"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

ATENCION DEL ABORTO EN EL HOSPITAL DE LIRCAY, HUANCAVELICA, ENERO – JUNIO DEL 2018

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN: EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PRESENTADO POR: Obsta. Gisela Lidia NONALAYA ARIAS

HUANCAVELICA – PERÚ
2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 04 días del mes de Febrero a las 17:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:

NONALAYA ARIAS GISELA LIDIA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares
Secretario : Mg. Rossibel Juana Muñoz De la Torre
Vocal : Mg. Ada Lizbeth Larico López

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

ATENCIÓN DEL ABORTO EN EL HOSPITAL DE LIRCAY, HUANCAVELICA, ENERO - JUNIO DEL 2018.

Presentado por el (la) Obstetra:

NONALAYA ARIAS GISELA LIDIA

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 050 - 2019 concluyendo a las 18:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 04 de Febrero 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.P. OBSTETRICIA
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
P.S.E. OBSTETRICIA
Obsta. Ada Lizbeth Larico López

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
VºBº COORDINACIÓN
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE
Dra. ROSA ASUNTA RIVEROS Laurente
SECRETARIA ACADÉMICA
OBSTETRA
C.O.P. N° 38750

ASESOR: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

A mi hijo Sander, por ser mi motor y motivo para salir adelante y a mis padres por estar conmigo en los malos y buenos momentos y brindarme los mejores consejos.

Gisela

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Huancavelica por darme la oportunidad de lograr mis sueños y por su esfuerzo en bien de la educación.

Muchas personas colaboraron y me apoyaron de manera desinteresada para que pudiera realizarse la investigación. A continuación, menciono a muchos de los cuales han sido mi apoyo en momentos difíciles.
A mis padres Nestor Nonalaya Arias y Lidia Arias Mallma por su valiosa ayuda moral y económica en el desarrollo del proyecto de investigación.

Mi eterna gratitud y cariño a la Dr. Leonardo Leyva Yataco, por la pasión y generosidad con que enseña y motiva. Pero, sobre todo, por incentivarnos en la búsqueda de un "camino propio".

Al director del Hospital Lircay al Obsta. Jim Kelvin Solano Tacza, por facilitarme los medios necesarios para la realización y ejecución del proyecto.

A todos ellos ¡Muchas gracias!

Índice

Dedicatoria iii
Agradecimiento iv
Índice v
Índice de tablas vii
Resumen ix
Abstract x
Introducción xi
CAPÍTULO I
PROBLEMA
1.1. Planteamiento del problema 12
1.2. Formulación del problema 15
1.3. Objetivos de la investigación 15
1.4. Justificación 15
1.5. Limitaciones 16
CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO
2.1. Antecedentes de la investigación 17
2.2. Bases teóricas 24
2.3. Variable de estudio 54
2.4. Definición de términos 55
CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
3.1. Ámbito de estudio 56
3.2. Tipo de investigación 56
3.3. Nivel de investigación 56
3.4. Métodos de investigación 57
3.5. Diseño de investigación 57
3.6. Población, muestra y muestreo 58
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 58
3.8. Procedimiento de recolección de datos 58
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 59

CAPÍTULO IV
RESULTADOS
4.1. Presentación e Interpretación de Datos 61
4.2. Discusión 71
Conclusiones 74
Recomendaciones 75
Referencias bibliográficas 76
Anexos: 79
Anexo 1: Matriz de consistencia 80
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos 82
Anexo 3: Juicio de expertos 85
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar 88

Índice de tablas

Tabla 1.	Edad de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica de enero a diciembre del 2018.	61
Tabla 2.	Tipos de abortos según diagnóstico, atendidos en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.	62
Tabla 3.	Exámenes de ayuda diagnostica realizadas a las mujeres con diagnóstico de aborto, atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.	63
Tabla 4.	Exámenes auxiliares o de laboratorio, realizados a las mujeres atendidas por aborto en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.	64
Tabla 5.	Procedimiento médico o quirúrgico en las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.	65
Tabla 6.	Tratamiento antibiótico administrado a las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.	66
Tabla 7.	Analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos, administrado a las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.	67
Tabla 8.	Oxitócicos administrados a las mujeres con diagnóstico de aborto, atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.	68
Tabla 9.	Días de Hospitalización de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.	69

Tabla 10. Referencia a establecimiento de mayor nivel de las mujeres con diagnóstico de aborto, atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018. 70

Resumen

Objetivo. Determinar el tipo de atención del aborto en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018. **Método**. La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal, descriptiva. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica de enero a diciembre del 2018; según registros estadísticos fueron un total de 40 mujeres con diagnóstico de aborto. La técnica utilizada fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Resultados.** De todas las mujeres con diagnóstico de aborto, la edad promedio fue 27 años, el 50% tuvieron una edad mayor a 25 años, el 50% tuvieron aborto incompleto, el 15% aborto por gestación anembrionada, el 12.5% aborto por gestación no evolutiva, el 12.5% aborto frustro y 10% amenaza de aborto. Se les realizaron ecografías a un 97.5% de pacientes. Los exámenes de laboratorio, realizados fueron Hemograma, Ex. orina, Plaquetas, VIH, Sífilis, Tiempo de Coagulación, Tiempo de Sangría, Grupo Sanguíneo en un 20% y Hemograma, Ex. orina en un 5%. El procedimiento médico fue el legrado uterino en un 70% y la aspiración manual endouterina en un 20%; al 100% le administraron cloruro de sodio al 0,9% x 1,000 ml. En la terapia antibiótica se usaron la Cefazolina en un 52.5% solo o combinado con Doxiciclina y/o con Amikasina o Gentamicina, el 35% fueron tratadas con Amikasina sola o combinada con Clindamicina o Cefalexina o Cefazolina, Ciprofloxacino o Doxiciclina, el 17.5% fueron tratadas con Cefalexina sola o combinada con Clindamicina y/o Amikasina y/o Doxiciclina; y un 5% fueron tratadas con Gentamicina y Doxiciclina. Usaron Diclofenaco en un 45% solo o combinado con Metamizol y/o ibuprofeno. el 42.5% recibieron Metamizol solo o combinado con Diclofenaco y/o ibuprofeno; un 20% solo recibió ibuprofeno. Usaron Misoprostol en un 42.5% de los casos. El 90% estuvieron hospitalizadas de 1 a 3 días. **Conclusiones.** El principal diagnóstico fue aborto incompleto, como ayuda diagnostica se usó la ecografía, los exámenes de laboratorio más solicitados fueron el Hemograma, Examen orina, Plaquetas, VIH, Sífilis, Tiempo de Coagulación, Tiempo de Sangría, Grupo Sanguíneo. En el tratamiento se usó el Misoprostol; el procedimiento médico más utilizado fue el legrado uterino. La terapia antibiótica más usada fue Cefazolina, Amikasina y Cefalexina, otros antibióticos usados en las combinaciones con menos frecuencia fueron la Doxiciclina, Gentamicina, Clindamicina, Ciprofloxacino y Gentamicina.

Palabras clave: Aborto, atención del aborto, diagnósticos de aborto, tratamiento de aborto.

Abstract

Objective. Determine the type of abortion care at the Lircay Hospital, Huancavelica, January - June 2018. **Method.** The research was observational, retrospective, cross-sectional, and descriptive. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all women diagnosed with abortion treated at the Lircay Hospital, Huancavelica from January to December 2018; According to statistical records, there were a total of 40 women with a diagnosis of abortion. The technique used was the documentary analysis; the instrument was the data collection card. **Results:** Of all the women with a diagnosis of abortion, the average age was 27 years, 50% were older than 25 years. 50% had incomplete abortion, 15% abortion due to anembryonic pregnancy, 12.5% abortion due to non-evolutionary gestation, 12.5% abortion frustro and 10% abortion threat. Ultrasound scans were performed on 97.5% of patients. The laboratory tests performed were Hemogram, Ex. Urine, Platelets, HIV, Syphilis, Clotting Time, Bleeding Time, Blood Group by 20% and Hemogram, Ex. Urine by 5%. The medical procedure was uterine curettage in 70% and manual vacuum aspiration in 20%; 100% were administered 0.9% sodium chloride per 1,000 ml. In the antibiotic therapy, Cefazolin was used in 52.5% alone or in combination with Doxycycline and / or with Amikacin or Gentamicin, 35% were treated with Amikacin alone or combined with Clindamycin or Cephalexin or Cefazolin, Ciprofloxacin or Doxycycline, 17.5% were treated with Cephalexin alone or in combination with Clindamycin and / or Amikacin and / or Doxycycline; and 5% were treated with Gentamicin and Doxycycline. They used Diclofenac in 45% alone or in combination with Metamizol and / or ibuprofen. 42.5% received Metamizol alone or in combination with Diclofenac and / or ibuprofen; 20% only received ibuprofen. They used Misoprostol in 42.5% of the cases. 90% were hospitalized for 1 to 3 days. **Conclusions:** The main diagnosis was incomplete abortion, as diagnostic help was used ultrasound, the most requested laboratory tests were the Hemogram, Urine Test, Platelets, HIV, Syphilis, Clotting Time, Bleeding Time, Blood Group. In the treatment, Misoprostol was used; the most used medical procedure was curettage. The most used antibiotic therapy was Cefazolin, Amikacin and Cephalexin; other antibiotics used in the less frequent combinations were Doxycycline, Gentamicin, Clindamycin, Ciprofloxacin and Gentamicin.

Keywords: Abortion, abortion care, abortion diagnoses, abortion treatment.

Introducción

En América Latina y el caribe, la tasa de aborto es aproximadamente de 48 por 1,000 para las mujeres casadas y 29 por 1,000 para las mujeres solteras (1).

Según la OMS existen complicaciones en los abortos peligrosos como aborto incompleto (no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios); hemorragias (sangrado abundante); infección; perforación uterina (cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado); y daños en el tracto genital y órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos (2).

La probabilidad de hospitalización es más alta si la mujer es pobre: el 13,6% de las mujeres que abortan viven en de poblaciones urbanas y el 18,5 % en poblaciones rurales. Según los servicios de salud, un 62% son mujeres menores de 30 años, y de este porcentaje, un 14% son menores de 20 años. Más del 50% de las mujeres recurre al aborto porque no desea ser madre, y un 28% es por razones económicas (3).

Para el sistema de salud las pacientes que cursan con abortos representan una emergencia médica y, en muchos casos es una condición de riesgo que pone en peligro la vida de las mismas. Afecta particularmente a las mujeres que, por su condición socio-económica, tiene dificultad de acceder a atención médica calificada (4).

Existen diferentes formas de atender los casos de aborto, el tratamiento se brinda según la clasificación y gravedad. En la región Huancavelica específicamente en el Hospital de Lircay, donde se atienden abortos; se tiene escaza información sobre los tipos de abortos que se atienden y sus tratamientos; por lo cual es pertinente conocer a más profundidad esta situación a fin de estandarizarla en función a los pacientes y sirva para implementar diversas acciones en cuanto a un manejo protocolizado de la atención del aborto.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capitulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I
PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El National Center for Health Statistics, the Centers for Disease Control and Prevention y la Organización Mundial de la Salud definen al aborto como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la semana 20 de la gestación o bien en ausencia de criterios de fechado precisos, aquel que pesa <500 g al nacer (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), del 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año, según un nuevo estudio de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Guttmacher publicado por The Lancet. La mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina (6). Según la OMS Hubo 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años de edad. Un 25% de los embarazos acabaron en aborto provocado. Según los cálculos, cada año hubo en el mundo unos 25 millones de abortos sin condiciones de seguridad, casi todos ellos en países en desarrollo; 3 de cada 4 abortos practicados en África y América Latina discurrieron sin condiciones de seguridad (2).

En América Latina y el caribe, la tasa de aborto es aproximadamente de 48 por 1,000 para las mujeres casadas y 29 por 1,000 para las mujeres solteras. La proporción del total de embarazos que terminan en aborto aumentó entre 1990–1994 y 2010–2014, de 23% a 32% (1).

Según la OMS existen complicaciones en los abortos peligrosos como aborto incompleto (no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios);

hemorragias (sangrado abundante); infección; perforación uterina (cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado); y daños en el tracto genital y órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos tales como varillas, agujas de tejer o vidrio roto en la vagina o el ano. Los tratamientos para complicaciones surgidas de un aborto inseguro incluyen el tratamiento oportuno de las pérdidas de sangre abundantes (Hemorragia) que pueden ser fatales. Tratamiento con antibióticos a las Infecciones, junto con la pronta remoción de cualquier tejido embrionario que hubiese quedado en el útero. Atención a los posibles traumatismos del tracto genital y/o de órganos internos; si se sospechara la existencia de traumatismos, es esencial el rápido envío de la paciente a un centro de atención sanitaria del nivel apropiado (2).

Durante las últimas dos décadas, la evidencia relacionada con la salud, las tecnologías y los fundamentos lógicos de los derechos humanos para brindar una atención segura e integral para la realización de abortos han evolucionado ampliamente. En la medida que lo permita la ley, todas las mujeres deben contar con servicios para un aborto sin riesgos accesibles y disponibles fácilmente. Esto significa que los servicios deben estar disponibles a nivel de la atención primaria, con sistemas de derivación implementados para todo tipo de atención requerida en un nivel superior. La capacitación de los profesionales que realizan abortos garantiza que sean competentes para brindar atención de buena calidad de acuerdo con los estándares y las guías nacionales. Garantizar una atención relacionada con el aborto de buena calidad requiere supervisión, aseguramiento de la calidad y evaluación de manera constante (7).

Cuando el aborto es realizado por personal debidamente capacitado en condiciones médicas modernas, es sumamente raro que se produzcan complicaciones y el riesgo de muerte es insignificante. Sin embargo, todo servicio en todos los niveles del sistema de salud debe estar equipado y contar con personal capacitado en reconocer las complicaciones del aborto y brindar una atención rápida o derivar a la mujer para que reciba atención inmediata durante las 24 horas del día (7).

Luis Távara Orozco coordinador del Comité sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), plasmó en un informe que, de un millón de embarazos que se registran anualmente en el Perú, 400.000 mil terminan en abortos que generan la muerte de un 15% de mujeres; la probabilidad de hospitalización es más alta si la mujer es pobre: el 13,6% de las mujeres que abortan viven en de poblaciones urbanas y el 18,5 % en poblaciones rurales. Según los servicios de salud, un 62% son mujeres menores de 30 años, y de este porcentaje, un 14% son menores de 20 años. Más del 50% de las mujeres recurre al aborto porque no desea ser madre, y un 28% es por razones económicas (3).

