



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

MANEJO DEL ABORTO INCOMPLETO

EN HOSPITAL DE III NIVEL, 2019

PRESENTADO POR

LIC. JESSICA JÁUREGUI GOÑAS

ASESOR

DRA. HILDA ELIZABETH GUEVARA GÓMEZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO Y CUIDADO CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA- PERÚ

2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Anexos.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
CAPÍTULO I.....	9
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.1 Descripción del problema	9
1.2. Justificación.....	12
1.3. Antecedentes	13
CAPÍTULO II	27
CASO CLÍNICO.....	27
2.1.- Objetivo:.....	27
2.1.1. Objetivo General.....	27
2.1.2. Objetivos Específicos	27
II.3.- Historia clínica	28
Anamnesis	28
2.3. Discusión	42
2.4. Conclusión.....	44
2.5 Recomendaciones	45
BIBLIOGRAFÍA	46

Índice de Tablas

Tabla 1.- Situación Legal del Aborto	10
Tabla 2.- Clasificación clínica del aborto	23
Tabla 3.- Elegibilidad médica posterior al aborto	26

Índice de Anexos

Anexo 1.- Etapa clínica del aborto	54
Anexo 2.- Manejo del aborto incompleto	55
Anexo 3.- Manejo médico del aborto incompleto.....	56
Anexo 4.- Flujograma de atención del aborto	57
Anexo 5.- Guía Técnica Nacional de Atención Integral de Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	58
Anexo 6.- Flujograma de atención integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria del embarazo	59
Anexo 7.- Consentimiento informado y autorización de procedimiento para la interrupción voluntaria por indicación terapéutica	60
Anexo 8.- Formulario de consentimiento informado y autorización de procedimiento para el representante legal en caso la gestante sea incapaz.....	61
Anexo 9.- Consentimiento Informado para autorización de procedimiento C	62
Anexo 10.- Recursos necesarios para el procedimiento.....	63

RESUMEN

Esta revisión académica es acerca del aborto incompleto, una complicación en obstetricia que tiene una alta prevalencia, no solo en el Perú sino en gran parte del mundo, generando un alto costo en la atención. Actualmente los casos en el servicio han incrementado por lo que se hace una revisión relacionada a esta patología puesto que la tasa de morbilidad y mortalidad por esta causa es muy alta.

Objetivo: Analizar cómo se maneja el aborto incompleto en un establecimiento de salud público nivel III. Población: personas con aborto incompleto. Tipo de estudio: descriptivo. Diseño de estudio: no experimental. Resultado: Manejo del aborto incompleto no complicado en un establecimiento público de acuerdo a la normativa, que presenta un manejo clínico acorde a los estudios realizados en otras zonas geográficas del mundo.

Conclusión: El manejo inmediato de una paciente con aborto incompleto es fundamental para evitar la infección y/o hemorragia a la que pueda estar expuesta pues ello pone en riesgo la vida de la paciente.

Palabras clave: Hemorragia del primer trimestre; Aborto Incompleto; Gestantes; embarazo; Perú.

ABSTRACT

This academic review is about incomplete abortion, a complication in obstetrics that has a high prevalence, not only in Peru but in much of the world, generating a high cost of care. Currently, the cases in the service have increased, so a review is being made related to this pathology, since the morbidity and mortality rate for this cause is very high.

Objective: To analyze how incomplete abortion is managed in a level III public health facility. Population: people with incomplete abortion. Type of study: descriptive. Study design: non-experimental. Result: Management of uncomplicated incomplete abortion in a public facility according to regulations, which presents a clinical management according to studies carried out in other geographical areas of the world.

Conclusion: The immediate management of a patient with incomplete abortion is essential to avoid infection and/or hemorrhage to which she may be exposed, since this puts the patient's life at risk.

Keywords: First trimester hemorrhage; Incomplete abortion; Pregnant women; pregnancy; Peru.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

En una revisión realizada en la realidad peruana se ha considerado que aproximadamente se realizan 370,000 prácticas abortivas en lugares clandestinos por año; es decir, a razón de unas mil al día. El aborto es ilegal en Perú salvo cuando peligre la vida de la madre. En esos casos se autoriza antes de las 22 semanas de gestación bajo fuertes restricciones (1). En este año 2022, se ha encontrado hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en el Perú las siguientes cantidades: en enero 51 casos; en febrero, 77; en marzo, 97; en abril, 267; en mayo, 495; en junio, 235; y en julio, 42 (2).

El aborto por condición terapéutica está legalizado desde 1924, Código Penal artículo 119°, siempre que haya riesgo en la vida de la madre o para evitar un mal permanente o grave. Nuestra entidad regulatoria en salud aun no aprueba el protocolo de atención (3).

La práctica abortiva por eugenesia, condición terapéutica y violación sexual está permitida en Colombia, Argentina, México, Uruguay, Cuba, Guyana, Guyana Francesa, Puerto Rico (4). Paraguay, Venezuela, Guatemala, Perú y Costa Rica

tienen algunas de las legislaciones más restrictivas y solo despenalizan el aborto en caso de que la vida o la salud de la embarazada corra peligro (5).

Las legislaciones más punitivas se encuentran en el centro del continente. En El Salvador, Nicaragua, Honduras y Chile el aborto es ilegal en todas sus causales.

Siendo las mujeres salvadoreñas las que cuentan con una mayor vulneración

Tabla 1.- Situación Legal del Aborto

SITUACIÓN LEGAL DEL ABORTO				
TOTALMENTE PROHIBIDO	PARA SALVAR LA VIDA DE LA MUJER	POR SALUD FÍSICA	POR SALUD MENTAL	SIN RESTRICCIONES
El Salvador, Nicaragua Honduras, Chile	Argentina, Brasil (además por violación sexual), Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México (sistema federado, rige para la mayoría de Estados), Panamá (además por violación sexual y daño en el feto), Paraguay, República Dominicana, Venezuela. Perú, Colombia (además por violación, incesto y feto incompatible con la vida) y Bolivia (además por violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto).	Argentina (en caso de violación sexual a idiotas), Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Uruguay, Colombia, y Perú	Argentina, Jamaica, Trinidad y Tobago, Perú, y Colombia	Cuba (límite gestacional 12 semanas), Puerto Rico (hasta que sea viable), y México DF.

Fuente: Católicas por el derecho a la salud ⁽⁷⁾.

La decisión de la mujer debe ser respetada, sin embargo, debe tener consideraciones, como por ejemplo el tiempo de gestación (antes de 22 semanas) o que el peso sea hasta 500 gramos, las circunstancias en las que se gestó el embarazo. Cerca del 40% de las mujeres en provincia y alrededor del 12% en Lima refieren que no tuvieron acceso a un método anticonceptivo, lo que generó el embarazo. Según la Encuesta Nacional del 2011, la mitad de las mujeres utilizan algún método de contracepción y 2/3 partes de ellas usan algún método moderno, es decir la mitad de las mujeres no tienen acceso o no desean utilizar un método de prevención a pesar de que en muchos casos es gratuito (8).

El esfuerzo constante por mejorar la autonomía de las mujeres en el aspecto reproductivo es una constante que sigue vigente en la región. Sin embargo, la tipificación del aborto como parte de un delito permanece ileso desde hace más de nueve décadas. Conforme se expone en el capítulo II del título I del Código Penal peruano, esta situación es punible y se da una pena privativa de libertad hasta 2 años a la persona gestante; mientras que son 4 años para quien lo realiza. No obstante, conforme a la encuesta del 2019, hay un 19% de mujeres quienes realizan el aborto, las edades es de 18 y 45 años. Sus complicaciones aún son causa de mortalidad materna, retomar esta discusión se hace indispensable (9).

