

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO EXPECTANTE EN
PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO**

MARÍA FERNANDA GARCÍA GARCÍA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Marzo 2020

Guatemala 28 de Enero de 2020.

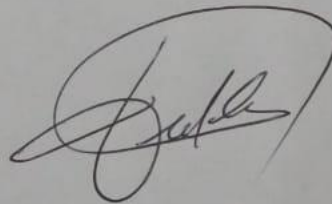
Doctora
Gabriela Lemus
Docente responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt.

Respetable doctora:

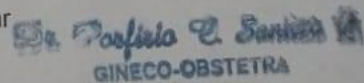
Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora **María Fernanda García García**, carné **200810030**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **“Complicaciones del tratamiento expectante en pacientes con aborto incompleto”**.

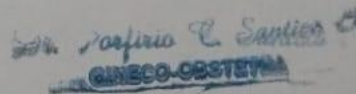
Luego de asesorar, hago constar que la Dra. María Fernanda García García, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Porfirio Cesar Santizo Salazar
Asesor de Tesis


Dr. Porfirio C. Santizo Salazar
GINECO-OBSTETRA


Dr. Porfirio C. Santizo Salazar
GINECO-OBSTETRA

Of. Post-Grado 11/2020
Guatemala, 12 de febrero de 2020

Doctor
Oscar Leonel Morales Estrada
Coordinación Especifico de Maestrías y Especialidades
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Doctor Morales:

Por este medio hago de su conocimiento que el Doctor Porfirio César Santizo Salazar cumplió con las funciones de acompañamiento y asesoría del trabajo de investigación "COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO EXPECTANTE EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO" del estudiante MARÍA FERNANDA GARCÍA GARCÍA, carné 200810030, de la carrera: Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,

Dra. Vilma Gabriela Lemus Saenz
Ginecología y Obstetricia
Colegiado 17,766



Dra. Vilma Gabriela Lemus Saenz MSc.
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Escuela de Estudios de Postgrado
Hospital Roosevelt



Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.118.2020

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **María Fernanda García García.**

Registro Académico No.: **200810030**

No. de CUI: **2529897320101**

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO EXPECTANTE EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO**

Que fue asesorado por: **Dr. Porfirio Cesar Santizo Salazar, MSc.**

Y revisado por: **Dra. Vilma Gabriela Lémus Saénz, MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **marzo 2020**.

Guatemala, 10 de marzo de 2020.



Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/rúgs

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	2
II. ANTECEDENTES	6
III. OBJETIVOS	23
IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
V. RESULTADOS	29
VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	32
VII. REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS.....	36
VIII. ANEXOS	40

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las complicaciones del manejo expectante en pacientes con aborto menor a 10 semanas como: retención de tejido placentario y hemorragia severa, en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de mayo a diciembre del 2017.

METODOLOGÍA: Transversal, observacional. Estudio que se realizó en pacientes femeninas, que consultaron a la emergencia del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, que cursan con aborto incompleto de 10 semanas o menos, de mayo a diciembre de 2017.

RESULTADOS: Se registraron un total de 456 pacientes con aborto menor a 10 semanas que cumplieron los criterios de inclusión. El 57% presentaron hemorragia vaginal, 49% presentaron retención de tejido placentario. Lo que representó que el 54% requirió tratamiento quirúrgico posterior debido a presentar las complicaciones antes mencionadas. CONCLUSIÓN: Una de las principales conclusiones de los estudios realizados al evaluar el tratamiento expectante versus el quirúrgico y el médico, es que, aunque los resultados en todos los abordajes son similares y las complicaciones no son significativas para recomendar un tratamiento sobre otro, uno de los factores que debe ser determinante para la decisión de la metodología a seguir, debe de ser la elegida por la paciente en el momento de la evaluación.

Palabras Claves: Aborto, complicaciones del aborto, aborto incompleto, manejo expectante.

I. INTRODUCCIÓN

Cada año, se estima que quedan embarazadas 208 millones de mujeres. Entre ellas, el 59 % (o 123 millones) tiene un embarazo planificado (o deseado) que culmina con un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina. El 41 % restante (85 millones) de los embarazos no es deseado. Debido al aumento en el uso de anticonceptivos, la tasa de embarazos en todo el mundo ha disminuido de 160 embarazos cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 134 embarazos cada 1000 mujeres en 2008. (1)

Las tasas de embarazos deseados y no deseados han caído, respectivamente, de 91 y 69 cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 1995 a 79 y 55 cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 2008. Lo que es más significativo, la tasa de abortos inducidos se redujo de 35 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 26 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 2008. Esta disminución se debió principalmente a la caída en la tasa de abortos sin riesgos, mientras que el aborto inseguro se ha mantenido relativamente constante desde 2000, con alrededor de 14 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años. Se estimó que la cantidad absoluta de abortos inseguros era de aproximadamente 20 millones en 2003 y de 22 millones en 2008. La proporción de todos los abortos que son inseguros aumentó de 44 % en 1995 y 47 % en 2003 al 49 % en 2008. Casi todos los abortos inseguros tienen lugar en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna son altas y el acceso a un aborto sin riesgos es limitado. (1)

El aborto inseguro es un problema casi exclusivamente restringido a las mujeres más marginadas en el mundo y ha sido la más descuidada de las causas de la mortalidad materna, a pesar de que contribuye con por lo menos 13% de estas muertes. (2)

En octubre del 2000, en la cumbre del milenio de las Naciones Unidas, todos los países acordaron sobre la urgencia global de reducir la pobreza y la desigualdad. La necesidad de mejorar la salud materna fue identificada como una de las metas claves de desarrollo del milenio con el objetivo de reducir los niveles de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Las causas de las muertes maternas son múltiples. Las mujeres mueren como consecuencia de complicaciones del trabajo de parto y del parto que no son reconocidas o que son tratadas inadecuadamente. Mueren de enfermedades tal como la malaria, que se agravan durante el embarazo. Mueren porque algunas complicaciones se desarrollan en etapas tempranas del embarazo, a veces aun antes de que la mujer se entere de su embarazo, como por ejemplo en el caso de un embarazo ectópico, y mueren porque buscan interrumpir

embarazos no deseados, pero carecen de acceso a los servicios apropiados. Alcanzar la Meta de Desarrollo del Milenio de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad requiere acciones en todos estos frentes. (1)

Globalmente, alrededor del 13% de todas las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos inseguros. Además de las 70.000 mujeres que mueren por año, decenas de miles sufren consecuencias a largo plazo, incluyendo infertilidad. (1)

Según la CEPAL (comisión económica para América latina y el Caribe) 2011 Guatemala se encuentra en el quinto lugar de países de América latina y el Caribe con alto nivel de muertes maternas con una razón de mortalidad materna de 110. Las 4 causas principales son causas directas como hemorragia, trastornos hipertensión, infecciones y abortos. (3) En países desarrollados, el aborto es la principal causa de mortalidad materna, en países en desarrollo contribuye con un alto porcentaje de muertes maternas. Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en países en desarrollo, en Guatemala el aborto es la cuarta causa de muertes maternas, según análisis elaborado por el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva. (4)

El aborto involuntario es una complicación común del embarazo temprano que puede tener consecuencias médicas y psicológicas como la depresión y la ansiedad. Se ha cuestionado la necesidad de evacuación quirúrgica sistemática en el aborto espontáneo debido a las posibles complicaciones como el traumatismo cervical, la perforación uterina, la hemorragia o la infección.

El aborto espontáneo ocurre en cerca del 10% al 15% de los embarazos y los signos son hemorragia, generalmente con dolor, y calambres abdominales. Con frecuencia la causa del aborto espontáneo se desconoce, pero es probable que la mayoría se deba a anomalías en los cromosomas del embrión. Tradicionalmente, la cirugía (legrado o aspiración al vacío) ha sido el tratamiento utilizado para extraer cualquier tejido retenido y es rápida de realizar. Actualmente se ha indicado que los tratamientos médicos (generalmente el misoprostol) pueden ser igualmente efectivos y conllevar menos riesgo de infección. (5)

En una revisión realizada por James P. Neilson y colaboradores en 2010, en la cual se comparó tratamiento médico con cirugía o ningún tratamiento, identificó 15 estudios que incluyeron 2750 mujeres con gestación menor de 13 semanas. En general la revisión no encontró diferencias en el éxito entre el misoprostol y la espera para el aborto espontáneo, ni

entre el misoprostol y la cirugía. La tasa general de éxito fue del 80% y en ocasiones alcanzó el 99%. (6)

Una de las conclusiones más importantes de los autores de esta revisión es que el tratamiento médico con misoprostol y el tratamiento expectante son alternativas aceptables a la evacuación quirúrgica habitual, debido a la disponibilidad de recursos del servicio de salud. (6)

