



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

ABORTO INCOMPLETO EN ESTABLECIMIENTO NIVEL II-2

PRESENTADO POR:

FLORICELDA VICTORIA SOSA CRUZ

ASESOR

MGR. MARIO HERNAN BENETRES ESPINOZA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,
ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**ABORTO INCOMPLETO EN ESTABLECIMIENTO NIVEL II-2**” presentado por el(la) **SOSA CRUZ FLORICELDA VICTORIA**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) **Mg. MARIO HERNAN BENETRES ESPINOZA**, designado como asesor con Resolución Directoral N°1751-2019-DEPG-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	SOSA CRUZ FLORICELDA VICTORIA	ABORTO INCOMPLETO EN ESTABLECIMIENTO NIVEL II-2	12%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **12%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 19 de junio del 2024

UNIVERSIDAD "JOSE CARLOS MARIATEGUI"


DR. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO UJCM - SEDE MOQUEGUA

ÍNDICE DEL CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN.....	v
CAPÍTULO I	
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.3 MARCO TEÓRICO.....	9
1.3.1 Antecedentes de investigación.....	9
1.3.2 Bases Teóricas.....	12
CAPÍTULO II.....	24
CASO CLÍNICO	
2.1. Objetivos.....	24
2.2. Sucesos relevantes.....	24
2.2. Discusión.....	35
2.3 Conclusiones.....	36
2.4. Recomendaciones.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla N. 1 Resultados de laboratorio Hemograma.....	27
Tabla N. 2 Resultados de laboratorio Uroanálisis.....	27

Tabla N. 3 Otros resultados.....	28
---	-----------

RESUMEN

El aborto incompleto es la eliminación incompleta del producto de la concepción considerando al aborto como problema de salud pública por las implicancias médicas sociales que tiene en la sociedad, este se presenta en diferentes entornos sociales aumentado cada vez más las estadísticas negativas en cuanto a morbilidad o mortalidad.

El presente caso clínico se basa en una paciente de 27 años tercigesta que acude al establecimiento de salud por presentar sangrado transvaginal acompañado de dolor en hipogastrio con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 5 días, desconoce fecha de última regla, no usa método anticonceptivo, brinda lactancia materna periodo intergenésico 24 meses; es evaluada en establecimiento hospitalario nivel II-2 en donde se encuentra funciones vitales estables, sangrado transvaginal con mal olor: a la ecografía se detecta imágenes ecorrefringentes irregulares en toda la superficie de cavidad uterina compatibles con aborto incompleto, solicita análisis de laboratorio y ecografía y se reevalúa con resultados.

A la reevaluación, el hemograma y demás resultados no indican proceso séptico salvo el análisis proteína C reactiva positiva que estaría indicando un proceso inflamatorio en algún lugar del organismo, por lo que se indica hospitalización con hidratación y antibiótico terapia.

Es sometida a legrado uterino extrayendo escasos restos de aspecto trofoblásticos con discreto mal olor corroborados con resultado de anatomía patológica, es dada de alta con orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, escogiendo el

método anticonceptivo hormonal parenteral e indicaciones de continuar con
antibiótico terapia

PALABRAS CLAVE: Aborto incompleto, hemorragia, antibiótico terapia.

CAPÍTULO I.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Descripción del problema de investigación

El aborto definido por la Organización Mundial de la Salud como la detención del embarazo al momento de que el embrión no tenga las condiciones de vida para estar fuera del útero o previa a las 22 semanas en gestación y que el peso sea inferior a los 500 gr. Asimismo, se señala que la mortalidad materna principalmente se vincula a abortos de alto riesgo, dándose entre el 4% y el 13% anualmente, involucrando el aborto incompleto. Estimaciones señalan que en países desarrollados son evidentes 30 fallecimientos maternos por 100,000 abortos, proporción que se incrementa a las 520 muertes en países en desarrollo y en subdesarrollados como África (1).

De acuerdo con el Instituto Guttmacher y la Organización Mundial de la Salud entre el periodo de 2015 al 2019 se registraron cerca de 121 millones de embarazos no deseados, siendo que un 61% de ellos culminó en aborto en aquellas mujeres de edad fértil, determinándose 73 millones anualmente de abortos (1). La incidencia del aborto puede estar afectada de acuerdo a los grupos poblacionales y factores culturales, demográficos, sociales y económicos, así como su residencia rural o y

urbana. Tomando en cuenta ello en América Latina en el Caribe la OMS indica que el aborto incompleto suele observarse mayormente en jóvenes con edades entre los 15 y los 16 años, teniendo una tasa de aborto del 20% y del 40% de mujeres de entre 20 y 29 años (2).

El instituto de Guttmacher publica en el año 2018 un informe en el que toma en cuenta a 14 regiones en desarrollo y con una alta tasa de abortos, determinando seguir el 40% de esto suelen presentar complicaciones que necesitan de una atención médica especializada. En las diferentes regiones consideradas en el informe, a excepción de Asia Oriental estimaciones e indican que anualmente 6.8 millones de mujeres son tratadas por complicaciones del aborto, no obstante, muchas de las que necesitan tratamiento no llegan a recibirlo adecuadamente. El informe señala además que a nivel general 70,000 mujeres cada año mueren por causa del aborto, dónde muchas experimentan efectos negativos a largo y corto plazo por esta realidad, siendo que las complicaciones más habituales son las infecciones, aborto incompleto y hemorragia (3).

Por su parte la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Bogotá reportan que el aborto espontáneo se da en las iniciales semana de embarazo, donde el 80% sucede en las 12 semanas primeras y el 20% entre la semana 12 a la 20. El aborto con diagnóstico recurrente se ubica en el 1% de féminas en edad fértil. En el caso de las adolescentes estas cifras llegan a ubicarse entre el 10 y el 12% y en mujeres con una edad mayor a los 40 años la proporción se incrementa entre 4 a 5 veces más (4).

Esta problemática también se observa en Perú, de acuerdo al Centro de Promoción y Defensa de los derechos sexuales y reproductivos, durante el 2018 se llevó a cabo una encuesta determinándose en la misma que un 19% de mujeres entre 18 y 49 años al menos una vez se realizaron un aborto, especialmente en aquellas menores de 30 años. Sobre el grado de instrucción los reportes estadísticos señalan que el aborto no está limitado aquellas mujeres con un grado instructivo bajo, encontrándose que el 9% aprobaron la primaria el 46% de la secundaria y el 45% tenía una formación superior (5).

