



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

“PREVALENCIA Y MANEJO DEL ABORTO DIFERIDO EN
MUJERES DE 15 – 35 AÑOS”

TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OPTAR POR

EL GRADO DE MÉDICO
AUTOR(A):

KEVIN PATRICIO SOTO ALMEIDA

TUTOR:
DR. MAXWELL RODRIGUEZ ORTIZ

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017- 2018



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

“PREVALENCIA Y MANEJO DE ABORTO DIFERIDO EN
MUJERES DE 15 – 35 AÑOS”

AUTOR(A):

KEVIN PATRICIO SOTO ALMEIDA

TUTOR:

DR. MAXWELL RODRIGUEZ ORTIZ

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017 - 2018

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	“PREVALENCIA Y MANEJO DEL ABORTO DIFERIDO EN MUJERES DE 15 – 35 AÑOS”		
AUTOR(ES)	KEVIN PATRICIO SOTO ALMEIDA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	DR. MAXWELL RODRIGUEZ ORTIZ (TUTOR) DR. WILLIAM MUÑOZ ARAMBULO (REVISOR)		
INSTITUCIÓN:	Universidad de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Mayo/2018	No. DE PÁGINAS:	77
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud - Ciencias Médicas – Bienestar Social		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Misoprostol oral y vaginal, aborto diferido, maduración cervical		
RESUMEN/ABSTRACT: El Aborto Diferido es una patología caracterizada por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto varios días o semanas, con un orificio cérvico uterino cerrado, El principal objetivo de este estudio fue comparar con cuál de las vías de administración del misoprostol (oral vs. vaginal) para la maduración cervical en éstas pacientes fue la más adecuada en cuanto a velocidad de la acción (maduración cervical más rápida) y disminución de los efectos adversos del medicamento según la vía de administración.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	+593969547113	E-mail: kevinkpsahotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN/COORDINADOR DEL PROCESO:	Dr. Maxwell Rodríguez Ortiz (Tutor docente UG)		
	Teléfono: +593-999138740		
	E-mail: maxwell.rodriguez@ug.edu.ec		



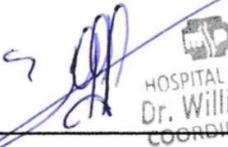
Guayaquil, 07 de mayo del 2018

CERTIFICADO DE REVISOR DE TESIS

Yo, DR. WILLIAN XAVIER MUÑOZ ARAMBULO, en mi calidad de revisor del trabajo de investigación de tesis para optar el título de MEDICO de la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

Certifico que este trabajo de tesis cuyo tema es **“PREVALENCIA Y MANEJO DE ABORTO DIFERIDO EN MUJERES DE 15- 35 AÑOS”, ESTUDIO A REALIZARSE EN EL HOSPITAL MARTÍN ICAZA DE BABAHOYO, DURANTE EL PERIODO DE ENERO – DICIEMBRE DEL 2017**” ha sido dirigido, asesorado, supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo y dejo constancia que es original de su autoría del Sr. **SOTO ALMEIDA KEVIN PATRICIO** con C.I **0926644519**.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador.


Ministerio Público
de Salud Pública
HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTON
Dr. William Muñoz Arambulo
COORDINADOR DE EMERGENCIA

Dr. WILLIAM XAVIER MUÑOZ ARAMBULO
REVISOR



LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Yo, **KEVIN PATRICIO SOTO ALMEIDA** con C.I. No. 0926644519, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“Prevalencia y manejo de Aborto Diferido en mujeres de 15- 35 años”**, estudio a realizarse en el hospital Martín Icaza de Babahoyo, durante el periodo de enero – diciembre del 2017, son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

KEVIN PATRICIO SOTO ALMEIDA

C.I. No. 0926644519

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



Universidad de Guayaquil

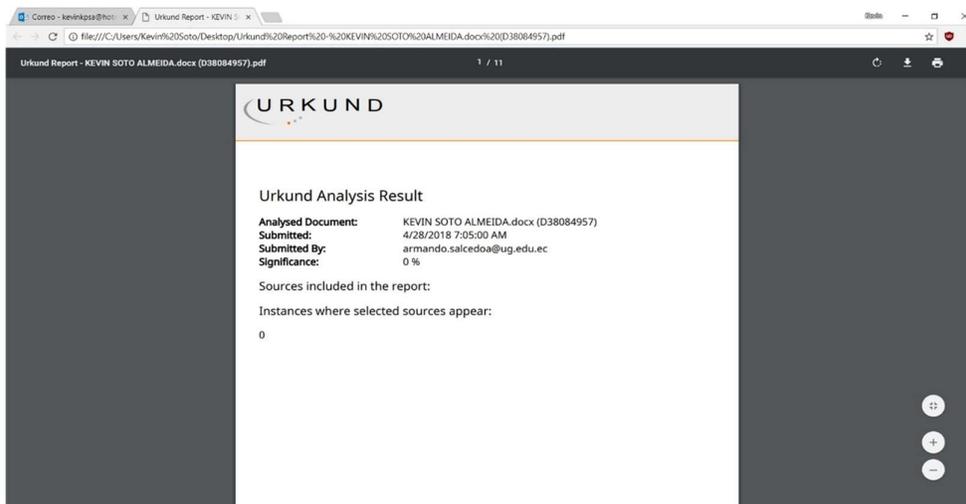
ANEXO 6

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado el **DR. MAXWELL RODRIGUEZ ORTIZ**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **KEVIN PATRICIO SOTO ALMEIDA**, Con **CI. 0926644519**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MEDICO**.

Se informa que el trabajo de titulación **“PREVALENCIA Y MANEJO DEL ABORTO DIFERIDO EN MUJERES ENTRE 15-35 AÑOS” EN EL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio urkund quedando el **0%** de coincidencia.



<https://secure.orkund.com/view/37382520-730487-743181#q1bKL Vayio7VUSrOTM/LTMtMTsxLTIWyMqgFAA==>

Dr. Maxwell Rodriguez Ortiz
Docente Tutor



CERTIFICADO DE TUTOR DE TESIS

Sr. Dr.

Cecil Flores Balseca

DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **“PREVALENCIA Y MANEJO DE ABORTO DIFERIDO EN MUJERES DE 15 – 35 AÑOS” ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL MARTÍN ICAZA DE BABAHOOO, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE, 2017”**

del (los) estudiante (s) **SOTO ALMEIDA KEVIN PATRICIO**, indicando ha (n) cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante (s) está (n) apto (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

Dr. Maxwell Rodriguez Ortiz
Docente Tutor

DEDICATORIA

A mi Familia, con amor y gratitud por su apoyo de toda la vida.

En especial a mi Papá que me cuida y me guía desde el cielo.

A mi Madre por su amor incondicional, tenerme confianza e impulsarme a cumplir mis metas.

A mi Hermano por ser un gran ejemplo de responsabilidad y compromiso con nuestra familia.

Por último, a mi Novia Vicky que con su apoyo, paciencia y amor es parte de este logro.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento total a mi ser supremo, Dios.

A mi Familia por su amor, apoyo y paciencia.

A mi novia Vicky Mera por su confianza y apoyo total para la realización y cumplimiento de esta meta.

Y a personas especiales que dejaron huellas en mi camino hacia este logro, las cuales siempre están presentes en mis recuerdos.

Agradezco a la vida por permitirme aprender que uno no debe tener sueños, sino metas, y luego de esta viene la siguiente.

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
CONTRAPORTADA.....	ii
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA.....	iii
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN.....	iii
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS	v
DEDICATORIA.....	viii
AGRADECIMIENTO	ix
TABLA DE CONTENIDO	x
INDICE DE TABLAS	xv
INDICE DE GRÁFICOS	xvi
INDICE DE ANEXOS.....	xvii
RESUMEN	xviii
ABSTRACT.....	xix
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.4 OBJETIVOS.....	4
1.4.1 Objetivo general.....	4
1.4.2 Objetivos específicos.....	5
1.5 JUSTIFICACION.....	5
1.6 DELIMITACIÓN	6

1.7 PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	6
1.8 VARIABLES	6
1.8.1 Variables dependientes	6
1.8.2 Variables independientes	7
1.8.3 Variables intervinientes.....	7
1.9 HIPÓTESIS.....	7
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 EVOLUCION HISTORICA	8
2.2 DEFINICIONES	9
2.2.1 Aborto espontáneo:	9
2.2.2 Aborto inducido:.....	9
2.3 ETIOLOGÍA.....	10
2.3.1 Causas genética:	10
2.3.2 Malformación uterina:	10
2.3.3 Causa inmunológica:	11
2.3.4 Causas químicas o radioactivas:	11
2.3.5 Causas metabólicas:	11
2.3.6 Causa infecciosa:	11
2.4 EPIDEMIOLOGÍA	11
2.5 CLASIFICACIÓN	12
2.5.1 Amenaza de aborto:	12
2.5.2 Aborto en curso:	12
2.5.3 Aborto inminente:.....	12
2.5.4 Aborto consumado:.....	13
2.5.4.1 Aborto completo:.....	13
2.5.4.2 Aborto incompleto:.....	13

2.5.4 Aborto diferido:	13
2.5.6 Aborto complicado:	13
2.5.7 Aborto habitual:	14
2.6 DIAGNÓSTICO	14
2.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	14
2.8 TRATAMIENTO	15
2.9 MISOPROSTOL.....	15
2.9.1 Vías de administración:	16
2.9.2 Dosis:.....	16
2.9.3 Contraindicaciones	17
2.9.4 Efectos adversos	17
2.10 COMPLICACIONES	17
2.11 PRECAUCIONES	18
MARCO LEGAL	18
DERECHO A LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL.....	18
INCLUIDO EL TRATAMIENTO.....	18
CAPITULO 3	199
METODOLOGÍA	19
3.1. MATERIALES, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	19
3.2 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	19
3.3 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN	20
3.4 Recursos empleados	20
3.4.1 Recursos Humanos	20
3.4.2 Recursos Físicos	20
3.5 Universo.....	20
3.6 Muestra.....	20
3.6.1 Criterios de Inclusión:	21

3.6.2 Criterios de Exclusión:	21
3.7 MÉTODOS	21
3.7.1 Tipo de investigación	21
3.7.2 Diseño de investigación.....	21
CAPITULO 4	22
RESULTADOS.....	22
4.1 DIAGNOSTICO DE INGRESO DE LAS PACIENTES	22
4.2 EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE INGRESO	23
4.3 EDAD DE LA PACIENTE.....	24
4.4 ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES	25
4.5 ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES	26
4.6 CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	27
4.6.1 Método utilizado:.....	28
4.7 NIVEL SOCIOECONÒMICO	29
4.8 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.....	30
4.9 PERÍODO INTERGENÉSICO.....	31
4.10 TIPO DE GESTAS ANTERIORES.....	32
4.11 MÉTODOS POST-PARTO	33
4.12 ABORTO.....	34
4.13 ESTANCIA HOSPITALARIA	35
4.14 COMPLICACIONES	36
4.15 PROCEDIMIENTO.....	37
4.16 CONSUMO DE MEDICAMENTOS ABORTIVOS	38
4.17 CONDICIONES DE EGRESO DE LAS PACIENTES	39
4.18 TRATAMIENTO DEL ABORTO	40
4.18.1 Protocolo de manejo de la amenaza de aborto	40

4.18.2	Protocolo de manejo del aborto en curso o inevitable, incompleto, completo y diferido	41
4.18.3	Protocolo de manejo de aspiración manual endouterina (ameu)..	42
4.18.4	Tareas previas al procedimiento de ameu nivel.....	42
4.18.5	Bloqueo paracervical (si no cuenta con anestesia general corta).	43
4.18.6	Procedimiento de ameu.....	43
4.18.7	Bloqueo paracervical (si no cuenta con anestesia general corta).	44
4.18.8	Tareas posteriores al procedimiento de AMEU	45
4.18.9	Tareas posteriores al procedimiento de AMEU	46
4.19	EFICACIA DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE DOSIS Y TASA ACUMULATIVA DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO MEDICO:	47
CAPITULO 5	.....	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	.....	49
5.1.	CONCLUSIONES:	49
1.2	RECOMENDACIONES:.....	50
5.3	REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	51
CAPITULO 6	.....	52
BIBLIOGRAFIA	.....	52
ANEXOS	.....	55

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Presupuesto	19
Tabla 2 Tipo de aborto	22
Tabla 3 Edad gestacional de ingreso	23
Tabla 4 Edad de la paciente	24
Tabla 5 Estado civil de las adolescentes	25
Tabla 6 Instrucción escolar de las adolescentes.....	26
Tabla 7 Conocimientos sobre planificación familia.....	27
Tabla 8 Métodos anticonceptivos utilizados	28
Tabla 9 Nivel socioeconómico.....	29
Tabla 10 Antecedentes gineco obstétricos	30
Tabla 11 Periodo intergenésico.....	31
Tabla 12 Tipo de gestas anteriores.....	32
Tabla 13 Método postparto	33
Tabla 14 Aborto.....	34
Tabla 15 Estancia hospitalaria	35
Tabla 16 Complicaciones.....	36
Tabla 17 Procedimiento	37
Tabla 18 Consumo de medicamento abortivo.....	38
Tabla 19 Condiciones de egreso de las pacientes.....	39

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Tipo de aborto	22
Gráfico 2 Edad gestacional de ingreso	23
Gráfico 3 Edad	24
Gráfico 4 Estado civil	25
Gráfico 5 Escolaridad	26
Gráfico 6 Conocimientos sobre métodos anticonceptivos	27
Gráfico 7 Método anticonceptivo utilizadp	28
Gráfico 8 Nivel socioeconómico	29
Gráfico 9 Antecedentes gineco obstétricos	30
Gráfico 10 Periodo intergenésico	31
Gráfico 11 Tipo de gestas anteriores	32
Gráfico 12 Método postparto	33
Gráfico 13 Aborto	34
Gráfico 14 Estancia hospitalaria	35
Gráfico 15 Complicaciones	36
Gráfico 16 Procedimiento	37
Gráfico 17 Medicamento abortivo	38
Gráfico 18 Condiciones de egreso de las pacientes	39
Gráfico 19 Eficacia del tratamiento	47
Gráfico 20 Eficacia de la dosis	48

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	55
ANEXO 2 TASA DE EXPULSIÓN SEGÚN NÚMERO DE DOSIS DE MISOPROSTOL.....	56
ANEXO 3 CASOS DE REALIZACIÓN DE LEGRADO TRAS EXPULSIÓN DE VESÍCULA EN EL PRIMER CONTROL.....	57
ANEXO 4 CASOS DE REALIZACIÓN DE LEGRADO TRAS EXPULSIÓN DE VESÍCULA EN EL SEGUNDO CONTROL.	58

RESUMEN

Palabras Claves: El Aborto Diferido es una patología caracterizada por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto varios días o semanas, con un orificio cérvico uterino cerrado, El principal objetivo de este estudio fue comparar con cuál de las vías de administración del misoprostol (oral vs. vaginal) para la maduración cervical en éstas pacientes fue la más adecuada en cuanto a velocidad de la acción (maduración cervical más rápida) y disminución de los efectos adversos del medicamento según la vía de administración.

