



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARIA GENERAL



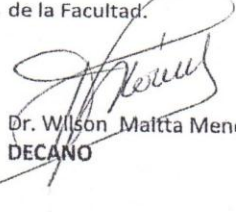
ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Sustentada la Tesis de la **MAESTRIA EN EMERGENCIAS MEDICAS** de la Md. Marla Miranda Torres, por su presentación, contenido, exposición oral y la profundidad de conocimientos, este Jurado Calificador Le otorga la calificación de:

NOTA:9.....

EQUIVALENTE: Muy Buena.....

Para constancia y verificación firman la presente Acta, el Dr. Wilson Maitta Mendoza, Presidente del H. Consejo Directivo, los Miembros del Tribunal Calificador y la Abg. Carmen Morán Flores, Secretaria de la Facultad.

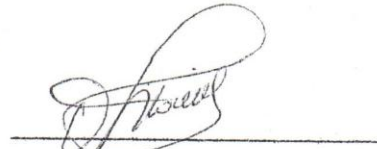

Dr. Wilson Maitta Mendoza
DECANO

TRIBUNAL CALIFICADOR

NOMBRES y APELLIDOS

FIRMA

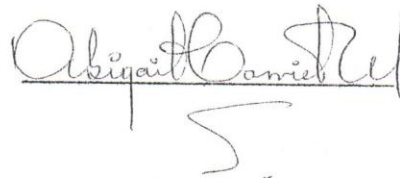
Dr. Wilson Maitta Mendoza, Decano



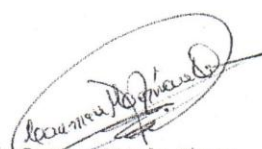
Dr. Carlos Torres Nóe, Examinador



Dra. Abigail Carriel Ubilla, Examinador



Guayaquil, veintiséis de enero del 2013


Ab. Carmen Morán Flores
SECRETARIA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tema de Tesis: "PREVALENCIA DE ABORTO EN GINECO-OBSTETRICIA Y EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA PARA EL MANEJO DEL ABORTO. HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON"

Guayaquil ,10 de Octubre del
2013



APROBACIÓN DEL
TUTOR

Cúmpleme informar a usted que como tutor de tesis de la Médico MARLA PATRICIA MIRANDA TORRES, titulado : **PREVALENCIA DE ABORTO EN GINECO OBSTETRICIA Y EVALUACIÒN DE LA APLICACIÒN DEL PROTOCOLO DEL MINISTERIO DE SALUD PÙBLICA PARA EL MANEJO DEL ABORTO. HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÒN 2010**, correspondiente a la Maestría de Emergencias Médicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, he procedido a la revisión del documento en referencia, habiendo ejercido las funciones asignadas a mi persona, estando en conformidad con el trabajo, el cual está en condiciones de ser presentado como documento final por escrito de la Tesis

Muy
atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "CC/433".

Dr . Carlos Correa Zea

(M.S.c) TUTOR

Guayaquil, 10 de junio del 2014

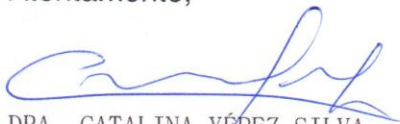
CERTIFICACIÓN

A quien interese:

Por medio de la presente certifico que la Dra. Marla Patricia Miranda Torres, portadora de la cédula de Ciudadanía 0917906398, ha realizado la recolección de datos estadísticos en esta Coordinación para la realización de su tesis: "Prevalencia de aborto en Gineco Obstetricia y Evaluación de la Aplicación de Protocolo del Ministerio de Salud Pública para el manejo del aborto" durante los meses Junio-Diciembre 2010.

Por la atención que brinde a la presente, mis agradecimientos.

Atentamente,



DRA. CATALINA YÉPEZ SILVA
COORDINADOR DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ADMISIONES
HOSPITAL GUAYAQUIL.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

PREVALENCIA DE ABORTO EN GINECO OBSTETRICIA Y
EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PARA EL MANEJO DEL
ABORTO. HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN.

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR
EL GRADO DE MAGISTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS.

AUTORA:

MD. MARLA PATRICIA MIRANDA TORRES.

TUTOR:

DOCTOR CARLOS CORREA ZEA. MGS.

GUAYAQUIL- ECUADOR.

2013

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE TESIS

El presente trabajo es original del autor y apegado al tema mostrado a los Honorables Miembros del Tribunal de la universidad de Guayaquil

Esta Tesis de Grado es de mi propiedad intelectual; y a ella se han incorporado transcripciones del texto de otros autores, con el fin de documentar conceptos relacionados con el tema, sin que se utilice para fines lucrativos.

Dra. Marla Miranda Torres.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE TESIS

El presente trabajo es original del autor y apegado al tema mostrado a los Honorables Miembros del Tribunal de la universidad de Guayaquil

Esta Tesis de Grado es de mi propiedad intelectual; y a ella se han incorporado transcripciones del texto de otros autores, con el fin de documentar conceptos relacionados con el tema, sin que se utilice para fines lucrativos.

Dra. Marla Miranda Torres.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios en primer lugar porque me ha dado fuerzas para seguir cada día, a mi Tía Patricia Leonor Miranda Moreno quien me motivo a realizar esta Maestría, al Dr. Hugo Marcelo Garzón Ávila quien en el poco tiempo que lo conozco me ha guiado cada día en el conocimiento y a familia que siempre me ha apoyado en todo momento.

Dra. Marla Patricia Miranda Torres

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Por ser mi inspiración, y haberme inculcado los estudios desde siempre como la mejor herencia.

MIS HERMANAS Y PRIMOS

Vanessa, Lissette, Verónica, Luis

Jonathan, Michelle, Dillan, Derek., Patty, Carlos, Marco

Para tratar de ser su ejemplo, y guía en el camino de la vida.

Julian por ser mi apoyo incondicional alentándome día a día.

MIS TIAS

Irma, Patty, Ana

Por siempre estar ahí en todo momento

Para ellos dedico esta tesis con mucho cariño y esfuerzo

Dra Marla Miranda Torres

RESUMEN.

El aborto desde siempre constituyó una problemática de actualidad ya que como se ve en la historia, el aborto se ha realizado desde la época de Aristóteles, quien consideraba que el feto era humano desde los 40 días de la concepción de igual modo a través de la historia conocemos sobre el uso de diferentes métodos para provocarlo, resultando muchos casos en complicaciones que derivaban en una alta mortalidad materna. Es así como en la actualidad el uso de protocolos de manejo y tratamiento adecuados ayudan a disminuir la mortalidad materna. En este contexto en el área de Emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital Abel Gilbert Pontón aplicamos el protocolo del Ministerio de Salud Pública para el manejo del aborto. En el año 2010 fueron atendidas 25.030 pacientes, de este grupo, las atenciones entre Junio a Diciembre fueron 14.883 (13.94% del grupo total), de este grupo fueron seleccionadas las pacientes que acudieron por aborto (1.144 pacientes) y de ellas, las de una guardia específica que constituyeron 141 pacientes que fue el grupo analizado. De este grupo el análisis del estado civil reveló una mayor frecuencia de mujeres en unión libre (64%) seguida de las solteras (21%), casadas (12%), divorciadas (3%) y viudas (0%). De acuerdo al tipo de aborto espontáneo 70%, provocado 30%. Según la paridad de las pacientes, mujeres multíparas (82%), primigestas (18%), El análisis del diagnóstico de ingreso revela aborto incompleto (62%), seguido por aborto diferido (19%) aborto en curso (16 %) y aborto séptico con un 3%. Siendo el legrado uterino instrumental (LIU) el procedimiento más usado en la atención de las pacientes y causante de algunas complicaciones como perforación uterina e intestinal. Finalmente considerándose el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU) el procedimiento menos traumático para las pacientes que deben ser sometidas a legrado obstétrico en abortos menores de 12 semanas, se propone al Ministerio de Salud Pública que invierta más recursos en este material. Adicionalmente para disminuir la prevalencia de abortos se recomienda realizar campañas de educación sexual y planificación familiar. Exigir la venta de medicamentos con receta médica y registro sanitario. **PALABRAS CLAVE: ABORTO, PROTOCOLO, HEMORR**

AGIA, PROPONER, INVERTIR, DISMINUIR.

ABSTRACT.

The abortion has always constituted a problem today as it as seen in history , abortion has been performed since the time of Aristotle , who believed that the human fetus was from 40 days after conception the same way through the history know about the use of different methods to provoke , often resulting in complications deriving a high maternal mortality. Thus, at present the use of management protocols and treatment help to reduce maternal mortality . In this context in the area of Emergency Obstetrics and Gynecology Hospital Abel Gilbert Ponton apply the protocol of the Ministry of Public Health for the management of abortion . In 2010, 25,030 patients were treated , of this group , hospitality from June to December were 14,883 (13.94 % of the total group) were selected from this group of patients who presented with abortion (1,144 patients) and of these, those of specifies that a watch constituted 141 patients was analyzed group . Of this group status analysis revealed a higher frequency of cohabiting women (64 %) followed by single women (21 %), married (12 %) , divorced (3%) and widowed (0 %) . According to the spontaneous abortion rate 70 % , 30 % resulted . According to the parity of the patients , multiparous women (82 %) , primiparous (18 %) , the admission diagnosis analysis reveals incomplete abortion (62 %) , followed by missed abortion (19 %) ongoing abortion (16%) and septic abortion with 3% . Being sharp curettage (LIU) , the most common process and causing some complications Finally we recommend considering the use of manual vacuum aspiration (MVA) the procedure less traumatic for patients should undergo curettage abortions obstetrical under 12 weeks , it is proposed to the Ministry of Health to invest more resources in this material. In addition to reducing the prevalence of abortions is recommended sex education campaigns and family planning. Requiring the sale of prescription drugs and health record .

KEYWORDS: ABORTION, PROTOCOL, BLEEDING, PROPOSE, INVEST, DECREASEINDICE

INDICE

1.	INTRODUCCION	11-12
1.2	OBJETIVOS	13
1.2.1	OBJETIVOS GENERALES	13
1.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.3	HIPÓTESIS	13
1.4	VARIABLES	14
2.	MARCO TEÓRICO	15
2.1	HISTORIA DELABORTO	15-17
2.1.2	MÉTODOS MÁS COMUNMENTE EMPLEADOS EN LOS ÚLTIMOS 50 AÑOS	17-28
2.1.3	EL ABORTO EN EL MUNDO	28-30
2.2	INCIDENCIA DE ABORTOS	30-32
2.3	ABORTO	33
2.3 .1	PREVALENCIA	33-34
2.3.2	CLASIFICACIÓN DEL ABORTO	35
2.3.3	DIAGNÓSTICO	35-37
2.4	COMPLICACIONES DEL ABORTO	37
2.4.1	CID	37-41
2.4.2	SÍNDROME DE MONDOR	41-43
2.4.3	LA PAROTOMIA CON HISTERECTOMÍA	43
2.4.4	SÍNDROME POST ABORTO	43-44
2.5	PROTOCOLO PROPUESTO	44
2.5.1	PROTOCOLO DE MANEJO DE AMENAZA DE ABORTO	45-47
2.5.2	PROTOCOLO DE MANEJO DE ABORTO EN CURSO O INMINENTE INCOMPLETO O DIFERIDO	48-51
2.5.3	PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO SÉPTICO	51-54
2.5.4	PROTOCOLO DE MANEJO DE ASPIRACIÓN MANUAL ENDOMETRIAL (AMEU)	54-

2.5.4	TAREAS PREVIAS AL PROCEDIMIENTO EL AMEU	55-56
2.5.4.2	BLOQUEO PARACERVICAL (SI NO SE CUENTA CON ANESTESIA GENERAL CORTA	56
2.6.4.3	PROCEDIMIENTO DEL AMEU	57-58
2.5.4.4	TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DEL AMEU	58-59
2.5.4.5	RECOMENDACIONES LUEGO DEL LIU O AMEU	59-60
	DEFINICION PALABRA CLAVES	61
3	MATERIALES Y MÉTODOS	62
3.1	MATERIALES	62
3.1.1	LUGAR DE INVESTIGACIÓN	62
3.1.2	PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN	62
3.1.2.1	RECURSOS EMPLEADO	62
3.1.2.2	RECURSOS HUMANOS	62
3.1.2.3	RECURSOS FÍSICOS	62
3.1.4	UNIVERSO Y MUESTRA	62
3.1.4.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	63
3.1.4.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	63
3.2	METODOLOGÍA	63
3.2.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	63
3.2.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	63
3.3	TÉCNICAS	63
3.3.1	PROCEDIMIENTOS ACTIVIDADES Y TAREAS	64
3.3.2	DESTINATARIO	64
4	RESULTADOS Y DISCUSIÓN CUADROS Y GRÁFICOS	65-111
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	112
5.1	CONCLUSIÓN	112-115
5.2	RECOMENDACIONES	115-116
6	BIBLIOGRAFÍA	117-119
7	ANEXOS	120-124

1. INTRODUCCIÓN

El aborto es una problemática que no deja de tener actualidad, se lleva debatiendo por décadas inclusive siglos ya que muchas personas al no usar los métodos anticonceptivos han tomado a este procedimiento como un método erróneo de control de la natalidad, mas aun que al ser un método quirúrgico no está exento de complicaciones potencialmente graves, y que las paciente al desconocer estos detalles y sin saber que al realizarlo de manera empírica las complicaciones pueden ser mayores tanto en frecuencia como en gravedad (shock hipovolémico, sepsis, perforaciones uterinas, lesión de vísceras abdominales, síndrome de Mondor, CID, e inclusive la muerte) esto nos ha concientizado para usar adecuadamente protocolos de evaluación, diagnóstico y manejo en este caso del aborto.

Consideramos que en el Ecuador el aborto y sus complicaciones tienen mucha importancia, por lo que nuestra intención fue analizarlo en una de las unidades de Salud de mayor concurrencia como lo es el Hospital Abel Gilbert Pontón, sitio en el cual se realizó nuestro estudio en el período de tiempo de Junio a Diciembre del 2010 en una guardia seleccionada de la cual se obtuvo una muestra promedio (adecuada), por la alta frecuencia de pacientes que acuden por aborto a esta unidad de salud, la que además de pacientes Guayaquil, acuden pacientes de diferentes partes del país.

La intención de este trabajo es analizar un tema complejo, de que se cuenta con mucha información tanto adecuada (científica), como inadecuada, presente en diferentes fuentes como libros, revistas, artículos, notas de prensa e internet, enfocado a nuestra realidad al valorar mujeres que viene a la emergencia en muchas ocasiones sin saber que están “embarazadas” que acuden por sangrado, dolor abdominal y al ser evaluadas se diagnostica su estado de gestación o su pérdida (aborto) quizás por factores genéticos o incompatibilidad sanguínea de la madre o de su útero, este es un trabajo que por la información del contenido llevará al personal médico al mejor tratamiento basándose en el protocolo del Ministerio de Salud Pública

Por otro lado, este trabajo no solo va a servir a la población de la ciudad de Guayaquil sino también a otras instituciones de otras localidades ya que por ser una casa de salud de tercer nivel como lo es el Hospital Abel Gilbert Pontón y ser uno de los epicentros de atención del Ecuador, recibe pacientes no sólo a nivel provincial sino también nivel cantonal de zonas rurales, urbanas y marginales, llevará a analizar en qué condiciones vienen cada pacientes de acuerdo a la zona en donde la refieren o llega por sus propios medios

Es muy llamativo el número de abortos que acude en esta localidad, tanto así que siendo más relevante la frecuencia de aborto que el número de nacimiento de niños por guardia es muy común ver en la emergencia paciente con sangrados leves que empiezan con amenaza de aborto, que terminar en ocasiones en abortos diferidos sin causa aparente o abortos en curso sin previa sintomatología o aborto provocado, que ambos por su sangrado y hemorragia incontrolable que se presenta pasan directamente al procedimiento

Todas estas situaciones en una población de mujeres muy jóvenes que cursan entre 11 y 30 años de edad aproximadamente y en su mayoría niñas que llegan a ser mujeres y que a veces sin darse cuenta quedan embarazadas llegando a la emergencia con sangrados profusos que terminan en limpieza intrauterina para evitar una complicación con la aplicación del protocolo del Ministerio de Salud Pública en aborto, nos llevará a determinar el beneficio que tiene ésta al aplicarlo a las pacientes que lo requieren y que acuden a esta casa de salud.

1.2. OBJETIVOS.

1.1.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia de abortos y evaluación de la aplicación del protocolo de atención del Ministerio de Salud Pública en el área de Emergencia del Hospital Abel Gilbert Pontón.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar la prevalencia de abortos según datos de filiación, nivel de instrucción y características Gineco obstétricas de las pacientes.
2. Identificar los factores de riesgo, complicaciones y manejo de abortos en estas pacientes.
3. Valorar el diagnóstico terapéutico del aborto según protocolo existente y condiciones de las pacientes al egreso.
4. Proponer el cumplimiento del protocolo del manejo de aborto del Ministerio de Salud Pública.

1.3 HIPÓTESIS

Aplicando el protocolo del Ministerio de Salud Pública en pacientes que vienen por aborto en el Hospital Abel Gilbert Pontón se mejorará su calidad de vida disminuyendo el índice de mortalidad y morbilidad materno infantil.

1.1. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Prevalencia de Aborto.

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Evaluación de la aplicación del protocolo de atención del Ministerio de Salud Pública en el manejo de abortos.

VARIABLE INTERVINIENTE:

- Filiación.
- Características obstétricas.
- Factores de riesgo.
- Síntomas.
- Complicaciones.
- Diagnósticos.
- Tratamientos de las pacientes.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 HISTORIA DEL ABORTO.-

El aborto es una práctica milenaria se debe que entre los asirios las mujeres que abortaban y eran descubiertas eran empaladas.

En el mundo antiguo griego y latino, ambas culturas eran patriarcales el aborto era comúnmente practicado por los médicos, sobre todo en embarazos extraconyugales.

En Grecia era empleado para regular el tamaño de la población y mantener estables las condiciones sociales y económicas. Platón recomendaba el aborto a las mujeres embarazadas mayores de 40 años o cuya pareja era mayor de 50 años. Aristóteles sostenía que el feto se convertía en “humano” a los 40 días de su concepción si es masculino y a los 90 días si es femenino para limitar el tamaño de la familia la decisión era dejada a la madre salvo que se tratase de condición de estado según la política de la región Hipócrates prohibía el aborto de manera categórica en los términos de su juramento (16)

En la antigua Roma el aborto estaba permitido, pues el derecho romano no consideraba al *nasciturus* como persona, aunque le reconociera derechos tales como el derecho a nacer (posponiendo por ejemplo, las ejecuciones de las mujeres embarazadas condenadas a la muerte)

En las culturas matriarcales y en la celtica donde la descendencia más importante era la materna, el aborto era dejado a discreción de la mujer generalmente no era practicado porque era considerado un insulto a las divinidades femeninas del nacimiento y de la fertilidad. Se suponía que rechazar una vida donado por la Diosa, llevara mala suerte al

clan, en cambio estaba permitido dejar morir a sus propios hijos sobre todo si nacían con alguna minoración física. Los Vikingos lo aventaban a un hoyo de belvas feroces.

Con la afirmación del cristianismo se restringieron las prácticas abortivas al siglo II después de Cristo se remonta las primeras leyes estatales contra el aborto, con el exilio de las mujeres que abortaban y la condena a el destierro a las personas que lo practicaban.

San Tomas y San Agustín afirmaban que al embrión no tenia alma hasta que asumía forma humana. Sin embargo mas allá de el problema de la animación del feto, la iglesia católica ha afirmando desde sus inicios y hasta la fecha que debe ser considerado como persona

En la edad media, el derecho canónico establecía la distinción entre el corpus informatum que no llegaba a ese estado) retomando la decisión de Aristóteles, el feto se volvía humano después de los 40 días de la concepción, en los varones, y de los 80 días, en las mujeres sin embargo, el aborto y el infanticidio era métodos comunes para limitar la población.

A partir del siglo XVII PROMULGARON leyes que convertían al aborto en ilegal. (58)

Pero los abortos eran comunes en el siglo XIX "En algún momento después de 1750, se introdujo un nuevo procedimiento para inducir el aborto. Se trataba de un importante innovación tecnológica", que consistía en insertar objetos en la cavidad del útero a través del cuello uterino. Implicaba, así mismo, peligros importantes para la madre, pero era tanto más seguro que los viejos y más letales métodos, que lo reemplazó, y a partir de este momento el infanticidio se transformó en un hecho raro.

Los abortos entonces ¿ aumentaron en el siglo XIX ? Sí, en gran proporción. De hecho, se hicieron muy frecuentes.

Pero en 1827 Karl Ernest Von Baer, en una publicación científica, postuló que tanto el hombre como la mujer contribuían a un proceso que se llamaba concepción. La de este autor fue la primera descripción precisa del proceso de la concepción. Este fenómeno fue observado por Martin Berry, en 1843, en un conejo, pero no pudo ser corroborado en un ser

humano hasta muchos años más tarde. Para década de 1850, la comunidad científica y médica mundial había llegado a aceptar plenamente el hecho de que el hombre y la mujer contribuían por mitades a la creación de la nueva criatura humana. Este fenómeno recibió el nombre de concepción o fertilización, y significó un estímulo para la acción antiabortista de los miembros de la comunidad médica.(18)

A principio del siglo XX se empezó a de penalizar el aborto en caso de peligro de la vida de la madre para proteger su salud. Islandia fue el primer país occidental en legalizar el aborto terapéutico en ciertas circunstancias (1935). En los cincuenta la mayoría de los países del ex bloque soviético legalizaron el aborto voluntario en el primer semestre de embarazo. Entre finales de los años sesenta y principio de los setenta casi todos los países industrializados de Europa y Norteamérica (Estados Unidos, Canadá) lograron despenalizarlo en el primer trimestre del embarazo y ampliar las circunstancias en la que se permite practicarlo, gracias a la revolución sexual y a las feministas de esos años los países Europeos más católicos (Italia, España, Portugal e Irlanda) fueron más recalcitrantes al legalizarlo mientras que los países escandinavos y anglosajones fueron más sensibles hacia el derecho de decidir de las mujeres(58, 59)

2.1.2 MÉTODOS MÁS COMÚNMENTE EMPLEADOS EN LA INDUCCIÓN DEL ABORTO EN LOS ÚLTIMOS 50 AÑOS,

El aborto inducido es un problema de interés para la salud pública mundial, tanto en los países donde las leyes lo permiten como en aquellos donde el procedimiento se practica en forma clandestina. Se resumirá los métodos más comúnmente empleados en la inducción del aborto en los últimos 50 años, comparándolos con los métodos utilizados en la actualidad, analizando sus riesgos y complicaciones a corto y largo plazo y tratando de sistematizar y actualizar el conocimiento que se tiene al respecto.

Informes de medicina desde el antiguo testamento y en la literatura de los primeros siglos reportan en uno de los documentos más antiguos a cerca de materiales y métodos para producir abortos que datan del tiempo del Emperador Sheng- Nung en la China Legendaria, 23 siglos AC. El código de Hamurabi permitía el aborto a las solteras pero no a las casadas. Desde principios del siglo pasado se comenzaron a emplear los procedimientos más variados para inducir el aborto y se dividen en dos grandes grupos:

1. Métodos químicos o toxicológicos.
2. Métodos físico-mecánicos.

Se define métodos químicos toda sustancia que introducida al organismo de la mujer embarazada, por cualquier vía, sea capaz de interrumpir la gestación dando por resultado a veces, la expulsión del embrión o feto. Fueron los primeros en utilizarse y los más conocidos, su eficacia se creía verdadera a la vez que inocua su acción, aunque la misma era a veces incierta y peligrosa, pues la dosis de estas sustancias quedaba siempre al arbitrio de cada paciente, que por su frecuente ignorancia se administraba cualquier cantidad buscando el efecto deseado; sin embargo, en muchos casos la dosis eficiente se encontraba muy cerca de la dosis tóxica, desencadenando por tal motivo un cuadro por lo general tóxico, porque la mayoría de estas sustancias eran tóxicas.

En más de una ocasión se provocaban fenómenos graves sin producirse el aborto y en otras su eficacia era muy relativa.

Muchas sustancias ingeridas o inyectadas provocaban el aborto mediante mecanismos fisiopatológicos diversos por acciones únicas o variadas, simples o complejas combinadas. A pesar que el modo de acción de estas sustancias era variado y diverso, puede resumirse en cuatro grandes mecanismos:

1. Sustancias que provocaban ya sea directa o indirectamente contracciones uterinas.
Entre las primeras se encontraban los llamados

- Agentes oxi-tóxicos, de los cuales el más conocido era la oxitocina
- Los alcaloides del cornezuelo del centeno
- La quinina y
- Los aceites esenciales volátiles

Otros menos importantes que actúan en el sistema nervioso central y provocan contracciones uterinas como la:

- Estricnina
- Nicotina
- Fisostigmina
- Prostigmina

2. Sustancias que provocaban congestión y hemorragia, dando por resultado el desprendimiento del huevo y las membranas; así actuaban típicamente

- El arsénico
- El fósforo
- El clorato de potasio y
- El ácido oxálico.

3. Otras sustancias que pasan a la sangre determinando en esta forma la muerte del feto y su consecuente expulsión. El paso de sustancias a través de la sangre ha sido demostrado para:

- Oxido de carbono
- Cloroformo
- Alcohol
- Alógenos.

Algunos metales como:

- Fósforo
- Mercurio
- Cobre
- Plomo
- Bicromato de potasio

Pasan al feto a través de la placenta.

4. Sustancias que inyectadas directamente en el líquido amniótico obitan el feto y provocan posteriormente su expulsión; esta es la base del aborto terapéutico en el método de Boero, más tarde aplicado por Aburel. En ocasiones el proceso tóxico determinó la muerte de la madre pero el aborto no se produjo. Dentro del grupo de abortivos de origen vegetal, más usados por ser los más conocidos en su época se encontraban:

Perejil (Petroselinum sativum). El más usado, su principio activo el apiol se empleaba como diurético desde la antigüedad, pero también poseía acción contráctil sobre la fibra uterina, análoga a la de los alcaloides del cornezuelo del centeno (1, 2); era el abortivo químico más importante de su época (36) junto con las soluciones de jabón, el permanganato de potasio, los productos opoterápicos y algunos alcaloides.