Tener disponibles métodos eficaces y seguros para evitar un embarazo no deseado existen; sin embargo, estos no son utilizados de manera eficaz, sobre todo en países en desarrollo. Según la OMS habían más de 20 millones de abortos incompletos, siendo América del Sur una de las regiones con las tasas más altas en todo el mundo. Por tal razón, de acuerdo a los reportes científicos, se ha unificado las directrices

precisando 50 recomendaciones para abarcar la práctica clínica, la prestación de servicios de salud y su intervención legal con la finalidad de dar atención de calidad en el proceso del aborto. Por la calidad de vida de la gestante, el aborto debe ser seguro desde el punto de vista del especialista. Las restricciones actuales, lo que hacen es estimular a las mujeres y niñas a optar por procedimientos no seguros que arriesgan su salud. Se ha identificado que en los casos donde hay restricciones, 1 de 4 casos el aborto es seguro; mientras se tiene que en 9 de 10 casos donde el aborto (10).

1.2. Justificación

En el Perú la posibilidad de practicarse un aborto existe, si solo si es por fines terapéuticos, y de esa forma se salva la vida de la gestante. A través de la Resolución Ministerial No. 486-2014 se reglamentó el aborto terapéutico, que permitió aprobar en el 2017 la regulación Técnica Nacional para normatizar los procesos de atención a una gestante que sea intervenida por una condición terapéutica antes de las 22 semanas según lo dispone el Código Penal (11). Dentro de las causas que el MINSA refiere están: tienen muchos hijos, es el momento menos propicio, no tener pareja estable, razones económicas, temor a los padres. La presente investigación se realiza por que si bien no todos los abortos incompletos presentan complicaciones, una de cada cuatro mujeres requiere de atención médica, siendo preciso mencionar que en algunos casos uno de las consecuencias a largo plazo es la infertilidad, debido a esto es importante conocer la situación actual de esta patología en nuestro país. Además de ello el costo que ello implica es elevado. La prevalencia real en el Perú es desconocida, porque en muchos casos se hace de manera clandestina, hay

poca confiabilidad de registros, sin embargo, la estadística estima que hay 370 000 abortos al año (1). Si bien no existen estudios de todas las implicancias del aborto y los costos que estos acarrearán, existen algunas investigaciones en México que calculan costos indirectos, por lo que es importante en Perú poder realizar una investigación de este tipo para poder conocer realmente lo que sucede en nuestro país. Probar que no tener acceso a un aborto seguro incrementa los costos y puede ser un punto inicial para poder tomar decisiones y tomar una opción por parte del estado en busca de evitar sufrimientos y defunciones innecesarias.

1.3. Antecedentes

a. Internacionales

Huilca et. al. Ecuador – 2021. Investigaron con respecto a la eficacia del manejo clínico con misoprostol en tratamientos quirúrgicos con legrado uterino en pacientes de 25 a 35 años con diagnóstico de aborto incompleto. El estudio desarrollado fue retrospectivo descriptivo no experimental de corte transversal donde participó una población de 79 mujeres hospital de especialidad Carlos Andrade Martín. Jesús resultados evidenciaron que el manejo tuvo eficacia al provocar el aborto completo sin requerir un procedimiento secundario en el tratamiento inicial. Dentro de la muestra se tuvo a mujeres multíparas 48%, sin antecedentes de aborto 54%, comida gestacional menor de 12 meses y pacientes ambulatorias y hospitalarias ⁽¹²⁾.

Valle et. al. Venezuela – 2021. Desarrollaron una comparación para determinar la eficacia de la aspiración manual endouterina con el legrado uterino instrumental para el tratamiento de aborto incompleto ordenado. El trabajo no se desarrolló con el consentimiento informado y se distribuyeron a 192 pacientes en 2 grupos. En sus

resultados se encontró que la cantidad de restos ovulares medidos por ecografía después del vaciamiento es de 3 mm a 4 mm en 73 pacientes a quienes se les practicó el grado y en 71 del grupo de aspiración. A los 10 minutos del procedimiento los pacientes de ambos grupos se manifestaron de cero a tres puntos grados en la escala de dolor. Entre los síntomas que presentó después fueron de náuseas y mareos ⁽¹³⁾.

Bogen. Granada – 2021. El aborto inseguro es la causa de una cantidad sustancial de morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo, pero específicamente en los países de ingresos bajos y medianos. Entre los hallazgos sugieren que la provisión de tratamiento médico para el aborto incompleto en el primer trimestre puede ser brindada con la misma eficacia y seguridad por personal no médico que por médicos en países de ingresos bajos y medianos. Además, las mujeres aceptan la prestación de estos servicios por personal no médico. Por lo tanto, se recomienda que la tarea de brindar tratamiento médico para el aborto incompleto se comparta con personal no médico ⁽¹⁴⁾.

Aghababaei et. al. 2021. El aborto incompleto es una complicación frecuente del embarazo. Por tal motivo se ha diseñado un ensayo clínico para evaluar la eficacia del sésamo para la eliminación de los productos de la concepción retenidos (RPOC). En este ensayo aleatorizado, abierto y controlado, 45 pacientes recibieron polvo de sésamo como grupo de intervención y 45 pacientes recibieron tratamiento expectante como grupo de control durante 5 días. La medida de resultado primaria fue la resolución completa de RPOC evaluada por ecografía. Las medidas de resultado secundarias fueron la gravedad del sangrado vaginal y el dolor de las pacientes. Como resultado tuvieron que el 84,1 % tuvo resolución completa de

RPOC en el grupo de sésamo, mientras que el 26,2 % tuvo resolución completa de RPOC en el grupo control, lo cual fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$). Además, las pacientes del grupo de sésamo mostraron una tendencia significativamente más decreciente en el dolor y el sangrado vaginal en comparación con el grupo de control ($p < 0,001$). Conclusión: el sésamo tuvo un efecto significativo en la eliminación de RPOC y la reducción del dolor y el sangrado vaginal ⁽¹⁵⁾.

Bermejo. Ecuador - (2022). Tuvo como propósito realizar una revisión sistemática sobre la eficacia del manejo hospitalario del legrado uterino y aspiración al vacío. La metodología aplicada fue revisión sistemática de la literatura de carácter exploratorio, descriptivo, utilizando la declaración de PRISMA. En base a los resultados obtenidos no existen diferencias significativas en cuanto a la realización de procedimientos de evacuación uterina por raspado uterino instrumental o aspiración al vacío, por lo que se considera que los dos métodos aún son seguros y efectivos en mujeres con diagnóstico de aborto incompleto ⁽¹⁶⁾.

b.- Nacionales

Malleco et. al. Huancavelica – 2021. Desarrollaron su estudio en el hospital de Lircay II. La investigación fue observacional retrospectivo transversal transitivo donde se aplicó en una muestra de 72 gestantes seleccionadas mediante criterios de inclusión. En sus resultados evidenciaron la incidencia del aborto del 4.8% mientras que éstas el 29.2 fueron mujeres que tenían covid-19. La edad de las personas fluctuaba entre 20 y 29 años ⁽¹⁷⁾.

Paredes. Arequipa - 2021. Determinaron las características clínicas y epidemiológicas respecto al aborto y las variantes en un hospital nacional.

