

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,
MANAGUA**

UNAN MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis Monográfica para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

Tema: Abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Autores.

Br. Allan Montenegro Sánchez

Br. Sergio Molina Herrera

Tutora.

Dra. Matilde Jirón Gutiérrez.

Maestra en Salud Pública

Maestra en Salud Sexual y Reproductiva

Octubre del 2015

DEDICATORIA

Al finalizar una nueva etapa de mi vida donde hubo momentos difíciles y momentos buenos durante toda mi carrera siempre me brindaron su apoyo incondicional por lo que dedico parte de esta tesis monográfica a 4 personas importante en es, mis tíos, Dra. ZOILA PASTORA BONILLA y Dr. JOSE ANTONIO RODRIGUEZ, mi padre ROBERTO MOLINA LOPEZ y mi madre REYNA HERRERA NARVAEZ; Ellos fueron un apoyo importante para finalizar mi carrera profesional dándome ánimos, fuerzas y educación en cada etapa, comprendiendo mis errores y mis triunfos.

Doy gracias a ellos porque siempre estuvieron en cada momento y por darme la oportunidad de demostrarle a la sociedad, que se puede salir adelante aun sin las condiciones óptimas en la vida.

Ellos fueron y serán siempre un ejemplo a seguir en mi vida por lo que dedico este trabajo monográfico como agradecimiento a su apoyo y consejos brindados en cada etapa de mi vida, así como los pilares fundamentales en mi preparación profesional.

Sergio Molina

Primeramente a Dios todo poderoso por permitirme culminar mí esta etapa de mi vida por darme la vida, salud, y persistencia para continuar en las pruebas difíciles que tuve en el camino.

A mi madre Nora Frinee Sánchez Martínez, que siempre ha sido una gran inspiración de esfuerzo, humanismo. Por apoyarme durante todo mi carrera con conocimiento y consejos y más que todo por el amor brindado, por ser quien creyó en mí que pudiese lograr todos mis objetivos.

Allan Montenegro

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por darme la vida, la sabiduría y la inteligencia para superar cada barrera impuesta y culminar mi carrera con mucho éxito.

A mis padres porque siempre estuvieron dándome su apoyo incondicional en circunstancias difíciles para ellos.

A mi abuela Petrona Bonilla que me enseñó muchos valores importante de la vida así como su apoyo en cada momento.

A mi futura esposa Paola Ruiz Morales que siempre estuvo a mi lado en los momentos difíciles de mi vida durante 4 años dándome su apoyo, comprensión y amor durante este tiempo fue un pilar fundamental.

A los docentes por otorgarme la sabiduría medica en cada momento, así como enseñarme la ética y el amor al paciente.

A mis compañeros y amigos que fueron de mucho apoyo en mi preparación, acompañándome durante este trayecto.

A los pacientes que fueron el mejor libro para aprender y darme conocimiento y sabiduría.

A la sociedad misma por contribuir a mi formación en una universidad prestigiosa.

Sergio Molina.

A Dios por darme salud y sabiduría por siempre guardarme en todo momento durante mi carrera.

A la UNAN-MANAGUA por darme la oportunidad de cumplir mi sueño de estudiar la hermosa carrera de medicina.

A mis padres por darme la vida

A mis abuelos Julio Cesar Sánchez y Olivia Martínez quienes siempre me brindaron cariño, y estuvieron al tanto de mi progreso en mi carrera, que me enseñaron valores y lecciones de vida.

A mi madre que siempre será mi principal fuente de inspiración, superación, motivación, en todos los aspectos de mi vida.

A mi hermano julio Jose Montenegro Sánchez.

A los pacientes gente humilde que deposita su confianza en mí, siempre han sido la principal fuente de aprendizaje y experiencia.

Allan Montenegro

OPINION DE LA TUTORA

El desarrollo de esta investigación “Abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.” Presentados por los autores, Br. Allan Montenegro Sánchez y Br. Sergio Molina Herrera, conto con la constancia, disciplina y rigurosidad científica que requiere dado que es un tema muy controversial y muy delicado porque en nuestro país está penalizado la práctica del aborto en todas sus formas y al realizar cualquier tipo de investigación relacionada con este tema estigmatiza y dificulta el acceso a la información.

Es por eso que esta investigación toma relevancia en este contexto de penalización del aborto y de la necesidad de tener datos fidedignos de cómo se están aplicando los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud de Nicaragua, ante esta situación, así como la falta adecuada de capacitación a los prestadores de servicios de salud influyen en una deficiente atención de la salud a las pacientes y en la calidad de vida de las mismas.

Dentro de los principales hallazgos encontraron que predominó el grupo de edad de los 14 a 25 años, escolaridad secundaria, primigestas sin antecedentes de aborto y embarazo menor de 12 semanas; los signos que predominó en las pacientes fue el sangrado y el dolor y la mayoría estaban clínicamente estables. El manejo en el HAN mostró menor nivel de cumplimiento del protocolo y sólo dos actividades: Realizar AMEU o LUI después de expulsión de restos ovulares en embarazo mayor de 12 semanas y tratar patologías de base, obtuvieron el 100% de cumplimiento. En ambos hospitales se evidenció debilidad en la realización de ultrasonidos para la confirmación del diagnóstico de aborto incompleto. En el HAN existió niveles críticos de cumplimiento en la administración dT 0.5cc IM según esquema se cumplió en 30.2% y la administración de antibiótico profiláctico, Cefazolina 1gr so (8.7%) de las pacientes atendidas.

Quiero felicitar a los Br. Montenegro Sánchez y Br. Molina Herrera, por haber puesto todo su empeño y dedicación en la culminación de esta investigación que estará contribuyendo a la mejora de la atención integral de las mujeres nicaragüenses.

Atentamente,

Dra. Matilde Jirón Gutiérrez
Master en Salud Pública
Master en Salud Sexual y Reproductiva

Índice

I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. ANTECEDENTES	13
III. JUSTIFICACIÓN	27
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
V. OBJETIVO GENERAL	30
Objetivos específicos	30
VII. MARCO TEÓRICO.....	31
7.1 conceptos generales	31
Definición de aborto	31
Clasificación	31
Formas clínicas del aborto	31
7.2 tratamiento, manejo y procedimientos en el aborto incompleto.....	33
Primer Nivel de Atención.....	33
Segundo Nivel de Atención	33
Si el embarazo es menor de 12 semanas:	34
Si la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado:	34
Si el embarazo es mayor de 12 semanas:.....	34
Indicaciones de AMEU.....	35
Contraindicaciones de AMEU.....	35
7.3 Complicaciones:.....	36
7.4 Definición de roles por nivel de atención	36
Criterios de traslado	36
Criterios de ALTA:.....	36
7.5 Educación, Promoción Y Prevención	37
7.6 Anticoncepción Post Aborto.....	38
PROPÓSITO.....	38
Métodos de anticoncepción post-aborto	39
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	41

8.1 Tipo de estudio, lugar y periodo.....	41
8.2 Universo.....	43
7.3 Muestra	43
8.4 Consideraciones Éticas	44
7.5. Criterios de inclusión.....	45
8.6 Criterios de exclusión.	45
Objetivo # 1 Características demográficas	46
Objetivo #2 Antecedente Gineco-obstétricos y médico.....	46
Objetivo #3 Estado general al ingreso	46
Objetivo #4 Manejo en base a las 13 actividades plasmadas en el protocolo de atención de las complicaciones obstétricas del MINSA 2 edición.	47
8.8 Operacionalización de variables.	48
8.9 Fuentes de información	57
8.10 Técnica de recolección de datos y diseño de instrumento	57
8.11 Técnica y procesamiento de datos	58
IX. RESULTADOS.....	59
X. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	66
XI. CONCLUSIONES.....	77
XII. RECOMENDACIONES.....	78
XIII. BIBLIOGRAFIA.	79
XIV. ANEXOS	87
14.1 Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos	87
14.2 Anexo 2: Tablas.....	89
14.3. Anexo 3: Gráficos.	110

Resumen

Se realizó un estudio con el objetivo de describir el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas según 13 actividades plasmadas en el protocolo de atención de las complicaciones obstétricas del MINSA. Se realizó un estudio: de prevalencia corte transversal, en el Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Regional Asunción Juigalpa de enero a junio 2013 con un tamaño de muestra para él HAN n= 172 y HRAJ n= 75 pacientes.

Resultados: Predominó el grupo de edad de los 14 a 25 años, escolaridad secundaria, primigestas sin antecedentes de aborto y embarazo menor de 12 semanas. En las pacientes predominó el sangrado y el dolor y la mayoría estaban clínicamente estables. El manejo en él HAN mostró menor nivel de cumplimiento del protocolo y sólo dos actividades: Realizar AMEU o LUI después de expulsión de restos ovulares en embarazo mayor de 12 semanas y tratar patologías de base, obtuvieron el 100% de cumplimiento. En ambos hospitales se evidenció debilidad en la realización de ultrasonidos para la confirmación del diagnóstico de aborto incompleto (HRAJ 90.5% y HAN 75.9%) En él HAN existió niveles críticos de cumplimiento en la administración dT 0.5cc im según esquema se cumplió en 30.2% y la administración de antibiótico profiláctico, Cefazolina 1gr so (8.7%) de las pacientes atendidas.

Conclusión: El HRAJ es quien más cumple el protocolo de atención de pacientes con aborto incompleto con debilidad en el acceso a ultrasonido y la instauración de antibiótico profiláctico.

Palabras claves: Aborto incompleto, aplicación del protocolo de atención

I. Introducción

El aborto representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo como es el caso de Nicaragua. Para un gran número de mujeres, el aborto resulta de necesidades no satisfechas de planificación familiar y pone de relieve la falta de información sobre anticoncepción, dificultades de acceso a los métodos, fallas de los mismos o discontinuidad en la provisión por parte de los programas. Afecta particularmente a las mujeres que, por su condición socio-económica, dependen del sistema público de salud.

Es difícil inferir la magnitud del aborto, ya que factores culturales, religiosos y legales influyen para que las mujeres oculten la interrupción de un embarazo un ejemplo de esto es nuestro país la cual es una práctica ilegal por razones políticas religiosas. Según cifras de la OMS, la mitad de las gestaciones que ocurren en el mundo son indeseadas, y 1 de cada 9 mujeres recurre al aborto como única solución posible. (1)

La pérdida gestacional temprana ocurre en el 15% de los embarazos clínicamente reconocidos, confirmándose que 1 de cada 4 mujeres tendrá un aborto temprano a lo largo de su vida reproductiva, siendo las variedades clínicas más comunes el aborto incompleto, el embarazo anembrionado y el aborto retenido que pueden ser difíciles de diagnosticar en cuanto al aspecto clínico, en nuestro estudio nos enfatizamos en la forma clínica más frecuente como es la del aborto incompleto. (2)

La atención post aborto consiste en una serie de tratamientos médicos, diseñados para tratar las complicaciones del aborto espontáneo e inducido, ambos seguros e inseguros. El objetivo del manejo de atención postaborto es reducir la morbilidad y mortalidad materna y mejorar la salud sexual y reproductiva y calidad de vida. Este modelo de atención consiste en cinco elementos: tratamiento, consejería, servicios

anticoncepción y planificación familiar, servicios de salud reproductiva, comunidad y asociaciones proveedoras de servicios (3)

El tratamiento de estas patologías durante la mayor parte del siglo XX ha sido, por excelencia, el legrado obstétrico. Sin embargo, en las últimas dos décadas la comunidad médica empezó a cuestionar la necesidad de este manejo en pérdidas gestacionales tempranas no complicadas, y por ende, se introdujo el manejo médico farmacológico.

El Consorcio Atención Postaborto (APA) realizó un estudio en el 2003 en nuestro país sobre el manejo del aborto donde se implementaron el uso del AMEU como método de elección por su facilidad y menos complicaciones existente en relación con el LUI además del uso de métodos anticonceptivos post evento obstétrico el cual influye en la disminución de embarazos no deseados y abortos inseguros en nuestro país protegiendo la integridad y salud en la mujer. (4)

En la última década se ha empezado a aplicar el manejo expectante (no tratar a la mujer inmediatamente y esperar que el aborto se resuelva solo) y el uso de técnicas no invasivas como alternativas al tratamiento quirúrgico. Hoy en día el manejo del aborto incompleto con Misoprostol está siendo adoptado gradualmente por equipos de salud por la facilidad de su utilización, su conveniencia y bajo costo. La disponibilidad de Misoprostol para tratamiento del aborto incompleto tiene un gran potencial para reducir la morbilidad materna, especialmente para las mujeres que no tienen acceso inmediato a las instituciones de salud. En abril de 2009 la Organización Mundial de la Salud incluyó el Misoprostol en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales por haberse demostrado su eficacia y seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo. (5)

También es importante destacar que el aborto con Misoprostol está creciendo en toda la región, y en los países donde el aborto no es legal ha aumentado la seguridad de los procedimientos clandestinos, disminuyendo las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro. (5)

El presente estudio está basado en el manejo del aborto incompleto debido a que es la forma más común de presentación con lo cual se desea demostrar cifras actuales del aborto en todas sus formas así como sus complicaciones asociadas a las practicas inseguras que se realizan desde la abolición del aborto terapéutico en nuestro país en el 2006 (6).

El presente estudio describirá el abordaje del aborto incompleto en dos instituciones hospitalarias de nuestro país así como el cumplimiento del protocolo oficial y de los estándares de calidad emitidos por EL Ministerio de Salud de Nicaragua en el Hospital Alemán Nicaragüense y en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa.

II. Antecedentes

La técnica quirúrgica recomendada para el aborto de un embarazo de menos de 15 semanas de gestación es la aspiración de vacío (7). La alta eficacia de la aspiración de vacío ha sido probada en varios ensayos controlados aleatorizados. Se notifican índices de aborto completo de entre el 95 % y el 100 % (8). Las tecnologías de vaciado manual y eléctrico parecen ser igualmente eficaces; sin embargo, el uso de la aspiración de vacío manual se asocia con menos dolor en los embarazos de menos de 9 semanas de gestación y con una mayor dificultad durante el procedimiento cuando ya transcurrieron las 9 semanas (7). La aspiración de vacío con menos de 14 semanas de gestación es más eficaz y está asociada con menos complicaciones menores que el aborto médico (8, 9). No existen datos que indiquen que realizar un curetaje después de la aspiración de vacío disminuya el riesgo de retener el producto (10). La aspiración de vacío es un procedimiento muy seguro. Un estudio con 170 000 abortos durante el primer trimestre llevado a cabo en la ciudad de Nueva York mediante aspiración de vacío indicó que menos de 0,1 % de las mujeres experimentaron complicaciones serias que requirieran hospitalización (11). Si bien son raras, entre las complicaciones de la aspiración de vacío se incluyen infección pélvica, hemorragia excesiva, lesión del cuello del útero, evacuación incompleta, perforación del útero, complicaciones con la anestesia y continuación del embarazo (12). Con cualquier procedimiento de aborto se producen espasmos abdominales y hemorragia del tipo menstrual.

La Dilatación y Curetaje (D y C) implica dilatar el cuello uterino con dilatadores mecánicos o agentes farmacológicos y usar curetas de metal filosas para raspar las paredes del útero. La D y C es menos segura que la aspiración de vacío (13) y es considerablemente más dolorosa para la mujer. Por lo tanto, la aspiración de vacío debe reemplazar la D y C. Los índices de complicaciones importantes con la D y C son entre dos y tres veces más altos que con la aspiración de vacío (14). Un ensayo controlado aleatorizado que comparó la D y C con la aspiración de vacío

reveló que, hasta las 10 semanas desde la FUM, la aspiración de vacío es más rápida y está asociada con menor pérdida de sangre que la D y C (15). Donde aún se practica, deben hacerse todos los esfuerzos posibles para reemplazar la D y C con la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención de las mujeres. En los lugares donde aún no se ha incorporado la aspiración de vacío, los directores deben garantizar que se sigan los protocolos correspondientes para el manejo del dolor y que el procedimiento de DyC esté en manos de personal bien capacitado y bajo supervisión adecuada.

La Dilatación y evacuación (D y E) se aplica después de las 12 o 14 semanas de embarazo. En aquellos lugares donde se dispone de profesionales con experiencia y capacitados es la técnica quirúrgica más eficaz y segura para embarazos avanzados (14). La D y E requiere la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos y la evacuación del útero mediante aspiración al vacío eléctrica con una cánula de 12 a 16 mm de diámetro y pinzas largas. Dependiendo de la duración del embarazo, la preparación para lograr una dilatación adecuada del cuello uterino puede tardar entre dos horas y dos días. Si bien no es esencial, a muchos profesionales les resulta útil la utilización de una ecografía durante el procedimiento de D y E. Se ha comparado la D y E con el uso de mifepristona con dosis repetidas de misoprostol en un ensayo pequeño, y se descubrió que está asociada con menos dolor y eventos adversos (16). Al igual que cualquier procedimiento médico, los profesionales requieren la capacitación, los equipos y las habilidades necesarios para realizar la D y E en forma segura (17). El procedimiento de D y E en general puede realizarse en forma ambulatoria con un bloqueo para cervical y antiinflamatorios no esteroideos o sedación consciente.

En una revisión de 11 ensayos clínicos controlados aleatorizados (18) en donde se comparó la eficacia y seguridad de los distintos métodos quirúrgicos para evacuación uterina en el aborto del primer trimestre encontró que ambos dilatación más curetaje y AMEU/aspiración eléctrica son métodos efectivos y seguros para la

terminación del embarazo en el primer trimestre y sus complicaciones son escasas. En la aspiración al vacío vs dilatación más curetaje: No hubo diferencias estadísticamente significativas para la pérdida excesiva de sangre, transfusión de sangre, morbilidad febril, evacuación uterina incompleta o necesidad de repetir el procedimiento, rehospitalización, dolor post-operatorio el uso de antibióticos terapéuticos. La operación fue estadísticamente y significativamente más corta con aspiración al vacío comparado con dilatación más curetaje en ambos subgrupos con edad gestacional < 9 semanas gestación. En comparación de cánula de aspiración flexible vs rígida: No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las lesiones cervicales, morbilidad febril, transfusión de sangre, uso de antibióticos terapéuticos, evacuación uterina incompleta o necesidad de repetir el procedimiento. En AMEU vs aspiración al vacío eléctrica: dolor severo se informó con menos frecuencia con aspiración manual en mujeres menores a 9 semanas amenorrea. En mujeres mayores de 9 semanas de amenorrea se reportó grave dificultad al realizar el procedimiento con más frecuencia con aspiración manual comparado con aspiración eléctrica. No hubo diferencias en las lesiones cervicales, la pérdida excesiva de sangre, transfusión de sangre, morbilidad febril, repetir la evacuación uterina, duración de la operación.

En el contexto médico de hoy, hay una falta de evidencia convincente que apoye el curetaje inmediato como el tratamiento más adecuado para el aborto incompleto. Claramente, un determinado subconjunto de pacientes con aborto incompleto debe ser tratado con curetaje, incluyendo aquellos con sangrado excesivo, anemia, signos vitales inestables, o signos evidentes de infección. Los estudios que utilizan estrictos criterios de exclusión encontraron que menos del 10% cayó en la categoría de curetaje inmediato. Esto probablemente variará de acuerdo con el entorno clínico. Para la mayoría de las mujeres, el tratamiento expectante puede ser tan eficaz y posiblemente, más seguro que el legrado. Una estimación conservadora del número de procedimientos que se realizan anualmente en los Estados Unidos por abortos incompletos sin complicaciones es de 100.000, con un costo mayor \$ 100 millones anuales. (19)

El manejo médico expectante evitaría los riesgos inherentes a un procedimiento quirúrgico. A pesar que los riesgos asociados con la cirugía y la anestesia son poco frecuentes, estos pueden ser graves. En los casos de aborto espontáneo o electivo, bajo supervisión médica, las principales complicaciones la hemorragia e infección tienen un rango de 4% a 10% (20, 21) El número real de estos eventos no están disponibles en la literatura para los procedimientos realizados para el aborto incompleto solo. Adherencias uterinas y trauma cervical son otras posibles secuelas del legrado. El antecedente más común para las adherencias intrauterinas es el curetaje relacionado con el embarazo. Las infecciones resultantes por curetaje se han implicado en las elevadas tasas de infertilidad secundaria, dolor pélvico crónico y dispareunia (21). Avances en ecografía proveen un mejor diagnóstico de abortos completos y embarazos ectópicos. Varios estudios han demostrado que el ultrasonido confirma de forma fiable productos retenidos de concepción (22, 23) de diagnóstico más preciso será reducir aún más el legrado innecesario.

Dos ensayos clínicos aleatorizados sugieren que el manejo expectante del aborto incompleto es una alternativa viable para pacientes seleccionados. En un estudio realizado por Nielsen y Hahlin, (24) 155 mujeres con un diagnóstico clínico de aborto incompleto espontáneo o inevitable menor o igual 13 semanas de gestación, fueron aleatorizados al tratamiento expectante o quirúrgico. De los 103 pacientes con manejo expectante, el embarazo resolvió espontáneamente en 81 casos (79%) sin productos de concepción retenidos en un periodo de 3 días. Aunque la duración de la hemorragia fue mayor para los sometidos a tratamiento expectante, otras complicaciones tales como infección, la duración del dolor, el tiempo de convalecencia, y el volumen de paquetes globulares transfundido no fueron significativamente diferentes de los sujetos control que se sometieron a legrado inmediato. Un segundo ensayo aleatorio por Chip Chasey James (25) informó sobre 35 mujeres, 19 de los cuales recibieron manejo expectante. Una infección pélvica se diagnosticó en cada grupo. Tres cuartas partes (9/12) de las mujeres manejo expectante y dos tercios (6/9) de las mujeres con tratamiento quirúrgico que buscó el embarazo se comprobó que habían concebido en una

visita a los 6 meses de seguimiento. Estos resultados sugieren que muchos procedimientos quirúrgicos pueden evitarse.

Como un adjunto al tratamiento expectante, una gama de terapias médicas se puede utilizar para ayudar en el tratamiento del aborto, a continuación se menciona la eficacia de misoprostol como monoterapia a diferentes edades gestacionales.

Para embarazos con una edad gestacional menor a 12 semanas (84 días): Se ha estudiado también el misoprostol solo para los abortos médicos en relación con su eficacia y seguridad. La eficacia del misoprostol como único medicamento es inferior en el tiempo para completar el aborto es más prolongado y el proceso del aborto es más doloroso y está asociado con índices más altos de efectos secundarios gastrointestinales que cuando se combina misoprostol con mifepristona (26).

Debido a la amplia disponibilidad y el bajo costo del misoprostol, y dado que en ciertos entornos se ha informado que su uso ampliado contribuye a reducir las complicaciones de un aborto inseguro (27)), el uso de misoprostol solo parece ser frecuente cuando no se dispone de mifepristona. Los regímenes recomendados de misoprostol son 800 µg administrados por vía vaginal o sublingual, con una dosis repetida en un intervalo no menor a 3 horas y durante no más de 12 horas con tres dosis como máximo. Este régimen es entre el 75 % y 90 % eficaz para completar el aborto. La administración sublingual es menos eficaz que la administración vaginal, salvo que se administre cada 3 horas, pero este régimen tiene índices altos de efectos secundarios gastrointestinales (26, 27, 28). No se recomienda la administración oral debido a su eficacia inferior.

Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (84 días)

El misoprostol es eficaz para inducir el aborto después de las 12 semanas de embarazo, si bien el tiempo para completar el aborto no es tan breve como cuando se utiliza en combinación con mifepristona. El régimen recomendado es 400 µg de misoprostol por vía vaginal o sublingual cada 3 horas durante un máximo de cinco dosis (29, 30). En particular, la administración de misoprostol por vía vaginal es más eficaz para las mujeres nulíparas que la administración sublingual. En el caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas; sin embargo, la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones posológicas.

En un ensayo clínico controlado (32) diseñado para comparar altas dosis de misoprostol vaginal con oxitocina concentrada más bajas-dosis de misoprostol vaginal para la terminación del embarazo en el segundo trimestre. Se asignaron veinte mujeres al grupo 1 las cuales recibieron altas dosis de misoprostol vaginal y 18 fueron asignados al grupo 2 quienes recibieron oxitocina concentrada más dosis-bajas de misoprostol vaginal. El periodo de latencia fue significativamente menor en el grupo 1 (12 horas, rango 4-44 horas) frente al grupo 2 (18 horas, rango de 7 a 36 horas, $p = 0,01$). Tasa de éxito de inducción a las 12 horas fue significativamente mayor en el grupo 1 (60%) en comparación con el grupo 2 (22%, $P=0,02$). La incidencia de la placenta retenida que requirió curetaje, fiebre intraparto, corioamnionitis, náuseas, vómitos y diarrea fueron similares entre ambos grupos.

En una revisión de literatura (33) para determinar si el misoprostol es un tratamiento efectivo para el aborto incompleto y en tal caso, recomendar un régimen apropiado. Se revisaron artículos en inglés publicados antes de octubre de 2007, para determinar la eficacia del misoprostol cuando se utiliza para el tratamiento del aborto incompleto en el primer trimestre. También se revisaron todos los datos no publicados disponibles previamente presentados en reuniones

científicas internacionales. Se encontró suficiente evidencia a favor de misoprostol como un medio seguro y eficaz de evacuación uterino quirúrgica. Una sola dosis de 600mcg por vía oral o sublingual 400mcg de misoprostol está indicada para el tratamiento del aborto incompleto y aborto involuntario para las mujeres que se presentan con tamaño uterino equivalente a 12 semanas de gestación. 600 mcg misoprostol oral se ha utilizado para evacuar el útero de forma segura para miles de mujeres que participan en los ensayos clínicos en todo el mundo (34) 400mcg de misoprostol sublingual está siendo utilizado en varios ensayos en curso y se ha demostrado que es tan seguro y eficaz como la dosis oral de 600mcg (35). La evidencia actual no apoya el uso de dosis repetidas (36). Se recomienda una sola dosis de misoprostol 600mcg vía oral para el tratamiento del aborto incompleto en las mujeres que presentan un tamaño uterino equivalente a 12 semanas de gestación.

La práctica médica necesita modificación constante para proporcionar el tratamiento más seguro y eficaz para los pacientes. La práctica del curetaje inmediato como el estándar de cuidado para el aborto incompleto espontaneo no se justifica por la evidencia científica en la literatura médica. Estudios apoyan el tratamiento conservador del aborto incompleto sin complicaciones.

El papel de los antibióticos profilácticos debe ser considerado. Hay pruebas claras que apoyen el uso rutinario de la profilaxis antibiótica con aborto inducido (37). Un estudio examinó la profilaxis antibiótica con el curetaje en el aborto incompleto (38). En ese estudio doxiciclina no afectó significativamente la tasa de infección. Sin embargo, dada la baja incidencia de la gonorrea y clamidia, el estudio tenía insuficiente poder para detectar un cambio clínicamente significativo en la morbilidad infecciosa. No hay datos sobre el uso de antibióticos en el aborto incompleto manejados de forma médica o expectativa.

El valor de los antibióticos de rutina antes de la evacuación quirúrgica del útero en mujeres con aborto incompleto es controversial. En algunos centros de salud se aconseja la profilaxis antibiótica, en otros solo se indican antibióticos cuando hay signos de infección. En una revisión de ensayos clínicos, May W y col (39) evaluó

la efectividad de la profilaxis antibiótica de rutina en mujeres con aborto incompleto. No se detectaron diferencias entre profilaxis de rutina y control sobre la tasa de infección post aborto. La revisión de los ensayos mostró dificultades para las mujeres en seguir tomando antibióticos y regresar para recibir atención, por lo que dosis única de antibióticos puede ser más adecuado en estos casos.

La infección del tracto genital superior, incluyendo el útero y las trompas de Falopio, puede causar complicaciones después de un aborto inducido. Los antibióticos administrados por el momento del aborto (profilaxis) podrían prevenir esta complicación. Low N et al (40) revisó 19 ensayos clínicos controlados aleatorios que examinaron el efecto de la profilaxis antibiótica en la infección del tracto genital superior post aborto entre las mujeres que solicitaron aborto inducido en el primer trimestre del embarazo. Se analizó el efecto de cualquier régimen de profilaxis antibiótica en el resultado. En general, el riesgo de infección del tracto genital superior post aborto en mujeres que recibieron antibióticos fue del 59% comparado con mujeres que recibieron placebo. Cabe señalar que, si la infección es causada por un organismo de transmisión sexual, la profilaxis antibiótica no protegerá a la mujer de ser re infectada si su pareja sexual no ha sido tratada. Esta revisión no determinó el régimen de profilaxis antibiótica más efectivo. En la elección del antibiótico se debe tener en cuenta la epidemiología local de las infecciones del aparato genital, como las infecciones de transmisión sexual. Se necesitan ensayos adicionales para determinar si las combinaciones de antibióticos pueden prevenir más infecciones que los antibióticos individuales o si la profilaxis antibiótica debe restringirse a las mujeres con resultados positivos de las pruebas de detección antes del aborto. Dichos ensayos podrían realizarse en países de bajos y medianos ingresos, donde la prevalencia de las infecciones del tracto genital en las mujeres que presentan el aborto es alta.

En una revisión de ensayos clínicos, realizados en un países en vías de desarrollo, para determinar el beneficio del uso de profilaxis antibiótica en el aborto incompleto se encontró que los casos de pacientes de bajo riesgo, es necesario tratar a 35 mujeres para prevenir una infección, mientras que sólo se

deberían tratar 10 mujeres para prevenir un caso entre las mujeres de alto riesgo. Se encontró que esta relación es costo efectiva, si se administraban 100 mg de doxiciclina por vía oral una hora antes del procedimiento y 200 mg después de éste. Las mujeres que se consideraron de alto riesgo de desarrollo de infección postaborto en el tracto genital superior tenían las siguientes características: menores de 20 años, primigestas, enfermedad pélvica inflamatoria, gonorrea previas, gonorrea, clamidia o vaginosis bacteriana no tratadas en el momento del aborto. Se diagnosticó enfermedad de transmisión sexual al 35% de las mujeres que se presentaban para interrumpir un embarazo. El 23% tenía clamidia y el 5% gonorrea. Sería lógico suponer que en esta población la mayoría de las mujeres que se presentan con un aborto incompleto serían consideradas como de alto riesgo para la infección postaborto, aun cuando no hubiese evidencia clínica de infección en el momento de presentarse.

Si se utilizara profilaxis con antibióticos, una única dosis de doxiciclina o un régimen de dos dosis como se describió anteriormente sería factible y poco costoso. Se prefiere doxiciclina a otras tetraciclinas debido a su larga vida media, menor número de efectos secundarios gastrointestinales y a que no forma quelato de alimentos o calcio. (41)

En Brasil la tasa de aborto es elevada con un 40,8 por 1.000 mujeres, y aproximadamente el 31% de los embarazos terminan en aborto inducido. (43)

Los pacientes con infección establecida, como se indica por la fiebre (arbitrariamente definido como $>38^{\circ}\text{C}$), peritonitis pélvica, o taquicardia, deben ser hospitalizados para la terapia antibiótica parenteral y evacuación uterina rápida. La bacteriemia, que es más común en el aborto séptico que en otras infecciones pélvicas, pueden dar lugar a choque séptico y síndrome de distress respiratorio del adulto. (44)

El Ministerio de Salud de Brasil recomienda el uso de clindamicina más gentamicina intravenosa durante 7-10 días, en los casos de abortos sépticos no complicados. (45) Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que la terapia con antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa debe ir seguida de doxiciclina oral, (200 mg/d) durante 10 a 14 días. (46) Este régimen es similar a la recomendada para la enfermedad inflamatoria pélvica por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (47)

Contrariamente a un tratamiento prolongado con antibióticos orales, French y Smaill (48) demostraron que no es necesario continuar la terapia con antibióticos en la endometritis post cesárea una vez que el paciente estaba afebril durante 48 horas. Podría ser seguro y menos costoso de utilizar este régimen en los casos de aborto séptico no complicado.

En un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego seguido por un estudio de cohorte (49) realizado en Brasil 56 mujeres con aborto séptico sin complicaciones fueron tratados con antibióticos por vía intravenosa, seguida de evacuación uterina. Los pacientes ingresados en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre, con un diagnóstico de aborto séptico no complicado, según la OMS, fueron elegibles para el estudio. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir doxiciclina oral más metronidazol o placebo, hasta completar 10 días de tratamiento. Los autores concluyeron que después de 48 horas de mejoría clínica, los antibióticos pueden no ser necesarios (49).

En El Salvador, como en la mayoría de los países de América Latina, el aborto inducido es ilegal y proveedores de salud pueden ser enjuiciados. Sin embargo, muchas mujeres acuden a los hospitales públicos con un aborto incompleto, ya sea espontáneo o inducido ilegalmente. El estándar de atención de hospitales era tratar el aborto incompleto con curetaje afilado en el quirófano bajo anestesia general y alta del paciente después de una estancia post operatoria como mínimo de 1 noche en sala de ginecología. En enero de 1999 se introdujo AMEU con los

cambios en la prestación de servicios que incluyen menos complicaciones y menor estancia hospitalaria (51)

En 1989, el ministerio de salud (MINSA) colaboro con IPAS para iniciar un programa con el fin del mejorar el tratamiento del aborto incompleto, así como la orientación y servicios de atención post- aborto, mediante capacitación y asistencia técnica en la preparación de servicios. El proyecto se convirtió en una parte integral del comité por la lucha contra la mortalidad materna en Nicaragua, con el objetivo de reducir la mortalidad materna atribuible al aborto en condiciones inadecuadas. (52)

En 1992 Vásquez y Alemán en un estudio realizado en Juigalpa Chontales, obtuvieron los siguientes datos el grupo etario más frecuente que presentó aborto fue de 26 a 30 años nivel escolaridad alcanzado primaria, ocupación ama de casa, el 36.8% de las pacientes había estado embarazada en una o dos ocasiones, las semanas de gestación al momento del aborto fueron menor de 9 semanas (42.1%) el 77.2% no planificaba al momento de quedar embarazada, las complicaciones por aborto alcanzaban el 75%. (53)

En 1993 López y Castillo en un estudio realizado en el Hospital de Jalapa Nueva Segovia determinaron las características epidemiológicas del aborto y manejo encontrando lo siguiente: los grupos etarios más frecuentes fueron 21-25 años, los factores sociodemográficos predominantes fueron procedencia- urbana ocupación- ama de casa, escolaridad- primaria completa o incompleta, la forma clínica de aborto más frecuente fue el aborto incompleto. (54)

En 1993 Blandino y Gómez en su estudio realizado en el hospital San Juan de Dios de Granada concluyeron que el grupo etario más frecuente oscilaba entre los 24 a 28 años, tipo de unión- libre, escolaridad- primaria, ocupación- ama de casa, la mayoría de pacientes eran multigestas y presentaron abortos espontáneos en un 47.5 siendo la edad gestacional más frecuente entre la 6-10 semana de amenorrea y la principal complicación la anemia en un 62%. (55)

Según el trabajo monográfico realizado por Taleno acerca del comportamiento del aborto inducido ilegal determinó las principales características demográficas fueron el grupo de edad 17 a 20 años, ocupación: amas de casa, estado civil: solteras, educación: secundaria. (56).

En 1994 Ruiz y Gonzales en un estudio llevado en el hospital de Boaco encontraron que las edades más atendidas fue de 21 a 25 años, estado civil- acompañada, escolaridad- primaria ocupación- ama de casa y evolucionaron sin complicación alguna, fueron tratadas con LUI (legrado uterino instrumental) y egresaron del 1 al 3 día posterior al procedimiento, pero en su mayoría no se les recomendó un método de planificación familiar a su egreso. (57)

En 1996 Ruiz y Romero en su estudio realizado en el hospital San Juan de Dios de Granada reportaron edad gestacional entre 6 y 10 semanas en su mayoría abortos incompletos. Las complicaciones más frecuentes fueron la endometritis y egresaron al 1-3 día de hospitalización. (58)

Chamorro y Barrios en 1995-1998 en un estudio realizado en la Isla de Ometepe encontraron que todas las formas clínicas del aborto tuvieron un manejo adecuado (100%) según normas del MINSA. (59)

Ramos y Ramos en el periodo 1998-1999 en Nueva Guinea reflejaron que el manejo terapéutico del aborto según normas y protocolos del MINSA fue adecuado en un 84.6% sin complicaciones. (60)

Blandón y col en el periodo 2005- 2006 encontraron que el manejo del aborto, según las normas del MINSA fue adecuado en un 97.1%. (61)

En 1996 Cárdenas y col, en el estudio de eficacia de legrado uterino por aspiración en el tratamiento del aborto incompleto realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense encontró que el 99% de casos cursaron sin complicaciones El 82.6% no utilizaba ningún método anticonceptivo; El 13.6% usaba gestageno oral y solo 10 casos usaban DIU. (62)

En 1999 en un estudio manejo del dolor en legrado uterino por aspiración realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense Medrano P, Castillo M. encontraron que el grupo al que más se realizó el procedimiento eran mujeres en edad reproductiva (15-29); con embarazos e hijos previos, de procedencia urbana, escolaridad de primaria. El intervalo entre ingreso y realización de procedimiento fue mayor de 8 horas. El 82% no recibió ningún tipo de fármaco para aliviar el dolor antes del procedimiento un 46% recibió durante el procedimiento y solo un 53% lo recibió posterior. Se encontró que al 56% de pacientes atendidas no se les brindó consejería. El 96% de pacientes refirió que no hubo privacidad. (63)

En el año 2000 Navas en un estudio realizado en Hospital Alemán Nicaragüense, encontró que el grupo representativo lo constituyeron mujeres en edad reproductiva ideal, con escolaridad secundaria, católica, amas de casa, con núcleos familiares de 3 a 6 miembros o más, de donde solo 1 o 2 miembros trabajaban, pacientes en su mayoría primigestas, cursando con su primer aborto entre las 11 5/7 y 12 5/7 semanas de amenorrea, sin uso previo de anticonceptivos, con hábitos tóxicos en un tercio de las pacientes, patologías concomitantes asociadas en baja proporción y una historia de maltrato intrafamiliar en un alto porcentaje (64%). (64)

En 2008 - 2009 el HEODRA de León en un estudio acerca de satisfacción de las usuarias con aborto incompleto en relación a la atención recibida se encontró: El tiempo de admisión y de espera para la atención fue regular (20-30 minuto), en la mayoría de las pacientes. La mayoría manifestó que hay buenas relaciones médico-paciente y se les informan sobre el procedimiento que les van a realizar. Un porcentaje considerable no les explica a las pacientes su estado de salud y tratamiento, y a algunos no se les solicitó consentimiento para realizar el procedimiento. La mayoría percibió adecuada comodidad en la espera, pero las condiciones del cuarto de procedimiento fueron percibidas como regulares o malas. En 4% de los procedimientos no hubo privacidad. El 46% percibió que el tiempo de espera del procedimiento es tardado. El 63.2% recibieron información

sobre planificación familiar. Solamente 3.6% de las pacientes percibió maltrato e insatisfacción en la atención general, pero 82% opina que la relación con el personal de salud es buena y el servicio es gratuito. (65)

En el 2010 José y Suarez en el estudio de cumplimiento de normas y protocolos para atención de complicaciones obstétricas en el abordaje del aborto, en el Hospital Alemán Nicaragüense encontró lo siguiente como grupo predominante las edades de 20 a 34 años (57.2%), procedencia urbana (78.4%) escolaridad secundaria (55.4%), estado civil predominante fue de unión libre (61.3%). Referente a los antecedentes obstétricos se encontró a las primigestas en un alto porcentaje (43.2%), nulíparas (54.1%) sin antecedentes de aborto (85.6%) y con periodo intergenesico mayor de 2 años (68%). Se determinó 84.2% sin antecedentes patológicos no personales. Al evaluar cumplimiento de las normas y protocolos en la atención de pacientes con diagnóstico de aborto, ningún expediente (100%) cumple con estándares contemplado por el protocolo encontrándose incumplimiento en los siguientes ítems: se confirmó el diagnóstico por ultrasonido (55%), valoración por médico especialista (44.1%), uso correcto de antibioticoterapia (56.25%), uso correcto de oxitocina (95.1%), uso correcto de misoprostol (100%), planificación familiar aplicado previo al egreso (38.7%). (66)

III. Justificación

La frecuencia de las maniobras abortivas que culminan con secuelas permanentes o la muerte de la embarazada hacen que el problema trascienda lo personal, para convertirse en un inconveniente de carácter social y de salud, que debe enfrentarse con el concurso del gobierno y la sociedad plena.

Las complicaciones más comunes del aborto inseguro son el aborto incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la infección. Los datos sobre egresos hospitalarios para el año 2005 muestran que 5,500 mujeres recibieron atención médica por abortos en instituciones públicas de todo el país sin incluir cifras de las mujeres que se practican abortos clandestinos. (4) En definitiva, la estadística arroja que el aborto clandestino mata un gran número de mujeres en el mundo. De acuerdo a la OMS, las estadísticas confiables sobre el aborto son escasas, especialmente en los países donde el aborto está legalmente restringido, tal y como ocurre en nuestro país. (67)

En países en vías de desarrollo como Nicaragua donde el acceso al aborto está legalmente restringido, las mujeres se auto inducen el aborto o recurren a proveedores no calificados y luego ingresan a los servicios de salud con abortos incompletos y/o complicados. Por lo tanto, el tratamiento seguro y efectivo del aborto incompleto tiene una enorme capacidad para incidir sobre las cifras de morbi-mortalidad asociada al aborto inseguro.

Por tales razones el presente estudio se basa en realizar una revisión sobre el abordaje en el manejo del aborto incompleto en dos hospitales de referencia debido a que es el tipo más frecuente de aborto que surge de las practicas clandestina, por el motivo de ser penalizado por las leyes de nuestro país, con el fin de detectar las debilidades en el abordaje del manejo del aborto incompleto y de esa manera recomendar medidas que contribuyan a disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad materna.

IV. Planteamiento del problema.

En América Latina y el Caribe, se producen 4.140.000 abortos por año, el 95% de los cuales son clandestinos e inseguros. De las 78,000 mujeres que mueren cada año por aborto en el mundo, el 13% vive en América Latina y El Caribe; esto es, que más de 10.000 mueren cada año, o sea 28 cada día. Es decir, que en América Latina y el Caribe ese 13% equivale a 530,769 abortos anuales y en esa práctica mueren 10,000 mujeres, lo que significa que el resto de las mujeres no tuvieron problemas. (68)

En el año 2007 la fundación population council e IPAS en conjunto con el ministerio de salud de Nicaragua realizaron un estudio sobre los avances en la atención post- aborto donde se estima que durante la realización de este estudio ocurrían en Nicaragua entre 17,000 y 43,000 abortos anuales lo cual muestra un aumento en comparación con los datos obtenidos en el año 2005. (4)

Las cifras obtenidas en los centros hospitalarios en estudio a partir del año 2009 al 2013, fueron 4,394 el total de abortos en todas sus formas clínicas de los cuales 3,082 correspondieron al aborto incompleto correspondiente al 71.1%, el año que hubo la mayor cifra de aborto fue el 2011 con 951 equivalente al 21.6% del total global de los cuales 701 eran abortos incompletos, el año con la menor cifra de aborto fue el 2013 con 803 abortos el cual representa el 18.3% del total con 548 abortos incompleto, todas estas cifras se refieren al hospital Alemán Nicaragüense. A nivel del Hospital Regional Asunción de Juigalpa las cifras obtenidas en los últimos cinco años fueron un total de 1,782 abortos en todas sus formas clínicas de los cuales 1,272 fueron abortos incompletos correspondiente al 71.3% durante el año 2010 fue donde se presentó la mayor cifra con 441(24.7%) abortos de los cuales 343 eran abortos incompletos, siendo el año 2012 el que presento menores cifras con 296 abortos del total correspondiendo 194 abortos incompletos.

El propósito de este trabajo es tener un mayor conocimiento en el manejo adecuado de esta entidad clínica la cual afecta a la mujer nicaragüense, tomando como lugar de estudio dos instituciones de referencia regional y nacional la cual nos permite obtener muestra válidas, por lo cual nos planteamos el siguiente problema:

¿Cuál es el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013?

V. Objetivo general

Describir el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense y el Hospital Regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Objetivos específicos

1. Caracterizar demográficamente a las pacientes en estudios
2. Identificar los antecedentes gineco-obstétricos y médicos de las pacientes
3. Evaluar el estado general al ingreso de las pacientes.
4. Verificar cumplimiento de manejo en base a las 13 actividades plasmadas en el protocolo de atención de las complicaciones obstétricas del MINSA 2 edición

VII. Marco teórico

7.1 conceptos generales

Definición de aborto

Es la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500g. De peso, que se alcanza a las 22 semanas. (Impera el peso sobre las semanas de gestación).

Clasificación

Espontáneos: Son los que se producen de manera involuntaria sin intervenciones externas que provoquen la interrupción del embarazo.

Provocados: Son los que se producen con intervenciones externas que provocan la interrupción del embarazo:

- Aborto por indicación médica (aborto terapéutico).
- Aborto por otras causas (embarazo no deseado).

Formas clínicas del aborto

Amenaza de aborto:

Amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio, acompañado o no de sangrado transvaginal, sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea.

Aborto inminente o en curso

Se acentúan los síntomas descritos en la amenaza de aborto. Persiste dolor tipo cólico, sangrado transvaginal y el cuello uterino presenta modificaciones importantes e irreversibles.

Aborto inevitable:

Presencia de dolor y/o sangrado intenso que compromete la vida de la mujer, salida transvaginal de líquido amniótico.

Aborto frustrado, diferido o Huevo muerto retenido:

El huevo está muerto in útero, no hay signos, ni síntomas de aborto, el crecimiento uterino está detenido, los niveles de la hormona gonadotropina coriónica disminuyen. Ausencia de vitalidad fetal por ultrasonido.