El tratamiento médico está ganando importancia convirtiéndose en una alternativa terapéutica altamente aceptable como método para la evacuación uterina en los abortos espontáneos. Éste es un tratamiento menos agresivo que el quirúrgico, con altas tasas de éxito (80-90%) y efectos secundarios leves y controlables con medicación adicional. Además, presenta un alto grado de satisfacción global y un menor coste económico. El tratamiento médico del aborto se plantea con el objetivo de disminuir las intervenciones quirúrgicas y el riesgo que éstas conllevan, a la vez que pretende disminuir costes. (7)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) busca reducir la cifra de 153 muertes maternas por cada 100mil nacidos vivos, según la línea Basal de la Mortalidad Materna 2000, una de las más altas de América Latina. Muchas mujeres mueren a causa de: hemorragia durante el parto y puerperio inmediato, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones y complicaciones post parto y post aborto. (8)

En Guatemala, la tasa anual de aborto es de 24 abortos por 1000 mujeres en edad reproductiva. Las dos regiones que tienen las tasas más altas de aborto son la metropolitana y suroccidente. En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el Hospital de Gineco - Obstetricia, para el año 2015 fueron atendidos 1,630 abortos. (9)

El tratamiento de las complicaciones de aborto resulta en costos sustanciales para los hospitales: en un estudio conducido a lo largo de cinco meses en el año 2000, en un hospital de Coatepeque, el 30% del presupuesto de maternidad y el 10% del presupuesto total del hospital fueron gastados en el tratamiento de complicaciones de aborto. Según un reciente estudio gubernamental sobre mortalidad materna, el aborto es la tercera causa más importante de muertes maternas. (10)

Por lo expuesto anteriormente se realizó esta investigación en la cual se determinó la evolución y las complicaciones del manejo expectante en pacientes con abortos menores a 10 semanas, para en base a este determinar la viabilidad del manejo expectante como parte del protocolo de tratamiento de aborto incompleto en nuestra población.

En el estudio realizado en 456 pacientes con aborto incompleto menor a 10 semanas, en el servicio de la emergencia del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, se encontró que la prevalencia de hemorragia vaginal presentada en la evaluación a las 48-72 horas posterior a la primera visita, fue de un 57%, encontrándose el mayor número de casos en las pacientes con abortos mayores a 8 semanas.

La retención de tejido placentario se encontró en un 49% de los casos estudiados, y el mayor número de casos se encontró en las pacientes con aborto mayor a 8 semanas. Un hallazgo importante, es que no se encontraron casos de retención de restos ovulares ni de hemorragia vaginal en las pacientes con un aborto menor a 4 semanas.

II. ANTECEDENTES

DEFINICIÓN

La palabra aborto proviene del latín *aboriri*, abortar. de acuerdo con el New Shorter Oxford Dictionary (2002), el aborto es el nacimiento prematuro antes de que sea posible vivir. También significa la terminación inducida del embarazo para destruir al feto. Por ejemplo, el National Center of health statistics, los centers for disease control and prevention y la Organización Mundial de la Salud definen aborto como la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500g. Sin embargo, las definiciones varían mucho según las leyes estatales. (11)

La duración del embarazo también se utiliza para definir y clasificar el aborto con fines estadísticos y legales. la organización mundial de la salud define el aborto como la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500 gramos. sin embargo, las definiciones varían mucho según las leyes estatales de cada lugar.

El aborto puede ser espontáneo o inducido (provocado). Se calcula que 20-30% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo; sin embargo, hay estudios que indican una incidencia de aborto entre 40-50% y aun hasta 80% de todas las gestaciones cuando se incluyen embarazos muy tempranos. Se denomina pérdida recurrente del embarazo a la ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos. Este término ha reemplazado al de aborto habitual. (13)

Quince al veinte por ciento, de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna. El riesgo de aborto espontáneo en la mujer que nunca ha abortado oscila entre el 11 y el 15%, en tanto que después de uno a cuatro abortos es del 16%, 25%, 45% y 54%, respectivamente. Se denomina aborto espontáneo a la pérdida espontánea de un embarazo antes de que el feto sea viable. (13)

El aborto espontáneo se define como la pérdida involuntaria del embarazo antes de que el feto sea viable, o sea, a las 22 semanas de gestación. Se denomina aborto precoz a aquel que ocurre antes de las 8 semanas de gestación, correspondiendo al 80% de los abortos espontáneos. El resto ocurre entre las 13 y 14 semanas de gestación y se denominan como abortos tardíos. (13)

El aborto involuntario es el fracaso del embarazo antes de las 14 semanas, lo cual es común en el embarazo temprano. Tal pérdida en el embarazo temprano puede afectar la salud física y mental de la mujer. Los médicos a menudo sugieren la realización de una intervención quirúrgica como la dilatación y el legrado o el sistema aspirativo para completar el proceso. La cirugía podría causar problemas como traumatismo, hemorragia intensa o infección. En el tratamiento expectante se espera que el aborto espontáneo termine por sí solo, y puede incluir reposo en cama, ecografía y antibióticos.

En un estudio realizado por el Hospital clínico de San Carlos, Madrid, España, con 680 pacientes, concluyeron que en vista de la eficacia y los gastos inferiores del manejo del aborto espontáneo del primer trimestre con misoprostol, creemos que el tratamiento médico podría convertirse en la primera opción de tratamiento, disminuyendo la carga sobre las instalaciones de asistencia médica. (14)

Según la OMS el aborto provocado es el método de control de la fecundidad más antiguo y probablemente todavía el más utilizado. Lo trágico de las defunciones maternas es que casi todas son prevenibles, con una gestión adecuada. A escala mundial, alrededor del 15% de la mortalidad materna se debe a abortos sin garantías de seguridad y la proporción llega al 50% en algunas zonas. (15)

ETIOLOGÍA

La reproducción es una de las funciones más ineficaces del ser humano, ya que aproximadamente el 50 a 75 % de los embarazos se pierden en forma de aborto espontáneo. La mayoría de estas pérdidas son irreconocibles debido a que suceden antes de que se presente la siguiente menstruación. Las causas de un aborto espontáneo son múltiples y entre las más frecuentes se pueden mencionar las siguientes: causas genéticas, deficiencia de progesterona, diabetes mellitus, síndrome de ovario poliquístico, hematomas subcoriónicos y otras causas menos comunes que se presentan en abortos recurrentes como: infecciones por Mico plasma hominis y Ureaplasma urealyticum, anomalías anatómicas del útero, cérvix incompetente y síndrome de anticuerpo antifosfolípidos. (13)

La gran mayoría de los abortos espontáneos se deben a anomalías cromosómicas y a anomalías morfológicas de los gametos, los embriones o los fetos, incompatibles con un desarrollo normal. Entre los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación se encuentran anomalías cromosómicas en 50-60% de los casos; la mitad de estas anomalías cromosómicas son trisomías (en particular trisomía 16), aproximadamente un cuarto son

monosomías X (cariotipo 45, X0); también se encuentran poliploidías (triploidías o tetraploidías) y un pequeño número presenta translocaciones desequilibradas y otras anomalías cromosómicas.

TABLA 1. ALTERACIONES CROMOSÓMICAS EN ABORTO INICIAL

Tipo de anomalía	Frecuencia %
Trisomías	
16	16,4
22	5,7
21	4,7
15	4,2
14	3,7
18	3
Otras	14,3
Monosomía X	18
Triploidias	17
Tetraploidias	6
Traslocaciones desequilibradas	3
Otras	4

En abortos espontáneos tardíos (mayores de 12 semanas de gestación), la incidencia relativa de las anomalías cromosómicas disminuye a aproximadamente 5%. Otras causas de aborto espontáneo son las siguientes: anomalías anatómicas del aparato genital materno (útero unicorne, útero bicorne, útero tabicado, miomatosis uterina, incompetencia cervical, cicatrices y adherencias uterinas); enfermedades endocrinas tales como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la diabetes mellitus no controlada; enfermedades sistémicas maternas como el lupus eritematoso, las enfermedades cardiovasculares y renales y la desnutrición; infecciones maternas como sífilis, rubeola, toxoplasmosis, listeriosis, e infecciones por el virus herpes 2, virus de inclusión citoplasmática, Chlamydia trachomatis y Mycoplasma hominis; factores inmunológicos tales como la isoimmunización Rh, la incompatibilidad ABO o del sistema Kell; factores tóxicos como el uso de antagonistas del ácido fólico y el envenenamiento por plomo y traumáticos por lesión directa sobre el útero en gestaciones del segundo trimestre. Aunque los factores etiológicos involucrados en la pérdida recurrente del embarazo (anteriormente aborto habitual) son los mismos que los que se informan para el aborto espontáneo individual, es diferente la distribución de su frecuencia. Por ejemplo, las anomalías Müllerianas que se encuentran en 1-3% de mujeres con un aborto individual, se pueden diagnosticar en 10-15% de pacientes

con pérdida recurrente de la gestación. La incidencia de anomalías cromosómicas es menor en los casos de pérdida recurrente del embarazo, aunque cuando se realizan cariotipos de alta resolución el número de desarreglos que se diagnostica es mayor. (13)

Desde el punto de vista clínico el aborto se clasifica de la siguiente forma:

AMENAZA DE ABORTO

La amenaza de aborto consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen intra uterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico menstrual. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica. El tratamiento es el reposo absoluto en cama, con sedación según el estado de ansiedad de la paciente. También pueden utilizarse analgésicos antiespasmódicos para aliviar el dolor. En los embarazos tempranos es importante definir el pronóstico del embarazo, si existe embrión y si está vivo. El estudio ecográfico es una ayuda invaluable para precisar el diagnóstico. En los casos de embrión vivo pueden observarse zonas de desprendimiento o sangrado o sacos de implantación baja. (13)

Si se detectan movimientos cardíacos por ecografía o se confirma la presencia de un embrión viable, el pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe; cuando el desprendimiento es pequeño el pronóstico generalmente es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continúa su curso. En 50% de los casos evoluciona hacia el aborto con tres cuadros clínicos: el aborto retenido, el aborto incompleto o el aborto completo.