Investigación fue a través de la revisión de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de egreso aborto y sus variantes. La muestra fue de 224 pacientes de los cuales 64% fueron abortos incompletos en una edad de promedio de 28 años y que vivían en zonas urbanas 85%. Como conclusión determinó que la edad más frecuente para el aborto incompleto en su mayoría fue por pacientes adultas con gestaciones previas, pero sin abortos previos, con alta frecuencia de consumo de cafeína y baja frecuencia de patología asociadas ⁽¹⁸⁾.

Vilca. Moquegua - 2021. Consideró que el aborto es un problema muy fuerte en la salud pública y que necesita tener una guía de atención donde se ven adecuadas estrategias de planificación familiar. En su objetivo de estudio determinó las causas que han estado presentes en el aborto incompleto en gestantes con antecedentes de cesárea anteriores. Concluyendo que los factores sociales y maternos de cirugía uterina previa y comorbilidad de anemia son las principales evidencias que generan acciones para ese tipo de circunstancias. En cuanto al tratamiento que se desarrolla de forma oportuna se establece por medio de los protocolos nacionales ⁽¹⁹⁾.

Sándiga. Moquegua- 2020. Desarrollo su investigación con el objetivo de describir la amenaza del aborto y el aborto incompleto en gestantes adolescentes y el manejo clínico. Como conclusión tuvo que se cumplen los exámenes de laboratorio para evidenciar con exactitud el tratamiento del grado uterino y los diagnósticos que van a ser utilizados en la amenaza de aborto o de aborto incompleto. Las cifras de embarazo adolescente complicaciones para estos tipos de amenazas de aborto con mayor frecuencia en primer nivel de atención. Estas complicaciones presentan la tercera razón de mortalidad materna en la población de mujeres menores de 19 años. Por tal razón, es necesario identificar, conocer y atender de forma integral de

acuerdo a los procedimientos indicados de ayuda de diagnóstico para mejorar las herramientas y evitar situaciones similares ⁽²⁰⁾.

Aliaga. Cajamarca – 2021. presentaron como objetivo determinar los factores personales sociales o éticos asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes. El método de trabajo fue mediante el enfoque cuantitativo de tipo no experimental con un diseño transversal descriptivo correlacional. La muestra fue de 211 adolescentes y jóvenes a quienes se les aplicó una ficha de recolección de datos. Como resultados se tuvieron que, en los adolescentes, el aborto incompleto se da de acuerdo al grado de instrucción, la edad y el inicio relaciones sexuales; en caso de jóvenes, los factores asociados al aborto incompleto están relacionado a estado civil, la ocupación del cónyuge y la religión. Como conclusión tuvieron que existe una relación significativa entre factores sociales personales para el riesgo del aborto incompleto ⁽²¹⁾.

1.4. MARCO TEÓRICO

a.- Definición

En el mundo, perder al feto antes de las 22 semanas es considerada un aborto, en algunas regiones ello es reconocido previa a las 20 semanas, pasada esa etapa de la gestación es considerada muerte fetal, óbito fetal o natimuerto. A pesar de ello, en biología reproductiva en los últimos años hay una tendencia a considerar que dicha clasificación no es uniforme para todos y no se considera útil ⁽²²⁾.

Las instrucciones nacionales en caso de práctica abortiva fueron generadas en el 2017; sin embargo, según los expertos no se adecua a nuestra realidad, puesto que el término terapéutico se relaciona a mejorar o curar el estado de una persona ⁽²³⁾.

La OMS considera que hacerse una práctica abortiva no es seguro cuando se realiza con un método recomendado por la OMS (aborto con medicamentos, aspiración por vacío o dilatación y evacuación) que sea apropiado para la duración del embarazo por una persona capacitada para abortar ⁽²⁴⁾. Solo puede considerarse segura una práctica abortiva cuando se siguen las pautas de la OMS y tienen un riesgo extremadamente bajo de complicaciones graves, incluida la muerte.

En el mundo, Malawi es uno de los países más pobres del mundo y tiene una de las más altas tasas de mortalidad materna, con 439 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos ⁽¹⁷⁾. La inseguridad del aborto es una causa importante de esto y representa el 6-30% de todas las mortalidades maternas en Malawi ⁽²⁵⁾.

Un 50 a 60% de las causas de aborto son fetales, siendo las más comunes la trisomía autonómica y la monosomía X. Una certeza del 90% de abortos se da cuando hay presencia de ácido antifosfolipídicos. Según los estudios una mujer entre los 15 y 19 la media de 16.6 años. Esto se condice con la tasa de abortos que es mayor en multíparas que en nulíparas, con tasas de 14% y un 5% respectivamente. Tener un aborto te brinda más posibilidades de tener un nuevo aborto en un 24 a 32%. La edad materna es otro factor importante, la tasa de 35 a 40 años es de 21% y este se duplica después de los 40 años ⁽²⁶⁾.

Del total de pacientes estudiadas, el 41.29% se encontraba en edades entre 21 y 30 años. Además, que, de 88 gestantes, con antecedentes de un parto anterior, el 40.84% de los partos fueron eutócicos mientras que de 111 abortos anteriores el 29.74% fueron espontáneos ⁽²⁷⁾.

b.- Etiología

Esta condición es multifactorial entre ellos tenemos los infecciosos, endocrinos, genéticos, ambientales, inmunológicos, así como la edad materna y el presentar o tener antecedentes de endometriosis; sin embargo, es preciso decir que más del 50% no tiene una causa ⁽²⁸⁾.

Edad

La edad materna es una condición muy importante en la causalidad de un aborto, pues este aumenta de manera geométrica en función de cómo sube la edad, en más de un tercio de las féminas mayores de 40 años las probabilidades de un aborto espontáneo es alto generalmente debido a una cantidad de cromosomas anormal ⁽²⁹⁾.

Factores uterinos

Las complicaciones en el útero representan una causa importante de aborto, en caso de tener anomalías congénitas la prevalencia de aborto es de 6,7% a 7,3% en mujeres infértiles y es causa de aborto recurrente en el 16,7% de los casos. El diagnóstico más frecuente es el útero arcuato, actualmente se hace histerosalpingografía y ecografía 3D, la histerosonografía con infusión salina y la histerosalpingografía 3D. Todo el proceso de manejo se realiza mediante la extracción de las adherencias, miomas y tabiques, aunque los estudios no muestran beneficios significativos de la cirugía para tratar estos temas ⁽²⁹⁾.

Factores endocrinológicos

El eje sistema nervioso central-hipotálamo-hipófisis-ovario puede tener alguna alteración en la etapa de fase lútea, cambios en la secreción de insulina, y de otras

hormonas producto de trastornos en las glándulas suprarrenales. Esto produce cambios hormonales alterados en la secreción de hormona luteinizante, tiroxina, andrógenos, prolactina, que alteran el síndrome metabólico, la respuesta insulínica, el síndrome de ovario poliquístico⁽³⁰⁾. Antes, se consideraba que el factor endocrino tenía preponderancia en los abortos sin embargo la incidencia entre quienes tienen este sistema alterado y quienes no, es similar, por lo que actualmente ya no es considerado para un estudio específico⁽³¹⁾. Igual algunos investigadores consideran que esta alteración endocrina debe ser tratada para tener mayor éxito en una futura gestación. La alteración en la secreción de progesterona puede emplearse alternativas para inducir la ovulación, se puede suplementar progestágenos o la administración parenteral de gonadotropina coriónica humana (hCG), pero ello no se ha tenido el respaldo en efectividad para la comunidad científica⁽³²⁾.