Otras investigaciones señalan alrededor de un 59.9% de mujeres deben ser hospitalizadas por aborto incompleto y que estas tienen una edad menor a los 25 años. De igual forma se indica que un 55% de abortos ocurren aquellas mujeres que son convivientes con un bajo nivel sociocultural y que no poseen un control prenatal adecuado. Además señala que las solteras tienen una mayor propensión al aborto y que un elevado nivel de incidencia ocurre en mujeres procedentes del área rural y ama de casas como ocupación (6).

Hasta el momento en Arequipa no existen datos actualizados y precisos sobre la incidencia, prevalencia o aspectos epidemiológicos y clínicos del aborto, únicamente se tienen investigaciones como las de Paredes (7) realizadas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, donde reporta que la variante más habitual es el aborto incompleto, luego y la amenaza de aborto, por lo que es necesario de esta forma conocer y profundizar sobre este problemática para colocar a disponibilidad de los médicos los datos obtenidos y que estos lo utilicen como fundamento para estrategias sanitarias que formen criterios responsables y decisiones conjuntas donde se eviten más estragos ocasionados este fenómeno social y sanitario

1.2. Justificación de la investigación

Considerando que el aborto presenta diversas complicaciones en la mujer, generando problemas de salud reproductiva y sexual, pudiendo comprometer incluso su vida y que ante esto el Ministerio de salud lleva a cabo importantes esfuerzos para minimizar esta problemática, se propone la realización de este estudio que busca brindar elementos que den explicaciones sobre el aborto incompleto, siendo de gran relevancia ya que brinda elementos teóricos que explican el aborto incompleto y que se convierte en un referente investigativo para otros especialistas de la salud que pretendan profundizar y ahondar en este tema. Por lo tanto, se justifica esta investigación ya que se requieren comprender los riesgos del aborto incompleto en la salud de las mujeres y su impacto en el bienestar físico y emocional, asomando el limitado acceso a los servicios médicos y seguros legales del aborto a nivel mundial, lo que encamina a las mujeres a determinar otras alternativas mucho más arriesgadas e inseguras.

Es necesario llevar investigaciones referidas al aborto incompleto por diversos motivos especialmente:

Inicialmente, el aborto incompleto es una común complicación del aborto sobre todo en entornos de inexistentes o limitados accesos al servicio sanitario. Entender los factores que inciden en esta complicación permitirá crear estrategias de prevención y tratamiento eficaz que mejoren la calidad y seguridad al momento del aborto.

De igual forma, el aborto incompleto tiene consecuencias graves para el bienestar y la salud de las mujeres que involucran infecciones, hemorragias, sufrimiento,

emocional y dolor. Indagar las maneras de prevenirlo y tratar tales complicaciones mejorará la calidad de vida de las mujeres que experimenten el aborto incompleto.

Asimismo, el aborto incompleto es un tema políticamente controvertido que presenta muchas contradicciones a nivel mundial. Una rigurosa y comprobable investigación ayudará a alimentar las políticas públicas y el debate vinculado al aborto y al derecho de las mujeres desde el aspecto reproductivo.

En resumen, es altamente importante realizar esta investigación porque puede mejorar la seguridad y calidad de atención, mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, y contribuir a un debate público y político más informado sobre el aborto y los derechos reproductivos de las mujeres.

1.3.Marco teórico

1.3.1. Antecedentes de investigación

Bermejo J. (2022), En su investigación propone el objetivo de llevar a cabo un análisis sistemático con respecto a la eficiencia en el manejo hospitalario sobre la aspiración al vacío y el legrado uterino, para lo que empleó la revisión documental sistemática literaria bajo las características descriptivas, exploratoria, usando la declaración PRISMA. Los hallazgos de esta indagación literaria determinaron una totalidad de 202 artículo científicos y a través de criterios selectivos se incluyeron 27 artículos para su análisis respectivo sobre la temática del manejo hospitalario de la eficacia del legrado uterino, el aborto incompleto y la expansión al vacío. Los datos permiten señalar que las mujeres con estas complicaciones se encontraban entre 13 y 42 años, determinándose que el aborto incompleto ocurre en los extremos de la edad fértil. En tal sentido concluyen sobre

su resultado que no se dan significativas diferencias sobre la realización de procesos de evacuación uterina por raspado instrumental o aspiración al vacío, considerando que ambos métodos son efectivos y seguros en mujeres que tienen un aborto incompleto (8).

Palma J. (2019) en su investigación presenta el caso clínico de aborto contaminado incompleto y anemia severa en una paciente con 20 años de edad, para lo que empleó un procedimiento metódico de diagnóstico señalando que los criterios principales para la sospecha de diagnóstico en la paciente de aborto incompleto contaminado. Se basaron en: manifestación de fiebre sin otra evidencia clínica de infección, drenaje hematurulento de secreción de la cervix con un mal olor, dolor pélvico abdominal. Partiendo de ello en la paciente se aplicó un oportuno tratamiento considerado como el más certero además de los procesos realizados alcanzando respuestas favorable y evitando mayores complicaciones de salud en la misma como: fallo multiorgánico o séptico (9).

Vilca (2021), propone en su investigación el objetivo de determinar las causas que manifiestan el aborto incompleto en paciente que tiene antecedentes de cesárea y un embarazo según su periodo de nueve semanas, la interpretación de este caso clínico se establece en la hospitalización, tratamiento, manejo y respectiva alta. Determinando que la mujer presentaba factores maternos y sociales de cirugías previas uterinas y comorbilidad de anemia. El tratamiento fue realizado de forma oportuna, ajustándose a las normativas señaladas por los protocolos nacionales. Se recomienda en la investigación que los establecimientos sanitarios de distintos niveles de atención implementen actividades de orientación y consejería de salud reproductiva y sexual, enfatizando la planeación familiar pretendiendo que se ejerza

el derecho de las mujeres de tener una información adecuada y el libre derecho de escoger la cantidad(10).

