aun persiste alteración hidroelectrolítica con hipocalemia, que se observa como una consecuencia del balance negativo que ha mantenido durante ultimas 48 horas, paciente con buena tolerancia, mantiene oximetrías mayores de 95% sin soporte</p> <p>Rx de tórax con menor evidencia de congestión hídrica.</p> <p>Hoy en condiciones de considerar alta por UCI y pasar a sala de ginecología.</p>	<p>oxitocina 20/ml hora.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio al 0.9 % 100 ml + 60 mEQ de cloruro de sodio 20% pasar IV durante 2 horas ahora• . <p>Medicación</p> <p>Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes de laboratorio e imagenología• Fibrinógeno, dímero D
--	---



INGRESO A GINECOLOGÍA DÍA 29/05/2019

Paciente de 13 años de edad con diagnóstico de aborto séptico diferido, shock séptico, hipopotasemia, plaquetopenia. Con 2 legrados uterinos Destete de aminos y vaso activos. Pendiente conteo de plaquetas, paciente asintomática, examen físico sin novedad, sin soporte de oxígeno, AFU no palpable. Plaquetas en 112.000 con previas de 85.000. Se mantiene indicaciones de UCI: antibioticoterapia, Coagulo grama, Electrolitos de control, valoración por psicología y trabajo social.

Ginecología día 30/05/2019: se mantiene en condiciones estables se indica retiro de soluciones dextrosa y potasio. Ginecología día 31/05/2019 no hay ninguna complicación se sigue con las mismas indicaciones. Ginecología día 01/06/2019: mantener indicaciones- valoración por medicina interna Ginecología día 02/06/2019: mantener indicaciones- solicitar electrolitos. Ginecología día 03/06/2019 Mantener indicaciones- solicitar electrolitos. Ginecología día 04/06/2019 alta medica mas indicaciones: hierro + acido fólico 1 tableta diaria, etenilestradiol + valerato de estradiol 1 ciclo.

3. OBSERVACIONES

Se revisaron diferentes fuentes de información de diferentes bibliografías con la finalidad de enfatizar sobre como hacer el diagnóstico y seguimiento adecuado en el caso de este tipo de pacientes.

En este caso se debe destacar el trabajo en conjunto de los profesionales de salud para la adecuada valoración, manejo y seguimiento de pacientes con choque séptico. Cabe destacar que es una paciente que a temprana edad presenta esta patología por la inadecuada autoeducación sexual o educación externa en estos ámbitos de salud sexual y reproductiva, también el tipo de instrucción y tipo de vida de la paciente.

Debido a lo antes mencionado se realizó consejería en anticoncepción, y educación sexual como medida de prevención.



Se debe actuar de manera precisa y adecuada en el momento de detectar este tipo de casos, recordemos que en primer nivel casi es imposible tratar un shock pero podemos tomar decisiones y soluciones para estabilizar la paciente con el manejo adecuado de la misma.

4. CONCLUSIONES

El shock séptico en obstetricia y ginecología es una de las patologías mas complejas de manejar sobretodo por que es una de las causas de muerte materna siendo una de las claves obstétricas mas comunes.

Todas las medidas de manejo que se llevaron a cabo durante este caso tuvieron buena repercusión en la paciente es por ello que debemos conocer este tipo de casos y así evitarlos

La mejor manera de evitar estos tipos de caso es con la adecuada planificación familiar y adecuada educación sexual.