Sabina. Planta muy conocida fue citada en sus escritos por Caton y Plinio. De ella se extraía un aceite etéreo, el *Oleum sabinae* de sabor picante y de acción convulsivante, cuyo principio activo el sabinol de acción irritante muy intensa, se absorbía fácilmente por las mucosas y se eliminaba por las vías respiratorias y urinarias dando a la orina el característico olor de su esencia. Producía intensa inflamación gastrointestinal y

genitourinaria con fenómenos de excitación y parálisis del sistema nervioso central, convulsiones, obnubilación y muerte a veces sin expulsión del feto (19).

Tujón. Aceite etéreo derivado de los terpenos; constituía el principio activo de algunos abortivos como:

- El tanaceto
- El ajenjo
- La salvia

Otros de acción más leve como

- El árnica,
- La ruda,
- El romero
- El azafrán

Nuez moscada. Muy utilizada como abortivo en Inglaterra y parte de Europa, pulverizada y mezclada con cerveza. Poseía el aceite de miristicina, también contenido en el perejil, altamente tóxico y de acción ocitócica (40).

Artemisa (Absinthium). Era otra planta que contenía un aceite etéreo tóxico, la absintina y un alcaloide, la absotina, que provocaba hiperexcitabilidad, nefritis y paro respiratorio (40).

Tanaceto. Las hojas y tallos del *Tanacetum vulgare* se empleaban como antihelmíntico, lo mismo que su aceite el *Oleum tanaceti* y en infusión como abortivo; por su acción tóxica producía ictericia, hepatomegalia con aumento de la bilirrubina y el urobilinógeno (50).

Hierbabuena. La *Menta pulegium* era el abortivo más usado en América, cuyo principio activo, una cetona, el pulegón tenía acción convulsivante y producía colapso

cardiovascular, arritmia cardíaca, enfriamiento generalizado y pérdida del conocimiento. (apiol y sabina) y otros menos importantes; los segundos actuaban sobre el sistema nervioso central o periférico provocando las contracciones uterinas como sucede con la estriknina, la nicotina, la fisostigmina y la prostigmina.

Romero salvaje (Ledum palustre). Sus hojas se añadían a la cerveza para aumentar su acción embriagadora; contenía un aceite (alcanfor de ledum) que actuaba localmente como irritante y resortivo produciendo abortos. Su acción tóxica producía excitación y parálisis de los centros nerviosos, convulsiones, congestión y edema de la cara, vómitos, meteorismo y respiración estertorosa (50).

Helecho macho (Aspidium). Su rizoma contenía el ácido filícico y otros esteres butíricos muy tóxicos por lo cual se usaba como abortivo. Originaba gastroenteritis, trastornos nerviosos, ceguera por acción sobre el nervio óptico y hemólisis con alteraciones cardíacas y renales. Hasta mediados del siglo XX, el extracto etéreo de helecho macho se empleó como antihelmíntico en forma de cápsulas con el nombre de quenopodio. Según Sollman¹², el *Aspidium* ya era conocido y mencionada su acción como abortivo por Plinio, Galeno y Dioscorides y lo mismo podría decirse de la sabina y otros¹². También adquirieron fama como abortivos el laurel rosa, el aceite de madera de cedro muy conocido por sus usos en microscopía y la esencia de trementina (bálsamo resinoso de los pinos silvestres).

Azafrán. Constituido por los estigmas del *Crocus sativus* desecados de color rojo pardo e intenso olor aromático, era un abortivo bastante conocido, sumamente tóxico, teñía de amarillo la piel y las mucosas, simulando un cuadro de ictericia intensa²⁸.

Otras sustancias conocidas por su acción catártica, cuando se administraban a determinadas dosis tenían efecto abortivo, pero también acción tóxica, como el aceite de ricino, el aloe, el podofilino y el aceite de crotón. Algunos alcaloides también se emplearon

Como abortivos como la nicotina y la estricnina, observándose intoxicaciones mortales. La acerina, la fisostignina y su isómero la neostignina (prostigmine), son alcaloides de acción anticolinesterásica.

La quinina es otro alcaloide que estimula las contracciones uterinas, siendo más potente su acción en el útero grávido; además, sensibiliza el útero a la acción de la oxitocina. Su acción no es tan potente como la del cornezuelo del centeno¹⁴. La quinina pasa al feto produciendo efectos letales a dosis tóxica para la madre, produce aborto, pero probablemente por intoxicación general, presentándose hemorragias, anemia, hemólisis, hemoglobinuria, trombocitopenia y uremia¹⁴. También se emplearon para producir abortos, sustancias químicas de origen inorgánico como metales y metaloides derivados y sus compuestos, como el fósforo blanco; con la simple suspensión de las cabezas de los fósforos en agua en la que no es soluble, mientras que sí lo hace en las grasas, producía violenta gastroenteritis hemorrágica, degeneración grasa del hígado y nefrosis, siendo su intoxicación 100% mortal. Otros metales empleados incluían el plomo, el mercurio y las sales de cobre, utilizándolas en forma de duchas vaginales o introduciéndolas directamente en la vagina; además, el magnesio, el bicromato de potasio y el aluminio inyectados directamente en la cavidad uterina. Finalmente, el permanganato de potasio que fue la sal metálica más usada tanto en pastillas como en solución dio origen a intoxicaciones mortales, así como a graves quemaduras y ulceraciones de vagina con secuelas serias como la atresia vaginal. Entre los ácidos se emplearon el cítrico, el oxálico y el acético (vinagre) por inyección intrauterina a través del cuello uterino o mediante punción del útero por vía hipogástrica. También se emplearon para producir abortos los jabones derivados de la soda, el amoníaco, el formol y el kerosene, ya en forma de duchas vaginales o introduciendo directamente en la vagina. Mención especial merece el método de Stein- Watson que consistía en administrar a la mujer 60 g de aceite de ricino por vía oral seguido una hora después de un enema jabonoso de un litro, al mismo tiempo se aplicaba una ampolla de gluquinal (quinina) de 5 ml por vía endovenosa y otra de 2 ml por vía intramuscular; esta última dosis se repetía cada dos horas hasta completar seis dosis al cabo de las cuales la

paciente abortaba, pero en ocasiones fallecía sin que se produjera el aborto (11). A mediados del siglo XX aparecieron los métodos físico-mecánicos que consistían en manipulaciones endouterina por medios instrumentales acompañados de la introducción de sustancias irritantes que ocasionaban procesos tóxicos locales como la necrosis uterina y generales como la peritonitis. A mediados de la década de 1960 en el Hospital Universitario del Valle (Cali), se atendían pacientes con abortos inducidos principalmente por métodos químicos de origen vegetal y físico-mecánicos. Se popularizó el empleo de la sonda endouterina, introduciendo una sonda de neelón guiada con una varilla metálica en su interior, la cual le daba rigidez y le permitía el paso a través del cuello uterino, ocasionando la ruptura de las membranas; la sonda permanecía de 3 a 5 días en la cavidad uterina tiempo en que la ausencia de asepsia en la práctica del método así como el ascenso de gérmenes de la vagina al interior de la cavidad uterina, determinaba procesos sépticos con resultados desastrosos. Con la sonda endouterina aumentaron los casos de perforación y ruptura del útero, abscesos pélvicos, necrosis uterina, perforación de asas intestinales, peritonitis, insuficiencia renal aguda, choque séptico, tromboembolismo pulmonar y muerte por falla multisistémica. La aplicación de la sonda endouterina se emplea aún pero con menor frecuencia y constituye un factor importante de mortalidad materna por aborto inducido. En la década de 1970 se emplearon los dilatadores cervicales higroscópicos como la laminaria, el lamicel y el dilapán; se empleó el método de Aburel para abortos retenidos y fetos muertos, inyectando en la cavidad uterina soluciones hipertónicas (salina o glucosa al 33%); sin embargo, estas soluciones eran sustituidas por ácido oxálico, ácido muriático, insecticidas y otros, con mortalidad del 100%. Otro método empleado en las décadas de 1970 y 1980 fue el de la aspiración endouterina mediante los succionadores de vacío; con ellos las complicaciones disminuyeron notablemente pues eran ejecutadas por personal calificado pero por tratarse de un procedimiento que se practicaba con fines de lucro, su costo era alto y sólo cierto estrato socioeconómico tenía acceso a él. También se les llamaba “reguladores menstruales” (41). En estas décadas retornaron los medios químicos de origen vegetal posiblemente por la facilidad para adquirirlos, así como por su precio.

Resurge nuevamente la quinina, el perejil, la ruda, la higuera, la malva y aparecen dos métodos nuevos, la yuca y la cebolla. Un pedazo de tallo de yuca de la mata recién cortado intravaginal y la cebolla en el extremo que contenía la raíz colocado en la vagina, el cual era limpiado por la paciente con la mano contraria a la que sostenía la cebolla (esta no se lavaba), en ocasiones se introducían restos de tierra lo que determinaba infecciones por bacilo tetánico (tétanos uterino). La aspiración por vacuum es el método preferido de evacuación uterina para tratamiento del aborto incompleto y de aborto inducido temprano. En los países industrializados la aspiración con vacuum ha reemplazado a la dilatación y curetaje que ocasiona riesgos clínicos significativamente más altos. Cerca del 98% de los procedimientos de aspiración por vacuum ocurren sin complicaciones. De hecho la Organización Mundial de la Salud recomienda que la dilatación y curetaje deban usarse para el manejo del aborto incompleto, sólo cuando la aplicación por vacuum no está disponible. Investigaciones realizadas en los últimos 30 años muestran que los procedimientos de vacuum manual o eléctrico son igualmente seguros y efectivos y que el nivel del vacuum para los dos métodos es equivalente. Estudios practicados han encontrado que la aspiración manual es efectiva entre 95% y 100% de los casos con mínimas complicaciones. En los Estados Unidos muchos proveedores de aborto encuentran la aspiración por vacuum particularmente conveniente para abortos tempranos de menos de 7 semanas porque permite una succión suave y efectiva con menos desgarramiento de los productos de la concepción como ocurre con la aspiración por vacuum eléctrico, haciendo más fácil confirmar la terminación del embarazo. Además la aspiración por vacuum sirve como un efectivo control para aborto médico o farmacológico (15). A fines de la década de 1990 se inicia el empleo de las prostaglandinas, entre ellas el prostin E2 en tabletas orales y vaginales, la dinoprostona (Pg E2) y el cervidil o propess. Recientemente en los Estados Unidos y los demás países donde el aborto es legal, se emplean medicamentos que facilitan la expulsión del embrión o feto con riesgo disminuido para la mujer, pues son abortos inducidos por personal calificado. Entre estos medicamentos hay tres que son los más empleados: (45). Misoprostol. (31,5). Mifepristone. (5,6,54).

Metotrexate. En Brasil, República Dominicana Ecuador y Colombia, se emplea el misoprostol por vía oral, vaginal o combinada, el cual representa un desarrollo reciente considerado más efectivo y seguro que los métodos quirúrgicos (12, 13,, 27,). El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1 y a pesar de que su uso sólo está aprobado como antiulceroso, desde hace algún tiempo se expende en droguerías y es empleado como abortivo con resultados relativos, pues cuando se emplea para inducir abortos de más de 6 a 8 semanas ocasiona hemorragias copiosas que llevan rápidamente a choque poniendo en peligro la vida de la paciente. En los Estados Unidos se le considera como una droga importante en la práctica de la obstetricia por sus acciones uterotónicas y de maduración cervical. En algunos países se emplea para el aborto médico electivo, la maduración cervical antes del aborto quirúrgico (legrado), la evacuación del útero en casos de feto muerto y la inducción del trabajo de parto normal. El misoprostol se presenta en tabletas de 100 y 200 ug. Después de su administración oral es rápidamente absorbido y convertido en un metabolito activo farmacológicamente, el misoprostol ácido. Las concentraciones plasmáticas del misoprostol ácido alcanzan su pico a los 30 minutos y declinan poco tiempo después. La biodisponibilidad del misoprostol disminuye por la ingestión concomitante de alimentos o antiácidos. Se metaboliza en el hígado y menos del 1% es excretado por la orina (17). Los efectos adversos más comunes incluyen náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal, calambres y fiebre, los cuales dependen de la dosis administrada. No tiene interacciones con medicamentos conocidos y aunque otras prostaglandinas pueden causar infarto del miocardio y broncoespasmo, el misoprostol no (6). Si la preparación es administrada por vía vaginal sus efectos sobre el tracto reproductivo están aumentados y los efectos adversos gastrointestinales disminuidos (56, 20, 46). El síndrome de Mobius (parálisis facial completa) y los defectos congénitos de las extremidades (constricciones en forma de anillos de las extremidades, artrogriposis), hidrocefalea, holoprosencefalia y extropia vesical, ocurren en hijos de mujeres que han tomado misoprostol durante el primer trimestre del embarazo en un intento infortunado de inducir el aborto (29,7). Otros medicamentos empleados en conjunto con el misoprostol para producir aborto médico en el

primer trimestre también son teratógenos, en particular methotrexate, asociado con anomalías digitales y craneo-faciales (60,3). *Mifepristone (RU-486)*. Es un antagonista de la progesterona y se emplea en combinación con el análogo de la prostaglandina E1 (misoprostol) para el aborto médico en varios países europeos. Su eficacia ha sido extensamente estudiada. El Mifepristone ha sido aprobado para su uso en el Reino Unido, Suecia, China y Francia y se estima que más de un millón de mujeres ha recibido RU-486 en estos países desde 1988. En marzo de 1994 la OMS seleccionó a Monash University and Family Planning Victoria para participar en un estudio internacional multicéntrico randomizado, doble ciego, controlado, para probar la eficacia y efectos colaterales de dos dosis de Mifepristone (600 mg ó 200 mg) seguidos por 400 ug de misoprostol 48 horas más tarde para la terminación del embarazo temprano. Las usuarias del método se declararon satisfechas encontrando aceptable el nivel del dolor asociado con el procedimiento (4, 42). El Mifepristone también puede ser teratógenos pero menos que el misoprostol y el methotrexate. Solamente regímenes de Mifepristone y misoprostol han sido autorizados para aborto médico en muchos países donde el aborto es legal. Un régimen combinado de Mifepristone y misoprostol da por resultado un aborto completo en 95% de los casos en mujeres con embarazos de 9 a 13 semanas; sin embargo, la incidencia de hemorragia vaginal abundante es mayor que cuando se utiliza en embarazos de 6 a 8 semanas (9, 29).

Methotrexate. Es un antagonista del ácido fólico que actúa como un catalizador de la hidrofolato reductasa. Interrumpe la síntesis de nucleótidos como la purina y aminoácidos como la serina y la metionina. La proliferación activa del trofoblasto es exquisitamente sensible a methotrexate. En casos de aborto retenido la muerte del trofoblasto consigue desestabilizar su unión con la decidua. Methotrexate interrumpe el soporte del cuerpo lúteo y la producción de progesterona. La disminución de los niveles de progesterona y BHCG ocasiona la pérdida del embarazo y eventualmente causa un aborto médico (10). El methotrexate es efectivo en 88% de los casos especialmente cuando la terapia se inicia en una edad gestacional temprana. Está indicado en casos de malformaciones congénitas del útero con aborto retenido, aborto retenido con cesárea previa, retención de productos de la

concepción después de la terminación médica del embarazo, aborto retenido con infección pélvica y aborto retenido con miomatosis uterina (31). Se emplea en dosis de 1 mg/ kg de peso corporal por vía intramuscular en días alternos, con un total de 5 dosis. El ácido fólico se usa en dosis de 0.1 mg/kg de peso corporal a lo largo de la terapia con methotrexate. Entre sus contraindicaciones están la anemia, la leucopenia, la trombocitopenia, la gastritis aguda, la colitis ulcerativa y el deterioro renal o hepático. Los efectos adversos son las náuseas, el vómito, la diarrea, la cefalea, el malestar abdominal, las ulceraciones orales, las complicaciones hematológicas y la elevación de las enzimas hepáticas. El methotrexate ofrece una alternativa al aborto quirúrgico en casos seleccionados de alto riesgo para la terminación del embarazo, por tanto, la inducción médica del aborto usando este agente reduce significativamente el riesgo de morbilidad y mortalidad asociado con la intervención quirúrgica (dilatación cervical y legrado) (11). Una dosis única de methotrexate oral o intramuscular (50 mg por m² de superficie corporal) seguido 5 ó 7 días después por 800 mg de misoprostol vaginal resulta en aborto completo en entre 95% y 100% de los casos (12, 13, 14, 5, 30, 32, 15,48)

2.1.3. EL ABORTO EN EL MUNDO

El aborto está sujeto a diferentes legislaciones en los 202 países del mundo. Hay muchos matices, pero podemos genéricamente afirmar que existen 6 categorías:

1. aborto legal sin restricciones en 57 naciones y donde vive el 39.5% de la población mundial;
2. aborto legal por razones socioeconómicas y psicofísicas en 14 naciones y donde vive el 21.3% de la población mundial;
3. aborto legal por razones psicofísicas en 23 naciones y donde vive el 4.2% de la población mundial;
4. aborto legal por razones físicas en 33 naciones y donde vive el 9.2% de la población mundial;

5. aborto legal en casos específicos (como violación, grave malformación del feto, peligro de vida para la madre) en 66 naciones y donde vive el 25.37 % de la población mundial;
6. totalmente ilegal en 3 naciones: Nicaragua, Chile y El Salvador (0.43% de la población mundial).

Si observamos el mapa mundial del aborto, podemos afirmar en términos generales que el acceso al aborto es una prioridad de los países del así llamado 'primer mundo' y que conforme baja el nivel socioeconómico, aumentan las restricciones para las mujeres que quieran interrumpir voluntariamente un embarazo indeseado. En varios países europeos el acceso al aborto libre y seguro es una conquista de luchas decenales de movimientos feministas y de la sociedad en general. En otros países, como los que integraban el ex bloque soviético, el Estado se hizo garante del derecho de la mujer al aborto seguro y gratuito (45, 1)

Ecuador es el país con más abortos en Latinoamérica

El 32,6% de las mujeres ecuatorianas ha experimentado algún aborto. Este indicador convierte al país en el primero con más abortos, entre 11 países de Latinoamérica.

A esta conclusión llegó la encuesta sobre hábitos sexuales, que realizó la empresa Tendencias Digitales, para el Grupo de Diarios de América (GDA).

Tras Ecuador le siguen México, Puerto Rico y Perú. Costa Rica es el país con menos abortos.

La encuesta se efectuó con un universo de 13 349 hombres y mujeres de entre 18 y 55 años. En general en América Latina, el 29% de las mujeres ha tenido algún aborto. Al analizar por rangos de edad, en Ecuador, el grupo de mujeres que más declara que tuvo algún tipo de aborto se ubica entre los 30 y 55 años. Pero con un pico alto del 75%, desde los 41 a 45

años. Desde los 18 a 21 años, en cambio, solo se registra el 14,3% de mujeres que abortaron.

Pero el estudio no especifica qué tipo de aborto afrontaron, por lo que no se puede saber si fueron inducidos o naturales.

2.2 INCIDENCIA DE ABORTO EN EL MUNDO

En 1987 la incidencia de aborto en el mundo fue de 43 millones, de ellos,

- 28'000.000 fueron legales
- 15'000.000 ilegales².

En 1995 la cifra total de abortos inducidos alcanzó los 46 millones

- 26 '000.000 legales
- 20' 000.000 clandestinos.

Rusia y Rumania tienen los porcentajes más altos de abortos inducidos (63%). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

En 1995 se practicaron en Europa 7'700.000 abortos

- 6'800.000 legales
- 900.000 ilegales

En Asia 26'800.000 de ellos

- 16'900.000 legales
- 9'900.000 ilegales.

En África

- 5'000.000 todos ilegales.

En Oceanía

- 100.000 todos legales.

En Alemania, Bélgica, Suiza y los Países Bajos las tasas de aborto inducido son inferiores a 10 por cada mil mujeres

De los 190 países del mundo sólo en 22% de ellos es permitido el aborto; de estos

- 6% corresponde a países en vía de desarrollo
- 16% a países desarrollados

En Estados Unidos en 1996 se practicaron

- 1'365.700 abortos inducidos todos legales³.

No existen estadísticas de los ilegales.

Según el estudio del Instituto Alan Guttmacher⁴, en América Latina el aborto es permitido en:

- Cuba
- Puerto Rico
- Algunos países pequeños del Caribe

Y se practica en clínicas del gobierno por personal calificado en condiciones seguras, pero también por personal poco idóneo en condiciones de riesgo.

Tanto en América Latina como en el resto del mundo el *aborto se asimila a un método más de planificación familiar frente a un embarazo no deseado*. La naturaleza ilegal del procedimiento promueve el subregistro y a pesar de que en estos países los programas de planificación familiar han logrado descender las tasas de natalidad, la tasa de abortos continúa alta.

En América Latina se producen 4'200.000 abortos al año, distribuidos así:

- Islas del Caribe 400.000
- América Central 800.000
- Suramérica 3'000.000

Todos ilegales pues en estos países el aborto no es permitido.

LA SITUACIÓN DEL ABORTO EN EL MUNDO.

Brasil. La Conferencia de Obispos pidió a los candidatos a la Presidencia que trabajen contra el aborto y consideren a la vida desde la concepción.

Uruguay. El Parlamento impulsa la legalización del aborto y un decreto que obliga a dar información sobre la interrupción de la gestación. Unión Europea. La Asamblea Parlamentaria aprobó el derecho de conciencia en los cuidados médicos para no practicar abortos u otras operaciones.

España. El aborto está despenalizado solo en tres casos: violación, si el feto presenta malformaciones físicas o psíquicas y cuando represente peligro para la salud o la vida de la madre.

Dinamarca. Este es uno de los países donde las mujeres pueden abortar y de forma gratuita en los servicios de salud pública.

Cuba. Este país fue uno de los primeros en despenalizar el aborto en América Latina. El aborto es legal en Cuba desde 1965 y es considerado un derecho de las mujeres

En Cuba si hay un retraso de la menstruación se acude al aspirado, por ejemplo, pues el aborto es legal desde 1965. En Ecuador se pena con entre seis meses y cinco años de prisión, salvo en caso de una violación a una deficiente mental y por razones de salud (aborto terapéutico). “La legalización no aumenta el número de abortos, solo disminuye el número de muertes”, recalca Guijarro. (49)

2.3 ABORTO

La interrupción de la gestación antes de que el feto sea viable muerte y expulsión del feto antes de los 5 meses, interrupción de la gestación antes de las 20 semanas de gestación, dentro de los 139 días contando desde el FUM , cuando el feto pesa menos de 500 g

2.3.1PREVALENCIA

La incidencia del aborto es del 10 al 15% .La frecuencia disminuye rápidamente con la edad de gestación

CAUSAS DE ABORTO

- | | |
|---|-------|
| • Huevo patológico sin embrión o embrión defectuoso | 48,9% |
| • Embrión con anomalías localizadas | 3,2% |
| • Anomalías placentarias | 96,6% |
| • Degeneración hidatiforme de las vellosidades | 63% |

La causa más frecuente son alteraciones cromosómicas embrionarias.

GENÉTICAS

- | | |
|------------------------------|-----|
| – Trisomías | 50% |
| – Monosomías (45 X) | 20% |
| – Triploidías | 15% |
| – Tetraploidías | 10% |
| – Alteraciones estructurales | 5% |

CAUSAS MATERNAS ORGANICAS

Enfermedades infecciosas:

- Micoplasma hominis y urealiticum
- Toxoplasmosis,
- Listeriosis
- Gripe, varicela, sarampión, hepatitis A, B, C, y parotiditis.
- Rubéola, Herpes genital, Sífilis, Malaria, Brucelosis, Citomegalovirus.

CAUSAS INMUNOLOGICAS

- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos
- Anticuerpos antinucleares débilmente positivos y Aloinmunes (incompatibilidad ABO.
- Trombofilias

Causas psicológicas

Causas de origen tóxico: Intoxicaciones con plomo, mercurio, arsénico, fósforo, etc) o carencial cuando hay deficiencias nutritivas.

Traumatismos físicos

Abuso de drogas lícitas e ilícitas, tabaco, alcohol y cafeína

2.3.2. CLASIFICACION DEL ABORTO

- aborto espontaneo
- Amenaza de aborto
- Aborto inevitable
- Aborto completo o incompleto
- Aborto diferido
- Aborto habitual o recurrente
- aborto provocado
- Aborto Inducido o terapéutico
- Aborto séptico

2.3.3 DIAGNOSTICO

a) Formas clínicas

1.- Amenaza de aborto: producto vivo, presencia de hemorragia genital/o contractilidad uterina.

Sin modificaciones cervicales

2.- aborto inevitable: variedad que hace imposible la continuación de la gestación, generalmente por la existencia de gran hemorragia genital o ruptura de membranas, aun sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible.