Jayo M., Ayala S., (2020), presenta un estudio clínico de una paciente que acudió al servicio de emergencia por manifestar dolor en el hipogástrico erradicado en el área lumbar, además de sangrado desde hace aproximadamente 6 horas. Al llevar a cabo la anamnesis se obtuvo que la fecha de su última menstruación fue el 27 de abril, teniendo como cálculo probable de fecha de parto el 2 de febrero del siguiente año, cuya edad gestacional calculada en la consulta fue de 6 semanas según la fecha y siendo su segundo embarazo. La valoración física según sus funciones vitales determinó una presión arterial de 90 a 50 mmg, con una frecuencia respiratoria de 22x, un pulso de 72x y una temperatura de 36.8°. Se estableció que el paciente se encontraba en AREG y LOTEPE, indicando que el control prenatal es de hace una semana, donde se realizó la ecografía y el test de embarazo, indicando una gestación de cinco semanas al confirmarse el embarazo y el aborto incompleto. La paciente se programa para un legrado uterino, luego de tres días y frente a una favorable evolución fue dada de alta y programada para una evaluación de 7 días donde se le proporcionará información para optar por un método de anticoncepción (11).

Sandiga M. (2019), presenta su investigación cuyo objetivo fue indicar la amenaza de aborto incompleto en gestante adolescente y el abordaje clínico en una IPRESS III-1. Asimismo se revisaron las normativas vigentes vinculadas a la atención en obstetricia. A través de información de un proceso clínico de un adolescente primigesta, de seis semanas según la ecografía, asistiendo a la emergencia por cólico abdominal con sangrado vaginal, cuyo diagnóstico fue la

amenaza de aborto. Esta se hospitalizó por dos días realizándose la ecografía y definiéndose el diagnóstico de aborto incompleto, fue realizado el legrado uterino teniendo una favorable evolución y dándose de alta con indicativos el estudio. Concluye que no se ha considerado una atención especializada en la adolescente de acuerdo a las Normas Vigentes, propiciando una pérdida de oportunidades para educar y orientar a la misma de forma multidisciplinaria e integral, evitando otros embarazos en un período corto de tiempo, donde pudieran disminuirse los factores de riesgo como una probable muerte materna (12).

1.3.2. Bases teóricas

1.3.2.1. Aborto.

El aborto fue señalado por la OMS como una extracción o expulsión del feto o embrión del útero de su progenitora con un peso menor o igual a los 500 gramos. El peso corresponderá a un periodo de gestación de entre 20 y 22 semanas. Durante el aborto retenido no sucede la expulsión de allí que se defina al aborto como el embarazo interrumpido en una semana menor a las 22 semanas o pérdida del feto o el embrión que tiene 500 g o menos de peso (1).

Por lo indicado en el Ministerio de Salud, el aborto es la provocada o espontánea interrupción de la gestación, previa a la semana 22 que se cuenta desde el día 1 del último periodo normal, donde el producto tiene cerca de 25 cm de longitud y 500 g de peso (13).

TIPOS DE ABORTOS

Aborto espontáneo:

Se genera con la pérdida espontánea del feto o el embrión, sin que hayan intervenido circunstancias inducidas o artificiales que puedan haber afectado la evolución adecuada del embrión, previo a las 20 semanas de gestación o cuando este tiene por lo menos 500 g de peso (14).

La Asociación Española de Obstetricia y Ginecología explica que el aborto espontáneo es la extracción o expulsión del feto o el embrión del útero teniendo menos de 22 semanas de gestación y un peso inferior a los 500 gramos, o sin considerar la edad gestacional pero con un embarazo no viable por circunstancias como: mola hidatiforme o huevo no embrionado, entre otros (15).

- **Aborto precoz:** aquel que sucede previo a la doceava semanas de gestación.
- **Aborto tardío:** el ocurrido luego de la doceava semanas de gestación.

Cerca del 80% de abortos espontáneos son de tipo precoz y por lo menos el 50% tiene sus causas en anomalías cromosómicas. Luego de los primeros tres meses la tasa de aborto y su frecuencia de anomalías cromosómicas se reducen. El aborto en el primer trimestre se acompaña de hemorragias y necrosis del tejido adyacente, en tales casos se desprenden los óvulos estimulando un conjunto de contracciones del útero que ocasionan la expulsión al abrirse el saco gestacional, por lo general se identifica el líquido que abordea a un feto macerado y pequeño o pudiera no existir el mismo, lo que se denomina embarazo anembriónico (16).

El aborto espontáneo es aquel que se genera sin la artificial intervención en el proceso de gestación, estimando una frecuencia del 15% en todos los embarazos. En el aborto espontáneo clínico suele presentarse entre el 10 y el 20% de las gestantes. Muchos de los abortos ocurren previo a la sintomatología clínica en el 60% y el 85% ocurre previo a la semana 12 de gestación. De igual forma se establece que si la estación se da sin ningún tipo de problema durante las primeras siete semanas registrada de gestación a través de ultrasonidos, la posibilidad de manifestar un aborto espontáneo son muy bajas por lo menos del 5% (17).

Clasificación del aborto espontáneo

- Amenaza de aborto:

Tal y como es denominada las amenazas de aborto abarcan riesgos de que se dé la expulsión fetal. Entre los signos clínicos se manifiestan los sangrados generalmente previos a la décima semana de embarazo, este sangrado puede ser de un color rojo rutilante o una secreción mucohemática, poniendo en riesgo la estabilidad hemodinámica de la mujer. Puede estar acompañada o no de contracciones del útero, sin la expulsión del producto o dilatación cervical (18).

Esta categoría se establece por manifestar dolores tipo cólicos en zona del hipogastrio que se acompañan de poca metrorragia. No se determinan transformaciones en el cuello (18).

La amenaza de aborto y clínicamente diagnosticada cuando surge la secreción o hemorragia vaginal a través del orificio cervical que en los primeros tres meses de embarazo está cerrado, ocurre entre el 20 y el 25% de las gestantes al comienzo del proceso y puede persistir por varias semanas o días. En estos embarazos el 50%

puede terminar en aborto aunque el riesgo se reduce al observar que el feto posee actividad cardíaca (18).