5. BIBLIOGRAFÍA

- clinic barcelona,. (s.f.). Sepsis y shock septico. *PATOLOGÍA MATERNA Y OBSTÉTRICA*.
- Alamy Foto destock ikonacolor /. (2017). *la forma del cuerpo humano femenino*.
<https://www.alamy.es/foto-la-forma-del-cuerpo-humano-femenino-163863195.html>.
- Ana Cristina Mogollón Mariño. (2017). "Guía Práctica Clínica Para. *Universidad Nacional de Colombia*, 12-15.
- AURO MELIZA MONROY, A. D. (2014). ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 5-16.
- AURO MELIZA MONROY, A. D. (2014). ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y EMBARAZO. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 17.
- AURO MELIZA MONROY, A. D. (2014). ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y EMBARAZO. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 5-17.
- AURO MELIZA MONROY, A. D. (2014). ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y EMBARAZO. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 6-17.
- AURO MELIZA MONROY, A. D. (2014). ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y EMBARAZO. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 14-15.
- Biblioteca Nacional de Medicina. (2019). *Shock séptico*. estados unidos: mediline plus.
- Brenes, M. R. (2010). tRomboSIS Venosa. *ReVISTA medica de CoStA RICA y CentRoAmeRICA* , 1.
- Briceño, I. (2005). Sepsis: etiología, clínica y diagnóstico. *MEDICRIT Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica*, 11.
- Carrasco, D. O. (2010). PROTOCOLO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO DE LA SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO. *scielo*, 8.
- Criterios Diagnosticos para Trombosis Venosa Profunda*. (s.f.). Obtenido de Criterios Diagnosticos para Trombosis Venosa Profunda: <http://www.fac.org.ar/material/consenso001/03d-tvp.pdf>
- Diego Salgado López. (2005). BACTERIEMIA, SEPSIS. (*SEMICYUC*), 10.
- Diego Salgado López. (2005). BACTERIEMIA, SEPSIS. (*SEMICYUC*), 10.
- Dr Americo Perez. (2013). *SHOCK SÉPTICO DURANTE EL EMBARAZO*. el regional.
- Dr Carlos Flores. (s.f.). *SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA*.
http://www.fdm.org.pe/documentos/4_Complicaciones_obstetricas_Shock_septico_DrFlores_100812.pdf.



- Dr. Oscar Vera Carrasco. (2010). PROTOCOLO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO DE LA SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO. *scielo*, 8.
- Dr. Ramón E. Coronado Mestre, D. L. (2008). Trombosis venosa profunda en pacientes embarazadas. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia*, 1.
- DR. REINALDO ROCA GODERICH. (2002). *Medicina Interna*. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.
- DRA MARITZA ALEJANDRA QUESADA CEVALLOS. (2017). *PROTOCOLO DE SCORE MAMA Y CLAVES OBSTETRICAS INCIDE*. ambato.
- Dra. Damaris Perez Leonard. (2013; 14(sup)). Diagnóstico clínico de la trombosis venosa profunda. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasular.*, 2.
- Dra. María Paz Balbina Suárez. (2011). Trombosis venosa profunda en obstetricia. *ANESTESIOLOGÍA*, 2.
- Drs. Luis Tavera Orozco", M. N. (s.f.). SHOCK SEPTICO DE ORIGEN OBSTETRICO. *UPCH*, 8.
- G. Espinosa Garrigaa, J. R. (9 de 5 de 2002). un paciente con trombosis venosa. *medicina integral*, elsevier.
- G. Espinosa Garrigaa, J. R. (2002;39:383-90). un paciente con trombosis venosa. *Medicina Integral* .
- Instituto Clínic de Ginecologia, O. i. (1). PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA DURANTE EL EMBARAZO. *Hospital Clínic de Barcelona*.
- Isidoro Narbona Arias. (s.f.). *SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO EN OBSTETRICIA*. Servicio de Ginecología1.
- Jorge Caro. (2014). *Guía de sepsis en obstetricia*. bogota.
- M. Fernando Ferrer, E. E. (2014). Trombosis venosa en el embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*.
- M. Fernando Ferrer, E. E. (6 nov. 2014). Trombosis venosa en el embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 3-7.
- María Luisa Cañete Palomo. (2003). Hospital Virgen de la Salud. *URGENCIAS EN GINECOLOGÍA*, 269.
- medica panamericana. (2010). obstetricia y medicina materno fetal. En s. c. cabero, *obstetricia y medicina materno fetal* (pág. 1375). españa: medica panamericana.
- Miguel A. Nares-Torices, *. J.-P.-A. (2013). Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. *PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCION HUMANA*, 27.



Miguel A. Nares-Torices, * J.-P.-A. (2013). Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. *PERINATOLOGÍA Y reproducción humana*, 14.

MSP. (2013). *Diagnóstico*. quito: guia practica clinica.

Omar Sandoval Muñoz. (2009). Aborto inducido, séptico y shock séptico. *Ars Medica Revista de ciencias médicas*, 23.

organizacion panamericana de la salud. (2018). *sepsis*. washington dc:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=437&Itemid=72234&lang=es.