ABORTO EN CURSO

Se define como aborto en curso al cuadro clínico caracterizado por contracciones uterinas dolorosas, intermitentes y progresivas acompañadas de borramiento y dilatación cervicales y sangrado de origen uterino. Las membranas ovulares se encuentran íntegras. El tratamiento consiste en hidratación, administrar analgésicos parenterales, reforzar la actividad uterina si es necesario y esperar la expulsión fetal para proceder al legrado o la revisión uterina. (13)

ABORTO RETENIDO

El aborto espontáneo recurrente se define como la pérdida temprana y consecutiva de tres o más embarazos. Una teoría es que, para algunas mujeres, esto podría estar causado por una respuesta del sistema inmunológico al embrión o feto. (12)

En estos casos el embrión muere o se desprende, pero queda retenido dentro del útero. Debe sospecharse cuando el útero no aumenta de tamaño, los síntomas y signos del embarazo disminuyen hasta desaparecer y el control ecográfico visualiza embrión sin actividad cardíaca, con distorsión del saco gestacional, disminución del líquido amniótico y, en embarazos del segundo trimestre, cabalgamiento de los huesos del cráneo. El advenimiento de la ecografía permite el diagnóstico de la muerte embrionaria y de la muerte fetal en forma precoz; por esta razón, para el manejo clínico no tiene lugar en la actualidad el considerar aborto retenido solamente a aquel que tiene tres o más semanas de muerte intrauterina. (13)

ABORTO COMPLETO

Se denomina aborto completo a la situación en la cual hay expulsión total del embrión o del feto y de las membranas ovulares. Desde el punto de vista clínico se identifica porque desaparece el dolor y el sangrado activo después de la expulsión de todo el producto de la concepción. Puede persistir un sangrado escaso por algún tiempo. (13)

ABORTO INCOMPLETO

Se denomina aborto incompleto al cuadro clínico caracterizado por la expulsión parcial de los productos de la concepción. Cuando queda retenida la placenta el tratamiento consiste en completar el aborto por medio del legrado o la revisión uterina.

La pérdida del líquido amniótico ya configura un cuadro de aborto incompleto; sin embargo, se utiliza el término de aborto inevitable cuando las contracciones uterinas son más enérgicas, el cuello sufre borramiento y dilatación, las membranas están rotas y se palpan a través del cuello las partes fetales. En estos casos el tratamiento consiste en hidratar la paciente, reforzar la actividad uterina con oxitocina si es necesario, administrar analgésicos parenterales y esperar la expulsión del feto. Posteriormente se procederá a practicar legrado o revisión uterina. (13)

DIAGNOSTICO

EVALUACION CLINICA

La base principal para el manejo del aborto es su diagnóstico. Desde hace 20 años se dispone de tecnología que facilita el diagnóstico temprano del embarazo, lo que ha permitido avances en el manejo de la amenaza de aborto y del aborto espontáneo y en los cuidados prenatales. La ultrasonografía y la prueba de gonadotropina coriónica (Hcg) facilitan el diagnóstico y el manejo de pacientes con un embarazo anormal.

En contraste con los embriólogos, que fechan los eventos desde el momento de la fertilización, los clínicos convencionales calculan la duración del embarazo desde el primer día de la última menstruación (FUM). Este cálculo está basado en un ciclo ideal de 28 días en el que la fertilización ocurre al 14 día del ciclo. Se debe considerar que sólo el 15% de las mujeres, en edad reproductiva tienen ciclos de 28 días, otros factores de confusión clínica son las irregularidades menstruales y el uso de anticonceptivos. (13)

Los datos sugestivos de embarazo a la exploración física, tanto uterinos como mamarios, tienen especificidad entre el 70 a 90%, pero una sensibilidad baja, del 18% al 56%. Se considera que el 25% de las pacientes embarazadas sangran durante el primer trimestre del embarazo, constituyendo una amenaza de aborto. Las pacientes con aborto espontáneo temprano pueden presentar sangrado transvaginal, dolor abdominal o estar asintomáticas. A la exploración física presentan un útero de menor tamaño que el que debería corresponder al período de la amenorrea y en el caso de sangrado activo los productos de la concepción pueden ser evidentes en el canal cervical o vagina. En pacientes asintomáticas y en aquellas con embarazos pequeños, la valoración ultrasonográfica es indispensable. (13)

MANEJO

El manejo del aborto espontáneo en los países en vías de desarrollo sigue siendo exclusivamente mediante legrado uterino instrumental. Sin embargo, en el aborto temprano se están utilizando tratamientos farmacológicos como la administración de mifepristona a dosis de 600 mg por vía oral, seguidos de 48 horas después de 400 mg de misoprostol, con lo que se obtiene un 96% de efectividad en embarazos menores a 49 días de gestación.

Las tasas de abortos completos son mayores en las gestaciones tempranas, 96 a 98% cuando se usan los 42 días de gestación y menos del 85% cuando el embarazo es mayor de 49 días de gestación. Se ha demostrado que cuando el aborto ocurre dentro de las 3 a 4 horas posteriores a la administración del misoprostol, se debe cambiar el método. Se ha utilizado también el misoprostol por vía vaginal, a dosis de 800 mg, para tratar el aborto fallido, con tasas de efectividad cercana al 80%.

La aspiración manual endouterina (AMEU) es otro de los métodos que se utilizan para el manejo del aborto espontáneo o para el aborto incompleto, demostrando alta efectividad y seguridad. En el manejo expectante del aborto en evolución se emplea únicamente seguimiento ultrasonográfico. Los métodos expectantes requieren no sólo de un seguimiento

ultrasonográfico estricto, sino también de determinaciones de las concentraciones de la subunidad beta de la Hcg. (13)

Se han objetivado diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de abortos y el éxito del tratamiento, siendo mayor en las pacientes con ACI, seguido de los abortos diferidos, siendo el porcentaje de éxito menor en las gestaciones sin embrión.

Estos resultados coinciden con los del ensayo aleatorizado de Zhang et al. donde se pone de manifiesto que las pacientes con una gestación sin embrión tienen una tasa de éxito del tratamiento médico menor que los otros subtipos de abortos espontáneos.

Para el ACI, la dosis propuesta por la OMS es de 600mcg de misoprostol, ya que se ha comprobado que es la menor dosis efectiva, con resultados casi tan eficientes como un legrado-aspiración con esta misma indicación. Pero para el aborto retenido, se ha objetivado que aumentando la dosis a 800mcg y usando la vía vaginal se mejora la tasa de éxito. (15)

Complicaciones asociadas al tratamiento e instrumentación: Las complicaciones más graves del legrado intrauterino incluyen perforación uterina, lesión cervical, perforación intestinal, Síndrome de Asherman y hemorragia grave, con una morbilidad de 2.1% y mortalidad de 0.5 / 100,000. (9)

COMPLICACIONES DEL ABORTO

La OMS define aborto inseguro como un procedimiento para terminar con el embarazo realizado por personas que no tienen las habilidades necesarias o en el ambiente con la comodidad ni los estándares médicos mínimos, o ambos. (16)

El aborto incompleto es un problema significativo de salud pública en muchos países, como evidencia se encuentra la alta proporción de pacientes con abortos incompletos ingresados en los servicios de ginecología. Las complicaciones relacionadas con el aborto contribuyen en gran cantidad a la mortalidad y morbilidad materna en los servicios de salud. (17)

La OMS calcula que en todo el mundo mueren cada año alrededor de 500,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo. Una alta proporción de esas defunciones son atribuibles a complicaciones del aborto. Además, el 98% de esa mortalidad materna se produce en los países en desarrollo, donde el riesgo de fallecimiento relacionado con la gestación durante la vida de la mujer se ve agravado por el alto número de cada una de ellas, así como por las

condiciones socioeconómicas imperantes y por la escasa disponibilidad de servicios de atención materna en estos países. (18)

La OMS define la defunción materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación, sea cual fuere la duración del embarazo y el lugar, por cualquier causa relacionada con la gestación o el cuidado de ésta o agravada por esos factores, pero no por causas accidentales o incidentales.