- **Aborto inminente**

El 50% de los casos de amenaza de aborto puede tener una evolución patológica, generando un incremento de la hemorragia, así como de las contracciones que alcanzan una mayor intensidad similar al parto. Al realizar el tacto vaginal se perciben transformaciones cervicales, el cuello se ablanda, se acorta, quedando entre abierto. A su vez se palpa el feto o embrión durante su progreso, se evoluciona a un aborto inminente este se caracteriza por diferentes circunstancias obstétricas que determinan un proceso irreversible o la demanda de culminar con la expulsión del feto (19).

- **Aborto en curso**

Es la manifestación de contracciones uterinas con el producto de la concepción aún en el útero un cuello herido transformado. La totalidad de estos casos tienen una evolución a la expulsión, el dolor y el sangrado se incrementan y existe una dilatación de la cérvix. Pueden observarse restos ovulares por medio del orificio o canal vaginal si se ha comenzado la expulsión del producto (19).

- **Aborto incompleto**

El sangrado luego de una separación total o parcial de la placenta y una dilatación cervical es denominado aborto incompleto. En algunas oportunidades la placenta y el feto se mantienen en el útero o salen de forma parcial previo a las 10 semanas. Por lo general son expulsados juntos, pero luego de este periodo suelen salir por separado. De la inestabilidad clínica de la mujer, para su tratamiento quirúrgico en

muchas oportunidades se requiere incrementar la dilatación del cuello uterino previo a llevar a cabo el legrado. Otros casos determinan que el tejido placentario que se retiene está libre en el orificio cervical y podrá fácilmente extraerse usando una pinza de anillos (20).

- **Aborto completo**

En algunas circunstancias es expulsado el producto de forma completa previo a asistir al centro hospitalario, por lo general se describen cólicos, hemorragia abundante y presencia del feto o tejido. Es necesario indicar que en la valoración física el orificio cervical está entreabierto, en tal caso se solicita traer el tejido que han expulsado que muchas veces es un embarazo completo, molde desidual o coágulo sanguíneo. El molde desidual es una capa que forma parte del endometrio y tienen forma de cavidad uterina al descamarse teniendo aspecto de saco colapsado (20).

Al no identificar un completo saco gestacional expulsado se lleva a cabo una ecografía para determinar el aborto completo, embarazo ectópico o amenaza de aborto. Un aspecto característico del aborto completo es que el endometrio no presenta volumen o saco gestacional no obstante esto no es garantía de una gestación reciente uterina (20).

- **Aborto diferido**

Denominado como pérdida o aborto fallido, pero actualmente se emplea el término de aborto diferido para hacer alusión a distintas circunstancias que tiene significados específicos. Principalmente esta terminología se empleaba para

señalar un producto de la concepción muerto que era retenido por varias semanas día o meses en el útero sin dilatación del orificio cervical (21).

Al inicio la gestación es normal, presentando vómito, amenorrea, náuseas, crecimiento uterino y cambios mamarios, ya que no es probable la confirmación de la muerte fetal, la única manera era un tratamiento expectante al que sobrevenía el aborto espontáneo, así mismo frente a la poca probabilidad de determinar a través de la clínica el momento específico de la muerte del feto y tiempo de embarazo, se calculaba erróneamente la edad del feto, partiendo de la última menstruación. En el aclaramiento de tales diferencias Streeter analizó fetos abortados, publicando que un promedio de intervalo entre el aborto y la muerte era de seis semanas (21).

- **Aborto séptico**

Por la legalización del aborto en algunos países, son muy pocas las infecciones graves observadas y muertes maternas registradas por abortos criminales sépticos, de la misma forma el 2% de las gestantes con aborto incompleto o amenaza de aborto presenta un síndrome de septicemia o infección pélvica. El aborto bien sea médico o quirúrgico en algunas ocasiones se acompañan de graves infecciones y hasta la muerte, por lo que se considera como infección uterina grave (21).

Las bacterias ingresan a la cavidad del útero infectando al embrión o el feto los microorganismos abordan el tejido miometrial extendiéndose hasta ocasionar peritonitis, parametritis, septicemias y en ocasiones extrañas endocarditis. Los microorganismos frecuentes son E. Coli, Proteus vulgaris, Enterobacter,

Estreptococos, enterococos, anaerobios, etc. Una de las más preocupantes son síndromes de choque septicémico o infecciones necrosantes (21).

El tratamiento a utilizar son antibióticos de amplio espectro como Clindamicina asociada a Gentamicina y evacuación uterina (21,22)

1.3.2.2.Aborto incompleto. Generalidades

Es la parcial expulsión de partes del feto, líquido amniótico o tejidos placentarios, se ubica en el cuello de útero con sangrado variable y modificaciones del mismo. Los restos ovulares por no ser completamente eliminado de la cavidad uterina mantiene al útero grande, blando, doloroso y sin una total retracción, el cérvix se mantiene dilatado en ambos orificios y persisten leves o profundas hemorragias. El aborto incompleto suele ser frecuente luego de la décima semana. La proporción de restos está relacionado proporcionalmente con el dolor de manera que una gran cantidad de ellos demostrará un dolor mayor ya que el útero buscará la expulsión de cuerpos extraños (22).

Este tipo de aborto se caracteriza por una parcial expulsión del producto de la concepción a través del orificio cervical que se encuentra abierto, visualizándose el tejido gestacional en la porción vaginal, con una proporción uterina inferior al esperado para el periodo de gestación. Durante el aborto incompleto el producto retenido se encuentra conformado por membranas, feto o placenta. Está caracterizado por cólicos a nivel de zona hipogástrica variando en intensidad, además de modificaciones cervicales, metrorragia abundante e inclusive al examen bimanual se percibe elementos ovulares en el canal cervical y con un tamaño del

útero proporcionalmente menor al correspondiente a la edad gestacional. La ecografía transvaginal mostrará los restos en la cavidad del endometrio (23).

ETIOLOGÍA

El aborto incompleto se presenta como una complicación del aborto inducido o espontáneo. La etiología pudiera variar, por lo general ocurre porque no se elimina totalmente el tejido placentario o fetal del útero. En diferentes casos esto se debe a la dilatación insuficiente cervical o una técnica inadecuada de aborto. Otros motivos incluyen enfermedades subyacentes como problemas de tiroides o diabetes e infección uterina. Generalmente el aborto temprano es originado por anomalías cromosómicas, adherencias, malformación congénita, virosis, infecciones, enf. Metabólicas, hormonales etc. Dentro de las virosis se encuentra citomegalovirus, y rubéola con mayor incidencia (23).