Pablo Andrés Merchán del Hierro, J. F. (2016). Trombosis de Vena Cava Inferior. *CASO CLÍNICO*, 216.

Praktyczna, M. (2019). Sepsis y shock séptico. *empendium*, 9.

Revista Médica Clínica Las Condes. (2011). *Manejo del paciente en shock séptico*. Chile: Elsevier.

Sanchez, k. T. (2014). TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXI*, 716-117.

Sánchez, M. R. (2016;11 (2): 104-107). Tromboembolia venosa en el embarazo. *CASO CLINICO*.

slideplayer. (s.f.). *epidemiologia de la mortalidad materna y perinatal*.
<https://slideplayer.es/slide/11793364/>.

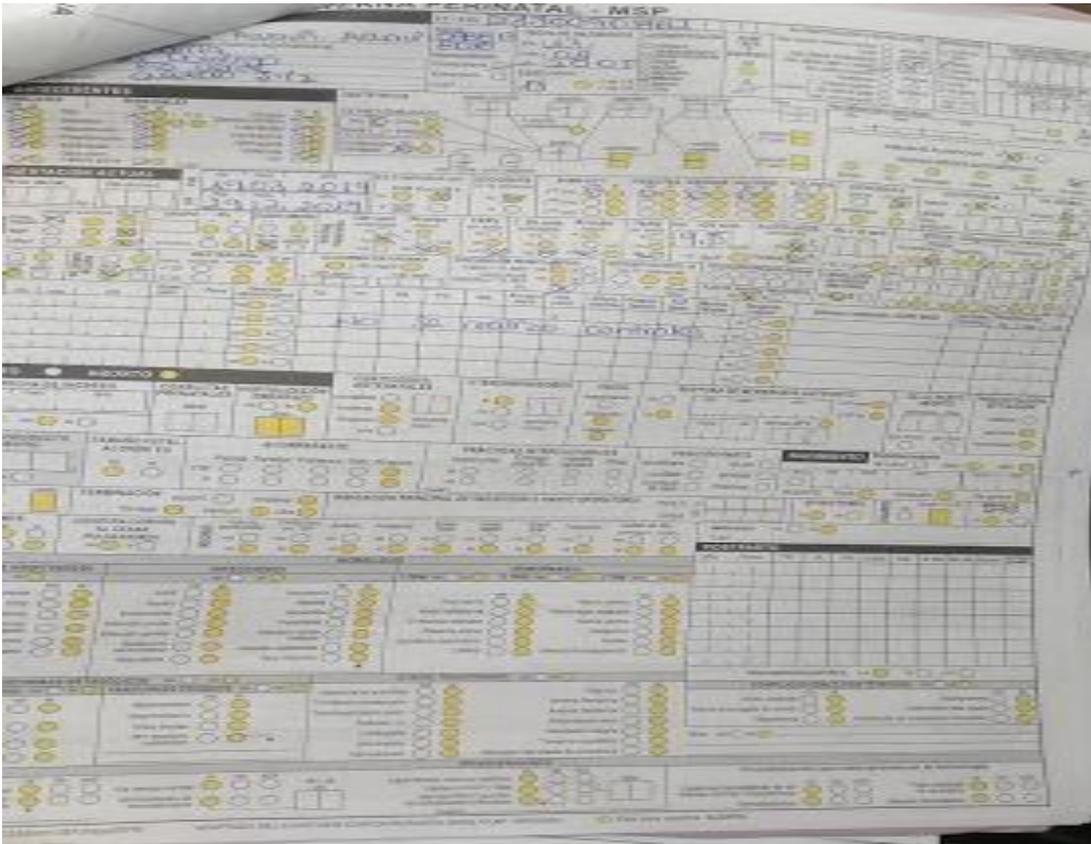
Tigmaza López, Juan Carlos. (Marzo, 2015). TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA". *ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO*, 24.

Unknown. (2015). *shock*. ARCHIVO DEL BLOG.

6. ANEXOS

Anexo 1. Evidencia de primer legrado.

Anexo 2. Evidencia de segundo legrado.