3.- Aborto en evolución: es el que se caracteriza por la presencia de hemorragia genital persistente, actividad uterina reconocible clínicamente y modificaciones cervicales (borramiento y dilatación) compatibles con la continuidad de la gestación

4.- aborto incompleto: cuando ha ocurrido la expulsión de una parte del producto de la concepción y el resto se encuentra aun en la cavidad uterina

5.- aborto completo o consumado: aquel que en la expulsión del producto de la concepción ha sido total con cese posterior de la hemorragia y dolor

6.- aborto diferido: se presenta cuando habiendo ocurrido la muerte del producto de la concepción no se expulsa en forma espontanea.(Incluyendo el embarazo anaembrionario) puede acompañarse o no de sangrado variable. Esta entidad presupone un lapso entre la muerte ovular y la elaboración del diagnostico. Generalmente existe en antecedente de amenaza de aborto de repetición

7.- aborto séptico: cualquiera de las variedades anteriores a la que se agrega infección intrauterina (fiebre de 38°C, olor fétido, formula leucocitaria alta)

8.- aborto habitual.- perdida repetida y espontanea del embarazo en dos o más ocasiones consecutivas

9.-Aborto terapéutico

Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre. EL ACOG(AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS) lo considera en caso morbilidad aumentada de la madre por el embarazo, violación, incesto, producto con malformaciones graves o incompatible con la vida

a) Auxiliares de laboratorio y Gabinete

1.- Ultraecsonografía

Este es el mejor método para determinar las condiciones del embarazo, con una sensibilidad del 95%, al utilizar imágenes de tiempo real. Considerando que a partir de la quinta semana es visible el saco gestacional, dato concluyente de gestación. A partir de la 7-8 semanas, es posible contactar actividad cardíaca (síndrome de vitalidad). Entre las semanas 8 y 12, se mide la longitud craneocaudal que es el parámetro más confiable para determinar la edad gestacional con un margen de error menor de una semana.

A las diez semanas se determina una verdadera cavidad amniótica ya al mismo tiempo es factible identificar el sitio de la implantación (coriofrondoso) este examen del saco gestacional se complementa con el estudio del útero y los anexos cuya forma, ubicación y dimensiones integran el análisis del estado del embarazo

2.- Perfil hormonal

Desde el punto de prueba que ha conservado la utilidad clínica es la determinación de gonadotropina (HC G) realizada en forma cuantitativa que indica directamente la actividad del trofoblasto e indirectamente el estado fetal. La subunidad beta HGC es la específica y se determina de manera seriada si existe duda de la evolución normal del embarazo cada semana (A)

2.4. COMPLICACIONES DEL ABORTO

2.4.1 CID

La coagulación intravascular diseminada (CID) es una enfermedad caracterizada por la producción de una excesiva cantidad de diminutos coágulos intravascular, con componentes microcirculatorios defectuosos y disfunción del endotelio (56) los cuales causan trombos en los pequeños vasos sanguíneos, consumiendo los componentes de la cascada de la coagulación y las plaquetas. Al agotarse los factores de la coagulación es

frecuente ver episodios hemorrágicos significativos. La CID evoluciona repentinamente y tiene un curso grave existen tres grupo de pacientes que tiene mayor riesgo de CID

- Pacientes obstétricos
- Pacientes con infecciones bacterianas graves
- Pacientes con ciertas neoplasias

Fisiopatología.-

La cid se la conoce comúnmente como “enfermedad de consumo” precisamente porque las proteínas que controlan la cascada de coagulación están hiperactivadas hasta el punto de agotarse.

Clínicamente es una enfermedad trombo hemorragica, es decir, se puede observar tantos eventos tromboticos como hemorrágicos en el mismo paciente (39)

Causas

Un gen aspecto de condiciones puede ocasionar o desencadenar CID (47)

Entre las más frecuentes se encuentran (44)

- Sepsis
- Trauma
- Accidentes obstétricos
 - a. Embolia de liquido amniótico
 - b. Placenta previa
 - c. Retención del feto muerto
 - d. Eclampsia
 - e. Aborto
- Hemolisis microangiopatica
 - a. Purpura trombocitopenia

- b. Síndrome hemolítico urémico
- c. HELLP

- Infecciones virales
- Neoplasias

- i. Enfermedades mieloproliferativas
- ii. Carcinoma de páncreas
- iii. Carcinoma de próstata

- Quemaduras

Diagnostico

La CID es una emergencia médica y debe ser diagnosticada y tratada sin postergar.

Una combinación de pruebas de laboratorio pueden ayudar al diagnostico una vez al razonamiento clínico evidente al potencial de CID.

- Disminución rápida y progresiva del recuento plaquetario ($>100.000/mm^3$)
- Prolongación de los tiempos de coagulación(PT,PTT)
- Productos de degradación de la fibrina (dímero D $> 500ug$) (17)
- Proteína C reactiva

Tratamiento

- Manejo de la enfermedad de base
- Anticoagulantes
- Transfusiones sanguíneas
- Plaquetas

En el feto muerto in útero, la incidencia de CID se aproxima a un 50 % si este es retenido más de 5 semanas

La primera manifestación en una CID crónica, la cual puede progresar a una forma trombo hemorrágico fulminante. En este caso el tejido fetal necrótico, incluyendo enzimas, QUE penetran en la circulación uterina y luego en la circulación sistémica activando pro coagulantes y el sistema fibrinolítico

DIAGNOSTICO CLINICO

Los signos más frecuentes son:

- Purpura
- Petequias

Menos frecuentes se observan:

- Bulas hemorrágicas
- Cianosis distal
- A veces gangrena

Hemorragias en pacientes sometidos a cirugía o un trauma y el sangrado en los sitios de la punción es otro hallazgo frecuente

Una reducción importante del área de microcirculación debido a trombosis, puede pasar inadvertida o presentarse como disfunción renal, pulmonar, hepática y/o neurológica

Los pacientes con CID crónica generalmente desarrollan hemorragias de pequeñas cuantía u oculta, y trombosis difusa en vez de hemorragias fulminantes. En estos pacientes hay una renovación incrementada, por una vida media disminuida, de muchos elementos del sistema homeostático, incluyendo, plaquetas, fibrinógeno y factores V y VIII:

La mayoría de los exámenes de coagulación son sin embargo, normales o cercanos a la normalidad, a excepción de la medición del PDF y la evidencia clínica de defectos de función paquetaria también puede haber evidencia de laboratorios de activación del sistema hemostático.

Los criterios clínicos mínimos para el diagnóstico de CID son:

1.- evidencia clínica de:

- Hemorragia,
- Trombosis

O Ambas

2.4.2. SÍNDROME DE MONDOR

El Aborto Infectado Simple es aquél cuya infección está limitada a la cavidad uterina (endometritis). Cursa con fiebre, dolor al examen ginecológico, secreciones fétidas sin gran compromiso del estado general. El Aborto Séptico, es aquél donde la infección se propaga por vía hemática, linfática o por contigüidad. Habitualmente hay compromiso del estado general con signos inflamatorios locales y regionales y diferentes grados de falla multiorgánica. Síndrome de Mondor es aquél que sigue al aborto séptico (espontáneo o provocado) que aparece entre las 24 y 48 de haberse producido el aborto, muy grave (60% de mortalidad) cuyo germen causal es *Clostridium perfringens*, anaeróbico que se encuentra en el 80% de los casos de este síndrome.

PREVENCION

La prevención primaria del aborto séptico y del Síndrome de Mondor es una efectiva contracepción y en caso que ésta falle proveer de un aborto seguro y legal junto a un apropiado manejo médico.

La prevención secundaria, es realizar un temprano diagnóstico de endometriosis y efectivo tratamiento para evitar que progrese la infección.

La prevención terciaria es aquella que evite serias complicaciones infecciosas, la histerectomía y la muerte.

CLINICA

El resultado de la agresión del *Clostridium perfringes* produce una endotoxemia que genera un síndrome toxémico-hemolítico. La severa hemólisis se acompaña de shock, hipotensión arterial y trastornos circulatorios que pueden ser causantes de una importante acidosis metabólica, coagulación intravascular diseminada y falla renal. La tríada sintomática (síndrome tricolor) es pálido por la anemia, amarillo por la ictericia y azul por la cianosis. También es llamado gangrena uterina por provocar necrosis muscular del útero. La gravedad está dada por el corto período de incubación del *Clostridium perfringes* (24-48 h). La presencia de un síndrome tóxico- hemolítico puede conducir a un síndrome de disfunción o fallo multiorgánico asociado por sí solo con una alta morbi-mortalidad.

FACTORES ASOCIADOS - Intervenciones clandestinas, la promiscuidad, la poca accesibilidad a los servicios de salud constituyen factores que predisponen a esta circunstancia. Hay regiones donde sólo entre el 7% y 10% acceden al legrado. Esta es una patología que ostenta una alta tasa de mortalidad. El aborto séptico tiene

una mortalidad de alrededor del 20% de los casos, el síndrome de Mondor llega al 60%. Esta tasa de mortalidad obedece a la instalación del cuadro de shock séptico y a una evolución mórbida que desencadena en un síndrome de insuficiencia multiorgánica.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser realizado en Unidades de Terapia Intensiva, intentando inmediatamente un soporte de la función respiratoria, circulatoria, de los problemas hemodinámicos, renales y soporte específico del shock séptico. La resucitación inicial está dirigida a manejar la hipovolemia frecuente en todos los estados de shock. La antibiótico terapia debe ser iniciada inmediatamente, preferentemente por vía endovenosa y con esquemas de antibióticos teóricos que abarquen gérmenes aeróbicos, anaeróbicos así como bacterias gram positivas y gram negativas, hasta tener el análisis de los cultivos. En lo posible se debe drenar el foco infeccioso. (51, 52, 54, 21,22)

2.4.3. LA LAPAROTOMÍA CON HISTERECTOMÍA

Se indica por el cuadro persistente de shock séptico de origen ginecológico independiente de la estabilización de la paciente, que no se pudo lograr con medidas conservadoras, aceptado por todos los autores en pacientes que se sospecha gangrena uterina, perforación uterina amplia y aparición de tétanos de origen uterino; este debe ser precoz ya que la no remoción del foco hará estériles todos los intentos de modificar el curso de la enfermedad. (51, 52, 54, 21,22)

2.4.4. SÍNDROME POST ABORTO

El aborto provocado es un procedimiento criminal que ha sido usado a lo largo de la historia como forma de matar a un niño concebido y no nacido

Con frecuencia se utilizan eufemismo como evacuar al útero o interrumpir el embarazo para realizar el aborto provocado sin tener que emplear el término médico. Se ha calculado aproximadamente 50'000.000 DE ABORTOS al año en el mundo entero según datos de la OMS ha sido poco estudiado en su aspecto emocional o psicológico a partir de la década pasada el perfil de la personalidad de estas ha sido analizado por el Dr. Nathanson, las cuales presentan síntomas no solo de aspecto físico (cefalea, gastralgia etc.) si no también aspecto emocional; dispauremia, frigides, anorgasmia, etc.

La experiencia de un aborto provocado, en una personalidad normal, desencadena algo similar a las experiencias traumáticas de combatientes de la guerra. En ambos casos los pacientes se han negado a reconocer y viven con su dolor por aquellos que aquellos que murieron.El SPA constituye dentro del proceso de la psicoterapia uno de los conflictos existenciales más importantes y que la madre el padre y el niño abortado toman conciencia de la responsabilidad directa que han tenido al suprimir la vida de un inocente bajo pretexto de salvaguardia propia (61,23, 24, 25,26)

2.6 PROTOCOLO

DIAGNOSTICO DE ABORTO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL

Diagnostico

hallazgos

ANAMNESIS

- Amenorrea
- Sangrado genital variable
- Dolor

EXAMEN FÍSICO

- Sangrado genital variable
- Modificaciones o no del cuello del útero

EXÁMENES DE LABORATORIO

- Prueba de embarazo en orina o en sangre positiva
- Ecografía abdominal o transvaginal

2.5. PROTOCOLO DE MANEJO DE AMENAZA DE ABORTO

Toda amenaza de aborto no amerita hospitalización.

1. Realice o completa la historia clínica materno perinatal y el carnet perinatal
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método (si aplica) y el examen especular. Es indispensable la exploración cervico vaginal con espejo, para descartar que la hemorragia no se origine de lesiones cervicales como pólipos, miomas uterinos, erosiones, etc.

3. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: biometría hemática, TP, TPT, plaquetas, grupo sanguíneo, y factor Rh, VDRL, HIV, con consentimiento informado EMO
 - Solicite aquellos exámenes que no constan en la historia clínica materno perinatal o necesiten ser actualizados
 - Glicemia
 - Cuantificación de gonadotropina coriónica y/o
 - Ultrasonido (para establecer la vitalidad del embrión o feto)

4.- Cuando la hemorragia es moderada puede internarse para descartarse que se trate de un aborto inevitable o en evolución.

5.- Tranquilice al paciente e informe sobre su condición

6.-Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares

7.-Brinde apoyo emocional continuo

8.-No administre de rutina tratamimonal (progesterona) ni tocolotico (indometacina), pues no impiden aborto por lo general el tratamiento médico no es necesario

9.-En caso de que la hemorragia sea moderada la contractilidad uterina frecuente, la edad del embarazo próxima a las 20 semanas y se tiene evidencia de feto vivo, puede utilizarse fármacos tocolitico

En la paciente con un cuadro de amenaza de aborto, es importante el diagnostico diferencial con embarazo ectópico

10.-Si se encuentra patología añadida como causa de la amenaza de aborto instale tratamiento etiológico, por ejemplo: IVU y trate según protocolo

11.-INDICACIONES DE ALTA:

- Reposo en cama (no indispensable, considere factores socioculturales y familiares).
- No relaciones sexuales hasta que supere el riesgo
- No duchas vaginales
- Manejo de infecciones urinarias o vaginales (si aplica)
- Si cede el sangrado indicar continuar control prenatal habitual

Si la paciente tiene antecedente de abortos previos consecutivos disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carne prenatal para evaluación de incompetencia cervical o abortadora habitual

2.5.2. PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO EN CURSO O INEVITABLE, INCOMPLETO Y DIFERIDO

(Muchos de los pasos/ tareas deben realizarse simultáneamente)

Todos estos eventos requieren hospitalización

- 1.-Realice o complete la historia clínica materno perinatal y el carne perinatal
- 2.-Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura
- 3.-Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y examen con especulo y tacto vaginal bimanual fragmentos que se encuentran en el canal cervical se eliminan con pinzas y gasa, es indispensable enviarlos para estudio
- 4.-Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio : biometría hemática, TP, TTP, plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado ,EMO
- 5.-Solicite aquellos exámenes que no constan en la historia clínica materno perinatal o necesiten ser actualizados
- 6.-Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición
- 7.-Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a la de su familiares
- 8.-Brinde apoyo emocional continuo

9.-Canalice una vía endovenosa con catlon 16-18 y soluciones cristaloides (SS0.9% o Lactato de Ringer)

10.-Manejo de shock hipovolemico si aplica

11.-Analgesia farmacológica (si amerita) tipo paracetamol 500mg VO con sorbo de liquido

12.-Con el diagnostico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal

13.-Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina para diagnostico por clasificación clínica

14.-Brinde consejería sobre la anticoncepción post aborto inmediata con DIU

15.-EVALUACION UTERINA

Si actividad cardiaca es negativa por:

- Aspiración manual endouterina (AMEU) en embarazo menor de 12 semanas
- Puede ser necesario maduración cervical con misoprostol 400ug VO (vía oral) o S:L (Sublingual)3 horas antes del procedimiento
- Legrado uterino instrumental (LUI) en embarazo de 12 a 20 semanas luego de la expulsión del producto La inducto conducción con oxitócica adicional puede ser necesario en embarazos de 16 a 20 semanas para eliminación el producto y posterior LUI
- Coloque siempre DIU luego del procedimiento del AMEU o LUI si la paciente acordó el uso de ESTE TIPO DE ANTICONCEPCION
- El legrado demasiado energético puede producir sinarquías uterinas (síndrome de Asherman)
- Si la hemorragia es abundante y las modificaciones cervicales son mínimas practicar la extracción del huevo por fragmentación, valorar la necesidad de

histerectomía, microcesarea

- La histerectomía abdominal o la histerectomía en bloque se reserva para aquellos casos en los cuales las otras técnicas pongan en grave riesgo la vida de la mujer
- El pronóstico obstétrico es bueno si el tejido se evacua en forma rápida y completa.
- El material obtenido debe enviarse a estudio histopatológico para descartar enfermedades trofoblástica, imágenes sugestivas de cromosomopatía.

16.-Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico. Asegúrese de que la muestra sea correctamente conservada para su envío

17.-Control e signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas post evacuación y luego cada 8 horas hasta el alta

18.-Indicaciones de alta

- Dieta habitual
- Actividad ambulatoria progresiva
- Analgesia tipo paracetamol 500mg c/8 h o ibuprofeno 400mg c/ 8h por 3 días
- Orientación sobre signos de alarma: fiebre dolor y sangrado
- Orientación en anticoncepción y salud reproductiva. Brinde consejería y proporcione un método anticonceptivo acorde a las necesidades de la paciente

ABORTO COMPLETO O CONSUMADO

Independientemente de la posibilidad y ante la duda, debe realizarse dilatación cervical legrado uterino, ya que en caso contrario, se expone a la paciente a graves riesgo con una conducta conservadora

ABORTO DIFERIDO

Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas. El método fidedigno para establecer el diagnóstico lo constituye

el ultrasonido que en caso de duda, puede ser seriado cada semana.

El fibrinógeno plasmático y plaquetas en ocasiones están bajos la conducta se efectúa en base a la edad gestacional, induciendo el aborto ya que un producto retenido podría causar complicaciones como CID, SINDROME DE MONDOR etc.

2.5.3.PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO SEPTICO

(Muchos de los pasos/ tareas deben realizarse simultáneamente)

1.-Realice o completa la historia clínica perinatal y el carnet perinatal

2.-Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura

3.-Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital, examen con espejito (para detectar instrumentación previa) y al tacto vaginal bimanual Esta entidad representa junto con la hemorragia, las complicaciones más graves del aborto y constituye las principales causas de mortalidad

De acuerdo con la gravedad de la infección, las manifestaciones clínicas tienen variables de presentación que requieren de una valoración cuidadosa:

- Síndrome febril
- Secreción fétida a través del cérvix
- Hipersensibilidad suprapubica, dolor abdominopélvico a la movilización del cérvix y del útero

- Signos de peritonitis generalizada
- Ataque al estado general
- Choque endotoxico que puede ser precedido por hipotermia
- Insistir en el antecedente de maniobras abortivas y/o identificar con el examen clínico las lesiones provocadas por el intento de aborto ilegal

4.-Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: biometría hemática, TP, TPT, plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO

5.-Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica materno perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a urea creatinina, glucosa, electrolitos, según condición clínica pruebas de coagulación, pruebas cruzadas, hemocultivos, urocultivo. y cultivos de secreciones uterinas para gérmenes aerobios y anaerobios con antibiograma (toman las muestras), previos al inicio de Antibioticoterapia

- Radiografía de tórax para descartar el diagnostico de émbolos sépticos
- Radiografía de abdomen para diagnostico de perforación uterina, cuerpo extraño, peritonitis, perforación de víscera hueca, etc.
Ultrasonido para la detección de hematomas, restos placentarios, abscesos, liquido libre en el hueco pélvico etc.

6.-Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir

7.-Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares

8.-Brinde apoyo emocional continuo

9.-Canalización de dos vías endovenosa 16-18 y soluciones cristaloides (SS 0.9 % o lactato de Ringer)

10.-Disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución

con epicrisis o con carnet prenatal para evaluación uterina

11.-Si temperatura aumenta $> 38^{\circ}\text{C}$ bajar la temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos.

12.- Iniciarse antibioticoterapia esquema antibiótico con penicilina sódica cristalina 2 a 3 millones IV c/4 horas Cefalosporina de 3ra generación 1 gr c/12 horas y gentamicina 80 mg /8 horas IV si no existen antecedentes de hipersensibilidad, también metronidazol 500mg IV c /8 h , tratamiento se sostiene hasta conocer el resultado de los cultivos y antibiograma

13.- Hidrocortisona 3 gramos IV como dosis inicial y repetir 1 gramo IV c/8 horas durante las siguientes 24 horas.

14.-Toxoide tetánico 1 ampolla IM si se sospecha o confirma instrumentación o manipulación previa

15.-efectuar la evacuación del útero a las 6 horas de haber iniciado los antibióticos de acuerdo a la edad gestacional y conforme a las normas establecidas

EVACUACION UTERINA

- Aspiración manual endouterina (AMEU) en embarazo menor a 12 semanas
- Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 400ug por vía oral o SL 3 HORAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO
- Legrado uterino instrumental (LUI) en embarazo de 12 a 20 semanas luego de expulsión el producto
- Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 400ug por vía oral o SL 3 horas antes del procedimiento
- La inducción con oxitócina adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 20

semanas para la eliminación el producto y posterior LIU

16.- cuando el aborto séptico reviste mayor gravedad o su evolución va hacia el deterioro, se deberá tener

- una línea arterial (PVC),
- control hidroelectrolítico estricto,
- gasometría,
- sonda de Foley para cuantificación de diuresis,
- valorar otros esquemas antibióticos y la transfusión en caso necesario
- valorar la erradicación del séptico (histerectomía total abdominal), los criterios para indicar este procedimiento han evolucionado hacia una actitud más intervencionista, ya que la demora para efectuarla en casos muy avanzados (peritonitis, septicemia, CID, estado De choque, síndrome de Mondor etc.) se acompaña por lo general resultados letales

17.-Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas pos evacuación y luego cada 8 horas hasta el alta

2.5.4. PROTOCOLO DE MANEJO DE ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

(Muchos de los pasos/ tareas deben realizarse simultáneamente)

PREPARATIVOS DEL AMEU

Explique a la mujer (y a la persona que lo apoya) lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes

Brinde apoyo emocional continuo

Explique la posibilidad de sentir molestias durante alguno de los pasos del procedimiento y que usted le avisara con anticipación

Administre a la mujer 500mg vía oral 30 minutos antes del procedimiento

Pregunte si es alérgico a los antisépticos y a los anestésicos

Determine que esté presente el instrumental requerido esterilizado

Asegúrese de la disponibilidad de las cánulas y adaptadores de los tamaños apropiados

Inspeccione la jeringuilla para AMEU y prepárela (confirme que funciona al vacío)

Verifique que la paciente haya vaciado su vejiga recientemente

Verifique que la paciente se haya lavado a conciencia el área perineal

Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, séqueselas con un trapo limpio y seco o déjelas secar al aire

Colóquese barreras protectoras: gafas gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica

Organice el instrumental esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel en una bandeja esterilizada o en un recipiente sometido a desinfección de alto nivel.

2.5.4.1 TAREAS PREVIAS AL PROCEDIMIENTO EL AMEU

1.- administre oxitócica 10 unidades IM o metilergonovina 0,2 mg IM

2.- Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y posición del útero y el grado de dilatación el cuello uterino

3.- Introduzca suavemente el espejulo en la vagina y extraiga la sangre o tejidos presentes

utilizando una pinza de aro y gasa

4.- Aplique solución antiséptica dos veces en la vagina y el cuello uterino, utilizando gasa o esponja de algodón

5.- Extraiga cualquier producto de la concepción del orificio del cuello uterino y verifique la presencia de desgarros en el cuello uterino.

2.5.4.2. BLOQUEO PARACERVICAL (SI NO CUENTA CON ANESTESIA GENERAL CORTA)

1.- Cargue 10 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina en una jeringuilla e inyecte 2 ml en el labio anterior o en el labio posterior del cuello uterino (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 o 12 de las manecillas del reloj)

2.- Sujete con delicadeza el labio anterior o posterior del cuello uterino con una pinza de un solo diente (en el aborto incompleto, es preferible utilizar una pinza de aro)

3.- Ejercer tracción y movimiento ligero con la pinza para ayudar a identificar el área del fondo de saco vaginal entre el epitelio cervical liso y el tejido vaginal

4.- Inyecte unos 2ml de solución de lidocaína al 1% inmediatamente por debajo del epitelio, o no más de profundidad, en las posiciones de las 5 y 7 de las manecillas del reloj. Aspire halando el embolo de la jeringuilla ligeramente hacia atrás para asegurarse de que la aguja no haya penetrado en un vaso sanguíneo

5.- Espere 2 minutos y luego pellizque el cuello uterino con una pinza (si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos mas y vuelva a probar hasta que la paciente no siente dolor)

2.5.4.3. PROCEDIMIENTO DE AMEU

- 1.- Explique a la mujer cada paso del procedimiento antes de realizarlo
- 2.- Con delicadeza, ejerza tracción sobre el cuello uterino para alinear le canal cervical y la cavidad uterina
- 3.- Si es necesario, dilate el cuello uterino utilizando cánulas o bujías dilatadoras en forma progresiva de menor a mayor tamaño
- 4.- mientras mantiene fijo el cuello uterino con la pinza, empuje la cánula, elegida con delicadeza y lentamente dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo (no mas de 10cm). Luego retire un poco la cánula alejándola del fondo
- 5.-conectecte la jeringa al vacío para AMEU a la cánula sosteniéndola en una mano y tenáculo y jeringa en la otra. Asegúrese de que la cánula no se desplace hacia adelante al conectar la jeringa
- 6.- Libere la válvula/s de paso de la jeringa para transferir al vacío a la cavidad uterina a través de la cánula
- 7.- Evacue el contenido restante de la cavidad uterina haciendo girar la cánula y la jeringa en sentido de las manecillas de reloj y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina
- 8.- si la jeringa se ha llenado hasta la mitad antes de haber completado el procedimiento, desconecte la jeringa de la cánula. Retire solamente la jeringa y deje la cánula en su lugar
- 9.- Empuje el embolo para vaciar los productos de la concepción en un recipiente con tapa hermética o gasa
- 10.- prepare nuevamente la jeringa, conecte la cánula y libere la/s válvula/s de paso
- 11.- verifique si hay signos de finalización del procedimiento (espuma roja o rosada, o se observa mas tejido en la cánula, sensación de aspereza y el útero se contrae alrededor de la cánula retire

con delicadeza la cánula y la jeringa para AMEU.

12.-Separe la cánula de la jeringa para AMEU y empuje el embolo para vaciar los productos de la concepción en una gasa

13.- Retire la pinza del cuello uterino antes de retirar el especulo y verifique sangrado en el sitio de pinzamiento.

14.- Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y la firmeza del útero.

15.- inspeccione rápidamente el tejido extraído del útero para asegurarse de que la evacuación del útero ha sido total. Enjuague el tejido con agua o solución salina, si fuera necesario.

16.- si no se ven productos de la concepción, reevalúe la situación para asegurarse de que no se trata de un embarazo ectópico

17.- Si el útero todavía esta blando o si persiste el sangrado, repita el procedimiento de AMEU.