Aborto incompleto:

El contenido uterino se expulsa parcialmente, el tamaño del útero se mantiene o disminuye, el cuello uterino está dilatado en sus dos orificios y persiste el sangrado.

Aborto completo:

El huevo se expulsa completamente. Ocurre en embarazos tempranos.

Aborto Séptico:

Se trata de una de las formas anteriores con un proceso infeccioso sobreagregado en la cavidad uterina o en el producto, no afecta la capa muscular del útero. Sus síntomas y signos generalmente son los de una infección leve a severa.

- Temperatura mayor a 37.5°C, se puede acompañar de malestar general, astenia, adinamia, escalofríos y mialgias.
- Metrorragia fétida y/o restos ovulares con fetidez (endometritis).
- Útero doloroso a la palpación y reblandecido (miometritis).
- Dolor a la movilización lateral del cuello (parametritis).
- El cuello generalmente se encuentra entreabierto y es posible evidenciar laceraciones, cuerpos extraños o restos ovulares.
- Dolor a la palpación del hemiabdomen inferior.

7.2 tratamiento, manejo y procedimientos en el aborto incompleto

Primer Nivel de Atención

- Canalizar con bránula No 16 o mayor calibre disponible.
- Administrar Solución Salina Normal: paciente estable 1,000 ml en 6 hrs. La reposición de líquidos se hará en dependencia del sangrado, a fin de mantener el equilibrio hemodinámico.
- Administrar dT según esquema de vacunación.
- Suspender la vía oral.
- Realización de AMEU de poder realizar este procedimiento en caso de que se tenga el equipamiento y personal capacitado

Segundo Nivel de Atención

Manejo en unidad de salud con capacidad resolutive (COE básico o COE completo)

- Ingreso a la unidad de salud
- Realizar exámenes de laboratorio: Biometría hemática completa, examen general de orina, grupo y Rh, preparar sangre y organizar donantes si requiere
- Canalizar con bránula número 16 o mayor calibre disponible.
- Administrar solución Salina Normal: Paciente estable 1,000ml en 6hrs. La reposición de liquidas se hará en dependencia del sangrado, a fin de mantener equilibrio hemodinámico.
- Investigar vitalidad ovular y/o fetal: ultrasonido (según disponibilidad del medio o la interconsulta correspondiente.)
- Administrar dT según esquema de vacunación.
- Administrar antibióticos profilácticos en la atención del aborto en el primero y segundo trimestre del embarazo: Cefazolina 1 gramo intravenoso dosis única.
- Tratar patología de base.

Si el embarazo es menor de 12 semanas:

Disponer para la evacuación del útero lo más pronto posible mediante Aspiración Manual Endouterina: la evacuación por curetaje o legrado instrumental solo debe realizarse si no está disponible la Aspiración Manual Endouterina. (AMEU)

Si la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado:

Oxitocina, 20 UI en 500ml de solución salina al 0,9% a 40 gotas por minuto y modificar según respuesta. Administrar tanto para disminuir sangrado y evacuar contenido uterino como para brindar seguridad al momento de aspiración Endouterina o legrado.

Misoprostol 400mcg, vía oral repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario (este medicamento es de uso hospitalario) y prepararse para la evacuación del útero lo más pronto posible mediante Aspiración Manual Endouterina.

Si el embarazo es mayor de 12 semanas:

- Procure la expulsión espontánea del producto de la concepción y posteriormente haga limpieza de la cavidad uterina.
- Si fuese necesario infunda oxitocina, 40 UI en 1000ml, de Solución Salina Normal o Ringer, iniciando a 40 gotas por minuto. Modificar la concentración según respuesta hasta lograr expulsión del producto.
- En embarazo 12 a 15 semanas indicar Misoprostol 400mcg, vía oral, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario.
- En embarazo mayor de 16 semanas indicar Misoprostol 200mcg, vía oral, repitiendo una dosis a las cuatro horas si se considera necesario. Este medicamento es de uso hospitalario.

- Después de la expulsión de producto y restos ovulares practicar de preferencia Aspiración Manual Endouterina (AMEU) si no logrado uterino instrumental.
- Si existe riesgo o evidencia de Sepsis tratar como aborto Séptico

Indicaciones de AMEU.

- Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina menor o igual a 12 cm y dilatación cervical menor o igual a 2 cm.
- Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.
- Aborto diferido de tamaño uterino menor o igual a 12 cm.
- En caso de enfermedad trofoblástica gestacional, independientemente del tamaño uterino.
- Embarazo anembrionado y/o huevo muerto retenido con tamaño uterino menor o igual a 12 cm y dilatación cervical menor o igual a 1,2 cm.
- Biopsia de endometrio.

Contraindicaciones de AMEU

- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- Aborto incompleto o diferido con tamaño uterino mayor de 12 cm. o dilatación cervical mayor a 1,2 cm.
- Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.

-Importante a recordar que oxitocina o misoprostol, nunca se deben administrar juntos.

-Profilaxis con vacuna Anti-D es obligatoria para todo paciente RH negativa 50 microgramos IM.

7.3 Complicaciones:

Cada una de las formas clínicas puede evolucionar a otras formas más graves del aborto:

- Hemorragia que conduzca a Shock hipovolémico.
- Perforación uterina.
- Shock séptico.
- Infertilidad.
- Lesión vaginal, vesical, uterina o intestinal.

7.4 Definición de roles por nivel de atención

Criterios de traslado

- El sangrado es persistente o se agrava.
- Los dolores en hipogastrio persisten o se Incrementan.
- Salida de líquido transvaginal.
- Fiebre.
- Agravamiento de síntomas de enfermedad de base.
- No hay condiciones para tratar el problema en el domicilio o establecimiento de salud más cercano.
- Dificultad de acceso a establecimientos de salud con capacidad resolutive.

Criterios de ALTA:

Amenaza de Aborto:

1. Desaparición de contracciones.
2. Ausencia de sangrado transvaginal.
3. Si hay remisión de los síntomas y hay vitalidad del producto, maneje ambulatoriamente.

Post-aborto

- Ausencia o mínimo sangrado transvaginal.
- Si hay remisión de los síntomas y no hay signos de infección.
- En caso de aborto séptico dar alta 72 horas después de la remisión de la sepsis y mantener antibióticos orales hasta completar siete a diez días de tratamiento según evolución y criterio clínico.
- En casos que requieran reposición de sangre dar alta posterior a transfusión sanguínea.
- Realizar contra referencia al primer nivel de atención

7.5 Educación, Promoción Y Prevención

Control y Seguimiento del Aborto en General

- Consejería y apoyo (Rehabilitación emocional).
- Detección y tratamiento de la anemia.
- Se recomienda prevenir embarazo en los seis meses subsiguientes en dependencia de sus condiciones obstétricas y de las complicaciones asociadas al aborto.
- Iniciar anticoncepción post aborto (hormonas, condones) de forma inmediata a la finalización del evento obstétrico. El Dispositivo Intrauterino (DIU) y la oclusión tubárica bilateral no deberá indicarse en los casos de abortos sépticos.
- Detectar oportunamente los signos de infección.

7.6 Anticoncepción Post Aborto

PROPÓSITO

Promover durante el proceso de atención integral del aborto, la anticoncepción post aborto, la cual debe ser ofertada respetando la elección libre e informada para prevenir los embarazos no deseados y la recurrencia abortiva fomentando la práctica de espaciamiento óptimo y facilitando el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- Informar y orientar sobre los métodos anticonceptivos y sus características en el post aborto, remarcando la importancia de la elección informada. (Incluir la información sobre Anticoncepción de Emergencia).
- Entregar el método antes del alta.
- Informar dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos.
- Orientar sobre el retorno de la fertilidad.

PROCEDIMIENTOS

Trato y comunicación entre la mujer y el/la proveedor/a de servicios

- Informar que para efecto de la anticoncepción se debe considerar el día de la evacuación uterina como el primer día del ciclo menstrual.
- La anticoncepción post aborto debe incluir todos los componentes esenciales de una buena atención.
- Es necesario recordar que la ovulación puede ocurrir luego de 11 a 14 días del aborto y que el 75% de las mujeres ovulan dentro de las primeras seis semanas posteriores al aborto.
- De preferencia, la orientación sobre anticoncepción debe realizarse antes y después del procedimiento.
- La mujer debe ser externada con un anticonceptivo entregado y referida al programa de Salud Sexual y Procreación Saludable.

Métodos de anticoncepción post-aborto

Es recomendable aplazar el reinicio de relaciones sexuales hasta que cese la hemorragia genital y desaparezcan los signos de infección (si los hubiere) y otras complicaciones.

Las mujeres pueden quedarse embarazadas casi inmediatamente después de un aborto. A menudo la ovulación ocurre a las dos semanas tras un aborto del primer trimestre y a las cuatro luego de un aborto del segundo trimestre. Es por ello que la planificación familiar debe instituirse inmediatamente luego de ocurrido un aborto del 1° ó 2° trimestre de embarazo.

Métodos de Abstinencia Periódica.

Comenzar después del 1° sangrado espontáneo posterior al aborto, Requiere de otro método alternativo (por ejemplo preservativo) o abstinencia total durante el período entre el aborto y el 1° sangrado espontáneo.

Anticoncepción Hormonal Oral Combinada de Bajas Dosis

Comenzar el mismo día de la intervención o al día siguiente. Esto es válido tanto para abortos del 1° como del 2° trimestre.

Anticoncepción Hormonal Oral sólo con progestágenos

Comenzar inmediatamente después de la intervención. Esto es válido tanto para abortos del 1° como del 2° trimestre.

Anticoncepción Hormonal Inyectable mensual o Trimestral

La aplicación inicial debe ser inmediata (1° ó 2° día post-evacuación uterina). Esto es válido tanto para abortos del 1° como del 2° trimestre.

Preservativos (condones)

Uso sin restricciones. Su utilización debe ser simultánea al reinicio de relaciones sexuales post aborto.

Dispositivos intrauterinos (DIU). La colocación debe ser inmediata, si no se presenta infección. Si su colocación debe postergarse, utilizar otra alternativa anticonceptiva. Postergar en caso de enfermedad trofoblástica gestacional. (69)

VIII. Diseño Metodológico

8.1 Tipo de estudio, lugar y periodo

Para dar respuesta a los objetivos planteados se realizó un estudio de prevalencia corte transversal, se estudió simultáneamente el manejo de pacientes atendidas con aborto incompleto en Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Regional Asunción Juigalpa durante un periodo comprendido de enero a junio 2013, estudiando al mismo tiempo el abordaje del aborto incompleto en las dos unidades hospitalarias.

El Hospital Alemán Nicaragüense fundado en el año 1985, está ubicado en la zona nororiental de Managua, en el distrito VI, cerca de la carretera norte y de muchas empresas e industrias del sector y del único aeropuerto de la ciudad. La red de salud número 4 que coordina el Hospital Alemán Nicaragüense está integrada por el hospital y cinco centros de salud; centro de salud Silvia Ferrufino, centro de salud Roger Osorio, centro de salud Villa Libertad, centro de salud Yolanda Mayorga de Tipitapa y centro de salud Francisco Matamoros de San Francisco Libre. Además el hospital mantiene coordinación con otros hospitales agudos de Managua como son La Mascota, HRCG, HALF, y Bertha Calderón. Este establecimiento atiende los distritos VI y VII, los cuales Tienen una extensión territorial de 97.5 Km², en se ubican 26 colonias, 13 barrios populares, 25 urbanizaciones progresivas, y 61 asentamientos espontáneos, está constituido por 48,006 viviendas 49,000 familias con 290,992 habitantes, 4,800 viviendas.

El Hospital Alemán Nicaragüense es un hospital general que brinda servicios en las cuatro especialidades básicas, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y durante los turnos se cuenta con 4 médicos en emergencia, 1 cirujano, 1 pediatra, 2 ginecólogos, 1 anestesiólogo, 1 internista y 4 enfermeras en emergencia. De manera general el Hospital cuenta con 7 médicos generales, 77 médicos especialista, 194 recursos de enfermería, personal de apoyo 105, y personal administrativo 195. El hospital Alemán Nicaragüense cuenta con 240 camas censables y 47 camas no censables.

El servicio de Ginecología y Obstetricia del HAN es un servicio quirúrgico que dispone de 82 camas y está dividido en 7 secciones (post quirúrgico, alto riesgo obstétrico, ginecología, puerperio fisiológico, puerperio patológico, labor y parto, emergencia obstétrica) con un Jefe de Servicio y 12 Gineco Obstetras titulares. Asimismo cuenta con recursos en formación, entre estos 32 médicos residentes y médicos internos. El servicio dispone de 2 cuartos de revisión pacientes, 1 cuarto de procedimiento, 1 cuarto de ultrasonido. El hospital dispone de 3 quirófanos para realizar sus intervenciones de cirugía mayor, un quirófano de menor o ambulatoria, así como un quirófano de urgencia.

El Hospital Asunción de Juigalpa, pertenece a la red de salud en el SILAIS Chontales. Este establecimiento atiende a 10 municipios del departamento de Chontales: Acoyapa, Comalapa, El Coral, Juigalpa, La Libertad, San Pedro de Lóvago, San Francisco de Cuapa, Santo Domingo, Santo Tomas, Villa Sandino, con una extensión territorial de 6, 481.27 kilómetros cuadrados, con una población de 355,000 habitantes; se debe mencionar que este hospital brinda atención a los municipios de Rio San Juan, Bluefields, Boaco como: El Rama, Nueva Guinea, Muelle de los Bueyes y el Ayote, Morritos, El Almendro. El Hospital Asunción se clasifica como unidad de resolución de II Nivel por ser un hospital departamental, docente, médico – quirúrgico y materno infantil. Ofrece las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía General, cardiología, Pediatría y Gineco-obstetricia. El hospital está dotado de 201 camas censables y 10 camas no censables que son: 7 camas de observación y 3 de emergencia. Cuenta con 5 quirófanos funcionando los cuales son: tres quirófanos centrales, uno de emergencia y uno de labor y parto. Además se cuenta con una sala de parto con dos expulsivos.

El servicio de Ginecología y Obstetricia del HAJ es un servicio quirúrgico que dispone de 102 camas y está dividido en 5 secciones (aro1, aro2, mater 1, mater 2, labor y parto y emergencia) con un Jefe de Servicio y 8 Gineco Obstetras titulares 3 médicos generales. Asimismo cuenta con recursos en formación, entre estos médicos internos, 2 médicos en servicio social. El servicio dispone de 2

cuarto de revisión pacientes, 1 cuarto de procedimiento. Cuenta con 5 quirófanos funcionando los cuales son: tres quirófanos centrales, uno de emergencia y uno de labor y parto. Además se cuenta con una sala de parto con dos expulsivos.

8.2 Universo.

Se incluyeron en el estudio las pacientes atendidas con aborto incompleto ingresadas en los servicios de ginecología y obstetricia de ambos hospitales de estudio desde el día 1 enero al día 30 junio del año 2013, constituyendo una población de 94 paciente en Hospital Asunción Juigalpa y 311 pacientes en Hospital Alemán Nicaragüense.

7.3 Muestra

La población diana la constituyeron pacientes con aborto incompleto que fueron atendidas en el periodo primero de enero a treinta de junio del año 2013 en los Hospitales Alemán Nicaragüense y Hospital Asunción Juigalpa. En el desarrollo de este estudio se utilizó muestreo probabilístico o aleatorio. Se dispone de listas de los individuos de la población en estudio por lo que se trata de un universo finito o contable, el tamaño de la muestra fue dado por la siguiente formula.

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

En donde:

n : es el tamaño de muestra

Z : es nivel de confianza (1.96 con una seguridad de 95%)

p : es variabilidad positiva (0.5= 50%)

q : es variabilidad negativa (0.5= 50%)

E : precisión o error (5%= 0.05)

N : tamaño de población

El tamaño de muestra n para los Hospitales Alemán Nicaragüense y Asunción Juigalpa de acuerdo al tamaño del universo N fueron $n= 172$ y $n= 75$ pacientes

atendidas con aborto incompleto en el periodo de estudio determinado, respectivamente.

8.4 Consideraciones Éticas

De acuerdo con el código penal, el artículo 143 haciendo referencia al aborto la pena para la mujer que se provoque aborto con consentimiento es de uno a tres años de prisión. Si se tratase de personal médico o sanitario la pena principal contendrá la inhabilitación de 2 a 5 años para ejercer medicina. En caso de aborto sin consentimiento el artículo 144, quien intencionalmente provoque aborto a la mujer será castigado con prisión de 3 a 6 años de prisión. Si se tratase de personal médico o sanitario la pena contemplara la inhabilitación de 4 a 7 años para ejercer la medicina o profesión sanitaria. Si el aborto se realizara con violencia, intimidación o engaño se sancionara con 6-8 años de prisión. Si se tratase de personal médico o sanitario la pena contemplara inhabilitación de 5-10 años para ejercer medicina u profesión sanitaria. Acerca del aborto imprudente el artículo 145, quien por imprudencia temeraria ocasionase aborto a la mujer será sancionado con pena de 6 meses a 1 año de prisión. Si se tratase de médico o personal sanitario la pena contemplara la inhabilitación de 1-4 años para ejercer medicina u profesión sanitaria, en estos casos la mujer quedara exenta de ser penada. Como ya se mencionó en los países donde el aborto terapéutico es ilegal, el aborto incompleto es la forma común que surge debido a prácticas clandestinas realizadas en condiciones inadecuadas, que terminan siendo admitidas en hospitales públicos. Por consideraciones prácticas y metodológicas, no se pidió consentimiento informado, ya que la investigación, no fue intrusiva de la intimidad del sujeto y no implicó ningún riesgo para las mujeres de estudio. Los datos de la presente investigación fueron recolectados de expedientes clínicos, sobre los cuales se preservó el anonimato para así garantizar la dignidad, libertad y confidencialidad de la persona.

7.5. Criterios de inclusión.

1. Haber sido ingresado en hospital Alemán Nicaragüense u Hospital Regional Asunción Juigalpa
2. Paciente que al momento del ingreso presentó aborto incompleto.
3. Haber sido intervenida* por el equipo de servicio de Gineco obstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense u Hospital Regional Asunción Juigalpa.
4. Disponer de información suficiente en expediente clínico para la elaboración del trabajo: datos administrativos, historia clínica post aborto, historia clínica general, expediente con datos relacionados con intervención, manejo, y evolución hasta egreso de paciente.

*Concepto de intervención a utilizar considera los siguientes elementos:

- Las intervenciones de una paciente, dentro del periodo de tiempo estudiado pero en ingresos diferentes, se consideran intervenciones independientes y constituirán nuevos casos

8.6 Criterios de exclusión.

1. Paciente que acudió con otras formas clínicas de aborto: amenaza de aborto, aborto inminente o en curso, aborto inevitable, aborto diferido o huevo muerto y retenido, aborto completo, aborto séptico
2. Expediente clínico con insuficiente información para la elaboración del trabajo.

8.7 Variables

Lista de variables a estudio.

Objetivo # 1 Características demográficas

- Edad
- Instrucción
- Estado civil

Objetivo #2 Antecedente Gineco-obstétricos y médico

- Gestas
- Partos
- Abortos
- Cesárea
- Nacidos Vivos
- Nacidos Muertos
- Viven
- Muertos 1ra semana
- Fin embarazo anterior
- Semanas de gestación
- Uso de Método de Planificación Familiar
- Antecedente medico

Objetivo #3 Estado general al ingreso

- Datos de Admisión
- Referida
- Tiempo traslado
- Sintomatología
- Examen Clínico
- Examen Ginecológico
- Exámenes auxiliares

Objetivo #4 Manejo en base a las 13 actividades plasmadas en el protocolo de atención de las complicaciones obstétricas del MINSA 2 edición.

- Ingreso sala ginecología
- Realizar exámenes de laboratorio BHC, EGO, tipo y RH, gonadotropina corionica humana, preparar sangre por si es necesario.
- Canalizar con bránula #16 o la de mayor calibre disponible. Para la administración 1000cc SSN en 6 horas paciente estable o en dependencia perdida hemática.
- Investigar vitalidad fetal/ovular mediante ultrasonografía
- Administrar DT según esquema
- Administrar antibiótico profiláctico, Cefazolina 1gr
- Tratar patología de base
- Evacuación uterina en embarazo menores 12 semanas.
- Evacuación uterina en embarazo mayor 12 semanas
- Realizar AMEU o Lui después de expulsión de restos ovulares
- Si existe riesgo o evidencia de sepsis tratar medicamente como aborto séptico
- Transfundir sangre si es necesario
- Alta cuando exista ausencia o mínimo sangrado, sin datos de infección, consejería y entrega de método planificación familiar seguro

8.8 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	INDICADORES	ESCALA/VALOR
Características Demográficas			
Edad	Tiempo transcurrido en años cumplidos desde nacimiento hasta momento del llenado de datos	Años	14-25 25-35 36-45
Instrucción	Grado instrucción académica de paciente reportado en historia clínica post aborto	Nivel académico alcanzado	Analfabeto Primaria Secundaria Técnico Universidad
Estado civil	Condición personal de paciente en cuanto a una relación con otra persona reportada historia clínica post aborto	Tipo de Relación	Soltera Casado Convive Otro

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	INDICADORES	ESCALA/VALOR
Antecedentes Gineco-obstétricos y Médicos			
Gestas	Número de gestaciones previas reportados en historia clínica post aborto	Numero de gestas	Primigesta, bigesta, trigesta, multigesta, gran multigesta.
Partos	Número partos por vía vaginal previos reportado en historia clínica post aborto	Número de partos	Nulíparas, múltiparas
Aborto	abortos previos reportados en historia clínica post aborto	Antecedente de aborto	Si No
Cesárea	cesáreas previas reportado en historia clínica post aborto	Antecedente de cesárea	Si No
Nacidos vivos	nacimientos vivos previos reportado en historia clínica post aborto	Antecedente de nacidos vivos	Si No
Nacidos muertos	nacimientos muertos previos reportado en historia clínica post aborto	Antecedente de nacidos muertos	Si No
Viven	hijos que actualmente viven reportado en historia clínica post aborto	Hijos vivos	Si No
Muertos 1ra semana	hijos que mueren después de una semana vida extra uterina reportado en historia clínica post aborto	Hijos muertos	Si No
Fin embarazo anterior	Periodo de finalización de embarazo anterior	Años	>2 años <2 años No aplica
Semanas de gestación	Tiempo transcurrido en semanas desde el inicio del último periodo menstrual o grado desarrollo gestacional en semanas de acuerdo a hallazgo clínicos	Semanas	<12 semanas >12 semanas
Método planificación familiar	Antecedente de uso previo de método anticonceptivo por paciente reportado en	Antecedente de uso de método anticonceptivo	SI NO

	historia clínica		
VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	INDICADORES	ESCALA/VALOR
Antecedente medico	Tipos de antecedentes médicos reportado en historia clínica post aborto	Tipos de antecedentes Médicos	Tuberculosis HTA Diabetes Infertilidad E.T.S Alergia Cirugía pélvica Falla método anticonceptivo

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	INDICADORES	ESCALA/VALOR
Estado general al Ingreso			
Datos admisión	Momento específico en que la paciente fue ingresado a unidad hospitalaria para ser intervenido	Tiempo de ingreso	Día, mes, año AM PM
Referida	Paciente fue valorada y referida en una unidad distinta	Según respuesta	Si No
Tiempo de traslado	Tiempo transcurrido por paciente desde que salió de su casa hasta el momento en que es ingresada	Horas, minutos	Según respuesta
Sintomatología	Sintomatología que presenta al ingreso reportada en historia clínica post aborto	Tipo de sintomatología	Sangrado Dolor Fiebre Desmayo Otros.