Materiales y Métodos. Se realizó un estudio clínico controlado y aleatorio. En el que participaron 88 pacientes con diagnóstico ecográfico de aborto diferido de menos de 20 semanas a las que se administró misoprostol oral y vaginal divididas en dos grupos de 44 pacientes cada uno, ingresadas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, quienes firmaron un consentimiento informado.

Resultados. Lo observado en esta investigación fue que al administrar misoprostol oral se produce una maduración cervical mucho más rápida (en 4 a 8 horas el 100%) comparado con la administración del misoprostol vaginal (en 4 a 8 horas el 50%). éste resultado fue clínicamente significativo. En cuanto a los efectos colaterales el sangrado fue moderado en el 45% al administrar Misoprostol Oral- vs. Misoprostol Vaginal, el dolor abdominal se evidenció que fue moderado en un 47% de las pacientes que recibió Misoprostol Oral. La náusea (34%), vómito (6,8%) y fiebre (6.8%) fue mayor en el grupo que recibió Misoprostol Vaginal. La diarrea y cefalea (9,1%).

Implicaciones: Según los resultados de la presente investigación el misoprostol oral es el método de elección para la maduración cervical en pacientes con aborto diferido. Al comparar nuestro estudio con las últimas revisiones encontradas coincide en su resultado en algunos estudios y otros afirman que se deberían realizar más investigaciones.

Palabras clave: Descriptores DeCS. Misoprostol oral y vaginal, aborto diferido, maduración cervical.

ABSTRACT

Key words: Deferred Abortion is a pathology characterized by the retention in the uterine cavity of an embryo or dead fetus several days or weeks, with a closed uterine cervical orifice. The main objective of this study was to compare with which of the Misoprostol (oral vs. vaginal) administration routes for cervical ripening in these patients was the most adequate in terms of speed of action (faster cervical ripening) and decrease in the adverse effects of the medication according to the route of administration.

Materials and methods: A controlled, and randomized clinical study was carried out. In which 88 patients with ultrasound diagnosis of deferred abortion of less than 20 weeks participated, administered oral and vaginal misoprostol divided into two groups of 44 patients each, admitted to the Department of Obstetrics and Gynecology of the Hospital Martín Icaza of Babahoyo, who signed an informed consent.

Results: What was observed in this investigation was that oral administration of misoprostol produces a much faster cervical maturation (in 4 to 8 hours, 100%) compared to the administration of vaginal misoprostol (in 4 to 8 hours, 50%). this result was clinically significant. Regarding collateral effects, bleeding was moderate in 45% when administering Misoprostol Oral-vs. Vaginal Misoprostol, abdominal pain was found to be moderate in 47% of patients who received Oral Misoprostol. Nausea (34%), vomiting (6.8%) and fever (6.8%) was higher in the group that received Misoprostol Vaginal. Diarrhea and headache (9.1%) were evidenced in the same percentage in patients who received Oral Misoprostol and Vaginal Misoprostol.

Implications: According to the results of the present investigation, oral misoprostol is the method of choice for cervical ripening in patients with delayed abortion. When comparing our study with the last reviews found, it coincides in its results in some studies and others affirm that more research should be done with this design that will allow to clear the doubts generated by the results in conflict.

Keywords: DeCS Descriptors. Oral and vaginal misoprostol, delayed abortion, cervical ripening.

INTRODUCCION

La tasa de pérdida clínica en el aborto es del 10 al 15% de las gestaciones, más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas. (2) Los embarazos que se pierden involuntariamente a veces pueden identificarse en forma temprana a través de una ecografía, si la pérdida se debe a muerte fetal o si no se ha desarrollado el embrión. Anteriormente, el tratamiento antes de las 14 semanas en general era quirúrgico (Dilatación y Curetaje), pero en la actualidad se desarrollaron fármacos que pueden resultar útiles.

Neilson JP, Hickey M, Vazquez J. En una revisión de ensayos evaluaron diversos tratamientos farmacológicos, diferentes vías de administración, diferentes dosis, en comparación con la espera del aborto espontáneo. Esta revisión identificó 24 estudios con 1888 mujeres con menos de 24 semanas de gestación, donde el embrión había muerto o no se había formado. El misoprostol vaginal adelantó el momento del aborto, pero los estudios fueron demasiado pequeños para evaluar de forma adecuada los efectos adversos potenciales. El misoprostol oral pareció menos efectivo que la vía vaginal y las mujeres necesitaron más días de licencia por enfermedad con los fármacos orales. Se concluyó que se necesita investigación adicional sobre las dosis del fármaco, las vías de administración y los efectos adversos potenciales, entre ellos, la fertilidad futura y también sobre las opiniones de las mujeres acerca del tratamiento farmacológico, la cirugía y la espera del aborto espontáneo.

El diagnóstico y tratamiento del aborto sigue siendo uno de los capítulos principales de la ginecología. El uso creciente de misoprostol para madurar el cuello uterino ha determinado que la realización de legrado y/o aspiración manual endouterina (ameu), sea más fácil tanto para la paciente como para el médico (4).

El aborto para la mujer constituye un impacto psicológico, motivo de frustración y temor ante la posibilidad de su recurrencia. Para los servicios de salud significa un alto costo dada la magnitud del problema y la complejidad de los estudios necesarios para determinar sus causas (5).

Con el objetivo de promover modificaciones anatómicas y funcionales del cuello uterino inmaduro y la evacuación del útero grávido, las prostaglandinas ocupan un lugar importante en la actualidad. El misoprostol reconocido como un potente método para la interrupción de embarazos, es un medicamento de bajo costo, estable a temperatura ambiente y con pocas reacciones sistémicas, aunque se han publicado reacciones adversas como vómitos, diarrea, hipertensión y hasta teratogenicidad potencial cuando el misoprostol fracasa en la inducción del aborto (6). Se demostró que el misoprostol es un estimulante miometrial efectivo del útero grávido, ya que se une de manera selectiva a los receptores de los prostanoïdes EP 2/EP 3. Se absorbe con rapidez por vía oral y vaginal. Los niveles séricos de absorción vaginal son más prolongados y el misoprostol vaginal puede tener efectos mediados de forma local.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El principal problema que puede presentar una mujer durante su embarazo es la afectación directa sobre el producto en este caso el feto, lo que en muchos casos provoca algún tipo de interrupción del desarrollo placentario del feto lo que conlleva a la paciente a sufrir o padecer un aborto en curso, aborto diferido u otro tipo de aborto que sea determinante para la finalización del embarazo.

La sintomatología de una paciente que cursa con un aborto principalmente podría empezar con un sangrado leve, el cual puede estar acompañado o no de dolor en hipogastrio el cual es irradiado a la región pélvica, esta sintomatología puede variar dependiendo del tipo de aborto que este sufriendo la paciente.

Debemos tener en cuenta que nuestro país presenta una prevalencia alta de embarazos que terminan en aborto, pero cabe recalcar que la prevalencia mundial del aborto es alta, pero haciendo un enfoque al aborto diferido hay que tener claro que es un tipo de aborto que muchas veces en nuestro medio hospitalario no es manejado de la forma más adecuada, muchas veces esto se debe a la falta de materiales o equipos modernos para el diagnóstico, en especial ultrasonidos.

Posterior a realizar un correcto diagnostico debemos enfocarnos en el manejo y por eso debemos tener claro los pasos a seguir y tener un protocolo específico para el tratamiento del aborto diferido en nuestro entorno hospitalario.

Por lo tanto, el objetivo principal y específico de esta investigación es identificar la prevalencia e implementar una normativa secuencial y un protocolo específico para el manejo del Aborto Diferido presentado en mujeres entre 15 y 35 años, en el Hospital General Martin Icaza de Babahoyo durante el año 2017.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Datos recopilados del Hospital General Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo del área de Ginecología de Enero del 2017 a diciembre del 2017 de pacientes que hayan cursado con un Aborto Diferido, con el objetivo principal de identificar la prevalencia y elaborar una normativa secuencial para su correcto manejo hospitalario.

1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

- Universidad de Guayaquil:
 - Línea de Investigación: Obstrucción, Labor, Aborto.
 - Sub Línea: Biomedicina y epidemiología
- Prioridades de Investigación Ministerio de Salud Pública
 - Naturaleza: Ciencias Médicas: Medicina Interna
 - Campo de investigación: Ginecología y Obstetricia
 - Área de investigación: Maternas
 - Línea de investigación: Obstrucción Labor Aborto
 - Sub-línea de investigación: Perfil Epidemiológico - Complicaciones
 - Tema por investigar: "Prevalencia y Manejo del Aborto Diferido en mujeres entre 15 a 35 años.
 - Lugar: Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo: Enero – Diciembre del año 2017

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Identificar la Prevalencia e implementar una normativa secuencial y un protocolo específico para el manejo del Aborto Diferido presentado en mujeres

entre 15 y 35 años, en el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo durante el año 2017.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Presentar el perfil epidemiológico de las mujeres que hayan cursado con un Aborto Diferido y hayan sido atendidas en el Hospital General Martín Icaza durante el año 2017.
2. Determinar los factores de riesgo y antecedentes Ginecológicos u Obstétricos asociados a la prevalencia de Aborto Diferido en mujeres entre 15 a 35 años.
3. Determinar el manejo hospitalario de las pacientes que cursan con Aborto Diferido.
4. Evaluar las complicaciones que pueden presentar las pacientes.

1.5 JUSTIFICACION

Es conocido que el Aborto Diferido no es el más frecuente de todos los tipos de Aborto que hay, pero que a su vez se ha convertido en un motivo de atención ginecológica por emergencia un poco más habitual, esto se debe a la implementación de nuevos equipos ecográficos y personal correctamente capacitado para realizar un correcto diagnóstico.

Es por esto que a lo largo del Mundo, todos los sistemas de salud que existen donde se brinde atención ginecológica están implementando normativas y protocolos específicos para el manejo de los diferentes tipos de Aborto que llegan a la Emergencia Hospitalaria, en estos casos el principal método diagnóstico es ecográfico, por lo tanto todos los establecimientos están implementando dichos equipos modernos para que se pueda dar un correcto diagnóstico, cabe recalcar que si se logra determinar un diagnóstico precoz y adecuado se podrá brindar a las pacientes un mejor manejo y se le explicara de forma exhaustiva el problema por el que está cursando.

Con esta investigación se busca Identificar la Prevalencia e implementar una normativa secuencial y un protocolo específico para el manejo del Aborto diferido en mujeres entre 15 y 35 años en el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.

1.6 DELIMITACIÓN

Estudio de carácter retrospectivo con enfoque en mujeres entre 15 a 35 años que hayan cursado con un Aborto Diferido durante el periodo de Enero – Diciembre del año 2017, se realiza este estudio mediante la recolección de datos del área de estadística del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.

1.7 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

- ¿Cuáles son las complicaciones presentadas en mujeres entre 15 y 35 años, que hayan cursado con un Aborto Diferido, en el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo durante el año 2017?
- ¿Qué perfil epidemiológico tienen las mujeres que han cursado un Aborto Diferido, en el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo durante el año 2017?
- ¿Cuáles son los antecedentes Gineco-obstétricos o factores de riesgo asociados a las complicaciones en mujeres entre 15-35 años que hayan cursado con un Aborto Diferido en el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo durante el año 2017?
- ¿Cuál es el Protocolo de manejo utilizado para tratar a mujeres entre 15-35 años que hayan cursado con un Aborto Diferido en Hospital General Martín Icaza durante el año 2017?
- ¿Cuáles son las Condiciones de Egreso y las posibles complicaciones que puedan presentar las pacientes que hayan cursado un Aborto Diferido en el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo durante el año 2017?