18.- Coloque siempre el DIU en la cavidad uterina si la paciente acordó el uso de ese tipo de anticoncepción.

2.5.4.4 TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO EL AMEU

1.- Antes de quitarse los guantes, elimine los desechos colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.

2.- Coloque todo el instrumental en una solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos para descontaminarlo.

3.- Descontamine o elimine la aguja o la jeringa: enjuagando en su interior aspirando y expulsando tres veces consecutivas la solución con cloro al 0.5% y luego colóquelos en un recipiente a prueba de perforación.

4.-Conecte la cánula usada a la jeringa para ameu y enjuague ambas a la vez aspirando y

expulsando la solución de cloro AL 0.5%

5.- Desconecte la cánula de la jeringa y ponga en remojo ambas piezas, en una solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos para descontaminarlos

6.- Sumerja ambas manos enjuagándolas en una solución de cloro al 0.5% quítese los guantes volcándolos del revés y colóquelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica

7.- Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón séquelas con una toalla limpia y seca, o déjelas secar al aire

8.- permita que la paciente descanse cómodamente durante al menos 30 minutos en un lugar donde se pueda monitorear su recuperación

9.- verifique si hay sangrado o dolor antes del alta

10.- Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico. Asegúrese de que la muestra sea correctamente conservada para su envío

11.- de instrucciones a la paciente sobre la atención postaborto y la aparición de las señales de peligro: fiebre, dolor y sangrado

12.- Dígale cuando debe regresar para la cita de seguimiento y evaluación del resultado histopatológico.

13.- Discuta con ella sus metas en lo respecta a la reproducción según sea apropiado, proporcione un método de planificación familia

2.5.4.5.. RECOMENDACIONES luego del LIU O AMEU

Toda mujer embarazada que termine con su embarazo que llegue o no a tener un producto a

término que sea Rh negativa y tenga anticuerpos anti-D negativos. Se aplicara gamma globulina anti-D

Asegúrese de que la paciente antes del alta decida de que método anticonceptivo va usar para planificación familiar, y si es posible aplíquesele en ese momento además y aconsejar el que no tenga un embarazo por lo menos en los primeros 6 meses a partir del alta ya que podría regresar como abortadora habitual

DEFINICION DE PALABRAS CLAVE

ABORTO es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500gr.

PREVALENCIA: Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado

HEMORRAGIA POR ABORTO: es el sangrado incontrolable que se produce cuando ocurre el aborto como consecuencia de los restos ovulares y que se lo puede controlar solo cuando se efectuar el legrado o una histerectomía en caso en q el anterior no funcione

PROTOCOLO: conjunto de acciones, procedimientos y exámenes auxiliares solicitados para un paciente con características determinadas.

PROPONER: Exponer un proyecto o una idea para que otra persona lo acepte.

INVERTIR: Emplear una cantidad de dinero en una cosa para conseguir ganancias de algo.

DISMINUIR: Reducir la cantidad, el tamaño, la intensidad o la importancia de una cosa.

3.MATERIALES Y METODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LUGAR DE INVESTIGACIÓN

Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Abel Gilbert Pontón” en la ciudad de Guayaquil

3.1.2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Junio a Diciembre del 2010

3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1 Recursos Humanos

- Investigadora.
- Tutor.

3.1.3.2. Recursos físico

- Materiales de oficina.

3.1.4 UNIVERSO

El universo estuvo conformado por todas las mujeres que fueron a la emergencia del Área de Gineco Obstetricia en el Hospital Abel Gilbert Pontón en el año del 2010. De las cuales en todo el año del 2010 asistieron 25.030 de todas las pacientes solo 1144 fueron solo por aborto.

3.1.4.1 MUESTRA

La muestra de estudio la constituyó todas la pacientes que ingresaron con diagnostico de aborto. De las cuales fueron 1144 pacientes en todo el año del 2010 solo se tomo como muestra 141 pacientes atendidas en la guardia 4 en los meses de junio a diciembre del 2010 La muestra se determino de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión

3.1.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Paciente que ingresaron a Emergencia con sangrado transvaginal abundante con test de embarazo positivo

Pacientes que ingresaron con ecografía de aborto incompleto y prueba de embarazo positiva

Paciente ingresaron en patología primera mitad con diagnostico de aborto diferido y que se le maduró el cuello uterino para realizarle la evacuación de los restos embrionarios o fetales.

3.1.4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Paciente perimenopaúsicas con ausencia de embarazo con sangrado transvaginal

Paciente con sangrado transvaginal con prueba de embarazo negativo y ecografía con diagnostico de miomatosis uterina

Pacientes con sangrado transvaginal leve y ecografía con diagnostico de amenaza de aborto

Pacientes con menstruación.

3.2 MÉTODOS.

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva, Correlacional.

3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Transversal - No Experimental.

3.3. TÉCNICAS

La técnica que se utilizo para la recolección de datos fue mediante una hoja de Registro, y se apuntando las causas y los métodos utilizados, para confirmar el diagnostico mediante ecografía transvaginal y la prueba de embarazo en sangre. Además se verifico si utilizo misoprostol u algún otro método para inducir el aborto, y como lo consiguió y el posterior seguimiento para confirmar alguna complicación.

3.3.1 PROCEDIMIENTOS (ACTIVIDADES Y TAREAS)

Recolección de datos de cada paciente mediante historia clínica realizada por médico residente de turno. Luego se realizo en el área de hospitalización (Patología Primera Mitad) y el seguimiento de la paciente con los exámenes de laboratorio Hematocrito de control y la revisión posterior de la historia clínica, para detectar alguna complicación posterior al tratamiento (LUI)

Se tabulo al final de los datos obtenidos se ingresaron en una base de datos de Excel, para el análisis en el programa apropiado. Los resultados son presentados como Promedios y Porcentajes.

3.3.2 DESTINATARIOS:

Va dirigido a mujeres de edad fértil que acude al área de emergencia del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Abel Gilbert Pontón con un cuadro de sangrado transvaginal con test de embarazo positivo y una ecografía que confirme el diagnostico de cualquier tipo de aborto, durante el tiempo de estudio.

4.-RESULTADOS Y DISCUSIÓN

PACIENTES GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS 2010

CUADRO #1

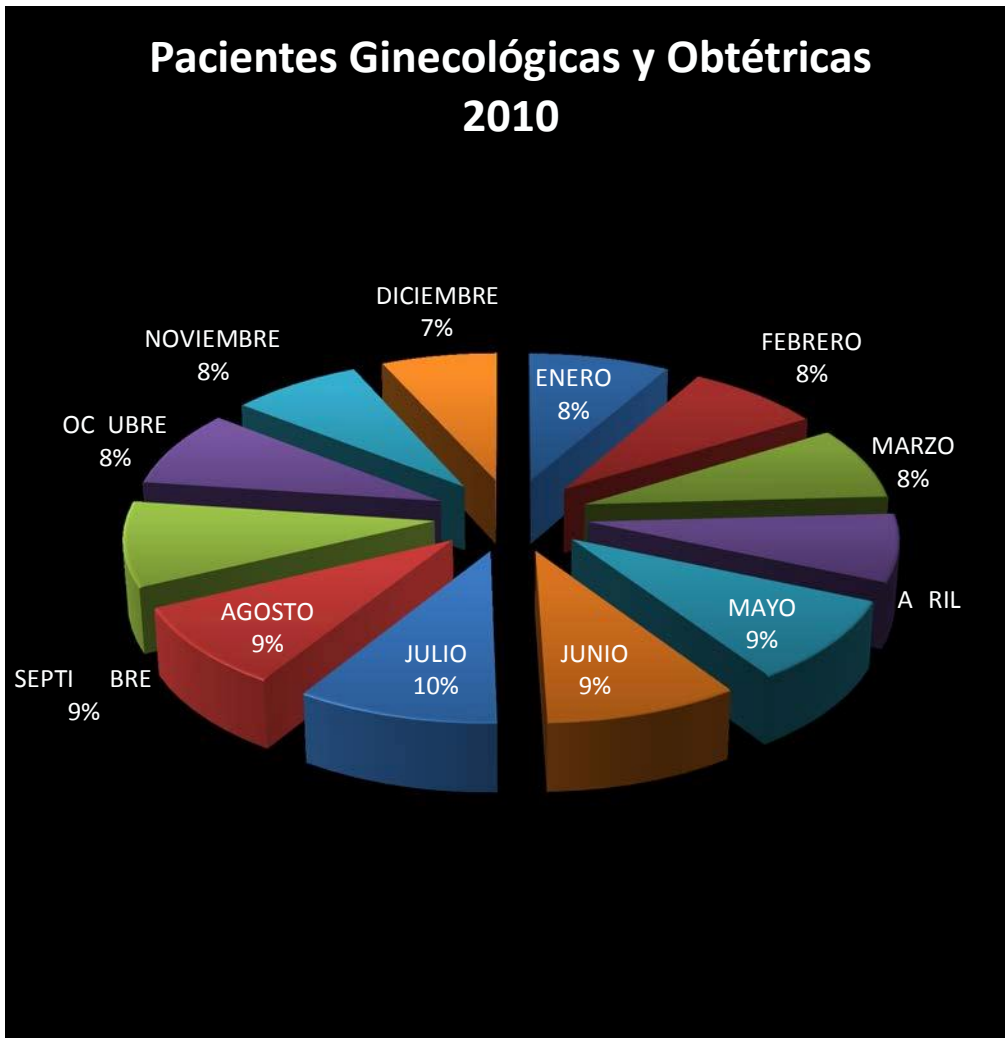
PACIENTES GINECOLOGICAS Y OBSTETRICAS 2010		
MESES	# PACIENTES	
ENERO	2073	8%
FEBRERO	1983	8%
MARZO	1983	8%
ABRIL	1845	7%
MAYO	2263	9%
JUNIO	2263	9%
JULIO	2357	10%
AGOSTO	2231	9%
SEPTIEMBRE	2310	9%
OCTUBRE	2106	8%
NOVIEMBRE	1916	8%
DICIEMBRE	1700	7%
TOTAL DE PACIENTES GINECOLOGICAS Y OBSTETRICAS 2010	25030	100%

Análisis y discusión:

Todas las pacientes que fueron atendidas en el año 2010 en el área de Gineco Obstetricia fueron 25.030 (cuadro y gráfico 1) con diferentes diagnóstico de parto, mastitis, cesáreas, hemorragias disfuncionales, etc.

Observamos que un gran número de pacientes que asisten al área de Emergencia de Gineco Obstetricia en el Hospital Abel Gilbert Pontón como vemos en el gráfico N ° 1

GRÁFICO #1



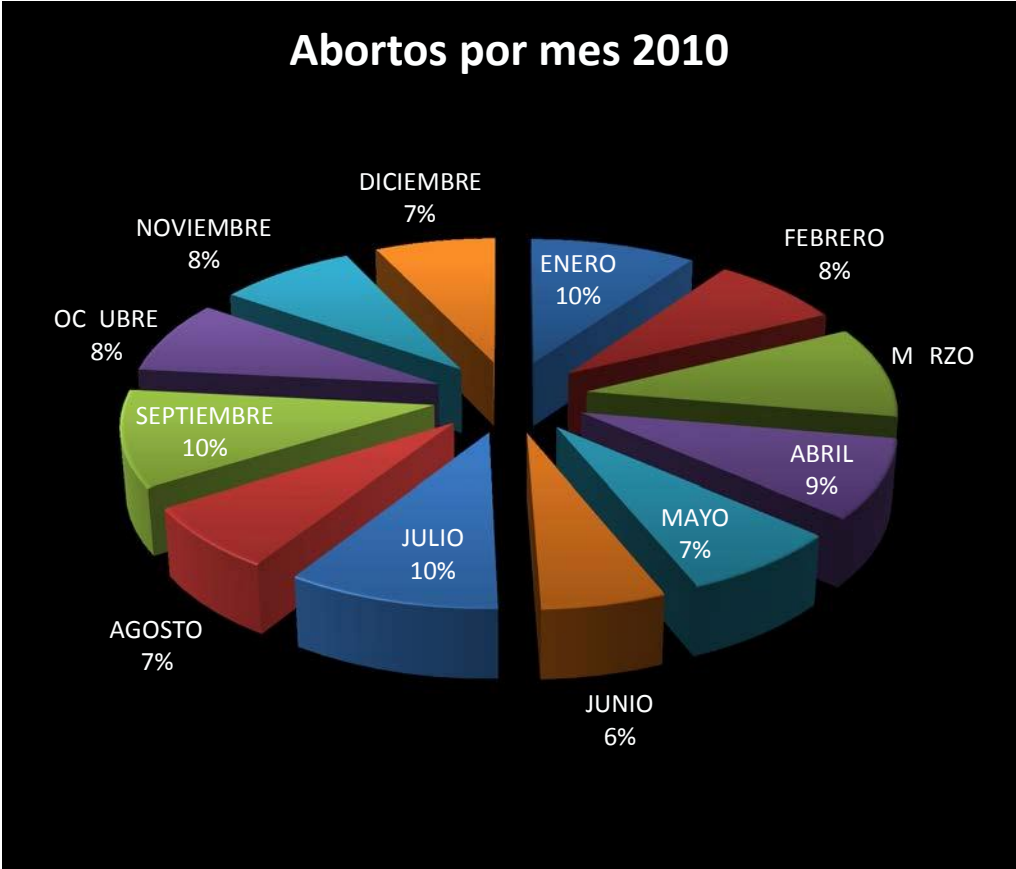
CUADRO #2
ABORTOS POR MES 2010

ABORTOS POR MES 2010		
MESES	# PACIENTES	
ENERO	113	10%
FEBRERO	90	8%
MARZO	114	10%
ABRIL	99	9%
MAYO	85	7%
JUNIO	65	6%
JULIO	111	10%
AGOSTO	80	7%
SEPTIEMBRE	120	10%
OCTUBRE	92	8%
NOVIEMBRE	93	8%
DICIEMBRE	82	7%
TOTAL DE ABORTOS POR MES 2010	1144	100%

Análisis y discusión:

De las 25.030 pacientes atendidas en el área de emergencia 1144 fueron por aborto (cuadro y grafico 2 esto equivale al 13.94 % del total de las pacientes atendidas pos abortos

GRÁFICO # 2



CUADRO #3 PACIENTES ATENDIDAS EN LA EMEGENCIA DE GINECO-OBTETRICIA DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2010 de todas las guardias

PACIENTES ATENDIDAS EN LA EMEGENCIA DE GINECO-OBTETRICIA DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2010		
JUNIO	2263	15%
JULIO	2357	16%
AGOSTO	2231	15%
SEPTIEMBRE	2310	16%
OCTUBRE	2106	14%
NOVIEMBRE	1916	13%
DICIEMBRE	1700	11%
TOTAL DE PACIENTES GINECOLOGICAS Y OBTETRICAS 2010	14883	100%

Análisis y discusión:

El promedio del total de las pacientes que acudió en el área de Gíneco obstetricia de junio a diciembre del 2010 fueron 14.883 (cuadro y grafico 3) en todas las guardias con diagnóstico ginecológico y obstétrico, se obtuvo siguientes resultados.

CUADRO #3



CUADRO #4

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, DE JUNIO A DICIEMBRE TODAS LAS GUARDIAS 2010

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, DE JUNIO A DICIEMBRE TODAS LAS GUARDIAS 2010		
JUNIO	65	10%
JULIO	111	17%
AGOSTO	80	12%
SEPTIEMBRE	120	19%
OCTUBRE	92	14%
NOVIEMBRE	93	15%
DICIEMBRE	82	13%
TOTAL DE ABORTOS POR MES 2010	643	100%

Análisis y discusión:

Total de pacientes (643) de todas las guardias en los meses de estudio. (Cuadro y grafico 4) con mayor prevalencia en todas las guardias de julio 17% y septiembre 19% del total.

GRÁFICO #3



CUADRO #5

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, DE JUNIO A DICIEMBRE GUARDIA 4 2010

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, DE JUNIO A DICIEMBRE GUARDIA 4 2010		
MESES	# PACIENTES	
JUNIO	13	9%
JULIO	15	11%
AGOSTO	17	12%
SEPTIEMBRE	20	14%
OCTUBRE	25	18%
NOVIEMBRE	28	20%
DICIEMBRE	23	16%
TOTAL DE PACIENTES DE ABORTO DE JUNIO A DICIEMBRE 2010	141	100%

Análisis y discusión:

De las 1144 pacientes atendidas por diagnóstico de aborto, 141 pacientes fueron las del estudio (aquellas que acudieron por abortos de junio a diciembre del 2010 en la guardia 4) (cuadro y grafico 5) con un porcentaje de mayor prevalencia en los meses de octubre con el 18%, noviembre 20%, diciembre 20% y en un total (643pacientes) de todas las guardias en los mismos meses de estudio

GRAFICO #3



DATOS DE FILIACIÓN

CUADRO #6

SEGÚN EDAD

SEGÚN EDAD (años)	14-19	20-29	30-39	40-49	TOTAL
JUNIO	4	5	4	0	13
JULIO	5	5	5	0	15
AGOSTO	6	7	4	0	17
SEPTIEMBRE	7	8	3	2	20
OCTUBRE	8	13	3	1	25
NOVIEMBRE	7	15	4	2	28
DICIEMBRE	3	11	7	2	23

Análisis y discusión:

Quisimos saber cuales fueron las edades en que más se producían los abortos (cuadro y grafico 6) y obtuvimos 20-29 años 46 % donde más se producían, seguida con edades de 14-19 años con un 28% de 30-39 años con un 21% y de menor prevalencia en edades de 40-49 años con un 5%.

Comparado con los EE.UU. 52% de las mujeres con abortos son menores de 25 años: mujeres de 20-24 años de obtener el 32% de todos los abortos, adolescentes obtener un 20% y las niñas menores de 15 años representan el 1,2%.

© Derechos reservados 1998, The Alan Guttmacher Institute. (Www.agi-usa.org)

© Copyright 2012, The Alan Guttmacher Institute. (Www.agi-usa.org)

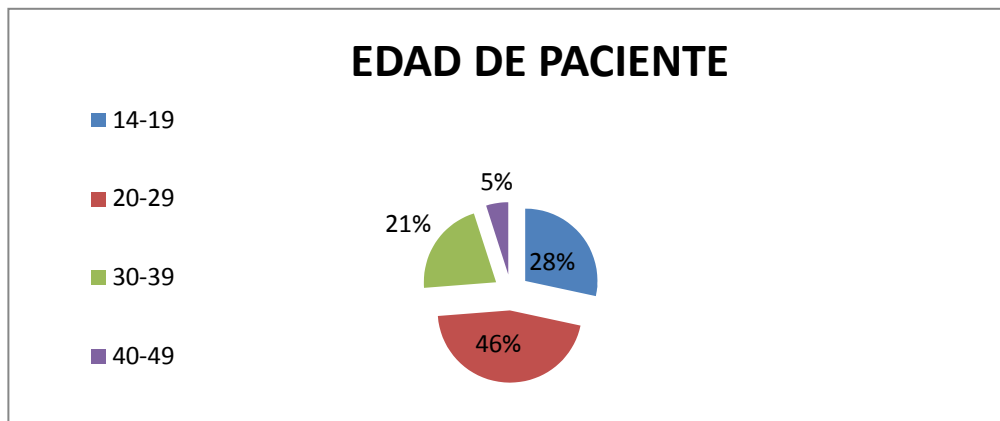
© Copyright 2012, *Family Planning*

GRÁFICO #6

ABORTO SEGÚN EDAD DE LA PACIENTE



GRAFICO 6-2



<20	13	9%
20-29	48	34%
30-39	80	57%

CUADRO #7

ESTADO CIVIL	SOLTERA	CASADA	VIUDA	DIVORCIADA	UNION LIBRE	TOTAL
JUNIO	4	3	0	1	5	13
JULIO	2	1	0	0	12	15
AGOSTO	2	3	0	0	12	17
SEPTIEMBRE	5	2	0	1	12	20
OCTUBRE	6	2	0	0	17	25
NOVIEMBRE	5	5	0	1	17	28
DICIEMBRE	5	1	0	1	16	23

SEGÚN ESTADO CIVIL		
SOLETERA	29	21%
CASADA	17	12%
VIUDA	0	0%
DIVORCIADA	4	3%
UNION LIBRE	91	64%

Análisis y discusión:

Determinamos el estado civil de las pacientes que acudían por abortos observando una mayor prevalencia en mujeres con unión libre con un 64% seguida de las solteras con un 21% casadas con un 12% divorciadas 3% y un 0% en las viudas (cuadro 7 grafico 7-7.1) En EEUU 64,4% de todos los abortos se realizan en mujeres que nunca se casaron; cuenta de las mujeres casadas el 18,4% de los abortos y las mujeres divorciadas obtener un 9,4%.

© Derechos reservados 1998, The Alan Guttmacher Institute. (Www.agi-usa.org)

© Copyright 2012, The Alan Guttmacher Institute. (Www.agi-usa.org)

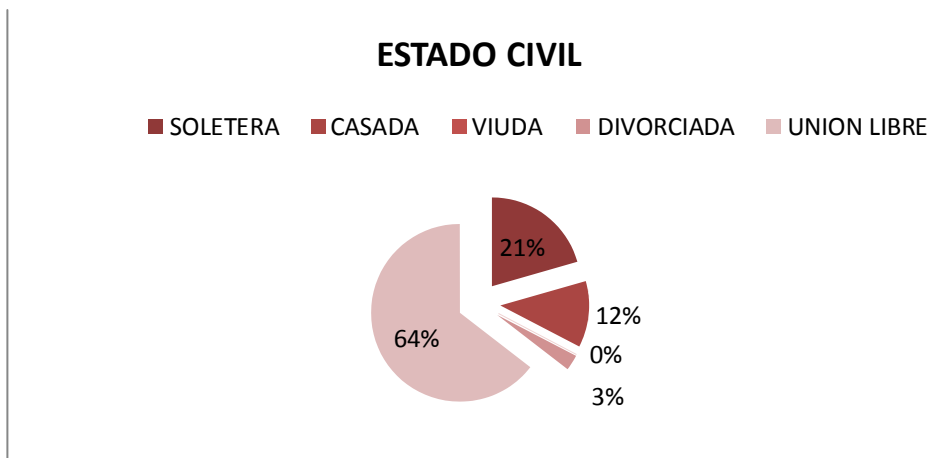
© Copyright 2012, *Family Planning*

GRÁFICO #7

ESTADO CIVIL



GRAFICO # 7-1



CUADRO #8

NIVEL DE INSTRUCCION

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	SEGUNDARIA	SUPERIOR	TOTAL
JUNIO	3	9	1	13
JULIO	11	4	0	15
AGOSTO	11	6	0	17
SEPTIEMBRE	10	10	0	20
OCTUBRE	8	15	2	25
NOVIEMBRE	15	13	0	28
DICIEMBRE	9	13	1	23

PRIMARIA	64	46%
SEGUNDARIA	70	51%
SUPERIOR	4	3%

Análisis y discusión:

3.-Según el nivel de instrucción de las pacientes analizadas observamos que la mayor prevalencia se encontró en la instrucción secundaria con un 51% seguidas las de primaria con un 46% y luego la de nivel superior con un 3%. (Grafico 8-1)

GRÁFICO #8

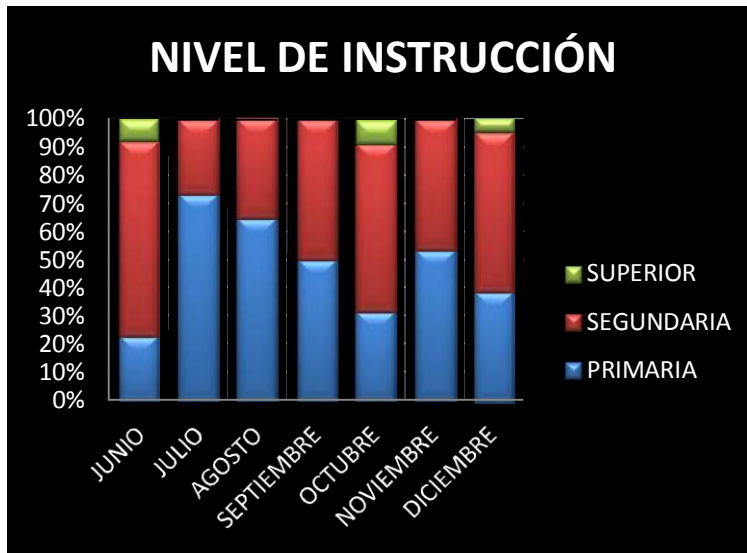
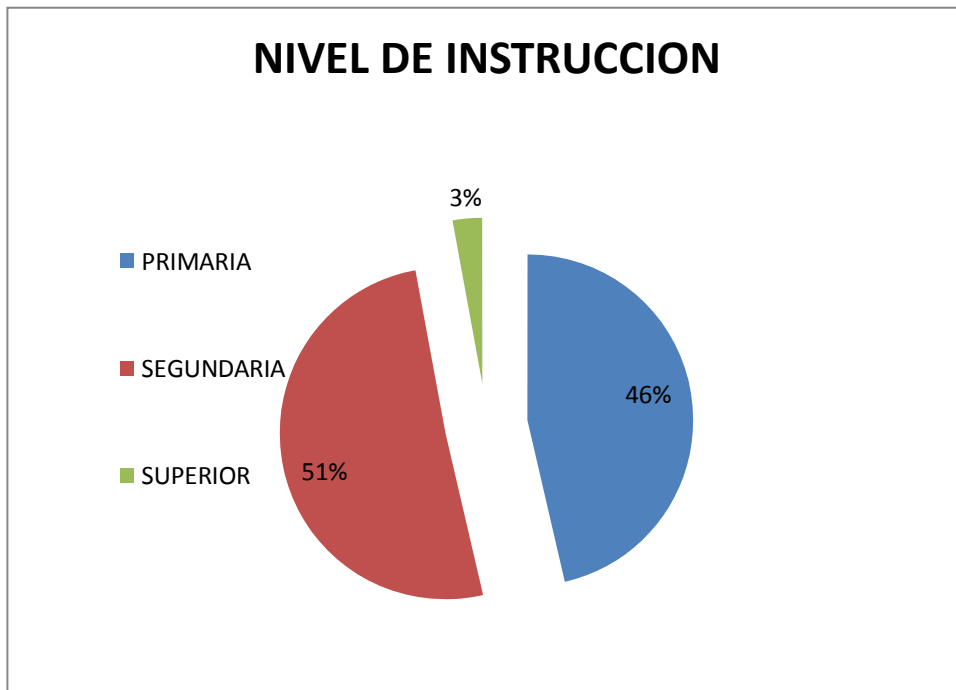