Síndrome de ovario poliquístico (SOPQ)

Al menos 10% de mujeres en edad reproductiva sufren de SOPQ. Según expertos, definieron a este como una patología de disfunción ovárica cuyo diagnóstico se realiza en base a presentar 2 de las 3 manifestaciones siguientes: ovulación disminuida o anovulación, evidencias clínicas y/o bioquímicas de incremento de andrógenos y ecografías con diagnóstico de ovarios poliquísticos. Evidentemente puede haber otras sintomatologías clínicas como son los trastornos menstruales, incremento intempestivo de andrógenos, incremento de peso y resistencia a la insulina. Sin embargo, este panel de expertos no encontró criterios certeros sobre la sintomatología o clínica del evento.

A medida que la ciencia ha evolucionado el manejo ha sufrido variaciones, aunque se mantienen los exámenes y tratamientos clásicos ⁽³³⁾.

Infecciones

Existe un conjunto de bacterias y agentes microbianos que se relacionan al aborto recurrente, estas incluyen (clamidia, treponema, salmonella, etc.), virus (VIH, rubeola, herpes, citomegalovirus, etc.), micoplasmas. Normalmente se tenía como medida el estudio del Torch, aunque no se han logrado tener evidencias que indiquen los agentes mencionados anteriormente tengan una gran importancia y sean los que producen el aborto, este hecho hizo que se deje de usar en muchas partes este tipo de evaluaciones que estos agentes tengan importancia como factor causal en el aborto recurrente, por lo que ha dejado de ser utilizado en la evaluación del paciente con aborto recurrente.

Actualmente, el tratamiento es para los integrantes de la relación siendo la pareja o las parejas sexuales de ambos ⁽³⁴⁾.

Factores nutricionales y ambientales

Según los expertos el uso de drogas sociales como el alcohol, el cigarro, el café, pueden causar disminución de los niveles de ácido fólico, de minerales como el selenio, de enfermedad celiaca, y otro tipo de molestias que deben ser atendidos si se desea éxito en un embarazo posterior ⁽³⁵⁾.

c.- Clínica

Dentro de la sintomatología del aborto, se tiene que considerar en que semana de gestación se encontraba la paciente o en todo caso aproximarse a la fecha de última

regla, se debe determinar si todo el embrión está expulsado o solo una parte del mismo, luego se procederá a establecer la causa. En el examen físico el útero es de menor tamaño que el esperado para la semana gestacional, el cuello uterino se encuentra dilatado, además de sangrado vaginal que puede ser desde leve a severo, el cual puede llegar a poner la vida de la paciente en riesgo, lo cual se conoce como aborto hemorrágico incompleto. La hemorragia es una de las formas más peligrosas que existen que pueden llevar a la muerte, variando desde un spotting insignificante hasta un cuadro de shock. El dolor a nivel del hipogastrio y contracciones no es frecuente. El útero tiene un tamaño que puede ser, o no, acorde con la EG, en dicho caso se cambiaría la presunción diagnóstica a expulsión del saco gestacional. El cuello uterino puede presentar dilatación y mostrara restos abortivos o en su defecto estar cerrado ⁽³⁶⁾.

Los abortos incompletos pueden llevar a complicaciones más graves, como hemorragia, sepsis y, en el peor de los casos, la muerte ⁽³⁷⁾.

Tabla 2.- Clasificación clínica del aborto

TIPO	DATOS CLINICOS
Amenaza de aborto	<ul style="list-style-type: none"> - Amenorrea secundaria. - Prueba de embarazo positiva (HCG-B) cuantitativa. - Presencia de Vitalidad Fetal. - Sangrado Uterino de magnitud variable. - Volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente.
Aborto inevitable	<ul style="list-style-type: none"> - Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea. - Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico. - Puede a ver o no dilatación cervical.
Aborto Incompleto	<ul style="list-style-type: none"> -Expulsión parcial del producto en concepción. - Sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable. - Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea.
Aborto Inminente	<ul style="list-style-type: none"> -Expulsión inminente del tejido ovular. -Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia. - Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea. -Sangrado uterino persistente de moderada cantidad. -Dilatación cervical ostensible.
Aborto Completo	<ul style="list-style-type: none"> -Expulsión completa del producto de la concepción. -Disminución del sangrado uterino y del dolor. -Es frecuente el cierre del orificio cervical.
Aborto Diferido	<ul style="list-style-type: none"> - Volumen uterino menor que por amenorrea. - Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardiaco fetal). - No hay modificaciones cervicales.
Aborto Séptico	<ul style="list-style-type: none"> -Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto. -Existe escurrimiento intrauterino de secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido. -Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección. -Hipersensibilidad supra púbica, dolor abdomino pélvica a la movilización del cérvix y útero. -Alteraciones del estado general.

The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists⁽³⁷⁾.

d.- Diagnóstico

El aborto incompleto se define por la presencia clínica de orificio cervical abierto y hemorragia, por lo que no se han expulsado del útero todos los productos de la concepción. Los síntomas comunes incluyen sangrado vaginal y dolor abdominal. También se debe sospechar un aborto incompleto si, después de un examen visual, el tejido expulsado no es compatible con la duración estimada del embarazo ⁽³⁴⁾.

La exploración con ultrasonido no se requiere habitualmente para la provisión de un aborto ⁽³⁵⁾. La ecografía es útil para detectar el embarazo en curso; Sin embargo, la medición de cuan grueso está el endometrio, aunque no es útil para hacer el diagnóstico y puede llevarnos a intervenciones erradas ⁽³⁸⁾.

Si se está antes de las seis semanas se pueden hacer algunas pruebas como la Beta hCG (Gonadotropina Coriónica Humana), la progesterona, el estradiol ⁽³⁸⁾.

e.- Diagnóstico diferencial ⁽³⁹⁾.

Algunas patologías relacionadas y que se producen en el primer trimestre son:

- Alteraciones del tracto genital inferior malignas o benignas: estas deben ser evaluadas a través de una biopsia o colposcopia según corresponda.
- Mola gestacional cuando algunos exámenes de laboratorio como el B HCG tienen títulos mayores de 100.000 mUI/ml que inducen a un diagnóstico pero que puede confirmarse con un examen anatómico patológico.
- Gestación ectópica: cuando no se visualiza a través de la ecografía una gestación in útero.

f.- Tratamiento

La interrupción médica del embarazo (IME) es un método altamente efectivo con una eficacia reportada de 95 a 98%. La frecuencia de la intervención quirúrgica después de la IME depende del proveedor, especialmente para el aborto incompleto diagnosticado por ultrasonido, lo que conlleva el riesgo de malinterpretar una apariencia densa y heterogénea del endometrio como un aborto incompleto ⁽³⁸⁾.

Dentro de las complicaciones más frecuentes tenemos al sangrado y la infección que causa un riesgo muy elevado pues nos evidencia la retención del producto del embarazo, ello nos dirige a replantear el tratamiento. Manejar la gestación en muchos casos puede ayudar a acortar la estancia de esta en el hospital, recordando que siempre debemos realizar el control de funciones vitales, apertura de vías de suministro venoso, dosificar analgésicos, y el grado de dolor. El manejo indicado por el médico que indicará la dosis de útero-tónicos para reducir el sangrado o el uso de antibióticos de acuerdo a criterio clínico, el uso de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o dependiendo de su valoración un legrado quirúrgico ⁽⁴⁰⁾.