FACTORES DE RIESGO

Se ha determinado causas fetales, maternas, ambientales:

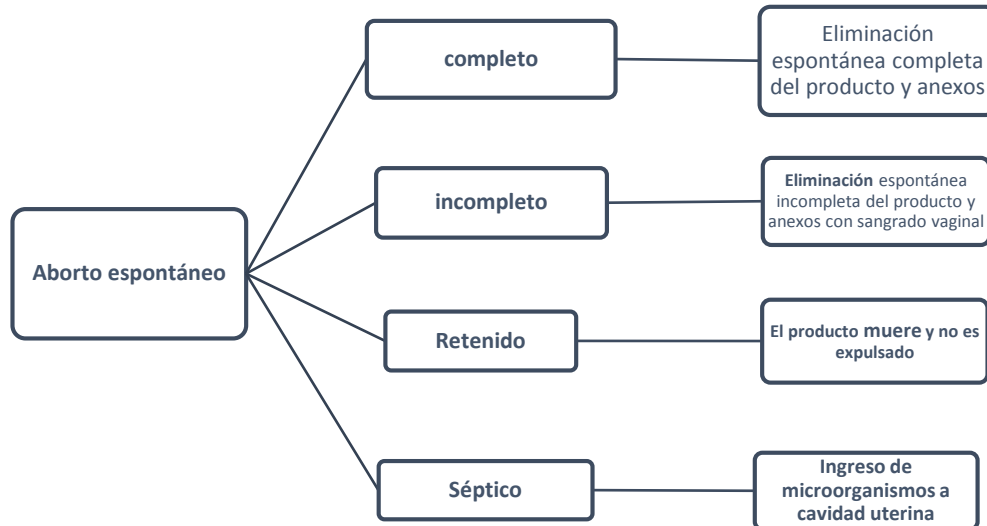
Factores fetales: más del 50% de abortos se encuentran asociados a alteraciones cromosómicas, por desarrollo anormal del huevo o cigoto

Factores maternos: Se debe a Infecciones, enfermedades crónicas, enfermedades endocrinas, desnutrición, edad extrema, multiparidad

Factores ambientales: el alcoholismo, consumo de cigarro, consumo elevado de cafeína, medio ambiente tóxico por manipulación de compuestos químicos

Factores sociales: Bajo nivel educativo, no utilización de MAC, desconocimiento de signos de alarma

CLASIFICACIÓN (24)



EXÁMENES AUXILIARES

Se solicita exámenes auxiliares de patología clínica y exámenes de imagen.

Hemograma, Grupo factor, serológicas, examen de orina y pruebas de confirmación de embarazo, ecografía (25,26)

DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLINICAS

Clínico: la paciente indica contracciones uterinas y relata o evidencia expulsión de restos sangrado vía trasn vaginal(24).

El tamaño del útero: es mayor según el periodo del embarazo metrorragia y cuello dilatado (24).

Ecografía: evidencia restos en el endometrio (24).

Estudio hormonal positivo

TRATAMIENTO

La valoración clínica debe incluir exámenes bajo especulo, signos vitales, evaluación del sangrado y tacto bimanual vaginal (24).

- Uso de cateter 16 – 18 vía endovenosa con Lactato Ringer o en tal caso Solución Salina 0.9%).

- La valoración uterina pudiera requerirse la maduración cervical con misoprostol entre 400 y 800 mcg aplicado vía sublingual, vaginal u oral por lo menos 3 horas previas al proceso, que pueda aspirarse manualmente o por el legrado. Este proceso de legrado instrumental se lleva a cabo el embarazo que alcanzaron por lo menos las 20 semanas de gestación luego de que existen restos del aborto o expulsión del feto(24).

Para el aborto diferido o incompleto puede usarse el legrado uterino instrumental

El proceso de legrado uterino es una herramienta escogida para extraer el producto de la concepción en los primeros tres meses de la gestación y cuyo proceso más crítico es la dilatación cervical.

La dilatación mecánica llega a generar roturas del tejido conectivo que ocasionan desgarros cervicales y laceraciones, además de alterar sus funciones especialmente en jóvenes nulíparas. El tratamiento anterior con PGE facilitará el proceso de dilatación y disminuirán proporcionalmente las complicaciones(24).

Se recomienda usar la maduración cervical para embarazos que tengan completa las nueve semanas y mujeres uníparas para aquellas con una edad menor a los 18 años o embarazos que superen las 12 semanas o para diferentes circunstancias con un riesgo elevado de perforación, además puede usarse cuando se desconoce la

hipersensibilidad a la prostaglandinas. La dosis en el momento y vía oportuna para el uso del misoprostol son a través de la vía intravaginal, propiciando una eficaz dilatación con pocos efectos negativos (24).

Los efectos secundarios que pueden presentarse son fiebre, vómito, escalofrío, diarrea y náusea, por lo general suelen presentarse además otros efectos como cólicos, riesgos de expulsión del producto previo a la aspiración endouterina y sangrado.

Incrementar la dosis vía vaginal a 800 microgramos mejora la tasa de dilatación similar a 400 microgramos, con adversos efectos la dosis oral se brinda entre 3 a 8 horas previo a la aspiración endouterina (25, 26)

MANEJO DEL ABORTO INCOMPLETO (27)

Vía segura

Exámenes de laboratorio

Altura uterina menor de 12 cm. AMEU ambulatorio

Tamaño uterino mayor de 12 cm., metrorragia no abundante, presencia de contracciones uterinas contracciones uterinas, madurar cuello con misoprostol; luego legrado uterino, si el sangrado es abundante administrar ergometrina y evacuar contenido en forma inmediata (27)

COMPLICACIONES

- Se presentan hemorragia atonía uterina que es una de las más frecuentes complicaciones, coagulopatía o restos ovulares (25).
- CID al liberarse tromboplastina placentaria o corial. (25)
- Desgarro de cérvix
- Hematometra

- Sepsis
- Embolia gaseosa
- Reacción a la anestesia
- Shock neurogénico
- Síndrome de Asherman: poslegrado sinequias (25).
- Pueden presentarse perforaciones uterinas luego del legrado con mayor frecuencia en abortos tardíos y multíparas (25).