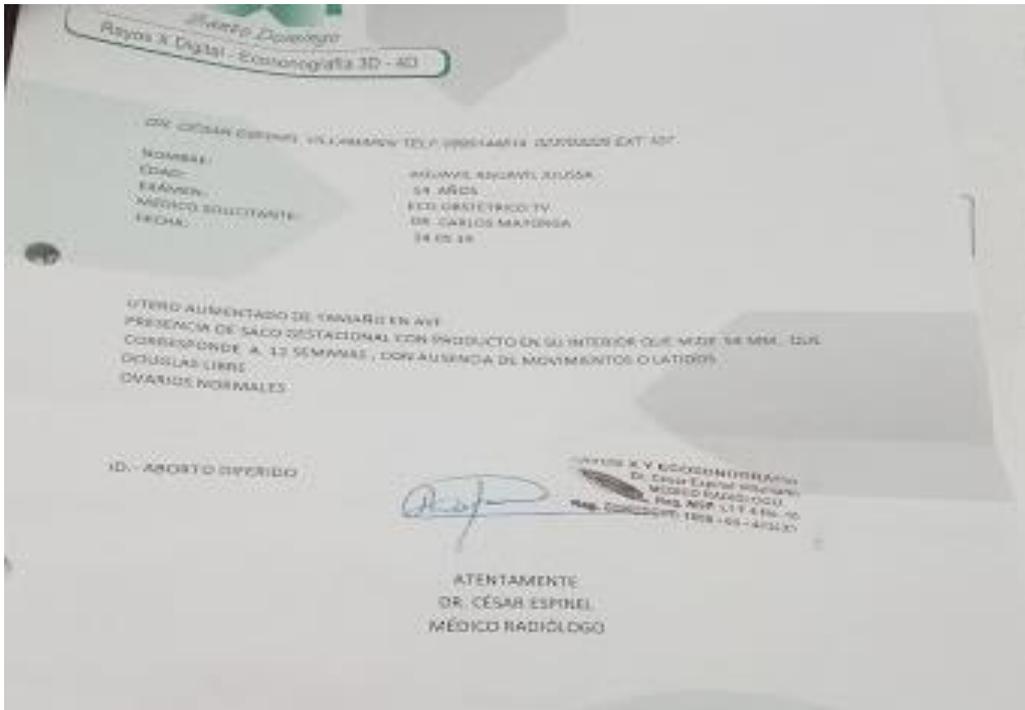
Anexo 3. Formulario 0051 de a paciente evidencia que no tuvo controles prenatales.

CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Paciente ID: 004
 Cód. Tax: 24920091830
 Name: CLADIA AGLAVE AGUIVIL
 Gender: Mujer
 Age: 14 Year
 Comments:
 Male: DY-WB-CBC+DIFF
 Km: 80-5081
 Patient ID: 11
 Diagnosis:

Parameter	Result	Unit	Ref. Range	Flag
WBC	27.94	10 ⁹ /L	4.00-10.00	WBC Flag
Neut%	76.53	%	50.0-70.0	
Lymph	0.51	10 ⁹ /L	2.00-7.00	
Mon%	1.28	10 ⁹ /L	0.80-4.00	
Eos%	0.00	10 ⁹ /L	0.12-1.20	
Bas%	0.00	10 ⁹ /L	0.00-0.50	
Neut%	93.0	%	60.0-80.0	
Lymph%	1.8	%	20.0-40.0	
Mon%	4.6	%	3.0-12.0	
Eos%	0.0	%	0.5-5.0	
Bas%	0.0	%	0.0-1.0	
RBC	3.43	10 ¹² /L	3.50-5.00	
HGB	14.2	g/dL	11.0-15.0	
HCT	43.6	%	37.0-47.0	
MCV	79.9	fL	80.0-100.0	
MCH	26.0	pg	27.0-34.0	
MCHC	32.5	g/dL	32.0-36.0	
RDW-CV	17.3	%	11.0-16.0	
RDW-SD	50.8	fL	35.0-56.0	
PLT	183	10 ⁹ /L	150-450	PLT Flag
MPV	8.0	fL	6.5-12.0	
PDW	15.7	fL	9.0-17.0	
PCT	0.157	%	0.108-0.282	
P-LCC		10 ⁹ /L		
P-LCR		%		

Anexo 4. Valores con los que ingresa la paciente por referencia de primer nivel.



Anexo 5. Datos ecográficos con los que ingresa la paciente por referencia de primer nivel.