Los abortos incompletos generalmente se tratan con evacuación uterina quirúrgica o médica. El curetaje generalmente requiere anestesia general, un quirófano y los esfuerzos de un médico u oficial clínico. Comparativamente, la aspiración manual al vacío (MVA) es un método seguro y económico que pueden realizar las enfermeras autorizadas sin el uso de anestesia general o el acceso a la electricidad. Las directrices de la OMS y una revisión de la Biblioteca Cochrane concluyeron que la aspiración es el medio quirúrgico de preferencia para la limpieza uterina después de un aborto incompleto en el primer trimestre. La aspiración manual es

más rápida, menos dolorosa y se asocia con menos cantidad pérdida de sangre y menos complicaciones que la D&C ⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Los costos de la atención son altos a pesar de ser un aborto incompleto no complicado, si bien los métodos de atención se han ido sofisticando, estos no han logrado que los gastos disminuyan ⁽⁴³⁾.

En los últimos años, se dispone de medicamentos como el misoprostol y la mifepristona. Cuando se utilizan con información adecuada y en dosis y regímenes adecuados, se ha demostrado que inducen abortos de forma segura con complicaciones y efectos secundarios mínimos. Las estadísticas más recientes muestran que el número de muertes maternas debido al aborto se ha reducido a 6 de 112 (5,4%) muertes maternas en 2016 ⁽⁴⁴⁾.

Tabla 3.- Elegibilidad médica posterior al aborto

Tabla de resumen de las recomendaciones médicas de elegibilidad posterior al aborto para los anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos y métodos anticonceptivos de barrera											
Atención	AOC	AIC	Parche Y anillo vaginal	PPS	AMPO, EN-NET	Implantes De LNG/ETG	DIU de cobre	DIU de Liberación De LNG	Preservativo	Espemicida	Diafragma
Posterior Al aborto											
Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
Aborto Inmediato Posterior a septicemia	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1

AIC, anticonceptivo inyectable combinado, AOC anticonceptivo oral combinado; AMPO/EN-NET, inyectables de progesterona sola: acetato de medroxiprogesterona de depósito/enatato de noretisterona; DIU, dispositivo intrauterino; LNG/ETG, implantes de progesterona sola: levonorgestrel/etonorgestrel; PPS, píldora de progesterona sola.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1. Objetivo General

- Analizar el manejo e identificar las complicaciones de un caso clínico con diagnóstico de mujer con aborto incompleto atendida en un en un establecimiento de salud público nivel III

2.1.2. Objetivos Específicos

- Detallar el manejo de atención que se realiza a una mujer con aborto incompleto por parte del personal de salud.
- Analizar el manejo de un caso clínico con diagnóstico de mujer con aborto incompleto atendida en un en un establecimiento de salud público nivel III.
- Identificar las complicaciones de un caso clínico con diagnóstico de mujer con aborto incompleto atendida en un en un establecimiento de salud público nivel III.

II.3.- Historia clínica

Anamnesis

HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA

Fecha de ingreso: 27 de Enero de 2019

Hora: 22:01 hrs

Fecha de Nac.: 25/01/1996

Edad: 23 años

Sexo: Femenino

Plan: SIS

Traído por: Esposo

Prioridad: Prioridad II

Diagnóstico: O20 0 – Amenaza de aborto

Enfermedad actual: Paciente refiere sangrado vaginal desde hace 12 hrs aproximadamente.

Antecedentes Quirúrgicos: Niega

Antecedentes Médicos: Niega

Estado basal: Independiente

Medicina Habitual: G2 P1001

FUR: 15/12/18

RAM: Niega

FUNCIONES VITALES

PA: 120/70 mmHg

FC: 65x´

FR: 14x´

Sat: 98%

EXAMEN FÍSICO

General: areh, aren, areg

Neurológico: glasgow 15/15 lotep.

Cardiológico: rcr de buena intensidad, no soplos

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en acp.

Abdomen: rha (+), no duele a la palpación

Músculo esquelético: sangrado vaginal x oce abierto.

Metabólico: tv: cérvix con orificio cervical abierto.

Génito urinario: útero de +/- 6 cm, móvil, no doloroso.

Diagnóstico de ingreso

D/C Aborto incompleto

Plan: Se solicita pregnosticón + ecografía Transvaginal.

INFORME ECOGRAFÍA GINECO – OBSTETRICIA

Fecha: 27/ Enero/2019

Edad: 23 años

FUR: 15/12/18

Ecografía Transvaginal

ÚTERO:

Posición: AVF

Superficie: Regular

Densidad: Homogénea

Tamaño: L – 89mm

T: 52mm

AP: 49mm

Endometrio: Heterogéneo de 13 mm

Anexo derecho: Ovario derecho 25 x 24 mm

Anexo izquierdo: Ovario izquierdo 25 x 23 mm

FSD: Libre

Observaciones: Endometrio heterogéneo

Diagnóstico: Endometrio heterogéneo, considerar aborto incompleto

ORDEN DE AMEU

Fecha: 27/ Enero/2019

Derecho de Historia Clínica: ✓

Anatomía Patológica: ✓

Farmacia: ✓

Procedimiento – Ecografía: ✓

DIAGNÓSTICO: Aborto Incompleto

FECHA: 27/01/2019

DIETA: blanda

TERAPÉUTICA

- Cloruro de Na 1000 cc - I frasco
- CFV

Fecha: **27/ Enero/2019**

Hora: **23:01 hrs**

Paciente que ingresa por emergencia refiriendo sangrado vaginal hace 12 horas, niega otras molestias.

La evaluada por médico gineco-obstetra de guardia que indica pasarla a ecografía.

Hora: 23:30 hrs Sale de ecografía con diagnóstico endometrio heterogéneo, considerar aborto incompleto

Se realiza diagnóstico de embarazo positivo.

Hora: 23:40 hrs

Toma de muestra de sangre para hemograma grupo y factor es solicitada a laboratorio.

Perfil de coagulación prueba rápida

Laboratorio toma la muestra

Se entrega al familiar órdenes de AMEU

Hora: 23:45 hrs

Se canaliza cloruro de sodio, solo como vía.

Fecha: 28/ Enero/2019

Hora: 00:04 hrs

Paciente con diagnóstico de: Aborto incompleto

Hora: 01:30 hrs

SU (+)

Hora: 02:20 hrs

SU (+)

Hora: 05:00 hrs

Tiene 36.8°C. PA: 100/60mmHg P68x.

Se firma consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVACUACIÓN UTERINA

YO, doña FCK de 23 años de edad, con domicilio en: SANTA ANITA DNI N°. 00000000 e Historia Clínica N°. 00000000.

En mi calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la ley N°26842 Ley General de Salud.

DECLARO

Que el (la) Doctor (a) DR. HHHH me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación de MR3 HHHH a realizar una EVACUACION UTERINA.

1. EL principal objetivo de evacuación uterina es limpiar cavidad endometrial de restos ovulares. A veces puede ser necesario repetir este procedimiento, para completar la evacuación uterina, sobre todo en los casos de aborto diferido.
2. Para la evacuación uterina contamos con los siguientes métodos:
 - Legrado uterino instrumental (LUI), requiere de anestesia general, que será valorada por el dpto. de anestesia.
 - Aspiración manual endouterina (AMEU), requiere de anestesia local, que la administra el cirujano

La elección del método, dependiendo de las características de cada caso, queda a criterio del médico que realiza el procedimiento.