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	INDICADORES	ESCALA/VALOR
Examen clínico	Hallazgos clínicos encontrados al momento del ingreso paciente reportado en historia clínica post aborto	Signos vitales(presión arterial en milímetros mercurio, latidos por minuto, respiración por minuto, temperatura) Estado de Consciencia Inspección Piel Exploración Abdomen Examen de Tórax normal Examen de Mamas normal	Signos vitales: normal, alterados Consciencia: lucida, soporosa, excitada, coma Piel: normal, pálida, equimótica, petequias, ictericia Abdomen: normal, visceromegalia, rebote, distendido, ruidos hidroaeros ausentes Tórax: SI, No Mamas: Si, No

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	INDICADORES	ESCALA
Examen Ginecológico	Hallazgos en examen ginecológico al momento de ingreso reportado en historia clínica post aborto	Genitales Externos (normal) Vagina (normal) Cuello (cerrado) Grado de Dolor Posición Restos en cavidad uterina Fondo de saco	Genital externos, Vagina, Cuello, culdocentesis, mal olor : Si, No Grado de Dolor: leve, moderado, severo Posición: AVF, Medio, RVF Restos en cavidad uterina: Escasos, regular, abundante Fondo de saco: libre, ocupado
Exámenes Auxiliares	Resultado de conteo de leucocitos y hemoglobina en sangre reportado en historia clínica	Leucocitos: mm ³ Hemoglobina: gr/dl	Leucocitos: > 14,000mm ³ < 14, 000mm ³ Anemia: <12.5 gr/dl >12.5 gr/dl

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	INDICADORES	ESCALA/VALOR
Manejo de pacientes con aborto incompleto en base a las 13 actividades plasmadas en el protocolo de atención de las complicaciones obstétricas del MINSA 2 edición			
Ingreso sala ginecología	Se refiere si paciente fue ingresada a sala ginecología del servicio Gineco obstetricia		1 0
Exámenes de laboratorio	Pruebas de rutinas enviadas al ingreso de paciente	BHC, EGO, tipo y rh, gonadotropina coriónica humana, para preparar sangre	1 0
Canalizar con bránula #16	Canalización bránula #16 o mayor calibre para administrar 1000cc SSN en 6 horas o en dependencia perdida hemática al momento ingreso	Bránula #16 o mayor SSN 1000cc	1 0
Investigar vitalidad fetal / ovular mediante ultrasonografía	Investigar la vitalidad fetal/ ovular al momento de ingreso por ultrasonografía	Reporte Ultrasonido	1 0 No aplica
Administrar DT según esquema	Aplicar dosis vacuna antitetánica al momento de ingreso según esquema		1 0
Administrar antibiótico profiláctico, Cefazolina 1gr	Aplicar dosis única antibiótico Cefazolina 1gr previo a procedimiento	Cefazolina 1gr	1 0
Tratar patología de base	Utilizar tratamiento farmacológico para manejar patología de base solicitar valoraciones a otros servicios para manejo conjunto.	Tratamiento patología base	1 0 No aplica

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	INDICADORES	ESCALA/VALOR
Evacuación uterina Embarazo menor 12 semanas	Evacuación uterina por medio de AMEU o LUI. Si evacuación no es posible de inmediato administre oxitocina 20 UI en 500ml SSN a 40gts modificar según respuesta. Administrar para disminuir el sangrado, evacuar el contenido del útero y seguridad durante la realización de AMEU o LUI. Otra opción es misoprostol 400mcg por vía oral repetir a las cuatro horas posterior AMEU de ser necesario.	AMEU o LUI 20 UI oxitocina en 500ml SSN	1 0 No aplica
Tipo de técnica utilizada en embarazo menor 12 semanas	Evacuación uterina por medio de AMEU o LUI	Tipo de técnica	AMEU, LUI
Evacuación uterina Embarazo mayor 12 semanas	Procure expulsión espontanea del producto y posteriormente haga limpieza de cavidad. Infunda 40Ui oxitocina en 1000ml SSN o Ringer iniciando a 40 gts por minuto. Modifique concentraciones hasta que logre expulsión del producto	Expulsión Espontánea de cavidad. 40 UI oxitocina en 1000cc SSN o Ringer Anotar tipo de técnica utilizada	1 0 No aplica
Realizar AMEU o LUI después expulsión restos ovulares	Realización AMEU o LUI posterior expulsión membranas ovulares	AMEU/LUI. Anotar tipo de técnica utilizada	1 0

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	INDICADORES	ESCALA/VALOR
Riesgo o evidencia de Sepsis trata medicamento como aborto séptico	Tratamiento antibiótico posterior a evacuación uterina	Aplicación de Antibioticoterapia	1 0 No aplica
Transfundir Sangre si es necesario	Transfusión de hemocomponente según criterios transfusión	Transfusión hemocomponente	1 0 No aplica
Alta	Cuando exista ausencia o mínimo sangrado, sin datos infección, consejería y entrega de método planificación familiar seguro	Sangrado Ausencia infección Consejería Método planificación familiar Anotar método planificación	1 0 No aplica
Expediente cumple	Cuando todos los criterio se cumplen excepto los no aplica	Cumplimiento de las 13 actividades.	1 0

8.9 Fuentes de información

Datos indirectos, registrados en historias clínicas, de los cuales se utilizaron las siguientes fuentes primarias:

- Historia Clínica de las pacientes, con los que se valoraron los comentarios y planes emitidos por personal médico, los informes de exploraciones ultrasonográficas, y otras pruebas complementarias, tratamiento antibiótico, transfusiones sanguíneas cuando fueron necesarios y cualquier otro dato que pudiera aportar información sobre el tema de investigación.
- Historia Clínica Post Aborto, en este se registran datos demográficos del paciente, sus antecedentes Gineco obstétricos y médicos, datos administrativos al momento del ingreso de paciente, el estado general del paciente al ingreso basado en la sintomatología y hallazgo encontrados al examen clínico general y examen ginecológico, el resultado de exámenes de laboratorio al ingreso, datos relacionados con el procedimiento, fecha y hora, lugar de procedimiento, categoría de quien realiza procedimiento, técnica utilizada, tiempo operatorio, presencia complicaciones intraoperatoria, datos relacionados con el alta paciente.

8.10 Técnica de recolección de datos y diseño de instrumento

La recolección de datos para cada uno de las pacientes se llevó a cabo por medio de la revisión sistemática de expedientes clínicos, durante su estancia en el hospital desde su ingreso en el momento que fueron intervenidas hasta que fueron dadas de alta.

El instrumento que se utilizó fue una ficha recolección de datos estándar para ambos hospitales la cual fue validada por medio prueba piloto, el objetivo de la prueba piloto fue identificar preguntas que no se encontraran bien estructuradas o no esclarecidas a la hora de hacer la recolección de la información en los expedientes clínicos.

Esta ficha constó de cinco secciones.

La primera sección recaudó información para identificar y organizar ficha de recolección

La segunda sección recopiló información acerca de las características demográficas de paciente con aborto incompleto.

La tercera sección incluyó los antecedentes Gineco-Obstétricos y médicos de paciente con aborto incompleto.

La cuarta sección indagó acerca del estado general al ingreso de paciente con aborto incompleto.

La quinta sección evaluó el manejo en base a las 13 actividades plasmadas en el protocolo de atención de las complicaciones obstétricas del MINSA 2 edición.

8.11 Técnica y procesamiento de datos

Los datos fueron procesados en una base del programa SPSS-19. La depuración de los datos se realizó mediante la opción Análisis del mismo programa.

Para análisis univariado la información se resumió por tablas de distribución de frecuencia simple y gráficos expresados en forma de números, porcentajes y media. Para las variables continuas se establecieron diferentes puntos de corte dependiendo del tipo de variable. Para las categorías específicas del cumplimiento de manejo en base a las 13 actividades plasmadas en norma para monitoreo de aborto cada ficha que representa un expediente se le asignó un número. Se anotó **1** en la casilla correspondiente si el criterio era satisfactorio (**Se cumple**). Si el criterio no era satisfactorio (**no se cumple**), se anotó **0**. Se registró NA (**No Aplica**), en caso de que el criterio a monitorear no fuese válido en el presente caso o que no se pudiese aplicar en este nivel de atención. La casilla de **Expediente Cumple**, se marcó con **1**, solamente si el expediente cumplió todos los criterios, exceptuando los NA. El **promedio Global**, se obtuvo de dividir el **Total de Expediente Monitoreados X 100**. El promedio por criterio fue de utilidad para focalizar en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no están siendo cumplidos (**Fallos de Calidad de Atención**).

Para la prevalencia de aborto incompleto de cada hospital en estudio se calculó dividiendo el número de abortos incompletos entre la suma de casos de aborto incompleto y otras formas clínicas de aborto atendidas en periodo de estudio.

IX. Resultados.

Caracterizar demográficamente a las pacientes en estudio.

Al analizar la variable de grupo etario se encontró que el rango de edad que predominó fue de 14- 25 con 62.8 % (155) del total de la población, seguido en el rango de 26 – 35 años con 29.1%, de 36- 45(72) con 8.1% (20).

Esta misma variable según hospital dónde fueron atendidas se comportó de la siguiente manera: En el Hospital Alemán Nicaragüense, el grupo etario de 14–25 años fue de 59.9% (103) el 26-35 años 32.5% (56) y de 36-45 años 7.6%(13). En el Hospital Regional Asunción de Juigalpa predominó el grupo de 14-25 años con 69.3% (52), seguido del grupo de 26-35 años con 21.3% (16) y el de 36-45 años con 9.3% (7). (Ver anexo: Tabla 1)

En relación al nivel de escolaridad en el total de la población estudiada el 55.1% (136) tenían un nivel de secundaria, seguido de primaria con 25.9 % (64), nivel universitario 13% (32), analfabeta 3.6% (9) y técnico con 2.4% (6). En las pacientes atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense la escolaridad secundaria fue de 63.9 % (110), primaria 19.2% (33), universidad 12.8% (22), técnico 2.9% (5) y analfabeto 1.2% (2). En el Hospital Regional Asunción de Juigalpa el nivel de escolaridad que predominó fue primaria con 41.3% (31) seguido de secundaria 34.7% (26), universidad 13.3% (10), analfabeta 9.3% (7) y técnico 1.3% (1). (Ver anexo: Tabla 1)

El estado civil que más se reportó en toda las mujeres en estudio fue la convivencia mutua con 65.2% al indagar dicho estado civil según hospital se obtuvo un 69.3% en el Hospital Regional Asunción Juigalpa en comparación con un 63.4% en el Hospital Alemán Nicaragüense.

El 21.9% del total de la población de estudio eran casadas, con mayor proporción en el hospital Alemán Nicaragüense 22.7% en comparación con el HRAJ que reportó el 20%. El 12.5% del total de la población en estudio reportaron ser solteras (Ver anexo: Tabla 1)

Identificar los antecedentes gineco-obstétricos y médicos de las pacientes

El mayor porcentaje de las mujeres que acudieron a los dos centro hospitalario con aborto incompleto eran primigestas en un 34.4% (85), seguido de bigesta con 31.2% (77), trigesta 21.4% (53), granmultigesta 7.7% (19) y multigesta fue de 5.3% (13)

En el Hospital Alemán Nicaragüense se presentaron los siguientes resultados de acuerdo a las gestas: primigestas 34.3% (59), bigesta 29.7% (51), trigesta 21.5% (37), gran multigesta 8.1% (14) y multigesta 6.4% (11) mientras que en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa: primigestas 34.7% (26), bigesta 34.7% (26), trigesta 21.3% (16), gran multigesta 6.7% (5) y 2.7% (2). (Ver anexo: Tabla 2)

En ambos hospitales el 17.8% (44) de las mujeres atendidas presentaron antecedentes de aborto, de las cuales en el HAN el 15.1% habían tenido un aborto o más y en HRAJ el 24% (18) presentó algún aborto anterior. (Ver anexo: Tabla 3)

Las pacientes que tenían antecedentes de cesárea anterior fueron un 13.8% (34) y las que no tenían cesárea anterior era del 86.2% (213) del total de la población en estudio. En HAN el 18% (31) y en el HRAJ el 4% tenía antecedentes de cesárea (3) (Ver anexo: Tabla 4)

Se encontró que en toda la población una paciente presentó antecedente de nacido muerto equivalente al 0.4% dicha paciente fue atendida en el Hospital Alemán Nicaragüense. En el HRAJ no hubo ningún antecedente de nacido muerto (Ver anexo: Tabla 5)

Cuando se indagó sobre la finalización del embarazo anterior se encontró que el 42.5% (105) fue hace más de dos años, el 23.1% (57) fue menos de dos años y el 34.4% (85) no aplica porque fueron pacientes primigestas. En el HAN se reportó el 18% (31) menos de dos años de finalización del embarazo anterior, el 47.7% (82) era mayor de dos años y el 34.3% (59) no aplicaba. En el HRAJ 34.7% (26) era menor de dos años, el 30.7% (23) era mayor de dos años y el 34.7% (26) no aplicaban a dicha pregunta. (Ver anexo: tabla 6)

Al investigar sobre la edad gestacional al momento de presentar el aborto, el 84.2% (208) era menor de 12 semanas de gestación y el 15.8% (39) eran mayor de 12 semanas del total de la población en estudio. En el HAN el 83.1% (143) eran menor de 12 semanas de gestación y el 16.9% (29) resultaron mayor de 12 semanas. En el HRAJ el 86.7% (65) eran menor de 12 semanas de gestación y el 13.3% (10) corresponden a pacientes con edad gestacional mayor de 12 semanas de gestación. (Ver anexo: tabla 7)

Sobre el uso de planificación familiar en todas las mujeres estudiadas se encontró que el 81.4% (201) no usaban ningún método de planificación familiar y 18.6% (46) usaba algún método de planificación familiar. A nivel del HAN el 25.6% (44) usaba algún método de planificación familiar y el 74.4% (128) no usaban ninguno. En el HRAJ el 2.7% (2) usaba método anticonceptivo y el 97.3% (73) no planificaba con ningún método. (Ver anexo: tabla 8)

Los antecedentes patológicos que se encontraron con mayor frecuencia en la población general en estudio fueron cirugías pélvicas con 13.8% (34) seguido de otras patologías con 4.1% (10), hipertensión arterial con 2.4% (6), alergias 1.2% (3), diabetes 0.8% (2), miomatosis uterina 0.8% (2) y las que no presentaron ningún antecedente patológico personal con 76.9% (190). En el HAN se presentó de la siguiente manera 18% (31) tenían antecedente de cirugía pélvica, otras patologías 5.8% (10), hipertensión arterial crónica 2.9% (5), alergias 1.7% (3), miomatosis uterina 1.2% (2), diabetes 0.6% (1) y los que no presentaron antecedentes de ninguna patología fueron el 69.8% (120).

En el HRAJ el comportamiento de los antecedentes personales patológicos fueron los siguientes cirugía pélvica 4% (3), hipertensión arterial crónica 1.3% (1), diabetes 1.3% (1) y las que no presentaron ningún antecedente patológico en este centro hospitalario fueron el 93.3% (70) de los casos en estudio en dicho hospital. (Ver anexo: Tabla 9)

Evaluar el estado general al ingreso de las pacientes.

El 74.9%(185) del total de mujeres en estudio ingresaron en PM. Según centro Hospitalario se encontró que el 72.7% (125) de pacientes ingresadas al hospital Alemán Nicaragüense y 80.0% (60) de pacientes ingresadas al hospital regional Asunción Juigalpa fueron ingresados en horario pm. (Ver Anexo: tabla 10)

El 33.2% (82) del total de las mujeres atendidas fueron referidas a la unidad hospitalaria, encontrándose una mayor prevalencia de casos referidos en el Hospital Regional Asunción Juigalpa con 54.7% (41) comparado con el hospital Alemán Nicaragüense con un 23.8% (41) de los casos ingresados al hospital. (Ver anexo: tabla 11)

El tiempo de traslado de toda la población incluida en el estudio, desde el hogar del paciente a la unidad hospitalaria tuvo un tiempo mínimo de 10 minutos con un tiempo máximo de 4 horas, la media del tiempo de traslado fue de 58 minutos, el tiempo medio de traslado por hospital fue de 49 minutos para hospital Alemán Nicaragüense, y 1 hora y 8 minutos para el hospital regional Asunción Juigalpa. (Ver anexo: tabla 12)

Entre los signos revisados en las pacientes el sangrado se presentó en un 98.8%(244) de los casos. En el Hospital Regional Asunción Juigalpa en 100%(75) y en el Hospital Alemán Nicaragüense, en un 98.3% de los mismos (169). (Ver anexo: tabla 13)

El dolor lo refirieron un 78.9% (195), de las pacientes. En el Hospital Alemán Nicaragüense el 72.1%(124) y en Hospital Regional Asunción Juigalpa el 94.7% (71) de las pacientes presentaron dolor. (Ver anexo: tabla 13)

La fiebre se presentó en un 1.6% (4) de todas las pacientes. En el Hospital Alemán Nicaragüense el 1.7%(3) y en el Hospital Regional Asunción Juigalpa en 1.3% (1). (Ver Anexo: tabla 13)

El desmayo ocurrió en un 0.8%(2) de los casos. En el Hospital Alemán Nicaragüense en 0.6% (1) y en hospital regional Asunción Juigalpa en 1.3% (1). (Ver anexo: tabla 13)

La expulsión de restos ovulares referida por las pacientes se presentó en un 5.3%(13). En el Hospital Alemán Nicaragüense en 5.2% (9) y en Hospital Regional Asunción Juigalpa en 5.3%(4). (Ver anexo: tabla 13)

Al examen clínico del total de la población en el momento de ingreso, se encontraron signos vitales alterados en un 3.6%(9), en el hospital Alemán Nicaragüense 5.2% (9) en Hospital Regional Asunción Juigalpa el examen clínico de todas las pacientes al ingreso fue normal (Ver anexo: tabla 14)

La alteración del estado de consciencia se presentó en 0.4% (1) de la población, dicho caso ocurrió en el hospital Alemán Nicaragüense en el Hospital Regional Asunción Juigalpa no se presentó esta manifestación clínica. (Ver anexo: tabla 14)

En el 4.1% (10) de los casos se observó piel pálida, en el hospital Alemán Nicaragüense en 1.2% (2) y en Hospital Regional Asunción Juigalpa en 10.7% (8). (Ver anexo: tabla 14).El examen físico de tórax, abdomen, mamas, genitales externos y vagina fue normal en 100%(247) de la población. (Ver Anexo tabla 14)

Al examen ginecológico se encontró que el cuello uterino se encontraba abierto en 61.9% (153) del total de población, se observó mayor prevalencia casos con el cuello abierto en el Hospital Regional Asunción Juigalpa en un 86.7%(65) y en Hospital Alemán Nicaragüense el 51.2%(88). (Ver anexo: tabla 15)

Con respecto a la posición del cuello se encontró que el 55.9%(138) se encontraba en AVF, el 42.9%(106) se encontraba en posición media y el 1.2%(3) se encontraba en RVF. En el Hospital Alemán Nicaragüense el 76.2%(131) se encontraba en AVF el 22.1% (38) en posición Media y 1.7%(3) en RVF en Hospital Regional Asunción Juigalpa el 9.3% (7) se encontraba en AVF el 90.7%(68) en posición media. (Ver anexo: tabla 15)

Con respecto al grado de dolor el 68.0% (168) refirió dolor leve, el 31.2%(77) dolor moderado y un 0.8%(2) dolor intenso. En el Hospital Alemán Nicaragüense refirieron dolor leve en 75.6%(130) dolor moderado en 23.8%(41) dolor intenso 0.6%(1) en el Hospital Regional Asunción Juigalpa se presentó dolor leve en 50.7 (38) dolor moderado en 48%(36) y dolor intenso en 1.3%(1). (Ver anexo: tabla 15)

Sobre la presencia de restos ovulares en el total de la población 45.3%(112) presentaron restos en escasa cantidad, un 40.1%(99) en moderada cantidad y 14.6%(36) en abundante cantidad. En el Hospital Regional Asunción Juigalpa se

encontró restos escasos 36.6%(27) restos en regular cantidad 30.7%(23) en abundante cantidad en 33.3%(25). En el Hospital Alemán Nicaragüense se encontraron restos en escasa cantidad en 49.4% (85) en regular cantidad en 44.2% (76) un 6.4% en abundante cantidad. (11). (Ver anexo: tabla 15)

Al examinar el fondo de saco vaginal se encontró que el 2.0%(5) se encontraba ocupado. En Hospital Alemán Nicaragüense con 1.2%(2) y en Hospital Regional Asunción Juigalpa 4%(3) se encontraba ocupado. (Ver anexo: tabla 15)

En los exámenes auxiliares se encontraron conteos de leucocitos mayores de 14,000 mm³ en 10.9%(27) de casos. En Hospital Alemán Nicaragüense 7.6%(13) y en Hospital Regional Asunción Juigalpa con 18.7%(14) con leucocitos mayores de 14,000mm³. (Ver anexo: tabla 16)

En relación a los niveles de hemoglobina, se encontraron niveles menores a 12.5gr/dl en un 66.4%(164) de casos, observándose una prevalencia levemente mayor en los casos de Hospital Regional Asunción Juigalpa con un 70.7%(53) con respecto a un 64.5%(111) de los casos reportados en el hospital Alemán Nicaragüense. (Ver anexo: tabla 16)

Manejo en base a las 13 actividades plasmadas en el protocolo de atención de las complicaciones obstétricas del MINSA 2 edición.