GRÁFICO 8-1



CUADRO #9

PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	URBANA	MARGINAL	RURAL	TOTAL
JUNIO	3	9	1	13
JULIO	5	7	3	15
AGOSTO	5	12	0	17
SEPTIEMBRE	11	4	5	20
OCTUBRE	17	6	2	25
NOVIEMBRE	15	5	8	28
DICIEMBRE	13	8	2	23

URBANA	69	49%
MARGINAL	51	36%
RURAL	21	15%

Análisis y discusión:

La procedencia de las pacientes en este estudio fue mayor en el área urbana con un 49%, luego de la marginal con un 36% seguida con las del área rural con un 15% (gráfico 9- 1)

GRÁFICO #9

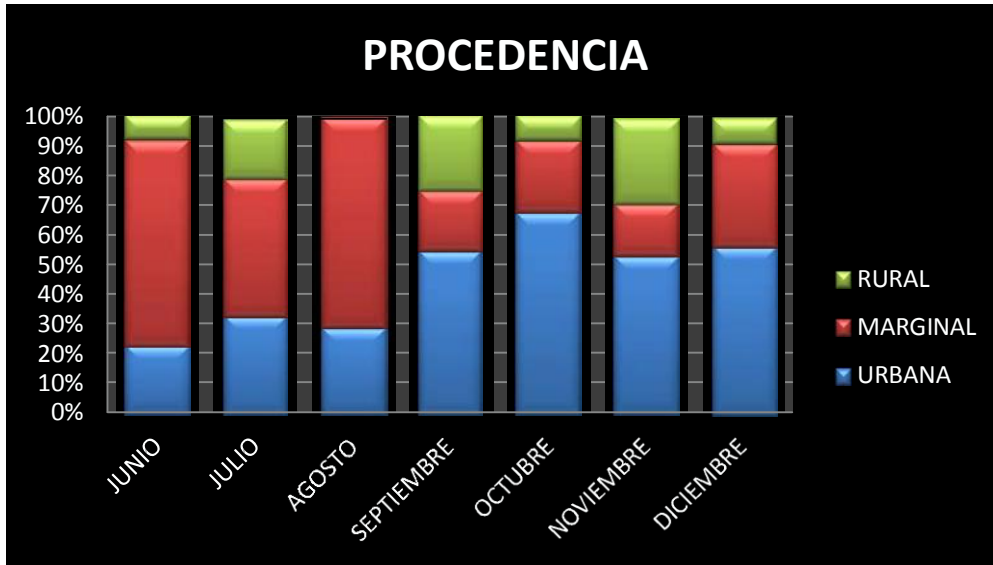
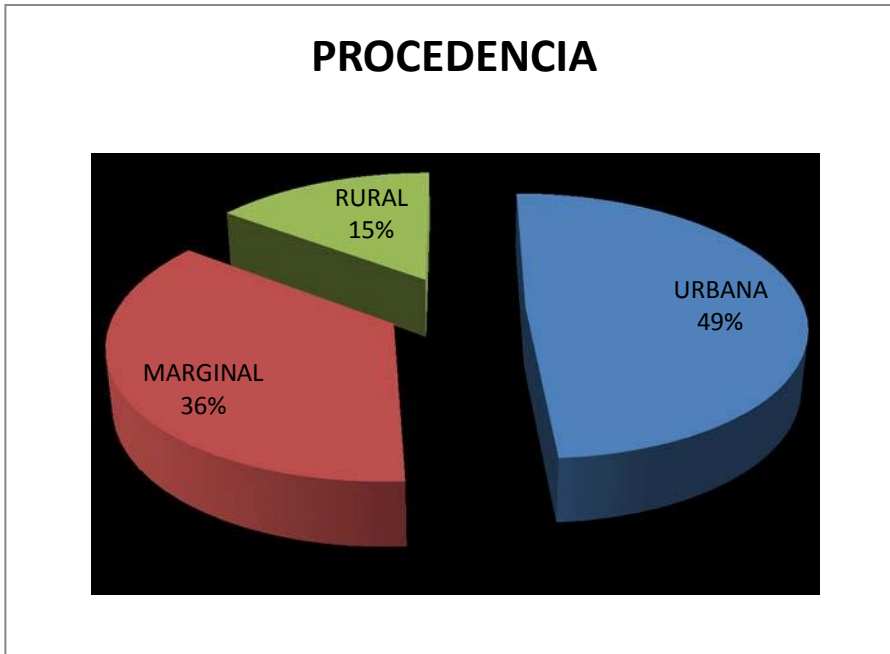


GRÁFICO #9-1



CUADRO #10

SEGÚN SU RAZA DE LAS PACIENTES

SEGÚN SU RAZA	MESTIZA	BLANCA	AFROECUATORIANA	INDIA	MONTUBIO	TOTAL
JUNIO	12	0	0	0	1	13
JULIO	14	1	0	0	0	15
AGOSTO	16	1	0	0	0	17
SEPTIEMBRE	19	0	1	0	0	20
OCTUBRE	22	1	1	0	1	25
NOVIEMBRE	22	2	1	0	3	28
DICIEMBRE	20	3	0	0	0	23

MESTIZA	125	89%
BLANCA	8	6%
AFROECUATORIANA	3	2%
INDIA	0	0%
MONTUBIO	5	3%

Análisis y discusión:

Según la raza de las pacientes que acudió fue mestiza 89% blanca 6% afro ecuatoriana 2% montubio 3% indio 0% siendo la mestiza la que mayormente acudió propia que nuestra región. (Grafico 10-1)

Mientras que en EEUU las mujeres blancas obtener el 60% de todos los abortos, su tasa de aborto es muy inferior al de las mujeres de minorías. Las mujeres negras tienen más de 3 veces más probabilidades que las mujeres blancas a tener un aborto, y las mujeres hispanas son aproximadamente dos veces más probables

© Derechos reservados 1998, The Alan Guttmacher Institute. (Www.agi-usa.org)

© Copyright 2012, The Alan Guttmacher Institute. (Www.agi-usa.org)

© Copyright 2012, *Family Planning*

GRÁFICO #10

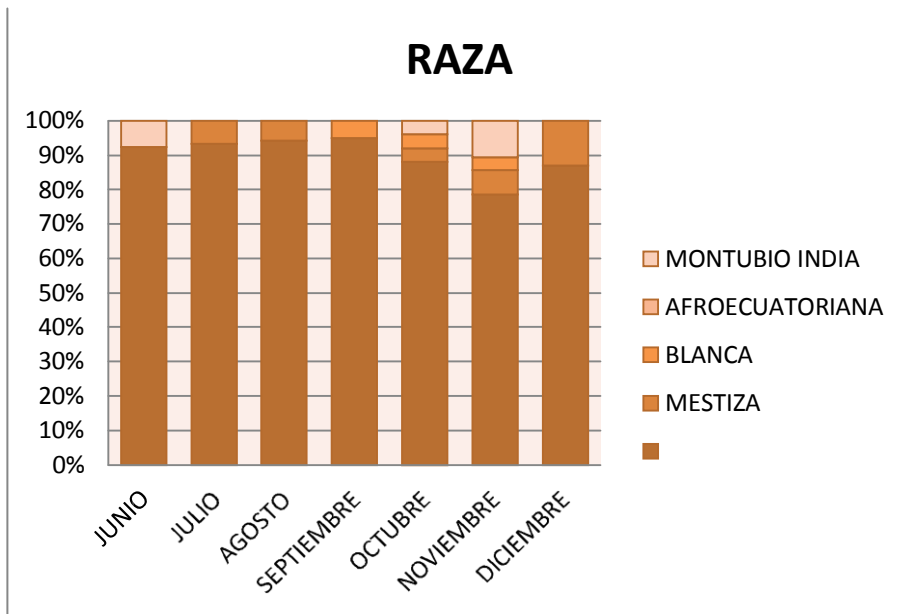
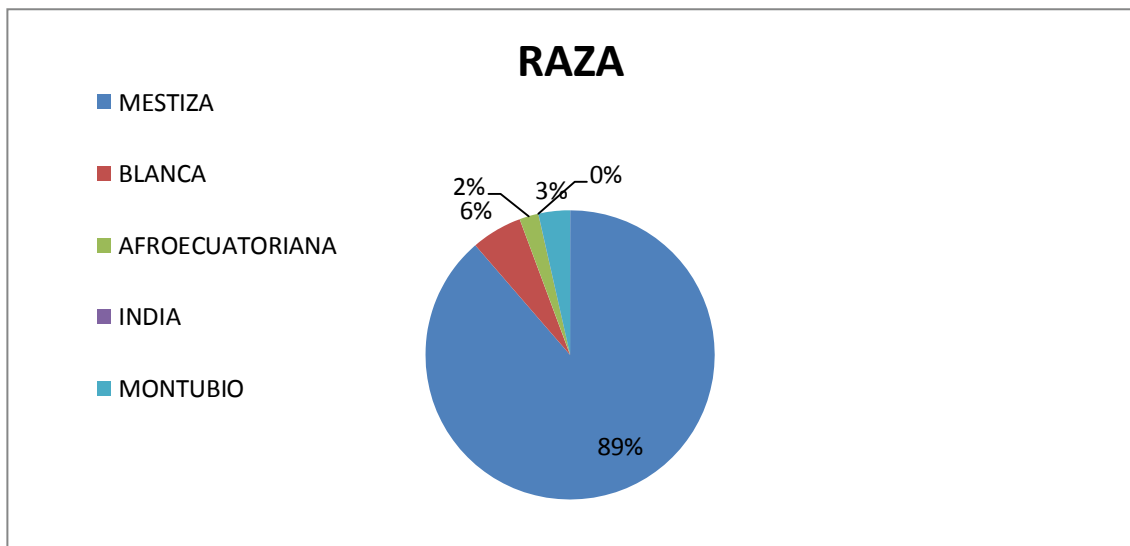


GRÁFICO 10-1



CUADRO #11

SEGÚN SI TRABAJA O NO

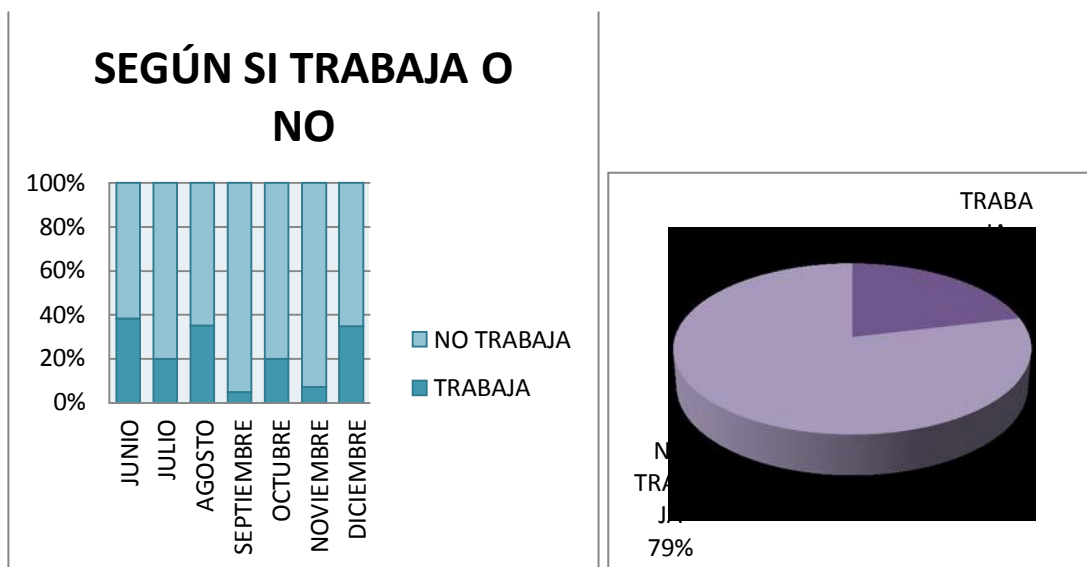
SEGÚN SI TRABAJA O NO	TRABAJA	NO TRABAJA	TOTAL
JUNIO	5	8	13
JULIO	3	12	15
AGOSTO	6	11	17
SEPTIEMBRE	1	19	20
OCTUBRE	5	20	25
NOVIEMBRE	2	26	28
DICIEMBRE	8	15	23

TRABAJA	30	21%
NO TRABAJA	111	79%

GRÁFICO #11

Análisis y discusión:

- Se quiso saber si influía o no que trabajen las pacientes que acudían por abortos obteniendo los siguientes resultados las que trabajan con 21% y las que no trabajan con un 79% (grafico 11-1)



SIGNOS VITALES

CUADRO # 12

SEGÚN temperatura

SEGÚN temperatura	36°C	37°C	38°C	39°C	TOTAL
Junio	0	11	1	1	13
Julio	6	8	1	0	15
Agosto	10	5	1	1	17
Septiembre	12	7	1	0	20
Octubre	21	3	0	1	25
Noviembre	8	20	0	0	28
Diciembre	16	5	1	1	23

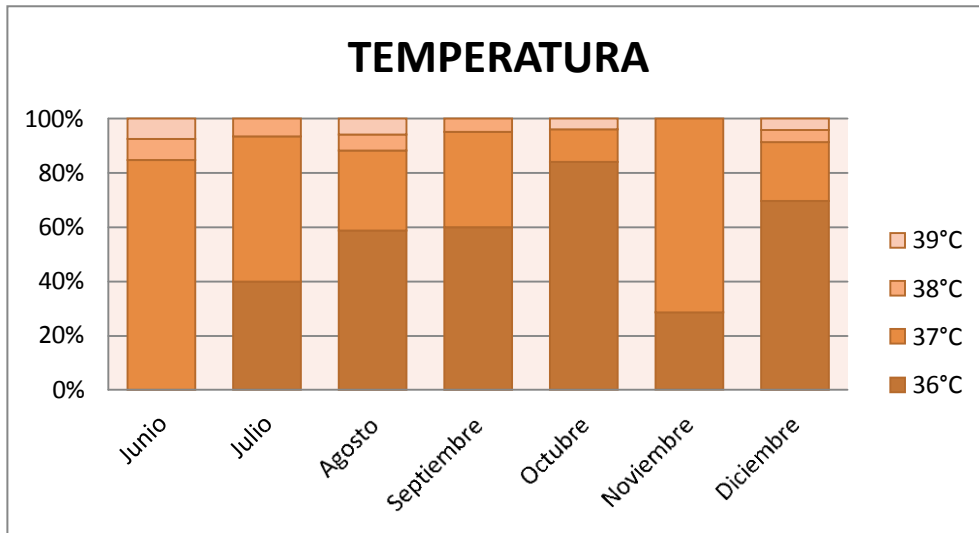
36°C	73	52%
37°C	59	42%
38°C	5	3%
39°C	4	3%

Análisis y discusión:

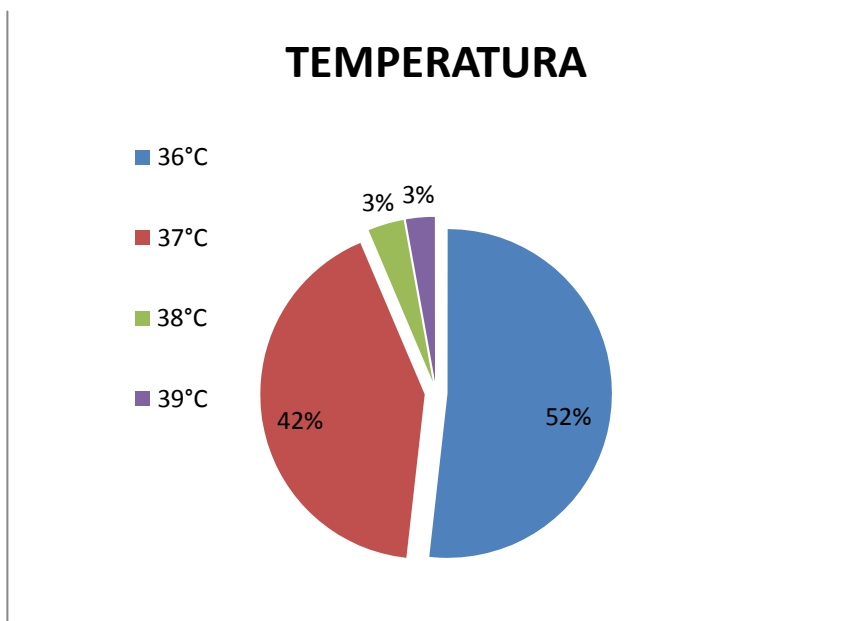
Quisimos saber la prevalencia en las condiciones en que vienen las pacientes tomando en cuenta su estado en la temperatura, hematocrito, grupo sanguíneo, prueba de VIH con consentimiento informado, hormona gonadotrofina corionica cualitativa ecografía, presión arterial obteniendo los siguientes resultados .

Según la temperatura con mayor prevalencia temperaturas de 36°C con 52 % seguidas de las de 37 °C con 42 % y de menor prevalencia las temperaturas de 38°C- 39°C con ambas de un 3% (grafico 12-1)

GRÁFICO #12



CUADRO 12-1



CUADRO # 13**ABORTOS SEGÚN PRESIÓN ARTERIAL DE LAS PACIENTES AL INGRESO**

PRESION ARTERIAL AL INGRESO	P/A NORMAL	HIPOTENSION <90/60	HIPERTENSION (P/A COMPENSATORIA)	TOTAL
JUNIO	13	0	0	13
JULIO	8	6	1	15
AGOSTO	11	6	0	17
SEPTIEMBRE	14	6	0	20
OCTUBRE	22	3	0	25
NOVIEMBRE	22	6	0	28
DICIEMBRE	14	6	3	23

P/A NORMAL	104	74%
HIPOTENSION <90/60	33	23%
HIPERTENSION (P/COMPENSATORIA)	4	3%

Análisis y discusión:

Según su presión arterial de 141 pacientes 104 es decir el 74% presento presión normal, 33 pacientes presentaron hipotensión > 90/60 mmHg es decir el 23 % y 4 pacientes presentaron hipertensión compensatoria solo el 3%

GRÁFICO #13

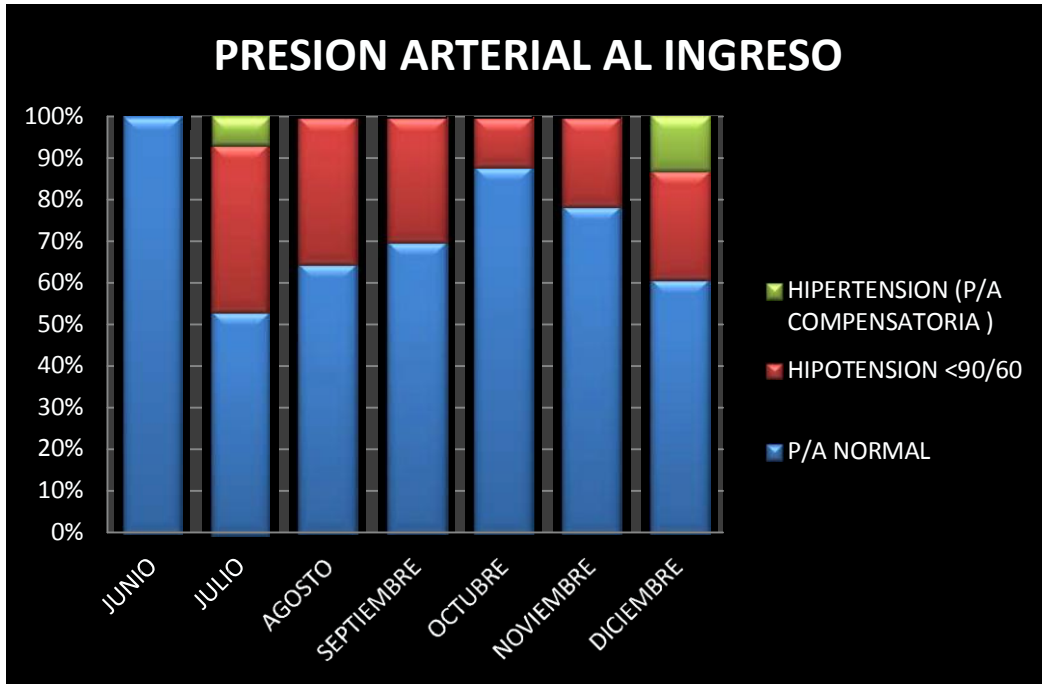
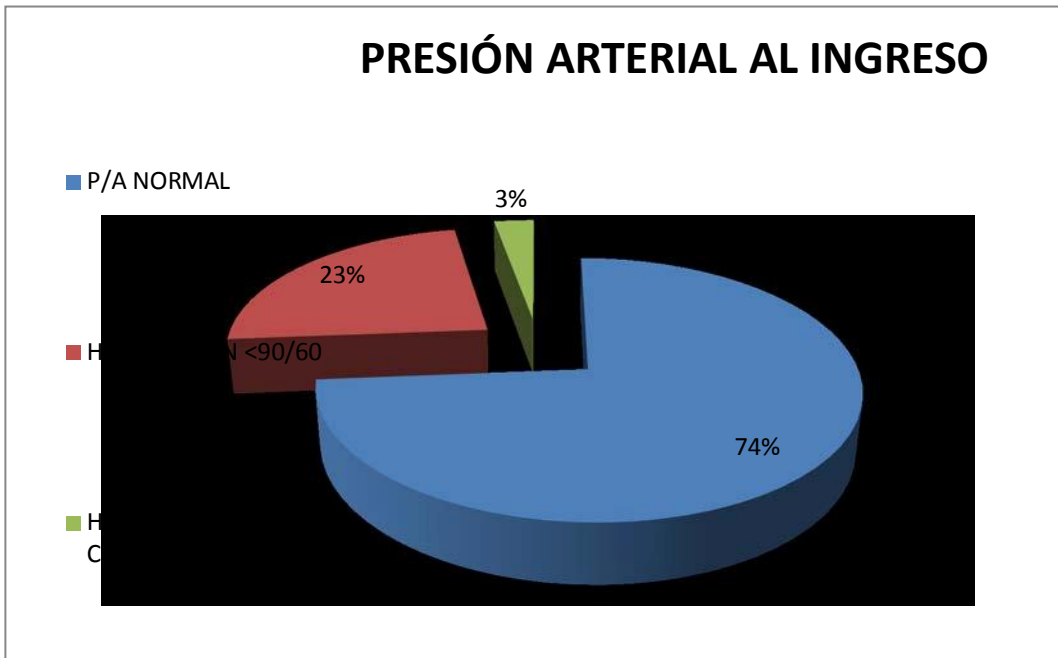


GRÁFICO 13-1



EXAMENES

CUADRO # 14

SEGÚN HEMATOCRITO AL INGRESO

SEGÚN HEMATOCRITO AL INGRESO	<20	20-29	30-39	TOTAL
JUNIO	1	5	7	13
JULIO	2	4	9	15
AGOSTO	2	6	9	17
SEPTIEMBRE	1	10	9	20
OCTUBRE	2	6	17	25
NOVIEMBRE	3	8	17	28
DICIEMBRE	2	9	12	23

<20	13	9%
20-29	48	34%
30-39	80	57%

Análisis y discusión:

Según su hematocrito entre 30- 39 % con el 57% seguidas con pacientes que presentaban hematocrito de 20 – 29 % con el 34 % y de menor prevalencia con la pacientes que acudían con el hematocrito menor a 20% de hematocrito con un 9 % (grafico14- 1)

GRÁFICO #14

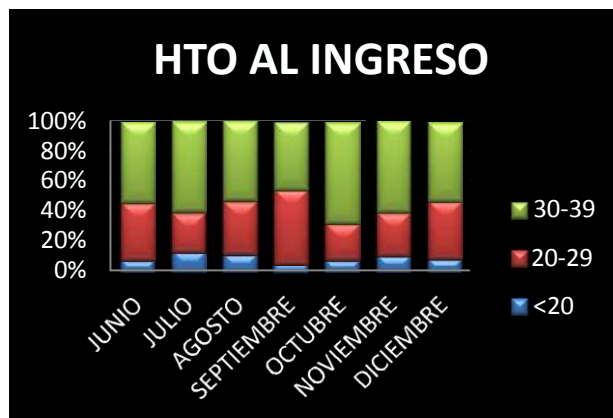
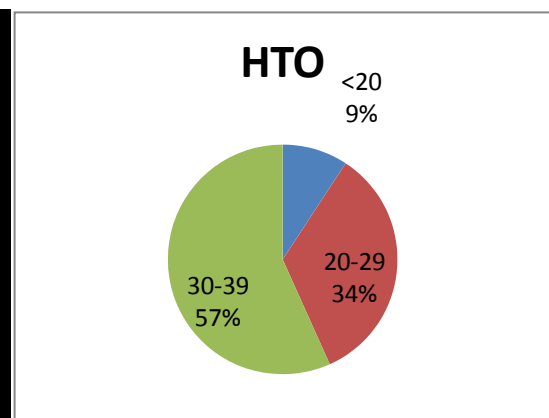


GRÁFICO 14-1



CUADRO # 15

ABORTOS SEGÚN VIH

VIH	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
JUNIO	3	10	13
JULIO	0	15	15
AGOSTO	0	17	17
SEPTIEMBRE	0	20	20
OCTUBRE	1	24	25
NOVIEMBRE	0	28	28
DICIEMBRE	0	23	23

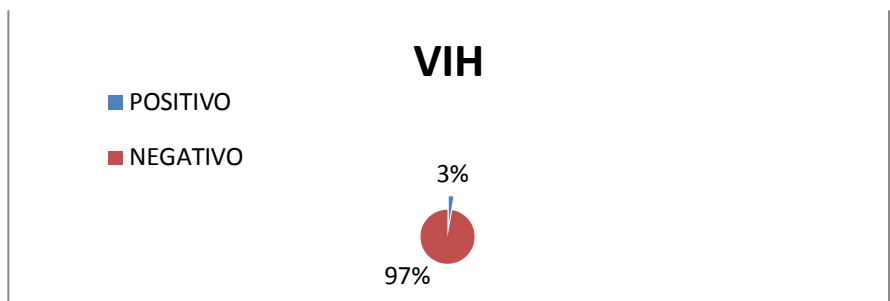
POSITIVO	4	3%
NEGATIVO	137	97%

Análisis y discusión:

De las 141 pacientes que acudieron y permitieron realizar el consentimiento de VIH fueron 137 pacientes que equivale al 97 % de las cuales resultaron negativas y el 3% positivas (cuadro 14 y grafico 15-1)



GRÁFICO 15- 1



CUADRO # 16

SEGÚN EXAMENES DE LA HORMONA GONADOTROPINA CORIÓNICA

EXAMENES REALIZADOS	HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA		
	SI	NO	TOTAL
JUNIO	10	3	13
JULIO	11	4	15
AGOSTO	12	5	17
SEPTIEMBRE	12	8	20
OCTUBRE	18	7	25
NOVIEMBRE	18	10	28
DICIEMBRE	23	0	23

Datos

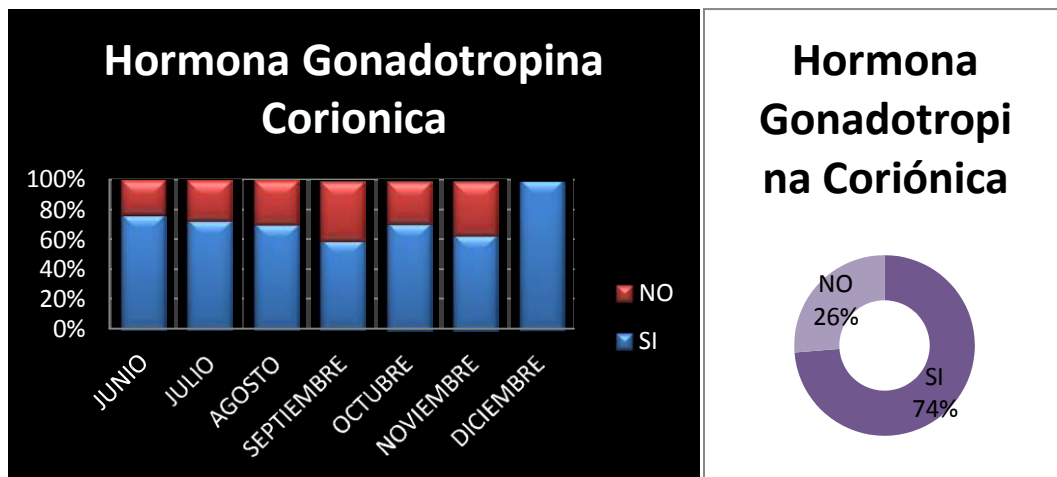
SI	104	74%
NO	37	26%

Análisis y discusión:

De aquellas que se les pudo realizar el examen de Hormona Gonadotropina Coriónica por su condición al ingresar, fue las que si 74% y las que no se les realizo, si no que paso directamente al procedimiento fue 26% . (cuadro 16 gráfico 16-1).