PRONÓSTICO

El pronóstico va a depender del grado de infección o hemorragia y de la adecuada intervención sanitaria (26)

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS:

2.1.1 Objetivo General

Identificar los factores de riesgo que se relacionan con el aborto incompleto del presente caso clínico

2.1.2 Objetivos específicos

- Determinar el cumplimiento de protocolos de atención de acuerdo al diagnóstico
- Identificar el grado de conocimiento que tiene la paciente sobre signos de alarma del embarazo.

2.2 SUCESOS RELEVANTES

Fecha y hora de atención: 14 de junio del 2023 Hora: 16: 00

Servicio de emergencia tópico de Gineco Obstetricia

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Paciente de 28 años de edad que acude por emergencia por presentar sangrado transvaginal de color rojo oscuro en escasa cantidad desde hace 6 días

aproximadamente, refiere además presentar dolor en hipogastrio de moderada intensidad.

Fecha de último parto 22 de febrero del 2022

URN: Desconoce

G2: P2002

AL EXAMEN:

Presión arterial (P/A): 100/60

Pulso (P): 88 x´

Temperatura (Tp.): 36.6°C

Frecuencia respiratoria (Fr): 18 x´

Paciente en aparente regular estado general, lúcida orientada, responde al interrogatorio, refiere test de embarazo positivo hace 3 días.

Paciente en regular estado de higiene, presenta genitales externos de multípara con presencia de coágulos sanguíneos pequeños.

A LA ESPECULOSCOPIA:

Cuello uterino posterior se observa salida de sangrado escaso de color café oscuro, con mal olor, con aspecto de restos aparentemente trofoblásticos

TACTO VAGINAL

Vagina pequeña, cuello uterino posterior regularmente doloroso a la movilización, orificio cervical interno entreabierto, cuerpo uterino aumentado de tamaño comparable a gestación de 7 semanas.

ID. Aborto incompleto

D/C aborto incompleto infectado

INDICACIONES

Análisis de laboratorio

Ecografía

TRATAMIENTO

CLNA 9 ‰ 1000cc 300cc a chorro luego a 30 gt x´

Reevaluar con resultados.

ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

Útero en anteverso flexión

Dimensiones L: 69mm, AP: 36 mm, Superficie: regular

Miometrio: Homogéneo

Endometrio 14 mm, se observa imágenes ecorrefringentes irregulares en toda la superficie de cavidad uterina

Se observa además colecciones líquidas

Fondo de saco: No líquido libre

Conclusión: Aborto incompleto

Tabla 1. Resultados de laboratorio

Fecha: 14/06/2023		
Hemograma	Valores	Valores referenciales
Hematocrito	36.8%	33.00-4500%
Hemoglobina	11.0 g/dL	11.00-15.00
Leucocitos	7.46 (103/uL)	5.00-10.00
Neutrófilos	65%	40-45
Eosinófilos	2.3%	0.-5.00
Monocitos	4.30%	0.0-10.0
Basófilos	0.10	0.0-1.7
Linfocitos	28.30%	15-35
Hematología		
Tiempo de coagulación de	7 min 30 seg.	
Tiempo de sangría	2 min. 0 seg	
Plaquetas	282.00	150.-400.00
Grupo y factor	O +	
RPR	Neg.	
VIH	Neg.	
Hepatitis B	Neg.	
Glucosa	101.7 mg/dl	70-99.0

Fuente: Hc

Tabla 2. Uro análisis

Fecha: 14/06/2023		
EXAMEN COMPLETO DE ORINA		
Color	Amarillo	
Aspecto	Turbio	
Examen químico		
Reacción Ph	5.0	5.0- 7.0
Densidad	1030	1010 - 1030
Nitritos, glucosa cetonas	Negativo	Negativo
Proteínas	positivo	Negativo
Hb	positivo	negativo
Sedimento		
Leucocitos	20	Menos de 5/hpf
Hematíes	Más de 50	Ausente
Bacterias	escasas	Ausentes
Cel. escamosas	4	1-2 lpf

Fuente: HC

Tabla 3. Otros resultados

BHCG cualitativo	Positivo
PCR cualitativa	Positivo
RPR	No reactivo
HIV P. rápida	No reactivo
Hepatitis B- antígeno S	No reactivo

Fuente Hc

INDICACIONES DE REEVALUACIÓN

Dieta blanda

Cl Na 1000cc 30 Gt / min.

Clindamicina 600mg C/8 hr endovenoso

Preparar para legrado uterino

Se hospitaliza

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

14 de junio del 2023 Hora: 17: 30

ANAMNESIS:

Paciente de 27 años de edad, de estado civil conviviente con grado de instrucción secundaria completa de ocupación comerciante, profesa religión católica, continúa con lactancia materna desde hace 24 meses.

TIEMPO DE ENFERMEDAD: Paciente refiere presentar sagrado trasvaginal intermitente de inicio insidioso progresivo desde hace 5 días aproximadamente.

Refiere funciones biológicas normales.

ANTECEDENTES:

Personales:

Presentó menarquia a los 13 años, inicio de relaciones sexuales a los 18 años.

Fecha de última menstruación: desconoce

No usa método anticonceptivo

Gestaciones 3, parto vaginal 2, aborto ninguno, hijos vivos dos.

Periodo intergenésico: 24 meses

Lactancia materna: Continúa desde hace 24 meses.

Alimentación variada, no hábitos nocivos

Condición socio económico: vivienda de material noble con servicios públicos a domicilio

Económicamente depende de su esposo

Nivel educativo: secundaria completa

Niega patologías

Familiares:

Padres vivos sanos, cuatro hermanos vivos sanos

EXAMEN CLÍNICO

Funciones vitales, dentro de parámetros normales

Aspecto general: Lúcida orientada facies normal

Examen preferencial:

Abdomen: RHA normales, abdomen blando depresible doloroso a palpación

Aparato genito urinario: genitales de multípara con presencia de sangrado en poca cantidad con discreto mal olor, al tacto vaginal presenta útero aumentado de tamaño, orificio cervical interno y externo entreabierto.

Diagnóstico inicial: aborto incompleto

D/C aborto incompleto infectado.