En la primera actividad: la indicación ingreso a sala ginecología se cumplió en 99.6%(246) en el hospital Alemán Nicaragüense se cumplió en 99.4%(171) y en hospital regional Asunción Juigalpa se cumplió en un 100%(75). (Ver anexo: tabla 17)

En la segunda actividad: Realizar exámenes de laboratorio BHC, EGO, tipo y RH, gonadotropina coriónica humana, preparar sangre por si es necesario, se cumplió en un 97.6%(241) en el hospital Alemán Nicaragüense se cumplió en 96.5%(166) y en el Hospital Regional Asunción Juigalpa se cumplió en 100%(75). (Ver anexo: tabla 18)

En la tercera actividad: Canalizar con bránula #16 o la de mayor calibre disponible. Para la administración 1000cc SSN en 6 horas paciente estable o en dependencia perdida hemática, se cumplió en un 97.6%(241) en el Hospital Alemán Nicaragüense se cumplió en 96.5%(166) y en el Hospital Regional Asunción Juigalpa en un 100%(75). (Ver anexo: tabla 19)

En la cuarta actividad: La indicación investigar vitalidad fetal/ovular mediante ultrasonografía se cumplió en un 82.6%(133) de toda la población estudiada. En el Alemán Nicaragüense se cumplió en 75.9%(66) y en un 90.5%(67) en el Hospital Regional Asunción Juigalpa. (Ver anexo: tabla 20)

En la quinta actividad: La administración dT 0.5cc im según esquema se cumplió en un 51.4%(127) en ambos hospitales siendo en el Hospital Alemán Nicaragüense en 30.2%(52) y en un 100%(75) en el Hospital Regional Asunción Juigalpa. (Ver anexo: tabla 21)

En la sexta actividad: Administrar antibiótico profiláctico, Cefazolina 1gr se cumplió en un 34.4%(85) de todas las mujeres en estudio. En el hospital Alemán Nicaragüense se cumplió en 8.7%(15) y en el Hospital Regional Asunción Juigalpa 93.3% (70). Cabe mencionar que en la revisión de expedientes se encontraron otros tipos de profilaxis antibiótica; en el hospital Alemán Nicaragüense penicilina cristalina 37.2% (64) ampicilina 36% (62) gentamicina 1.2% (2) cloranfenicol 0.6% (1) y ninguna profilaxis en 16.3% (28) en el Hospital Regional Asunción Juigalpa penicilina cristalina 4% (3) ampicilina 2.7% (2) (Ver anexo: tabla 22)

En la séptima actividad: Tratar patología de base, tuvo un cumplimiento del 100% (14) en hospital Alemán Nicaragüense se cumplió 100%(12) en hospital regional Asunción Juigalpa en un 100%(2). (Ver anexo: tabla 23)

En la octava actividad: Evacuación uterina en Embarazo menor de 12 semanas se cumplió en un 98.1%(204) en hospital Alemán Nicaragüense 97.2%(139) en Hospital Regional Asunción Juigalpa 100%(65). La técnica utilizada fue AMEU en un 98.5%(205) y LUI en 1.4%(3) en el hospital Alemán Nicaragüense se realizó AMEU en 100%(143) de los casos y en hospital regional Asunción Juigalpa se realizó AMEU en un 95.4%(62) y LUI en un 4.6% (3) de las pacientes. De los casos que requirieron, oxitocina para la evacuación, su uso fue correcto en un 96.2%(101) en el hospital Alemán Nicaragüense fue correcto en 94.4%(67) en el hospital regional Asunción Juigalpa fue correcto en un 100%(34) de casos. (Ver anexo: tabla 24, 25, 26)

En la novena actividad: Evacuación uterina en embarazo mayor de 12 semanas. Se cumplió en 84.6%(33) de los casos, en el Hospital Alemán Nicaragüense en 79.3%(23) y en Hospital Regional Asunción Juigalpa se cumplió en 100%(10). El uso de oxitocina fue correcto en 82.9%(29) de los casos, en el hospital Alemán Nicaragüense se cumplió en 77.8% (21) en el Hospital Regional Asunción Juigalpa fue correcto en un 100%(8). (Ver anexo: tabla 27, 28)

El uso de misoprostol fue correcto en 100%(2) en todos los casos, en el Hospital Alemán Nicaragüense se cumplió 100% (1) en Hospital Regional Asunción Juigalpa en 100%(1). (Ver nexa tabla: 29)

En la décima actividad: Realizar AMEU o Lui después de expulsión de restos ovulares en embarazo mayor de 12 semanas. Se realizó AMEU en 41.0%(16) y LUI en 59%(23) de los casos, en el hospital Alemán nicaragüense se realizó

AMEU en 34.5%(10) y LUI en 65.5%(19), en el hospital regional Asunción Juigalpa se realizó AMEU en 60%(6) y LUI en 40%(4) de los casos. (Ver anexo: tabla 30)

En la décimo primer actividad: Si existe riesgo o evidencia de sepsis tratar medicamente como aborto séptico, se cumplió en un 96.7%(29) de todos los casos, en el Hospital Alemán nicaragüense en 95.8%(23) y en Hospital Regional Asunción Juigalpa se cumplió en 100%(1) de casos. (Ver anexo: tabla 31)

En la décimo segunda actividad: Transfundir sangre si es necesario se cumplió en 90.9%(10) de todas las pacientes. En Hospital Alemán Nicaragüense en 75.5%(3) y en Hospital Regional Asunción Juigalpa se cumplió en 100%(7) de los casos. (Ver tabla: 32)

En la décimo tercer actividad: Alta cuando exista ausencia o mínimo sangrado, sin datos de infección, consejería y entrega de método planificación familiar seguro, se cumplió en 99.6%(246) en el Hospital Alemán nicaragüense se cumplió en 99.4%(171) y en Hospital Regional Asunción Juigalpa se cumplió en 100%(75).

Con respecto a método anticonceptivo administrado a pacientes en momento del alta: Enantato noritesterona con 39.7%(98), Acetato medroxiprogesterona con 35.2%(87), Levonogestrel mas etinil estradiol con 12.1%(30), DIU con 4.9%(12), preservativo 4.0%(10), OTB 0.8%(2) y ninguno 3.2% (8). En Hospital Alemán Nicaragüense eligieron: Enantato noritesterona 47.7%(82), Acetato medroxiprogesterona con 33.1%(57), Levonogestrel mas etinil estradiol con 12.2%(21), preservativo 4.1%(7) y ninguno 2.9% (5). En Hospital Regional Asunción Juigalpa las pacientes optaron por: Acetato medroxiprogesterona 40.0%(30), Enantato Noritesterona 21.3%(16), DIU con 16%(12), Levonogestrel mas etinil estradiol con 12.0%(9) preservativo 4.0%(3), OTB 2.7%(2) y ninguno 4.0% (3). (Ver anexo: tabla 33, 34)

Expediente Cumple: el 17.8%(44) de los expedientes revisados cumple con los estándares de manejo adecuado. En el hospital Alemán Nicaragüense con cumplimiento 3.5%(6) y Hospital Regional Asunción Juigalpa con 50.7% (38) de cumplimiento.

X. Análisis de resultados.

Al analizar la edad de las pacientes en estudio predominó el rango de edad de 14 a 25 años con 62.8 % (155) el cual se relaciona con la encuesta Nacional de demografía y salud que refiere alta reproductividad en estos grupos etarios ya que contiene al grupo adolescente. Es conocido que Nicaragua tiene el primer lugar en embarazo adolescente en Latinoamérica y al respecto la ENDESA 2011 refiere que el porcentaje de adolescentes de 15-19 años que alguna vez han estado embarazadas es de 24.4 y lo cual sigue siendo un tema de preocupación en el sistema de Salud de Nicaragua. (70)

El grado de escolaridad encontrado en la población estudiada osciló entre la educación primaria y secundaria similar a lo encontrado en un estudio realizado en San Cayetano de Heredia, Perú que reportó que el grupo estudiado predominó la secundaria con un 71% seguido de la primaria con 13.2% y un 10.3% con estudios superiores (en nuestro estudio un 13%) en ambos estudios se encontró analfabetismo: en Perú en un 0.4% y en nuestra población de estudio en un 3.6%.(71)

El estado civil que mayor se presentó en nuestro estudio fue la convivencia mutua con 65.2 % (161) superando el doble del promedio Nacional que refiere que dicho estado civil es de un 33.6% seguido del estado civil casada con un 21%(70)

En relación a las gestas previas de las mujeres que cursaron con aborto incompleto, en su mayoría eran primigestas lo cual se sustenta con los antecedentes no así con la bibliografía revisada que refieren que el 81% de las pacientes también fueron primigestas seguidas de bigesta en un 7.6%. De igual manera la bibliografía revisada sobre el estudio en Perú encontró que el 89% de las pacientes no tenían antecedentes de aborto igual que nuestra población estudiada (71)

Sobre la finalización del embarazo anterior se observó que el periodo intergenesico fue corto en el HRAJ, mientras que en el HAN predominó el periodo intergenesico mayor de dos años (83%) lo que puede estar relacionado con la población atendida ya que el HRAJ atiende más población rural y es conocido que en nuestro país la fecundidad rural es más alta que la fecundidad urbana. (70)

Sobre el uso de método de planificación familiar se encontró que en su mayoría no usaban en un 81.4%(201). Un estudio realizado en Cuba reporta que los motivos más frecuentes por que las adolescentes no usaban métodos anticonceptivos eran los siguientes: 183 (50,8 %) refirieron que se les olvidaba, 55 (15,2) pacientes referían le temían, mientras que 72 (20 %) desconocían los métodos. (72)

La edad gestacional que mayor se presentó fue menor de 12 semanas de gestación con 84.2% (208) coincidente con un estudio realizado en Almería España que refiere que de 224 casos el 95% de las mujeres presentaba gestación inferior a 12 semanas.

Con los antecedentes patológicos personales se encontró que en su mayoría, 13.8% (34) había presentado alguna cirugía pélvica pero este porcentaje era mucho más marcado en el HAN con un 18% con respecto al HRJ con un 4%. Cabe señalar que dichas cirugías pélvicas se referían a cesáreas anteriores por lo cual no se relacionan con el aborto actual.

Análisis del estado general de ingreso de las pacientes.

En nuestro estudio la mayoría de las pacientes fueron admitidas en PM (74.9%) del total de la población, esto acentúa las demoras que ocurren por parte de las mujeres para la búsqueda de atención y que pueden contribuir a las complicaciones obstétricas futuras.

La población fue referida al hospital en un 33.2%, reportándose mayor prevalencia de referencia en el Hospital Asunción Juigalpa con 54.7% comparado con el Hospital Alemán Nicaragüense con un 23.8%, esto es debido a que la

mayoría de las pacientes en Managua son referidas directamente al hospital Bertha Calderón por ser el Centro de Atención Materna más especializado.

Comparando el tiempo requerido para trasladar a los pacientes desde su casa hasta la unidad hospitalaria se encontró que el tiempo fue mayor en el Hospital Regional Asunción Juigalpa con 1 hora y 8 minutos esto es debido a que esta unidad tiene una amplia cobertura de atención urbana y rural del departamento de chontales y otras zonas geográficamente alejadas fuera de los límites del departamento. En cambio en el Hospital Alemán Nicaragüense fue de 49 minutos, ya que atiende mayormente población concentrada en zona urbana. Esto evidencia las desigualdades al acceso a salud materna en zonas rurales con respecto a las zonas urbanas.

Al revisar la **Sintomatología** expresada por las pacientes en el estudio se observó que **el sangrado** se presentó en todas las pacientes en el HRAJ y en el Hospital Alemán Nicaragüense en un 98.3% lo que se corresponde con la entidad clínica de aborto incompleto que se caracteriza por persistencia del sangrado y es generalmente el primer signo identificado por la paciente (69).

El dolor se presentó de manera diferente en ambos hospitales el Hospital Alemán Nicaragüense en un 72.1% y hospital Asunción Juigalpa en un 94.7%. El grado de dolor reportado en este estudio fue dolor leve en 68.0% seguido de dolor moderado en 31.2% y dolor severo en 0.8% de los casos. Este signo además del sangrado son los más característicos en toda la literatura revisada. (69).

En general **la fiebre** al momento del ingreso, se presentó con mayor frecuencia en Hospital Alemán Nicaragüense con un 1.7% por un estrecho margen con el Hospital Asunción Juigalpa con el 1.3% lo que denota tasas más altas de mujeres admitidas con abortos incompletos complicados, pues en algunos estudios revisados se estimó que 5.7 por 1000 mujeres son admitidas por complicaciones de abortos inducidos (43)

El desmayo, tuvo una prevalencia más alta en Hospital Regional Asunción Juigalpa con 1.3% comparado con hospital Alemán Nicaragüense, es un signo de

alarma que aunque tuvo baja frecuencia es preocupante dado que el protocolo de atención refiere que todas las formas clínicas pueden evolucionar a formas más graves: hemorragia excesiva que conduzca a choque hipovolémico (69).

La expulsión de restos ovulares referido por la paciente, se presentó en un 5.3%, en ambas unidades hospitalarias se encontró el mismo porcentaje. Lo cual corresponde con la definición del aborto incompleto que es el tema de estudio.

Los signos vitales al momento del ingreso se encontraron alterados en 3.6% que se corresponde con el estudio McKee M (19), en donde pacientes con aborto incompleto con los siguientes criterios para curetaje inmediato: sangrado excesivo, anemia, signos vitales inestables o signos evidentes de infección, solo se encontraron en menos del 10% de la población de estudio.

La alteración del estado de consciencia se presentó en 0.4%, de la población lo que corresponde al 0.6% de la población del Hospital Alemán Nicaragüense. Lo que indica que casi todas las pacientes se encontraban clínicamente estables al momento del ingreso.

La palidez cutánea tuvo una prevalencia de 4.1% del total de casos, este hallazgo fue más frecuente en hospital regional Asunción Juigalpa con el 10.7% comparado con hospital Alemán Nicaragüense con el 1.2%, lo cual representa una evaluación del grado de anemia del paciente ya sea por hemorragia excesivo o por anemia preexistente. Esto de igual manera se relaciona con las demoras para el tratamiento pues como se había abordado anteriormente dicha demora es mayor en el HRAJ.

No se encontraron alteraciones en el tórax, abdomen, mamas, genitales externos y vagina, debido a que se excluyeron de este estudio el aborto séptico o complicado por lo cual no había manifestaciones clínicas en estas áreas del examen físico.

Al examen ginecológico la población a estudio se encontró que el cuello uterino estaba abierto en un 61.9%, esto significa que más de la mitad pacientes al

momento de su admisión, presentaron modificaciones cervicales lo que se corresponde con la evolución clínica del aborto incompleto en donde el cuello se dilata en sus dos orificios y expulsa parcialmente el contenido uterino (69).

Con respecto a la posición del cuello uterino en este estudio la posición más frecuente fue en AVF con 55.9%, seguida de posición media con 42.9% y en menor proporción en RVF con 1.2% lo que indica que estaba en proceso de expulsión de los restos en la mayoría de las pacientes. De estos se encontraron 45.3% en escasa cantidad seguido de restos en moderada cantidad con 40.1%, un 14.6% de población en abundante cantidad. Por lo cual la clasificación de todos los casos como aborto incompleto fue adecuada.

En los exámenes auxiliares se encontró conteo de leucocitos mayores de 14,000mm³ en 10.9% de los casos, aunque clínicamente no se comportaba como aborto séptico. Estos resultados se corresponde según el estudio Lurie et al (50) donde esta leucocitosis se tomó como un criterio diagnóstico adicional para aborto séptico, necesitando un manejo más cuidadoso y para evitar una posible complicación por infección.

En el presente estudio se encontraron niveles de hemoglobina menores a 12.5 gr/dl en 66.4%, lo que se corresponde con el estudio de Blandino y Gómez en donde la principal complicación fue la anemia. (55)

Análisis del manejo en base a las 13 actividades plasmadas en el protocolo de atención de complicaciones obstétricas de MINSA 2 edición.

La primera actividad según el protocolo orienta ingreso a Ginecología, el hospital Regional Asunción Juigalpa cumplió en un 100%, sin embargo se encontró que en él HAN se cumplió en el 99.4% .Esta indicación representa un estándar de atención, para detectar de forma temprana complicaciones como la infección y hemorragia que pueden estar presentes en un 4-10% de pacientes según revisión bibliográfica (20, 21)

Sobre el ítem exámenes de laboratorio BHC, EGO, tipo y Rh, Gonadotropina coriónica humana y preparar sangre, en el Hospital Alemán Nicaragüense se cumplió con el 96.5% comparado con el Hospital Regional Asunción Juigalpa cumplió con el 100%. En la revisión de estudios anteriores no se encontró incumplimiento de este ítem (66). El incumplimiento de cualquiera de ellos puede incidir de manera muy negativa en el manejo futuro de las complicaciones debido a que es preciso conocer tipo y RH en caso de hemorragias o Hematocrito para diagnosticar y manejar anemia así como la importancia de conocer si hay leucocitosis y el aborto está evolucionando a aborto séptico.

La tercera actividad de Canalizar con bránula #16 o mayor calibre disponible para administración de líquidos iv, en el Hospital Alemán Nicaragüense se cumplió en un 96.5% similar a lo encontrado en un estudio realizado en Guayaquil en el Hospital de Bahía de Caráquez en el año 2013 que reportó cumplimiento de este ítem en un 97.7%. (74) En este ítem el Hospital Regional Asunción Juigalpa cumplió en un 100%.

Al examinar a las pacientes al momento del ingreso e investigar vitalidad fetal/ovular por ultrasonido, en el Hospital Alemán Nicaragüense se cumplió en 75.9% comparado con Hospital Regional Asunción Juigalpa cumplió en un 90.5%. Esto es preocupante dado que estudios internacionales como el estudio prospectivo de un gran número de prácticas generales realizado en Ámsterdam comprobó que en más del 50% de los casos, el diagnóstico clínico de aborto involuntario basado en los síntomas clínicos y los hallazgos del tacto vaginal y el examen especular son inexactos, comparado con el diagnóstico basado en los hallazgos de la ecografía. (75)

Un estudio retrospectivo también informó que en el 40% de las mujeres con diagnóstico clínico de aborto completo, el curetaje uterino obtuvo productos de la concepción. Estos resultados indican que el diagnóstico clínico de aborto involuntario no es confiable y que en muchos casos es posible que el examen de

la pelvis, incluyendo el uso del espéculo, sea omitido en las mujeres clínicamente estables que en el embarazo temprano presentan hemorragia vaginal leve a moderada. En estos casos, es más útil la ecografía y debe ser la prueba principal utilizada para evaluar la viabilidad embarazo, por lo que siempre debe cumplirse en los casos que se encuentre disponible. (75)

En los resultados de la presente investigación se observó alto incumplimiento del ítem administración dT 0.5cc im el Hospital Alemán Nicaragüense (91.3%) cumplió comparado con Hospital Regional Asunción Juigalpa cuyo incumplimiento fue de solamente un 7.7%. El tétanos constituye un grave problema de salud pública de la mayoría de los países en desarrollo y en particular en Latinoamérica, en donde a pesar de la disponibilidad para llevar a cabo los programas de vacunación, la enfermedad continúa representando una causa importante de mortalidad. La misma podría evitarse poniendo énfasis en las medidas profilácticas, como la vacunación activa y una correcta higiene obstétrica. Los encargados de los cuidados de salud deben revisar el status de vacunación de todos los pacientes especialmente en mujeres con procedimientos obstétricos debido a la alta letalidad de esta enfermedad. (76)

El presente estudio se encontró incumplimiento en el ítem administrar profilaxis antibiótica con Cefazolina 1 gr pues en el Hospital Alemán Nicaragüense cumplió solamente un 8.7% comparado con el hospital regional Asunción Juigalpa con un 93.3%. El uso de antibióticos profilácticos de rutina es controversial en algunas unidades de salud se aconseja de forma rutinaria en otros solo se indica solo cuando hay signos de infección (39). Once de quince ensayos clínicos aleatorizados apoyan el uso de antibiótico profiláctico al momento de realizar AMEU o LUI (77)

Los abortos incompletos causan muchas complicaciones y las muertes de miles de mujeres por año. Las mujeres que necesitan asistencia sanitaria después de un aborto incompleto generalmente consultan por problemas de una hemorragia importante o infección. Generalmente, los antibióticos se administran cuando hay signos de

infección. La revisión de los ensayos mostró que las mujeres tienen dificultades en tomar los antibióticos y regresar para la atención, de manera que los antibióticos de dosis única pueden ser más apropiados en estas circunstancias. Los ensayos no aportaron suficientes pruebas para demostrar los efectos de la administración sistemática de antibióticos en las mujeres después del aborto incompleto. (78)

A toda la población en estudio se les trató su patología de base lo cual difiere de estudios anteriores donde la valoración por un médico especialista y tratamiento de las misma solo se cumplió en un 44.1%(66).

Se encontró incumplimiento en el ítem evacuación uterina embarazo menor de 12 semanas en el hospital Alemán Nicaragüense cumpliendo con 97.2% esto es debido que en los casos que requirieron oxitocina para evacuación su uso fue correcto en 94.4% comparado con el Hospital Regional Asunción Juigalpa que tuvo un cumplimiento del 100% debido a que el uso de oxitocina fue correcto en todos los casos que se presentaron. Se encontró relación con estudios anteriores en donde el uso correcto de oxitocina se cumplió en 95.1%(66). Es necesario el uso adecuado de la oxitocina dado que ésta se relaciona con una disminución significativa de la cantidad de sangrado posterior a la realización de AMEU o LUI (77)

En relación a la técnica utilizada se encontró que la mayoría de los casos se realizó AMEU con 98.4% y LUI en un 4.6%, según revisión bibliográfica ambos son métodos seguros y efectivos para la terminación del embarazo en el I trimestre (18).

El presente estudio encontró incumplimiento en el ítem, evacuación uterina en embarazo mayor 12 semanas en el hospital Alemán Nicaragüense cumplió con 79.3%, se encontró debilidad en el uso de oxitocina ya que este fue correcto solo en 77.8% comparado con hospital regional Asunción Juigalpa que mostró un cumplimiento del 100% el uso de oxitocina fue correcto en 100% de los casos.

En ambas unidades se reportó uso de misoprostol el cual fue aplicado de forma correcta. Esto es importante dado que El misoprostol vaginal constituye una alternativa segura, efectiva y aceptable al legrado para el tratamiento del aborto espontáneo del 1er trimestre e incrementa la disponibilidad de elección de la paciente. El perfil ideal de candidata para el tratamiento médico es: mujer joven, primigesta, sin legrados ni abortos previos. (29,30, 33, 35, 36, 79).

En llamativo que se encontró que la técnica de elección para evacuación uterina después de la expulsión de restos ovulares en embarazo mayor de 12 semanas, fue el LUI con 59% de los casos. Analizando de forma individual las dos unidades hospitalarias se encontró que la técnica de elección en el hospital Alemán Nicaragüense fue el LUI con el 65.5% comparado con el hospital regional Asunción Juigalpa en donde se realizó AMEU en el 60%. Según revisión bibliográfica el LUI se considera una técnica menos segura y más dolorosa para mujer comparado con AMEU y por lo tanto se deben realizar los esfuerzos necesarios para remplazar LUI con Aspiración al vacío (13,14), un claro ejemplo es el estudio de Koont S et al (51) en donde el LUI se sustituyó por AMEU demostrado ser una técnica segura, eficaz y costo efectiva logrando reducir la estancia hospitalaria y los costos se redujeron significativamente.

También se encontraron reportes donde hubo grave dificultad para realizar AMEU en embarazos mayores de 9 semanas (18), por lo que se deberá evaluar cada caso de forma individual tomando en cuenta la capacidad de resolución de la unidad de salud, la capacitación y habilidad del personal, ya que se encontraron estudios en donde se aplicaron LUI y Legrado uterino por aspiración y los pacientes evolucionaron sin complicaciones (57, 62).