GRÁFICO #16

GRÁFICO 15-1



CUADRO # 17

PACIENTES A LAS CUALES SE LES REALIZO ECOGRAFIA

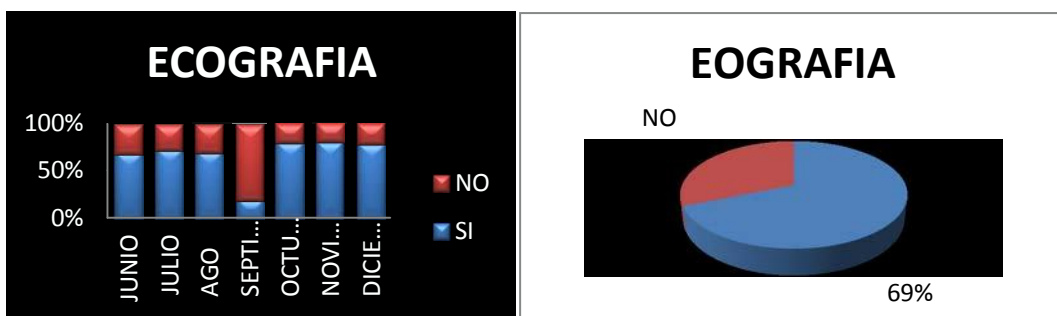
ECOGRAFIA	SI	NO	TOTAL
JUNIO	9	4	13
JULIO	11	4	15
AGOSTO	12	5	17
SEPTIEMBRE	4	16	20
OCTUBRE	20	5	25
NOVIEMBRE	23	5	28
DICIEMBRE	18	5	23
TOTAL DE PACIENTES A LAS CUALES SE LES REALIZO ECOGRAFIA	97	44	141
	69%	31%	100%

Análisis y discusión:

De igual manera se asemeja el porcentaje a las pacientes que se les pudo realizar ecografía DE 141 fue 69% y a las que no x su condición que vino con aborto en curso o con sangrado profuso fue 31% (grafico 17- 1)

GRÁFICO #17

GRÁFICO 17-1



ANTECEDENTES GINECO OBTETRICOS

CUADRO # 18

ABORTOS SEGÚN NUMERO DE HIJOS DE LAS PACIENTES

SEGUN NUMERO DE HIJOS	PRIMIGESTA	MULTÍPARA	TOTAL
JUNIO	3	10	13
JULIO	6	9	15
AGOSTO	3	14	17
SEPTIEMBRE	3	17	20
OCTUBRE	3	22	25
NOVIEMBRE	5	23	28
DICIEMBRE	2	21	23

PRIMIGESTA	25	18%
MULTIPARA	116	82%

Análisis y discusión:

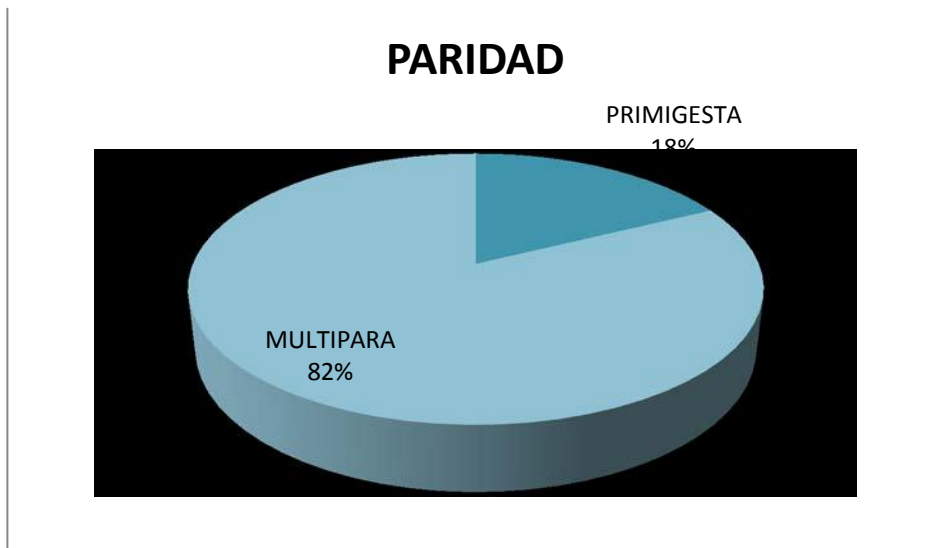
De igual manera quisimos saber las condiciones Gineco Obstétricas en las cuales llegaron nuestras pacientes obteniendo los siguientes resultados

Según su paridad con una mayor prevalencia mujeres multíparas con un 82% y primigesta con 18% (grafico 18-1)

GRÁFICO #18



GRÁFICO 18-1



CUADRO # 19

ABORTO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

ABORTO SEGÚN EDAD GESTACIONAL	05-10 SG	11-15 SG	16-20 SG	TOTAL
JUNIO	8	3	2	13
JULIO	9	4	2	15
AGOSTO	8	5	4	17
SEPTIEMBRE	11	5	4	20
OCTUBRE	13	10	2	25
NOVIEMBRE	17	4	7	28
DICIEMBRE	18	5	0	23

0-5-10 SG	84	60%
11-15 SG	36	25%
16-20 SG	21	15%

Autor: Med. Marla Miranda

Fuente: Estadística Hospital Guayaquil, Hoja de recolección de Datos

Análisis y discusión:

Según edad gestacional de 141 pacientes de 05 - 10 Sem fueron 84 pacientes correspondiente al 60 % seguida de 36 pacientes con un 25 % en pacientes con edad gestacional de 11- 15 Sem y de 21 pacientes con el 15 % en aquellas que acudían con 16-20 Sem (grafico 19-1)

GRÁFICO #19

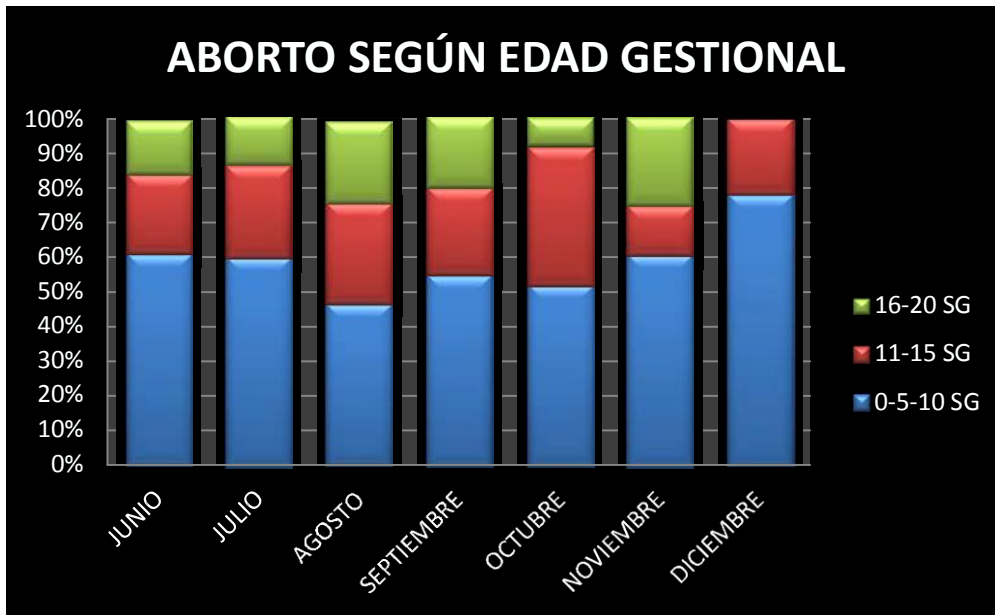
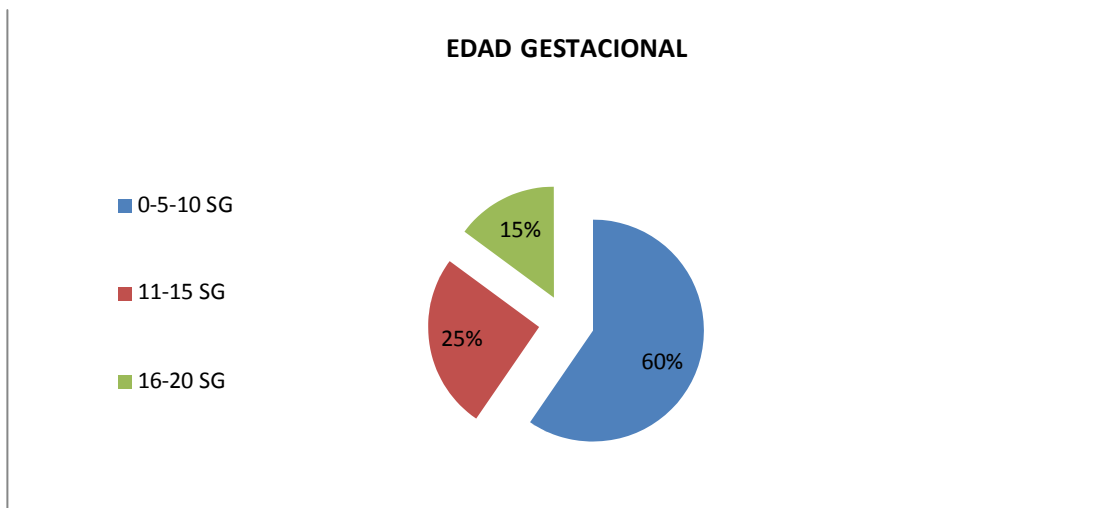


GRÁFICO #19 -1



CUADRO # 20

SEGÚN EL TIPO DE ABORTO AL INGRESO PROVOCADO O ESPONTANEO

SEGÚN TIPO DE ABORTO	EXPONTANEO	PROVOCADO	TOTAL
JUNIO	12	1	13
JULIO	8	7	15
AGOSTO	12	5	17
SEPTIEMBRE	16	4	20
OCTUBRE	20	5	25
NOVIEMBRE	18	10	28
DICIEMBRE	13	10	23

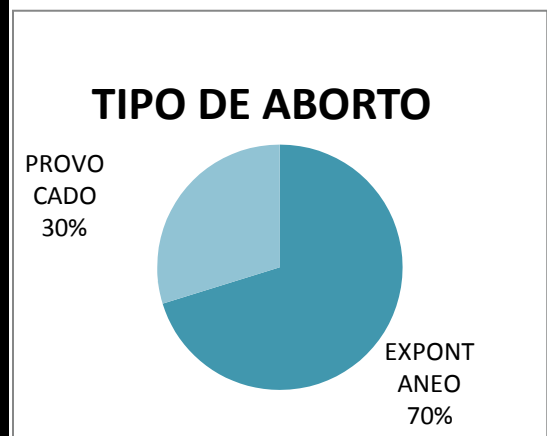
EXPONTANEO	99	70%
PROVOCADO	42	30%

Análisis y discusión:

Según tipo de aborto de los 141 solo 99 fueron espontaneo que equivale a un 70% y 42 fueron provocado que equivalió a un 30% (grafico20-1)

GRÁFICO #20

GRÁFICO 20-1



CUADRO # 21

ABORTO SEGÚN EL DIAGNOSTIC O DE INGRESO	A. INCOMPLET O	A. DIFERID O	A.EN CURSO	A. SEPTICO O INFECTAD O	TOTAL
JUNIO	6	3	3	1	13
JULIO	11	2	2	0	15
AGOSTO	8	6	3	0	17
SEPTIEMBRE	12	4	3	1	20
OCTUBRE	19	1	3	2	25
NOVIEMBRE	15	9	4	0	28
DICIEMBRE	16	2	4	1	23

A. INCOMPLETO	87	62%
A. DIFERIDO	27	19%
A.EN CURSO	22	16%
A. SEPTICO O INFECTADO	5	3%

Análisis y discusión:

Según su diagnóstico de ingreso de las 141 pacientes 87 fueron por aborto incompleto que equivale al 62% siendo el de más prevalencia con seguido por aborto diferido con 27 pacientes en un 19% luego aborto en curso con 22 pacientes que corresponde a un 16 % y aborto séptico 5 pacientes que equivale a un 3% (grafico 21-1)

GRÁFICO #21

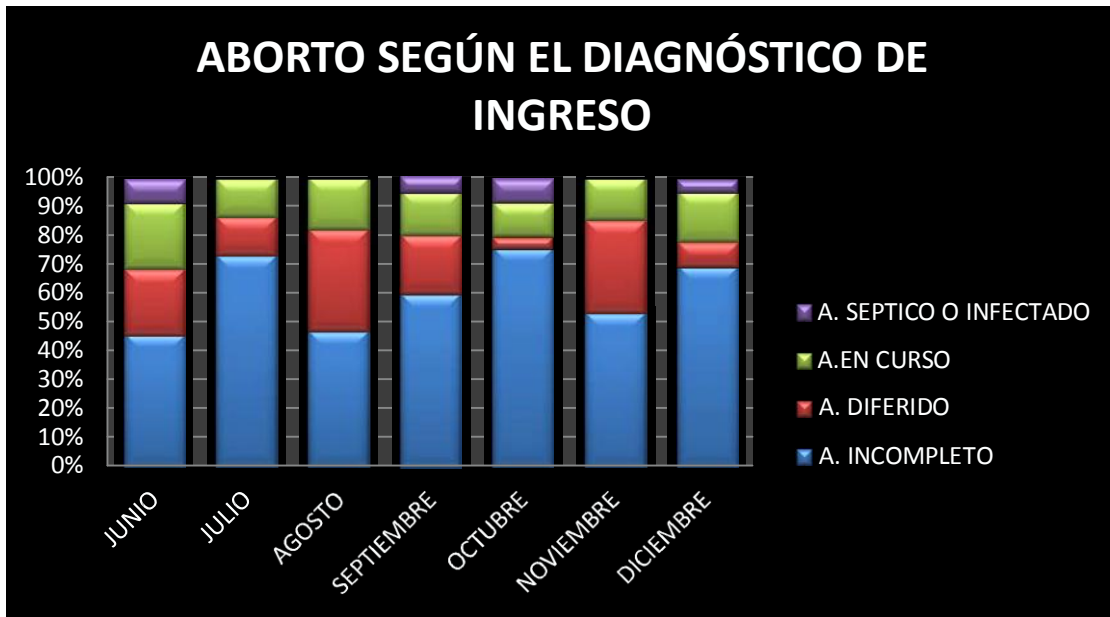
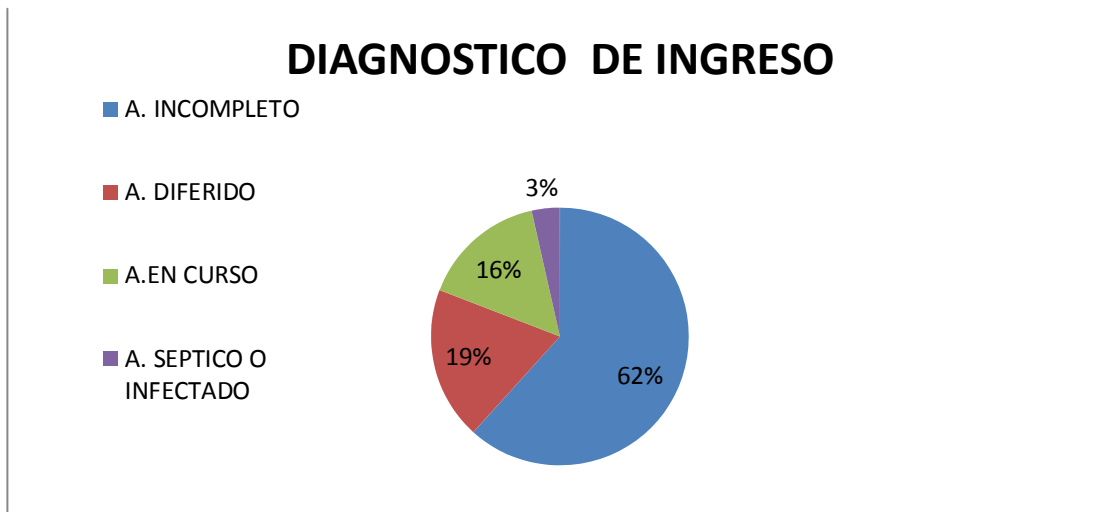


GRÁFICO 21.1



CUADRO # 22**ABORTOS SEGÚN SU RECURRENCIA**

ABORTO SEGÚN SU RECURRENCIA	1 ABORTO	>1	SIN ABORTOS ANTERIORES	TOTAL
JUNIO	5	2	6	13
JULIO	5	2	8	15
AGOSTO	7	2	8	17
SEPTIEMBRE	13	1	6	20
OCTUBRE	14	7	4	25
NOVIEMBRE	17	5	6	28
DICIEMBRE	11	4	8	23

1 ABORTO	72	51%
>1	23	16%
SIN ABORTOS ANTERIORES	46	33%

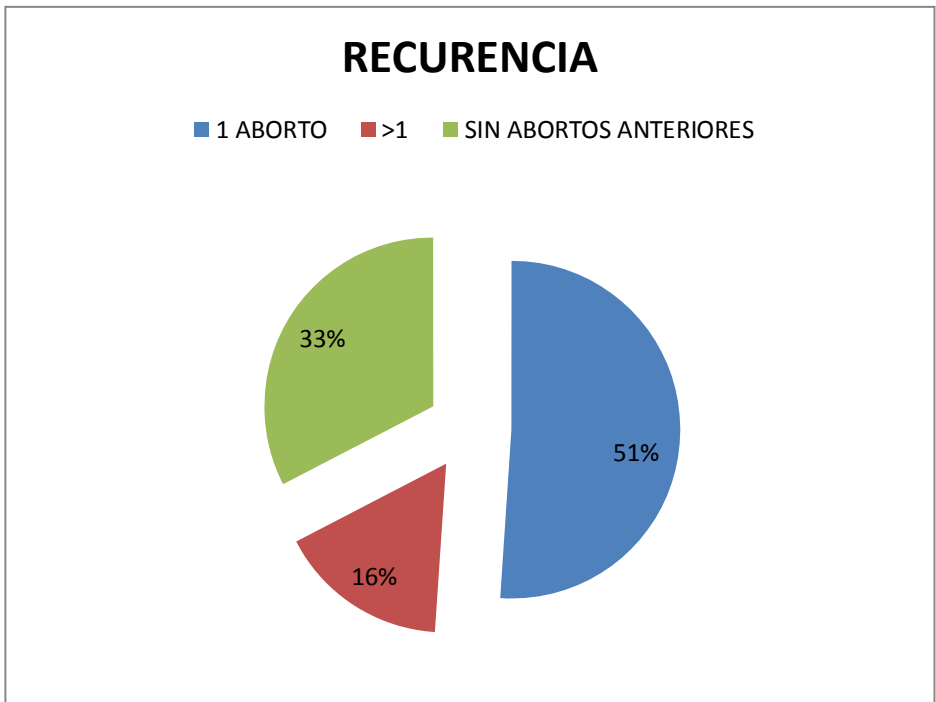
Análisis y discusión:

Según la recurrencia de abortos de las 141 pacientes con abortos 72 vino con antecedente de solo un aborto anterior que equivale a un 51 % , 23 pacientes con más de 1 aborto que equivale a un 16 %, y las pacientes que fueron sin abortos anteriores fueron 46 con un 33 % del total de las pacientes. (grafico 22 -1)

GRÁFICO #22



GRÁFICO 22 - 1



CUADRO # 23**ABORTOS SEGÚN VALORACIÓN GINECOLOGICA EL CERVIX**

SEGÚN VALORACION GINECOLOGICA	CERVIX		TOTAL
	DILATADO/PERMEABLE	CERRADO	
JUNIO	10	3	13
JULIO	11	4	15
AGOSTO	17	0	17
SEPTIEMBRE	20	0	20
OCTUBRE	24	1	25
NOVIEMBRE	25	3	28
DICIEMBRE	20	3	23

DILATADO/PERMEABLE	127	90%
CERRADO	14	10%

Análisis y discusión:

De las 141 pacientes que se vieron 14 tuvieron según las condiciones del cuello uterino con cérvix cerrado que equivale a un 10% y con cérvix permeable o dilatado 127 que corresponde a un 90 % (grafico 23-1)

GRÁFICO #23

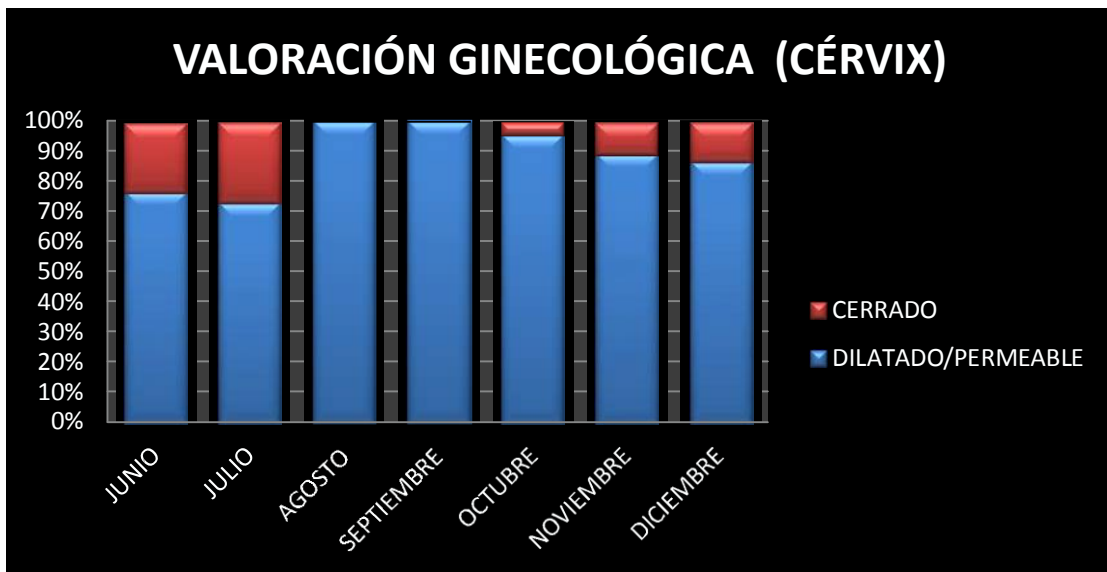
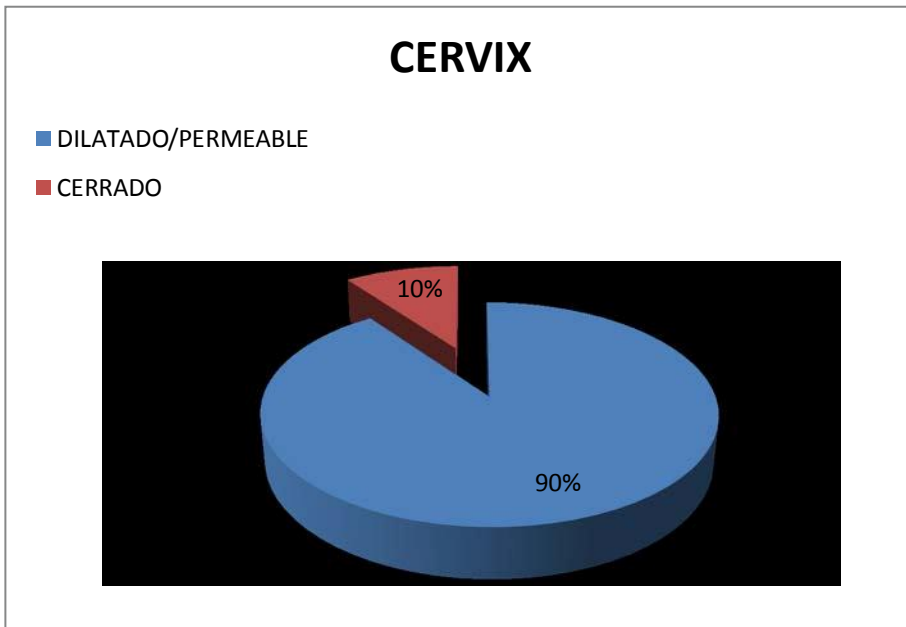