La OMS en el manejo del aborto y atención postaborto recomienda la aspiración por vacío manual o eléctrica, así como el aborto médico con mifepristona seguida de misoprostol (o solo misoprostol si no se dispone de la primera). El aborto incompleto sin complicaciones (tanto inducido como espontáneo) se puede controlar mediante la aspiración por vacío manual (AVM) o la aspiración por vacío eléctrica (AVE), o bien con misoprostol oral o sublingual (8).

Para el sistema de salud las pacientes que cursan con abortos representan una emergencia médica y, en muchos casos es una condición de riesgo que pone en peligro la vida de las mismas. Afecta particularmente a las mujeres que, por su condición socio-económica, tiene dificultad de acceder a atención médica calificada (4).

Existen diferentes formas de atender los casos de aborto, el tratamiento se brinda según la clasificación y gravedad. En la región Huancavelica específicamente en el Hospital de Lircay, donde se atienden abortos; se tiene escaza información sobre los tipos de abortos que se atienden y sus tratamientos; por lo cual es pertinente conocer a más profundidad esta situación a fin de estandarizarla en función a los pacientes y sirva para implementar diversas acciones en cuanto a un manejo protocolizado de la atención del aborto, con calidad y acordes al contexto socio cultural.
Este problema de salud ha sido poco estudiado tanto a nivel regional, local y como problema de salud pública; por lo cual requiere investigarse de manera concienzuda

desde sus diferentes aristas; ya que sus resultados permitirán tomar decisiones, implementar estrategias integrales en salud y monitorear las acciones que aporten a la reducción de abortos.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo es la atención del aborto en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál son los tipos de abortos según diagnostico atendidos en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018?
- ¿Cuál es el manejo clínico de los abortos atendidos en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el tipo de atención del aborto en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los tipos de abortos según diagnostico atendidos en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.
- Determinar el manejo clínico de los abortos atendidos en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.

1.4. Justificación

Para el sistema de salud las pacientes que cursan con abortos representan una emergencia médica y, en muchos casos es una condición de riesgo que pone en peligro la vida de las mismas. Afecta particularmente a las mujeres que, por su condición socio-económica, tiene dificultad de acceder a atención médica calificada (4).

La OMS expresa especial preocupación por el aborto incompleto, ya que puede provocar complicaciones que si no se tratan a tiempo y de manera profesional pueden llegar a causar la muerte de la paciente. Las principales causas de complicaciones del aborto incompleto pueden ser el shock hipovolémico y las infecciones, lo cual aumenta el riesgo de muerte materna hasta en un 60% de los casos, en algunos países. El aborto puede ser espontáneo o inducido y este a su vez pueden ser completo o incompleto.

La investigación tuvo el propósito conocer el procedimiento médico del aborto en las pacientes atendidas en el Hospital de Lircay, esta información aunada a evidencia científica servirá para implementar estrategias que le permitan ofrecer a las mujeres una atención oportuna y con calidad a las mujeres que llegan a los servicios en estas circunstancias desde una perspectiva integral, evitando maniobras inseguras y garantizando su salud sexual y reproductiva; por otra parte, servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.

1.5. Limitaciones

El estudio fue factible de realizar desde los aspectos básicos operativos, técnicos y económicos.

Las limitaciones encontradas en el trabajo de investigación fueron el tiempo de acceso a las historias clínicas y registros de atención; esto debido a la disposición de tiempo del personal de salud para brindar información o facilitar las fuentes secundarias, por sus ocupaciones laborales.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Andrade (9), investigo sobre el perfil epidemiológico, clínica y complicaciones de aborto en mujeres de 15 a 25 años. El estudio lo realizo en el hospital general Liborio Panchana Sotomayor de la provincia de Santa Elena durante el periodo del 2014 a 2016. Su objetivo fue analizar el perfil epidemiológico y clínica del aborto en pacientes de 15 a 25 años de edad en pacientes ingresadas al Hospital General Liborio Panchana Sotomayor. Métodos: La investigación fue descriptiva con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, corte transversal y retrospectivo con el método de observación y analítico para dar una información sobre el tema del aborto. Se escogió una muestra de 100 pacientes con diagnóstico de aborto. Resultados: De las 100 pacientes con diagnóstico de aborto el 55% fueron estudiantes, el 20% comerciantes, el 12% no tenían ocupación, el 11% tenían de ocupación el hogar y el 1% fueron profesionales y otros. El 61% fueron de procedencia rural y el 39% del área urbana. En cuanto al nivel de instrucción de las pacientes en estudio con diagnóstico de aborto, el 41% estaban cursando o aun no culminan la secundaria, el 30% terminaron la primaria, pero por algunos factores no han ingresado a secundaria, el 25% lo ocupa aquellas que están en su nivel superior de educación y el 4% no han recibido algún tipo de educación. El 74% fueron solteras, el 15% mujeres con unión libre, el 10% fueron casadas y el 1% divorciadas. Con respecto al rango de edad de las pacientes el 41% estuvieron en el grupo de 15 a 16 años, el 17% estuvieron en el grupo de 17 a 18 años, el 14% estuvieron en el grupo de 19 a 20 años, el 11% estuvieron en el grupo de 25 años y las ultimas proporciones se encontraron en los grupos comprendido de 21 a 22 años con el 10% y de 23 a 24 años con el 7%. Conclusión: El aborto sigue siendo un problema de alto impacto en Salud Pública

debido a su incidencia y eventuales complicaciones (relacionadas diversos factores de riesgo maternales, ovulares o fetales, entre otros. Su manejo general debe ser, por lo tanto, de ser un tema importante a tratar de todo el equipo de salud, particularmente a nivel de atención primaria y urgencia.

Álvarez et al (10). Realizaron un Análisis comparativo de complicaciones agudas posquirúrgicas entre legrado y la aspiración manual endouterina en el aborto guiados por ultrasonido intraoperatorio vs. técnica habitual a ciegas. El uso de ultrasonido transoperatorio para guiar la evacuación no está descrito en la técnica original, pero hay algunos estudios que avalan su uso para realizar el procedimiento y asegurar su finalización de forma inequívoca, disminuyendo las complicaciones agudas. Material y métodos: Estudio retrospectivo, con muestreo censal (pacientes que acudieron al servicio de noviembre del 2003 a julio del 2013 a quienes se les realizó legrado uterino o aspiración manual endouterina con y sin guía ultrasonográfica transoperatoria); tamaño de la muestra: 221 pacientes. Se formaron 2 grupos por conveniencia según la intervención realizada (con y sin ultrasonido): grupo 1 (50 pacientes) y grupo 2 (174 pacientes). Se registró: edad, semanas de gestación, procedimiento realizado, indicación del procedimiento y complicaciones (perforación, sangrado, infección o dolor). Con estos datos se construyeron bases de datos multivariables para evaluar y analizar la tendencia; con las variables cuantitativas se efectuaron pruebas de estadística descriptiva; con los datos cualitativos se realizaron histogramas comparativos y la prueba de chi cuadrada para evaluar si existía o no diferencia significativa entre los grupos con significación para $p \leq 0{,}05$. Resultados: No se encontró diferencia significativa para perforación e infección, pero sí hubo diferencia significativa ($p \leq 0{,}05$) de sangrado entre los grupos, con una incidencia de 2,38%(grupo 1) y de 16,75% (grupo 2). Conclusiones: El ultrasonido intraoperatorio es seguro, de bajo costo y con capacidad de reducir el sangrado significativamente.

López y Morales (11), investigaron sobre la frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital “Homero Castanier Crespo”

en el año 2013. Cuenca-Ecuador. Objetivo: Establecer la frecuencia de aborto y características sociodemográficos asociados en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo entre Enero – Diciembre de 2013. Metodología: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en el Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues y en su departamento de Emergencia y Gineco Obstetricia; se revisaron todas las historias clínicas de pacientes atendidas por aborto durante el periodo enero de 2013 hasta diciembre de 2013, se recolectaron las siguientes variables edad, residencia, estado civil, instrucción, religión, características obstétricas, tipo de aborto y anticoncepción; la información fue procesada a través de una base de datos elaborada y codificada en el programa SPSS versión 19. Resultados: La frecuencia de aborto fue de 6,91% lo que representa 201 casos; siendo más frecuente en la población de 20-29 años con el 43,8%; la media de edad de 25,65 años; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 43,3%; de religión católica 90% y estado civil casadas 48,8%; se presentaron las siguientes patologías asociadas: ITU 25,9% y Vaginosis 6%. Las características obstétricas fueron las siguientes: 2 a 4 gestas 63,2%; menos de 2 partos 74,1%; antecedente de 1 aborto 81,6%; sin antecedentes de cesárea anterior 80,1%. El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo diferido. Conclusiones: La prevalencia de aborto es elevada en el Hospital Homero Castanier Crespo y su caracterización no es diferente a la reportada en la bibliografía.

Ruipérez et al (12). Investigaron sobre el tratamiento médico del aborto espontáneo del primer trimestre. Objetivos: Evaluar la eficacia del tratamiento médico con misoprostol en el aborto espontáneo del primer trimestre de la gestación. En segundo plano, conocer la incidencia de efectos secundarios y complicaciones e identificar las causas que puedan motivar el fracaso del tratamiento médico. Establecer el grado de aceptabilidad y satisfacción de las pacientes. Realizaron estudio coste/eficacia. Sujetos y métodos: Estudio longitudinal, observacional, prospectivo, descriptivo y analítico. Se evaluó a 680 pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo del primer trimestre en el periodo comprendido entre junio de 2009 y diciembre de 2011 en el Hospital Clínico San Carlos, elaborándose un protocolo para la administración del tratamiento médico con misoprostol para aquellas pacientes que lo aceptaban, frente

al tratamiento quirúrgico clásico. Resultados: El éxito del tratamiento médico fue del 81,85%. Eficaz en el 89,21% de los abortos consumados incompletos, en el 79,52% de los abortos diferidos y en el 78,46% de las gestaciones anembrionadas. Hubo efectos secundarios menores en el 33,59% de las pacientes, declarándose satisfechas el 84,99% de las pacientes. Con respecto al estudio de costes, se produjo un ahorro por paciente de 960,54 D. Conclusiones: El éxito del tratamiento médico en nuestro estudio fue elevado, siendo eficaz aproximadamente en 8 de cada 10 pacientes. El misoprostol es altamente aceptado por las pacientes, declarándose la mayoría satisfechas. La incidencia de efectos secundarios menores es baja, y fueron bien tolerados, por lo que su presencia no parece que limite la aplicación de dicho tratamiento. Su utilización contribuye a reducir los costes sanitarios.

Gippini et al (13). Realizaron un Análisis del valor del misoprostol en el tratamiento del aborto diferido. Objetivo: Estudiar el misoprostol como alternativa en el tratamiento del aborto diferido precoz. Material y métodos: Se analiza a 109 pacientes diagnosticadas de aborto precoz en el Hospital La Zarzuela de Madrid, de diciembre de 2009 a diciembre de 2010, a las que se ofertó tratamiento médico (600 mg de misoprostol por vía intravaginal) o tratamiento quirúrgico mediante legrado. Resultados: Noventa y dos pacientes recibieron tratamiento médico y 17 fueron tratadas quirúrgicamente. El tratamiento médico se demostró eficaz en 78 casos (84,8%); tuvo mayor dolor (6,29 [2,46) vs 4,24 [3,35): p = 0,026), menos días de baja, (3,0 [1,3-7,0] vs 6,5 [4,0-14,8]; p = 0,007); mayor necesidad de analgesia (p = 0,014) y una satisfacción global más baja (9,33 [1,32] vs 8,26 [1,64); p = 0,024] que el tratamiento quirúrgico. Se obtuvo un ahorro significativo (p = 0,000) de 123,04 euros por procedimiento. Conclusión: El tratamiento con misoprostol del aborto diferido presenta una tasa de éxitos cercana al 90%, con escasos efectos secundarios, con un buen grado de satisfacción y escaso coste sanitario, por lo que es una alternativa válida al legrado.

Gómez et al (14). Realizaron la Evaluación de la Atención Integral al Pos-aborto en 13 Hospitales de Colombia. Objetivos El propósito de este trabajo es describir la

experiencia con la estrategia de Atención Integral al Posaborto (APA) en 13 hospitales colombianos en lo referente a tres componentes: Consejería, tratamiento y planificación familiar. Métodos Estudio mixto con un componente cuantitativo (corte transversal) y otro cualitativo. Población: Hospitales en Colombia que recibieron capacitación en APA entre 1999 y 2002 y que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión. Se hizo un muestreo secuencial por conveniencia, entrevistando 127 pacientes, 13 gerentes, y 39 proveedores. Resultados: Entre 1999 y 2002 se atendieron 26 199 mujeres con aborto incompleto. Se trataron con legrado uterino por aspiración manual (LUA) el 40 % y con legrado uterino con cureta (LUC) el 60 %. En los casos de LUA se brindó consejería en el 99,8 % y en los de LUC en 57,3 %. Utilizando LUA no hubo perforaciones uterinas, aunque hubo 2 reacciones vágales mientras con LUC hubo 9 perforaciones uterinas (Chi2: 2,16; p=0,14). Con LUC hubo necesidad de reaspiración por evacuación incompleta en 13 casos mientras que en LUA en un caso (Chi2: 6,25 p=0,01). Las pacientes sometidas a LUA refirieron haber estado muy satisfechas y satisfechas en más del 90 % mientras que para LUC el grado de satisfacción fue del 60 %. Manifestaron satisfacción con la estrategia APA todos los proveedores y 12 de 13 gerentes. Conclusiones La técnica LUA presentó menor morbilidad y mayor satisfacción en las usuarias. La mayoría de los gerentes y la totalidad de los proveedores manifestaron satisfacción con la estrategia APA.

A nivel nacional.

Guerrero (15), investigo sobre las características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital de Apoyo Nuestra Señora de las Mercedes Paita durante el período julio a diciembre 2017. Su objetivo fue estudiar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Apoyo Nuestra Señora de las Mercedes de Paita. Metodología: El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional. Resultados: Se encontró una incidencia de 18.49%; el grupo etario con mayor frecuencia de abortos fue de 20 a 24 años con 32.14%, la mayor parte de pacientes presentó nivel de instrucción secundario56,4%, la mayoría de pacientes procedía de zona urbana marginal 60.7%; el 78.6% tenían estado civil conviviente, la ocupación más frecuente fue la de ama

de casa con 84.3%, la mayoría fueron multigestas y presentaban abortos previos (72.1% y 32.8% respectivamente), la edad gestacional con mayor frecuencia fue menor a 8 semanas con 50%; el aborto más frecuente fue el espontáneo (99.3%), y la forma clínica predominante fue el aborto incompleto (85.7%); el síntoma más frecuente fue la asociación sangrado más dolor abdominal(51.4%), el tratamiento frecuentemente utilizado fue el legrado uterino (59.3%), la principal complicación fue anemia(47.14%), la condición al alta en su totalidad recuperadas(99.3%). La conclusión fue una incidencia mayor; edad promedio fue de 27.3 años, ama de casa, procedencia de zona urbana Marginal, nivel socioeconómico bajo, grado de instrucción secundaria, condición conviviente. El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto. El tratamiento más utilizado fue el legrado uterino. No hubo complicaciones en la mayoría de pacientes.