Respecto al tratamiento del riesgo de sepsis o aborto séptico el Hospital Alemán Nicaragüense cumplió con 96.7% de los casos debido a regímenes antibióticos que no estaban de acuerdo a los protocolos de atención comparado con el Hospital Regional Asunción Juigalpa que cumplió en el 100%, este hallazgo se

encontró en estudios anteriores donde se cumplió en un 56.5% (66). Todos los pacientes con infección establecida deben ser ingresados para recibir antibioticoterapia parenteral y evacuación uterina rápida, para evitar complicaciones graves como choque séptico y síndrome de distres respiratorio y finalmente la muerte (44).

En relación a la indicación de transfundir sangre si fuera necesario el hospital Alemán cumplió en un 75.5% comparado con Hospital Regional Asunción Juigalpa cumplió con el 100%. La anemia fue una complicación frecuente en este estudio, en muchos casos con criterios de transfusión pero no se efectuó. La transfusión está totalmente indicada y es el tratamiento de elección en la anemia aguda posaborto siempre y cuando se haya realizado la evacuación del útero

El presente estudio encontró incumplimiento en los criterios al momento del alta de las pacientes el hospital Alemán Nicaragüense cumplió en 99.4% comparado con el Hospital Regional Asunción Juigalpa que cumplió en el 100%. Esto se corresponde con Jose y Suarez en donde el 38.7% no se les aplicó método planificación familiar a su egreso (66) en Delgadillo J, solo el 63,2% recibió información sobre planificación familiar (65) y en Ruiz y Gonzales en la mayoría de los casos no se les recomendó ningún método de planificación familiar al egreso.

El método anticonceptivo Enantato de noritestosterona tuvo mayor prevalencia con un 39.7% con respecto a los otros métodos ofertados a las mujeres en estudio. A diferencia de un estudio realizado en México en donde los métodos anticonceptivos de las aceptantes fueron dispositivo intrauterino en 64%, hormonales inyectadas en 16%, hormonales orales 13.33 %, oclusión tubárica bilateral en 5.33 por ciento y preservativo en 1.33 por ciento. Dicho estudio concluyó que la cobertura anticonceptiva en el postaborto inmediato puede incrementarse ofreciéndola en forma sistemática a todas las pacientes antes de que se les practique el LUI. La información debe ser clara y suficiente para disipar

dudas y temores, para ofrecer el mejor método anticonceptivo a cada paciente basado en una aceptación libre, informada y voluntaria. (AU) (80, 81)

El presente estudio encontró cumplimiento del expediente clínico según el manejo del aborto incompleto en base la norma de atención complicaciones obstétricas del Minsa 2 edición fue de 17.8%, comparado con Jose y Suárez (66) donde ningún expediente cumple con el manejo, Ramos y Ramos (60) reportaron un cumplimiento de 84.6%, Blandón et al (61) reporto un manejo adecuado en un 97.1%, Chamorro y barrios reporto un manejo adecuado en un 100%

XI. Conclusiones

1. La mayoría de las pacientes en estudios tenían edades entre los 14 a 25 años, de escolaridad secundaria, eran primigestas, sin antecedentes de aborto y con embarazo menor de 12 semanas, predominando el sangrado, el dolor y la mayoría estaban clínicamente estables.
2. El manejo de las pacientes con aborto incompleto en base a las 13 actividades plasmadas en el protocolo de atención de las complicaciones obstétricas del MINSA evidenció que el Hospital Regional Asunción Juigalpa cumplió en un 100% con diez de las 12 actividades contempladas en dicho protocolo. Y las dos actividades restantes fueron cumplidas por arriba del 90%.
3. El HAN mostró menor nivel de cumplimiento del protocolo del manejo de aborto incompleto. Sólo dos actividades obtuvieron el 100 % (Realizar AMEU o LUI después de expulsión de restos ovulares en embarazo mayor de 12 semanas y tratar patologías de base)
4. En ambos centros hospitalarios se evidenció debilidad en la cuarta actividad: realización de ultrasonidos para la confirmación del Diagnóstico de aborto incompleto (HRAJ 90.5% y HAN 75.9% respectivamente)
5. En él HAN existió niveles críticos de cumplimiento en las actividad 5 y 6 .La administración dT 0.5cc im según esquema se cumplió en 30.2% y la administración de antibiótico profiláctico, Cefazolina 1gr solamente en un 8.7% de las pacientes atendidas.
6. El HRAJ es quien más cumple el protocolo de atención de pacientes con aborto incompleto con debilidad en el acceso a Ultrasonido y la instauración de antibiótico profiláctico.

XII. Recomendaciones

Para el MINED:

- Fortalecer la de educación en salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes tanto para retrasar el inicio de la vida sexual activa como para el uso de métodos anticonceptivos.

Para el MINSA Central:

- Sensibilizar a las autoridades sobre la necesidad del diagnóstico ultrasonográfico para el correcto abordaje del aborto incompleto.
- Indagar el abastecimiento de la vacuna dT y Cefazolina que se realiza al HAN y el HRAJ para profundizar en las causas de no apegarse al protocolo.

Para los hospitales HAN y HRJ:

- Actualizar al personal del HAN sobre el protocolo del manejo del aborto incompleto y establecer monitoreo constante del cumplimiento del mismo.
- Revisar el cumplimiento de la transfusión en pacientes con anemia aguda y el tratamiento de sospecha de aborto séptico o para evitar mortalidad materna futura.
- Reforzar la consejería en anticoncepción post aborto para evitar el embarazo no deseado y el aborto recurrente

XIII. BIBLIOGRAFIA.

1. Galimberti D. y Lomuto C, Messi A, Crespo H, Lipchak D, Nigri C. (2009) Guía para el mejoramiento de la atención post- aborto/ vol. 3. Pág. 7-9/ Protocolos ministerio de salud de argentina.
2. Arreaza m. y Rodríguez J. (2010) Eficacia y seguridad del misoprostol frente a metotrexate más misoprostol para el manejo médico del aborto en Bogotá (Colombia): estudio clínico aleatorizado. /Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 4 • Octubre-Diciembre 2010 • (295-302).
3. Herrick J, Turner K, McInerney T, Castleman L. (2004) La atención post- aborto centrada en la mujer/ manual de referencia IPAS. Vol. 1 pág. 10-15.
4. Rivero-Fuentes E. Vernon R. y Solís F. (2007). Vinculación de la atención post aborto y los servicios de anticoncepción en Nicaragua/: Avances en la atención post aborto en américa latina y el caribe. IPAS / Cap. 7 pág. 57-63.
5. Blum J. /Bynum J. /Peña M. (2009) introducción / uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto/ cap. 1 pag 1 – 5.
6. Madriz J. (2011) despenalización del aborto terapéutico en el código penal de Nicaragua/ monografía
7. Kulier R et al. (2009). Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4):CD002900.
8. Niinimaki M et al. (2009). Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 114:795–804.
9. Creinin MD. (2000).Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 62:117–124.
10. Paul M et al. (2009) Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell.
11. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. (1990). Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 76:129–135.1.
12. Bartlett LA et al.(2004).Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 103:729–737.

13. Cates W, Grimes DA, Schulz KF. (2000) Abortion surveillance at CDC – creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 19:12–17.
14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2004). *the care of women requesting induced abortion*. Evidence-based guideline no. 7. London, RCOG Press.
15. Say L et al. (2005). Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1):CD003037.
16. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. (2004). Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for mid trimester abortion: a pilot randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(2):148–153.
17. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. (2008). Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1):CD006714.
18. Kulier R, Cheng L, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. (2001) Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD002900. DOI: 10.1002/14651858.CD002900
19. McKee M, Priest P, Ginzler M, Black N. (1992). Can out-of-hours operating in gynaecology be reduced? *Arch Emerg Med*, 9 pp. 290–298
20. Farrell RG, Stonington DT, Ridgeway DA. (1982). Incomplete and inevitable abortion: treatment by suction curettage in the emergency department. *Ann Emerg Med*, 11 pp. 652–658.
21. Heisterberg L, Hebjorn S, Andersen LF, Petersen H. (1986). Sequelae of induced first-trimester abortion: a prospective study assessing the role of post abort a pelvic inflammatory disease and prophylactic antibiotics. *Am J Obstet Gynecol*, 155 pp. 76–80.
22. Kurtz AB, Shlansky-Goldberg RD, Choi HY, Needleman L, Wapner RJ, Goldberg BB. (1991). Detection of retained products of conception following spontaneous abortion in the first trimester. *J Ultrasound Med*, 10 pp. 387–395.

23. Haines CJ, Chung T, Leung DY. (1994). Transvaginal sonography and the conservative management of spontaneous abortion. *Gynecol Obstet Invest*, 37 pp. 14–17
24. Nielsen S, Hahlin M. (1995), Expectant management of first-trimester spontaneous abortion. *Lancet*, 345 pp. 84–86.
25. Chipchase J, James D. (1997). Randomised trial of expectant versus surgical management of spontaneous miscarriage. *Br J Obstet Gynaecol*, 104 pp. 840–841.
26. Kulier R et al. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1):CD002855.
27. Costa SH, Vessey MP. (1993). Misoprostol and illegal abortion in Rio-De-Janeiro, Brazil. *Lancet*, 341:1258–1261.
28. Faundes A et al. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 99(Suppl. 2):S172–S177.
29. Wildschut H et al. (2010). Medical methods for mid trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,(2):CD005216.
30. . Ho PC et al. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 99(Suppl. 2):S178–S181.
31. Kapp N, Lohr PA., Ngo TD, Hayes JL. (2010) Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD007207. DOI: 10.1002/14651858.CD007207.pub2.
32. Nuthalapaty F, Ramsey P, Biggio J, Owen J. (2005). High-dose vaginal misoprostol versus concentrated oxytocin plus low-dose vaginal misoprostol form id trimester labor induction: A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*, 256 pp. 58-63.
33. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, Hob P C, Schiavon R, Weeks A. (2007).Treatment of incomplete abortion and miscarriage with Misoprostol.*Am J Obstet Gynecol*, 262 pp. 73-82.
34. Weeks A, Alia G, Blum J, Ekwaru P, Durocher P, Winikoff B *et al.* (2005). A randomized trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the

treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *ObstetGynecol*, 106 pp. 540–547.

35. Rakotovo J, Blumenthal P, Diop A, Winikoff B. (Nov 2006). Misoprostol for treatment of incomplete abortion in Madagascar. Oral presentation at XVIII Meeting of the International Federation of Gynecologists and Obstetricians (FIGO) Kuala Lumpur, Malaysia.
36. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, Sirimai S, Svirojana N. (2004) Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstet Gynecol*, 103 (2004), pp. 860–865.
37. Grimes DA, Schütz KF, Cates W. (1984). Prophylactic antibiotics for curettage abortion. *Am J Obstet Gynecol*, 15 pp. 689–694.
38. Prieto JA, Eriksen NL, Blanco ID. (1995), A randomized trial of prophylactic doxycycline for curettage in incomplete abortion. *Obstet Gynecol*, 85 pp. 692–696
39. May W, Gülmezoglu AM, Ba-Thike K. (2007) Antibiotics for incomplete abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD001779. DOI: 10.1002/14651858.CD001779.pub2
40. Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD005217. DOI: 10.1002/14651858.CD005217.pub2.
41. Pattinson RC. (última revisión: 24 de junio de 2002) Antibióticos para el aborto incompleto: Comentario de la BSR. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud
42. Singh S. (2006), Hospital admissions resulting from an safe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 368 pp. 1887–1892.
43. Goldman L.A, Garcia S.G, Diaz J. (2005). Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Reprod Health*, 2 p. 10.
44. Stubblefield P.G, Grimes D.A. (1994). Septic abortion. *N Engl J Med*, 331 pp. 310–314.
45. Brasil Ministério da Saúde. (2000) Abortamento infectado. Brasil Ministério da Saúde (Ed.) *et al.*, Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna, MS/FEBRASGO, Brasília. 13.

46. (1994). World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. WHO, Geneva.
47. Workowski K. A, Berman S.M. (2006). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep, 55 pp. 1–94.
48. French L.M, Smaill F.M. (2004). Antibiotic regimens for endometritis after delivery. Cochrane Database Syst Rev, 4 CD001067
49. Savaris RF, Moraes GS, Cristovam RA, et al. (2011). Are antibiotics necessary after 48 hours of improvement in infected/septic abortions? A randomized controlled trial followed by a cohort study. Am J Obstet Gynecol; 204:301.e1-5.
50. Lurie S, Rahamim E, Piper I, Golan A, Sadan O. (2008). Total and differential leukocyte counts percentiles in normal pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 136, pp. 16–19
51. Koontz S, Molina de Perez O, Leon K, Foster-Rosales A. (2003). Treating incomplete abortion in El Salvador: cost savings with manual vacuum aspiration. N Engl J Med, 443 pp. 1954-1965.
52. Tratamiento del aborto incompleto. (1989). IPAS- MINSA Nicaragua. Citado por: Jose C, Suarez A (2010). Cumplimiento de normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas en el abordaje del aborto. Servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Alemán Nicaragüense.
53. Vásquez, Alemán. (1992). Aspectos epidemiológicos del aborto. Hospital de Juigalpa Chontales. . Citado por Navas M (2000). Perfil epidemiológico del aborto, Hospital Alemán Nicaragüense
54. López y Castillo. (1993). Características epidemiológicas del aborto y su manejo, Hospital Pastor Jiménez Jalapa. Citado por Navas M (2000). Perfil epidemiológico del aborto, Hospital Alemán Nicaragüense.
55. Blandino y Gómez (1993). Mortalidad materna por aborto en servicio de Gineco obstetricia. Hospital san Juan de Dios Granada Nicaragua. Citado por Navas M (2000). Perfil epidemiológico del aborto, Hospital Alemán Nicaragüense.
56. Taleno V. (1992) Comportamiento del aborto inducido ilegal en la sala de complicaciones de la primera mitad del embarazo, Hospital Bertha Calderón Roque. Citado por Navas M (2000). Perfil epidemiológico del aborto, Hospital Alemán Nicaragüense

57. Ruiz y Gonzales. (1994). Características clínicas, epidemiológicas, tratamiento y evolución del aborto. Hospital de Boaco. Citado por Navas M (2000). Perfil epidemiológico del aborto, Hospital Alemán Nicaragüense.
58. Ruiz y Romero. (1995). Características clínicas, evolución y tratamiento del aborto. Hospital San Juan de Dios de Granada Nicaragua. Citado por Navas M (2000). Perfil epidemiológico del aborto, Hospital Alemán Nicaragüense.
59. Chamorro y Barrios. (1995-1998). Comportamiento clínico-epidemiológico del aborto en adolescentes. Rivas. Citado por Navas M (2000). Perfil epidemiológico del aborto, Hospital Alemán Nicaragüense.
60. Ramos S, Ramos H. (1998-1999). Comportamiento del aborto y su manejo terapéutico, Nueva Guinea. Citado por: Jose C, Suarez A (2010). Cumplimiento de normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas en el abordaje del aborto. Servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Alemán Nicaragüense.
61. Montano M (2006). Calidad de atención de aborto en Hospital Fernando Vélez Paiz. Citado por: Jose C, Suarez A (2010). Cumplimiento de normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas en el abordaje del aborto. Servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Alemán Nicaragüense.
62. Cárdenas R, Delgadillo S, Villagra M. (1996). Eficacia del legrado uterino pos aspiración en tratamiento de aborto incompleto. Hospital Alemán Nicaragüense.
63. Medrano P, Castillo M. (1999). Manejo de dolor en el legrado uterino por aspiración en pacientes que acudieron al Hospital Alemán nicaragüense en el periodo comprendido entre 1 de enero al 15 marzo de 1999.
64. Navas M. (2000). Perfil epidemiológico del aborto. Hospital Alemán Nicaragüense.
65. Delgadillo J. (2008-2009). Satisfacción de las usuarias con aborto incompleto en relación a la atención recibida en el servicio de aro i del departamento de Gineco-obstetricia del HEODRA en el periodo comprendido de abril 2008- marzo 2009.
66. Jose C, Suarez A (2010). Cumplimiento de normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas en el abordaje del aborto. Servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Alemán Nicaragüense.
67. Peña D. (2008) La despenalización del aborto: análisis y opiniones /monografía
68. Alblas M./Berer M./Bilgrami M./Cottingham J./Culwell K./Depiñeres T./ Erdman J./Casas-Becerra/Serruya S. y Fescina (2012) organización mundial de la salud.

- (OMS). Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud/ segunda edición.
69. Ministerio de salud. (2007). Dirección general de servicios de salud: Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. (2 ed.) . Managua: MINSA.
 70. Instituto Nacional de Información y Desarrollo. Nicaragua ENDESA 2011.
 71. Acho Segundo, Camposano, Canova. Revista peruana de ginecología y obstetricia. Volumen 51 # 2.año 2005.
 72. . Domínguez, Puentes Rizo, Bustamante Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López". Rev Cubana Med Gen Integr vol.28 no.4. oct.-dic. 2012, Comportamiento de la regulación menstrual en la adolescencia
 73. Barroso García, Méndez y Parrón Carreño. Revista Española de Salud Pública versión impresa ISSN 1135-5727 Rev. Esp. Salud Publica v.79 n.4 Madrid jul.-ago. 2005- interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almeria)
 74. Plus Cercado María. Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años en el Hospital de Bahía de Caraquez, Guayaquil .Septiembre 2012-febrero 2013.
 75. Davor Jurkovic, Overton, Bender-Atik BMJ 2013; 346:f3676 INTRAMED –Aborto involuntario en el primer trimestre.
 76. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina - N° 143 – Marzo 2005 Pág. 22-27
 77. Guía de referencia rápida, diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo del aborto recurrente. Consejo de salubridad general, México 2013
 78. May W, Gülmezoglu AM, Ba-Thike K. revisión sistemática COCHRANE. Julio 2008.
 79. Camacho M., Quesada J., Palomo M^a.J., Oliva J.L., Cóndor. Artículo Original Tratamiento del aborto espontáneo del primer trimestre (misoprostol vaginal vs. legrado quirúrgico): Un estudio observacional prospectivo L.M. Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga
 80. José Botella Llusíá, José A. Clavero Núñez. Tratado de Ginecología página 374

81. García Hernández, Edgardo; Montoya Manzano, Salvador; Manterola Alvarez, David. Causas de aceptación y no aceptación de métodos anticonceptivos en el postaborto inmediato /Ginecol. obstet. Méx;68(6):254-8, jun. 2000. tab

XIV. ANEXOS

14.1 Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARGUA UNAN-MANAGUA

HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE/HOSPITAL ASUNCION JUIGALPA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE EXPEDIENTES CLINICOS

ABORDAJE EN EL MANEJO DEL ABORTO INCOMPLETO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE Y HOSPITAL REGIONAL
ASUNCION DE JUIGALPA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO 2013.

I. DATOS GENERALES.

Fecha _____ #Ficha _____ #expediente _____

II. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

Edad: _____

Instrucción: analfabeta _____ primaria _____ secundaria _____ técnica _____ universidad _____

Estado civil: soltera _____ casada _____ convive _____ otro _____

III. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS Y MEDICOS

gestas _____ partos _____ abortos _____ cesárea _____ nacidos vivos _____ nacidos muertos _____
viven _____ muertos 1ra semana _____

Método de planificación familiar: si _____ no _____

Fin embarazo anterior: > 2años _____ <2años _____ no aplica _____

Semanas de gestación: <12 semanas _____ >12 semanas _____

Antecedente medico: _____ (anotar patología paciente al ingreso de hospital)

IV. ESTADO GENERAL AL INGRESO

Datos de admisión: _____ / _____ / _____ am _____ pm _____

Referida: si _____ no _____

Tiempo traslado: _____ hrs _____ min

Sintomatología: sangrado _____ dolor _____ fiebre _____ desmayo _____ otros _____

Examen clínico:

pa _____ / _____ fc _____ fr _____ temp _____ leuco _____ hgb _____

Conciencia: lucida _____ soporosa _____ excitada _____ coma _____

Piel: normal___ p lida___ equim tica___ petequias___ ictericia___

Abdomen: normal___ visceromegalia___ rebote___ distendido___ ruidos hidroaeros ausentes___

Tórax (normal): SI___ No___ Mamas (normal): SI___ NO___

EXAMEN GINECOLOGICO:

Genitales externos (normal): SI___ NO___ Vagina (normal): SI___ NO___ Cuello (cerrado) SI___ NO___

Mal olor: SI___ NO___ Culdocentesis: SI___ NO___

Dolor: leve___ moderado___ severo___

Posición: AVF___ Medio___ RVF___

Restos: escasos___ regular___ abundante___ Fondo Saco: libre___ ocupado___

V. MANEJO DE PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO EN BASE ACTIVIDADES PLASMADAS EN NORMA MONITOREÓ ABORTO

Ingreso sala ginecolog a___

Exámenes de laboratorio___ (BHC, EGO, tipo y Rh, gonadotropina corionica humana, para preparar sangre)

Canalizar bránula #16___ (#16 o mayor disponible+ SSN 1000cc)

Investigar vitalidad feta/ovular por US___

Administrar DT según esquema___

Antibiótico profiláctico Cefazolina 1gr___

Tratar patología base___

Evacuación uterina embarazo <12 semanas___ (anotar técnica utilizada) _____

Evacuación uterina embarazo >12 semanas___ (anotar técnica utilizada)

Realizar AMEU o LUI posterior expuls n membranas ovulares___ (anotar técnica)

Riesgo o evidencia sepsis tratar medicamento como aborto s ptico___ (anotar antibióticos y días cumplidos) _____

Transfundir sangre si es necesario___

Alta___ (anotar método planificación) _____

Expediente Cumple_____

14.2 Anexo 2: Tablas

Tabla # 1

Caracterización demográfica en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Variables	HRAJ		HAN		TOTAL	
Edad	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
14-25	52	69.3	103	59.9	155	62.8
26-35	16	21.3	56	32.5	72	29.1
36-45	7	9.3	13	7.6	20	8.1
Total	75	100	172	100	247	100
ESCOLARIDAD						
Analfabeta	7	9.3	2	1.2	9	3.6
Primaria	31	41.3	33	19.2	64	25.9
Secundaria	26	34.7	110	63.9	136	55.1
Técnico	1	1.3	5	2.9	6	2.4
Universidad	10	13.3	22	12.8	32	13
Total	75	100	172	100	247	100
ESTADO CIVIL						
Soltera	8	10.7	23	13.4	31	12.5
Casada	15	20	39	22.7	54	21.9
Convive	52	69.3	109	63.4	161	65.2
Otro	0	0	1	0.6	1	0.4
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 2

Gesta previa según abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

GESTA	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Primigesta	26	34.7	59	34.3	85	34.4
Bigesta	26	34.7	51	29.7	77	31.2
Trigesta	16	21.3	37	21.5	53	21.4
Multigesta	2	2.7	11	6.4	13	5.3
Gran multigesta	5	6.7	14	8.1	19	7.7
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA #3

Antecedentes de abortos según estudio sobre abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

ANTECEDENTE DE ABORTOS	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
SI	18	24	26	15.1	44	17.8
NO	57	76	146	84.9	203	82.2
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 4

Antecedentes de cesáreas según abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