GRÁFICO 23-1



CUADRO # 24

ABORTOS SEGÚN SANGRADO TRANSVAGINAL

SANGRADO TRANSVAGINAL	SI	NO	TOTAL
JUNIO	11	2	13
JULIO	12	3	15
AGOSTO	17	0	17
SEPTIEMBRE	20	0	20
OCTUBRE	23	2	25
NOVIEMBRE	28	0	28
DICIEMBRE	21	2	23

SI	132	94%
NO	9	6%

Análisis y discusión:

De las 141 pacientes 132 acudieron con sangrado transvaginal al momento del ingreso que equivale a un 94 %, 9 no presentaron sangrado transvaginal que equivale a un 6% (grafico 24-1)

GRÁFICO #24

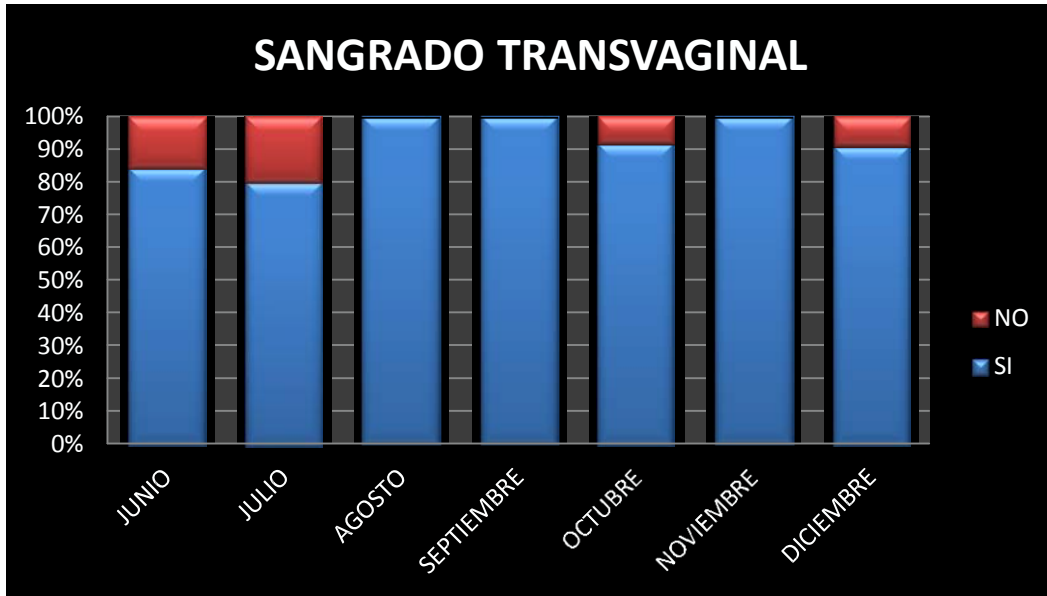


GRÁFICO 24-1



CUADRO # 25

TIPO DE SANGRADO	LEVE	MODERADO	ABUNDANTE	TOTAL
JUNIO	4	6	3	13
JULIO	2	11	1	14
AGOSTO	3	13	0	16
SEPTIEMBRE	9	10	1	20
OCTUBRE	10	11	4	25
NOVIEMBRE	8	15	5	28
DICIEMBRE	15	8	0	23

LEVE	51	37%
MODERADO	74	53%
ABUNDANTE	14	10%

Análisis y discusión:

de las 141 pacientes 51 acudieron por sangrado leve correspondiente a un 37 % , 74 pacientes acudieron por sangrado moderado que equivale aun 53 % y 14 por sangrado abundante que equivale a un 10 % (grafico 25-1)

GRÁFICO #25

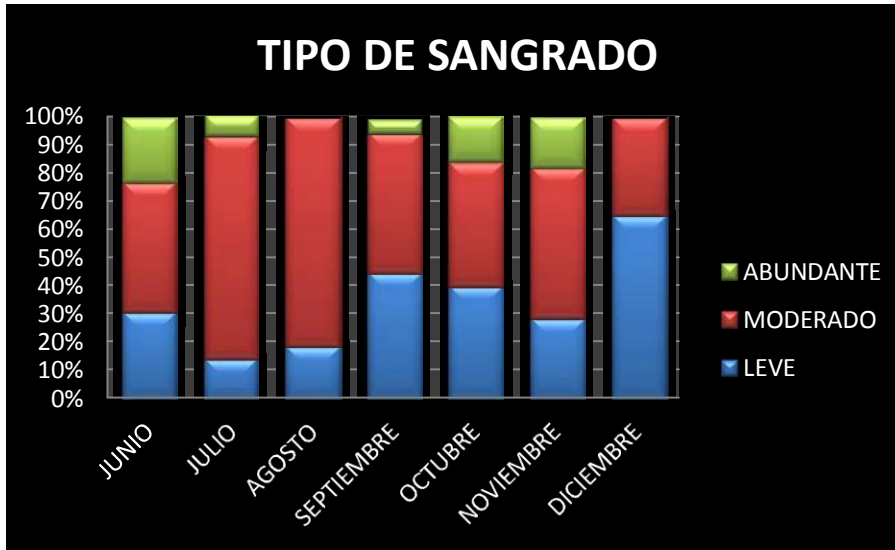
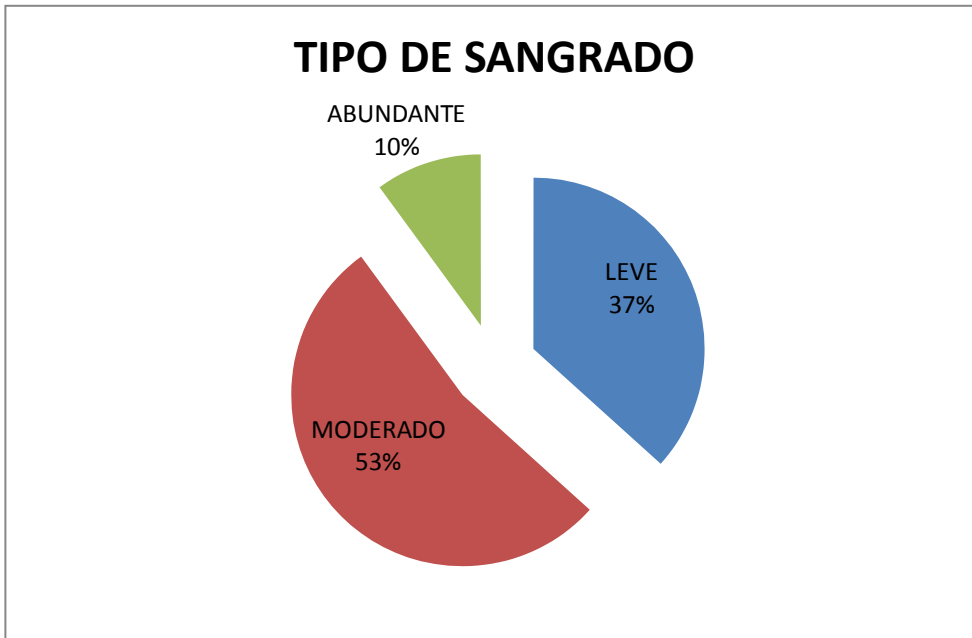


GRÁFICO # 25. 1



COMPLICACIONES

CUADRO # 26

ABORTOS SEGÚN LAS COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES

SEGÚN COMPLICACIONES PRESENTADAS	SHOCK HIPOVOLEMICO	PERFORACION UTERINA	HISTERECTOMIA	TRASFERENCIA
JUNIO	0	0	0	0
JULIO	1	0	0	0
AGOSTO	1	0	0	0
SEPTIEMBRE	3	0	0	0
OCTUBRE	3	0	0	0
NOVIEMBRE	4	1	1	1
DICIEMBRE	0	0	0	0

SHOCK HIPOVOLEMICO	12	86%
PERFORACION UTERINA	1	7%
HISTERECTOMIA	1	7%

Análisis y discusión:

. Según las complicaciones del total de 141 pacientes que se dio nuestro estudio solo 14 presentaron complicaciones por las condiciones en las cuales llegaron a la emergencia así tenemos que de las 14pacientes 86 % presentaron shock hipovolémico 7% perforación uterina e histerectomía respectivamente (grafico 26 -1)

GRÁFICO #26

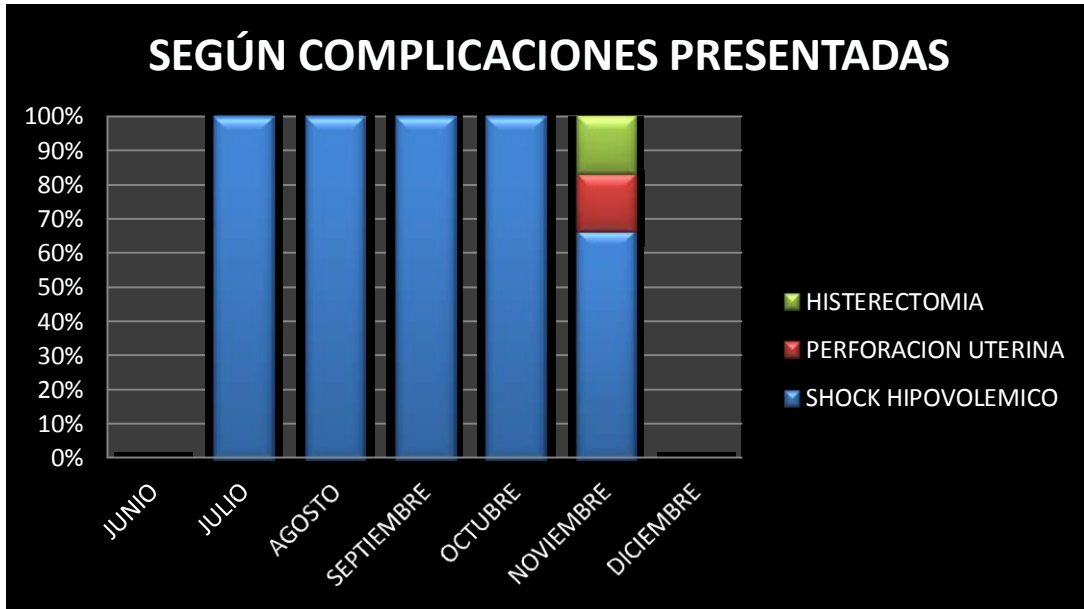
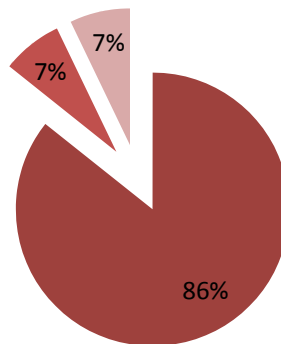


GRAFICO 27-1

COMPLICACIONES

- SHOCK HIPOVOLEMICO
- PERFORACION UTERINA
- HISTERECTOMIA



MANEJO TERAPEUTICO

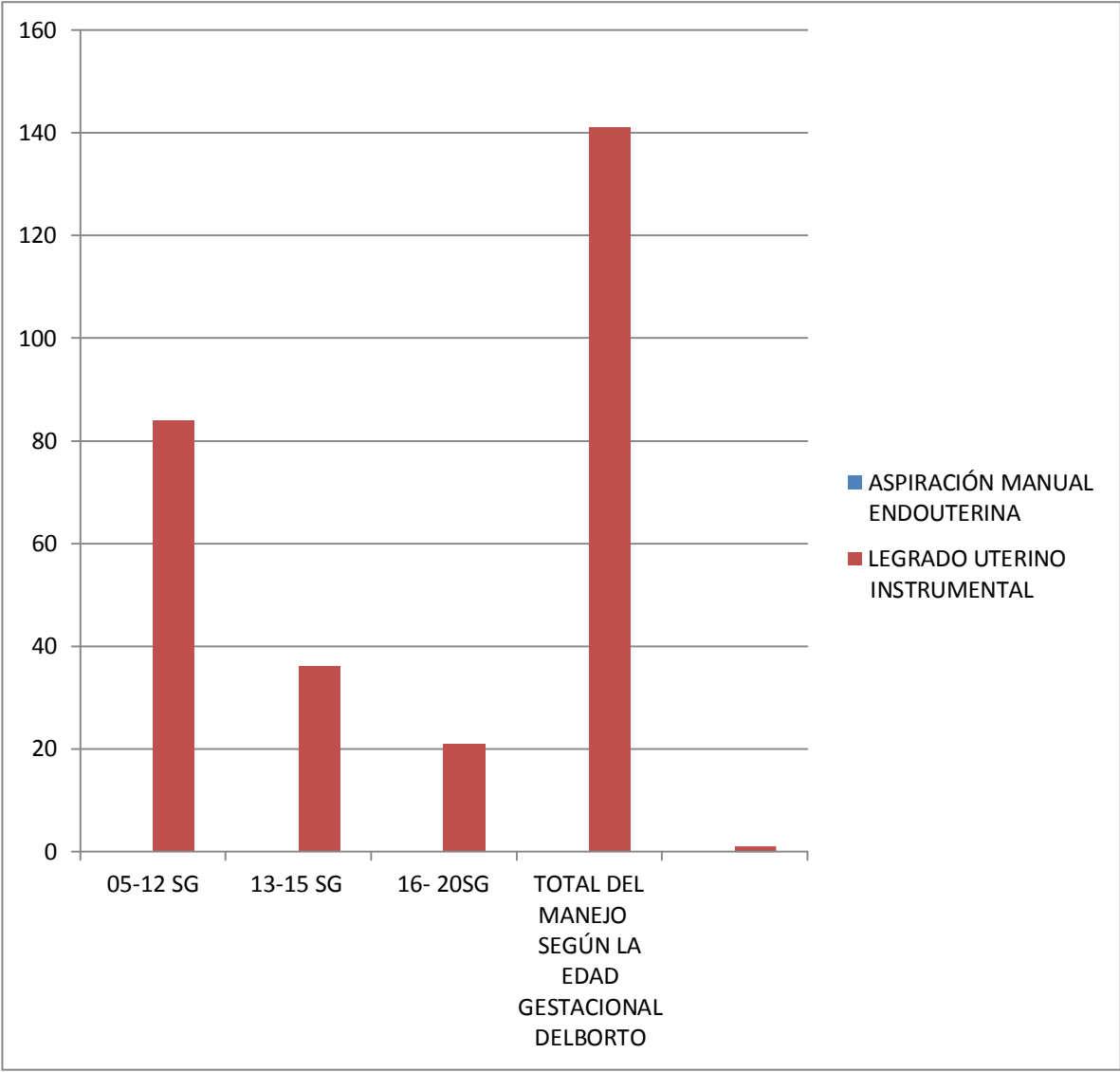
CUADRO # 27

MANEJO TERAPEUTICO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL ABORTO

MANEJO TERAPEUTICO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DE OBORTOS		
EDAD GESTACIONAL		
	ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA	LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL
05-12 SG	0	84
13-15 SG	0	36
16- 20SG	0	21
TOTAL DEL MANEJO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DELBORTO	0	141
	0%	100%

Según el manejo terapeutico del ministerio de salud publica se debio realizar AMEU (Aspiración Manual Endouterina) a todas las pacientes con edad gestacional de 5 a 12 semanas, pero debido a la falta de material de AMEU en el Hospital Abel Gilber Ponton no se realizó. Realizándoles a todas las patients que llegaron por aborto Legrado Uterino Instrumental, sin considerar la edad gestacional que ellas presentaron. Quedando con 0 % pacienets con AMEU Y 100% con LIU que corresponde a las 141 pacientes en las culaes serealizo el estudio

MANEJO TERAPEUTICO SEGIN LA EDAD GESTACIONAL DEL ABORTO



CONDICIÓN DE EGRESO

SEGÚN LAS CONDICIONES DE EGRESO DE LAS PACIENTES DE JUNIO A DICIEMBRE SEL 2010

CUADRO #28

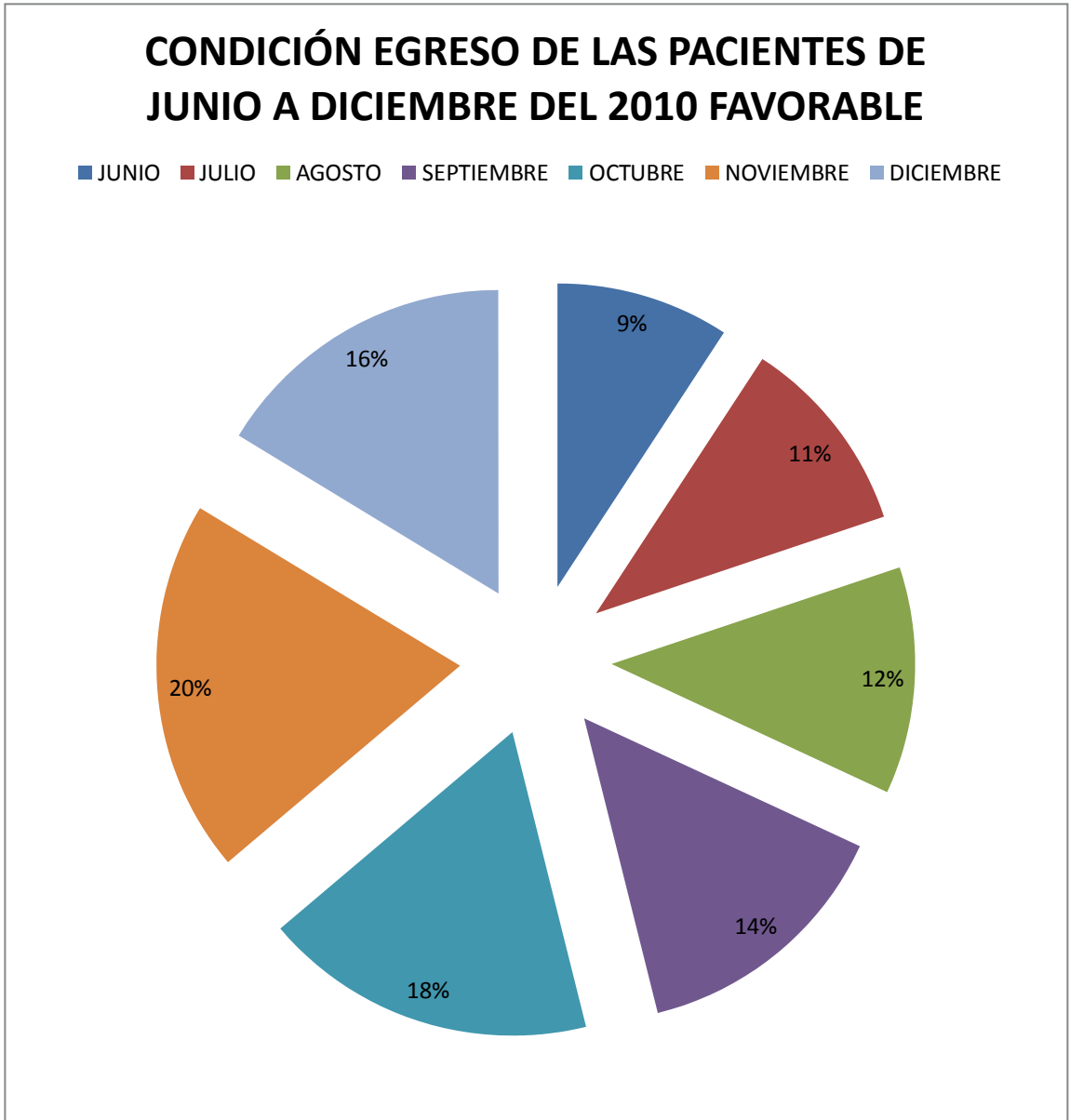
SEGÚN CONDICIONES DE EGRESO DE LAS PACIENTES DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2010

MESES	FAVORABL E	DESFAVORABL E	%
JUNIO	13	0	9%
JULIO	15	0	11%
AGOSTO	17	0	12%
SEPTIEMBRE	20	0	14%
OCTUBRE	25	0	18%
NOVIEMBRE	28	0	20%
DICIEMBRE	23	0	16%
TOTAL DE PACIENTES DE ABORTO DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2010	141	0	100 %

Analisis y Discusión

Las condiciones de egreso de las pacinetes fueron favorables ya que ninguna de ella regreso con complicacioens luego del procedimiento y ninguna fallecio luego de haberlo realizado, obteniendo el 100 % con resultados vavorables, mesde junio 13 pacientes con resultado favorables en un 9 % julio 15 pacientes con resultado favorables en un 11 % , agosto 17 pacientes con resultado favorables en un 12 % , septiembre 20 pacientes con resultado favorables en un 14 % , octubre 25 pacientes con resultado favorables en un 18 % ,noviembre 28 pacientes con resultado favorables en un 20% , diciembre 23 pacientes con resultado favorables en un 16 %

GRÁFICO # 28



5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

Se atendieron 25.030 pacientes en el área de Emergencia de Ginecología del Hospital Abel Gilbert Pontón de los cuales 1144 fueron diagnosticadas de aborto, lo que nos da una prevalencia del 13.94 % del total de todas las pacientes atendidas, (grupo de análisis), de este grupo se obtuvo la muestra que consistió en las pacientes de una guardia específica dentro de los meses de junio a diciembre del 2010, siendo nuestra prevalencia:

De 13 pacientes en el mes de junio que corresponde al 13 %

De 15 pacientes del mes de julio que corresponde al 11%

De 17 pacientes del mes de julio que corresponde al 12%

De 20 pacientes del mes de julio que corresponde al 14%

De 25 pacientes del mes de julio que corresponde al 18%

De 28 pacientes del mes de julio que corresponde al 20%

De 23 pacientes del mes de julio que corresponde al 16%

Dando un total de 114 pacientes en la guardia 4 en un periodo de 7 meses (tiempo del estudio), en cada una de ellas, se evaluó su ingreso, monitorizó su tratamiento, supervisó su alta, y se tuvo especial cuidado sobre los reingresos para determinar alguna complicación luego del procedimiento.

En lo referente a nuestra hipótesis con respecto al cumplimiento de las normas del Ministerio de Salud Pública, en relación a los abortos pudimos determinar que se cumplió en casi en su totalidad, excepto al no mandar todos los restos ovulares a estudio patológico, solo en caso de aborto séptico o en el que se pensó que podría ser un embarazo molar. Como también la falta de uso del AMEU ya que este no se encuentra aun a disposición del hospital por lo que todos los procedimientos fueron realizados con legrado uterino instrumental cumpliendo con las normas de asepsia y antisepsia al realizar el procedimiento, falta no obstante insistir en el manejo apropiado de desecho de guantes y limpieza del instrumental usado, sin embargo, nuestra estadística dio resultados favorables ya que ninguna paciente presentó complicaciones infecciosas luego del procedimiento

OBJETIVO 1.

Determinar la prevalencia de abortos según los datos de filiación y características gineco-obstétricas de las pacientes.

Pudimos determinar la prevalencia en diferentes aspectos de las pacientes que acudían por abortos como la edad, observamos una mayor frecuencia de mujeres en edades comprendidas entre 20 y 29 años de edad, seguidas por las de 14 a 19 años.

Según el estado civil eran más frecuentes las pacientes con en *unión libre* en comparación a las *viudas o divorciadas*.

Según el nivel de instrucción la prevalencia es mayor en mujeres que *cursaron la secundaria* que las que tenían *instrucción superior*.

Según la procedencia fue mayor en el área *urbana* seguida de la *marginal* y por último la *rural*. Con respecto a la raza por ser la más común en nuestra sociedad predominó la *mestiza*. Las pacientes que *no trabajan* tuvieron más prevalencia que las que *si trabajaban*. Según las condiciones en las cuales llegaron las pacientes *la temperatura* mas frecuente fue la de 36 °C, *el hematocrito* de 30-39 % siendo pocas las pacientes que llegaron con hematocrito igual o menor de 20 %, el *grupo sanguíneo* mayoritariamente observado fue del grupo 0, factor Rh positivo y el menos frecuente en nuestra sociedad el grupo AB factor Rh positivo. En las pacientes que se les pudo realizar la prueba de *VIH* con consentimiento informado fue mayor con resultado negativo (97%).

El análisis de la hormona gonadotrofina coriónica se realizó a las pacientes con duda diagnóstica, no se realizó a la totalidad, puesto que muchas a muchas por la condición emergente (hemorragias profusas con shock hipovolémico), se las intervenía de inmediato. Igual análisis con las ecografías, realizadas de acuerdo a la estabilidad de las pacientes,

aquellas ingresadas por examen físico de aborto en curso (observación directa del producto y sangrado) pasaron directamente al procedimiento.