Tratamiento:

Cl Na 0.9% 1000cc 45 gts. En minuto

NPO

Gentamicina 160mg C/24 hr EV

Clindamicina 600mg C/ 8 hr EV

Metamizol 1gr cond. a Tp mayor de 38°C

Indicaciones:

Control de funciones vitales

EKG, Interconsulta a cardiología

Continuar con antibiótico terapia

EVOLUCIÓN MÉDICA

14 de junio del 2023 Hora: 20:00

Paciente refiere sangrado vaginal desde hace más o menos 5 días, al examen:

Abdomen blando depresible

Tacto vaginal: cérvix abierto, sangrado en poca cantidad con mal olor, continuar indicaciones.

EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

14 de junio del 2023 Hora: 17:35

Paciente ingresa por emergencia, con vía permeable de Cl Na. al 0.9% 1000 cc , por presentar sangrado transvaginal intermitente con tiempo de evolución de 5 días aprox. Al examen preferencial:

P/A 100/60, P 80 x' Tp 36.8°C; FR 18 x' Spo2 97%

Mamas flácidas, pezones formados, abdomen blando depresible doloroso a palpación profunda, genitales de múltipara con presencia de sangrado escaso de color oscuro, con discreto mal olor

Miembros inferiores sin edema ni várices

Se inicia antibioticoterapia indicada

EVOLUCIÓN MEDICA

15 de junio del 2023 Hora: 08:00

Paciente en aparente buen estado general, de hidratación de nutrición, abdomen blando depresible con dolor en hipogastrio, presencia de sangrado vaginal con ligero mal olor,

Plan: preparar para legrado uterino

Continuar con antibiótico terapia

NPO

Cl Na .9% 1000cc 45 gts. En minuto

Gentamicina 160mg C/24 hr EV

Clindamicina 600mg C/ 8 hr EV

Metamizol 1gr cond. a Tp mayor de 38°C

Indicaciones:

Control de funciones vitales

Preparar para SOP

EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

15 de junio del 2023 Hora: 08:00

Paciente en su unidad con vía permeable, refiere no presentar dolor, se encuentra tranquila.

P/A 110/66, P 82 x' Tp 36.6°C; FR 18 x' Spo2 98%

Continúa con sangrado genital escaso

Se continúa con antibiótico terapia indicada

Se realiza EKG

Se prepara para entrar a sala de operaciones

15 de junio del 2023 Hora: 15:00

Paciente en NPO, hidratada con antibioticoterapia indicada

Pasa a SOP

15 de junio del 2023 Hora: 16:50

Paciente retorna de SOP. Lúcida orientada, funciones vitales estables

EVOLUCIÓN MÉDICA

15 de junio del 2023 Hora: 16:50

Tratamiento post operatorio

Nada por vía oral por cuatro hs luego dieta blanda y líquidos orales

Cl Na 0.9% 1000cc 30 gts. / min.

Gentamicina 160mg C/24 hr EV

Clindamicina 600mg C/ 8 hr EV

Ergometrina 0.2 mg vía oral c/8 hs

Hemoglobina de control

REPORTE OPERATORIO

Diagnóstico preoperatorio: Aborto incompleto infectado

Diagnóstico post operatorio: El mismo

Tiempo operatorio: 20'

Hallazgos: Genitales externos manchados de sangre, vagina amplia profunda OCI externo e interno abierto, útero en anteverso flexión, histerometría 9 cm. Se extraen restos en poca cantidad con ligero mal olor. Sangrado intra operatorio 80 cc.

Complicaciones: Ninguna

Paciente pasa a URPA

EVOLUCIÓN MÉDICA

16 de junio del 2023 Hora: 8:00 (PO 1)

Paciente en buen estado general buen estado de nutrición e hidratación, funciones vitales normales.

Paciente en su primer día del pos operatorio por legrado uterino por aborto incompleto infectado, niega sensación de alza térmica refiere leve dolor en hipogastrio, presenta hemoglobina de control de 9.00 g/dL

Al examen Regular estado general piel pálida tibia, mucosa orales pálidas secas, abdomen blando depresible no signos peritoneales útero intrapélvico no se evidencia sangrado genital

DIAGNÓSTICO:

Anemia moderada

Post operada de legrado uterino

Aborto incompleto.

INDICACIONES

Alta Médica por la tarde

Antibiótico terapia por 5 días

Control dentro de 10 días por consultorio externo

TRATAMIENTO

Gentamicina 160 mg EV, última dosis

Clindamicina 600 mg EV última dosis

Clindamicina 300 mg cada 8 hrs VO por 3 días

Vigilar signos de alarma

EPICRISIS MATERNA

Fecha de ingreso: 14 de junio del 2023

Diagnóstico de ingreso: Aborto incompleto infectado

Resumen: Paciente que ingresa presentado sangrado transvaginal de mal olor con periodo de evolución de aprox. 5 días, acompañado de dolor moderado en hipogastrio, con diagnóstico de aborto incompleto infectado, por lo que prescribe antibiótico terapia indicando legrado uterino y es dada de alta con indicaciones médicas

Procedimiento terapéutico: Legrado uterino

Complicaciones: ninguna

Fecha y hora de egreso: 16 de junio del 2023; 17:00

Tipo de alta: médica

Estado de egreso: Mejorado

Diagnóstico de egreso: Aborto incompleto infectado.

Acceptante de método hormonal parenteral.

2.3 DISCUSIÓN

El tratamiento del aborto incompleto infectado debe comprender tanto terapia antibiótica como evacuación de los restos. La antibioticoterapia debe por lo menos recibir dos dosis antes del procedimiento quirúrgico para evitar émbolos y shock sépticos.

En este caso de aborto incompleto infectado los microorganismos involucrados son en gran parte bacterias gram negativa y anaerobias porque forman parte de la flora vaginal (21) por lo tanto la cobertura antibiótica administrada fue la adecuada. En la mayoría de los protocolos y guías de atención los antibióticos utilizados son Clindamicina que cobertura a los microorganismos anaerobios e inhibe las toxinas de estreptococos del grupo A y aminoglucósidos con cobertura para bacterias gram negativas (21,22).