Távara et al (16). Investigaron sobre los Costos de la atención postaborto en hospital es de Lima, Perú. Objetivos: Determinar el costo de atención de los abortos incompletos en los hospitales públicos y de abortos electivos en una institución privada. Diseño: Investigación prospectiva. Participantes: Mujeres con aborto incompleto. Metodología: En 120 mujeres con aborto incompleto complicado o no complicado en cuatro hospitales públicos de Lima y 40 mujeres en una clínica privada, se estableció el tiempo que demandó la atención, costo de personal, medicamentos, insumos, equipos y funcionamiento del hospital; igualmente el costo de bolsillo, transporte, cuidado de los niños y del hogar y el ingreso dejado de percibir. Todas firmaron un consentimiento informado. Principales medidas de resultados: Costos de atención. Resultados: La permanencia en tres hospitales, hasta el alta, por aborto incompleto no complicado fue alrededor de 6 horas, siendo mayor en uno de ellos por la normativa interna. En los cuatro hospitales, las complicaciones del aborto ameritaron una permanencia mayor. Las mujeres de aborto electivo requirieron la mitad del tiempo de aquellas con aborto incompleto no complicado en los hospitales. El costo total para la atención de abortos incompletos no complicados fue similar en los cuatro hospitales, entre US$ 110 y US$ 150; y para abortos complicados varió entre US$ 376 y US$ 858. El costo total de atención de los abortos electivos fue similar a la atención del aborto no complicado en los hospitales.

Conclusiones: La permanencia de las mujeres con aborto no complicado fue relativamente corta en los hospitales. El costo de atención de los abortos complicados y no complicados demandó un monto importante para los hospitales y las propias mujeres. Los costos del aborto electivo estuvieron al alcance de las mujeres y ninguno de ellos evidenció complicación alguna.

Mascaro (17). Investigo sobre la Atención integral postaborto, en el Instituto Especializado Materno Perinatal. 1995 – 2004. Objetivos. Evaluar la experiencia en la aplicación del modelo: manejo ambulatorio y atención integral del aborto. Diseño. Estudio clínico retrospectivo. Lugar. Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), hospital de enseñanza. Participantes. Mujeres con aborto de menos de 12 semanas. Intervenciones. Se analizó los casos de aborto atendidos en la institución, en la década 1995 a 2004. Se comparó los procedimientos efectuados, como legrado uterino instrumental y aspiración manual endouterina (AMEU), así como los diagnósticos que justificaron la intervención quirúrgica. Se evaluó las complicaciones presentadas con AMEU y legrado uterino, la consejería efectuada y los métodos de planificación familiar postaborto, aplicados como parte de la atención integral. Principales medidas de resultados. Tipo de atención quirúrgica y complicaciones del aborto, consejería postaborto y costos. Resultados. Entre los años 1995 y 2004, se atendió en el IEMP 58 757 casos de abortos, de los cuales 19 295 (32,8%) fueron resueltos ambulatoriamente (47,3% en el 2004). El método más usado fue la AMEU (92,1%), habiéndose comunicado pocas complicaciones (1,87%), siendo estas por AMEU insuficiente, hematometra, endometritis postaborto y enfermedad inflamatoria pélvica. La analgesia utilizada fue el bloqueo paracervical con lidocaína o petidina endovenosa. Las pacientes permanecieron en emergencia un promedio de 2 a 4 horas, siendo el costo del manejo del aborto ambulatorio ampliamente ventajoso con relación a un aborto con hospitalización. En 81,1% de los casos se hizo consejería y 50,4% salió con un método anticonceptivo. CONCLUSIONES. La clásica atención del aborto con hospitalización en el IEMP ha pasado a ser atención ambulatoria integral en el Servicio de Emergencia. Este modelo, propuesto por el Ministerio de Salud y Pathfinder, para la atención integral postaborto, ha sido validado e institucionalizado por etapas; el proyecto concluyó en

el año 2002 y su aplicación es vigente, con amplias ventajas para la paciente y la institución.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Aborto

Es importante señalar que el National Center for Health Statistics, the Centers for Disease Control and Prevention y la Organización Mundial de la Salud definen al aborto como la interrupción del embarazo antes de la semana 20 de la gestación o con feto que nace con un peso <500 gramos (5).

La palabra aborto se deriva del latín aboriri, abortar. El aborto se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. En inglés existen dos términos para referirse al aborto, miscarriage y abortion, que son sinónimos. Sin embargo, en general el término abortion se utiliza para referirse a la interrupción inducida del embarazo, por lo que se prefiere utilizar miscarriage para referirse a la expulsión espontánea del feto. Existen términos nuevos generados por el uso extendido de la ecografía y las concentraciones de gonadotropina coriónica humana que permiten identificar a los embarazos incipientes e incluyen el aborto del primer trimestre y falla al inicio del embarazo. En este libro se utilizan indistintamente (5, 18).

Los términos que se han utilizado en la clínica durante muchos decenios por lo general se utilizan para describir a los abortos más tardíos. Éstos comprenden:

1. Aborto espontáneo: esta categoría incluye a la amenaza de aborto, el aborto inevitable, el incompleto o completo y el aborto retenido (diferido). El término aborto séptico se utiliza para referirse a cualesquiera de los anteriores que además se complican por una infección.

2. Aborto recurrente: este término tiene definiciones variables, pero tiene la intención de identificar a mujeres con abortos espontáneos repetidos para corregir cualquier factor de fondo y así obtener un recién nacido viable.

3. Aborto inducido: este término se utiliza para describir a la interrupción quirúrgica o médica de un feto vivo que no ha alcanzado la viabilidad.

2.2.2. Aborto espontáneo

2.2.2.1. Patogenia

Más de 80% de los abortos espontáneos ocurre en las primeras 12 semanas de la gestación. En los abortos del primer trimestre, el embrión o feto casi siempre muere antes de su expulsión espontánea. La muerte por lo general se acompaña de hemorragia en la decidua basal. A continuación, se necrosan los tejidos adyacentes, lo que estimula las contracciones uterinas y la expulsión. El saco gestacional íntegro se encuentra lleno de líquido y puede contener o no un embrión o feto. Por consiguiente, la clave para establecer la causa de un aborto incipiente es determinar la causa de la muerte fetal. Por el contrario, en los abortos tardíos el feto no suele morir antes de su expulsión y por lo tanto se deben buscar otras explicaciones (5, 18).

2.2.2.2. Frecuencia

Las estadísticas en cuanto a la frecuencia del aborto espontáneo varían según la rapidez con que se hace el diagnóstico. Wilcox et al. (1988) estudiaron a 221 mujeres sanas durante 707 ciclos menstruales y encontraron que 31% de los embarazos se abortaron después de su implantación. Utilizaron análisis altamente específicos para detectar concentraciones mínimas de β-hCG sérica materna y observaron que 66% de estos abortos tan prematuros son silenciosos desde el punto de vista clínico.

En la actualidad, se conocen factores que repercuten en el aborto espontáneo que se manifiesta, pero no se sabe si éstos son los mismos factores que repercuten en los abortos silenciosos. Por ejemplo, el índice de abortos clínicos casi se duplica cuando cualquiera de los padres tiene más de 40 años de edad (Gracia, 2005; Kleinhaus, 2006). No obstante, se desconoce si el aborto silencioso también recibe la influencia de la edad de los padres (5, 18).

2.2.2.3. Factores fetales

Cerca de 50% de los abortos es de tipo anembriónico, esto es, sin elementos embrionarios identificables. También se puede utilizar el término saco vacío, pero es menos preciso (Silver, 2011). El otro 50% corresponde a abortos embrionarios, que por lo general exhiben alguna malformación congénita del cigoto, embrión, feto o, en ocasiones, placenta. De los abortos embrionarios, la mitad de éstos 25% de todos los abortos, posee anomalías cromosómicas y por lo tanto son abortos aneuploides. Los demás son abortos euploides, esto es, con un complemento cromosómico normal (5, 18).

2.2.2.4. Factores maternos (18, 19)

Las causas de los abortos euploides se conocen poco, pero se han atribuido a diversas enfermedades, alteraciones ambientales y anomalías congénitas.

Infecciones

Muchos virus, bacterias y otros microorganismos frecuentes que invaden al ser humano sano pueden provocar abortos. Muchos son generalizados e infectan a la unidad feto placentaria por vía hematológica. Otros provocan una infección circunscrita a través de infección o colonización genitourinaria. Sin embargo, pese a las infecciones numerosas que se adquieren durante el embarazo, éstas rara vez provocan abortos al principio de la gestación. Las infecciones por Brucella abortus, Campylobacter fetus y Toxoplasma gondii inducen abortos en el ganado, pero su función en el embarazo del ser humano se desconoce (Feldman, 2010; Hide, 2009; Mohammad, 2011; Vilchez, 2014). Al parecer las infecciones por Listeria monocytogenes, parvovirus, citomegalovirus o virus de herpes simple no son inductoras de abortos (Brown, 1997; Feldman, 2010). Una posible excepción es la infección por Chlamydia trachomatis, que se detectó en 4% de los abortos frente a <1% de los testigos (Baud, 2011). Otra es la

infección polimicrobiana por la enfermedad periodontal, que se ha vinculado con un riesgo entre dos y cuatro veces mayor (Holbrook, 2004; Moore, 2004; Xiong, 2007) (5).

La información sobre el vínculo entre otras infecciones y la mayor frecuencia de abortos es contradictoria. Algunos ejemplos son Mycoplasma y Ureaplasma (Quinn, 1983a,b; Temmerman, 1992). Otra es la relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Quinn, 1983a,b; van Benthem, 2000). Oakeshott et al. (2002) encontraron cierta relación entre el aborto del segundo trimestre y vaginosis bacteriana, mas no entre el aborto del primer trimestre y la amenaza de parto pretérmino.

Enfermedades

En general, los abortos del primer trimestre rara vez son secundarios a enfermedades crónicas como tuberculosis o carcinomatosis. Existen unas cuantas enfermedades que quizá están vinculadas con un mayor número de abortos del primer trimestre. La diabetes mellitus y las enfermedades tiroideas se describen más adelante. Otro ejemplo es la enfermedad celiaca, que provoca abortos recurrentes y esterilidad masculina y femenina (Sharshiner, 2013; Sher, 1994). La cardiopatía cianógena sin reparar probablemente aumenta el riesgo de abortar y, en algunos casos, este riesgo persiste después de la reparación (Canobbio, 1996). Los trastornos alimenticios, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa también se han vinculado con subfertilidad, parto pretérmino y restricción del crecimiento fetal. Sin embargo, su vínculo con el aborto no ha sido estudiado lo suficiente (Andersen, 2009; Sollid, 2004). La enfermedad inflamatoria intestinal y el lupus eritematoso generalizado probablemente también aumentan el riesgo (Al Arfaj, 2010; Khashan, 2012). Aparentemente la hipertensión crónica no confiere un riesgo significativo (Ankumah, 2013). En las mujeres con antecedente de abortos recurrentes la frecuencia de retraso del crecimiento

fetal es mayor y quizá están relacionadas (Catov, 2008). Otro posible vínculo con las vasculopatías es que las mujeres con abortos múltiples tienen más probabilidad de padecer más adelante un infarto del miocardio (Kharazmi, 2011) (5).

Fármacos. Muy pocos medicamentos han sido estudiados en cuanto a su función en el aborto del primer trimestre. Los anticonceptivos orales y los espermicidas utilizados en cremas y jaleas anticonceptivas no tienen relación con la frecuencia de los abortos. Asimismo, los antiinflamatorios no esteroideos y el ondansetrón tampoco están vinculados (Edwards, 2012; Pasternak, 2013). En el embarazo con un dispositivo intrauterino (IUD, intrauterine device) el riesgo de aborto es mayor, específicamente de un aborto séptico. Con los IUD más modernos, Moschos y Twickler (2011) encontraron que solo 6 de 26 embarazos íntegros se abortaron antes de las 20 semanas. Por último, en los estudios no se ha demostrado una mayor frecuencia de abortos con vacuna de conjugado meningocócico ni vacuna trivalente inactivada de influenza (Irving, 2013; Zheteyeva, 2013) (5).

Cáncer. Las dosis radioterapéuticas indudablemente son abortivas, pero se desconocen las dosis exactas. Según Brent (2009), la exposición a < 5 rads no aumenta el riesgo. Las mujeres que sobreviven a un cáncer y que recibieron tratamiento previo con radioterapia abdominopélvica, posteriormente tienen mayor riesgo de sufrir abortos. Wo y Viswanathan (2009) publicaron un riesgo entre dos y ocho veces mayor de padecer abortos, recién nacidos con bajo peso al nacer y restricción en el crecimiento, parto de pretérmino y mortalidad perinatal en las mujeres que recibieron tratamiento previo con radioterapia. Hudson (2010) encontró mayor riesgo de padecer abortos en las mujeres que recibieron radioterapia y quimioterapia por un cáncer durante la infancia (18).

Los efectos de la quimioterapia como abortivos no han sido definidos. Las más preocupantes son las mujeres con un embarazo que al principio es normal, pero reciben un tratamiento erróneo con metotrexato por un supuesto embarazo ectópico. En una publicación de ocho casos de este tipo, dos fetos de tamaño viable padecían malformaciones múltiples. En los seis casos restantes, tres sufrieron aborto espontáneo o inducido (Nurmohamed, 2011).

Diabetes mellitus

Los efectos abortivos de la diabetes no controlada son bien conocidos. La glucemia controlada mitiga gran parte del efecto. La frecuencia de aborto espontáneo y malformaciones congénitas mayores es mayor en las mujeres con diabetes insulinodependiente. Este riesgo es directamente proporcional a la glucemia cerca del momento de la concepción y el control metabólico (18).

Enfermedades tiroideas

Desde hace tiempo se ha sospechado que estas enfermedades provocan abortos en el primer trimestre y otros resultados adversos del embarazo. La deficiencia grave de yodo, que es rara en los países desarrollados, aumenta la frecuencia de abortos (Castañeda, 2002). Las mujeres con frecuencia padecen distintos grados de insuficiencia de hormona tiroidea. Aunque el hipotiroidismo manifiesto, el de peor pronóstico, es raro durante el embarazo, el hipotiroidismo subclínico tiene una frecuencia de 2 a 3% (Casey, 2005; Garber, 2012). Ambos son producidos casi siempre por tiroiditis de Hashimoto autoinmunitaria, en la que tanto la frecuencia como la gravedad disminuyen con la edad. Pese a esta prevalencia, el riesgo de abortar por hipotiroidismo aún se desconoce (Krassas, 2010; Negro, 2010). Dicho lo anterior, De Vivo (2010) publicó que la deficiencia subclínica de hormona tiroidea quizá provoca abortos incipientes en el primer trimestre.