Las pacientes que más acudieron según su paridad fueron las *multíparas*. La edad gestacional mas frecuente fue de *5 a 10 semanas*. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue de *aborto incompleto* seguido del *aborto en curso*, siendo el menos frecuente *el aborto séptico*. Entre el tipo de aborto provocado y *espontaneo*, el segundo en enunciar fue el más común en nuestro estudio. La recurrencia de abortos fue más frecuente que las pacientes que nunca habían tenido un aborto previo, la mayoría llevo con *cérvix permeable* y con sangrado en moderada cantidad.

De las 141 pacientes de nuestro estudio, 14 (9.9%) presentaron complicaciones debido a las malas condiciones generales con las que llegaron a la emergencia, de las pacientes admitidas con diagnóstico de amenaza de aborto 4 terminaron en aborto por dilatación cervical y expulsión inevitable del producto.

OBJETIVO 2.

El factor de riesgo más común en estas pacientes fue la falta de planificación familiar ya que en su mayoría llegaban a la emergencia con sangrado vaginal, sin saber que estaban embarazadas, se toman también como otros factores de riesgo, la adolescencia, la falta de comunicación familiar, en este grupo estuvieron las pacientes que llegaron con aborto en curso y aborto séptico por ventaja en un menor porcentaje.

OBJETIVO 3.

El manejo comprendió: la estabilización de la paciente mediante la colocación de sustancias coloides y cristaloides en por dos vías periféricas en ambas extremidades, administración de paquetes de glóbulos rojos, antibióticos y realización del procedimiento quirúrgico, en este caso legrado uterino instrumental.

Según el diagnóstico terapéutico en relación a protocolo del Ministerio de Salud Pública se determinara el tipo de aborto en forma específica: aborto incompleto, diferido, anaembrionado, séptico, y el manejo terapéutico se dio según las condiciones en las cuales llegaron las pacientes sean estables, con shock hipovolémico o shock séptico en los cuáles

si alguna paciente presentaba algún tipo de complicación permanecían ingresadas por más tiempo, su alta en promedio fue de 2 a 3 días, todas en condiciones favorables.

OBJETIVO 4

Con todo esto se propone el cumplimiento de protocolo del Ministerio de salud Pública del Ecuador ya que este se basa en el esquema de otros protocolos internacionales con niveles de evidencia y grados de recomendación (evidencias científica) permitiendo con esto disminuir la tasa de mortalidad materna.

5.2.- RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN 1

Realizar campañas Educación Sexual y Planificación Familiar, ya que en nuestro país hay mucha gente joven que necesitan conocer y sobre todo saber utilizar los métodos de planificación familiar con principios y valores que muchas veces no lo reciben o pasan por alto en sus hogares.

RECOMENDACIÓN 2

Teniendo en consideración la alta prevalencia de abortos y su origen multifactorial, se deberían enviar todos las muestras obtenidas del legrado (restos ovulares) a estudio Histopatológico, ya que algunos casos podrían ser originados de alguna enfermedad trofoblástica gestacional (Ej. mola, coriocarcinoma) y al no conocer de manera oportuna el diagnóstico histopatológico se retardaría su tratamiento, con las implicaciones y complicaciones futuras para las pacientes.

Incluir en las Normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que en aquellos abortos incompletos con abundante sangrado y cérvix entreabierto, administrar oxitocina para generar contracción uterina y poder realizar el procedimiento sin mayores complicaciones tratando de esta manera de evitar perforaciones uterinas.

Exigir la venta de medicamentos con receta médica y registro sanitario así se disminuiría la frecuencia de los abortos provocados.

RECOMENDACIÓN 3

Proponer al Ministerio de Salud Pública del Ecuador que invierta más en material para realizar el AMEU en abortos menores a las 12 semanas ya que este un procedimiento menos traumático para la paciente, más fácil de realizarlo y con menos complicaciones.

Así como también incrementar la dotación de unidades de concentrados de Glóbulos Rojos en la hemoteca del Hospital, para evitar de esta manera la pérdida de valioso tiempo emergencia /transfusión generada en ocasiones al mandar a los familiares (de bajos recursos y que en muchas ocasiones no conocen la ciudad) a conseguir hemoderivados al Banco de Sangre de la Cruz Roja (lejano al Hospital).

RECOMENDACIÓN 4

Por la elevada prevalencia de abortos (13.94%) se recomienda el uso del protocolo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ya que este ha sido elaborado en base a protocolos internacionales con niveles de evidencia y grados de recomendaciones adecuados, procurando una tasa baja de morbimortalidad de nuestras pacientes cuando lo aplicamos.

6.-BIBLIOGRAFIA

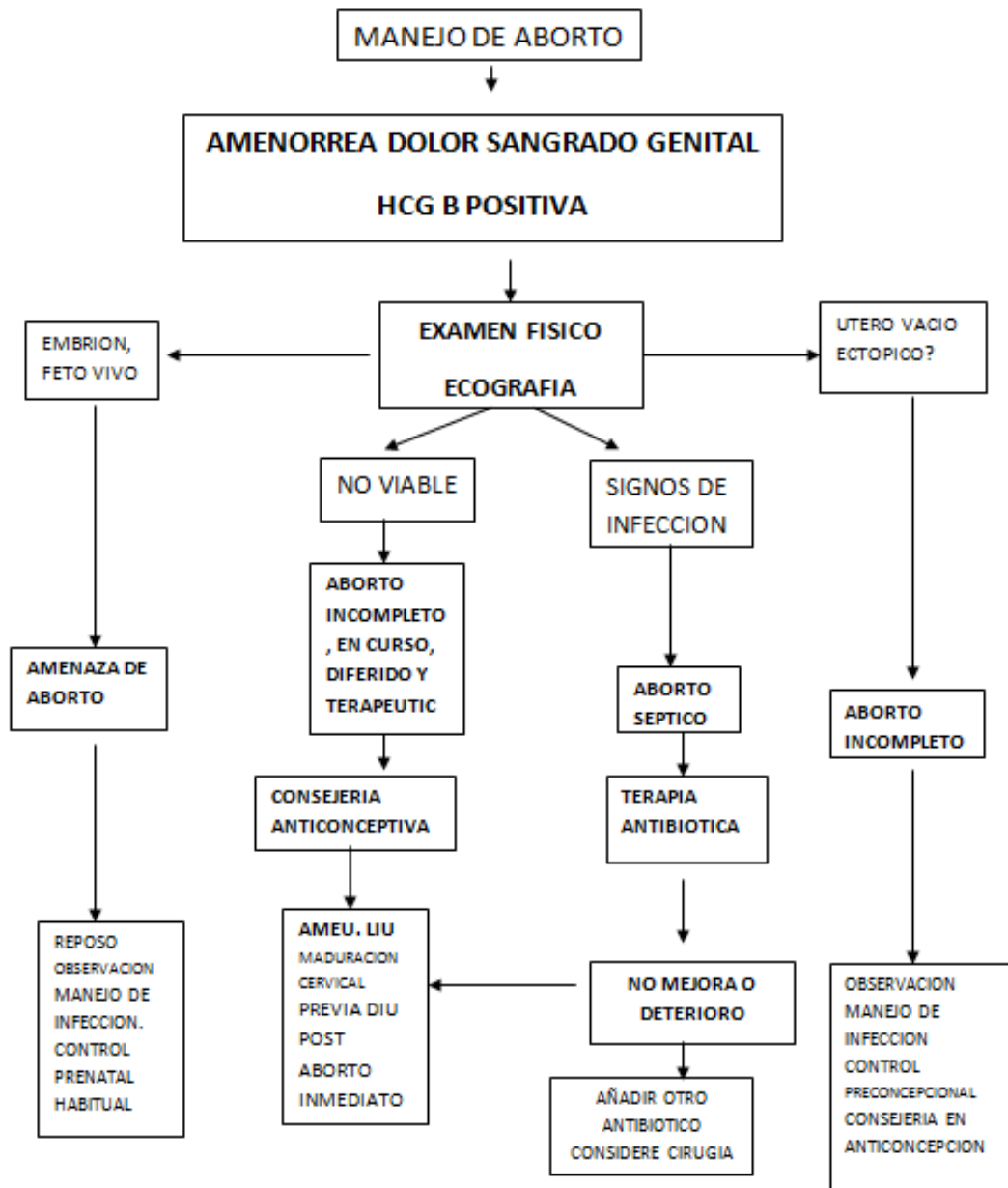
1. Aragón JA. 1976. Acción del perejil (*Petroselinum sativum*) sobre la contractilidad del útero. *Acta Med Valle*; 7: 41-43
2. Aragón JA, Mejía MP. 1974, Uso del perejil (*Petroselinum sativum*) como abortivo folclórico. *Acta Med Valle*; 5: 16-17
3. Adelson PL, Frommer MS, Weisberg E. 1995. A survey of women seeking termination of pregnancy in New South Wales. *Med J Aust*; 163: 419-422.
4. Ashok PW, Flett GM, 1998. Templeton A. Termination of pregnancy at 9-13 weeks amenorrea with mifepristone and misoprostol. *Lancet*; 352: 542-543
5. Ashok PW, Flett GM, 1998. Templeton A. Termination of pregnancy at 9-13 weeks amenorrea with mifepristone and misoprostol. *Lancet*; 352: 542-543.
6. Bond GR, Van Zee A. 1994. Overdosage of misoprostol in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*; 171: 561-562
7. Baule EV, Conard JV, Weiss L. 1998 Adult and two children with fetal methotrexate syndrome. *Teratology*; 57: 51-55.
8. Barret JM. 1981. Abortion related medical complications. *Am J Obstet Gynecol*; 60: 669-772.
9. Creinin MD, Vittinghoff E, Gailbraith S, Klaisle C. 1994 Methotrexate and misoprostol alone for early abortion; a randomized controlled trial. *JAMA*; 272: 1190-1195.
10. Creinin MD. 1996. Medically induced abortion in a woman with a large myomatous uterus. *Am J Obstet*; 60: 1399-1404.
11. Creinin MD, Vittinghoff E, Keder L, Darney PD, Tiller G. 1996. Methotrexate and misoprostol for early abortion a multicenter trial. I safety and efficacy. *Contraception*; 53: 321-327.
12. Creinin MD, Vittinghoff E, Schaff E, Klaisle C, Darney PD, Dean C. 1997. Medical abortion with oral methotrexate and vaginal misoprostol. *Obstet Gynecol*; 90: 611-616.
13. Creinin MD. 1996. Oral methotrexate and vaginal misoprostol for early abortion. *Contraception*; 54: 15-18.
14. Carbonell E JL, Varela L, Velasco A, Tanda R, Sánchez C. 1999. 25 mg or 50 mg of oral methotrexate followed by vaginal misoprostol seven days after for early abortion: a randomized trial. *Gynecol Obstet Invest*; 47: 182-187.
15. Carbonell JL, Varela L, Velasco A, Cabezas E, Fernández C, Sánchez C. 1998. Oral methotrexate and vaginal misoprostol for early abortion. *Contraception*; 57: 83-88.
16. Copyright 2002 - Revista Colombia Médica, *Acta Med Valle*; 7
17. CORONADO MESTRE, Ramón, ALVAREZ PINEDA, Ana Bertha, YERO CASTANEDA, Maria et al. 2006 oct.-dic Aborto séptico: síndrome de Mondor. *Rev Cub Med Mil.*, vol.35, no.4, p.0-0. ISSN 0138-6557.

18. Dr. Jack C. Willke-Hayes 2012. Publishing CO. Cincinnati, Ohio, USA abortos preguntas y respuestas (Dr Willke <http://www.comiteprovida.org/aborto/preguntas-respuestas.htm>)
19. Driessen EE. 1950. Ginecología. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; p. 174-176
20. Danielson KG, Marions L. 1999. Comparison between oral and vaginal administration of misoprostol on uterine contractility. *Obstet Gynecol*; 93: 275-280.
21. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T; Cohen J, et al. 2004 For the Surviving Sepsis Campaign. Management Guidelines Committee: Surviving Sepsis Campaign Guidelines for management of Severe Sepsis and Septic Shock. *Crit Care Med*; 32(3):856-73
22. Defey, D; Rossello, D; Friedier, R; Núñez, M; Terra, C. (1996). *Duelo por un niño que muere antes de nacer*. UNICEF.
23. Dr. Verdier, P. 2012. *Subtipos clínicos del Síndrome post-aborto*. Human Life International (www.hli.org).
24. Dr. Beanson, S. 2012 *Ministerio laico de cinco puntos*. Human Life International (www.hli.org).
25. Dr. y Dra. J. C. Willke. (1992). *Aborto, preguntas y respuestas*. Cincinnati, Ohio: Ed. Hayes Publishing Company.
26. Dra. Gómez C. 2012. *Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer*. HLI. (www.hli.org)
27. Foote EF, Lee DR, Karim A, Keane WF, Halstenson CE. 1995. Disposition of misoprostol and its active metabolite in patients with normal and impaired renal function. *J Clin Pharmacol*; 35: 384-389.
28. Goodman L, Gilman A 1945. *Bases farmacológicas de la terapéutica*. Barcelona: Salvat Editores;
29. Gouk EV, Lincoln K, Khair A, Haslock J, Knight J, 1999. et al. Medical termination of pregnancy at 63-83 days gestation. *Br J Obstet Gynaecol*; 106: 535-539.
30. Henshaw RC, Singh K, Naas HR, Taylor JR. 1999. La incidencia del aborto inducido a nivel mundial. *Perspectivas internacionales en planificación familiar*. Bol OMS; 16-24
31. Hansknecht RU. 1995. Methotrexate and misoprostol to terminate early pregnancy. *N Engl J Med*; 333: 537-540.
32. http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_2010/08/28fac_abortionlaxs_spanish.pdf
33. <http://www.extra.ec/ediciones/2010/08/28/especial/aborto-seguro-se-publica-en-las-calles-de-quito-y-milagro/>
34. Kindley JD. 1998. The fit between the elements for an informed consent cause of action and the scientific evidence linking induced abortion with increased breast cancer risk. *Wisconsin Law Rev*: 1595-1644.
35. Litter M. 1959. *Farmacología*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo
36. Laufe L. 1997. The menstrual regulation procedure. *Stud Fam Plann*; 8: 253-256.

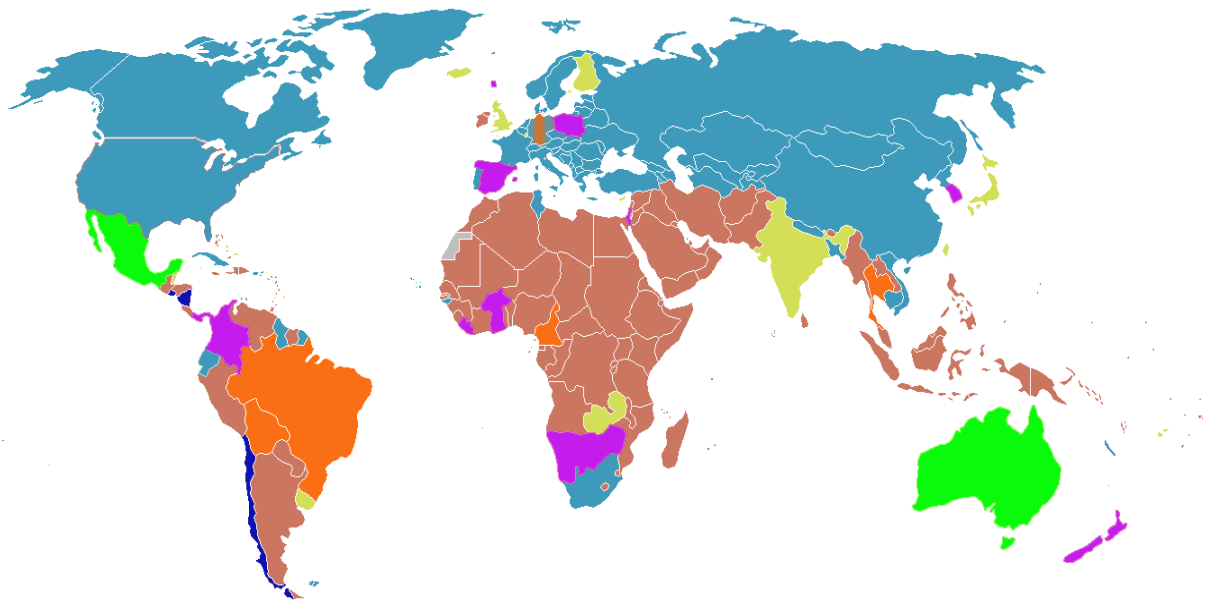
37. Ley del código de procedimiento penal 27 de Abril del 2009. Artículo agregado por la Ley No1, publicada en Registro Oficial Suplemento 578.
38. -Mariani FHA. 1961. El aborto químico. Rev Soc Obstet Ginecol (Buenos Aires); XL: 14-22.
39. Miller KE. 2000. Nonsurgical management of spontaneous abortion. Am Fam Physician; 61: 194-195.
40. Mamers PM, Lavelle AL, Evans AJ, et al. Women's satisfaction with medical abortion with RU-486. Med J Aust 1997; 167: 316-317.
41. Melbye M. 1997. Induced abortion and the risk of breast cancer. N Engl J Med; 336: 81-85.
42. Ortiz RN. Noviembre; 1987. El aborto. Trabajo de grado, Facultad de Derecho, Universidad Libre de Cali.
43. Pastuszak AL, Schuler L, Speck, Martius CE, 1998. *et al.* Use of misoprostol during pregnancy and Mobius' syndrome in infants. N Engl J Med; 338: 1881-1885
44. Pontificia Universidad Javeriana, Bogota
45. Ren MD. 1993. Cervical incompetence-aetiology and management. Med J Aust; 60: 124-130.
46. Risberg B, Andreasson S, Eriksson E. Disseminated 1991.. Intravascular coagulation. Acta Anaesthesiol Scand Suppl.; 95° 60-71
47. Sollman T. 1949. Farmacología. Barcelona: Salvat Editores;. p. 52-64.
48. Solari LA, . (Fecha de acceso 12 de marzo del 2005 Quintana BE, Yañez AA. Aborto séptico. Revista Smiba). URL disponible en: <http://www.dewebsa.com.ar./smiba/revista/smiba.htm>
49. Solari LA. 1995. Sepsis por aborto. Análisis de los tipos del mismo. Las fallas de órganos y su mortalidad. La Prensa Médica Argentina.; 82:740-3
50. Stubblefield PG, Grimes DA. 1994: Septic abortion. N Eng J Med.; 331(5).
51. The Alan Guttmacher. 1994. Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Bol OMS; 5-32.
52. Terflan KL, Javert CI. 1936. El aborto provocado. J Am Med Assoc; 106: 529-532.
53. Topozada MK, Anwar MY, Hassan HA, Gazerly WS. 1997 Oral or vaginal misoprostol for induction of labor. Int J Gynaecol Obstet; 56: 135-139.
54. Ulmann A, Silvestre L. 1994. RU-486: The French experience. Hum Reprod; 9 Supl 1: 126-130.
55. www.nosotrasenred.org/aborto/historia 2012
56. Wiebe ER. 1997 Abortion induced with methotrexate and misoprostol: a comparison of various protocols. Contraception; 55: 159-163.
57. Wisconsin Right to Life Education Fund. *¿Cuál es la causa de mi dolor? Right to Life* (www.hli.org).

7.-ANEXOS

DIAGNOSTICO DE ABORTO POR CLASIFICACIÓN CLÍNICA							
Diagnóstico	tipo de aborto	amenaza de aborto	aborto en curso o inevitable	aborto incompleto	aborto completo	aborto diferido	aborto séptico
historia clínica examen físico	útero edad gestacional	acorde	acorde	menor	menor	Menor	mayor o blando
	actividad uterina dolor	+	+++	++	-	+/-	++
	sangrado	+/NO	+++	++	+/NO	+/-	+/- pus mal olor
	cambios en el cuello	NO	SI	SI	SI	NO	SI
	expulsión DE restos	NO	SI	SI	SI/NO	NO	MAL OLOR
EXAMENES	HCG B	+	+/-	+/-	-	+	+
	ECOGRAFIA	FCF	FCF/LA AUCENTE	RESTOS	UTERO VACIO	FCFEG MENOR	RESTOS



Mapa del aborto en el mundo



Transcripción de la leyenda

- Legal
- Legal en caso de violación, riesgo para la vida de la madre, problemas de salud física o mental, factores socioeconómicos, y/o defectos del feto
- Illegal excepto en caso de violación, riesgo para la vida de la madre, problemas de salud física o mental y/o defectos del feto
- Illegal excepto en caso de violación, riesgo para la vida de la madre, y/o problemas de salud física o mental
- Illegal excepto en casos de riesgo para la vida de la madre, o problemas de salud física y/o mental
- Illegal sin excepciones
- Varía por región
- No hay información

Lineas verticales (varios colores): Illegal pero tolerado

El aborto

Mujeres en Latinoamérica que declaran haber abortado. El estudio no especifica el tipo de aborto.

En porcentajes

País	Sí	No
Ecuador	32,6	67,4
Puerto Rico	31,6	68,4
México	31,1	68,9
Perú	27,9	72,1
Colombia	26,8	73,2
Venezuela	24,2	75,8
Uruguay	23,4	76,6
Argentina	22	78
Brasil	19,9	80,1
Chile	19,7	80,3
Costa Rica	12	88

Fuente: GDA; EL COMERCIO

HOSPITAL GUAYAQUIL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



HOJA DE RECOLECCION DE DATOS PARA INCIDENCIA DE ABORTOS

Historia clínica.....
 Fecha de ingreso..... Hora de ingreso..... Hora de egreso.....
 Procedencia: urbana Marginal Rural
 Edad..... estado civil: soltera casada divorciada unión libre viuda
 Alfábega básica 1-10 bachillerato 1-3 superior
 Analfabeta
 Raza: mestiza Blanca Afroecuatoriana India
 Trabaja fuera de casa: si no Quehaceres Domésticos si no

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

AGO G..... P..... A..... C..... FUM..... EDAD GESTACIONAL

Periodo intergenesico años..... Meses..... A P C

SIGNOS VITALES DEL INGRESO VALORACION DEL CERVIX AL INGRESO
 P/A..... T°..... FC..... FR..... Dilatacion si nocm
 GLASGOW Ocular verbal motora total Borramiento
 4 5 6 15 Permeable
 STV si no leve moderado abundante Entreabierto

EXAMENES DE LABORATORIO

Hto..... Hb..... Leu..... Neu..... Linfocitos..... Grupo Sanguineo..... VIH.....
 VDRL.....

SI NO
 HGC ABORTO ESPONTANEO si no ABORTO PROBOCADO si no

ECOGRAFIA

DIAGNOSTICO DE INGRESO..... DIAGNOSTICO DE EGRESO.....

COMPLICACIONES si no
 Shok hipovolemico
 Perforación uterina MORTALIDAD Vivo Muerto
 Histerectomía
 Se transfirieron Días de hospitalización.....



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Naci
de Ciencia y Tec



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO:

PREVALENCIA DE ABORTO EN GINECO OBSTETRICIA Y EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PARA EL MANEJO DEL ABORTO. HOSPITAL ABEL GILBRET PONTÓN

AUTOR/ES: MIRANDA TORRES MARLA
PATRICIA

TUTOR: DR CARLOS CORREA ZEA MGS.

REVISORES: DR HUGO GARZÓN AVILA

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE
GUAYAQUIL

FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS ESCUELA DE
GRADUADOS

CARRERA: MAESTRIA EN EMERGENCIAS MEDICAS

FECHA DE PUBLICACIÓN: SUSTENTACIÓN
26/ENERO/2013

No. DE PÁGS:
112

ÁREAS TEMÁTICAS: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PALABRAS CLAVE: ABORTO, PROTOCOLO, HEMORRAGIA, PROPONER INVERTIR, DISMINUIR

RESUMEN: El aborto desde siempre constituyó una problemática de actualidad ya que como se ve en la historia, el aborto se ha realizado desde la época de Aristóteles, quien consideraba que el feto era humano desde los 40 días de la concepción de igual modo a través de la historia conocemos sobre el uso de diferentes métodos para provocarlo, resultando muchos casos en complicaciones que derivaban en una alta mortalidad materna. Es así como en la actualidad el uso de protocolos de manejo y tratamientos adecuados ayudan a disminuir la mortalidad materna. En este contexto en el área de Emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital Abel Gilbert Pontón aplicamos el protocolo del Ministerio de Salud Pública para el manejo del aborto. En el año 2010 fueron atendidas 25.030 pacientes, de este grupo, las atenciones entre Junio a Diciembre fueron 14.883 (13.94% del grupo total), de este grupo fueron seleccionadas las pacientes que acudieron por aborto (1.144 pacientes) y de ellas, las de una guardia específica que constituyeron 141 pacientes que fue el grupo analizado. De este grupo el análisis del estado civil reveló una mayor frecuencia de mujeres en unión libre (64%) seguida de las solteras (21%), casadas (12%), divorciadas (3%) y viudas (0%). De acuerdo al tipo de aborto espontaneo 70%, provocado 30%. Según la paridad de las pacientes, mujeres multiparas (82%), primigestas (18%), El análisis del diagnóstico de ingreso revela aborto incompleto (62%), seguido por aborto diferido (19%) aborto en curso (16 %) y aborto séptico con un 3%. Siendo el legrado uterino instrumental (LIU) el procedimiento más usado en la atención de las pacientes y causante de algunas complicaciones como perforación uterina e intestinal. Finalmente considerándose el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU) el procedimiento menos traumático para las pacientes que deben ser sometidas a legrado obstétrico en abortos menores de 12 semanas, se propone al Ministerio de Salud Pública que invierta más recursos en este material. Adicionalmente para disminuir la prevalencia de abortos se recomienda realizar campañas de educación sexual y planificación familiar. Exigir la venta de medicamentos con receta.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

X SI

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:
MIRANDA TORRES MARLA
PATRICIA

Teléfono: 0993720560

E-mail: dramarla81@gmail.com

CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com

Quito: Av. Whympner E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. **Fax: (593 2)**