ANTECEDENTE DE CESAREA	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
SI	3	4	31	18.00	34	13.8
NO	72	96	141	82.00	213	86.2
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 5

Antecedentes de nacidos en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

ANTECEDENTES DE NACIDOS	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Nacidos Vivos	39	52	106	61.6	145	58.7
Nacidos muertos	0	0	1	0.6	1	0.4
No aplica	36	40	65	37.8	101	40.9
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 6

Fin de embarazo anterior en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

FIN DE EMBARAZO ANTERIOR	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Menor de 2 años	26	34.7	31	18.0	57	23.1
Mayor de 2 años	23	30.7	82	47.7	105	42.5
No aplica	26	34.7	59	34.3	85	34.4
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 7

Semanas de Gestación en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

SEMANAS DE GESTACION	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Menor de 12 semanas	65	86.7	143	83.1	208	84.2
Mayor de 12 semanas	10	13.3	29	16.9	39	15.8
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 8

Método de Planificación en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

METODO DE PLANIFICACION	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
SI	2	2.7	44	25.6	46	18.6
NO	73	97.3	128	74.4	201	81.4
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 9

Antecedentes médicos en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

ANTECEDENTES MEDICOS	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Hipertensión	1	1.3	5	2.9	6	2.4
Diabetes	1	1.3	1	0.6	2	0.8
Alergias	0	0	3	1.7	3	1.2
Cirugías pélvicas	3	4	31	18.0	34	13.8
Miomatosis	0	0	2	1.2	2	0.8
Otras	0	0	10	5.8	10	4.1
Ninguna	70	93.3	120	69.8	190	76.9
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 10

Hora de admisión en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

DATOS DE ADMISION	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
AM	15	20	47	27.3	62	25.1
PM	60	80	125	72.7	185	74.9
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 11

Referencia en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

REFERIDA	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
SI	41	54.7	41	23.8	82	33.2
NO	34	45.3	131	76.2	165	66.8
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla # 12

Tiempo de traslado en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Tiempo de Traslado			
	HRAJ	HAN	TOTAL
Media	01:08	00:49	00:58
Mínimo	00:30	00:10	00:10
Máximo	02:30	04:00	04:00

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 13

Sintomatología de las pacientes en el estudio sobre abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

SANGRADO	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
SI	75	100	169	98.3	244	98.8
NO	0	0	3	1.7	3	1.2
Total	75	100	172	100	247	100
DOLOR						
SI	71	94.7	124	72.1	195	78.9
NO	4	5.3	48	27.9	52	21.1
TOTAL	75	100	172	100	247	100
FIEBRE						
SI	1	1.3	3	1.7	4	1.6
NO	74	98.7	169	98.3	243	98.4
TOTAL	75	100	172	100	247	100
DESMAYO						
SI	1	1.3	1	0.6	2	0.8
NO	74	98.7	171	99.4	245	99.2
TOTAL	75	100	172	100	247	100
OTROS						
SI	4	5.3	9	5.2	13	5.3
NO	71	94.7	163	94.8	234	94.7
TOTAL	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 14

Examen clínico realizado en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

EXAMEN CLINICO	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
SIGNOS VITALES						
Normal	75	100	163	94.8	238	96.4
Alterada	0	0	9	5.2	9	3.6
Total	75	100	172	100	247	100
ESTADO DE CONCIENCIA						
Lúcida	75	100	171	99.4	246	99.6
Soporosa	0	0	1	0.6	1	0.4
Total	75	100	172	100	247	100
PIEL						
Normal	67	89.3	170	98.8	237	95.9
Pálida	8	10.7	2	1.2	10	4.1
Total	75	100	172	100	247	100
ABDOMEN NORMAL						
Si	75	100	172	100	247	100
No	0	0	0	0	0	0
Total	75	100	172	100	247	100
TORAX NORMAL						
Si	75	100	172	100	247	100
No	0	0	0	0	0	0
Total	75	100	172	100	247	100
MAMAS NORMAL						
Si	75	100	172	100	247	100
No	0	0	0	0	0	0
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA #15

Examen ginecológico realizado en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

EXAMEN GINECOLOGICO	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
GENITALES EXTERNOS NORMALES						
Si	75	100	172	100	247	100
No	0	0	0	0	0	0
Total	75	100	172	100	247	100
VAGINA NORMAL						
Si	75	100	172	100	247	247
No	0	0	0	0	0	0
Total	75	100	172	100	247	100
CUELLO						
Cerrado	10	13.3	84	48.8	94	38.1
Abierto	65	86.7	88	51.2	153	61.9
Total	75	100	172	100	247	100
GRADO DE DOLOR						
Leve	38	50.7	130	75.6	168	68.0
Moderado	36	48.0	41	23.8	77	31.2
Intenso	1	1.3	1	0.6	2	0.8
Total	75	100	172	100	247	100
POSICION						
AVF	7	9.3	131	76.2	138	55.9
Medio	68	90.7	41	23.8	109	44.1
Total	75	100	172	100	247	100
RESTOS						
Escasos	27	36.0	85	49.4	112	45.3
Regular	23	30.7	76	44.2	99	40.1
Abundante	25	33.3	11	6.4	36	14.6

Total	75	100	172	100	247	100
FONDO DE SACO						
Libre	72	96	170	98.8	242	98.0
Ocupado	3	4	2	1.2	5	2.0
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA #16

Exámenes auxiliares realizado en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

EXAMENES AUXILIARES	HRAJ		HAN		TOTAL	
LEUCOCITOS	Frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
Menor de 14000	61	81.3	153	89.0	214	86.6
Mayor de 14000	14	18.7	13	7.5	27	10.9
No aplica	0	0	6	3.5	6	2.5
Total	75	100	172	100	247	100
HEMOGLOBINA						
Menor de 12.5 gr/dl	53	70.7	111	64.5	164	66.4
Mayor de 12.5 gr/dl	22	29.3	55	32.0	77	31.2
No aplica	0	0	6	3.5	6	2.4
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 17

Ingreso a ginecología en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

INGRESO A GINECOLOGIA	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
SI	75	100	171	99.4	246	99.6
NO	0	0	1	0.6	1	0.4
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA #18

Exámenes de Laboratorio en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

EXAMENES DE LABORATORIO	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
SI	75	100	166	96.5	241	97.6
NO	0	0	6	3.5	6	2.4
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 19

Canalizar con bránula # 16 en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

CANALIZAR CON BRANULA #16	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
SI	75	100	166	96.5	241	97.6
NO	0	0	6	3.5	6	2.4
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA #20

Investigar Vitalidad Fetal/ Ovular mediante ultrasonografía en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

ULTRASONIDO	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
SI	67	89.4	66	38.4	133	53.9
NO	7	9.3	21	12.2	28	11.3
NO APLICA	1	1.4	85	49.4	86	34.8
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 21

Administrar DT según esquema en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

ADMINISTRAR DT	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
SI	75	100	52	30.2	127	51.4
NO	0	0	120	69.8	120	48.6
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 22

Administrar antibiótico profiláctico, Cefazolina 1 gramo el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

ANTIBIOTICO	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Cefazolina	70	93.3	15	8.7	85	34.4
P. Cristalina	3	4	64	37.2	67	27.1
Ampicilina	2	2.7	62	36	64	25.9
Gentamicina	0	0	2	1.2	2	0.8
Cloranfenicol	0	0	1	0.6	1	0.4
Ninguno	0	0	28	16.3	28	11.4
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 23

Tratar patología de base en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

TRATAR PATOLOGIA DE BASE	HRAJ		HAN		TOTAL	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
SI	2	2.7	12	7.0	14	5.7
NO	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	73	97.3	160	93.0	233	94.3
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 24

Evacuación Uterina Embarazo menor 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Evacuación Menor 12	HRAJ		HAN		Total	
	frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
SI	65	100.0	139	97.2	204	98.1
No	0	.0	4	2.8	4	1.9
total	65	100	143	100.0	208	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA# 25

Tipo de Técnica utilizada en embarazo menor 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Tipo de Técnica utilizada Menor 12 semanas	HRAJ		HAN		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
AMEU	62	95.4	143	100	205	98.6
LUI	3	4.6	0	0	3	1.4
Total	65	100	143	100	208	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA # 26

Uso Correcto de oxitocina en embarazo menores de 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Uso correcto Oxitocina menor 12 semanas	HRAJ		HAN		Total	
	frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
Si	34	100.0	67	94.4	101	96.2
No	0	0	4	5.6	4	3.8
Total	34	100	71	100.0	105	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla# 27

Evacuación Uterina en Embarazo Mayor 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Evacuación uterina mayor 12 semanas	HRAJ		HAN		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	10	100	23	79.3	33	84.6
No	0	0	6	20.7	6	15.4
Total	10	100	29	100	39	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla# 28

Uso correcto de oxitocina en embarazo mayor de 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Uso correcto de oxitocina mayor 12 semanas	HRAJ		HAN		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Si	8	100	21	77.8	29	82.9
No	0	0	6	22.2	6	17.1
Total	8	100	27	100	35	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla# 29

Uso correcto de misoprostol en embarazo mayor de 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Uso Correcto de Misoprostol mayor 12 semanas	HRAJ		HAN		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Si	1.0	100	1	100	2	100
No	.0	0	0	0	0	0
Total	1.0	100	1	100	2	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla# 30.

Realizar AMEU o LUI después de expulsión de restos ovulares en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Realizar AMEU o LUI	HRAJ		HAN		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
AMEU	6	60.0	10	34.5	16	41.0
LUI	4	40.0	19	65.5	23	59.0
Total	10	100.0	29	100.0	39	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla# 31

Riesgo o evidencia de sepsis tratar medicamente como aborto séptico, en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Riesgo de sepsis tratar como aborto séptico	HRAJ		HAN		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Si	6	100	23	95.8	29	96.7
No	0	0	1	4.2	1	3.3
Total	6	100	24	100.0	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla# 32

Transfundir sangre si es necesario, en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Transfundir	HRAJ		HAN		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Si	7	100	3	75.0	10	90.9
No	0	0	1	25.0	1	9.1
Total	7	100	4	100.0	11	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla# 33

Alta en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Criterios	HRAJ		HAN		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Alta						
Si	75	100	171	99.4	246	99.6
No	0	0	1	0.6	1	0.4
Total	75	100	172	100	247	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla# 34

Método anticonceptivo en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

Método anticonceptivo	HRAJ		HAN		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Medroxiprogesterona	30	40.0	57	33.1	87	35.2
Enantato Noritectorana + estradiol valerato	16	21.3	82	47.7	98	39.7
Preservativo	3	4.0	7	4.1	10	4.0
Levonogestrel+ Etinilestradiol	9	12.0	21	12.2	30	12.1
DIU	12	16.0	0	.0	12	4.9
Ninguno	3	4.0	5	2.9	8	3.2
OTB	2	2.7	0	.0	2	.8
Total	75	100.0	172	100.0	247	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla# 35

Expediente Cumple en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

	HRAJ		HAN		Total	
Expediente Cumple	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Si	38	50.7	6	3.5	44	17.8
No	37	49.3	166	96.5	203	82.2
Total	75	100.0	172	100.0	247	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

14.3. Anexo 3: Gráficos.

Grafico 1. Porcentaje pacientes que se ingresaron a sala de ginecología en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

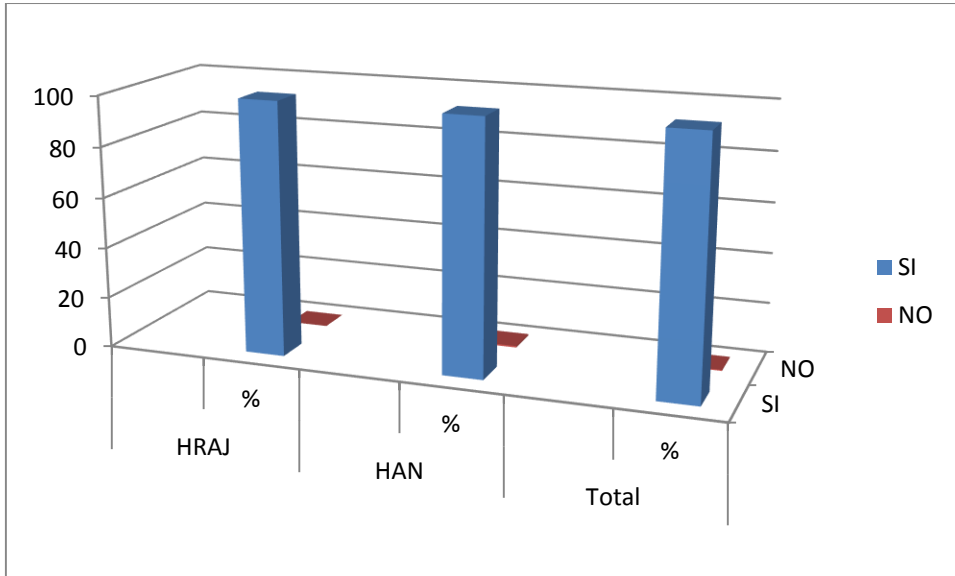


Grafico 2: Porcentaje de pacientes a las que se les realizo exámenes de laboratorio en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

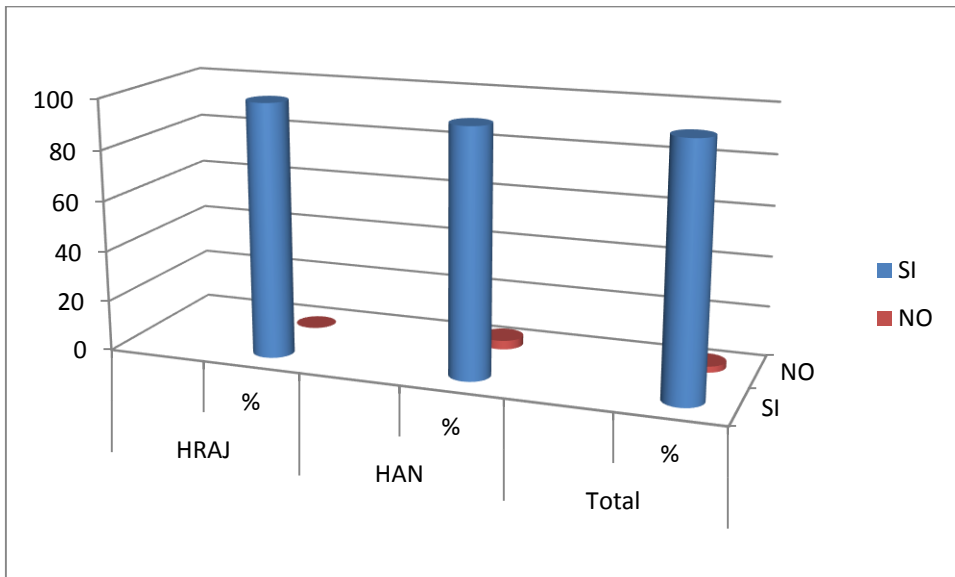


Grafico 3: Porcentaje de pacientes a la que se canalizo con branula # 16 ovulares en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

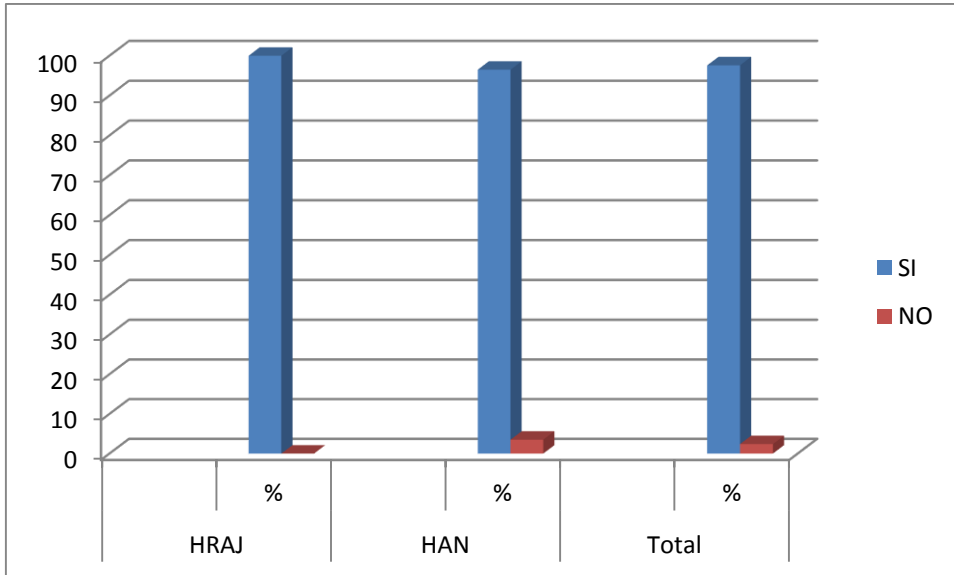


Grafico 4: porcentaje pacientes las cuales se investigó vitalidad fetal/ovular mediante ultrasonografía en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

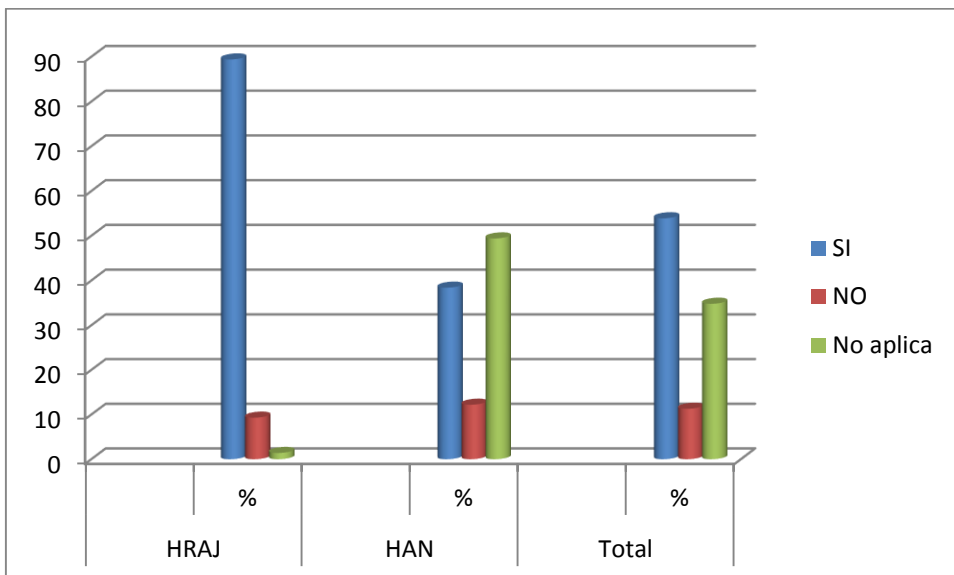


Grafico 5: Porcentaje pacientes a las que se les aplico DT según esquema en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

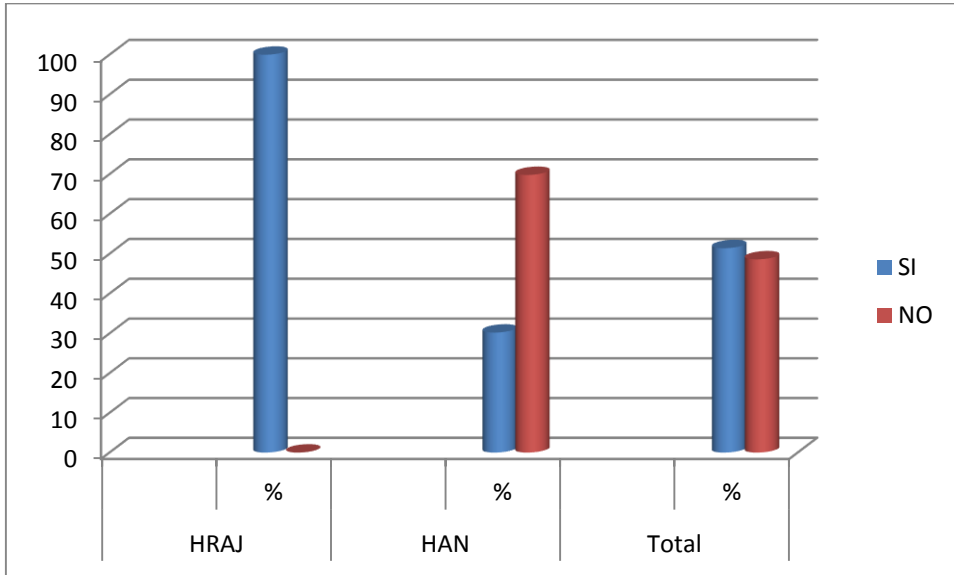


Grafico 6: Porcentaje pacientes que recibieron antibiótico profiláctico, Cefazolina 1 gramo el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

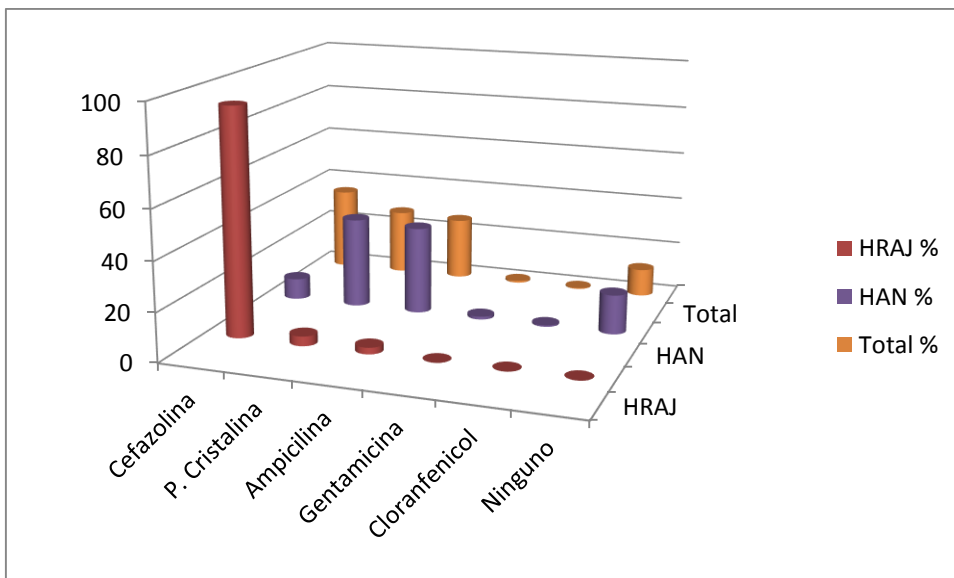


Grafico 7: Porcentaje pacientes las cuales se trató patología de base en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