3. La evacuación uterina solo se puede practicar por vía vaginal. En algunos casos y a criterio del médico, es necesario colocar previamente a la evacuación uterina, prostaglandinas vía vaginal, para lograr la apertura del cuello uterina, facilitando procedimiento, junto con aplicación goteo intravenoso de oxitocina.

- Logrado uterino instrumental (LUI), consiste en dilatar el cuello uterino algunas veces, y extracción de restos ovulares con pinzas foester, legrar roma y cortantes
 - Aspiración manual endouterina (AMEU), consiste en la aplicación de una cánula de plástico a través de cuello uterino abierto, que se conecta a una jeringa de plástico de 60 ml, que crea vacío. Este vacío va aspirar los restos ovulares de la cavidad endometrial.
4. Todo material obtenido será enviado para su estudio anatomopatológico
 5. Todo intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica, con por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad.) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
 6. Las complicaciones de evacuación uterina, en orden de frecuencia, pueden ser:
 - Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis, etc.)
 - Hemorragia con posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria)
 - Perforación de útero
 - Persistencia de restos
 7. Si en el momento de acto quirúrgico sugiera algún imprevisto, el equipo de médicos podrá variar la técnica quirúrgica y programada.

He comprendido las especificaciones que se me ha facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la formación recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

ACEPTO

Que se me realice la evacuación uterina

Lima, 28 de enero del 2019

INFORME PRELIMINAR

Procedencia: Emergencia

Sala: Emergencia – Obstetricia

Medico: Medico Programa

Género: Femenino

Edad: 23 años

Fecha y Hora de ingreso: 28 de Enero de 2019 - 00: 09 hrs

Fecha de impresión: -

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
SEMI AUTOMATIZADO VIH PRUEBA RÁPIDA	NO REACTIVO	01/01/0001	00:00

INFORME PRELIMINAR

- Procedencia: Emergencia * Sala: Emergencia – Obstetricia

- Médico: Médico Programa * Género: Femenino
- Edad: 23 años * Fecha y Hora de ingreso: 28 de Enero de 2019 - 00: 09 hrs

HEMOSTASIA Y COAGULACIÓN

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Control Protombina	12.5	seg	10 - 15

28/01/2019 00:55 hrs

Técnica: Coagulometría	INR	0.99	1 – 1.5;
------------------------	-----	------	----------

28/01/2019 00:55 hrs

Tiempo parcial de Tromboplastina Activada

Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada 29.35 seg

28/01/2019 00:55 hrs

Técnica: Coagulometría

Examen	Resultado	Unidades	Valor referencia
Control Tiempo de Tromboplastina Parcial		31.0 seg	26-36

28/01/2019 00:55 hrs

Técnica: Coagulometría

Examen	Resultado	Unidades
--------	-----------	----------

HEMATOLOGÍA

Recuento celular (citometría de flujo, impedancia)

Leucocitos	9210	mm ³	3960 – 10040
Hematíes	4.17	10 ⁶ /mm ³	3.93 – 5.22
Plaquetas	349000	mm ³	182000 – 369000

Constantes corpusculares

Volumen corpuscular medio (VCM)	84.2	fL	79.4 – 94.8
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	26.3	pg	25.6 – 32.2
Concentración de hemoglobina corpuscular media (MCHC)	33.6	g/dl	32.2 – 35.5

Amplitud de distribución eritrocitaria (RDWCV)	13.20	%	11.7 – 14.4
Técnica: IMPEDANCIA			
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	9.1	fL	9.4 – 12.3
HEMOGLOBINA/HEMATOCRITO			
Hemoglobina	11.80	g/dl	11.2 – 15.7
Técnica: Lauril Sulfato de Sodio			
Hematocrito	35.10	%	34.1 – 44.9
Técnica: Impidencia			
FÓRMULA DIFERENCIAL RELATIVA			
Basófilos %	0.3	%	0.1 – 1.2
Abastoados %	0	%	0 – 5
Segmentados %	50.7	%	34 – 71.1
Linfocitos %	39.0	%	19.3 – 51.7
Monocitos %	3.9	%	4.7 – 12.5
Eosinófilos %	6.1	%	0.7 – 5.8
FÓRMULA DIFERENCIAL ABSOLUTA			
Basófilos	28	Cel/mm ³	10 – 80
Abastoados	0.0	Cel/mm ³	0 – 500
Segmentados	4669.5	Cel/mm ³	1560 – 6130
Linfocitos	3592	Cel/mm ³	1180 – 6130
Monocitos	359	Cel/mm ³	240 – 360
Eosinófilos	562	Cel/mm ³	40 – 360

INFORME OPERATORIO AMEU

06:45 hrs.

Edad: 23 años

Fecha: 28/01/2019

Hora de inicio: 06:45 hrs.

Hora de término: 06:55 hrs.

Procedimiento: ameu

Diagnóstico preoperatorio: aborto incompleto

Diagnóstico postoperatorio: aborto incompleto

HALLAZGOS:

1. Cérvix epitelizado OCE abierto, no huellas de pinzamiento
2. Útero AVF 9cm
3. Contenido heterogéneo (sangrado + tejido endometrial) de 10 cc. Sin mal olor
4. Sangrado de aproximado 5 cc

PROCEDIMIENTO:

1. Asepsia y Antisepsia de genitales externos.
2. Colocación de especulo intravaginal.
3. AA de canal vaginal.
4. Pinzamiento de cérvix labio anterior.
5. Colocación de anestesia paracervical de radio 5 y 7.
6. Evacuación Endouterina con cánula 9, 8 y 6.
7. Retro de instrumental.
8. Revisión de hemostasia.
9. Paciente tolera el procedimiento y retorna a su cama con funciones vitales estables.

INDICACIONES:

1. NPO 2 horas.
2. Nacl + Oxitocina 20 UI > EV 45 got x min.
3. Metronidazol 500mg VO cada 12 horas por 7 días.
4. Control de sangrado vaginal.
5. Control de funciones vitales.

ORDENES MÉDICAS

28/01/19 07: 22 hrs POST AMEU

1. NPO
2. NaCl 9 %
3. Metamizol 50 mg
4. CSV
5. CFV

Reevaluación en 2 horas.

HOSPITALIZACIÓN

Fecha: 28 de Enero de 2019

Edad: 23 años

Fecha de nacimiento: 25/01/1996

Dirección: No refiere

Departamento: Lima

Distrito: Santa Anita

Servicio: AMEU

Fecha de ingreso: 28/01/2019

Hora de ingreso: 00:02 hrs

Diagnóstico: Dx. Ing: (O20,0) Amenaza de aborto

Sexo: Femenino

Provincia: Lima

N° Cama: AMS8

Plan: SIS

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Aborto Incompleto

Operaciones Qx.: AMEU

Fecha: 28/01/2019

Complicaciones: Ninguna

Resultado: Aliviado

Fecha y Hora: 28/01/2019 – 08:00

FC: 70 x'

FR: 14 x'

PA: 100/60 mmHg

T°: 36.5 C

Sat O2: 98%

EVOLUCIÓN POST AMEU

1. Paciente refiere dolor tipo de leve intensidad asociado a nauseas. Niega otra sintomatología. Enfermera no reporta interurrencias.
2. Paciente en buenas condiciones. Hemodinámicamente estable.
 - Piel: T/H/G. Llenado capilar < 2 minutos: Palidez +/-+++.
 - TCSC: Sin edemas.
 - CV: RCR, BI, no soplos
 - TP. MV pasa bien en ACP.
 - Abdomen duele a palpación profunda en meso e hipogastrio. RHA presentes.
 - TV: sangrado vaginal escaso sin coágulos ni mal olor.
 - SNC: LOTEF Glasgow 15/15.
3. Paciente mujer de 23 años con los siguientes dxs:

- Aborto incompleto

4. Alta con indicaciones

Recomendaciones:

1) DC + LAV

2) Nace 0.9% 1000cc > terminar y retirar

3) Doxiciclina VO 100mg c/12h x 7 días

4) Metromidazol 500mg /12h x 7 días

5) Cita por consultorio externo de obstetricia con resultados de anatomía patológica en 10 días.