1.8 VARIABLES

1.8.1 Variables dependientes

- Implementación de normas para el manejo del Aborto Diferido.
- Controles prenatales
- Dieta
- Comorbilidades
- Semanas gestacionales

1.8.2 Variables independientes

- Aborto Diferido en mujeres de 15 y 35 años
- Complicaciones neonatales
- Complicaciones maternas
- Factores de riesgo

1.8.3 Variables intervinientes

- Edad
- Comorbilidades previas
- Residencia
- Nivel socioeconómico
- Abortos previos

1.9 HIPÓTESIS

Aplicando una normativa secuencial para el manejo del aborto diferido en mujeres de entre 15 y 35 años se brindará una atención especializada en la emergencia Ginecológica y así se disminuirán las complicaciones que podrían ser provocadas por un tratamiento ineficaz o a su vez por un mal manejo inicial.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 EVOLUCION HISTORICA

Desde hace muchos años atrás, se conoce que la interrupción voluntaria del embarazo es una práctica que se ha llevado a cabo en todo el mundo. Dentro de los pueblos primitivos existía una autoridad, el patriarca absoluto, que era quien tomaba la decisión del nacimiento, aborto e incluso venta de cada uno de sus hijos, a pesar de conocer que el feto provenía del cuerpo de la mujer, eran ellos quien daban la última palabra, por este motivo, el aborto no era considerado un crimen, sino más bien, una decisión. ⁽¹⁾

Los registros de la literatura Romana, Greca y China constatan que dicha práctica se lograba realizar sin ningún tipo de control. En la antigua Grecia tenían la idea de que el feto o producto era un ser sin alma, por lo tanto, el aborto no era señalado como un acto punible. Platón, en una de sus obras, La República, menciona que se debería dar proceso a aquel aborto cuyo embarazo provenga de un incesto o que sus progenitores sean añosos. ⁽¹⁾

Por otra parte, Aristóteles et al, basados en la regulación de la natalidad de cada familia, apoyaban la práctica abortiva, este periodo largo fue conocido como el periodo del infanticidio. Mas adelante, con los romanos, aparece el cristianismo y junto a las medidas rigurosas a todo aquel que estuviese involucrado en un aborto, castigos corporales e incluso la pena de muerte. ⁽²⁾

Durante el siglo XVIII la postura católica lo define como asesinato, pero a comienzos del siglo XIX se añade conceptos médicos legales donde apoyan al aborto siempre y cuando mantenga bases legales e intelectuales, de esta manera los castigos fueron más livianos y las leyes más racionales. ⁽¹⁾⁽²⁾

El 1920 la Unión Soviética legaliza el aborto institucional y en 1980 todas las definiciones de aborto se disputaron, estaban los que se mantenían en completa negación la práctica del aborto independientemente de la causa, otro grupo era

el que defendía a la mujer y su cuerpo siendo ella la única que pudiera tomar la decisión de abortar o no sin castigo contiguo, y el último grupo eran aquellos que lo permitían bajo reglamentarias circunstancias, siendo la practica ilícita un delito. En la actualidad lo que corresponde a leyes y artículos constitucionales relacionados al aborto están definidos y son propios de cada constitución. ⁽³⁾

2.2 DEFINICIONES

El aborto proviene del latín (abortus) que significa (ab) e implica privación y (ortus) que significa nacimiento y es la interrupción con la finalización de una gestación o embarazo de manera voluntaria o involuntaria antes de la semana 20 de gestación y con un peso que sea inferior a 500 gramos. Según la Organización mundial de la salud (OMS) el aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal con medios adecuados, debemos resaltar que este concepto no nos certifica si se trata de un feto vivo o muerto. Existen varios puntos de vista que pueden clasificar los conceptos. ⁽²⁾⁽³⁾

Desde el punto de vista médico, el aborto es la interrupción del embarazo pudiendo ser espontáneo o inducido, estos términos se tratarán a continuación. Viéndolo desde el punto ético, el aborto es un dilema mayormente de moral donde la más afectada es la mujer por la batalla en su interior de valores y principios recibidos entrando en contradicción. Ahora, analizándolo desde el punto de vista religioso el aborto va contra las leyes de Dios, recordemos que uno de sus mandatos es 'no mataras', además ninguna de las diferentes religiones contempla el aborto. ⁽⁴⁾

2.2.1 Aborto espontáneo:

Es el que se lleva a cabo sin la intervención artificial durante la evolución de la gestación. ⁽⁵⁾

2.2.2 Aborto inducido:

Es la interrupción de la gestación de origen médico o quirúrgico antes de la viabilidad del feto. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

2.3 ETIOLOGÍA

Aproximadamente el 80% de los abortos espontáneos se registran dentro de las primeras 12 semanas de la gestación y de este porcentaje, un poco más de la mitad parten de anomalías cromosómicas. ^{(5) (6)}

2.3.1 Causas genéticas: Como sabemos es de alto riesgo un embarazo en pacientes mayores a los 40 años de edad, esta es la primera causa genética y rodea el 45% presentándose antes de la octava semana. La forma frecuente que lo origina es el huevo anembrionado. Dentro de las principales causas tenemos:

Trisomía autosómica: Implicados los cromosomas 16, 21 y 22, por falta de disyunción. Es la causa que más tiene relación con el huevo anembrionado. ^{(5) (6)}

Triploidia: Se origina tras la doble fecundación del ovulo, pudiendo expresarse como malformaciones fetales o como huevo anembrionado. ⁽⁶⁾

Monosomía del cromosoma X: Se cumple por no disyunción del cromosoma mencionado en la meiosis de padre o madre o también por la pérdida de un cromosoma x en la fase de fertilización. ⁽⁶⁾

Tetraploidia: Es el recuento de hasta 92 cromosomas que se da por falta de la división citoplasmática después que culmine la división cromosómica de las células germinativas. ⁽⁷⁾

2.3.2 Malformación uterina: Dentro de las causas abortivas las anomalías anatómicas y las malformaciones uterinas son menos frecuentes, entre ellas tenemos:

Miomas intramurales o submucosas: Alteran la irrigación del endometrio impidiendo dando lugar a abortos espontáneos, otro motivo es la reacción inflamatoria del endometrio al momento de la implantación. ⁽⁷⁾

Síndrome de Asherman: Este se caracteriza por las sinequias uterinas debido a procesos instrumentales previos y como consecuencia destrucción de las paredes del endometrio. ⁽⁸⁾

Incompetencia cervicouterina: Es la insuficiencia de contracción del cérvix en el segundo trimestre de la gestación por alteración de la resistencia de las

paredes del orificio interno del cuello uterino por traumatismos secundarios a partos con desgarros, conizaciones o anomalías congénitas. ⁽⁸⁾

2.3.3 Causa inmunológica: Son raras e infrecuentes, en este grupo tenemos a los anticoagulantes lúpicos y los anticuerpos anticardiolipinas los cuales inhiben la síntesis de prostaciclina, lo que da como resultado la vasoconstricción y la agregación plaquetaria con trombosis secundaria. ⁽³⁾⁽⁸⁾

2.3.4 Causas químicas o radioactivas: Las principales y las que son un verdadero problema son el tabaco y el alcohol, estos consumidos en etapas iniciales de la gestación como la embriogénesis producen mutaciones letales que llevan directamente al aborto. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

2.3.5 Causas metabólicas: En este grupo constan patologías como la diabetes mellitus, hipotiroidismo e hipertiroidismo, el control insuficiente de estos estados aumentan extraordinariamente el índice de abortos. ⁽⁹⁾

2.3.6 Causa infecciosa: Abarcan las infecciones del grupo TORCH. ⁽⁹⁾

2.4 EPIDEMIOLOGÍA

La OMS estima que por año aproximadamente ocurren 20 millones de abortos, esto se traduce fácilmente en un problema de salud pública en muchos países. Con este dato quiero decir que uno de cada diez embarazos termina en aborto. Del 2010 al 2014 a nivel mundial se produjeron 25 millones de abortos peligrosos que engloba al 45% de todos los abortos en el año y el 97% de estos abortos peligrosos se encontraron en países bajos de Asia, América Latina y África. Estudios estadísticos aportan que en Latinoamérica cada año al menos un millón de abortos se producen en mujeres menores a los 20 años de edad (Peláez, 2003) y 2 de cada 3 abortos ocurren en mujeres que oscilan los 15 años de edad. ⁽¹⁰⁾

La incidencia que tiene el aborto inseguro en América Latina y en el Caribe se estimó en el año 2010 que es 29 por cada 1.000 mujeres que cursen entre 15 y 44 años de edad. A su vez, el 13% de las muertes maternas se atribuyen a complicaciones de estos abortos y el 95% de los abortos inseguros se registran en los países en vías de desarrollo. Del total de muertes maternas, en Sudamérica

1 de cada 5 se deben al aborto inseguro, mientras que en Centroamérica es 1 de cada 10 y en el Caribe corresponde a 1 de cada 8. ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾

Un estudio multidisciplinario realizado en Mayo/2017 determina que en el Ecuador el 85% de los abortos se encuentran bajo el diagnóstico de 'otros embarazos terminados en aborto', le sigue el 9% con el diagnóstico de abortos espontáneos y finalmente un 6% lo ocupan el aborto medicamente justificado, y se calcula que el 35% de aquellos embarazos que están bajo el diagnóstico de 'otros embarazos terminados en aborto' son inducidos, la mayoría de éstos son trabajados por parteras clandestinas, siendo un acto de gran riesgo para la vida de la madre. En Ecuador el aborto es penalizado de igual forma que un asesinato. El 56% de los embarazos no son embarazos deseados. Esta es la causa principal y la más importante con respecto a los abortos ilegales. ⁽¹⁰⁾

2.5 CLASIFICACIÓN

2.5.1 Amenaza de aborto: Es la presencia de contracciones frecuentes y dolorosas a nivel del hipogastrio, puede existir o no la presencia de sangrado a la especuloscopia y en la exploración al tacto vaginal no encontraremos algún tipo de modificación cervical. El producto en esta entidad se encuentra dentro de la cavidad uterina y en estado estable. Tener en cuenta que el útero debe tener un tamaño que vaya acorde al tiempo que tiene con amenorrea. ⁽¹¹⁾

2.5.2 Aborto en curso: En esta entidad encontraremos al tacto vaginal el cuello permeable y se puede evidenciar sangrado, el útero a la palpación continúa acorde a la edad gestacional, es posible palpar los restos ovulares o partes fetales a través del cuello uterino, las contracciones uterinas se tornan más dolorosas y son de carácter persistente. La paciente refiere salida de líquido, que es el líquido amniótico producto de la rotura franca por parte de las membranas. ⁽¹¹⁾

2.5.3 Aborto inminente: Se caracteriza por presentar dolores tipo contráctiles más fuerte que los anteriores que no ceden, continuos, la hemorragia es más abundante y contienen coágulos. Este aborto se lo describe posteriormente como aborto inevitable cuando empieza a dilatarse el cérvix progresivamente. ⁽¹²⁾

2.5.4 Aborto consumado: Es aquel aborto que expulsa el huevo fuera de la cavidad del útero y se divide en dos modalidades; el aborto completo y el aborto incompleto. ⁽¹¹⁾

2.5.4.1 Aborto completo: La expulsión del huevo es de forma completa, acto seguido las contracciones dolorosas y la hemorragia tiende a disminuir progresivamente y la hemorragia es menos en comparación a un sangrado menstrual. El útero se involuciona y regresa a su tamaño normal o podría encontrarse levemente aumentado, el cuello uterino se mantiene abierto, entreabierto y en algunos casos se ha cerrado. ⁽¹²⁾

2.5.4.2 Aborto incompleto: La expulsión se ha logrado, pero no en su totalidad, dentro del útero quedan restos placentarios o fetales, la paciente ya no presente más contracciones o estas son mínimas y cortas, el útero se lo palpa de menor tamaño en relación a las semanas de gestación, la hemorragia es de moderada a severa y el cuello se encuentra permeable. ^{(5) (12)}

2.5.4 Aborto diferido: Es aquel aborto que se caracteriza por la retención en la cavidad del útero del embrión, del feto muerto o anembrionado, de tal manera es la detención de la evolución de la gestación, la dinámica del útero es insuficiente para lograr su expulsión, la presencia de hemorragia es inconstante y no hay sintomatología. Dentro de las causas de este aborto resaltan las alteraciones genéticas y cromosómicas. Posterior a las 24 horas de la muerte del embrión, empiezan las modificaciones en la estructura del embrión y saco gestacional como lisis, achatamiento del embrión y del saco gestacional, deformación y en las etapas avanzadas se puede llegar a producir la maceración o momificación. ^{(9) (11) (12)}

2.5.6 Aborto complicado: Todo aborto que presente anemia aguda debido a hipovolemia o infección tras uso de materiales contaminados al momento del procedimiento o por la realización de algunas maniobras en condiciones malas de asepsia, las infecciones más frecuentes se producen por el ascenso de los microorganismos que habitan en el tracto genital inferior y todas estas condiciones abarcan un rango bastante amplio que va desde una endometritis hasta la sepsis. Una de las complicaciones más graves es la infección producida

por el agente *Clostridium perfringens*, el mismo que constituye al síndrome icterico azoémico de Mondor. ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾

2.5.7 Aborto habitual: Es la repetición de 3 o más abortos espontáneos de manera consecutiva o de cinco abortos o más no consecutivos. ⁽¹³⁾

2.6 DIAGNÓSTICO

Dentro de los abortos espontáneos el 25% tienen signos y síntomas que son muy evidentes, la anamnesis nos revela datos como mujer de edad fértil con ausencia de menstruación o un embarazo ya confirmado que presenta metrorragia en las primeras semanas del embarazo acompañado de dolor tipo contráctil en hipogastrio y pérdida de restos ovulares. A la exploración física debemos enfocarnos en el tamaño uterino y ante la presencia de ectópicos rotos o perforación uterina tener en cuenta la irritación peritoneal. ⁽¹⁴⁾

El diagnóstico del aborto es mayormente clínico, pero en caso de ser necesario realizar estudios de imagen este no debe ser motivo para dejar el tratamiento, estos estudios se reservan para las pacientes con cuadros de alta complejidad diagnóstica. Entre ellos tenemos a la ecografía, que nos ayuda a determinar si el embarazo es intrauterino, en caso de los embarazos ectópicos, o si el huevo fue expulsado en su totalidad o aún hay persistencia de restos ovulares o colecciones líquidas en el fondo de saco de Douglas. ⁽¹²⁾ ⁽¹⁴⁾

Un examen de laboratorio como la cuantificación de la hormona coriónica gonadotrófica (Beta-HCG) lo utilizaremos en caso de que existan dudas sobre la viabilidad embrionaria o en aquellos embarazos de pocas semanas. ⁽¹⁵⁾

2.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la primera mitad del embarazo las hemorragias frecuentes y de alta sospecha diagnóstica relacionado al aborto con el embarazo ectópico, la enfermedad trofoblástica gestacional en mola hidatiforme, la presencia de pólipos, lesiones neoplásicas cervicales ya sean premalignas o malignas y los trastornos de coagulación. ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾

2.8 TRATAMIENTO

En el tratamiento del aborto diferido se lleva a cabo la evacuación uterina. Si el tamaño del útero es igual o menor a las 12 semanas de procedemos a realizar dilatación cervical y la aspiración manual endouterina, si tenemos un cuello uterino cerrado que no se ha modificado luego de la administración de misoprostol en dosis de 400 microgramos ya sea aplicados en el fondo de saco posterior o por la vía oral hasta que obtengamos la suficiente dilatación y borramiento del cuello uterino. ⁽¹⁶⁾

Si el tamaño uterino tiene una edad mayor a las 12 semanas se procederá a realizar inducción con misoprostol en dosis de 400 microgramos vía vaginal u oral cada 4 a 6 horas hasta lograr la expulsión del producto, recordar que no se debe sobrepasar los 1600 microgramos en 24 horas. ⁽¹⁷⁾

En embarazos que se encuentren dentro de las semanas 12 y 20 se realiza luego de la expulsión del producto un legrado uterino instrumental por los restos ovulares que quedan en el interior, una vez que la paciente refiera contracciones dolorosas se la traslada a la sala de legrados y se indicará una perfusión de oxitocina a 20mUI/ml a velocidad de 4mUI/min. A partir de los 20 minutos esta velocidad de perfusión se puede ir aumentando progresivamente. ^{(16) (17)}

2.9 MISOPROSTOL

El misoprostol es una prostaglandina sintética con estructura semejante a los PGE1, fue un medicamento que inicialmente era utilizado en la dispepsia, luego en los años 80 este fármaco empezó a utilizarse en el área de ginecología y obstetricia. Debido a su termoestabilidad puede almacenarse a temperatura ambiente y los riesgos colaterales son muy pocos. ⁽¹⁸⁾

En el cérvix uterino se encuentran receptores de prostaglandinas que producen PG1, PGE2 Y PGF1, mismos que aumentan cuando el embarazo cursa las últimas semanas y son los causantes de la disminución de la concentración del colágeno, también se encargan de regular la actividad de los fibroblastos cervicouterinos controlando las propiedades biofísicas y las bioquímicas de la matriz extracelular lo que induce la producción del ácido hialurónico, el aumento de la hidratación y la modificación en la composición de

glucosaminoglucanos-proteoglucanos. Por otra parte, actúan como agentes de tipo quimiotáctico al dar lugar a la infiltración de leucocitos y de macrófagos en el estroma cervicouterino ya que estas células son la fuente de las enzimas de fragmentación que van a causar los cambios necesarios en la matriz extracelular relacionados con la maduración. ⁽¹⁸⁾

2.9.1 Vías de administración: La más fácil de administrar es la vía oral, por esta vía es absorbido inmediatamente en un 88%, su concentración plasmática llega al máximo en un tiempo de 12.5 a 60 minutos posteriores a la administración y su nivel más bajo rodea los 120 minutos. Los intervalos entre una dosis y otra son relativamente cortos, cada 2 a 3 horas. Recordemos que los alimentos y los medicamentos antiácidos disminuyen su absorción. Otra vía a tomar en cuenta es la vía vaginal, en comparación con la vía oral, su biodisponibilidad es hasta tres veces mayor, esta vía posterior a la administración del fármaco alcanza su máxima expresión a los 60 a 120 minutos y disminuye levemente llegando hasta el 61% 240 minutos posteriores a la aplicación. En el plasma sus niveles se mantendrán estables hasta al menos 6 horas posteriores a su administración. ^{(17) (18)}

2.9.2 Dosis: La dosis que utilizaremos de misoprostol va a depender de la edad gestacional ya que la sensibilidad del útero a este medicamento aumenta a medida que la edad del embarazo es mayor. ⁽¹⁹⁾

Durante el primer trimestre de gestación hasta las 12 semanas se dosificará misoprostol vía vaginal en 800 microgramos cada 6 a 12 horas hasta completar un esquema de 3 dosis y misoprostol vía oral en 800 microgramos igualmente cada 3 a 4 horas hasta llegar a las 3 dosis, la vía oral está indicada hasta los embarazos de 9 semanas. ⁽²⁰⁾

En cambio, en el segundo trimestre de gestación que abarca desde la semana 13 a la 20 la dosis inicial de misoprostol será de 400 microgramos si el embarazo cursa su semana 13 a la 15 y de 200 microgramos si cursa desde la semana 16 hasta la semana 20. Se puede repetir la dosis si no hay respuesta a las 6 o 12 horas posteriores a su administración. Se ha demostrado que el 70% de las pacientes inicia trabajo para aborto con expulsión del producto o restos dentro de las siguientes 24 horas. ^{(19) (20)}

2.9.3 Contraindicaciones

Se dividen en absolutas y relativas. Dentro de las contraindicaciones absolutas está la hipersensibilidad a las prostaglandinas, la enfermedad inflamatoria pélvica aguda, las alteraciones respiratorias graves, hepáticas o renales, el antecedente de cesárea previa y placenta previa total. Las contraindicaciones relativas comprenden el asma, la hipertensión arterial moderada a severa, estados de diabetes mellitus descompensados, epilepsia, glaucoma, presencia cicatrices uterinas previas y anemia de células falciformes. (21)

2.9.4 Efectos adversos

Las manifestaciones gastrointestinales tales como náuseas, vómitos y diarreas se presentan en un 10% de las pacientes y aparecen con más frecuencia al usar dosis máximas del fármaco o intervalos cortos entre toma y toma. Otros efectos que pueden encontrarse es el sangrado vaginal, los cólicos y la presencia de fiebre con o sin escalofríos. (21) (22)

2.10 COMPLICACIONES

La complicación que es más frecuente e inmediata es el sangrado vaginal excesivo y pueden asociarse a perforaciones uterinas y laceraciones del cuello del útero, en el caso de ser un aborto séptico la infección toma mucha importancia. Complicaciones de moderado a largo plazo se traducen en embarazos ectópicos, infertilidad o enfermedad inflamatoria pélvica. (22)

Las afecciones de la madre, perinatales y del recién nacido se dan con mayor frecuencia en las mujeres menores de 20 años de edad y más aún en las pacientes con edades cercanas a la menarquía. (23) (24)

2.11 PRECAUCIONES

Debemos saber que hasta la novena semana de estación este tratamiento se puede llevar a cabo sin la hospitalización de la paciente ya que el sangrado es de un poco mayor que al de la menstruación, pero si tenemos un embarazo de más de 10 semanas de gestación es recomendable que la paciente permanezca dentro del hospital hasta que se compruebe que el producto y la placenta fueron expulsados ya que de esta manera evitaríamos las complicaciones mencionadas anteriormente. ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾

MARCO LEGAL

DERECHO A LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL INCLUIDO EL TRATAMIENTO

Constitución del Ecuador, Artículo 50.- “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y permanente”.

Constitución del Ecuador, Artículo 363, Literal 7.- el Estado será responsable de garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

Ley de Derechos y Amparo al Paciente, Artículo 2.- “Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en un centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano, y tratado con respeto, esmero y cortesía”

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1. MATERIALES, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Materiales:

1. Computador
2. Pen drive
3. Plumas y lápices
4. Cuaderno
5. Carpetas
6. Impresora y tinta
7. Hojas a4

El investigador cubrirá el financiamiento de este trabajo

Tabla 1 Presupuesto

COMPONENTES	COSTOS
Suministros de oficina	200.00
Impresiones y empastado	100.00
Recolección y análisis de la información	100.00
Subtotal	400.00
Imprevistos *10%*	50.00
TOTAL	450.00

3.2 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El Estudio se realizará en el Área de Emergencia Gineco- Obstétrica del HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA de la ciudad de BABAHOYO.

3.3 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

El período de la investigación será desde enero del 2017 a diciembre del 2017.

3.4 Recursos empleados

3.4.1 Recursos Humanos

- El investigador
- El Tutor

3.4.2 Recursos Físicos

- Computador HP. Windows Vista
- Impresora Canon MP 250
- Hojas papel bond
- Tinta de impresora
- Bolígrafos
- Material Quirúrgico para LUI:
- Jeringuilla de Aspiración intrauterina

3.5 Universo

Todas las pacientes embarazadas que acudieron con aborto diferido atendidas en la emergencia.

- 140 pacientes embarazadas con aborto diferido.

3.6 Muestra

Adolescentes con Diagnóstico Confirmado de Aborto en Curso y Diferido.

70 pacientes mujeres entre 15 - 35 atendidas en la emergencia del Hospital General Martín Icaza.

Se basa en los datos obtenidos a través del registro de pacientes atendidas en el área de Ginecología del hospital Martín Icaza.

Para la selección de dicha muestra se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

3.6.1 Criterios de Inclusión:

Mujeres entre 15 - 35 años con diagnóstico de aborto incompleto y diferido

Mujeres que aceptaron mediante consentimiento informado participar del estudio.

3.6.2 Criterios de Exclusión:

Menores de 10 años Mayores de 14 años

Adolescentes con Amenaza de Aborto Adolescentes con Embarazo Ectópico

3.7 MÉTODOS

3.7.1 Tipo de investigación

Será un trabajo Descriptivo - Analítico.

3.7.2 Diseño de investigación

El Diseño de la Investigación es No experimental.

Pacientes entre 15- 35 años atendidas en la Emergencia con el Diagnóstico de Aborto en Curso o Diferido, que tengan los criterios de inclusión se les explicará previamente los objetivos de la investigación y se les realizará la encuesta en base al formulario creado.

Los datos serán registrados en el formulario e ingresados a una hoja de Excel para posterior análisis con el paquete estadístico del MSP.

CAPITULO 4

RESULTADOS

4.1 DIAGNOSTICO DE INGRESO DE LAS PACIENTES

Tabla 2 Tipo de aborto

Tipo de Aborto	N°	%
En curso	16	23
Incompleto	41	58
Diferido	13	19
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

De las pacientes adolescentes ingresadas el 58% ingresaban con diagnóstico de Aborto Incompleto, el 23% con diagnóstico de aborto en curso y el 19% con diagnóstico de aborto diferido. Determinando que el mayor porcentaje acudieron con Diagnostico de Aborto Incompleto.

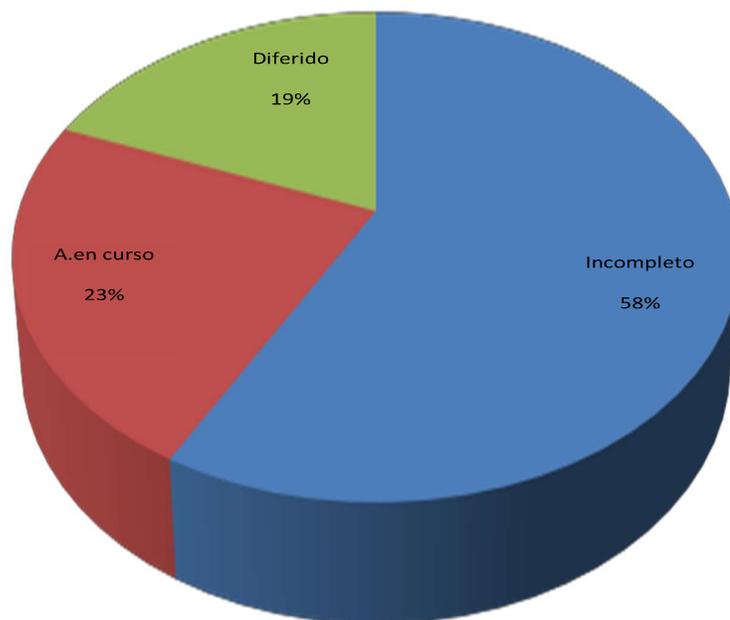


Gráfico 1 Tipo de aborto

4.2 EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE INGRESO

Tabla 3 Edad gestacional de ingreso

Edad Gestacional de Ingreso	N°	%
12 o <	52	74
13 a 20	18	26
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

En la tabla 2 observamos que en un 74 % de todas las adolescentes que ingresaron al área de emergencia tenían entre 12 o menos de 12 semanas de gestación y el 26 % entre 13 y 20 semanas de gestación. Determinando la detección del embarazo en su primer trimestre.

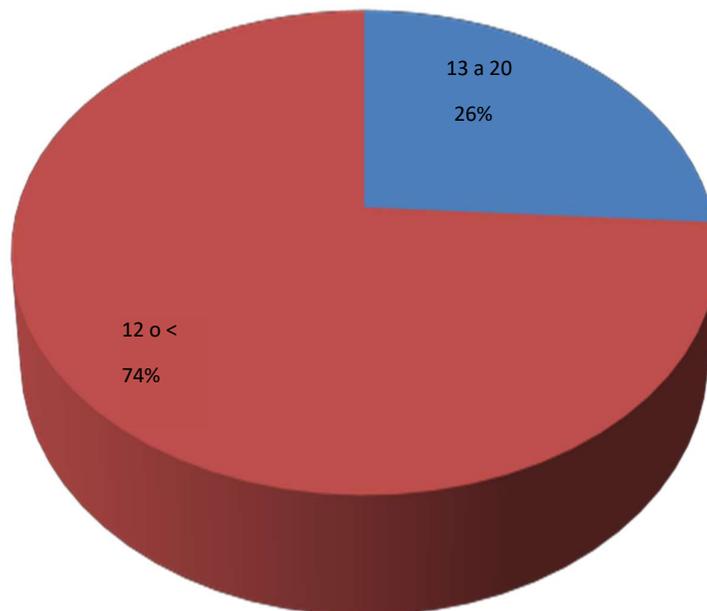


Gráfico 2 Edad gestacional de ingreso

4.3 EDAD DE LA PACIENTE

Tabla 4 Edad de la paciente

Edad	N°	%
15 – 25	19	27
25 – 35	51	73
Total	70	100 %

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

La edad de las pacientes de 15 a 35 años se analizaron los datos en dos grupos, de 15 a 25 años que corresponde al 27% y de 25 a 35 años que corresponde al 73%, es la muestra evidente que la mayoría de los casos es en mujeres de 25 a 35 años.