A escala mundial, alrededor del 15% de la mortalidad materna se debe a abortos sin garantías de seguridad y la proporción llega al 50% en algunas zonas. La alta tasa mundial de mortalidad resultante del aborto inseguro podría prevenirse facilitando el acceso al tratamiento de las complicaciones, así como procedimientos abortivos inocuos y servicios anticonceptivos. (18)

El aborto espontáneo o interrupción provocada del embarazo, se produce en el 10-15% aproximadamente de todos los embarazos conocidos o presuntos. Las complicaciones del aborto de todo tipo son también causa de morbilidad de las mujeres en los países en desarrollo. Aproximadamente el 13% de la mortalidad relacionada con el embarazo en todo el mundo se debe al aborto inseguro y la mayoría de estas muertes (y la morbilidad) ocurre en países en desarrollo, donde el aborto está prohibido por la ley. En Asia, el 20% a 25%, 30% a 50% en África y América Latina y 25% a 30% de todas las muertes maternas en Rusia se cree son resultado de un aborto provocado. (19)

a mortalidad y la morbilidad materna relacionada con el aborto pueden al menos reducirse con la atención posaborto de calidad en todos los niveles del sistema sanitario. Estos niveles incluyen:

- el nivel de la comunidad (personal con entrenamiento en materia de salud básico, incluidas las comadronas tradicionales)
- el nivel primario (con enfermeras, comadronas adiestradas y en algunos casos, médicos)
- el primer nivel de referencia (hospitales de distrito)
- los niveles secundarios y terciarios (hospitales regionales, nacionales o escuela)

El uso de antibióticos para el aborto séptico está bien documentado. Chow y cols. compararon las respuestas al tratamiento con clindamicina sola o penicilina más cloranfenicol en 77 pacientes con aborto séptico en un estudio aleatorio, doble ciego. Se halló que el tratamiento intensivo, con evacuación uterina temprana y antibióticos de amplio espectro eficaces contra bacterias aeróbicas y anaerobias, fue la clave para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad en el tratamiento del aborto séptico.

La profilaxis sistemática con antibióticos para las mujeres con un presunto aborto inseguro es una cuestión que todavía necesita responderse. En algunos países, como Ghana, Etiopía y Nicaragua, los antibióticos profilácticos forman parte del conjunto de medidas de atención posaborto. En otros, se proporcionan antibióticos cuando hay signos y síntomas de infección.

El aborto incompleto es un problema significativo de salud pública en muchos países, como se demuestra por la alta proporción de pacientes con aborto incompleto ingresadas a las salas de ginecología. Las complicaciones relacionadas con el aborto contribuyen significativamente a la mortalidad y la morbilidad materna en los centros de salud. El uso de antibióticos profilácticos en el aborto provocado es un tema polémico. Ésta es un área donde se necesita información basada en la evidencia, ya que incluye a un gran número de mujeres y no existe ningún tratamiento estándar de eficacia comprobada y que sea efectivo en relación al costo. (19)

ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO Y SEGUIMIENTO DESPUÉS DE UN ABORTO INDUCIDO O ESPONTÁNEO

Las mujeres deben recibir atención adecuada posterior al aborto. En el caso de las mujeres sometidas a abortos inseguros, la atención posterior debe constituir una estrategia para atenuar la morbimortalidad asociada con las complicaciones, incluida la aspiración del útero cuando se produjo un aborto incompleto; se les debe ofrecer métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados en el futuro y se las debe poner en contacto con otros servicios necesarios dentro de la comunidad. Después de un aborto inducido sin riesgos, la atención posterior tal vez no requiera una visita de seguimiento si la mujer cuenta con la información adecuada acerca de cuándo procurar atención debido a complicaciones y ha recibido todo método anticonceptivo necesario o información que cubra sus necesidades anticonceptivas. Antes de que dejen el centro de salud, todas las mujeres deben recibir información sobre anticoncepción y se les debe ofrecer asesoramiento y los métodos anticonceptivos para utilizar después del aborto, incluidos anticonceptivos de emergencia. Después de un aborto médico o quirúrgico, puede iniciarse inmediatamente cualquier método anticonceptivo, entre ellos, dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, siempre que se preste atención al perfil de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con ciertos métodos. (5)

Existen pocos métodos que no deben iniciarse inmediatamente después de un aborto: no debe usarse un diafragma o capuchón cervical hasta aproximadamente 6 semanas de un aborto durante el segundo trimestre, y el método que toma en cuenta el período fértil solo debe

comenzar a aplicarse después de que se reanude la menstruación regular. Los DIU colocados inmediatamente después del aborto ofrecen una mejor protección contra el embarazo no deseado en lugar de posponer la inserción. Si bien es seguro, existe un riesgo mayor de expulsar el DIU si se inserta en el momento de realizar un aborto durante el segundo trimestre. En el caso de un aborto médico, es posible iniciar el uso de anticonceptivos hormonales después de tomar el primer comprimido de un régimen de aborto médico; sin embargo, es necesario confirmar que el aborto se ha completado antes de insertar un DIU o llevar a cabo una esterilización. Además, se debe prestar especial atención a las mujeres que solicitan una esterilización a fin de garantizar que su decisión no esté indebidamente influenciada por la naturaleza del momento. (5)

Los centros donde se practiquen abortos deben tener la posibilidad de ofrecer el método anticonceptivo elegido por la mujer en el centro. Si no es posible ofrecer el método anticonceptivo elegido por la mujer en el mismo centro (por ejemplo, la esterilización raramente puede realizarse en el nivel de atención primaria), se debe brindar información a la mujer sobre dónde y cómo acceder a este y se le debe ofrecer un método temporal. (5)

En el caso de los métodos no disponibles en el centro, el centro de salud donde se practica el aborto debe desarrollar un sistema de derivación directa para garantizar que las mujeres sean capaces de obtener el método anticonceptivo elegido. Se debe informar a todas las mujeres sobre los anticonceptivos de emergencia y se debe considerar la posibilidad de ofrecérselos para que los conserven en su hogar para usarlos en el futuro, en especial a las mujeres cuyo método primario de anticoncepción es el condón y a quienes deciden no comenzar a utilizar un método anticonceptivo de rutina en forma inmediata. Los profesionales deben analizar la prevención de las ETS, incluido el VIH, y la importancia de usar condones con las mujeres que elijan métodos anticonceptivos distintos a los condones. Se debe enfatizar particularmente la información sobre la prevención de infecciones para aquellas personas con mayor riesgo y en las áreas con un predominio alto de VIH y otras ETS. Se debe disponer de asesoramiento y pruebas de detección de VIH en el centro de salud o a través de una derivación a otros centros. Se debe promocionar la protección doble o el uso de un método como el condón o una combinación de métodos que protejan tanto contra embarazos como contra ETS. Las mujeres que se someten a un aborto deben recibir instrucciones claras, sencillas, oralmente y por escrito sobre cómo cuidarse después de dejar el centro de salud y cómo reconocer complicaciones que puedan requerir atención médica. Dichas instrucciones deben incluir lo siguiente: abstenerse de tener relaciones sexuales y de colocarse cualquier elemento en la

vagina hasta que cese la hemorragia; la disponibilidad de métodos anticonceptivos, incluidos los de emergencia, evitar el embarazo (la fertilidad puede retornar solo dos semanas después del aborto) y la necesidad de regresar al centro de salud en caso de aumento del dolor pélvico, hemorragia intensa o fiebre. Mientras las mujeres esperan que se complete un aborto médico, deben tener la posibilidad de comunicarse con un médico o un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarles apoyo. (5)

MÉTODOS MÉDICOS DE ABORTO

Debido a la eficacia superior de la combinación de mifepristona y misoprostol para el aborto médico antes de las 9 semanas (63 días) de gestación, no hay necesidad de realizar un seguimiento médico para confirmar que se completó el aborto. Sin embargo, se debe indicar a las mujeres que regresen para un seguimiento si presentan signos de continuación del embarazo o por otros motivos médicos, como hemorragia intensa prolongada o fiebre. Quienes se someten a un aborto médico con un régimen de misoprostol solo deben retornar para un seguimiento y confirmación de que el aborto fue completo entre 7 y 14 días después de la administración del misoprostol. Los protocolos de tratamiento con mifepristona seguida de misoprostol usados hasta las 9 semanas de embarazo que requieren que las mujeres permanezcan en observación clínica durante 4 a 6 horas después de recibir el misoprostol requieren la confirmación del aborto durante este período, si fuera posible. La confirmación suele hacerse mediante inspección de las toallas sanitarias y el orinal durante el período de observación para determinar la expulsión del producto de la concepción. (5)