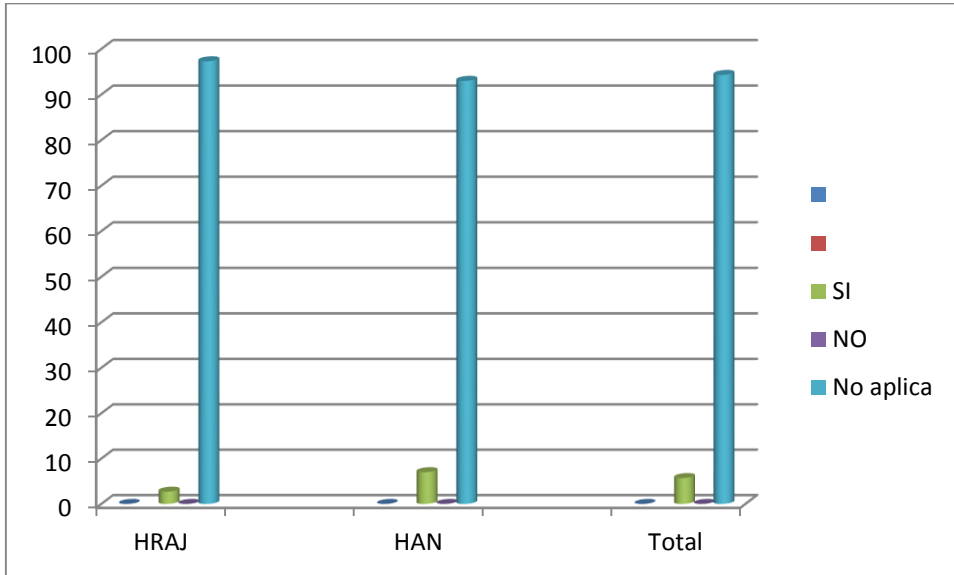


Grafico 8: Evacuación Uterina Embarazo menor 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

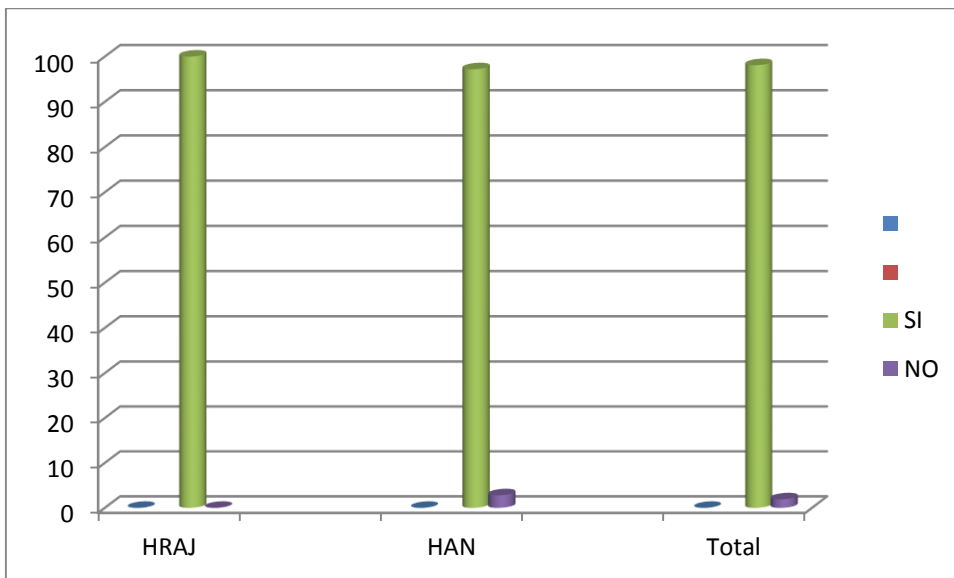


Grafico 9: Tipo de Técnica utilizada en embarazo menor 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

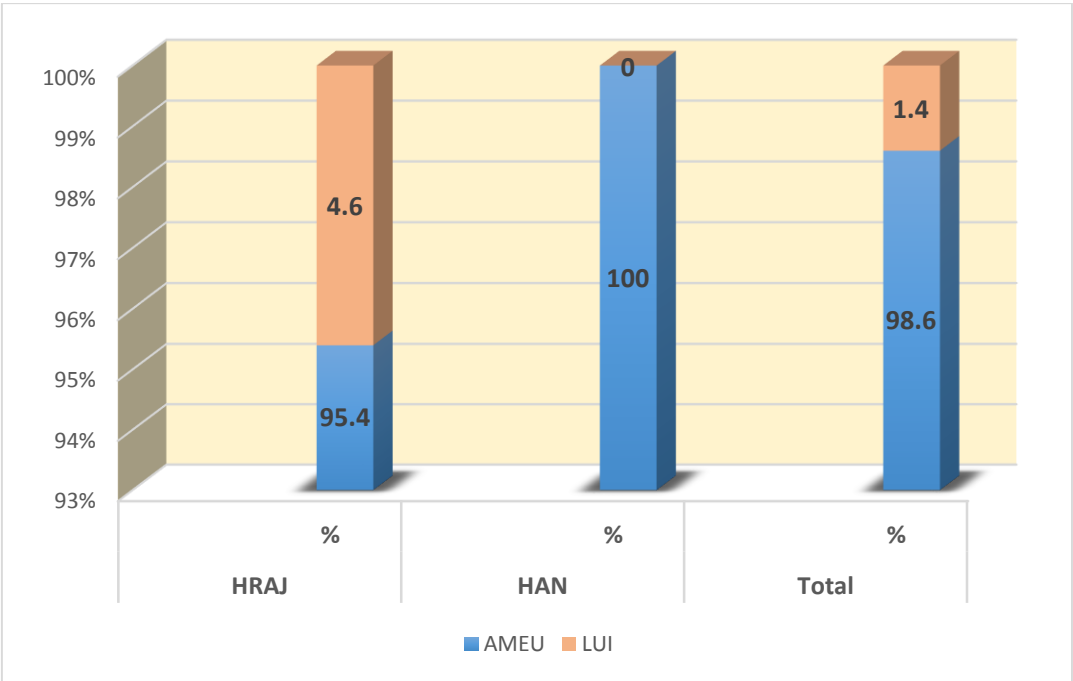


Grafico 10: Uso Correcto de oxitocina en embarazo menores de 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

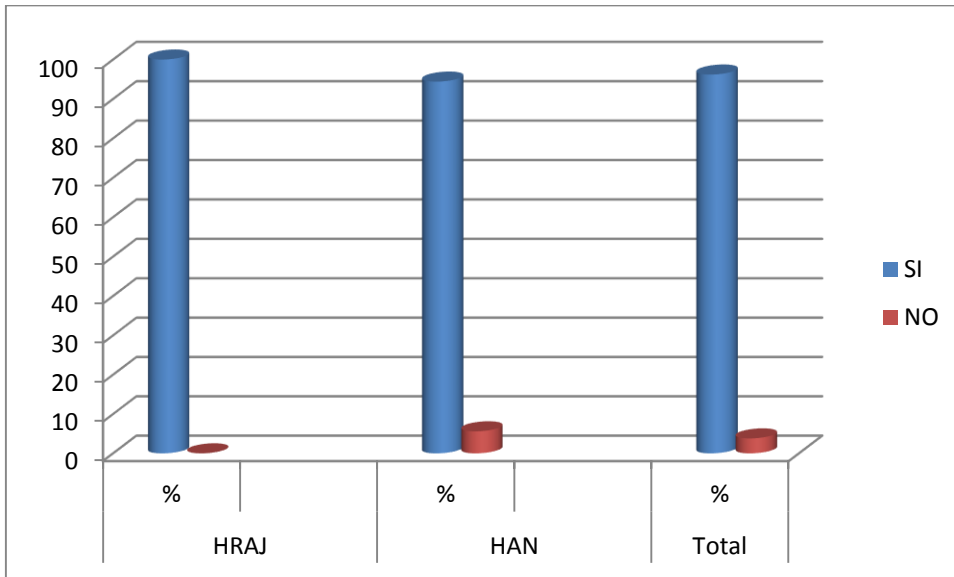


Grafico 11: Evacuación Uterina en Embarazo Mayor 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

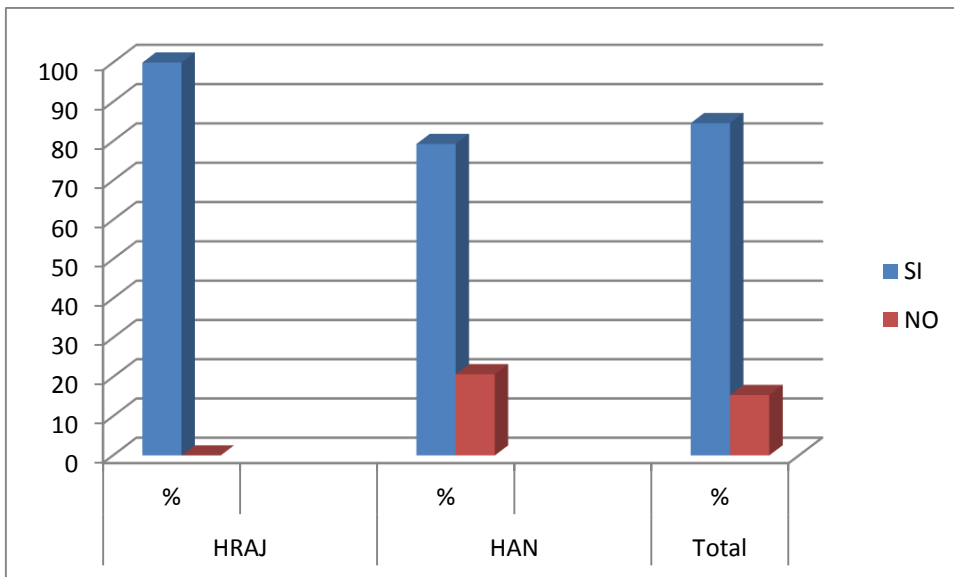


Grafico 12: Uso correcto de oxitocina en embarazo mayor de 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

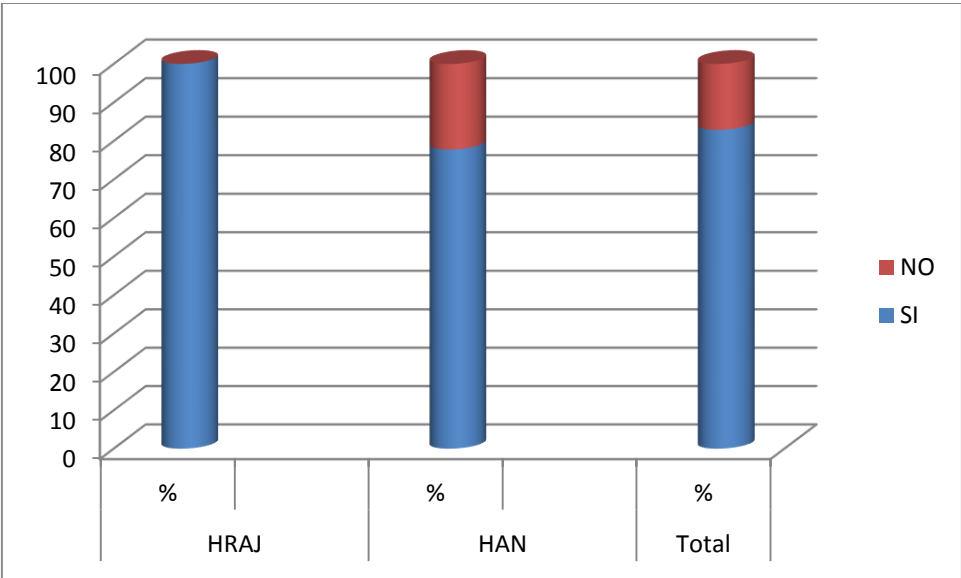


Grafico 13: Uso correcto de misoprostol en embarazo mayor de 12 semanas en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

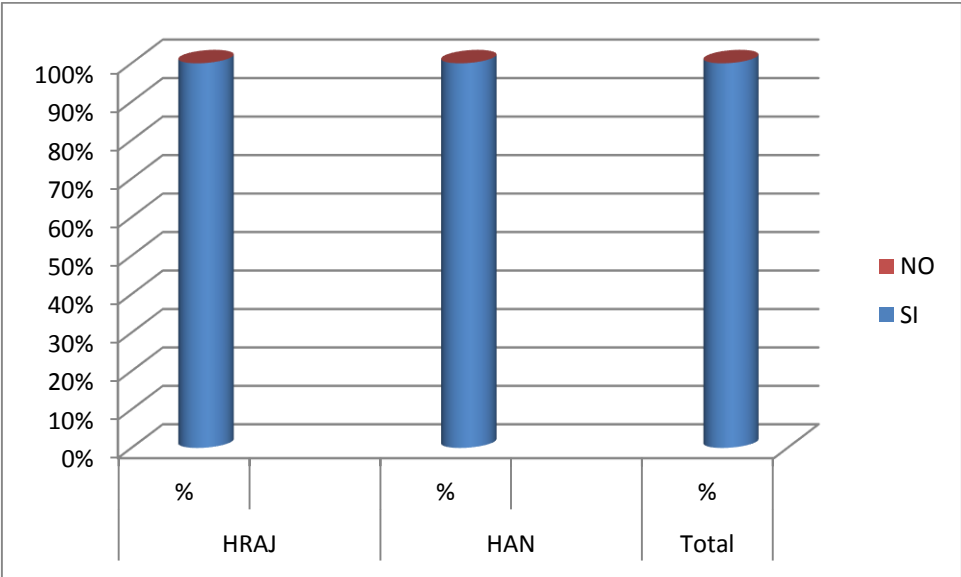


Gráfico 14: Porcentaje de pacientes a las que se les realizó AMEU o LUI después de expulsión de restos ovulares en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

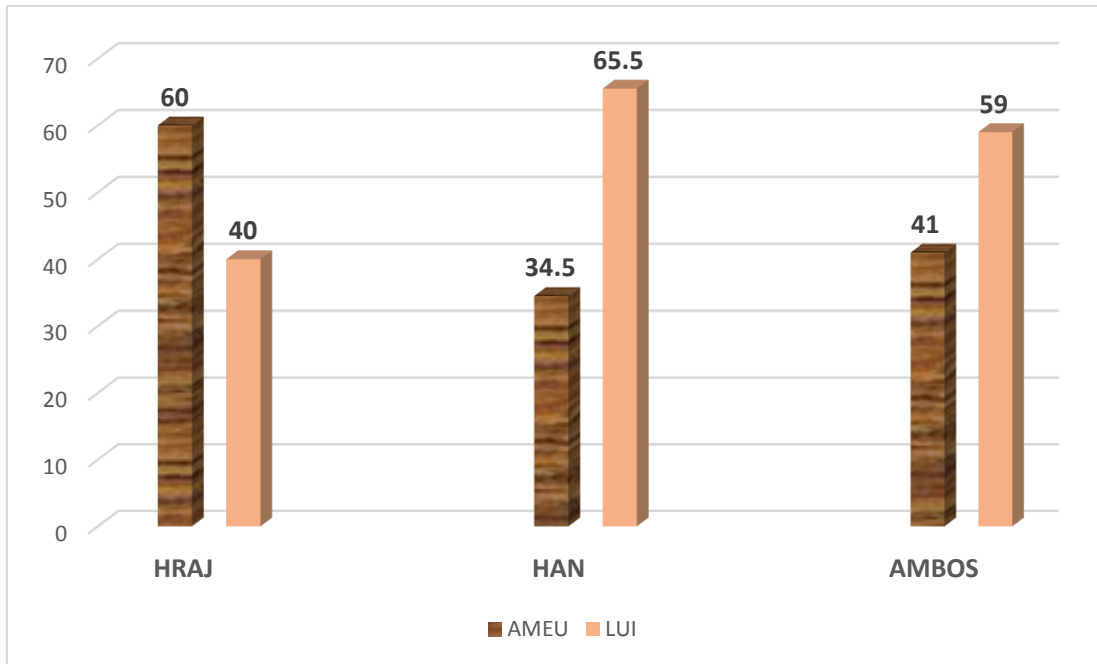


Grafico 15: porcentaje pacientes con riesgo o evidencia de sepsis y fueron tratados medicamente como aborto séptico, en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

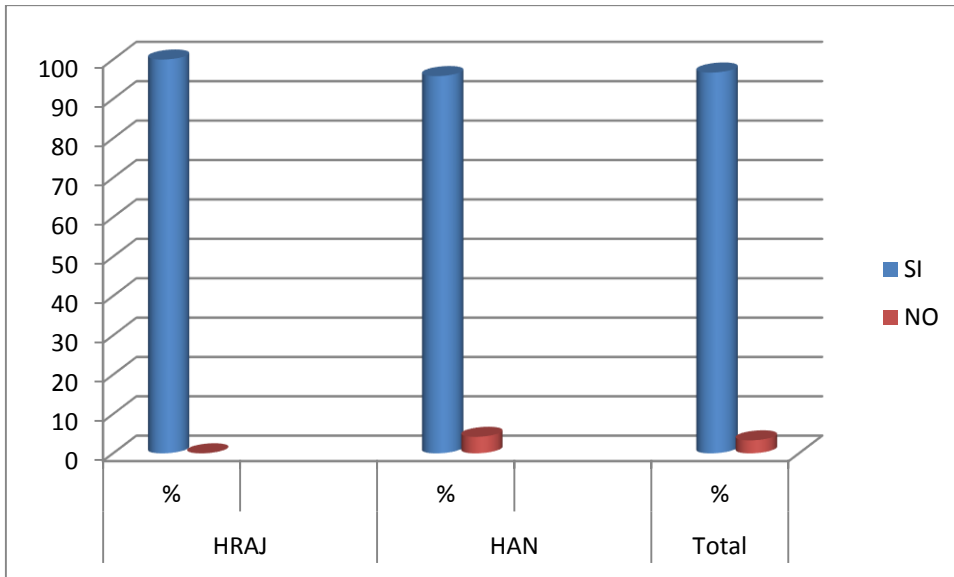


Grafico 16: Transfundir sangre si es necesario, en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

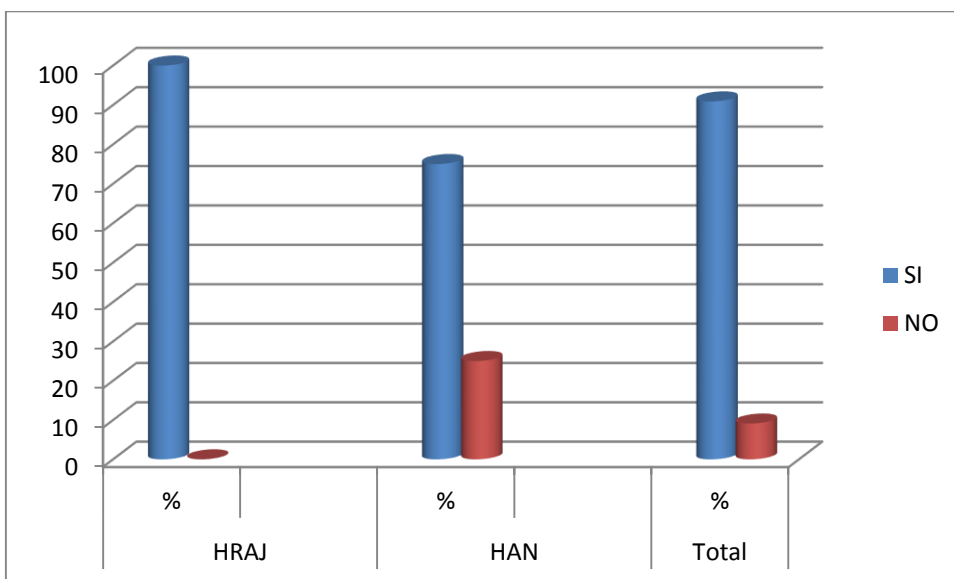


Grafico 17: Alta en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

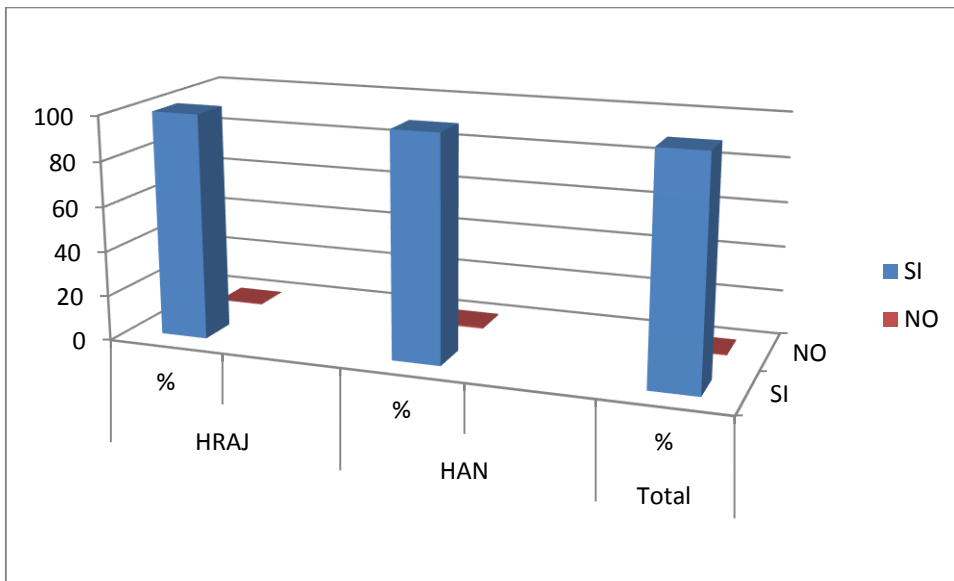


Grafico 18: Método anticonceptivo en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

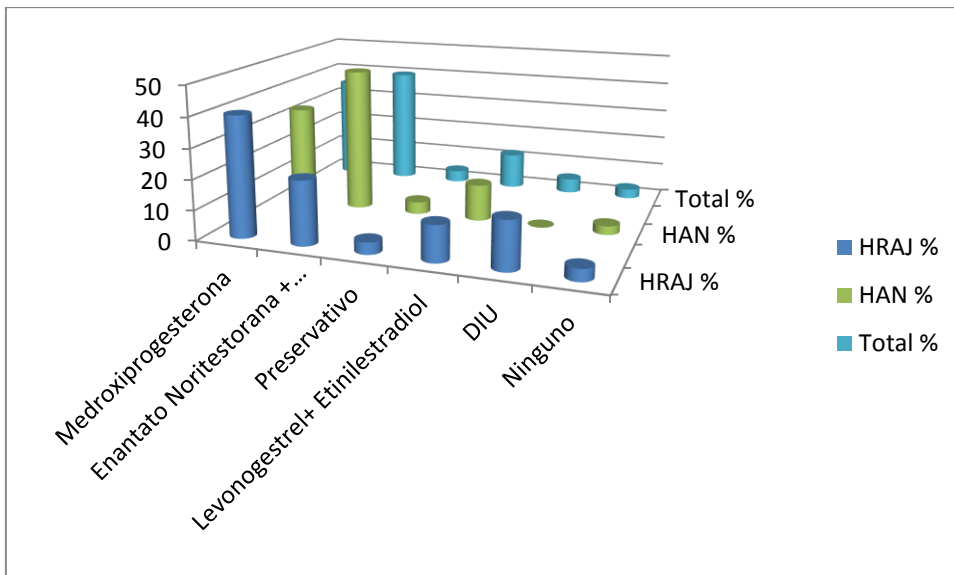


Grafico 19: Expediente Cumple en el abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y hospital regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013.