Gráfico 3 Edad

4.4 ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES

Tabla 5 Estado civil de las adolescentes

Estado civil	N°	%
UL	15	21
Soltera	47	67
Casada	8	12
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

El 67% de las adolescentes que ingresaron con el diagnóstico de Aborto son adolescentes solteras que llevan relaciones en su mayoría sin el consentimiento de sus padres, los mismos que desconocen la vida sexual de sus hijos adolescentes, el 21% tienen como estado civil Unión libre y solo el 12% son casadas, cuyos embarazos son productos en su mayoría de relaciones extramatrimoniales.

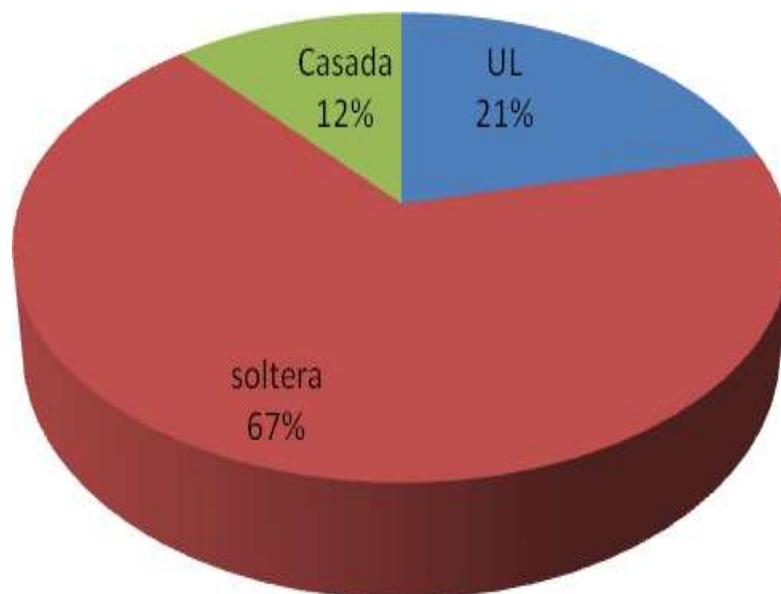


Gráfico 4 Estado civil

4.5 ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES

Tabla 6 Instrucción escolar de las adolescentes

Escolaridad	N°	%
Primaria	0	0
Secundaria	65	93
Superior	5	7
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

El 93% de las pacientes cursaban la secundaria y el 7 % ya estaban en la universidad. Poniendo de manifiesto la precocidad de las relaciones sexuales en un alto índice, siendo las parejas de las adolescentes en su mayoría compañeros de estudio, que no poseen la suficiente madurez para asumir la responsabilidad de un embarazo.

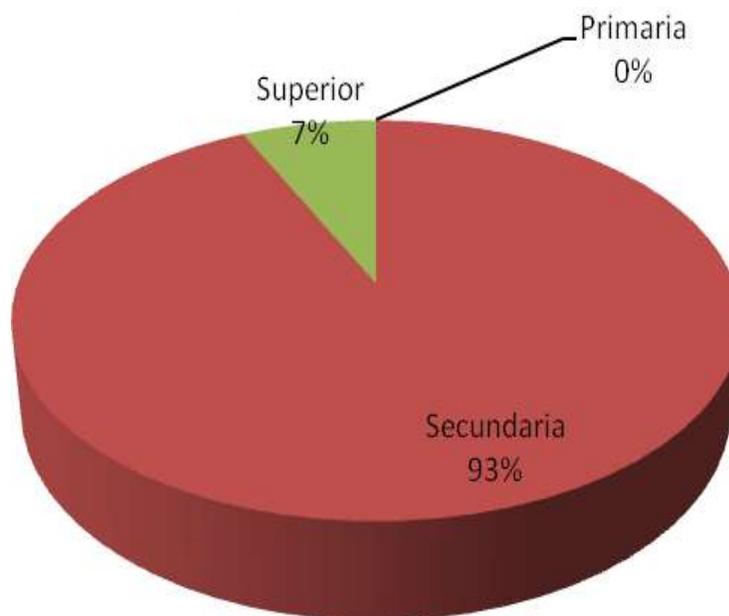


Gráfico 5 Escolaridad

4.6 CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Tabla 7 Conocimientos sobre planificación familia

Conocimiento sobre métodos de planificación familiar	N°	%
Preservativo	66	29 %
T de Cu	43	19 %
A.O	68	30 %
Inyectable	33	15 %
Otros	15	7 %

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

Del total de 70 pacientes, el 30% conoce sobre los Anticonceptivos orales pero no aplica la forma correcta de administración, ya que generalmente son automedicados y no reciben la información necesaria y correcta sobre ellos; el 29% conoce y utilizan los preservativos, ya que indican que es el método más fácil y económico de uso; el 19% tienen conocimiento sobre T de Cu, pero a pesar que en nuestro medio el sistema de Salud lo otorga gratuitamente, no es utilizado por las adolescentes y el 7% tienen conocimiento sobre otros métodos como el implante subdérmico.

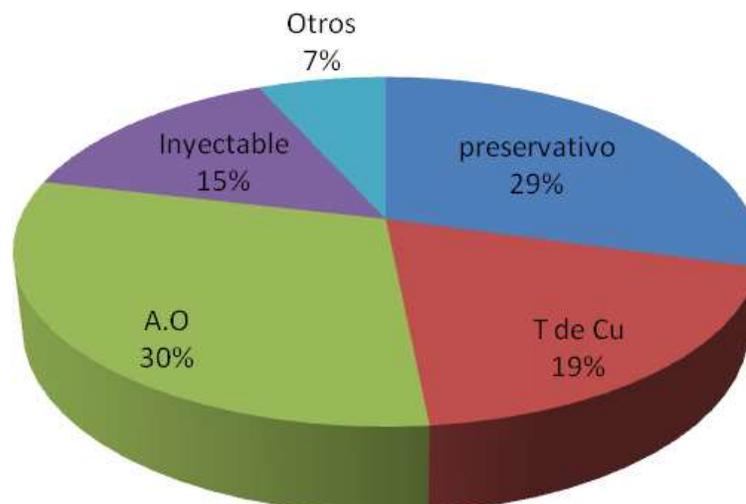


Gráfico 6 Conocimientos sobre métodos anticonceptivos

4.6.1 Método utilizado:

Tabla 8 Métodos anticonceptivos utilizados

Método Utilizado	N°	%
A.O.	7	10
Inyectable	3	4
Condón	10	14
DIU	2	3
Ninguno	48	69
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

El 69% de las adolescentes ingresadas con diagnóstico de Aborto no utilizó método anticonceptivo, el 14% utilizó de forma inadecuada el preservativo, el 4% utilizó anticoncepción inyectable en fechas inexactas y el 3% tenían el Dispositivo intrauterino de Cobre ecográficamente a 3 cm. del fondo uterino. Por tal motivo cabe destacar el escaso conocimiento de las adolescentes sobre el uso correcto de cualquier método anticonceptivo, teniendo como consecuencias embarazos no deseados que terminan en abortos.

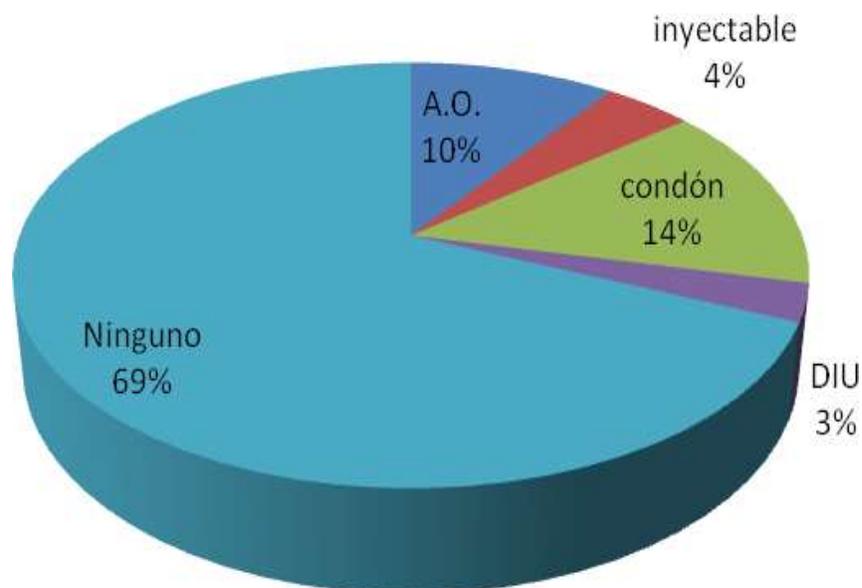


Gráfico 7 Método anticonceptivo utilizado

4.7 NIVEL SOCIOECONÓMICO

Tabla 9 Nivel socioeconómico

Nivel Socioeconomico	N°	%
Alto	2	3
Medio	60	86
Bajo	8	11
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

El 86% de las pacientes correspondían a un nivel socioeconómico medio, el 11% nivel bajo y el 3% nivel alto. Determinando que dicha problemática no tiene niveles sociales, simplemente la clase alta acude de forma discreta a entidades privadas no pudiendo formar parte de las estadísticas.

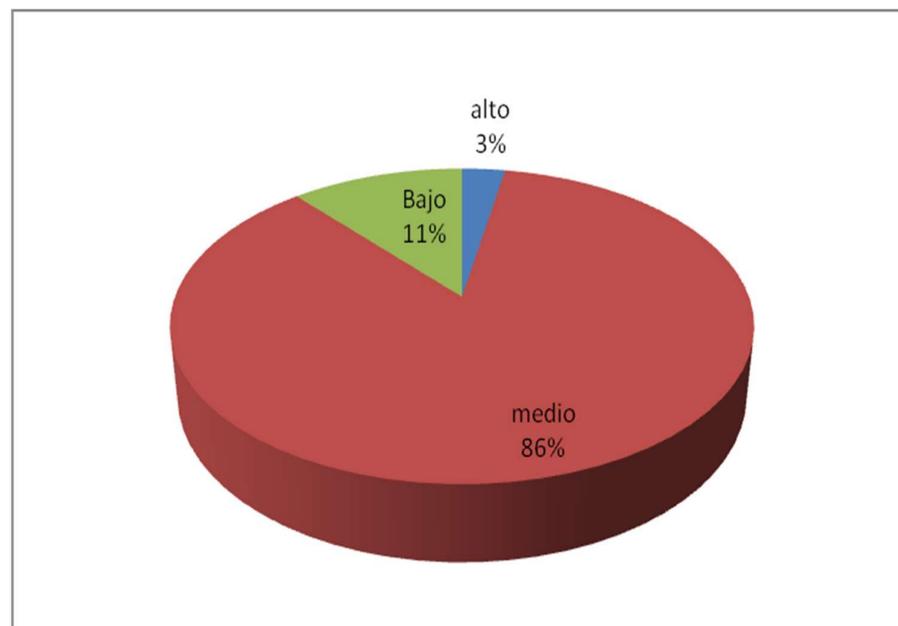


Gráfico 8 Nivel socioeconómico

4.8 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Tabla 10 Antecedentes gineco obstétricos

Antecedentes G-O	N°	%
Gestas Anteriores	25	36
Primigesta	45	64
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

Del grupo de pacientes en estudio el 64 % de adolescentes fueron primigestas y el 36% con antecedentes de embarazos anteriores que se detallan en la tabla 8. Determinando como conclusión que en su mayoría las adolescentes antes de formalizar una unión conyugal ya han sido partícipes de las estadísticas de abortos.

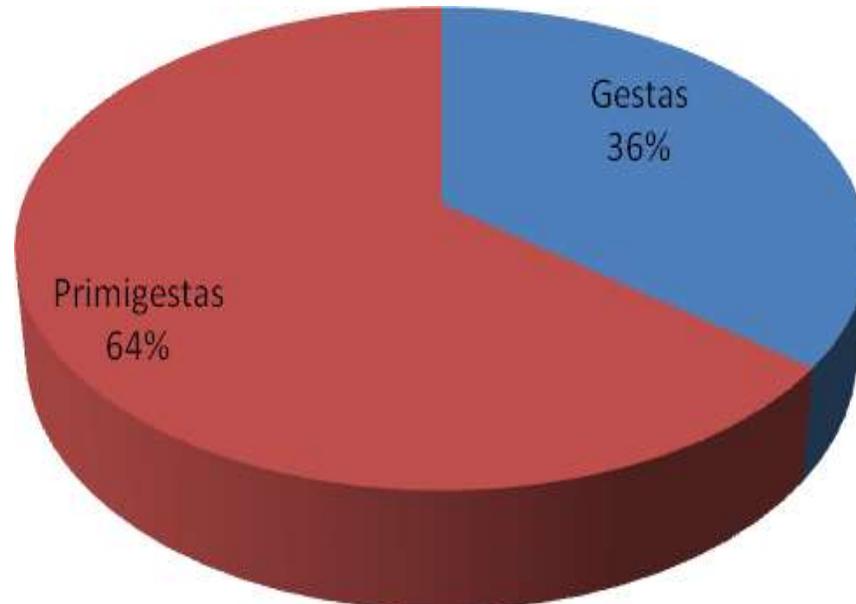


Gráfico 9 Antecedentes gineco obstétricos

4.9 PERÍODO INTERGENÉSICO

Tabla 11 Periodo intergenésico

Periodo Intergenésico	N°	%
Menos de 2 años	21	6
2 años o mas	4	30
Primera gesta	45	64
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

Del total de la muestra el 64 % de adolescentes fueron primigestas, el 30% tenían un periodo intergenésico de menor a 2 años. Motivo por el cual se suelen dar las complicaciones, demostrando nuevamente el pobre conocimiento de los métodos anticonceptivos y el no seguimiento de las pacientes para su capacitación sobre el método adecuado para la adolescente; y solo el 6 % de las adolescentes tienen como período intergenésico de 2 años o más.