El aborto completo puede confirmarse mediante examen pélvico, una ecografía pélvica o repetición de la medición de la Hcg. Si se utilizan mediciones de la Hcg, cabe recordar que, en algunos casos, es posible detectar niveles bajos de Hcg hasta 4 semanas después de una expulsión con éxito. La ecografía resulta útil para detectar la continuación del embarazo; sin embargo, medir el grosor del endometrio no es útil para diagnosticar un aborto incompleto y podría dar lugar a intervenciones quirúrgicas imprecisas. Es probable que las mujeres que continúen presentando síntomas de embarazo o que tengan una hemorragia mínima sigan embarazadas

A las mujeres con un aborto fallido (continuación del embarazo) se les debe ofrecer la realización de una aspiración de vacío o repetir la administración de misoprostol. Los datos disponibles sobre el riesgo potencial de anomalías fetales después de un aborto sin éxito son limitados e inconcluyentes; por lo tanto, si una mujer desea continuar con un embarazo

expuesto, no es necesario insistir en finalizarlo. Sin embargo, se debe informar a las mujeres que es importante el seguimiento debido al riesgo desconocido para el feto debido a los fármacos abortivos. En general, es posible realizar una observación de las mujeres con abortos incompletos, excepto que la hemorragia sea intensa, o se les puede ofrecer una nueva administración de misoprostol o completar el aborto en forma quirúrgica. En vista del mayor riesgo de hemorragia y de abortos incompletos asociados con los procedimientos que se llevan a cabo después de las 12 semanas de embarazo, todas las mujeres en estas situaciones deberían permanecer en observación clínica hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados. Asimismo, los abortos médicos después de las 9 semanas de gestación deben llevarse a cabo en un centro de salud, si bien se están realizando investigaciones para determinar si un aborto hogareño en este subgrupo de edad gestacional es seguro y adecuado. (5)

Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre

NIVEL DE PRIMER CONTACTO (ATENCIÓN PRIMARIA)

1. Todos los hombres y las mujeres en edad reproductiva deben recibir información y tener acceso a los métodos efectivos de anticoncepción, que incluyen la anticoncepción de emergencia en los casos necesarios.
2. En los casos en que está disponible el aborto médico, las mujeres deben recibir información acerca de la disponibilidad de esta opción, de manera que, en caso de que lo necesiten, puedan asistir al centro de atención de la salud en una etapa temprana del embarazo a fin de calificar para este método.
3. Los servicios de aborto médico deben estar respaldados por servicios de aborto quirúrgico en caso de un aborto incompleto con fármacos. Si no hay dichas instalaciones en un centro de atención primaria que planea ofrecer el aborto médico, se deben identificar centros cercanos adecuados para una aspiración uterina de refuerzo, así como una atención a la que se pueda derivar en caso de emergencia por problemas complejos o complicaciones.
4. Así como con el aborto quirúrgico, las mujeres que eligen el aborto médico deben estar bien asesoradas acerca del procedimiento y deben recibir información clara acerca de los signos de advertencia y dónde obtener atención de emergencia las 24 horas.

5. Si no se dispone de un ecógrafo, los médicos que realizan el aborto médico deben estar bien entrenados en la evaluación clínica de la edad gestacional.

6. Se debe evaluar clínicamente a las mujeres para averiguar si presentan contraindicaciones potenciales al aborto médico, que incluyen embarazo ectópico, anemia severa, cervicitis o infección del aparato genital superior, presencia de un dispositivo intrauterino, o cualquier contraindicación para utilizar la medicación específica.

7. Si se dispone de mifepristona, se puede ofrecer a las mujeres con embarazos no deseados de 63 días o menos de gestación la opción del régimen siguiente:

Total, de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguido de: Total de 800 µg de misoprostol por vía vaginal administrado una vez en cualquier momento de 1 a 3 días después. La administración de misoprostol de 6 a 8 horas después de la mifepristona parece ser igualmente efectiva.

- Para las mujeres con un embarazo de 49 días o menos que prefieren la vía oral de administración, el misoprostol se puede administrar en una dosis oral de 400 µg, 2 días después de la mifepristona.
- Otra opción es la dosis de 800 µg de misoprostol por vía sublingual 2 días después de la mifepristona para las mujeres que prefieren evitar la administración vaginal, pero deben ser asesoradas acerca del aumento de los efectos secundarios.

Habitualmente, se aconseja a las mujeres que regresen para una o más visitas de seguimiento, después de 10 a 14 días, durante la cual:

- los casos en los que el embarazo sigue su curso son derivados para un aborto por aspiración (en el centro o en el siguiente nivel de atención);
- los casos de aborto incompleto se pueden manejar de manera expectante con una dosis adicional de misoprostol o con aborto quirúrgico.
- las mujeres con aborto completo deben comenzar con la anticoncepción.

8. Si la mifepristona no está disponible, pero se dispone de metotrexato (o si se prefiere el metotrexato debido a su costo más bajo o debido a su eficacia cuando se administra por vía intramuscular para tratar el embarazo ectópico en los casos de ubicación incierta del embarazo), se puede ofrecer a las mujeres con un embarazo de 49 días o menos de gestación el régimen siguiente:

a. Total de 50 mg/m² (del área de superficie corporal) de metotrexato ya sea por vía oral o intramuscular, seguido de una dosis vaginal única de 800 µg de misoprostol en cualquier momento entre 3 y 7 días después.

b. Si el feto no es expulsado dentro de las 24 horas de la administración de misoprostol, se puede administrar una segunda dosis vaginal de 800 µg de misoprostol.

c. Se debe aconsejar a las mujeres que regresen para una o más visitas de seguimiento, después de 10 a 14 días, durante la cual:

- los casos en los que el embarazo sigue su curso son derivados para un aborto quirúrgico (en el centro o en el siguiente nivel de atención);
- los casos de aborto incompleto se pueden manejar de manera expectante o con un procedimiento aspirativo.
- las mujeres con aborto completo deben comenzar con la anticoncepción.

9. Si no se dispone de mifepristona ni de metotrexato (o si su costo es prohibitivo), se puede ofrecer a las mujeres con embarazos no deseados de 63 días o menos de gestación la opción del régimen siguiente:

a. Total de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal repetidos cada 24 horas hasta tres dosis. Este régimen debe ser utilizado solamente cuando no se dispone de mifepristona ni de metotrexato, ya que es menos efectivo.

b. Habitualmente, se aconseja a las mujeres que regresen para una o más visitas de seguimiento, después de 10 a 14 días, durante la cual:

- los casos en los que el embarazo sigue su curso son derivados para un aborto por aspiración (en el centro o en el siguiente nivel de atención).
- los casos de aborto incompleto se pueden manejar de manera expectante con una dosis adicional de misoprostol o con un procedimiento aspirativo.
- las mujeres con aborto completo deben comenzar con la anticoncepción.

10. Las mujeres pueden tener la opción de la administración de misoprostol en el hogar luego de la visita inicial a la clínica. (5)

NIVEL DEL HOSPITAL DE REFERENCIA (ATENCIÓN SECUNDARIA)

Todas las acciones descritas anteriormente para el nivel de atención primaria se aplican al nivel de atención secundaria. Los servicios de aborto médico no necesitan ser más especializados en este nivel de atención que en el nivel primario, y se deben ofrecer en modalidad ambulatoria. Además, los hospitales que prestan estos servicios deben estar preparados para manejar todas las complicaciones y derivaciones relacionadas con el aborto en las áreas de servicio. (5)

EN CASA O EN LA COMUNIDAD

1. Todos los hombres y mujeres en edad reproductiva deben recibir información acerca de los métodos anticonceptivos efectivos, que incluyen la anticoncepción de emergencia. La distribución basada en la comunidad de los métodos adecuados (que incluyen la anticoncepción de emergencia) debe estar disponible.
2. En los casos en que esté disponible el aborto médico, las mujeres deben recibir información acerca de la disponibilidad de esta opción, de manera que, en caso de que lo necesiten, puedan asistir al centro de atención de la salud en una etapa temprana del embarazo a fin de calificar para este método.
3. Los trabajadores comunitarios de la salud deben recibir entrenamiento para reconocer y tratar las complicaciones menores del aborto médico y disponer la derivación en los casos necesarios.