Si bien es cierto se consideró como aborto incompleto infectado por la clínica (presencia de sangrado con mal olor, restos endouterinos y el tiempo de evolución), sin embargo no hay alteraciones laboratoriales significativas (hemograma en parámetros normales) sin embargo la proteína C reactiva ya se encuentra positiva probablemente porque la infección se encuentra confinada a la mucosa endometrial de no haber recibido atención oportuna, podría haber evolucionado a un aborto séptico con posterior septicemia, shock séptico e incluso muerte.

En cuantos a los factores de riesgo la paciente no utiliza métodos anticonceptivos a pesar de tener dos hijos vivos, además no lleva control de su ciclo menstrual y no reconoce signos de alarma a pesar de su nivel educativo.

Factores protectores; esta la edad y buen estado nutricional

2.4 CONCLUSIONES:

- El aborto es una complicación con elevada incidencia en nuestro País considerándolo como un problema de salud pública
- La falta de conocimiento de signos de alarma en el embarazo condiciona no acudir al establecimiento de salud al inicio del sangrado
- El ejercicio irresponsable de la salud sexual reproductiva al no utilizar metodología anticonceptiva pese a que se encontraba dando de lactar en forma no exclusiva, condiciona a la complicación del aborto incompleto, pudiendo llegar a sepsis.
- Los antecedentes patológicos maternos es un factor que se debe identificar en la etapa previa al embarazo
- Se cumplió con los parámetros del protocolo, que fue la realización del legrado uterino y antibiótico terapia.
- Se realizó un correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento
- Bajo seguimiento de prevención y promoción acerca de salud sexual reproductiva en los establecimientos del I nivel de atención

2.5 RECOMENDACIONES

- Los establecimientos del I nivel de atención deben realizar investigaciones que propendan al estudio de factores de riesgo locales que predispongan el aborto incompleto como medidas de prevención a futuro.
- Se recomienda fortalecer la estrategia de salud sexual reproductiva con énfasis en planificación familiar en mujeres en edad reproductiva.

- Se recomienda el seguimiento y la detección temprana de gestantes con factores de riesgo.
- Actualización del radar de MEF sin metodología anticonceptiva para la mejora en los procesos de las visitas domiciliarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. WHO-OMS. [Online].; 2021 [cited 2023 junio 16. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
2. Guttmacher Institute. Guttmacher Institute Org. [Online].; 2022 [cited 2023 junio 16. Available from: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>.
3. Guttmacher Institute. Guttmacher Institute Org. [Online].; 2018 [cited 2023 junio. Available from: <https://www.guttmacher.org/es/report/aborto-a-nivel-mundial-2017-resumen-ejecutivo>.
4. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). El Parto: Evento que Exige la Excelencia de la Calidad de los Servicios de Salud. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2018; 68(2).
5. Chayan F, Carbajal C. Aborto terapéutico en Perú. Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque. 2021; 7(2).
6. Vilcapuma M, Bustamante J. Aborto en adolescentes. Revista Médica de Trujillo. 2019; 14(2).
7. Paredes M. Características clínico epidemiológicas del aborto y sus variantes en el Hospital Goyeneche, años 2020-2021. Arequipa-Perú: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2021.
8. Bermejo J. Manejo hospitalario del aborto incompleto, eficacia del legrado uterino y aspiración al vacío Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2022.
9. Palma J. Aborto incompleto séptico más anemia severa en paciente de 20 años Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo; 2019.
10. Vilca P. Aborto incompleto - Hospital Nivel II-2 MINSA Moquegua-Perú: Universidad José Carlos Mariátegui; 2021.
11. Jayo M, Ayala S. Aborto incompleto en el Hospital de Apoyo Jesús de Nazareno-Ayacucho Ica: Universidad Privada de Ica; 2020.

12. Sandiga M. Manejo clínico del aborto incompleto en gestante adolescente atendida en IPRESS III-1 Moquegua-Perú: Universidad José Carlos Mariátegui; 2020.
13. Romero M, Moisés S. El aborto en cifras Argentina: ELA; REDAAS; CEDES; 2020.
14. López D. Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 2020; 5(4).
15. Espinosa G, Galindo-Izquierdo M, Puig B, Caro M, Beltrán P, López J, et al. Control del embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido. Parte 1: Infertilidad, preservación ovárica y valoración preconcepcional. Documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Reumatología Clínica*. 2021; 17(2).
16. Ochoa Y, Rodríguez Y. Aborto en la adolescencia, un reto como problema biopsicosocial actual para la Atención Primaria de Salud. *Multimed*. 2021; 25(3).
17. López D. Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 2020; 5(4).
18. Robles A. Apego a la guía de práctica clínica en el tratamiento de la amenaza de aborto en el hospital de la mujer de Aguascalientes en el año 2020 México: Universidad Autónoma de Aguas Calientes; 2021.
19. Peñaloza R. Hemorragia de la primera mitad del embarazo por aborto inminente en un Hospital Nivel II-2, 2020. Moquegua: Univesidad José Carlos Mariátegui; 2022.
20. Pschyrembel W. *Obstetricia práctica*: Walter de Gruyter GmbH & Co KG.; 2021.
21. Ortiz T, Marines D, Estrada E, Verdin M, Carranza A, Hernández F. Reporte de caso clínico y revisión bibliográfica de aborto diferido de 17.2 semanas de gestación con implantación en cavidad rudimentaria no comunicante de útero unicornio. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2022; 6(4).

22. Jauregui J. Manejo del aborto incompleto en Hospital de III nivel, 2019. Moquegua: Universidas José Carlos Mariátegui; 2022.
23. Bermejo J. Manejo hospitalario del aborto incompleto, eficacia del legrado uterino y aspiración al vacío. Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2022.
24. De Los Santos K, Liñan E. Características clínicas y antecedentes obstétricos en mujeres con diagnóstico de aborto incompleto programadas para aspiración manual endouterina en el Hospital Amazónico de Yarinacocha periodo: agosto–diciembre 2020.: Universidad Nacional Hemiliano Valdizan ; 2022.
25. Flores Y, Villegas M, Pinto J. Aspiración manual endouterina en comparación con el legrado uterino instrumental en el tratamiento del aborto incompleto o retenido. Rev Obstet Ginecol Venez. 2021; 81(2).
26. Ministerio de salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú 2007.
27. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima Perú 2018