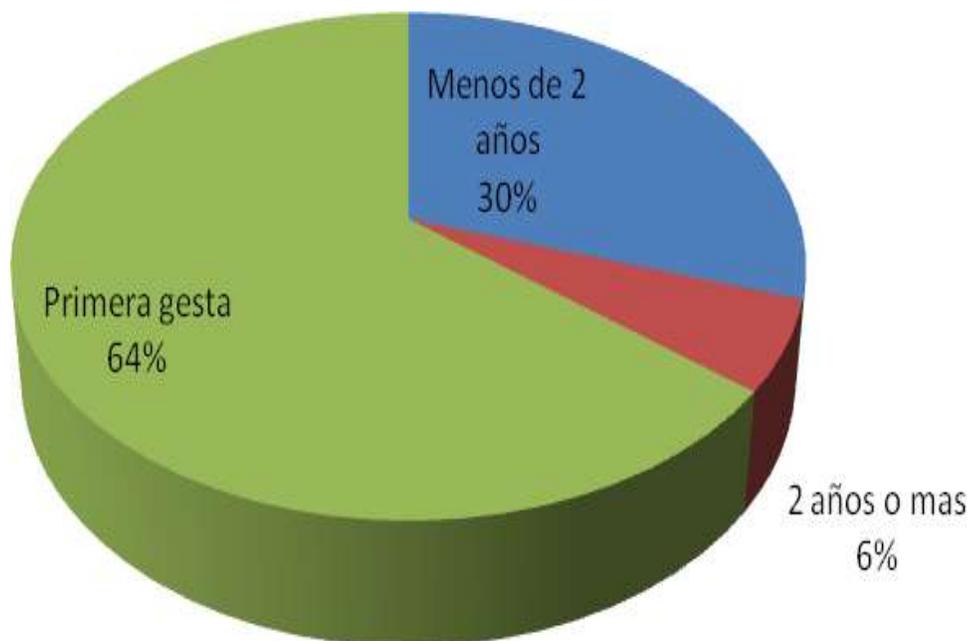


Gráfico 10 Periodo intergenésico

4.10 TIPO DE GESTAS ANTERIORES

Tabla 12 Tipo de gestas anteriores

A-G-O	N°	%
Partos	8	32
Cesáreas	2	8
Abortos	15	60
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

El 60% de las pacientes tenían entre sus antecedentes G-O abortos anteriores, determinando la desorientación de la adolescente en relación al cuidado de su vida sexual, llevándola a equivocarse una y otra vez o teniendo de forma equivocado el aborto como método de planificación; el 32 % de adolescentes tienen como antecedentes gineco-obstétricos partos vaginales y el 8% partos por cesárea.

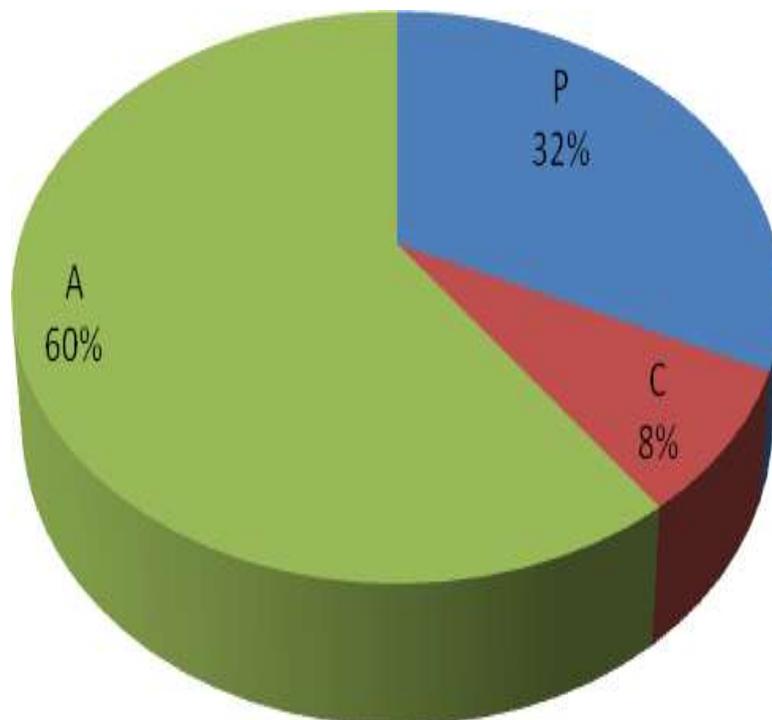


Gráfico 11 Tipo de gestas anteriores

4.11 MÉTODOS POST-PARTO

Tabla 13 Método postparto

Método Post-parto	N°	%
SÍ	12	28
NO	58	72
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

El 72% de las pacientes no utilizó método post-parto, por ello reinciden en embarazos no deseados que culminan en abortos de alto riesgo que inician en su lugar de vivienda y ante el hecho de su desesperación al no saber qué hacer acuden con abortos en curso o diferidos a los diferentes centro de salud; y el 28% si utilizó un método anticonceptivo post-parto.

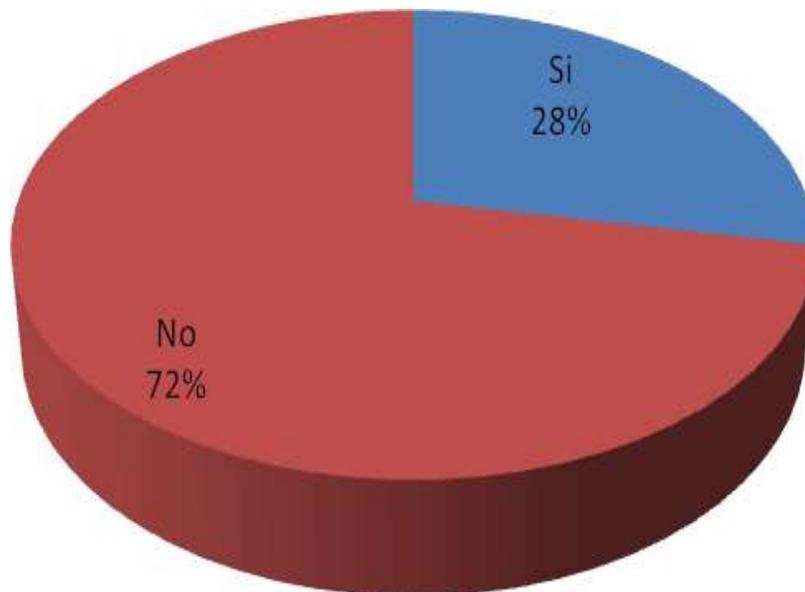


Gráfico 12 Método postparto

4.12 ABORTO

Tabla 14 Aborto

Paciente Decidió Abortar	N°	%
SI	27	39
NO	43	61
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

El 39% de las pacientes decidieron abortar con medicamentos aplicados en su hogar y adquiridos en las farmacias, sin la prescripción médica o sin ninguna valoración previa, llegando con diagnósticos de aborto en curso o incompleto que afirmaron haberse provocado el aborto y el 43% no decidieron, sino que fue de forma espontánea que incluyen a los abortos diferidos.

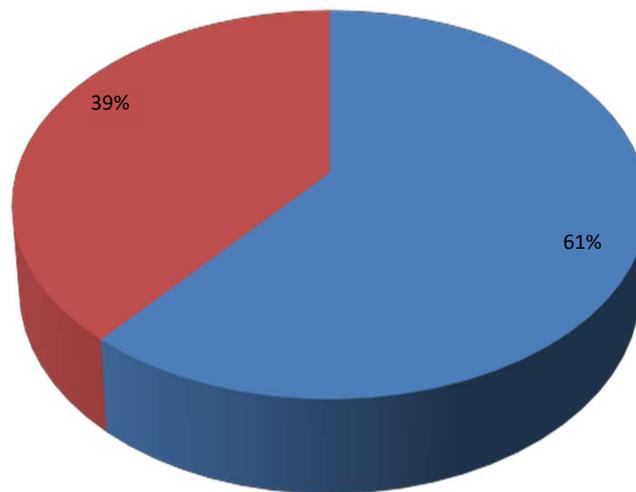


Gráfico 13 Aborto

4.13 ESTANCIA HOSPITALARIA

Tabla 15 Estancia hospitalaria

Estancia Hospitalaria	N°	%
4H	30	43
6H	25	36
12H	15	21
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

La estancia hospitalaria máxima de las pacientes fue de 12 horas que corresponden al 21 %, de 6 horas el 36% y de 4 horas al 43%. Concluyendo según las estadísticas que los procedimientos realizados y en buenas condiciones son ambulatorios no necesitando el ingreso de la paciente. Siguiendo los protocolos adecuados se evitan las complicaciones.

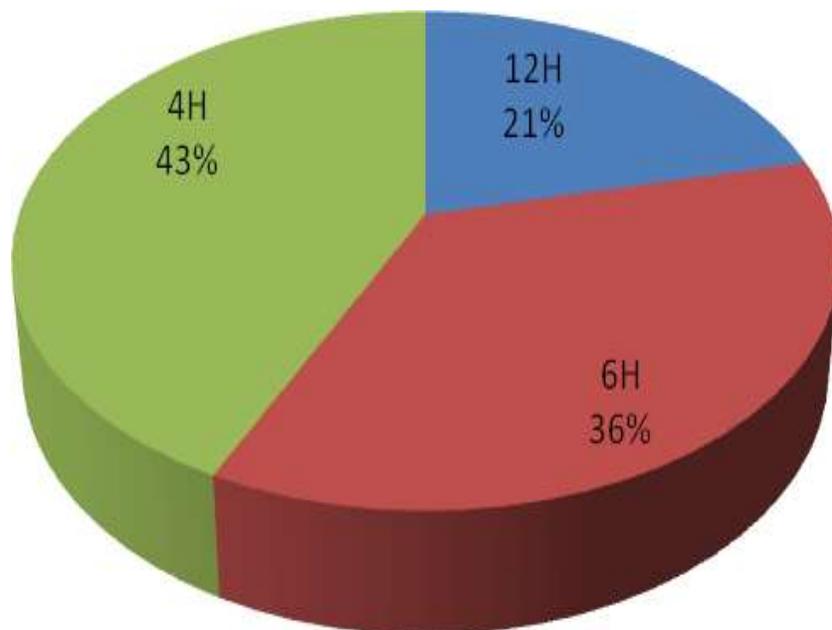


Gráfico 14 Estancia hospitalaria

4.14 COMPLICACIONES

Tabla 16 Complicaciones

Complicaciones	N°	%
SÍ	0	0
NO	70	100
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

Luego del Manejo hospitalario del aborto ninguna paciente presentó complicaciones de ningún tipo, lo cual demuestra que un manejo adecuado y oportuno de este cuadro clínico obstétrico de emergencia disminuye notablemente las complicaciones y la mortalidad de adolescentes durante y posterior al procedimiento.

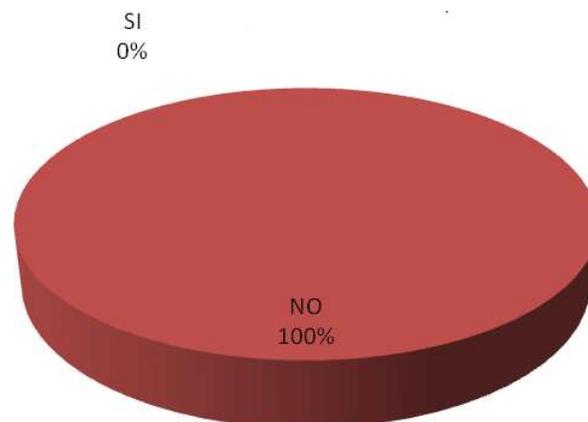


Gráfico 15 Complicaciones

4.15 PROCEDIMIENTO

Tabla 17 Procedimiento

Manejo Realizado	N°	%
Legrado intrauterino	12	17
Aspiración manual endouterina.	58	83
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

El procedimiento que más se utilizó en las adolescentes fue la Aspiración Manual Endouterina que corresponde al 83% y el 17% al Legrado Uterino Instrumental en abortos mayores de 12 semanas. No existiendo complicaciones en ninguno de los dos métodos mencionados. Esto nos da a notar que no solo depende del método utilizado sino de el correcto uso de las medidas de asepsia y antisepsia.

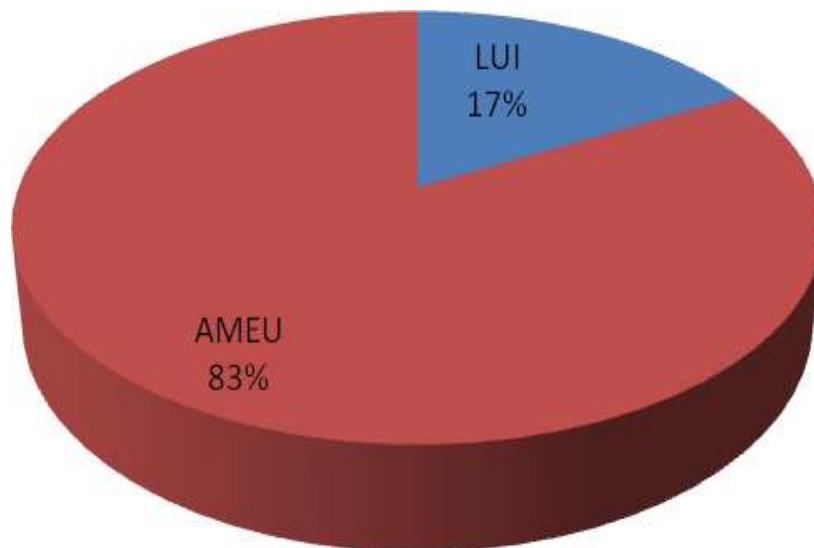


Gráfico 16 Procedimiento

4.16 CONSUMO DE MEDICAMENTOS ABORTIVOS

Tabla 18 Consumo de medicamento abortivo

Consumo de Medicamentos Abortivos	N°	%
Medicamentos Abortivos	27	39
Espontáneo	43	61
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

El 61% de las pacientes utilizaron medicamentos abortivos que adquirieron de forma indiscriminada ya sea en las farmacias o con adolescentes cercanas a ellas, que en alguna ocasión ya habían hecho uso de ellos lamentablemente; el 39 % de adolescentes no utilizó ningún tipo de medicamentos ni brebajes abortivos, ya que tuvieron abortos espontáneos.

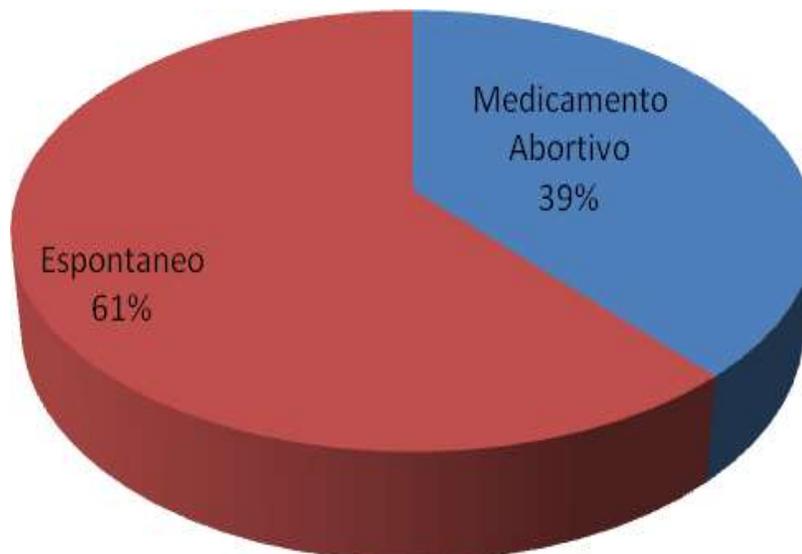


Gráfico 17 Medicamento abortivo

4.17 CONDICIONES DE EGRESO DE LAS PACIENTES

Tabla 19 Condiciones de egreso de las pacientes

Con alguna complicación	N°	%
Mal estado de salud (SI)	0	0
Buen estado de salud (NO)	70	100
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza.

Luego del Manejo hospitalario del aborto ninguna paciente presentó complicaciones de ningún tipo, lo cual demuestra que un manejo adecuado y oportuno de este cuadro clínico obstétrico de emergencia disminuye notablemente las complicaciones y la mortalidad de adolescentes durante y posterior al procedimiento.

COMPLICACIONES:

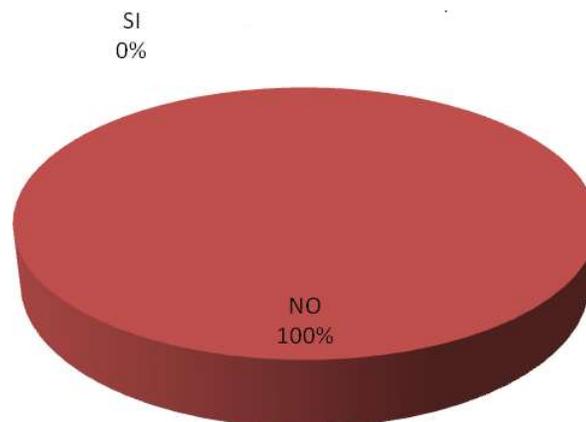


Gráfico 18 Condiciones de egreso de las pacientes

4.18 TRATAMIENTO DEL ABORTO

4.18.1 Protocolo de manejo de la amenaza de aborto

1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método (si aplica) y examen vaginal especular.
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP, TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.
8. Brinde apoyo emocional continuo.
9. No administre DE RUTINA tratamiento hormonal (Progesterona) ni tocolítico (indometacina), pues no impiden un aborto. Por lo general el tratamiento médico no es necesario.
10. Si se encuentra patología añadida como causa de la amenaza de aborto instale tratamiento etiológico, por ejemplo: IVU y trate según protocolo.

INDICACIONES DE ALTA:

1. Reposo en cama (no indispensable, considere factores socio culturales y familiares). No relaciones sexuales hasta que se supere el riesgo.
2. Manejo de infecciones urinarias o vaginales (si aplica).
3. Si cede el sangrado indicar continuar control prenatal habitual
4. Si la paciente tiene antecedente de abortos previos consecutivos disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de

mayor resolución con epicrisis o carné prenatal para evaluación de incompetencia cervical o abortadora habitual.

4.18.2 Protocolo de manejo del aborto en curso o inevitable, incompleto, completo y diferido

1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
3. Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y examen con espéculo y tacto vaginal bimanual.
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.
8. Brinde apoyo emocional continuo.
9. Canalice una vía endovenosa con catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer).
10. Manejo de shock hipovolémico (si aplica)
11. Analgesia farmacológica (si amerita) tipo Paracetamol 500 mg VO con sorbo de líquido.
12. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.
13. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina para diagnóstico por clasificación clínica.
14. Brinde consejería sobre anticoncepción posaborto inmediata con DIU.
15. EVACUACIÓN UTERINA: si actividad cardiaca es negativa por: Aspiración manual endouterina (AMEU) en embarazo menor a 12 semanas (Ver protocolo más adelante). Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ug por vía vaginal cada 6 horas por 3 dosis o 600 ug sublingual previo a AMEU.

4.18.3 Protocolo de manejo de aspiración manual endouterina (ameu)

PREPARATIVOS DE AMEU

1. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.
2. Brinde apoyo emocional continuo.
3. Explique la posibilidad de sentir molestia durante algunos de los pasos del procedimiento y que usted le avisará con anticipación.
4. Administre a la mujer paracetamol 500 mg vía oral 30 minutos antes del procedimiento.
5. Pregunte si es alérgica a los antisépticos y a los anestésicos.
6. Determine que esté presente el instrumental requerido esterilizado.
7. Asegure la disponibilidad de cánulas y adaptadores de los tamaños apropiados.
8. Inspeccione la jeringa para AMEU y prepárela (confirme que funciona el vacío).
9. Verifique que la paciente haya vaciado su vejiga recientemente.
10. Verifique que la paciente se haya lavado y enjuagado a conciencia el área perineal.
11. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.
12. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.
13. Organice el instrumental esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel en una bandeja esterilizada o en un recipiente sometido a desinfección de alto nivel.

4.18.4 Tareas previas al procedimiento de ameu nivel

1. Administre oxitocina 10 unidades IM o metilergonovina 0,2 mg IM.

2. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y posición del útero y el grado de dilatación del cuello uterino.
3. Introduzca suavemente el espéculo en la vagina y extraiga la sangre o tejido presentes utilizando una pinza de aro y gasa.
4. Aplique solución antiséptica dos veces a la vagina y al cuello uterino, utilizando gasa o una esponja de algodón.
5. Extraiga cualquier producto de la concepción del orificio del cuello uterino y verifique la presencia de desgarros en el cuello uterino.

4.18.5 Bloqueo paracervical (si no cuenta con anestesia general corta)

1. Cargue 10 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina en una jeringuilla e inyecte 2 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 a 12 de las identificar el área del fondo de saco vaginal entre el epitelio cervical liso y el tejido vaginal).
2. Inyecte unos 2 ml de solución de lidocaína al 1% inmediatamente por debajo del epitelio, a no más de 3 mm de profundidad, en las posiciones de las 5 y 7 de las manecillas del reloj. aspire halando el émbolo de la jeringa ligeramente hacia atrás para asegurarse de que la aguja no haya penetrado en un vaso.
3. Espere 2 minutos y luego pellizque el cuello uterino con una pinza. (Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar hasta que la paciente no sienta dolor).

4.18.6 Procedimiento de ameu

1. Explique a la mujer cada paso del procedimiento antes de realizarlo.
2. Con delicadeza, ejerza tracción sobre el cuello uterino para alinear el canal cervical y la cavidad uterina.
3. Si es necesario, dilate el cuello uterino utilizando cánulas o bujías

dilatadoras en forma progresiva de menor a mayor tamaño.

4. Mientras mantiene fijo cuello uterino con la pinza, empuje la cánula, elegida con delicadeza y lentamente dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo (no más de 10 cm). Luego retire un poco la cánula alejándola del fondo.
5. Conecte la jeringa al vacío para AMEU a la cánula sosteniéndola en una mano y el tenáculo y jeringa en la otra. Asegúrese de que la cánula no se desplace hacia adelante al conectar la jeringa.
6. Libere la válvula/s de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula.
7. Evacúe el contenido restante de la cavidad uterina haciendo girar la cánula y la jeringa de la posición de las 10 a la de las 12 de las manecillas del reloj, y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina.
8. Extraiga cualquier producto de la concepción del orificio del cuello uterino y verifique desgarros en el cuello uterino.

4.18.7 Bloqueo paracervical (si no cuenta con anestesia general corta)

1. Cargue 10 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina en una jeringuilla e inyecte 2 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 a 12 de las manecillas del reloj).
2. Sujete con delicadeza el labio anterior o posterior del cuello uterino con una pinza de un solo diente (en el aborto incompleto, es preferible utilizar una pinza de aro).
3. Ejercer tracción y movimiento ligeros con la pinza para ayudar a cánula en una mano y el tenáculo y jeringa en la otra. Asegúrese de que la cánula no se desplace hacia adelante al conectar la jeringa.
4. Libere la válvula/s de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula.
5. Evacúe el contenido restante de la cavidad uterina haciendo girar la cánula y la jeringa de la posición de las 10 a la de las 12 de las

manecillas del reloj, y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina.

6. Si la jeringa se ha llenado hasta la mitad antes de haber completado el procedimiento, desconecte la jeringa de la cánula. Retire solamente la jeringa y deje la cánula en su lugar.
7. Empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en un recipiente con tapa hermética o gasa.
8. Prepare nuevamente la jeringa, conecte la cánula y libere la/s válvula/s de paso.
9. Verifique si hay signos de finalización del procedimiento (espuma roja o rosada, no se observa más tejido en la cánula, sensación de aspereza y el útero se contrae alrededor de la cánula). Retire con delicadeza la cánula y la jeringa para AMEU.
10. Separe la cánula de la jeringa para AMEU y empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en una gasa.
11. Retire la pinza del cuello uterino antes de retirar el espéculo y verifique sangrado en el sitio de pinzamiento.
12. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y la firmeza del útero.
13. Inspeccione rápidamente el tejido extraído del útero para asegurarse de que la evacuación del útero ha sido total. Enjuague el tejido con agua o solución salina, si fuera necesario.
14. Si no se ven productos de la concepción, reevalúe la situación para asegurarse de que no se trata de un embarazo ectópico.
15. Si el útero todavía está blando o si persiste el sangrado, repita el procedimiento de AMEU.
16. Coloque el DIU en la cavidad uterina si la paciente acordó el uso de ese tipo de anticoncepción.

4.18.8 Tareas posteriores al procedimiento de AMEU

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

2. Coloque todo el instrumental en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo.
3. Descontamine o elimine la aguja o la jeringa: enjuagando su interior aspirando y expulsando tres veces la solución de cloro al 0,5%, y luego colóquelas en un recipiente a prueba de perforaciones.
4. Verifique si hay sangrado o dolor antes de dar de alta.
5. Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico. Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío.
6. Dé instrucciones a la paciente sobre la atención postaborto y la aparición de las señales de peligro: fiebre, dolor y sangrado.
7. Dígale cuándo debe regresar para la cita de seguimiento y evaluación del resultado histopatológico.
8. Discuta con ella sus metas en lo que respecta a la reproducción, según sea apropiado, y proporcione un método de planificación familiar.

4.18.9 Tareas posteriores al procedimiento de AMEU

1. Antes de quitarse los guantes, elimine los desechos colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.
2. Coloque todo el instrumental en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo.
3. Descontamine o elimine la aguja o la jeringa: enjuagando su interior aspirando y expulsando tres veces consecutivas la solución de cloro al 0,5%, y luego colóquelas en un recipiente a prueba de perforaciones.
4. Conecte la cánula usada a la jeringa para AMEU y enjuague ambas a la vez aspirando y expulsando la solución de cloro al 0,5%
5. Desconecte la cánula de la jeringa y ponga en remojo ambas piezas, en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlas.
6. Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al

0,5%.

7. Quítese los guantes volcándolos del revés y colóquelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.
8. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con una toalla limpia y seca, o déjelas secar al aire.
9. Permita que la paciente descanse cómodamente durante al menos 30 minutos en un lugar donde se pueda monitorear su recuperación.

4.19 EFICACIA DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE DOSIS Y TASA ACUMULATIVA DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO MEDICO:

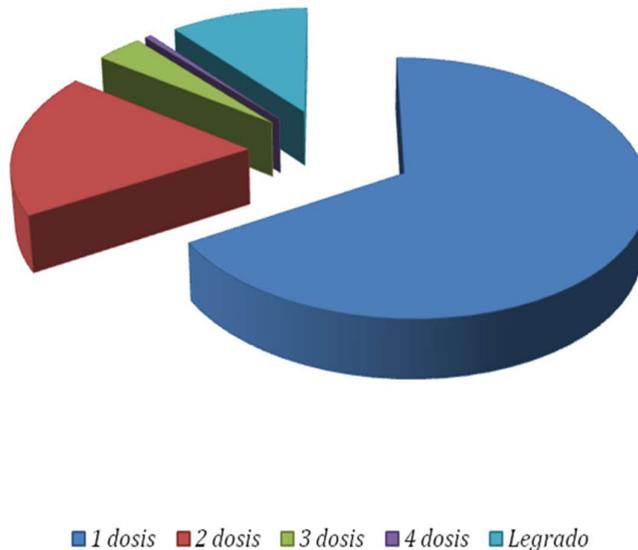


Gráfico 19 Eficacia del tratamiento

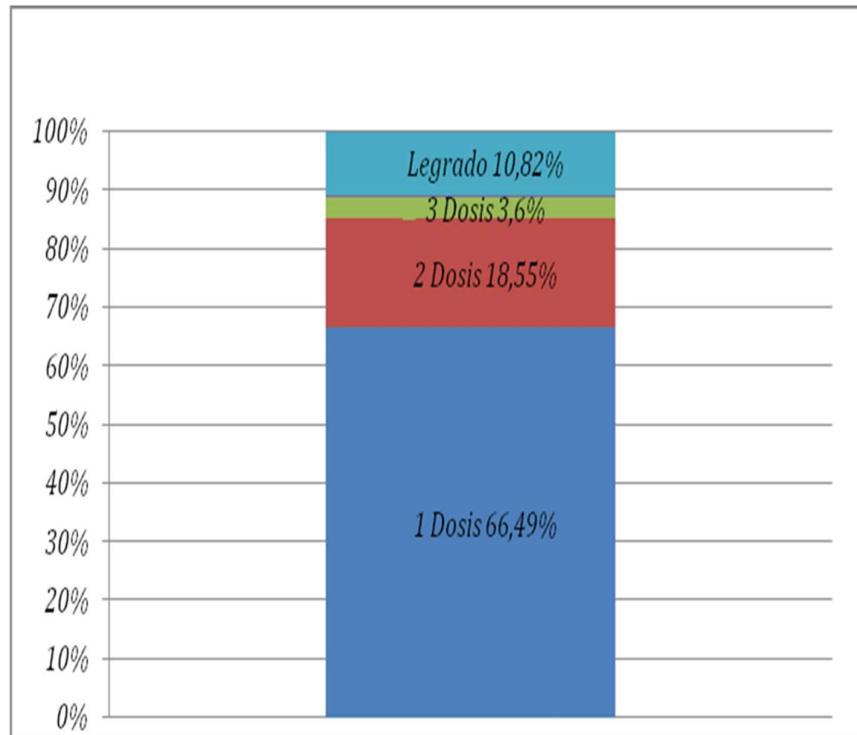


Gráfico 20 Eficacia de la dosis

Se demuestra el resultado exitoso del manejo del aborto diferido con 1 sola dosis de tratamiento con un 66.49% de resolución.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

Luego de realizar este estudio cuyo objetivo era demostrar que, aplicando una normativa y protocolo del manejo del aborto incompleto y diferido, disminuirían las complicaciones y teniendo en cuenta que la muestra fue de 70 pacientes que ingresaron con diagnóstico confirmado por ecografía de aborto excluyendo a las amenazas de aborto. El aborto también es un problema social que no solo afecta a la clase socioeconómica baja sino a la media con un 86%, por situaciones especiales como la inmadurez en esta etapa de la vida ya que el 27% tenían entre 10 y 14 años, el 73% correspondía de 15 a 19 años de edad con una media de 16 años donde aún no se ha realizado un plan de vida definido, también se observó irresponsabilidad de la pareja y apoyo para que las adolescentes se realicen el aborto.

El 60% de las pacientes tenían entre sus antecedentes G-O abortos anteriores, el 32% partos vaginales y el 8% partos por cesárea. De las 70 pacientes del estudio, 25 tenían gestas anteriores de las cuales 72% de las pacientes no utilizó método posparto y el 28% si utilizo un método anticonceptivo post-parto. Del total de 70 pacientes, el 30% conoce sobre los Anticonceptivos orales, el 29% también conocen sobre el uso de preservativos, el 19% sobre T de Cu y el 7% tienen conocimiento sobre los anteriores y otros como el implante subdérmico. El 70% desconocían sobre el uso de los diferentes métodos anticonceptivos donde también se incluyó pacientes que conocían erróneamente el uso de los mismos.

La estancia hospitalaria máxima de las pacientes fue de 12 horas que corresponden al 21%, de 6 horas el 36% y de 4 horas al 43%. Esto se debe al adecuado manejo de la paciente ingresada por aborto. El 56% de las parejas de las pacientes estuvieron de acuerdo con el aborto y el 44% deseaban el embarazo. El procedimiento que más se utilizó fue la Aspiración Manual Endouterina que corresponde al 83% y el 17% al Legrado Uterino Instrumental en abortos mayores de 12 semanas.

El 61% de las pacientes utilizaron medicamentos abortivos, el 39% no utilizó ningún tipo de medicamentos ni brebajes abortivos. Los medicamentos abortivos son conseguidos fácilmente en las farmacias dando a notar la falta de control del expendio de esta medicina (Misoprostol). Las pacientes referían que se las recomendaban las amigas que ya se habían realizado un aborto y a dos de las pacientes se las recomendaron en la misma farmacia.

Luego del Manejo hospitalario del aborto ninguna paciente presentó complicaciones lo cual demuestra que un manejo adecuado de este cuadro clínico obstétrico de emergencia disminuye notablemente las complicaciones y la mortalidad.

El aborto es una emergencia muy frecuente en el área de emergencias gineco-obstétrica, lo cual motivo a realizar el estudio, demostrando que se aplicó el protocolo propuesto dando como resultado cero complicaciones en las pacientes ingresadas.

De las pacientes ingresadas el 58% correspondían a Aborto Incompleto, el 23% aborto en curso y el 19% aborto diferido.

Los resultados del estudio demuestran que realizando un correcto manejo de la emergencia como lo es el aborto disminuirán las complicaciones, la mortalidad, menor tiempo de estancia hospitalaria y condiciones de egreso buena; esto es posible aplicando la normativa y protocolo del manejo del aborto diferido en emergencia del Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo.

1.2 RECOMENDACIONES:

1. Aplicar la Normativa y Protocolo del Manejo del Aborto.
2. Implementar un área de charlas sobre anticonceptivos post-procedimiento antes del alta hospitalaria.
3. Entregar folletos con información sobre las complicaciones del aborto y las opciones de anticoncepción para evitar embarazos no deseados.
4. Aplicar un método anticonceptivo antes del alta hospitalaria.

5.3 REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Según la investigación realizada sobre la influencia del tiempo de reevaluación en el éxito del tratamiento del aborto diferido con misoprostol en 219 pacientes evaluadas a las 48 horas y posteriormente a los 7 a 10 días indica que *'la reevaluación a la semana del uso de misoprostol supone un mayor porcentaje de éxito evitando el aumento de las complicaciones.'* Encinas Romero A, et al. (2016) p 247-251. ⁽²⁸⁾

Otro estudio realizado en el Hospital La Zarzuela, Madrid, España. Donde se analiza a 109 pacientes diagnosticadas de aborto precoz, diferido y a quienes se trató con 600 miligramos de misoprostol por vía intravaginal nos certifica que *'el tratamiento con misoprostol del aborto diferido presenta una tasa de éxitos cercana al 90%, con escasos efectos secundarios, con un buen grado de satisfacción y escaso coste sanitario, por lo que es una alternativa válida de legrado.'* Gippini I, et al. (2014) p 101-107. ⁽²⁹⁾

Un análisis sistemático obtenido de ensayos controlados en el consorcio sanitario de la Anoiá basado en 252 pacientes diagnosticadas de aborto diferido en el primer trimestre, las cuales recibieron tratamiento con misoprostol sublingual concluye lo siguiente: *'El tratamiento médico es una alternativa menos agresiva que la cirugía, con tasas de éxito que se aproximan al 90% y efectos secundarios muy leves, controlables con medicación adicional; además de presentar un alto grado de aceptación global'* Escribano Montesdeoca G, et al. (2015) p 243 – 246. ⁽³⁰⁾

CAPITULO 6

BIBLIOGRAFIA

1. Dalton VK HLGK. Provier knowledge, attitudes and treatment preferences for early pregnancy failure. *AM J Obstet Gynecol.* 2010; 202(98).
2. Wang X CCFJ. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a pupolation-based prospective study. *Fertil Steril.* 2003; 79(3).
3. Roberth Smith GP. The management of early pregnancy loss. In Green-top guideline. Royal Collge of Obstetricians and Gynecologist (RCOG). 2006; 25(15).
4. JF M. List of. WHO. Model list of essential medicines. 2010; 32(60).
5. Graziosi GC VdSJRP. Economic evaluation of misoprostol in the treatment of early pregnancy failure compared to curettage afetr an expectant management. *Hum Reprod.* 2015; 20(4).
6. James Decker SP. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. WHO. UNFASE ABORTION. 2008; 63(11).
7. Roberto Pizarro MS. Protocolo asistencia en obstetricia en la SEGO. Sociedad española de ginecología y obstetricia. 2012; 63(8).
8. Deaton JL HGHC. Early transvaginal ultrasound following and accurately dated pregnancy: The importance of finding a yolk sac or fetal heart motion. *HUM REPROD.* 2013; 12(9).
9. Sawyer E OEOY. The value of measuring endometrial thickness and volumen on transvaginal ultrasound sacn for the diagnosis of incomplete miscarriage. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007; 29(2).
10. Reagn L RR. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillieres best pract res clin obstet gynecol.* 2003; 14(5).

11. Nybo Anderson AM WJCO. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ*. 2005; 320(60).
12. Knudsen UB HVJS. Prognosis of a new pregnancy following previous spontaneous abortion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011; 25(6).
13. Ness RB GJHNMN. Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. *New England Jour Med*. 2006; 340(5).
14. Venner SA WGCC. Paternal smoking and pregnancy loss: A prospective study using a biomarker of pregnancy. *AM J Epidemiol*. 2004; 159(10).
15. Henriksen TB HNJT. Alcohol consumption an the time of conception and sontaneus abortion. *AM J Epidemiol*. 2004; 160(66).
16. Li DK LLOR. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs pregnancy and risk of miscarriage: population-based cohort study. *BMJ*. 2003; 327(56).
17. Nielsen GJ SHLH. Risk of adverse birth outcome and miscarriage in pregnant users of non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based observational astude and case-control study. *BMJ*. 2001; 322(15).
18. Wilcox AJ BDWC. Time of implantion of the conceptus and loss of pregnancy. *N ENG J MED*. 2005; 340(23).
19. George L MJJA. Plasma folate levels and risk of spontaneous abortion. *JAMA*. 2002; 288(15).
20. Helgstrand S NAA. Maternal underweight and the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84(12).
21. Pasquali R GA. Metabolic effects of obesity on reproduction. *Reprod Biomed Online*. 2006; 12(5).
22. Klein J SZ. Epidemiology of chromosomal anomalies in spontaneous abortion: prevalence, manifestation and determinants.. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1993; 32(6).

23. LY H. Prenatal diagnosis of chromosomal anomalies through amniocentesis. The John Hopkins University Press. March; 88(6).
24. Henionen PK SSPP. Reproductive performance of women with uterine anomalies. An evaluation of 182 cases. ACTA Obstet Gynecol Scand. 2002; 61(2).
25. Cabill PDJ WP. Bleeding and pain in early pregnancy. EL SEVIER Saunders. 2006; 50(9).
26. Barreiro MEHHBH. Persistent trophoblastic disease presenting as missed abortion. EL SEVIER. 2015; 58(10).
27. E. Riveo López FMMJDD. Obstetricia aborto diferido: eficacia del misoprostol intravaginal. EL SEVIER. 2015; 41(10).
28. Encinas Romero A LOO. La influencia del tiempo de reevaluación en el éxito del tratamiento del aborto diferido con misoprostol. Progresos de obstetricia y ginecología. 2016; 59(4).
29. Gippini I DdT. Análisis del valor de misoprostol en el tratamiento del aborto diferido. Progreso de obst y ginec. 2014; 55(3).
30. Escribano Montesdeoca G RPJ. Uso de misoprostol en el tratamiento de abortos diferidos del primer trimestre. Prog de obst y ginec. 2015; 57(6).

ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo en años	Años cumplidos	Numérica
EDAD GESTACIONAL	Semanas de embarazo que cursa la paciente	Tiempo en semanas	Semanas cumplidas de embarazo	Numérica
PARIDAD	Número de partos que ha tenido la paciente	Número de partos	Número de partos	Numérica
TIEMPO DE MADURACION CERVICAL	Tiempo en horas en donde se produce el efecto farmacológico a nivel cervical.	Tiempo en horas	Número de horas	Numérica
EFFECTOS COLATERALES DEL MEDICAMENTO (NA USEA, VOMITO, FIEBRE, DIARREA)	Presencia o Ausencia de efectos colaterales del medicamento	Presencia o ausencia de efectos colaterales	Si o No	Si o No
DOLOR ABDOMINAL	Presencia e intensidad de dolor al utilizar las diferentes vías de administración del medicamento	LEVE MODERADO O INTENSO O AUSENTE	LEVE MODERADO O INTENSO O AUSENTE	ESCALA DEL DOLOR DE EVA
SANGRADO	Presencia e intensidad de sangrado	LEVE MODERADO O Y ABUNDANTE	LEVE (1 TOALLA) MODERADO(DOS TOALLAS) ABUNDANTE(MAS DE DOS TOALLAS)	MEDICION DEL NUMERO DE TOALLAS USADAS

ANEXO 2 TASA DE EXPULSIÓN SEGÚN NÚMERO DE DOSIS DE MISOPROSTOL.

(Entre paréntesis el número de legrados realizados tras expulsión de vesícula)

Numero de dosis	Expulsión vesícula en primer control	Expulsión vesícula en segundo control	Expulsión vesícula en otros controles	Legrado*	Total
1	127	2	0	7 (+5)	136
2	10	26	0	13 (+4)	49
3	2	1	4	0 (+1)	7
4	0	0	1	1	2
Total	139	29	5	21(31)	194

ANEXO 3 CASOS DE REALIZACIÓN DE LEGRADO TRAS EXPULSIÓN DE VESÍCULA EN EL PRIMER CONTROL.

Número de dosis	Sangrado	Endometrio (mm)	Signos de infección	Anatomía Patológica
1	Similar a regla	14	No	No restos abortivos
2	Similar a regla	14	No	Vellosidades coriales
1	Mayor que regla	15	No	Vellosidades coriales
1	Mayor que regla	33	No	Vellosidades coriales
2	Menor que regla	22	No	Vellosidades coriales
1	Menor que regla	9	Si	Vellosidades coriales

ANEXO 4 CASOS DE REALIZACIÓN DE LEGRADO TRAS EXPULSIÓN DE VESÍCULA EN EL SEGUNDO CONTROL.

Número de dosis	Sangrado	Endometrio (mm)	Signos de infección	Anatomía Patológica
2	Menor que regla	46	NO	Vellosidades coriales
2	Menor que regla	25	No	Vellosidades coriales
2	Mayor que regla	20	No	No restos abortivos
1	Similar a regla	16	Si	Vellosidades coriales