ANTIBIÓTICOS PARA EL ABORTO INCOMPLETO

Si se considera que normalmente alrededor del 15% de los embarazos clínicamente establecidos terminará en un aborto en los países en vías de desarrollo, donde la tasa de fertilidad es elevada, es claro que el manejo del aborto es un problema frecuente que exige una cantidad significativa de tiempo y recursos de los servicios de salud. En los países en vías de desarrollo, los embarazos no deseados y el aborto inducido son mucho más frecuentes que en los países desarrollados debido a la imposibilidad de acceder a métodos de planificación familiar y la falta de servicios de salud reproductiva. En la región de Pretoria en Sudáfrica (un lugar mayormente urbano y periurbano en un país africano en vías de desarrollo), el aborto incompleto es la razón más común para la admisión de una mujer a una sala ginecológica. Las complicaciones del aborto también son el motivo más frecuente de muerte y de morbilidad materna severa en la región. Si bien los abortos incompletos sin complicaciones constituyen

en sí mismos un problema importante en los países en vías de desarrollo, cuando existen complicaciones en relación con el aborto, por ejemplo, sepsis o hemorragia severa, la cantidad de tiempo y recursos necesarios para manejarlas se incrementan rápidamente. (5)

Una revisión sistemática ha demostrado que el uso de antibióticos profilácticos reduce la sepsis postaborto en los abortos inducidos quirúrgicamente. (21)

En los casos de pacientes de bajo riesgo, es necesario tratar a 35 mujeres para prevenir una infección, mientras que sólo se deberían tratar 10 mujeres para prevenir un caso entre las mujeres de alto riesgo. Se encontró que esta relación es costo efectivo, si se administraban 100 mg de doxiciclina por vía oral una hora antes del procedimiento y 200 mg después de éste. Las mujeres que se consideraron de alto riesgo de desarrollo de infección postaborto en el tracto genital superior tenían las siguientes características: menores de 20 años, nuligrávidas (en especial si la paciente informaba dos o más parejas en un año), enfermedad pélvica inflamatoria o gonorrea previas, y gonorrea, clamidia o vaginosis bacteriana no tratadas en el momento del aborto. (22)

En un estudio llevado a cabo en un importante hospital que atendía principalmente a una población negra semiurbana y rural en Sudáfrica, se diagnosticó enfermedad de transmisión sexual al 35% de las mujeres que se presentaban para interrumpir un embarazo.

El 23% tenía clamidia y el 5% gonorrea. Sería lógico suponer que en esta población la mayoría de las mujeres que se presentan con un aborto incompleto serían consideradas como de alto riesgo para la infección postaborto, aun cuando no hubiese evidencia clínica de infección en el momento de presentarse. (22)

Si se utilizara profilaxis con antibióticos, una única dosis de doxiciclina o un régimen de dos dosis como se describió anteriormente sería factible y poco costoso. Se prefiere doxiciclina a otras tetraciclinas debido a su larga vida media, menor número de efectos secundarios gastrointestinales y a que no forma quelato de alimentos o calcio.

Se requiere investigación urgente para determinar la utilidad del uso de antibióticos profilácticos en el aborto incompleto. Se debería estudiar la administración de una única dosis de antibióticos próxima al momento de la evacuación del útero. Sería interesante disponer de datos sobre puntos finales más significativos como la histerectomía y la mortalidad, aunque no es realista esperar obtenerlos a partir de estudios controlados aleatorizados individuales.

Además, sería útil saber si los diferentes regímenes de antibióticos producen resultados distintos y si hay variación entre las poblaciones de alto y bajo riesgo. (5)

MANEJO EXPECTANTE

El aborto, una complicación común del embarazo, una experiencia angustiante, con consecuencias fisiológicas potenciales, tales como depresión y ansiedad para ambos padres. Estudios actuales estiman que del 15 a 20% de todos los embarazos humanos reconocidos, terminan en aborto. (5)

Históricamente los médicos creían que todos los abortos debían ser considerados incompletos, y que las potenciales complicaciones de retención de tejido placentario, justificaba la evacuación quirúrgica en todos los casos. A finales del siglo XIX, la dilatación y curetaje se iniciaron principalmente para reducir las complicaciones como pérdidas sanguíneas e infecciones, y este era el tratamiento recomendado, esta práctica ha cambiado con el pasar de los siglos. (5)

Aunque la succión con AMEU ha reemplazado el legrado con curetaje en algunos países desarrollados, esta práctica es menos común en países en desarrollo debido a falta de experiencia y equipo. En países donde el aborto es ilegal, o donde hay limitado acceso al aborto, el manejo del mismo es complicado, ya sea que el aborto sea espontáneo o inducido. El tratamiento quirúrgico ha sido el manejo estándar para los embarazos que no son viables en un ultrasonido temprano.

El curso natural de una pérdida de embarazo temprano es desconocido, sin embargo, la necesidad de la evacuación quirúrgica de rutina ha sido cuestionada. La evacuación quirúrgica puede llevar a trauma cervical y a incompetencia cervical consecuente, perforación uterina con o sin hemorragia masiva o adherencias intrauterinas. Infección pélvica post quirúrgica es otra complicación. El ultrasonido pélvico ha sido sugerido como una forma de determinar la presencia o ausencia de tejido retenido y la necesidad de una intervención posterior. El manejo médico del aborto con agentes tales como misoprostol o mifepristona también han sido propuestas como alternativas al tratamiento quirúrgico. (5)

Otra razón que ha sido mencionada por algunos clínicos como argumento para la intervención quirúrgica, es que ésta, evita la espera prolongada de la salida de los tejidos, lo cual se prolonga en el manejo expectante, tiempo en el cual la mujer puede estar emocionalmente incómoda.

III. OBJETIVOS

General

1. Determinar las complicaciones del manejo expectante en pacientes con aborto menor a 10 semanas como: retención de restos ovulares y hemorragia severa en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de mayo a diciembre del 2017.

IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio transversal, observacional

UNIDAD DE ANÁLISIS

Complicaciones del tratamiento expectante en pacientes evaluados en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt con aborto incompleto menor a 10 semanas de mayo a diciembre de 2017.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Muestra por conveniencia de pacientes que consulten a la emergencia del departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Roosevelt, que cursen con aborto incompleto, de mayo a diciembre del 2017.

CRITERIO DE INCLUSION

Pacientes femeninas, que consulten a la emergencia del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, que cursen con aborto incompleto de 10 semanas o menos, que recibieron tratamiento expectante, de mayo a diciembre de 2017.

CRITERIO DE EXCLUSION

Pacientes femeninas, que consulten a la emergencia del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, que cursen con aborto incompleto mayor a 10 semanas, de enero a diciembre de 2017. ¹

1. Según protocolo de manejo de aborto incompleto del Hospital Roosevelt, toda paciente con aborto mayor o igual a 12 semanas se debe ingresar para tratamiento médico y/o quirúrgico.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Macro variable	Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Datos clínicos	Edad gestacional	La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.	Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.	Cuantitativa	De intervalo	≤ 4 semanas 6 semanas 8 semanas 10 semanas
	Presión Arterial	Fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. ²⁵	Cifra calculada en milímetros de mercurio	Cuantitativa	De intervalo	Hipotenso Normotenso Hipertenso
	Frecuencia Cardíaca	Número de veces que el corazón late durante un minuto. ²⁶	Cifra calculada en latidos por minuto.	cuantitativa	De intervalo	Bradicardia Normal Taquicardia
	Estado de conciencia	Es en el que se encuentran activas las funciones neurocognitivas. ²⁷	Evaluada según presencia de respuestas oculares, verbales y motoras	cuantitativa	De intervalo	Normal Grave Coma profundo
	Hemorragia Vaginal	Salida de sangre vía vaginal que se presenta fuera del período menstrual	Hemorragia medida por ml de sangre perdida	cuantitativa	De intervalo	Leve (≤500 ml) Moderado (500-1000 ml) Severa (≥1000 ml)
	Restos ovulares	Retención de fragmentos de embarazo dentro	Medición por ultrasonografía	cuantitativa	De razón	Presente ausente

		de la cavidad uterina				
--	--	--------------------------	--	--	--	--

TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1) Se presentó el tema a el asesor y jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia del año 2017, Dr. Porfirio Santizo quien aprobó la investigación del mismo.
- 2) Se presentó el tema a investigar al jefe del departamento de docencia e investigación del Hospital Roosevelt, Dr. José Luis Chacón, el cual fue aprobado.
- 3) Se revisaron los libros de ingreso al servicio de legrados del departamento de Ginecología y Obstetricia para evaluar el número de casos en promedio anual.
- 4) Se evalúa a las pacientes que ingresan a la Emergencia del departamento de Ginecología y Obstetricia que cumplan los criterios de inclusión.
- 5) Se procede a determinar la evolución y presentación de complicaciones del tratamiento expectante de acuerdo a la evaluación de la paciente y se procede al llenado de la boleta recolectora de datos.
- 6) De acuerdo a los datos obtenidos, se procederá a realizar la tabulación, porcentajes y cuadros, utilizando estadística descriptiva.
- 7) Se realizará el informe final el cual será entregado al docente de investigación para su aprobación.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los instrumentos se ingresaron en una base de datos en el programa Microsoft Excel ® las variables se analizaron mediante la construcción de frecuencias y porcentajes de presentación.