La prevalencia de una concentración sérica anormalmente elevada de anticuerpos peroxidasa tiroidea o tiroglobulina es de aproximadamente 15% en las embarazadas (Abbassi-Ghanavati, 2010; Haddow, 2011). A pesar de que la mayoría de estas mujeres es eutiroidea, las que padecen hipotiroidismo clínico tienden a una concentración más elevada de anticuerpos. No obstante, incluso en las mujeres eutiroideas, los anticuerpos constituyen un indicador de más abortos (Benhadi, 2009; Chen, 2011; Thangaratinam, 2011). Esto ha sido confirmado en dos estudios prospectivos y los datos preliminares de uno de ellos sugieren que el complemento de tiroxina reduce este riesgo (Männistö, 2009; Negro, 2006) (5, 18).

Cirugías

El riesgo de abortar por una cirugía no ha sido bien estudiado. Existe gran interés en el resultado del embarazo después de una cirugía bariátrica puesto que, como se describe en seguida, la obesidad constituye un factor de riesgo incuestionable para abortar. Sin embargo, en la actualidad no se sabe si este riesgo se mitiga con la cirugía para bajar de peso (Guelinckx, 2009).

Probablemente las cirugías no complicadas que se realizan al principio del embarazo no aumentan el riesgo de abortar (Mazze, 1989). Por lo general es posible extraer los tumores ováricos sin provocar un aborto. Una excepción importante es la extracción del cuerpo amarillo o del ovario en el que reside. Si se lleva a cabo antes de la décima semana de gestación es necesario administrar progesterona complementaria. Entre las ocho y 10 semanas se administra una sola inyección intramuscular de 150 mg de caproato de 17-hidroxiprogesterona en el momento de la cirugía. Si se realiza entre las seis y ocho semanas se administran dos inyecciones de 150 mg, una y dos semanas después de la primera dosis. Otros regímenes de progesterona son: 1) progesterona micronizada oral, 200 o 300 mg al día o 2) gel vaginal de

progesterona al 8% por vía intravaginal en forma de un aplicador diario más 100 o 200 mg de progesterona micronizada oral al día en forma continua hasta las 10 semanas de gestación.

Los traumatismos rara vez provocan abortos durante el primer trimestre y, pese a que el Parkland Hospital es un centro traumatológico importante, este vínculo es ocasional. Los traumatismos mayores, en especial los abdominales pueden causar aborto, pero éste es más probable conforme el embarazo avanza (18).

Alimentación

Los extremos de la nutrición, desnutrición grave y obesidad mórbida, aumentan el riesgo de aborto. La calidad de la alimentación también es importante, ya que este riesgo es menor en las mujeres que consumen diario frutas y vegetales frescos (Maconochie, 2007). La carencia aislada de un solo nutriente o la deficiencia moderada de todos ellos al parecer no aumenta el riesgo de abortar. Incluso en los casos extremos, por ejemplo, hiperémesis gravídica, el aborto es raro (Maconochie, 2007).

Es importante señalar que Bulik et al. (2010) publicaron que 50% de los embarazos en las mujeres con anorexia nerviosa eran no planeados. La obesidad se acompaña de varios resultados adversos del embarazo. Éstos comprenden menor fertilidad y mayor riesgo de abortar y padecer abortos recurrentes (Jarvie, 2010; Lashen, 2004; Satpathy, 2008). En un estudio de 6,500 mujeres que concibieron con fertilización in vitro (IVF, in vitro fertilization), la frecuencia de nacidos vivos se redujo de manera progresiva conforme el índice de masa corporal (BMI, body mass index) se incrementaba una unidad (Bellver, 2010a). Como ya se mencionó, pese a que los riesgos para muchos resultados adversos al final del embarazo disminuyen después de la cirugía bariátrica,

sus efectos benéficos en relación con el aborto aún se desconocen (Guelinckx, 2009) (18).

Factores sociales y conductuales

Los estilos de vida que supuestamente aumentan el riesgo de abortar, probablemente están vinculados con el consumo crónico y especialmente de sustancias legales. La más frecuente es el alcohol, con sus efectos teratógenos. Dicho esto, el riesgo de abortar aumenta únicamente cuando el alcohol se consume de forma regular o abundante (Floyd, 1999; Maconochie, 2007). De hecho, el consumo moderado de alcohol no aumenta de manera significativa el riesgo de abortar (Cavallo, 1995; Kesmodel, 2002). Cuando menos 15 de las embarazadas admite que fuma (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Afirmar que el cigarrillo provoca abortos en el primer trimestre a través de diversos mecanismos con efectos adversos al final del embarazo es intuitivo mas no comprobado (Catov, 2008).

El consumo excesivo de cafeína, que aún no se define del todo, se ha vinculado con un mayor riesgo de abortar. Algunas publicaciones afirman que el consumo de unas cinco tazas de café por día, cerca de 500 mg de cafeína, aumenta ligeramente el riesgo de abortar (Armstrong, 1992; Cnattingus, 2000; Klebanoff , 1999). Los estudios de un consumo "moderado", menos de 200 mg diarios de cafeína no encontraron que el riesgo aumentara (Savitz, 2008; Weng, 2008). Actualmente, el American College of Obstetricians and Gynecologists (2013b) concluyó que el consumo moderado probablemente no constituye un riesgo importante para abortar, pero el riesgo de un consumo más abundante se desconoce (18).

Factores ocupacionales y ambientales

Es instintivo limitar la exposición de una embarazada a cualquier toxina. Dicho esto, si bien algunas toxinas ambientales como el

benceno intervienen en las malformaciones fetales, la información respecto al aborto es menos clara (Lupo, 2011). La razón principal es que es imposible valorar con precisión las exposiciones ambientales. Existen publicaciones antiguas que atribuyen a ciertas sustancias químicas un mayor riesgo de abortar, como el arsénico, plomo, formaldehído, benceno y óxido de etileno (Barlow, 1982). Recientemente se ha demostrado que el DDT (diclorodifeniltricloroetano) aumenta la frecuencia de los abortos (Eskenazi, 2009). De hecho, se ha suspendido el uso de insecticidas con DDT. Sin embargo, en el año 2006 la Organización Mundial de la Salud (2011) lo promocionó para contener los mosquitos y prevenir el paludismo.

Existen todavía menos estudios sobre exposiciones ocupacionales y riesgo de abortar. En un seguimiento del Nurses Health Study II, Lawson et al. (2012) publicaron un incremento ligeramente mayor de abortos entre las enfermeras expuestas a antineoplásicos, sustancias esterilizadoras y rayos X. En algunas se encontró que el contacto con terminales de video o ecografía no aumenta la frecuencia de abortos (Schnorr, 1991; Taskinen, 1990). Por el contrario, se encontró mayor riesgo de abortar entre las asistentes dentales que tuvieron contacto durante más de tres horas diarias con óxido nitroso en ausencia de sistemas de evacuación de gases (Boivin, 1997; Rowland, 1995). Las conclusiones a partir de un metaanálisis fueron que existe un pequeño riesgo de abortar de manera espontánea entre las mujeres que trabajan con antineoplásicos citotóxicos (Dranitsaris, 2005) (18).

Factores inmunitarios

La tolerancia inmunitaria de la madre a la combinación haploide paterna fetal sigue siendo un enigma (Calleja-Agius, 2011; Williams, 2012). Sin embargo, existe mayor riesgo de abortar durante el primer trimestre con algunas enfermedades

inmunitarias. Los más potentes de éstas son los anticuerpos antifosfolípidos dirigidos contra las proteínas transportadoras en el plasma (Erkan, 2011). Éstos, sumados a los datos clínicos y de laboratorio, proporcionaron los criterios para diagnosticar síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (APS, antiphospholipid antibody syndrome) (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012).

Trombofilias hereditarias

Inicialmente las trombofilias se vincularon con diversos desenlaces del embarazo, pero la mayor parte de estas relaciones ha sido refutada. Actualmente, el American College of Obstetricians and Gynecologists (2013a), opina que no existe un vínculo causal definitivo entre estas trombofilias y los resultados adversos del embarazo en general y del aborto en particular.

Defectos uterinos

Diversos defectos uterinos, tanto hereditarios como adquiridos, provocan abortos o perdidas tanto del primer como del segundo trimestre.

2.2.2.5. Factores paternos

Estos factores en la génesis del aborto no han sido bien estudiados. Supuestamente las anomalías cromosómicas de los espermatozoides aumentan el riesgo de abortar (Carrell, 2003). En el Jerusalem Perinatal Study (Kleinhaus, 2006) se observó que a mayor edad paterna mayor riesgo de abortar. Este riesgo es menor antes de los 25 años de edad, después de lo cual se eleva de manera progresiva a intervalos de cinco años.

2.2.2.6. Clasificación clínica del aborto espontáneo (5, 18)

Amenaza de aborto

El diagnóstico clínico de amenaza de aborto se sospecha ante la presencia de secreción vaginal hemática o hemorragia vaginal a través del orificio cervical cerrado durante las primeras 20 semanas del embarazo (Hasan, 2009). Es necesario distinguir la hemorragia al principio del embarazo de una hemorragia por implantación, que aparece en algunas mujeres cuando esperan la menstruación (pág. 90). Casi 25% de las mujeres manifiesta hemorragia importante desde el punto de vista médico al principio del embarazo que en ocasiones persiste durante varios días o semanas. Con el aborto, la hemorragia casi siempre precede a los cólicos durante varias horas o días. Puede haber cólicos rítmicos en la línea media, lumbalgia persistente con presión pélvica o un dolor sordo suprapúbico en la línea media. Por mucho, la hemorragia constituye el factor de riesgo más predictivo de aborto (Eddleman, 2006). En general, casi 50% de las mujeres aborta, pero este riesgo es mucho menor cuando existe actividad cardiaca fetal (Tongsong, 1995).

Incluso en ausencia de aborto después de una hemorragia en el primer trimestre, el riesgo de un desenlace adverso ulterior es mayor. En el estudio de casi 1.8 millones de embarazos del Danish National Patient Registry se observó un riesgo tres veces mayor para muchas de estas complicaciones.

Amenaza de aborto comparada con embarazo ectópico.

Toda mujer con un embarazo del primer trimestre, hemorragia vaginal y dolor debe ser valorada. La meta principal es diagnosticar lo más pronto posible un embarazo ectópico; se utilizan mediciones seriadas de β-hCG sérica y concentración de

progesterona, además de ecografía transvaginal para establecer si existe un feto vivo intrauterino.

Tratamiento.

Los analgésicos a base de paracetamol ayudan a aliviar los cólicos. Cuando no está indicado evacuar el útero, por lo general se recomienda reposo en cama, pero éste no mejora el resultado. Tampoco el tratamiento con distintos fármacos que incluyen gonadotropina coriónica (Devaseelan, 2010). Cuando la hemorragia es persistente o abundante, se debe medir el hematócrito. En caso de anemia o hipovolemia considerable casi

siempre está indicado interrumpir el embarazo. Sin embargo, cuando el feto está vivo, muchos prefieren administrar transfusiones y mantener a la paciente en observación.

Inmunoglobulina anti-D.

Durante el aborto espontáneo, 2% de las mujeres Rh-D negativo sufrirán aloinmunización si no reciben una isoinmunización pasiva. Con un aborto inducido, esta cifra se eleva a 5%. El American College of Obstetricians and Gynecologist (2013c) recomienda administrar inmunoglobulina anti-Rh0 (D) en forma de inyección intramuscular de 300 µg para todas las edades gestacionales o bien, 50 µg intramusculares en los embarazos ≤12 semanas y 300 µg para los ≥13 semanas.

En la amenaza de aborto, la profilaxis con inmunoglobulina es controversial puesto que la información es escasa (American College of Obstetricians and Gynecologist, 2013c; Hannafin, 2006; Weiss, 2002). Dicho lo anterior, algunos médicos prefieren administrar inmunoglobulina anti-D hasta las 12 semanas de gestación para la amenaza de aborto con un feto vivo. En el Parkland Hospital, se administra una dosis de 50 µg a todas las mujeres Rh-D negativo en la hemorragia del primer trimestre.

Aborto inevitable

Durante el primer trimestre, la rotura de las membranas acompañada de dilatación cervical casi siempre va seguida de contracciones uterinas o infección. La salida de un chorro de líquido vaginal durante la primera mitad del embarazo por lo general tiene consecuencias graves. No siempre se acompaña de dolor, fiebre o hemorragia y a veces se ha acumulado líquido previamente entre el amnios y el corion. Cuando éste es el caso, es razonable prescribir menor actividad y mantener a la paciente bajo observación. Después de 48 h y en ausencia de más líquido amniótico, hemorragia, cólicos o fiebre, se reinicia la deambulación. En caso de hemorragia, cólicos o fiebre, el aborto se considera inevitable y el útero se evacua.

Aborto incompleto

La hemorragia después de la separación parcial o completa de la placenta y dilatación del orificio cervical se denomina aborto incompleto. Algunas veces el feto y la placenta permanecen dentro del útero o salen parcialmente a través del orificio dilatado.

Antes de las 10 semanas, a menudo se expulsan juntos, pero más adelante salen por separado. Las opciones terapéuticas del aborto incompleto comprenden legrado, aborto médico, u observación en las mujeres estables desde el punto de vista clínico. Para el tratamiento quirúrgico muchas veces es necesario dilatar aún más el cuello uterino antes de realizar el legrado. En otros casos, el tejido placentario retenido yace libre dentro del orificio cervical y se puede extraer fácilmente con una pinza de anillos.

Aborto completo

En ocasiones, la mujer expulsa el producto de la concepción completo antes de acudir al hospital. A menudo describen hemorragia abundante, cólico y salida de tejido o de un feto. Es

importante señalar que durante la exploración física, el orificio cervical se encuentra cerrado. A estas mujeres se les pide que traigan el tejido expulsado, que a veces es un embarazo completo, coágulos sanguíneos o molde decidual. La última es una capa de endometrio con forma de cavidad uterina cuando se descama y su aspecto es el de un saco colapsado.

Cuando no se identifica el saco gestacional completo expulsado, se realiza una ecografía para distinguir al aborto completo de una amenaza de aborto o un embarazo ectópico. Una de las características del aborto completo es el endometrio poco abultado sin saco gestacional. Sin embargo, esto no garantiza un embarazo uterino reciente. Condous et al. (2005) describieron a 152 mujeres con hemorragia abundante, un útero vacío con espesor endometrial <15 mm y diagnóstico de aborto completo.

En 6% se comprobó más adelante un embarazo ectópico. Por consiguiente, a menos que se observen productos de la concepción o la ecografía demuestre claramente primero un embarazo intrauterino y luego una cavidad vacía, no es posible diagnosticar con certeza un aborto completo. En los casos inciertos, la cuantificación seriada de hCG sérica ayuda a esclarecerlo. En el aborto completo estas cifras descienden rápidamente (Connolly, 2013).

Aborto diferido

También llamado aborto fallido o pérdida, el aborto diferido, que es su término original, actualmente se utiliza para referirse a una circunstancia distinta a la que significaba hace muchos años. Al principio, el término se utilizaba para describir a los productos muertos de la concepción que se retenían durante varios días, semanas o incluso meses dentro del útero con un orificio cervical cerrado. Al principio el embarazo era normal con amenorrea, náusea y vómito, cambios mamarios y crecimiento uterino. Puesto

que no era posible confirmar la muerte fetal, la única opción era el tratamiento expectante; finalmente sobrevenía un aborto espontáneo. Además, ante la imposibilidad de establecer por medio de la clínica el momento de la muerte fetal, la duración del embarazo, y por lo tanto la edad del feto, se calculaba en forma errónea a partir de la última menstruación. Para aclarar estas diferencias, Streeter (1930) estudió a los fetos abortados y publicó que el intervalo promedio entre la muerte y el aborto era de unas seis semanas.

Esta descripción histórica del aborto diferido contrasta con la definición actual basada en los resultados de la β-hCG sérica seriada y la ecografía transvaginal. Al confirmar rápidamente la muerte fetal o embrionaria, muchas mujeres eligen la evacuación uterina. Aunque muchos médicos clasifican a éste como aborto diferido, el término se utiliza en forma indistinta con aborto del primer trimestre o fallido del primer trimestre (Silver, 2011).

Aborto séptico

Gracias a la legalización del aborto, ya se observan muy pocas infecciones graves y muertes maternas por abortos sépticos criminales. De cualquier forma, quizá entre 1 y 2% de las mujeres con amenaza de aborto o aborto incompleto padece una infección pélvica y síndrome de septicemia. El aborto electivo, ya sea quirúrgico o médico, también se acompaña en ocasiones de infecciones graves o incluso letales (Barrett, 2002; Ho, 2009). Las bacterias penetran en la cavidad uterina e infectan a los productos de la concepción. Los microorganismos invaden el tejido miometrial y se extienden hasta generar parametritis, peritonitis, septicemia y, en raras ocasiones, endocarditis (Vartian, 1991). Las más preocupantes son las infecciones necrosantes y el síndrome de choque septicémico producido por estreptococo del grupo A, S. pyogenes (Daif, 2009). En los últimos años, algunos abortos farmacológicos se han complicado con infecciones graves por

microorganismos poco virulentos. Incluso se han publicado unas cuantas muertes por síndrome de choque tóxico por Clostridium perfringens (Centers for Disease Control and Prevention, 2005). Otras infecciones similares se producen por Clostridium sordellii y provocan manifestaciones clínicas que empiezan unos cuantos días después del aborto. Muchas veces la mujer ha permanecido afebril hasta la primera consulta, a la cual acude con lesión endotelial, fuga capilar, hemoconcentración, hipotensión y leucocitosis grave (Cohen, 2007; Fischer, 2005; Ho, 2009). Las muertes fetales por estas infecciones son de aproximadamente 0.58 por 100,000 abortos médicos (Meites, 2010).

El tratamiento de la infección clínica incluye la administración inmediata de antibióticos de amplio espectro. En caso de existir productos retenidos o fragmentos también se lleva a cabo un legrado. La mayoría de las mujeres responde a este tratamiento en uno o dos días y se dan de alta una vez que permanecen afebriles. No suele ser necesario administrar tratamiento con antibióticos por vía oral (Savaris, 2011). En unos cuantos casos, el síndrome de septicemia provoca síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, nefropatía aguda o coagulopatía intravascular diseminada.

Para prevenir una septicemia después del aborto, se administran antibióticos en el momento del aborto inducido o espontáneo que requiere de acciones médicas o quirúrgicas. El American College of Obstetricians and Gynecologist (2011b) recomienda la doxiciclina a dosis de 100 mg por vía oral una hora antes y 2 mg por vía oral después de la evacuación quirúrgica. En las clínicas de planificación familiar, se administran 100 mg de doxiciclina al día por vía oral durante siete días empezando en el momento en el que se administre el abortivo (Fjerstad, 2009b).

Tratamiento del aborto espontáneo

Ahora que ya es posible verificar la muerte embrionaria o fetal con la tecnología ecográfica moderna, el tratamiento se puede individualizar mejor. A menos que exista una hemorragia abundante o una infección grave con un aborto incompleto, existen tres opciones que son razonables: el tratamiento expectante, farmacológico o quirúrgico. Cada uno conlleva sus propios peligros y beneficios, por ejemplo, los primeros dos se acompañan con hemorragia impredecible y muchas mujeres deben someterse a un legrado no programado. Asimismo, el éxito de cualquier método depende de la presencia de un aborto incompleto o retenido. Algunos de los riesgos y beneficios se resumen a continuación:

1. El tratamiento expectante del aborto incompleto espontáneo tiene un índice de fracasos hasta de 50%.

2. El tratamiento farmacológico con prostaglandina E1 (PGE1) tiene un índice de fracaso de 5 a 40%. En 1,100 mujeres con sospecha de aborto del primer trimestre, 81% tuvo resolución espontánea (Louise, 2002).

3. El legrado casi siempre permite una resolución inmediata que tiene éxito en 95 a 100% de los casos. Sin embargo, es un procedimiento penetrante y no es necesario en todos los casos.

Es posible que las pacientes y los médicos opten por algún método quirúrgico cuando no existe un protocolo estricto para el tratamiento médico (Kollitz, 2011).

2.2.3. Aborto Recurrente (18, 19)

Otros términos que se han utilizado para describir al aborto espontáneo repetitivo del primer trimestre son aborto espontáneo recurrente, pérdida recurrente del embarazo y aborto habitual. Por lo general, se acepta que cerca de 1% de las parejas fértiles tiene abortos recurrentes, definidos como tres o

más abortos consecutivos ≤ 20 semanas de edad gestacional o con peso fetal <500 g. La mayor parte es embriónico o aborto del primer trimestre y el resto corresponde a anembriónicos o sucede después de las 14 semanas. Es difícil completar los estudios por la ausencia de definiciones no normalizadas. Por ejemplo, algunos investigadores incluyen a mujeres con dos en lugar de tres abortos consecutivos, mientras que otros incluyen a mujeres con tres abortos no consecutivos. La documentación del embarazo con concentración de β-hCG, ecografía y examen patológico también varía mucho. Cuando menos, es necesario distinguir al aborto recurrente del aborto esporádico, que implica embarazos intermedios que llegaron a ser viables. En dos estudios, el riesgo de tener un aborto ulterior es similar después de dos o tres abortos. Resulta notable observar que la probabilidad de tener un embarazo exitoso es >50% incluso después de cinco abortos (Brigham, 1999).

La American Society for Reproductive Medicine (2008) propone definir al aborto recurrente como el fracaso de dos o más embarazos clínicos confirmados por medio de ecografía o examen histopatológico. Después de tres abortos ciertamente se requiere de una valoración minuciosa y el tratamiento se instituye antes en las parejas con subfertilidad concomitante (Jaslow, 2010; Reddy, 2007). Las consideraciones terapéuticas rebasan el ámbito de este libro. Se refiere al lector a los capítulos 6 y 20 en la segunda edición del libro Williams. Ginecología (Cunningham, 2012; Doody, 2012).

2.2.3.1. Causa

Existen numerosas supuestas causas de aborto recurrente, pero sólo tres se aceptan en forma definitiva: anomalías cromosómicas en los padres, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y un subgrupo de anomalías uterinas. Otras causas sospechadas, mas no comprobadas, son aloinmunidad, endocrinopatías, toxinas ambientales y diversas infecciones. Las infecciones rara vez provocan incluso abortos esporádicos. Por lo tanto, es poco probable que la mayoría provoque abortos recurrentes, en especial una vez que se han formado anticuerpos maternos. Durante muchos años se sospechó de diversas mutaciones hereditarias de

trombofilia que incluyen al factor V de Leiden, protrombina G20210A, deficiencia de proteínas C y S y deficiencia de antitrombina. Los estudios grandes han rechazado cualquier relación entre el mayor número de abortos y estas trombofilias (American College of Obstetricians and Gynecologist, 2013a).

Existe cierta evidencia que apoya la participación de diversos polimorfismos de expresiones génicas en los abortos. Algunos ejemplos son los polimorfismos que alteran la expresión de VEGF-A, los que exageran la agregación plaquetaria y los que tienen un tipo materno específico de respuesta inmunitaria Th 1 y Th 2 (Calleja-Agius, 2011; Corardetti, 2013; Eller, 2011; Flood, 2010). La cronología de los abortos recurrentes ofrece algunas claves y en unas cuantas mujeres cada aborto se produce cerca de la misma edad gestacional (Heuser, 2010). Los factores genéticos por lo general provocan abortos en etapas iniciales del embarazo, mientras que las anomalías autoinmunitarias o anatómicas del útero suelen provocar abortos en el segundo trimestre (Schust, 2002). Como ya se mencionó, los abortos recurrentes del primer trimestre tienen una frecuencia mucho menor de anomalías genéticas que los abortos esporádicos (25 frente a 50%) (Sullivan, 2004). Dicho esto, la valoración cromosómica sistemática de los abortos es costosa y no refleja con precisión el cariotipo del feto.

Anomalías cromosómicas de los padres

Pese a que éstas causan sólo 2 a 4% de los abortos recurrentes, muchos médicos consideran que la valoración cariotípica de ambos padres es una parte fundamental de la valoración. En un estudio preliminar, 50% de las anomalías cromosómicas correspondió a translocaciones recíprocas equilibradas, translocaciones robertsonianas en 25% y mosaicismo del cromosoma X (47, XXY o síndrome de Klinefelter), en 12% (Th erapel, 1985). Estas anomalías cromosómicas se repiten en los abortos consecutivos (van den Boogaard, 2010).

Después de un asesoramiento genético detallado, las parejas con un cariotipo anormal por lo general se pueden tratar por medio de IVF seguido de un diagnóstico genético antes de la implantación.

Factores anatómicos

Diversas anomalías del aparato genital han sido implicadas en los abortos recurrentes y otros desenlaces adversos del embarazo, pero no en la infertilidad (Reichman, 2010). Según Devi Wold et al. (2006), 15% de las mujeres con tres o más abortos consecutivos tiene alguna anomalía uterina congénita o adquirida. De las anomalías adquiridas, las sinequias uterinas (síndrome de Asherman) por lo general son resultado de la destrucción de grandes áreas de endometrio. Este fenómeno es secundario a un legrado o una ablación. En la histerosalpingografía o ecografía con solución salina, se observan múltiples defectos característicos de llenado. El tratamiento se lleva a cabo por medio de lisis histeroscópica dirigida de las adherencias. En muchas mujeres esta medida reduce la frecuencia de los abortos y mejora el índice "exitoso" de embarazos (Al-Inany, 2001; Goldenberg, 1995).

En gran proporción de las mujeres maduras se detectan leiomiomas uterinos y éstos pueden provocar abortos, especialmente cuando se ubican cerca de la implantación placentaria. Sin embargo, los datos que indican que éstos constituyen una causa significativa de abortos recurrentes no son convincentes (Saravelos, 2011). Al parecer la distorsión de la cavidad uterina no es requisito para tener un resultado adverso (Sunkara, 2010). No obstante, en las mujeres que se someten a IVF, los leiomiomas submucosos, repercutieron en forma adversa sobre el embarazo, no así los subserosos ni intramurales (Jun, 2001; Ramzy, 1998).

Por otro lado, las anomalías congénitas del aparato genital a menudo se originan a partir de una formación anormal de los

conductos de Müller o una fusión anormal. Estas anomalías tienen una frecuencia global aproximada de 1 por cada 200 mujeres (Nahum, 1998). El útero unicorne, bicorne y tabicado se acompaña de estas tres complicaciones (Reichman, 2010). Visto de otra forma, se encontraron anomalías uterinas congénitas aproximadamente en 20% de las mujeres con abortos recurrentes, frente a sólo 7% de las testigos (Salim, 2003).

Factores inmunitarios

En su análisis de los estudios publicados, Yetman y Kutteh (1996) establecieron que 15% de más de 1,000 mujeres con abortos recurrentes padecía factores autoinmunitarios reconocidos. Dos modelos fisiopatológicos primarios son la teoría autoinmunitaria (inmunidad dirigida contra sí mismo) y la teoría aloinmunitaria (inmunidad contra otra persona).

Las mujeres con abortos espontáneos recurrentes tienen con mayor frecuencia estos anticuerpos frente a las testigos sanas (5 a 15% frente a 2 a 5%, respectivamente) (Branch, 2010). El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (APS, antifosfolipid antibody syndrome) se define por estos anticuerpos además de diversos tipos de abortos y mayor riesgo de padecer tromboembolias venosas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011d, 2013a).

Respecto de la aloinmunidad, una teoría estimulante sugiere que el embarazo normal necesita la formación de factores bloqueadores que previenen el rechazo materno de los antígenos fetales extraños derivados del padre. Algunos de los factores que se dice previenen esto son la similitud del antígeno leucocítico humano (HLA, human leukocyte antigen) con el padre, la actividad alterada de los citolíticos naturales, el estímulo regulador de las células T y las mutaciones del gen HLA-G (Berger, 2010; Williams, 2012). Las diversas pruebas y opciones

terapéuticas propuestas para abordar este tema no han resistido el escrutinio riguroso y en la actualidad están bajo investigación (Reddy, 2007). Los tratamientos propuestos con vacunas de leucocitos paternos o de una tercera persona, o bien con inmunoglobulina intravenosa (IVIG, intravenous immunoglobulin) no han ofrecido beneficios a las mujeres con abortos idiopáticos (American Society for Reproductive Medicine, 2006; Stephenson, 2010).

Factores endocrinos

Según Arredondo y Noble (2006), entre 8 y 12% de los abortos recurrentes se originan por factores endocrinos. Los estudios para valorar este fenómeno son infundados y no tienen el poder estadístico adecuado. Dos ejemplos, ambos controversiales, son la deficiencia de progesterona por insuficiencia luteínica y síndrome de ovarios poliquísticos (Bukulmez, 2004; Cocksedge, 2008; Nawaz, 2010).

2.2.4. Aborto Inducido (18, 19)

El término aborto inducido se define como la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal. Las definiciones usadas para describir su frecuencia son: 1) índice de abortos (número de abortos por 1,000 nacidos vivos) y 2) tasa de abortos (número de abortos por 1,000 mujeres de 15 a 44 años de edad).

En Estados Unidos probablemente las estadísticas del aborto no se notifican de forma completa. La razón es que las clínicas no proporcionan constantemente información sobre los abortos inducidos. Por ejemplo, el Instituto Guttmacher (2011) encontró que se realizaron 1.2 millones de procedimientos anuales desde 2005 hasta 2008. Sin embargo, en el año 2010 se notificaron únicamente 765,650 abortos electivos a los Centers for Disease Control and Prevention (Pazol, 2013). El índice de abortos fue de 227 por 1,000 nacidos vivos y la tasa de abortos fue de 15.1 por 1,000 mujeres de 15 a 44 años de edad. Para el mismo año, 58% de los abortos correspondió a

mujeres de 20 a 29 años de edad y en ellas el índice de abortos fue mayor. Las afroamericanas tuvieron una proporción de abortos de 477 por 1,000 nacidos vivos, las caucásicas tuvieron 140 por 1,000 y las hispanas de 195 por 1,000. En el año 2009, 64% de los abortos se realizó antes de la semana 8; 92% antes de la semana 13; 7% entre las semanas 14 a 20 y sólo 1.3% después de 21 semanas. La Organización Mundial de la Salud elabora las estadísticas globales sobre la frecuencia del aborto. Según su último informe, en el año 2008 se abortó en el mundo 1 de cada 5 embarazos (Sedgh, 2012). Tristemente, casi 50% de estos abortos se consideró arriesgado.

2.2.4.1. Clasificación

Aborto terapéutico

Existen diferentes enfermedades que constituyen indicaciones para interrumpir el embarazo. Algunos ejemplos son la descompensación cardiaca persistente, especialmente con hipertensión pulmonar fija; vasculopatía hipertensiva grave o la diabetes y el cáncer. En los casos de violación o incesto, la mayoría considera razonable la interrupción del embarazo. En la actualidad la indicación más frecuente es prevenir el nacimiento de un feto con alguna deformidad anatómica, metabólica o mental importante. La gravedad de las deformidades fetales es variable y por lo general desafía una clasificación social, legal o política.

Aborto electivo o voluntario

La interrupción del embarazo antes de la viabilidad del feto a petición de la mujer, pero no por razones médicas, se denomina aborto electivo o voluntario. No obstante, la terminología, en Estados Unidos está estigmatizado (Harris, 2012). La mayor parte de los abortos que se realiza ahora es de tipo electivo y, por lo tanto, constituye uno de los procedimientos médicos más frecuentes. La mortalidad ligada al embarazo es 14 veces mayor que la mortalidad ligada al aborto (8 frente a 0.6 muertes por 100,000) (Raymond, 2012). En el Instituto Guttmacher, Jones y

Kavanaugh (2011) calculan que 33% de las mujeres estadounidenses se someterá cuando menos a un aborto electivo antes de los 45 años de edad. La mesa directiva del American College of Obstetricians and Gynecologists (2013d) apoya el derecho legal que tiene la mujer para obtener un aborto antes de la viabilidad fetal y considera que se trata de un asunto entre la mujer y su médico.

2.2.5. Aborto médico y quirúrgico (20)

2.2.5.1. Aborto médico

HASTA 9 SEMANAS (63 DÍAS)

MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL

- Mifepristona 200 mg. Oral. Única dosis
- Misoprostol 800 µg. Vestibular, vaginal o sublingual. Única dosis

Si no más de 7 semanas (49 días)

- Misoprostol 400 µg. Oral, Única dosis
- Usar 24–48 horas después de recibir Mifepristona

MISOPROSTOL

- Misoprostol 800 µg. Vaginal o sublingual
- Cada 3–12 horas hasta 3 dosis

9–12 SEMANAS (63–84 DÍAS)

- Mifepristona 200 mg. Oral. Única dosis
- Misoprostol 800 µg, seguido de 400 µg. Vaginal, luego vaginal o sublingual
- Cada 3 horas hasta la expulsión o hasta 5 dosis
- Iniciar 36–48 horas después de recibir mifepristona

2.2.5.2. Aborto quirúrgico

≤ 12–14 SEMANAS

Aspiración por vacío

Los métodos de aspiración por vacío incluyen:

- Aspiración por vacío manual (AVM)
- Aspiración por vacío eléctrica (AVE)

>12 SEMANAS (84 DÍAS)

- Misoprostol 800 µg, seguido de 400 µg. Vaginal, luego vaginal o sublingual o
- Misoprostol 400 µg, seguido de 400 µg. Oral, luego vaginal o sublingual. Cada 3 horas hasta 5 dosis
- Comenzar a usar 36–48 horas después de tomar mifepristona

>12–14 SEMANAS

Dilatación y evacuación (D y E) es el método quirúrgico para el aborto >12– 14 semanas de embarazo.

2.2.6. Manejo del dolor (20)

Casi todas las mujeres que se hacen un aborto presentan algo de dolor y calambres. El descuidar este elemento tan importante aumenta innecesariamente la ansiedad y el malestar de una mujer, lo que podría alargar el procedimiento y comprometer la atención.

- La intensidad del dolor que puede sufrir una mujer cuando se le hace la evacuación uterina o la expulsión del embarazo, y su respuesta al dolor, varía mucho.
- Es preciso valorar individualmente las necesidades de manejo del dolor de cada mujer.
- Para reducir el dolor asociado con el aborto pueden servir tanto los métodos farmacológicos como no farmacológicos.
- Para optimizar el uso seguro de todas las medicaciones analgésicas, se le debe prestar una atención cuidadosa a los antecedentes médicos de la mujer, sus alergias y el uso concomitante de medicaciones que podrían interactuar con cualquier agente analgésico o anestésico disponible.

2.2.6.1. Métodos No farmacológicos para el manejo del dolor

Aborto Quirúrgico

- Comunicación respetuosa, sin juicios de valor
- Apoyar y calmar verbalmente
- Técnica operatoria suave, delicada

- Informar cada paso del procedimiento antes de realizarlo (si la mujer así lo desea)
- Presencia de una persona de apoyo que se queda con ella durante el proceso (si la mujer así lo desea)
- Alentar a respirar profunda y controladamente
- Escuchar música
- Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica

Aborto Médico

- Comunicación respetuosa, sin juicios de valor
- Apoyar y calmar verbalmente
- Explicación minuciosa sobre qué esperar
- Presencia de una persona de apoyo que se queda con ella durante el proceso (si la mujer así lo desea)
- Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica

2.2.6.2. Métodos farmacológicos para el manejo del dolor

Aborto Quirúrgico

- Ansiolíticos/sedantes (por ejemplo: diazepam 5–10 mg)
- Analgesia (agentes antiinflamatorios no esteroideos [AINEs], por ejemplo: ibuprofeno: 400–800 mg)
- Anestésico local (bloqueo paracervical con lidocaína (habitualmente 10–20 mL de 0,5 a 1,0%)
- Sedación consciente o anestesia general. En algunos casos, no de rutina.

Aborto Médico

- Ansiolíticos / sedantes (por ejemplo: diazepam 5–10 mg)
- Analgesia (AINEs, por ejemplo: ibuprofeno: 400–800 mg)
- También se pueden dar medicaciones adyuvantes, de estar indicadas, por los efectos colaterales del misoprostol (por ejemplo: loperamida para diarrea).
- >12 semanas de gestación. Además de AINEs, ofrecer por lo menos uno o más de los siguientes:

- Opiáceos orales; opiáceos; intramusculares (IM) o intravenosos (IV); anestesia epidural.

No se recomienda el uso del Paracetamol para reducir el dolor durante el aborto.

Para asegurar que las medicaciones orales tengan su mayor efectividad en el momento del procedimiento, administrarlas 30 – 45 minutos antes del procedimiento.

2.2.7. Factores sociales

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma. El factor social también permite, en ese sentido, ver el todo desde él como parte, es una ventana al todo, y el todo se refleja de cierta manera en él. La importancia desde el punto de vista nodal de un factor social, es que, debido a todas las conexiones con otros aspectos múltiples de la realidad de que forma parte y de otras realidades, se logra explicar esa realidad, aunque sea de manera parcial (21).

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (21).

2.2.7.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrolló físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

Es el factor relevante en la mujer fértil con edad menor de 19 años o mayor de 35 años considerada como alto riesgo obstétrico ya que dentro de ese rango ocurren la mayor cantidad de complicaciones materno.

Este aumento de riesgo se incrementa debido a que existen factores como el "envejecimiento" uterino que contribuyente al aborto. También se ha reportado que en mujeres con cariotipo normales mayores de 35 años llegan a presentar frecuencia de hasta 40% de aborto (22).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir.

2.2.7.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbimortalidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres. Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (23).

2.2.7.3. Estado civil

Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que

repercuten en la capacidad de obrar de la misma. La familia basada en un matrimonio confiere a sus competentes un status familiar que difiere según la posición de cada uno de ellos.

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (24).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás. Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos: o Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona (25).

Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra.

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades.

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (22).

2.2.7.4. Paridad

El antecedente del número de partos previos es usado para establecer el riesgo obstétrico. Según varios investigadores la primiparidad o el primer embarazo tienen una alta correlación con el aborto y mortalidad materna; esta se potencia cuando interactúa con embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30

años. Por otro lado, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas (26).

2.3. Variable de estudio

2.3.1. Identificación de Variable

Variable: Atención del aborto en el Hospital de Lircay.

Dimensión: Características de la mujer

Edad de la paciente en años

Dimensión: Diagnostico de Aborto

Diagnóstico de ingreso de la paciente

Exámenes de ayuda al diagnóstico de la paciente

Exámenes auxiliares de la paciente

Dimensión: Manejo Clínico

Procedimiento medico realizado a la paciente

Tratamiento farmacológico aplicado a la paciente

Tiempo de hospitalización en días

Referencia a otro nivel de atención

2.3.2. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Atención del aborto en el Hospital de Lircay	Es la asistencia sanitaria que se brinda a las mujeres que presentan signos y/o síntomas de un posible aborto.	Análisis documental de las historias clínicas de las mujeres con diagnóstico de aborto y registro en la ficha de recolección de datos	Características de la mujer	Registro de la edad de la paciente con diagnóstico de aborto	Edad de la paciente con diagnóstico de aborto en años	Numérico
			Diagnóstico de Aborto	Registro del diagnóstico de ingreso de la paciente	Diagnóstico de ingreso de la paciente	Nominal
				Registro de los exámenes de ayuda al diagnóstico de la paciente	Exámenes de ayuda al diagnóstico de la paciente	Nominal
				Registro de exámenes auxiliares de la paciente	Exámenes auxiliares de la paciente	Nominal
			Manejo Clínico	Registro del procedimiento medico realizado a la paciente	Procedimiento medico realizado a la paciente	Nominal
				Registro del tratamiento farmacológico aplicado a la paciente	Tratamiento farmacológico aplicado a la paciente	Nominal
				Registro del tiempo de hospitalización en días	Tiempo de hospitalización en días	Nominal
				Registro de referencia a otro nivel de atención	Referencia a otro nivel de atención	Si(1) No(2)

2.4. Definición de términos

Atención en Salud. Es el conjunto de procesos o asistencia sanitaria a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población.

Aborto. El aborto es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la semana 20 de la gestación o bien en ausencia de criterios de fechado precisos, aquel que pesa menos de 500 gramos al nacer.

Tratamiento. En medicina, tratamiento o terapia es el conjunto de medios (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos u otros) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

Diagnostico. Es la identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante pruebas y la observación de sus signos o síntomas.

Característica. Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al temperamento, la personalidad o lo simbólico, pero también al aspecto físico.

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravĭdus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio

La investigación sobre el tipo de atención del aborto en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018; se realizó en el distrito de Lircay, el cual es uno de los 12 distritos de la Provincia de Angaraes y capital de la provincia, se encuentra ubicado en la parte Sur Este, en el departamento de Huancavelica. El distrito de Lircay, se encuentra a 3,278 m.s.n.m. La capital distrital se localiza a 12º 59' 23'' de latitud sur y 74º 43' 14'' de longitud oeste. Su límite por el norte es con los distritos de Anchonga, Ccohaccasa y Huayllay Grande; por el sur colinda con la provincia de Huaytara, por el este colinda con los distritos de Huanca Huanca, Congalla y Secclla; por el oeste colinda con la provincia de Huancavelica.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación descriptiva, observacional, retrospectiva, de corte transversal. Fue observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejaron la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, fue retrospectivo porque los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios), fue transversal porque los datos se obtienen en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (27).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente. Es decir, buscan especificar las propiedades, las características de los procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir,

pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (28).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (27) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación. Es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (27).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (27-29).

Donde:

M O

M: Mujeres con diagnóstico de aborto

O: Atención del aborto

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2018; según registros estadísticos fueron un total de 40 mujeres con diagnóstico de aborto.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (28, 30).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituirán todas las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2018 (28, 30).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva del caso.

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitio el análisis documental de las Historias Clínicas, de los pacientes atendidos en el establecimiento de salud. La información fue recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; fue elaborada en base al planteamiento del problema, objetivos, variables de estudio y los indicadores. Los datos recogidos fueron ingresados a una base de datos en SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el proceso de investigación.

Segundo: Se validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos; buscando que el instrumento mida o capture los datos que realmente sirvan para el propósito para el cual fue construido.

La valoración de los expertos fue cualitativa. En el instrumento de investigación, el contenido o ítems utilizados para las mediciones y sus resultantes fueron consideradas pertinentes para la investigación.

Tercero: Luego se solicitaron los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del Hospital de Lircay, el permiso o autorización fue importante para el acceso a los registros de atención, historia clínica, libro de seguimiento entre otros.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y registro en la ficha de recolección de datos.

Quinto: Con la debida autorización del director del Hospital Lircay, se tuvo una reunión con el responsable de la Unidad de Docencia e Investigación; luego se acudió a la jefatura de los servicios de salud de obstetricia y a la Oficina de Estadística e Informática, para las coordinaciones previa a la recolección de información.

Luego se procedió a la revisión de los registros de atención, historias clínicas, libro de seguimiento entre otros; se aplicó la ficha de recolección de datos a toda la muestra de estudio.

Sexto: Se codificó y tabuló los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exporto la base de datos del Excel al programa "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS).

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizo una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas y relativas, histograma y medidas de tendencia central.

Se inicia el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando el manejo clínico del aborto en las pacientes.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1. Presentación e Interpretación de Datos

En el presente estudio, se investigaron a todas las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica de enero a diciembre del 2018; que fueron un total de 40 mujeres con diagnóstico de aborto.

Resultados del estudio sobre la atención del aborto en el Hospital de Lircay.

Tabla 1. Edad de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica de enero a diciembre del 2018.

Edad de las mujeres con diagnóstico de aborto	
Total de mujeres con diagnóstico de aborto	40
Media	27.05
Mínimo	15.00
Máximo	47.00
Percentil 10	19.00
Percentil 25	20.25
Percentil 50	25.00
Percentil 75	31.50

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero-junio del 2018.

En la tabla 1. Del total de mujeres con diagnóstico de aborto (40 mujeres), La edad promedio fue 27.05 años, la edad mínima fue de 15 años y la máxima fue de 47 años. El 90% de las mujeres con diagnóstico de aborto tienen más de 19 años, el 25% de las mujeres con diagnóstico de aborto tienen menos de 20.25 años, el 50% de las mujeres con diagnóstico de aborto tuvieron una edad mayor a 25 años, el 75% de las mujeres con diagnóstico de aborto tuvieron una edad menor a 31.50 años.

Tabla 2. Tipos de abortos según diagnóstico, atendidos en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.

Diagnósticos de aborto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Aborto incompleto	20	50.0	50.0
Aborto por gestación anembrionada	6	15.0	65.0
Aborto por gestación no evolutiva	5	12.5	77.5
Aborto frustro	5	12.5	90.0
Amenaza de aborto	4	10.0	100.0
Total	40	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero-junio del 2018.

En la tabla 2. Del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Lircay; el 50% (20) tuvieron como diagnostico aborto incompleto, el 15% (6) tuvieron como diagnostico aborto por gestación anembrionada, el 12.5% (5) tuvieron como diagnostico aborto por gestación no evolutiva, el 12.5% (5) tuvieron como diagnostico aborto frustro y el 10% (4) tuvieron como diagnostico amenaza de aborto. El 90% (36) de las mujeres atendidas por aborto en el Hospital Lircay, tuvieron como diagnostico aborto incompleto, gestación anembrionada, gestación no evolutiva y aborto frustro.

Tabla 3. Exámenes de ayuda diagnostica realizadas a las mujeres con diagnóstico de aborto, atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.

Exámenes de ayuda diagnostica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ecografía	39	97.5	97.5
Ecografía y Dosaje de subunidad beta-hCG	1	2.5	100.0
Total	40	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero-junio del 2018.

En la tabla 3. Del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Lircay; al 97.5% (39) le realizaron una ecografía como examen de ayuda diagnostica, al 2.5% (1) le realizaron una ecografía y dosaje de subunidad beta-hCG como examen de ayuda diagnostica.

Tabla 4. Exámenes auxiliares o de laboratorio, realizados a las mujeres atendidas por aborto en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.

Exámenes auxiliares	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No le solicitaron exámenes auxiliares	30	75.0	75.0
Hemograma, Ex. orina, Plaquetas, VIH, Sífilis, Tiempo de Coagulación, Tiempo de Sangría, Grupo Sanguíneo	8	20.0	95.0
Hemograma, Ex. orina	2	5.0	100.0
Total	40	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero-junio del 2018.

En la tabla 4. Del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Lircay; al 75% (30) no les solicitaron exámenes auxiliares o de laboratorio, al 20% (8) le realizaron exámenes de laboratorio como Hemograma, Examen de orina, Plaquetas, VIH, Sífilis, Tiempo de Coagulación, Tiempo de Sangría y Grupo Sanguíneo; al 5% (2) le realizaron exámenes de laboratorio como Hemograma y Examen de orina. Al 25% (10) le realizaron exámenes de laboratorio.

Tabla 5. Procedimiento médico o quirúrgico en las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.

Procedimiento médico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Legrado Uterino (LU)	28	70.0	70.0
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	8	20.0	90.0
No se realizó procedimiento médico o quirúrgico	4	10.0	100.0
Total	40	100.0	

Solución inyectable administrada a las mujeres con diagnóstico de aborto	Frecuencia	Porcentaje
Cloruro de sodio (CLNA) al 0,9% x 1,000 ml	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero-junio del 2018.

En la tabla 5. Del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Lircay; al 70% (28) le realizaron legrado uterino, al 20% (8) le realizaron aspiración manual Endouterina y al 10% (4) no le realizaron ningún procedimiento médico o quirúrgico. Al 90% (36) le realizaron procedimiento médico o quirúrgico.

Al 100% (40) de mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Lircay, se le administro como solución inyectable endovenosa, el cloruro de sodio (CLNA) al 0,9% x 1,000 ml.

Tabla 6. Tratamiento antibiótico administrado a las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.

Tratamiento antibiótico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cefazolina	14	35.0	35.0
Amikasina, Ciprofloxacino	4	10.0	45.0
Cefazolina, Doxiciclina	4	10.0	55.0
Amikasina, Doxiciclina	3	7.5	62.5
Amikasina	2	5.0	67.5
Amikasina, Cefalexina	2	5.0	72.5
Cefalexina, Clindamicina, Amikasina	2	5.0	77.5
Cefalexina, Doxiciclina	2	5.0	82.5
Cefazolina, Gentamicina, Doxiciclina	2	5.0	87.5
Gentamicina, Doxiciclina	2	5.0	92.5
Amikasina, Cefazolina	1	2.5	95.0
Cefalexina, Doxiciclina	1	2.5	97.5
No recibió tratamiento antibiótico	1	2.5	100.0
Total	40	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero-junio del 2018.

En la tabla 6. Del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Lircay; el 35% (14) recibieron como tratamiento antibiótico Cefazolina. El 10% (4) recibieron como tratamiento antibiótico Amikasina, Ciprofloxacino. El 10% (4) recibieron como tratamiento antibiótico Cefazolina, Doxiciclina. El 7.5% (3) recibieron como tratamiento antibiótico Amikasina, Doxiciclina. El 5% (2) recibieron como tratamiento antibiótico Amikasina. El 5% (2) recibieron como tratamiento antibiótico Amikasina, Cefalexina. El 5% (2) recibieron como tratamiento antibiótico Cefalexina, Clindamicina, Amikasina. El 5% (2) recibieron como tratamiento antibiótico Cefalexina, Doxiciclina. El 5% (2) recibieron como

tratamiento antibiótico Cefazolina, Gentamicina, Doxiciclina. El 5% (2) recibieron como tratamiento antibiótico Gentamicina, Doxiciclina. El 2.5% (1) recibieron como tratamiento antibiótico Amikasina, Cefazolina. El 2.5% (1) recibieron como tratamiento antibiótico Cefalexina, Doxiciclina. El 2.5% (1) no recibieron tratamiento antibiótico.

Tabla 7. Analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos, administrado a las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.

Tratamiento con Analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Diclofenaco 75mg IM Stat, Ibuprofeno 400 C/8 h VO	10	25.0	25.0
Ibuprofeno 400 C/8 h VO	8	20.0	45.0
Metamizol 1 g C/8 h	7	17.5	62.5
Diclofenaco 75mg EV, Metamizol 1 g C/8 h	3	7.5	70.0
Diclofenaco 75mg IM Stat	2	5.0	75.0
Diclofenaco 75mg IM Stat, Metamizol 1 g C/8 h, Ibuprofeno 400 C/8 h VO	2	5.0	80.0
Metamizol 1 g IM Stat	2	5.0	85.0
Metamizol 2 g C/8 h	2	5.0	90.0
Diclofenaco 75mg EV, Metamizol 1 g C/8 h, Ibuprofeno 400 C/8 h VO	1	2.5	92.5
Ninguno	3	7.5	100.0
Total	40	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero-junio del 2018.

En la tabla 7. Del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Lircay; el 25% (10) recibieron como analgésico y antiinflamatorios el Diclofenaco 75mg IM Stat, Ibuprofeno 400 C/8 h VO. El 20% (8) recibieron como analgésico y antiinflamatorios el Ibuprofeno 400 C/8 h VO. El 17.5% (7) recibieron como analgésico y antiinflamatorios el Metamizol 1 g C/8 h. El 7.5% (3) recibieron como analgésico y antiinflamatorios el Diclofenaco 75mg EV, Metamizol 1 g C/8 h. El 5%

(2) recibieron como analgésico y antiinflamatorios el Diclofenaco 75mg IM Stat. El 5% (2) recibieron como analgésico y antiinflamatorios el Diclofenaco 75mg IM Stat, Metamizol 1 g C/8 h, Ibuprofeno 400 C/8 h VO. El 5% (2) recibieron como analgésico y antiinflamatorios el Metamizol 1 g IM Stat. El 5% (2) recibieron como analgésico y antiinflamatorios el Metamizol 2 g C/8 h. El 2.5% (1) recibieron como analgésico y antiinflamatorios el Diclofenaco 75mg EV, Metamizol 1 g C/8 h, Ibuprofeno 400 C/8 h VO. El 7.5% (3) no recibieron analgésico, antiinflamatorios ni antipiréticos.

Tabla 8. Oxitócicos administrados a las mujeres con diagnóstico de aborto, atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.

Oxitócicos administrados	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	23	57.5	57.5
Misoprostol	17	42.5	100.0
Total	40	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero-junio del 2018.

En la tabla 8. Del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Lircay; el 57.5% (23) no recibieron oxitócicos en el tratamiento. El 42.5% (17) recibieron Misoprostol como parte del tratamiento.

Tabla 9. Días de Hospitalización de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.

Días de Hospitalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Un día	14	35.0	35.0
Dos días	15	37.5	72.5
Tres días	7	17.5	90.0
Cuatro días	2	5.0	95.0
Cinco días	2	5.0	100.0
Total	40	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero-junio del 2018.

En la tabla 9. Del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Lircay; el 35% (14) estuvieron hospitalizadas un día, el 37.5% (15) estuvieron hospitalizadas dos días, el 17.5% (7) estuvieron hospitalizadas tres días, el 5% (2) estuvieron hospitalizadas cuatro días, el 5% (2) estuvieron hospitalizadas cinco días. El 90% (36) estuvo hospitalizada de 1 a 3 días.

Tabla 10. Referencia a establecimiento de mayor nivel de las mujeres con diagnóstico de aborto, atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.

Referencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Referencia a hospital de mayor complejidad	1	2.5	2.5
No se realizaron referencias	39	97.5	100.0
Total	40	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero-junio del 2018.

En la tabla 10. Del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Lircay; el 97.5% (39) No tuvo la necesidad de ser referidas a otro establecimiento de mayor nivel. El 2.5% (1) necesito ser referida a otro hospital de mayor complejidad.

4.2. Discusión

Análisis sobre la atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero-junio del 2018.

La edad promedio de las mujeres con diagnóstico de aborto fue 27.05 años, la edad mínima 15 años y la máxima 47 años. El 50% tuvieron una edad mayor a 25 años. El 90% de las mujeres con diagnóstico de aborto tuvieron una edad mayor a 19 años. Los resultados difieren de lo hallado por Andrade (9), López y Morales (11), Guerrero (15), quienes hallaron una edad promedio menor a lo hallado; esto probablemente se deba a los distintos contextos sociales en las cuales viven las mujeres, enfermedades, factores ambientales, a la educación sexual recibida u otros factores que se relacionan con el aborto.

De 40 mujeres que abortaron, la mitad tuvieron como diagnostico el aborto incompleto, el 15% aborto por gestación anembrionada. El 12.5%, 12.5% y 10% tuvieron como diagnostico aborto por gestación no evolutiva, aborto frustro y amenaza de aborto respectivamente. Estos resultados concuerdan con lo hallado por López y Morales (11), quienes encontraron que aprox. la mitad de las mujeres que abortaron tuvieron como diagnostico aborto incompleto. Por otra parte no concuerda con lo hallado por Guerrero (15), quien encontró una mayor proporción de abortos incompletos (85.7%) como diagnósticos; esto probablemente se deba a los factores de riesgo presentes en el contexto de las pacientes mujeres que abortaron o por la casuística habitual. El conocimiento de esta variable es muy importante para diseñar e implementar guías de atención clínica, realizar investigaciones sobre sus factores de riesgo desarrollar estrategias preventivas promocionales.

Los exámenes de ayuda diagnostica, realizados a las mujeres con diagnóstico de aborto fueron ecografía en un 97.5%, ecografía y dosaje de subunidad beta-hCG en un 2.5%. Estos resultados muestran la importancia del uso de ecografía así como lo consideran otros investigadores como Álvarez et al (10); quienes encontraron que su uso tiene una gran demanda en los procedimientos gineco-obstétricos, por su inocuidad, ayuda diagnostica y realización de procedimientos médicos.

Los exámenes auxiliares o de laboratorio, realizadas a las mujeres con diagnóstico de aborto fueron Hemograma, Ex. orina, Plaquetas, VIH, Sífilis, Tiempo de

Coagulación, Tiempo de Sangría, Grupo Sanguíneo en un 20% y Hemograma, Ex. orina en un 5%. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. Los exámenes auxiliares proporcionan datos clínicos importantes sobre las condiciones internas del paciente, para poder realizarle un procedimiento médico; con la finalidad de evitar riesgos y complicaciones.

El procedimiento médico o quirúrgico realizado a las mujeres con diagnóstico de aborto fueron el legrado uterino en un 70% y la aspiración manual endouterina (AMEU) en un 20%, al 100% de pacientes le administraron como solución inyectable el Cloruro de sodio al 0,9% x 1,000 ml. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Gómez et al (14), Guerrero (15) quienes encontraron que el procedimiento médico que más se realiza es el legrado uterino. Por otra parte difiere a lo encontrado por Mascaro (17), quienes encontraron que el procedimiento más usado es el AMEU.

Los resultados de esta investigación probablemente se deban a que el personal médico esta mejor capacitado en el legrado uterino como procedimiento quirúrgico y tiene poca destreza en la realización un AMEU; o debido a la condición clínica que permite optar por el legrado uterino. Realizar un AMEU con poca destreza puede traer complicaciones como AMEU insuficiente, hematómetra, endometritis postaborto y enfermedad inflamatoria pélvica (17).

En la terapia antibiótica administrada en las mujeres con diagnóstico de aborto se usó de uno a tres antibióticos. El más usado fue la Cefazolina (cefalosporina de primera generación) en un 52.5% de los casos solo o combinado con Doxiciclina y/o con Amikasina o Gentamicina. Del total de mujeres con diagnóstico de aborto el 35% fueron tratadas con Amikasina (Aminoglucósido) sola o combinada con Clindamicina o Cefalexina o Cefazolina, Ciprofloxacino o Doxiciclina; el 17.5% fueron tratadas con Cefalexina (cefalosporina de primera generación) sola o combinada con Clindamicina y/o Amikasina y/o Doxiciclina; un 5% fueron tratadas con Gentamicina y Doxiciclina. No se encontró investigaciones para contrastar estos resultados. El tratamiento antibiótico administrados a las pacientes en su mayoría son de uso sistémico y cubren una amplia gama de bacterias grampositivas y/o gramnegativas; lo cual permite una recuperación favorable de la paciente.

En el manejo analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos a las mujeres con diagnóstico de aborto se administró Diclofenaco en un 45% solo o combinado con Metamizol y/o ibuprofeno. Del total de mujeres con diagnostico el 42.5% recibieron como analgésico y antipiréticos al Metamizol en un 42.5%, solo o combinado con Diclofenaco y/o ibuprofeno; un 20% solo recibió ibuprofeno. Las pacientes en su gran mayoría reciben tratamiento sintomático, para mejorar su estado y confort; ante el problema de salud, sin que estos enmascaren un problema de salud.

En el manejo clínico de caso se utilizó como único oxitócico al Misoprostol en un 42.5%. Estos resultados no concuerdan con lo hallado Ruipérez et al (12), Gippini et al (13). Quienes encontraron que el uso del Misoprostol se basa en su eficacia para el manejo clínico de los casos de aborto, menores efectos secundarios y bajo costo sanitario.

El 90% de las pacientes tratadas por aborto estuvieron hospitalizadas de 1 a 3 días y del 100% de pacientes que abortaron solo uno fue referida a otro hospital de mayor complejidad; estos hallazgos difieren a lo encontrado por Távara et al (16), quienes encontraron menores tiempos en la hospitalización; esto probablemente se deba al manejo de casos según el contexto o la casuística de casos complicado.

Conclusiones

Primero. La mitad de los abortos tuvieron como diagnostico el aborto incompleto, el 15% gestación anembrionada; y el resto fueron gestación no evolutiva, aborto frustro y amenaza de aborto.

Segundo. El examen de ayuda diagnostica más utilizados en las mujeres con aborto fue la ecografía.

Tercero. Los exámenes de laboratorio más solicitados fueron el Hemograma, Examen orina, Plaquetas, VIH, Sífilis, Tiempo de Coagulación, Tiempo de Sangría, Grupo Sanguíneo.

Cuarto. El procedimiento médico quirúrgico más utilizado en los casos de aborto fueron el legrado uterino en un 70% y la aspiración manual endouterina en un 20%.

Quinto. En el tratamiento antibiótico de abortos se usó de uno a tres medicamentos entre ellos los más usados fueron la Cefazolina, la Amikasina y la Cefalexina, otros antibióticos usados con en las combinaciones con menos frecuencia fueron la Doxiciclina, Gentamicina, Clindamicina, Ciprofloxacino y Gentamicina.

Sexto. Los analgésicos y antiinflamatorios más usados en el manejo de los abortos fueron el Diclofenaco Metamizol e ibuprofeno.

Séptimo. En el manejo clínico de casos se utilizó como único oxitócico al Misoprostol.

Octavo. El 90% de las pacientes tratadas por aborto estuvieron hospitalizadas de 1 a 3 días y del 100% de pacientes que abortaron solo uno fue referida a otro hospital de mayor complejidad.

Recomendaciones

Al gobierno regional de Huancavelica, implementar políticas integrales para disminuir los riesgos y la incidencia de abortos.

Al sector salud reorientar las acciones sanitarias o intervenciones según el contexto para disminuir el aborto y sus complicaciones, adecuar los servicios según la demanda sanitaria y actualizar las guías de atención clínica según la incidencia de casos. El conocimiento de los tipos de abortos que se atienden permitirá diseñar e implementar guías de atención clínica, realizar investigaciones sobre sus factores de riesgo y desarrollar estrategias preventivas promocionales.

Capacitar al profesional de salud en el manejo adecuado de los casos a fin de evitar riesgos en la atención clínica. Fortalecer las habilidades y destrezas del profesional médico para el manejo adecuado de los procedimientos como aspiración manual endouterina y el legrado uterino.

Al sector salud, sensibilizar y desarrollar competencia en el personal de salud para una atención especializada que permita una atención oportuna, continuidad de la atención en cantidad y calidad; atención psicológica, promoción de la salud y prevención de riesgos.

Referencias bibliográficas

1. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. The Lancet. 2016;388(10041):258-67.
2. OMS. Prevención del aborto peligroso. [Notas descriptivas]. Washington D.C: Organizacion Mundial de la Salud; 2018 [updated 19 de febrero de 2018; cited 2018 04 de junio]. Available from: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion.
3. Rodríguez B. Perú registra 400.000 abortos al año. Internacional, Aborto, Legislación y género. AmecoPress [Internet]. 13 marzo 2008 [cited 2018 04 junio]. Available from: http://www.amecopress.net/spip.php?article1290.
4. Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2012;119(S1).
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. Williams. Obstetricia (24a. ed.): McGraw-Hill Interamericana; 2014.
6. OMS. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. [Comunicado de prensa conjunto de la OMS y el Instituto Guttmacher]. Washington D.C: Organizacion Mundial de la Salud; 2017 [cited 2018 04 de junio]. Available from: http://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year.
7. OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2 ed. Montevideo: Organización Mundial de la Salud; 2012. 134 p.
8. OMS. Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Organización Mundial de la Salud; 2015.
9. Andrade Moreira VN. Perfil epidemiológico, clinica y complicaciones de aborto en mujeres de 15 a 25 años, Hospital Liborio Panchana. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2018.
10. Álvarez Goris MP, Pérez Calatayud ÁA, Arch-Tirado E, Stuth López D, Zavala García A, Hernández Alemán FR, et al. Análisis comparativo de complicaciones agudas posquirúrgicas entre legrado y la aspiración manual endouterina en el aborto guiados

por ultrasonido intraoperatorio vs. técnica habitual a ciegas. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2018;45(2):50-7.

11. López Delgado FS, Morales Campoverde KG. Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital "Homero Castanier Crespo" en el año 2013. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
12. Ruipérez Pacheco E, de la Puente Yagüe M, Izquierdo Méndez N, Asenjo de la Fuente E, Herráiz Martínez MÁ, Vidart Aragón JA. Tratamiento médico del aborto espontáneo del primer trimestre. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2015;42(3):112-7.
13. Gippini I, Díaz E, Cristóbal I, Coronado P. Análisis del valor del misoprostol en el tratamiento del aborto diferido. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2012;55(3):101-7.
14. Gómez-Sánchez PI, Escandón I, Gaitán-Duarte H. Evaluación de la atención integral al pos-aborto en 13 hospitales de Colombia. Revista de Salud Pública. 2007;9:241-52.
15. Guerrero Córdova I. Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el hospital de apoyo Nuestra Señora de las Mercedes Paita durante el período julio a diciembre 2017. [Tesis]. Piura: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
16. Távara Orozco L, Orderique L, Mascaro P, Cabrera S, Gutiérrez Ramos M, Paiva J, et al. Costos de la atención postaborto en hospital es de Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2012;58:241-51.
17. Mascaro Sánchez P. Atención integral postaborto, en el Instituto Especializado Materno Perinatal. 1995 - 2004. 2015. 2015;53(3):6.
18. Leveno KJ, Spong CY, Dashe JS, Casey BM, Hoffman BL, Cunningham FG, et al. Williams Obstetrics, 25th Edition: McGraw-Hill Education; 2018.
19. DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos. 11a ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A.; 2014.
20. OMS. Manual de práctica clínica para un Aborto seguro. Montevideo: Organización Mundial de la Salud; 2014.
21. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.

22. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San marcos, Facultad de Medicina; 2005.
23. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
24. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
25. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
26. Rodríguez EC, Roura LC, Staff V, Martínez LA, Obstetricia SEdGy. Sego: Tratado de Ginecologia, Obstetricia y Medicina de la Reproduccion, 2 Tomos + Cd-Rom: Panamericana Editorial; 2003.
27. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
28. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Education; 2014.
29. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
30. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.

Anexos:

Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: ATENCION DEL ABORTO EN EL HOSPITAL DE LIRCAY, HUANCAVELICA, ENERO – JUNIO DEL 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cómo es la atención del aborto en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018? **Problemas específicos** ¿Cuál son los tipos de abortos según diagnostico atendidos en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018? ¿Cuál es el manejo clínico de los abortos atendidos en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018?	**Objetivo general** Determinar el tipo de atención del aborto en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018. **Objetivos específicos** Identificar los tipos de abortos según diagnostico atendidos en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018. Determinar el manejo clínico de los abortos atendidos en el Hospital Lircay, Huancavelica, enero – junio del 2018.	**Justificación e importancia** Para el sistema de salud las pacientes que cursan con abortos representan una emergencia médica y, en muchos casos es una condición de riesgo que pone en peligro la vida de las mismas. Afecta particularmente a las mujeres que, por su condición socio-económica, tiene dificultad de acceder a atención médica calificada (8). La OMS expresa especial preocupación por el aborto incompleto, ya que puede provocar complicaciones que si no se tratan a tiempo y de manera profesional pueden llegar a causar la muerte de la paciente. Las principales causas de complicaciones del aborto incompleto pueden ser el shock hipovolémico y las infecciones, lo cual aumenta el riesgo de muerte materna hasta en un 60% de los casos, en algunos países. El aborto puede ser espontáneo o inducido y este a su vez pueden ser completo o incompleto. La investigación tiene el propósito conocer el procedimiento médico del aborto en las pacientes atendidas en el Hospital de Lircay, esta información aunada a evidencia científica servirá para implementar estrategias que le permitan ofrecer a las mujeres una atención oportuna y con calidad a las mujeres que llegan a los servicios en estas circunstancias desde una perspectiva integral, evitando maniobras inseguras y garantizando su salud sexual y reproductiva; por otra parte, servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.	Atención del aborto en el Hospital de Lircay, Huancavelica	Característic as de la mujer Diagnóstico de Aborto Manejo Clínico	Registro de la edad de la paciente con diagnóstico de aborto Registro del estado civil de la paciente con diagnóstico de aborto Registro del nivel educativo de la paciente con diagnóstico de aborto Registro de la paridad de la paciente antes del aborto Registro del diagnóstico de ingreso de la paciente Registro de los exámenes de ayuda al diagnóstico de la paciente Registro de exámenes auxiliares de la paciente Registro del procedimiento medico realizado a la paciente Registro del tratamiento farmacológico aplicado a la paciente Registro del tiempo de hospitalización en días Registro de referencia a otro nivel de atención	Edad de la paciente con diagnóstico de aborto en años Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada Sin estudios Primaria Incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa Nulípara Primípara Multípara Diagnóstico de ingreso de la paciente Exámenes de ayuda al diagnóstico de la paciente Exámenes auxiliares de la paciente Procedimiento medico realizado a la paciente Tratamiento farmacológico aplicado a la paciente Tiempo de hospitalización en días Referencia a otro nivel de atención	Numérico 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 6 7 1 2 3 Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Si(1) No(2)	**Nivel de investigación** El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986). **Tipo de investigación** investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo. **Diseño de Investigación** El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno Esquema: **M O** M: Mujeres con diagnóstico de aborto O: Atención del aborto **Población, muestra, muestreo** **La población** Son todas las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica, enero a junio del 20187; según registros estadísticos son un total de 40 mujeres con diagnóstico de aborto. **Muestra:** El estudio será censal. La muestra de estudio la constituirán todas las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas Hospital de Lircay, Huancavelica, de enero a junio del 2018.

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

FORMATO Nº 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE LA ATENCION DEL ABORTO
Investigación: ATENCION DEL ABORTO EN EL HOSPITAL DE LIRCAY, HUANCAVELICA, ENERO – JUNIO DEL 2018.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, e informe; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

I. DATOS GENERALES:

1.1. Ficha N° | | | | | | | | |
1.2. Responsable del llenado: _____
1.3. Fecha del llenado: ____ /_____/2018. Hora del llenado: ____:____ horas
1.4. Provincia: _____
1.5. Distrito: _____
1.6. Nº de historia clínica: | | | | | | | | |

II. **DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO** (marque con una "X" o registrar los datos según corresponda)

a. Edad de la paciente con diagnóstico de aborto _____ años.
b. Diagnóstico de ingreso de la paciente:
   1._____
   2._____
   3._____
c. Exámenes de ayuda al diagnóstico de la paciente:
   1._____
   2._____
   3._____
d. Exámenes auxiliares de la paciente:
   1._____
   2._____
   3._____
e. Procedimiento medico realizado a la paciente:
   1._____

2._____
3._____

f. Tratamiento farmacológico aplicado a la paciente:

Soluciones endovenosas

1._____
2._____
3._____

Antibióticos

1._____
2._____
3._____

Antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos

1._____
2._____
3._____

Oxitócicos

1._____
2._____
3._____

Otros medicamentos

1._____
2._____
3._____

g. Tiempo de Hospitalización en días: _____ días.

h. Referencia a otro nivel de atención:

Si (1) No (2).

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

Anexo 3: Juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: ATENCION DEL ABORTO EN EL HOSPITAL DE LIRCAY, HUANCAVELICA, ENERO – JUNIO DEL 2018.
Investigador: Obsta. Gisela Lidia NONALAYA ARIAS

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la **"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE LA ATENCION DEL ABORTO"** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

	Variables de Estudio / ITEMS	1	2	3	4	5
Variable						
1	Edad de la paciente en años					
2	Estado Civil de la paciente					
3	Nivel de Instrucción de la paciente					
4	Paridad de la paciente antes del aborto					
5	Diagnóstico de ingreso de la paciente					
6	Exámenes de ayuda al diagnóstico de la paciente					
7	Exámenes auxiliares de la paciente					
8	Procedimiento medico realizado a la paciente					
9	Tratamiento farmacológico aplicado a la paciente					
10	Tiempo de hospitalización en días					
11	Diagnóstico de egreso de la paciente					
12	Referencia a otro nivel de atención					

Recomendaciones:

……..……
……..……
……..……

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		**DNI N°**	
Dirección:		**Teléfono/Celular:**	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

_____
Firma

Lugar y Fecha ……..……

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE ATENCION DEL ABORTO.
Investigación: ATENCION DEL ABORTO EN EL HOSPITAL DE LIRCAY, HUANCAVELICA, ENERO – JUNIO DEL 2018.

1. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
1.2. Grado académico : _____
1.3. Mención : _____
1.4. DNI/ Celular : _____
1.5. Cargo e institución donde labora : _____
1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	A	B	C	D	E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez $= \frac{1\,x\,A + 2\,x\,B + 3\,x\,C + 4\,x\,D + 5\,x\,E}{50} =$ -----

3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	◯	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	◯	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	◯	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	◯	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

……
……

…….
Firma del Juez

Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creado por Ley Nº 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

……..……..
DIRECTOR
HOSPITAL LIRCAY - ANGARAES

SD.

Yo, Obsta. Gisela Lidia NONALAYA ARIAS identificado (a) con D.N.I. N° 43898940, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre las ATENCION DEL ABORTO EN EL HOSPITAL DE LIRCAY, HUANCAVELICA, ENERO – JUNIO DEL 2018.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Lircay, 3 de setiembre del 2018

_____
Firma del Interesado