6) CSV + CFV

7) Control en 07 días con resultados de anatomía patológica.

Cita: 04/02/19

EPICRISIS

Fecha de ingreso: 27/01/2019

Fecha de alta: 28/01/2019

Servicio: C – O

Días totales de Internamiento: 1

Cama: 10

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

1. Anamnesis: Paciente acude por sangrado vaginal asociado a dolor abdominal en hipogastrio.

2. Examen físico (Preferencial): TV: Cérvix con orificios cervicales abiertos.

Útero AVF de 8 cm móvil.

3. Exámenes auxiliares: Eco – TV: Endometrio heterogéneo 13mm
4. Diagnóstico: Aborto incompleto
5. Operación quirúrgica: Drenaje y/o Biopsia (Fecha) AMEU
6. Terapéutica medica: Doxiciclina 100 mg c/12h x 7 días
Metronidazol 500 mg c/12h x 7 días
7. Evolución y complicaciones: Favorable
8. Pronóstico: Adecuado

2.3. Discusión

- Si bien en el presente caso no se habla de manera específica acerca de la planificación familiar post aborto este es un hecho fundamental para garantizar la integridad de la paciente puesto que tener un nuevo embarazo en poco tiempo puede poner en riesgo su vida, como indica la norma técnica la planificación familiar postaborto se realiza, hecho similar a lo que se realiza en otros lugares, como en el estudio desarrollado por Huilca et. al. (2021) en Ecuador (12) que muestra las madres nulíparas con partos por cesárea o abortos previos, donde se evidencia una frecuencia mayor de reincidencia de aborto, así como, el uso de anticonceptivos siendo mayor frecuente en pacientes sin planificación familiar.
- Del mismo modo que en el Perú en otras partes del mundo el aborto no es legal, lo que genera en muchos casos que las personas que se someten a este procedimiento estén en peligro. Además, que luego del procedimiento, pasan por una serie de complicaciones, tal como explica Mallco (2020) (17) la principal complicación identificada en las gestantes con aborto fue la anemia, y las menos frecuentes fueron; la hemorragia y sepsis.
- Aghababaei et. al. (15) analizaron las consecuencias del aborto y estas son similares a las que tenemos en nuestro país, sin embargo, estas se presentaban en un grupo poblacional de 18 a 25 años, edad algo mayor a la que se presenta en nuestro país, puesto que según el INEI en nuestro país se da entre los 15 y 19 año con mayor prevalencia.
- Bogen et. al. (2021) (14) consideraron que la ampliación de la distribución de tareas depende tanto de los factores de los trabajadores de la salud como

de los factores del sistema de salud, el éxito de las estrategias de extensión de roles está asociado con el conocimiento de los trabajadores de la salud sobre qué servicios están disponibles para quién y en qué circunstancias, así como por la capacidad del sistema de salud para adaptarse a las implicaciones organizacionales del reparto de tareas. Este último incluye la carga de trabajo y los incentivos de los trabajadores de la salud, la capacitación y la supervisión, las cadenas de suministro y los sistemas de derivación, así como los sistemas de seguimiento y evaluación. Finalmente, el éxito de aumentar la distribución de tareas también está influenciado por cómo las mujeres perciben a los proveedores de servicios de aborto.

- Solo se ha realizado un estudio acerca del costo (19) que conlleva el realizarse una atención por causa de un aborto, sin embargo, las pacientes en muchos casos no toman conciencia del mismo debido al uso que hacen del SIS para poder asumir este gasto.

2.4. Conclusión

- ✓ El equipo médico realizó un manejo acorde a la normativa dentro de un establecimiento público, cada uno de los actores tenía claro lo que debía realizar, el procedimiento se realizó dentro de lo esperado, acorde a los tiempos que se manejan en establecimientos privados y acorde también al tiempo en los que se brinda la atención en otros lugares del mundo.
- ✓ Las normas nacionales son claras en cuanto al manejo, sin embargo, es preciso mencionar que estas regulan casos en los que el aborto se realiza de manera terapéutica, en casos como el presentado hay protocolos que respetar, no solo de manejo clínico sino el concierne al manejo policial debido a que en nuestro país el aborto no está permitido.
- ✓ El seguimiento no se muestra a lo largo de la historia de la paciente.
- ✓ En casos como este la norma técnica nos puede generar la idea de haber cumplido, pero ello no garantiza que la paciente tenga una sensación de completo bienestar, lo que nos lleva a pensar de lo importante que es una atención integral, sobre todo en las pacientes con este tipo de diagnóstico que requieren de un soporte emocional mayor.
- ✓ Una atención de calidad y sobre todo con calidez es fundamental en todo momento, pero sobre todo en las etapas donde la sensación de pérdida es mayor, por lo que es importante el rol que cumple la obstetra en la atención de la mujer en cualquier etapa de su vida.

2.5 Recomendaciones

- La calidez de la atención es algo que no debe de perderse sobre todo en etapas de gran vulnerabilidad, humanizar el trato generará una sensación de valoración que reconfortará a toda persona, el hecho de cumplir un protocolo nos puede garantizar éxito clínico, pero por encima de todo esta la paciente como ser humano.
- Se deben implementar el seguimiento y visitas domiciliarias a las atendidas en casos como el referido, pues las complicaciones que este evento tiene son altas y tener un seguimiento nos garantizará que las indicaciones se han cumplido y que la paciente está fuera de riesgo.
- Se debe concientizar a la paciente que es un riesgo tener un embarazo pronto, por lo que será fundamental el uso de algún anticonceptivo que de la garantía de evitar un embarazo no deseado.
- La Obstetra cumple un papel importante en la concientización de los riesgos que incurren la paciente en caso de un aborto, aun así, este ocurra de manera espontánea, puesto que la infección y la hemorragia son complicaciones muy frecuentes en esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. La despenalización del aborto vuelve a estar sobre la mesa en Perú. 2022. <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20220309-la-despenalizaci%C3%B3n-del-aborto-vuelve-a-estar-sobre-la-mesa-en-per%C3%BA>
2. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿Qué dicen los números?, 2022 <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/5251/statistics>
3. Ferrando D. el aborto clandestino en el Perú. Revisión. Centro Flora Tristán: Lima 2006.
4. BBC News Mundo. Aborto en América Latina: en qué países es legal, está restringido o prohibido. 2022. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-45132307>
5. Mena, M. ¿En qué países es legal el aborto?, 2022. <https://es.statista.com/grafico/19487/mapa-de-la-regulacion-sobre-el-aborto/>
6. Bárbara E. y Chaves García, N. La cuestión del aborto en América Latina, 2020. <https://www.celag.org/la-cuestion-del-aborto-en-america-latina/>
7. Católicas por el derecho a decidir Perú. Sexualidad, religión y estado: percepciones de católicos y católicas. Lima, 2011
8. Gutiérrez M, Guevara E. controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Rev Perú. Ginecol. Obstet. [internet]. 2015 ene [citado 2019 feb20]; 61(1): 57-64. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=scri_arttext&pid=s2304-51322015000100010&ing=es.