ALCANCES Y LÍMITES

Alcances: Se determinaron las complicaciones del tratamiento expectante en pacientes con aborto menor a 10 semanas como: retención de tejido placentario y hemorragia severa. Se observó cuantos pacientes tuvieron una adecuada evolución y quienes presentaron complicaciones.

Límites: Se circunscribe únicamente a las pacientes captadas por el investigador, sin tomar en cuenta la totalidad de las pacientes que consultan a la emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio está enfocado en determinar las complicaciones del tratamiento expectante en pacientes con aborto incompleto menor a 10 semanas, lo que es de utilidad para poder realizar nuevos protocolos de manejo quirúrgico en pacientes con abortos incompletos y de esa manera disminuir el ingreso de pacientes y los costos de la estadía y de procedimientos quirúrgicos en estas pacientes. Se aplica la autonomía, ya que debido a que la información es obtenida de la evaluación de las pacientes, se realizó el consentimiento informado del paciente. Se aplica la justicia debido a que en todos los pacientes fue realizada la evaluación pertinente para determinar el tratamiento. La no maleficencia se aplica en todo momento, ya que la evaluación realizada, el tratamiento brindado y el desenlace que presentó cada sujeto, se realizaron para beneficio del paciente y en ningún momento para hacer daño.

V. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio titulado Complicaciones del tratamiento expectante en pacientes con aborto incompleto menor a 10 semanas, los cuales se ordenan de la siguiente manera:

Cuadro No.1

Pacientes con abortos incompletos \leq 10 semanas, por edad gestacional

Edad gestacional	f	%
\leq 4 semanas	36	8
4-6 semanas	55	12
6-8 semanas	164	36
8-10 semanas	201	44
Total	456	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro No.2

Pacientes con abortos incompletos \leq 10 semanas con tratamiento expectante

Edad gestacional	Tratamiento expectante	%
\leq 4 semanas	36	17.3
6 semanas	44	21.2
8 semanas	78	37.5
10 semanas	50	24
Total	208	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro No.3

Pacientes con abortos incompletos ≤ 10 semanas con presentación de hemorragia

Edad gestacional	Hemorragia Vaginal	%
≤ 4 semanas	0	-
6 semanas	11	4.23
8 semanas	98	37.69
10 semanas	151	58.08
Total	260	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro No. 4

Pacientes con abortos incompletos ≤ 10 semanas sin presentación de hemorragia

Edad gestacional	No hemorragia vaginal	%
≤ 4 semanas	36	18.37
6 semanas	44	22.45
8 semanas	66	33.67
10 semanas	50	25.51
Total	196	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro No. 5

Pacientes con abortos incompletos ≤ 10 semanas con retención de restos ovulares

Edad gestacional	Retención de restos ovulares	%
≤ 4 semanas	0	-
6 semanas	11	4.96
8 semanas	86	38.74
10 semanas	125	56.30
Total	222	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro No. 6

Pacientes con abortos incompletos ≤ 10 semanas sin retención de restos ovulares

Edad gestacional	No retención de restos ovulares	%
≤ 4 semanas	36	15.39
6 semanas	44	18.80
8 semanas	78	33.33
10 semanas	76	32.48
Total	234	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se denomina aborto espontáneo a la pérdida espontánea de un embarazo antes de que el feto sea viable. (24) El aborto espontáneo ocurre en cerca del 10% al 15% de los embarazos y los signos son hemorragia, generalmente con dolor, y calambres abdominales. Con frecuencia la causa del aborto espontáneo se desconoce, pero es probable que la mayoría se deba a anomalías en los cromosomas del embrión. Tradicionalmente, la cirugía (legrado o aspiración al vacío) ha sido el tratamiento utilizado para extraer cualquier tejido retenido y es rápida de realizar. Actualmente se ha indicado que los tratamientos médicos (generalmente el misoprostol) pueden ser igualmente efectivos y conllevar menos riesgo de infección. (1)

En una revisión de cinco estudios clínicos controlados aleatorizados, realizado por la OMS en 2006, encontraron que sólo el 10% de las mujeres que recibieron la conducta expectante requirieron legrado quirúrgico. Un 11% adicional de mujeres en el grupo conducta expectante eligieron tener una evacuación quirúrgica, lo cual sugiere una frustración entre esas mujeres debido al tiempo que llevó para que se produzca el aborto espontáneo. Por el contrario, todas las mujeres en el grupo tratamiento quirúrgico se sometieron a una cirugía y el 2% requirió la repetición de la cirugía para extraer los restos ovulares que seguían retenidos después de la primera cirugía. En función de estos resultados, los autores concluyen que ninguno de los dos métodos es superior al otro. Por lo tanto, la preferencia de la mujer debería desempeñar un papel preponderante en la toma de decisiones con respecto al método que se prefiere seguir. (5)

Las principales complicaciones del aborto incompleto, es la presentación de hemorragia vaginal, la retención de tejido placentario y la necesidad de realizar un procedimiento quirúrgico posteriormente. En el estudio realizado en 456 pacientes con aborto incompleto menor a 10 semanas, en el servicio de la emergencia del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, se encontró que la prevalencia de hemorragia vaginal presentada en la evaluación a las 48-72 horas posterior a la primera visita, fue de un 57%, encontrándose el mayor número de casos en las pacientes con abortos mayores a 8 semanas.

La retención de tejido placentario se encontró en un 49% de los casos estudiados, y el mayor número de casos se encontró en las pacientes con aborto mayor a 8 semanas. Un hallazgo importante, es que no se encontraron casos de retención de restos ovulares ni de hemorragia vaginal en las pacientes con un aborto menor a 4 semanas.

Dentro de los objetivos de esta investigación, se encuentra determinar la evolución del manejo expectante en las pacientes con aborto incompleto menor a 10 semanas, y se encontró que las pacientes que en la segunda evaluación necesitaron alguna intervención, ya sea quirúrgica o médica, fue del 54% con un total de casos de 248 pacientes. El mayor porcentaje se encontró en las pacientes con abortos mayores a 6 semanas, siendo un 52% y se observó que el 100% de las pacientes con abortos menores a 4 semanas no necesitaron tratamiento posterior.

Teniendo un 54% de pacientes que necesitaron un tratamiento posterior y un 57% y 49% de pacientes que presentaron las complicaciones del manejo expectante, hemorragia vaginal y retención de tejido placentario, respectivamente, no se puede concluir que el manejo expectante es superior en cuanto a presentación de complicaciones, ni tiempo de resolución, ya que el 54% de las pacientes evaluadas requirieron atención posterior a la primera evaluación.

Una de las principales conclusiones de los estudios realizados al evaluar el tratamiento expectante versus el quirúrgico y el médico, es que, aunque los resultados en todos los abordajes son similares y las complicaciones no son significativas para recomendar un tratamiento sobre otro, uno de los factores que debe ser determinante para la decisión de la metodología a seguir, debe de ser la elegida por la paciente en el momento de la evaluación.

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 La prevalencia de hemorragia vaginal en pacientes con abortos incompletos menores a 10 semanas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt es de 57%. La cual fue encontrada en un 96% de las pacientes con abortos incompletos mayores a 8 semanas.

6.1.2 La prevalencia de retención de tejido placentario en pacientes con abortos incompletos menores a 10 semanas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt es de 49%, en donde el 95% de los casos fue en pacientes con abortos incompletos mayores a 8 semanas.

6.1.3 El porcentaje de pacientes que requirieron un tratamiento posterior a la primera evaluación, ya sea quirúrgico o médico, es de 54%. El 88% de pacientes con aborto incompleto menor a 6 semanas cumplieron con manejo expectante exitosamente, sin presentar complicaciones ni requerimiento de tratamiento posterior a la primera evaluación.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Actualizar los protocolos de manejo del tratamiento de abortos incompletos, para incluir el manejo expectante como un abordaje viable en las pacientes que cumplan criterios específicos durante la evaluación.

6.2.2 Realizar nuevos estudios con mayor población, observacionales y comparativos, para establecer una adecuada edad gestacional o medida uterina para implementar el manejo expectante como tratamiento en pacientes con abortos incompletos.

6.2.3 Evaluar la implementación de tratamiento médico (misoprostol, mifepristona) ambulatorio, a las pacientes que se presentan con abortos incompletos, que no presentan factores de riesgo agregados ni signos de alarma durante la evaluación clínica.

6.2.4 Realizar estudios comparativos en donde se incluyan los costos económicos del tratamiento quirúrgico, médico y el manejo expectante en pacientes con abortos incompletos, para así poder incluirlos como parte de los protocolos institucionales.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chinchilla Rodriguez J. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con aborto [Maestría Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2016. [Revisado 19 Mar 2017]. Disponible en: www.repositorio.usac.edu.gt/9242/1/Jorge%20Luis%20Chinchilla%20Rodr%C3%ADguez.pdf
2. OMS (2003). Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. [En línea] apps.who.int. Disponible en: www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43391/9275324824_spa.pdf [Revisado 25 Mar. 2017].
3. Maria del Carmen Hernández. Estudio Nacional de Mortalidad Materna en Guatemala [Internet]. Guatemala; 2007 p. 11-26. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=566-2011-estudio-mortalidad-materna-2007-segeplan-ops&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=255
4. Nanda, K. (2002). Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. [En línea] www.cochranelibrary.com. Disponible en: www.doi.org/10.1002/14651858.CD003518 [Revisado 15 Mar. 2017].
5. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D. and Spong, C. (2011). Williams Obstetricia. 23rd ed. México: Javier de León Fraga, pp.215-37.
6. Rodríguez, V., Partida, A., de la Peña, G. and Barba, S. (2015). El uso del tratamiento médico para el aborto espontáneo. [En línea] www.prosego.com. Disponible en: www.prosego.com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tratamiento-medico-aborto-espontaneo/> [Revisado 21 Apr. 2017].
7. OPS. Taller de análisis de la mortalidad materna en la Cuenca del Río Polochic [Internet]. paho.org. 2010 [revisado 23 March 2017]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=237:estudio-de-casos&Itemid=213

8. IGSS. Manejo multidisciplinario del Postaborto. Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia [Internet]. 2016 [revisado 27 April 2017]; (75). Disponible en: <https://www.igssgt.org/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%20No%2075%20Manejo%20Multidisciplinario%20del%20Postaborto.pdf>
9. Franco N. Mortalidad materna en Guatemala [En línea]. Ccp.ucr.ac.cr. 2003 [Revisado 28 marzo 2017]. Disponible en: www.ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/18/index.htm
10. Singh, S., Prada, E. and Kestler, E. (2006). Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala. [En línea] Ciesar.org.gt. Disponible en: www.ciesar.org.gt/es/archivo/saludMaterna/aborto/Aborto%20inducido%20y%20embarazo%20no%20deseado%20Guatemala.pdf [Revisado 15 Apr. 2017].
11. Castillo V. ABORTO. Aborto espontáneo. Embarazo [Internet]. Scribd. 2017 [revisado 12 Agosto 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/355213601/ABORTO>
12. Porter T, LaCoursiere Y, Scott J. Inmunoterapia para el aborto espontáneo recurrente [Internet]. cochrane.org. 2016 [revisado 12 April 2017]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD000112/inmunoterapia-para-el-aborto-espontaneo-recurrente>
13. Menéndez-Velázquez, J. (2003). El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. [En línea] Medigraphic.com. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031h.pdf [Revisado 18 May. 2017].
14. Ruipérez Pacheco E, de la Puente Yagüe M, Izquierdo Méndez N, Asenjo de la Fuente E, Herráiz Martínez M, Vidart Aragón J. Tratamiento médico del aborto espontáneo del primer trimestre. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2015 [Revisado 26 March 2017];42(3):97-144. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-tratamiento-medico-del-aborto-espontaneo-S0210573X13001354
15. OMS Ginebra. COMPLICACIONES DEL ABORTO, Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento [En línea]. Apps.who.int. 1995 [Revisado 15 March 2017]. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36997/9243544691_spa.pdf;jsessionid=2CC5C13E438C895E43173944CAF4AA15?sequence=1

16. Ganatra B, Tunçalp O, Johnston H, Brooke R. Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. [en línea]. Who.int. 2014. [revisado 05 Apr. 2017]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>
17. May W, Gülmezoglu A, Ba-Thike K. Antibiotics for incomplete abortion [En línea]. [cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com). 2007 [Revisado 6 April 2017]. Disponible en: <http://10.1002/14651858.CD001779.pub2>
18. Apps.who.int. (2012). Abortos sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. [En línea] Disponible en: www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf [Revisado 27 Mar. 2017].
19. Carr, B. and Blackwell, R. (1998). Textbook of Reproductive Medicine. 2nd ed. Appleton & Lange.
20. Singh, S., Prada, E. and Kestler, E. (2006). Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala. [En línea] [Ciesar.org.gt](http://www.ciesar.org.gt). Disponible en: www.ciesar.org.gt/es/archivo/saludMaterna/aborto/Aborto%20inducido%20y%20embarazo%20no%20deseado%20Guatemala.pdf [Revisado 15 Apr. 2017].
21. NIH (2018). Diccionario de cáncer. [En línea] National Cancer Institute. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/conducta-expectante> [Revisado 18 Apr. 2017].
22. Lede RI, Duley L. Uterine muscle relaxant drugs for threatened miscarriage. Cochrane Database of systematic reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD002857. DOI: 10.1002/14651858.CD002857.pub2. [revisado 09 Feb 2017] disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002857.pub2/full/es>

23. Weeks, A. (2006). Conducta expectante versus tratamiento quirúrgico para el aborto espontáneo | RHL. [En línea] Extranet.who.int. Disponible en: www.extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/antenatal-care/miscarriage-0 [Revisado 15 Mar. 2017].
24. Faúndes A, Shaw D. International Journal of Gynecology and Obstetrics [Internet]. 1st ed. Londres: T. Johnson; 2010 [Revisado 11 April 2017]. Disponible en: https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/IJGO/supplements/IJG110_S1_SpanishForFIGO.pdf
25. Castillo V. ABORTO | Aborto espontáneo | Embarazo [Internet]. Scribd. 2017 [revisado 12 agosto 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/355213601/ABORTO>
26. NIH. Diccionario de cáncer [Internet]. National Cancer Institute. 2014 [revisado 9 April 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/frecuencia-cardiaca>
27. M G. Medición de Signos Neurológicos [Internet]. Agapap.org. 2011 [revisado 15 April 2017]. Disponible en: <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf>

VIII. ANEXOS

“COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO EXPECTANTE EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO MENOR A 10 SEMANAS, DE MAYO A DICIEMBRE DE 2017 QUE CONSULTAN A LA EMERGENCIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”

FECHA CONSULTA: _____ RM: _____

FUR: _____ EDAD GESTACIONAL: _____

INSTRUCCIONES:

- Realizar evaluación médica de signos vitales (P/A, FC, FR), evaluación clínica general y ginecológica y evaluar informe de ultrasonido realizado por Departamento de Radiología y/o Departamento de Ginecología de Hospital Roosevelt.
- Llenar la información solicitada posteriormente
- Si paciente cumple con los criterios requeridos, dar egreso a paciente con previo plan educacional y cita en servicio en 48 horas, para evaluación clínica de evolución de paciente.

PRESION ARTERIAL	
FRECUENCIA CARDIACA	
CONCIENCIA	
HEMORRAGIA VAGINAL	
TAMAÑO UTERINO (USG)	
RESTOS OVULARES (USG)	

FECHA CITA: _____

PRESION ARTERIAL	
FRECUENCIA CARDIACA	
CONCIENCIA	
HEMORRAGIA VAGINAL	
TAMAÑO UTERINO (USG)	
RESTOS OVULARES (USG)	

“COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO EXPECTANTE EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO MENOR A 10 SEMANAS, DE MAYO A DICIEMBRE DE 2017 QUIENES CONSULTAN A LA EMERGENCIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”

INSTRUCCIONES

- Paciente con impresión clínica de aborto incompleto para 10 semanas por fecha de última regla.
- Paciente con signos vitales dentro de rangos normales (P/A, FC, FR)
- Paciente clínicamente estable (mucosas hidratadas, no palidez, consciente, alerta)
- Hemorragia vaginal leve a moderada (evaluada por el médico)
- Ultrasonido realizado por Departamento de Radiología y/o Ginecología del Hospital Roosevelt (reportando presencia o ausencia de restos ovulares)
- Si paciente cumple estos requisitos, dar plan educacional acerca de hemorragia y sus características y signos de alarma por los cuales paciente debe re consultar de inmediato.
- Dar cita a paciente en 48 horas para evaluación clínica de paciente y seguimiento de conducta.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha _____

Yo _____

He tenido una evaluación con el Dr. _____

Quien es mi médico tratante y me ha informado acerca de mi enfermedad y el tratamiento de la misma, padezco de _____

Y el tratamiento propuesto es _____

Me ha informado sobre los riesgos a los que me someto, así como los beneficios que voy a obtener. También se me ha informado que existen otros tratamientos alternativos. He realizado las preguntas que considero necesarias y el médico me ha dado las respuestas pertinentes. Por lo tanto, doy mi consentimiento para _____.

Firma de paciente

firma de médico

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO EXPECTANTE EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO MENOR A 10 SEMANAS " para pronósticos de consulta académica, sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.