9. Ramos, G. y Lovón, C. Causa Justa: la agenda pendiente sobre aborto en Perú. A propósito del caso colombiano. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/causa-justa-la-agenda-pendiente-sobre-aborto-en-peru-a-proposito-del-caso-colombiano/>
10. Organización Mundial de la Salud. La OMS publica nuevas directrices sobre el aborto para ayudar a los países a prestar una atención que salve vidas. 2022. <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls>
11. Ministerio de Salud. Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal, 2014. http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/03/RM%20486-2014%20-%20GTN%20DE%20ABORTO%20TERAPEUTICO.pdf
12. Huilca Álvarez, E., Chérrez Ramos, Y. y Arévalo Villanueva, J. (2021). Misoprostol vs legrado uterino instrumental en el tratamiento del aborto incompleto. Hospital Carlos Andrade Marín. Quito, 2020-2021. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8094>
13. Valle Mencia J., Santiago Villegas, M. y Pinto, J. Aspiración manual endouterina en comparación con el legrado uterino instrumental en el tratamiento del aborto incompleto o retenido. Revista Obstétrica

Ginecológica Venezuela. 2021; 81 (2): 108-115.
<https://doi.org/10.51288/0081020>

14. Bogen Kristiansen, M... Shayo B., Rune, K., Vibeke D. y Sondergaard L. (2021). Medical management of induced and incomplete first-trimester abortion by non-physicians in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.14134>
15. Aghababaei Z., Nejatbakhsh F., Mazaheri M., Shirazi M., Feizi A., Bozorgi M., Bioos S. (2021). Efficacy of Sesame (*Sesamum indicum* L.) in the Management of Incomplete Abortion: An Open-Label Randomized Controlled Clinical Trial. <https://www.karger.com/Article/Abstract/510901>
16. Bermejo Santos, J. (2022). Manejo hospitalario del aborto incompleto, eficacia del legrado uterino y aspiración al vacío. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/10206>
17. Malleco Quispe, R., Gamarra Taype, X. A., y Mendoza Vilcahuamán, J. (2021). Incidencia de aborto en tiempos de COVID-19 en el Hospital de Lircay II-1, marzo 2020 a febrero 2021. *Llamkasun*, 2, 105–115. <https://doi.org/10.47797/llamkasun.v2i3.57>
18. Paredes Galdós, M. (2021). Características clínico epidemiológicas del aborto y sus variantes en el Hospital Goyeneche, años 2020 – 2021. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/12306>
19. Vilca Flores, P. (2021). Aborto incompleto - Hospital Nivel II-2 MINSA. <http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1361>

20. Sándiga Vilches, M. (2020). Manejo clínico del aborto incompleto en gestante adolescente atendida en IPRESS III. <http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/9081>.
21. Aliaga Cruzado, Y. (2021). Factores personales, sociales y obstétricos asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes. Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota.2019. <http://190.116.36.86/handle/20.500.14074/4354>
22. Silver RM, Branch D W. Sporadic and recurrent pregnancy loss. In: Reece EA, Hobbins JC, Gant NF, Silver RM, Branch DW, editors. Handbook of Clinical Obstetrics: The Fetus & Mother. 3th ed. Malden, Massachusetts, USA: Blackwell; 2007, p. 143-160.
23. Besio Rollero Mauricio. Las interrupciones del embarazo en la práctica obstétrica: recurso terapéutico vs aborto provocado. Acta bioeth. 2016 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-
24. Partnes for Reprodice Justice. Evacuación endouterina: reemplazar el legrado uterino instrumental (LUI) por aspiración o medicamentos, 2021. <https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/recomendaciones-generales/evacuacion-endouterina-reemplazar-el-legrado-uterino-instrumental-lui-por-aspiracion-o-medicamentos/>
25. Carbonell J, Varela L, Velazco A, Tanda R, Sánchez. Rev Cubana Obstet Ginecol v.26 n.1 Ciudad de la Habana ene-abr. 2000. [Fecha de acceso:22 de febrero de 2019] http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0e38600x20000005&script=sci_arttext

26. Guerrero Andrade, Miguel Ángel. Tesis “prevalencia del aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad que ingresaron al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo en el período de mayo a octubre del 2012. Ecuador)
27. Rodríguez Blanco Clara Luz, De los Ríos Palomino Miladys, González Rodríguez Angélica María, Quintana Blanco Dianellys Sulema, Sánchez Reyes Idalgis. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. Multimed, 2020 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601349&lng=es. Epub 04-Nov-2020.
28. Pacheco José, de Michelena María Isabel, Orihuela Patricia. Enfoque actual del aborto recurrente. An. Fac. med. [Internet]. 2009. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000200008&lng=es.
29. Saravelos sh, cocksedge ka, LI TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. hum reprod update. 2008.
30. Thessaloniki ESHRE/ASRM-SPONSORED PCOS Consensus workshop group. consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome. Fertil Steril 2008.
31. Montenegro Sánchez, Allan y Molina Herrera, Sergio. Tesis. Abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en Hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Regional Asunción De Juigalpa durante el período de enero a junio 2013, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua –Nicaragua.

32. Escudero Velando Luis Ernesto. Estimulación ovárica en reproducción asistida. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2012.: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000300006&lng=es.

33. Winnykamien, I., Dalibón A. y Knoblovits, P. Síndrome de ovario poliquístico, 2020. https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/31087_10-20-Winnykamien-D.pdf

34. Bonete Minchala, M. Causas de aborto en mujeres atendida en el Hospital Darío Machuca Palacios. Período enero - junio del año 2017. 2020. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/10501>

35. Flores Albán, K. y Sánchez Valencia, C. Factores de riesgo de aborto en madres adolescentes, 2019. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/43313>

36. The care of women requesting induced abortion: evidence – based clinical guideline n0.7, third edition. London: The royal college of Obstetricians and Gynecologists- RCOG Press; 2011 (https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf, accessed 29 november 2018)

37. Ayón Regalado, V. y Proaño Toala, H. Causas de las hemorragias obstetricias del primer trimestre de embarazo que ingresan al Área de Emergencia. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/51988>

38. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. ultrasound Obstet gynecol.2009;34(1):104-9.

39. Rivero Navia, M. y Pintado Abad, S. Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del 2017. 2017. <http://201.159.223.180/handle/3317/8043>
40. Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza JP Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010,9.
41. Pereira PP, Oliveira AL, Cabar FR, Armelin AR, Maganha CA, Zugaib M. Comparative study of manual vacuum aspiration and uterine curettage for treatment of abortion. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006, 52, 304-307[crossref][PubMed]
42. Gutiérrez M, Guevara E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Revista peruana de ginecología y obstetricia.* 2015.
43. Lokeland M, Bjorge T, Iversen OE, Akerkar R, Bjorge L. Implementing medical abortion with mifepristone and misoprostol in Norway 1998 – 2013. *Int J Epidemiol* 2017; 46:643-51.
44. World Health Organization. *Safe abortion: Technical and policy Guidance for Health systems (WHO). Clinical care for women undergoing abortion* 2nd ed, Ch. 2. Geneva: