

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA

POSTGRADO EN ESPECIALIDADES  
MEDICAS



**Universidad de El Salvador**

*Hacia la libertad por la cultura*

**MANEJO MEDICO CON MISOPROSTOL VERSUS ASPIRACION  
MANUAL ENDOUTERINA DE ABORTOS DEL PRIMER TRIMESTRE  
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD DR. RAUL  
ARGUELLO ESCOLAN DURANTE EL PERIODO DE JULIO  
A OCTUBRE DE 2013**

**Informe final presentado por:**

**Dra. Yessica Maribel Valencia Aquino**

**Para optar al título de especialista en**

**Ginecología y Obstetricia**

**Asesor:**

**Dra. Elías de Buendía**

**San salvador 17 de diciembre de 2013**

**INDECE**

Portada.....	1
Índice.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	4
Marco teórico referencial.....	5
Diseño metodológico.....	7
Análisis de los resultados.....	14
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	43

## INTODUCCIÓN

El aborto espontaneo del primer trimestre del embarazo es un problema de salud pública en todo el mundo. El manejo quirúrgico hasta los 63 días mediante aspiración por vacío o dilatación y legrado había sido el método preferido desde los años setenta. Sin embargo a partir de la disponibilidad de las prostaglandinas y los anti progestágenos, el aborto medico se ha convertido en una alternativa.

En la última década, los intentos de desarrollar métodos alternativos para el manejo del aborto se han centrado principalmente en los manejos médicos y se piensa que es posible que estos proporcionen buenas alternativas a los procedimientos quirúrgicos y que aumenten el tiempo y estancia intrahospitalaria además de otras complicaciones.

Dentro de los manejos médicos del aborto más estudiados se encuentran análogo de las prostaglandinas con el objetivo de promover modificaciones anatómicas y funciones del cuello uterino inmaduro y la evacuación del útero grávido, sin la necesidad de anestesia, dilatación y curetaje, con ello se ha descrito que la tasa de aborto completo para el misoprostol es de 61%.

En el presente estudio se observo y demostrar que el manejo medico es igualmente eficaz, tiene menos efectos secundarios, mayor aceptabilidad, menos complicaciones que el manejo quirúrgico con AMEU en el aborto espontaneo del primer trimestre del embarazo.

## **OBJETIVOS**

### **a. OBJETIVO GENERAL.**

Comparar los resultados del manejo medico (misoprostol) con el manejo quirúrgico (AMEU) como tratamiento único para abortos espontáneos del primer trimestre, en cuanto eficacia, efectos secundarios

### **b. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer la eficacia y comparar los resultados obtenidos con el manejo medico y el manejo quirúrgico (AMEU).
- Identificar los efectos secundarios del manejo medico con Misoprostol) para los abortos espontáneos del primer trimestre.
- Identificar las complicaciones quirúrgicas del manejo quirúrgico (AMEU) para los abortos espontáneos del primer trimestre.
- Valorar la aceptación de cada manejo por las pacientes sujetas a estudio.

## MARCO TEORICO Y MARCO REFERENCIAL.

En la última década, los intentos de desarrollar métodos alternativos para el aborto se han concentrado principalmente en los métodos médicos. Algunos autores piensan que es posible que estos proporcionen buenas alternativas a los procedimientos, aumentan la variedad de tratamiento <sup>(2)</sup>. Sin embargo no son la solución definitiva. Los métodos médicos del aborto más estudiados son: las prostaglandinas, la mifepristona sola. La mifepristona con prostaglandinas, y el metotrexato con prostaglandinas. Grandes estudios no controlados sugieren que el aborto médico temprano con mifepristona y una prostaglandina parece ser un método eficaz. <sup>(1)</sup>. Varios regímenes diferentes son utilizados. El fracaso en el aborto es una complicación poco frecuente pero importante de los métodos médicos. El metotrexato y las prostaglandinas pueden causar anomalías fetales si el embarazo continúa <sup>(2)</sup>.

Dentro de los efectos secundarios y/o complicaciones de los métodos médicos son: hemorragia de moderada a grave, dolor, náuseas, vómitos, diarrea y embolismo. La razón más frecuente para elegir el manejo médico es evitar algunos aspectos del proceso operatorio, en particular la anestesia 61%. <sup>(2)</sup>.

A mediados de la década de 1980 un Metil análogo sintético de la PGE1, el Misoprostol, comienza a ser utilizado en Ginecología y Obstetricia después de ser introducido comercialmente para situaciones de dispepsias, que por su estabilidad térmica puede ser almacenado en forma segura y a temperatura ambiente, presenta menos efectos colaterales, su costo es aproximadamente 100 veces menor que el de cualquier otra prostaglandina, tiene un tiempo de vida más prolongado y es de fácil administración. <sup>(5)</sup>.

Esta amplia utilización del misoprostol en indicaciones obstétricas y ginecológicas ha sido realizada a pesar de que el mismo no fue registrado para este uso, por lo que no paso las múltiples pruebas que se requieren para establecer la dosificación apropiada y la determinación de su seguridad, imprescindibles para su registro. Aun hoy en día el Misoprostol no ha sido aprobado para su uso en Ginecología y Obstetricia en la mayoría de los países y solo fue aceptado parcialmente por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos en el 2003. Sin embargo, a más de 20 años del primer reporte hecho

del uso del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia, aun no existe una aprobación ni un consenso de cuál es la mejor vía, ni cuál es la dosis optima para su utilización en nuestra especialidad. Y, aunque casi hay consenso de que el Misoprostol por vía vaginal tiene una eficacia clínica mayor que por vía oral, hay indicios de que las mujeres prefieren la vía oral y esto debe ser motivo de futuras investigaciones más precisas.

En estudios y revisiones realizadas en años 2006 ya se describen protocolos aprobados para el manejo medico de los abortos espontáneos del primer trimestre con Misoprostol. Este consiste en la colocación de 4 comprimidos de 200 microgramos (800 microgramos en total) por vía intravaginal en una sola dosis con control ecográfico en 1 semana. Se realiza aspiración se hay restos. Se ha visto que el porcentaje de expulsión espontaneo a los 5 días es de 13 a 97% y reduce la tasa de legrados en un 50% con menos complicaciones a corto y mediano plazo que tratamiento quirúrgico. Surge la necesidad del uso de analgésicos a una mayor dosis por lo que surge la interrogante que vía de administración es la mejor. Sin embargo se utiliza la vía oral: paracetamol por 24 horas (6).

El manejo del aborto en el Hospital de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán ha ido evolucionando. Inicialmente se utilizaba únicamente el legrado uterino instrumental, desde 2004 se introdujo la técnica AMEU y para el año de 2006 surge el primer estudio que propone el uso de Misoprostol para manejo ambulatorio de abortos fallidos y maduración cervical previo a la realización de un legrado quirúrgico, pero no existe aun el uso del Misoprostol como manejo único de los abortos espontáneos.

## DISEÑO METODOLOGICO.

### c. TIPO DE INVESTIGACION.

Es un estudio de cohorte prospectivo, aleatorizado e experimental

### d. PERIODO DE INVESTIGACION.

La investigación se llevara a cabo en el periodo de Julio a Octubre del 2013

### e. UNIVERSO.

Todas las mujeres que consulten al Hospital de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán con historia de hemorragia del primer trimestre durante el año. Para el año 2008 realizo 1108 atenciones post aborto<sup>3</sup> de las cuales solo 1092 casos fueron procesados. Por lo que la población serán 1092 casos.

### f. MUESTRA:

El tamaño de la muestra se obtendrá con el método de Muestreo Probabilístico, donde se usara la fórmula para el tamaño de la muestra para estimar una proporción poblacional conociendo el tamaño de la población. Así mismo, aplicaremos la selección sistemática de elementos muestrales, la cual nos permitirá seleccionar dentro de una población “N” un numero “n” de elementos a partir de un elemento K.

La fórmula que se utilizara par el cálculo de la muestra es la siguiente <sup>(8)</sup>:

$$n = \frac{p * q * z^2 * N}{(N - 1) * E^2 + p * q * z^2}$$

Donde:

N= Número de casos

P=% de la respuesta adecuada 0.5% }  
q=% de la respuesta inadecuada 0.5% } Variables del fenómeno

z=1.42 nivel de confianza del 95% utilizado para generalizar los resultados hacia toda la población.

N = 1092

E= 5% nivel de precisión con que se generalizan los resultados hacia toda la población.

- Para N= 1092 casos.

$$n = \frac{(0.5)(0.5)(1.42)^2(1.092)}{(1092-1)(0.05)^2 + (0.5)(0.5)(1.42)^3}$$
$$n = 550.48/3.23$$
$$n = 170.42$$
$$n = 170$$

Para el presente estudio, la muestra trabajada será de casos que permite mantener el nivel de confianza del 95%, ya que es el mínimo permitido, para dicho nivel de confianza de casos, el agregar una o más casos a esta cifra no alteran el nivel de confianza, y permite una mejor distribución y manejo de los datos.

La muestra del estudio serán 170 casos los cuales se obtendrán en aproximadamente dos a tres meses si se toma en cuenta que en doce meses se atienden un total de 1092 casos.



### **g. CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

Mujeres que consulten a la unidad de emergencia del Hospital Nacional de Maternidad con aborto del primer trimestre.

### **h. CRITERIOS DE INCLUSION**

- Mujeres de cualquier edad que consulten al Hospital de Maternidad con primer control ecográfico que compruebe aborto de primer trimestre, hasta las 10 semanas contadas a partir del primer día de la última menstruación.
- No existencia de patologías medicas que contraindiquen la administración de prostaglandinas (enfermedades cardiovascular, cerebrales, disfunción hepática severa, asma bronquial severa, diabetes).
- Mujeres que vivan en San Salvador o departamento de región central, de fácil acceso al hospital, o que la paciente tenga familiar en San Salvador donde pueda quedarse hasta finalizar el tratamiento.
- Que la paciente este de acuerdo en ser incluida en el estudio y acepte la aplicación del método tanto médico como quirúrgico.

### **7.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Hemoglobina menor de 10 mg/dl.
- Alergia o intolerancia conocida a las prostaglandinas.
- Sospecha de embarazo ectópico, enfermedad gestacional del trofoblasto o masa anexial detectable.
- Aborto séptico.
- Negativa a la paciente.
- Compromiso del estado materno por otra patología concomitante.

### **7.8 MÉTODO DE ESTUDIO**

Se aplicará un estudio comparativo con el objetivo de comparar las dos técnicas de manejo según los cuatro criterios mencionados en los objetivos. A saber: la eficacia de

cada técnica, la aceptabilidad, los efectos secundarios y el costo serán las variables de comparación del estudio.

### 7.9 OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES DE COMPARACIÓN

<i><b>VARIABLES</b></i>	<i><b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b></i>	<i><b>INDICADORES</b></i>
<b>MANEJO MEDICO</b>	Es conjunto de sistemas o regímenes abstractamente ideados por la ciencia que se aplican para un individuo, cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las <u>enfermedades</u> .	Misoprostol Tableta de 200 microgramos
<b>MANEJO QUIRURGICO</b>	El que se caracteriza por el empleo principal de métodos quirúrgicos para la curación o alivio de las enfermedades	AMEU Aspiración manual endo uterina
<b>EFFECTOS SECUNDARIOS:</b>	Acción no deseable producida al administrar un medicamento; que se produce como consecuencia del mismo mecanismo que determina su efecto terapéutico, suele ser un efecto nocivo que no siempre se manifiesta, y si lo hace, la intensidad varía según el individuo	MISOPROSTROL: Hemorragia Dolor Vómitos Diarrea Fiebre Retención de restos ovulares
<b>COMPLICACIONES</b>	Es cualquier alteración	Desgarro cervical

<b>QUIRÚRGICAS</b>	respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente	Perforación Uterina Reacción Medicamentosa Retención de restos ovulares
<b>ACEPTABILIDAD</b>	Conformidad de pacientes y familiares con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida	Paciente satisfecha Paciente no satisfecha

### 7.10 RECOLECCIÓN DE DATOS

Toda paciente que consulte al Hospital de Maternidad con historia de hemorragia del primer trimestre se someterá a una ultrasonografía para comprobar la vitalidad fetal. Si la vitalidad fetal está ausente, se someterá a la paciente a manejo (con misoprostol) o manejo quirúrgico (AMEU). Se indicarán exámenes previos: hemograma, tpeo y Rh.

La paciente firmará un consentimiento informado (Anexo N° 2). Posteriormente, el médico que atiende a la paciente, tomando en cuenta los criterios de inclusión a través de la aleatorización se elegirá la opción de tratamiento. Habrá una caja en la unidad de emergencia, en su interior habrá dos bolas, una color amarillo que será manejo con Misoprostol y otra color azul que será el manejo quirúrgico con AMEU. Si la paciente extrae la bola amarilla dará manejo médico y de extraer la bola azul dará manejo quirúrgico. Se explicará a la paciente las ventajas y desventajas del procedimiento al cual será sometida. Una vez decidido el método terapéutico, se pasará una hoja de entrevista para llevar el control de su tratamiento. (Anexo N° 3)

### 7.11 MANEJO MÉDICO:

Si se elige el manejo médico se colocarán 4 tabletas de Misoprostol en fornix posterior bajo la colocación de espéculo para tener una observación directa de este. Se dejará a la paciente en control en una semana o al expulsar el producto para comprobar vaciamiento

uterino con una nueva ultrasonografía. Se indicarán acetaminofén para manejo del dolor, un hemograma control cuando asista a su control ecográfico para verificar la presencia o no de anemia secundaria. La paciente deberá consultar previo a su control si presenta hemorragia severa (mayor que regla, profusa, dolor pélvico de moderado a severa intensidad, fiebre cuantificada no, diarrea y vómitos que no cedan).

#### **7.12 MANEJO QUIRURGICO:**

Si se elige el manejo quirúrgico se ofrecerá la técnica de AMEU. De igual manera se tomarán sus exámenes pre intervención y se dará acetaminofén para el manejo del dolor. Así mismo se citará a la paciente en una semana para realizar un control ecográfico para permitirnos comparar objetivamente entre los dos métodos de manejo y un hemograma control para esta cita.

### **8. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

Los resultados obtenidos de la guía de entrevista se presentarán en cuadros y en tablas de frecuencia y porcentajes, presentados en forma gráfica y analizados descriptivamente, lo cual permitirá obtener información acerca del estudio.

Los programas que se utilizarán para llevar a cabo este procesamiento serán EPI Info, tomando en cuenta que se comparará la presencia de asociación estadística entre las diferentes variables de estudio, tomado en cuenta el riesgo relativo (RR) con un intervalo de confianza al 95%, y el número necesario a tratar (NNT).

### **9. PRESUPUESTO**

Para manejo medico se utilizara:

- Se utilizará Misoprostol tabletas de 200 microgramos
- Médico Staff o médico residente

- Ultrasonografía
- Analgésicos tipo Acetaminofen de 500 miligramos
- Exámenes de laboratorio: Ht – Hb , Típo – Rh

Para manejo médico se utilizará:

- Médico residente
- Personal de enfermería
- ultrasonografía
- Equipo quirúrgico para AMEU
- Paquete de ropa quirúrgica
- Analgésicos tipo Diclofenac e Ibuprofeno
- Exámenes de laboratorio: Ht – Hb , Típo – Rh
- Anestésico tipo Lidocaína al 2%

#### 10. Mecanismos de resguardo y confiabilidad de los datos

Los datos obtenidos serán resguardados sin revelar la identidad de cada uno de los participantes respetando su confidencialidad, además que los datos recolectados serán utilizados para únicamente para cumplir los objetivos ya descritos del presente estudio.

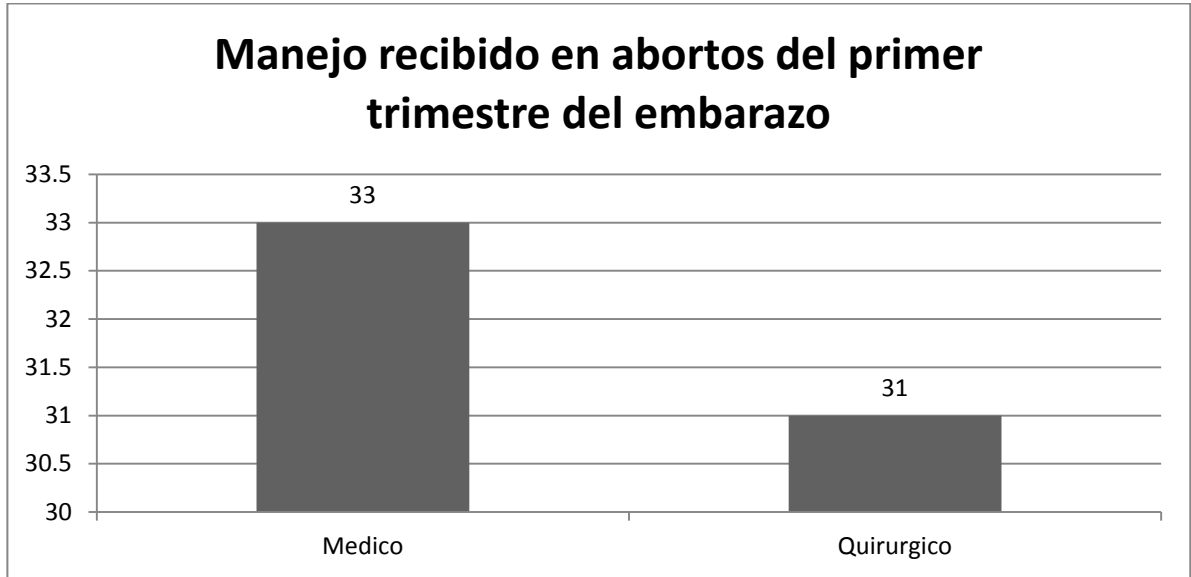
### RESULTADOS

Se analizaron en total 64 pacientes las cuales consultaron con aborto del primer trimestre del embarazo y aceptaron participar en el estudio.

#### TABULACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Manejo recibido en abortos del primer trimestre del embarazo

<b>Manejo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Medico</b>	33	51.60%
<b>Quirúrgico</b>	31	48.40%

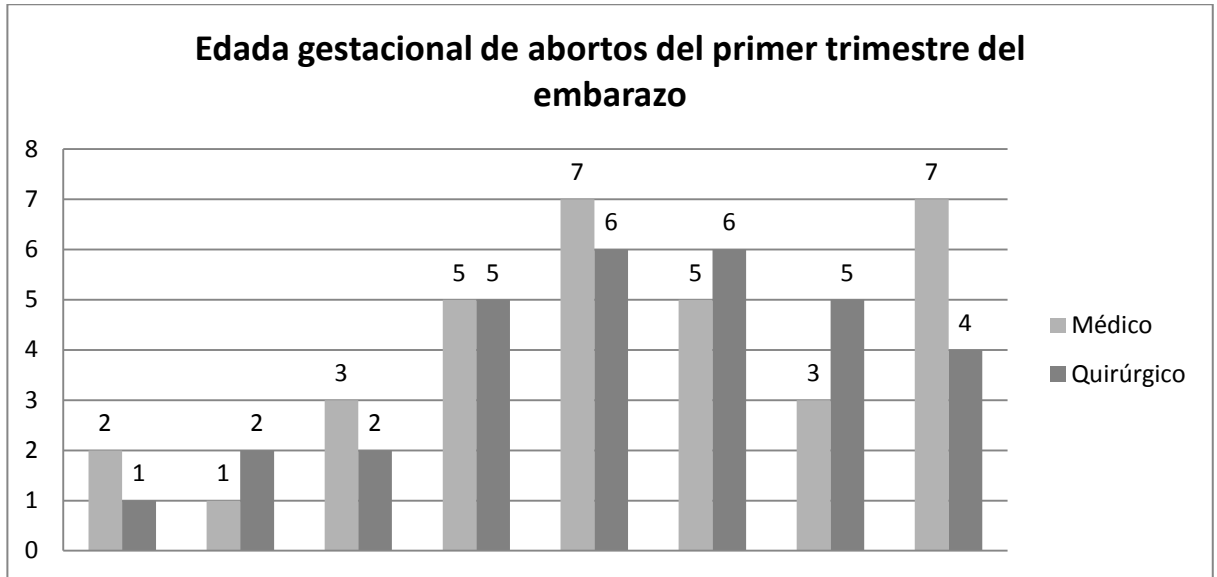


De las 64 pacientes estudiadas con aborto del primer trimestre del embarazo, a 33 se les aplico manejo médico lo cual representa el 51.60% del total de la muestra; y 31 pacientes se les realizo AMEU representando estas el 48,40%.

Tabla 2. Edad gestacional de abortos en el primer trimestre del embarazo

<b>Edad Gestacional</b>	<b>Médico</b>	<b>Quirúrgico</b>	<b>TOTAL</b>
<b>5</b>	2	1	3
Row %	66.7	33.3	100
<b>6</b>	1	2	3
Row %	33.3	66.7	100
<b>7</b>	3	2	5
Row %	60	40	100
<b>8</b>	5	5	10
Row %	50	50	100
<b>9</b>	7	6	13
Row %	53.8	46.2	100
<b>10</b>	5	6	11
Row %	45.5	54.5	100
<b>11</b>	3	5	8

Row %	37.5	62.5	100
<b>12</b>	7	4	11
Row %	63.6	36.4	100
<b>TOTAL</b>	33	31	64
Row %	51.6	48.4	100



En los datos recolectados se obtuvo que de las 64 pacientes 3 tenían 5 semanas de edad gestacional de las cuales a dos se le aplico el manejo medico y a 3 el manejo quirúrgico, al igual que 3 pacientes contaban con 6 semanas de edad gestacional de estas a 1 se dio manejo con misoprostol y a 2 se les practico AMEU; 5 pacientes contaba con 7 semanas de edad gestacional y a 3 se les coloco misoprostol y a 2 se les realizo AMEU; otras 10 pacientes se les calculo 8 semanas de embarazo de ellas a la mitad se les aplico misoprostol

y a la otra se les realizo AMEU, 13 pacientes contaban con 9 semanas de edad gestacional y a 7 se les aplico manejo medico y a 6 manejo quirúrgico, 11 pacientes tenían 10 edad gestacional y a 5 se les coloco misoprostol y a 6 se realizo AMEU, otras 8 pacientes contaban con edad gestacional de 11 semanas de estas a 3 se les aplico manejo medico y a 5 manejo quirúrgico y de la pacientes que contaban con 12 semanas fueron 11 y de estas a 7 se les aplico manejo medico y a 4 manejo quirúrgico. La mayor frecuencia de aborto en primer trimestre del embarazo se vio en pacientes con embarazos con 9 semanas de edad gestacional.

Tabla 3. Clasificación del aborto del primer trimestre del embarazo

Manejo	Aborto Fallido	Aborto Incompleto	Falla temprana	TOTAL
--------	----------------	-------------------	----------------	-------

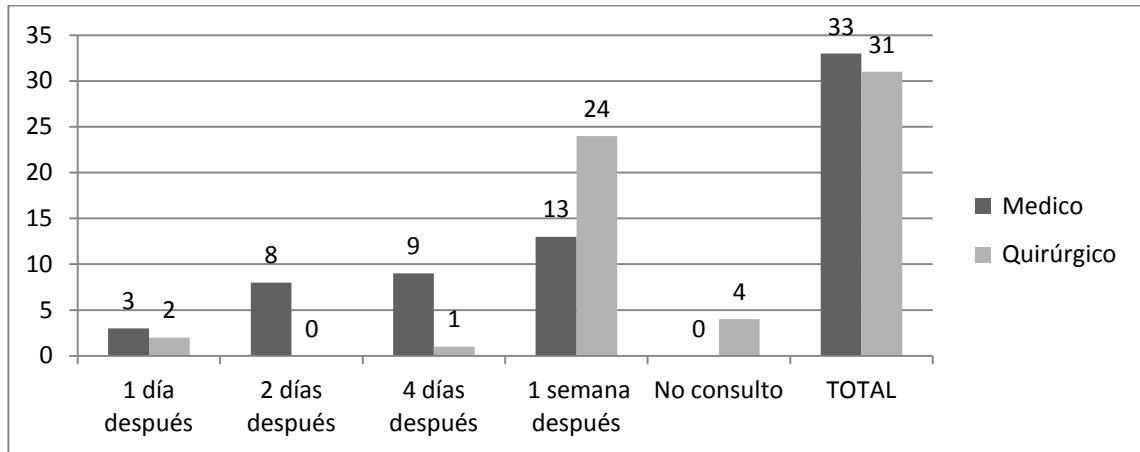
<b>Medico</b>	27	3	3	33
Row %	81.8	9.1	9.1	100
<b>Quirúrgico</b>	21	7	3	31
Row %	67.7	22.6	9.7	100
<b>TOTAL</b>	48	10	6	64
Row %	75	15.6	9.4	100

De las 64 pacientes que se estudiaron 28 presentaron un aborto fallido representando 75 % del total de la muestra, de estas a 21 se les aplicó manejo quirúrgico y a 27 manejo médico, 10 pacientes se catalogó como aborto incompleto representado este el 15% de las cuales a 3 se les aplicó manejo médico y a 7 AMEU Y al otro 10% restante que fueron 6 pacientes se detectó un aborto anembrionario de estas a la mitad se realizó AMEU y a la otra mitad se colocó misoprostol.

Tabla 4. Fecha de segunda consulta

<b>Fecha de segunda consulta</b>	<b>Medico</b>	<b>Quirúrgico</b>	<b>TOTAL</b>
<b>1 día después</b>	3	2	5
Row %	60	40	100
<b>2 días después</b>	8	0	8
Row %	100	0	100
<b>4 días después</b>	9	1	10
Row %	90	10	100
<b>1 semana después</b>	13	24	37
Row %	35.1	64.9	100
<b>No consulto</b>	0	4	4
Row %	0	100	100
<b>TOTAL</b>	33	31	64
Row %	51.6	48.4	100



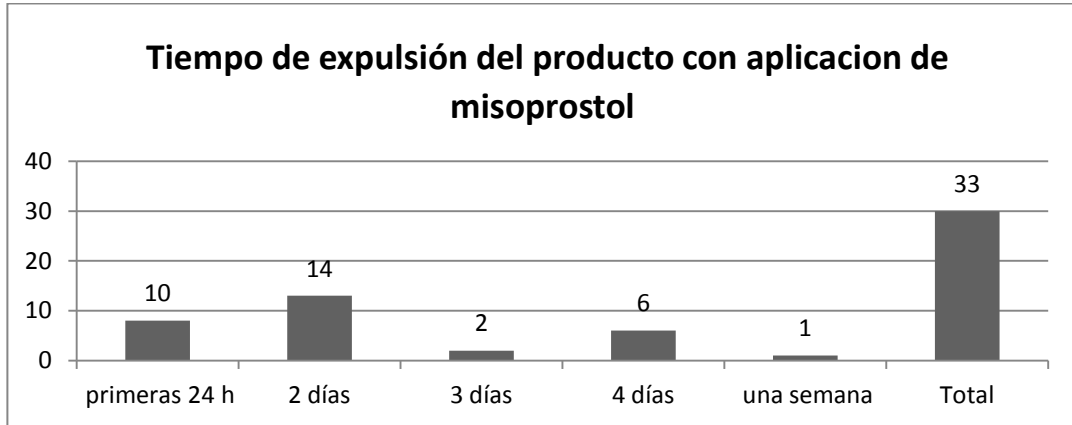


Según la metodología del presente trabajo se citaría a la paciente una semana después habérsele realizado el manejo ya sea medico o quirúrgico de estas pacientes 37 consultaron en dicho tiempo establecido de las cuales a 13 se les había realizado manejo medico representando estas el 35% y a 24 se les había realizado AMEU que representan el 65%; Pero 27 consultaron en menos d una semana por diferentes síntomas y complicaciones de estas 5 consultaron en las primeras 24 h posterior a haber recibido tratamiento las cuales 3 se les brindo manejo medico representando el 60% y a 3 AMEU siendo el 40% , 8 pacientes consultaron dos días después de haber sido atendidas de las cuales al 100% se les realizo manejo medico; 10 pacientes consultaron 4 días después de su primera consulta 9 de ellas se le coloco misoprostol siendo este el 90% y a una se le realizo AMEU representando el 1 % del total de pacientes que consultaron hasta el 4 día

De la primera consulta y 4 pacientes a las cuales se les realizo manejo quirúrgico no consultaron.

Tabla 5. Tiempo de expulsión del producto con aplicación de misoprostol

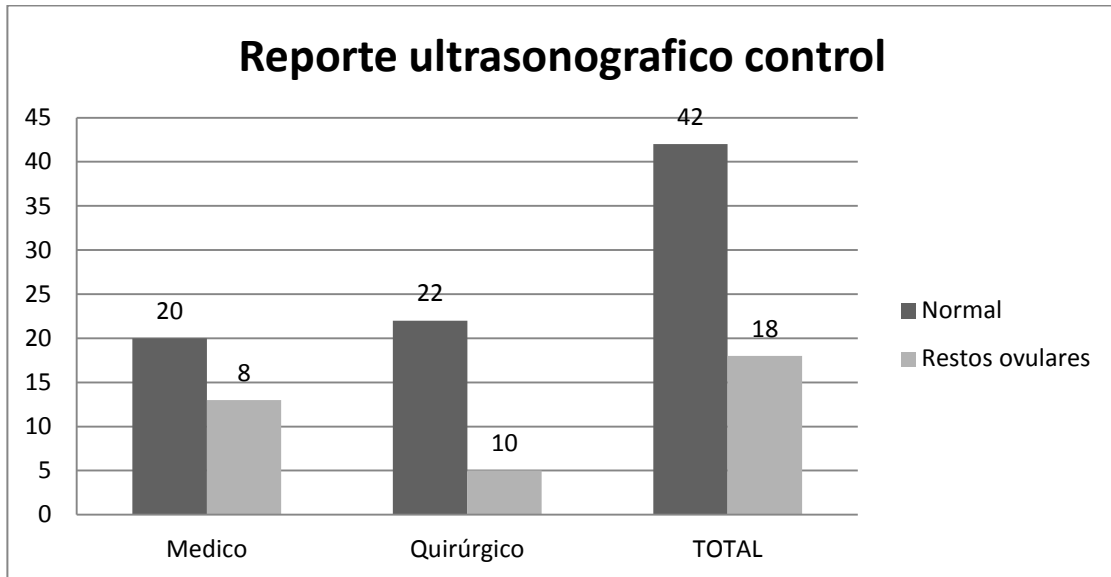
Tiempo de expulsión del producto	Frecuencia	Porcentaje
<b>primeras 24 h</b>	10	26.70%
<b>2 días</b>	14	43.30%
<b>3 días</b>	2	6.70%
<b>4 días</b>	6	20.00%
<b>una semana</b>	1	3.30%
<b>Total</b>	33	100.00%



De las 33 pacientes a las que se les dio manejo medico 10 de ellas expulso el producto de concepción a los dos días de ser aplicado el misoprostol siendo este el 43.3% del total de las pacientes, 10 pacientes expulsaron en las primeras 24 horas representando el 26.7%, 2 pacientes refieren haber expulsado a l tercer día y una paciente expulsa producto de concepción a la semana de haber recibido la dosis de misoprostol representando el 3.3% del total de pacientes a las que se les aplico el manejo medico.

Tabla 6. Hallazgos ultrasonograficos control en la segunda consulta

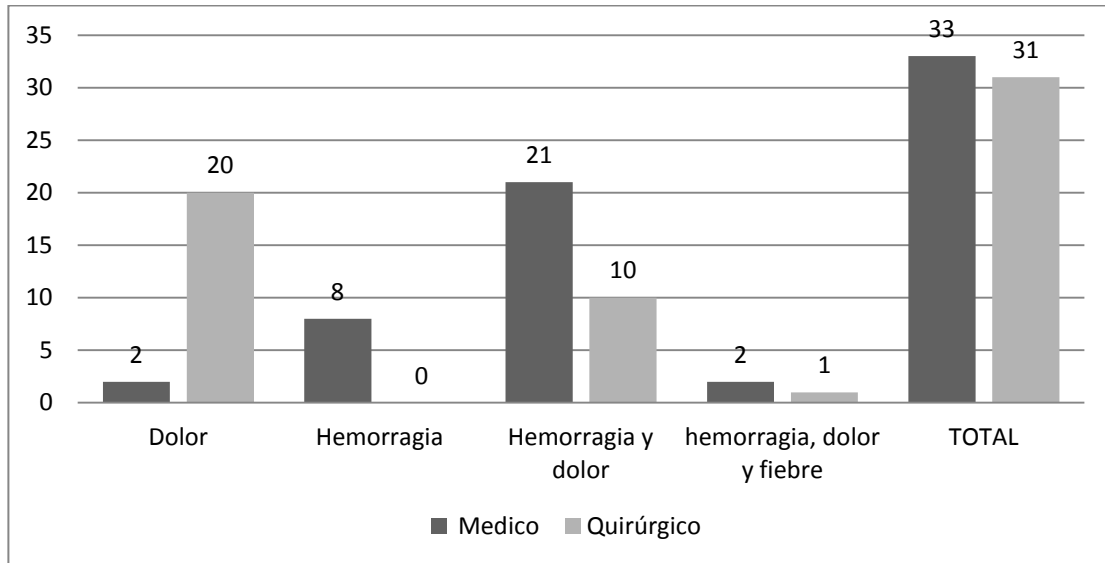
<b>Reporte de USG</b>	<b>Medico</b>	<b>Quirúrgico</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Normal</b>	20	22	42
Row %	47.6	52.4	100
<b>Restos ovulares</b>	8	10	18
Row %	27.8	72.2	100
<b>TOTAL</b>	28	32	60
Row %	55	45	100



De las 60 pacientes a las que se les realizo ultrasonido control se obtuvo que 42 pacientes el reporte ultrasonográfico fue normal de estos a 20 pacientes se les realizo manejo medico representado el 47.6% y a 22 se les realizo AMEU siendo el 52.4%; y a 18 pacientes se les identifico retención de restos ovulares de las cuales a 8 recibieron manejo medico obteniendo el 28% y a 10 pacientes se les aplico manejo quirúrgico representando el 22% del total de pacientes con retención de restos placentarios.

Tabla 7. Síntomas que presento

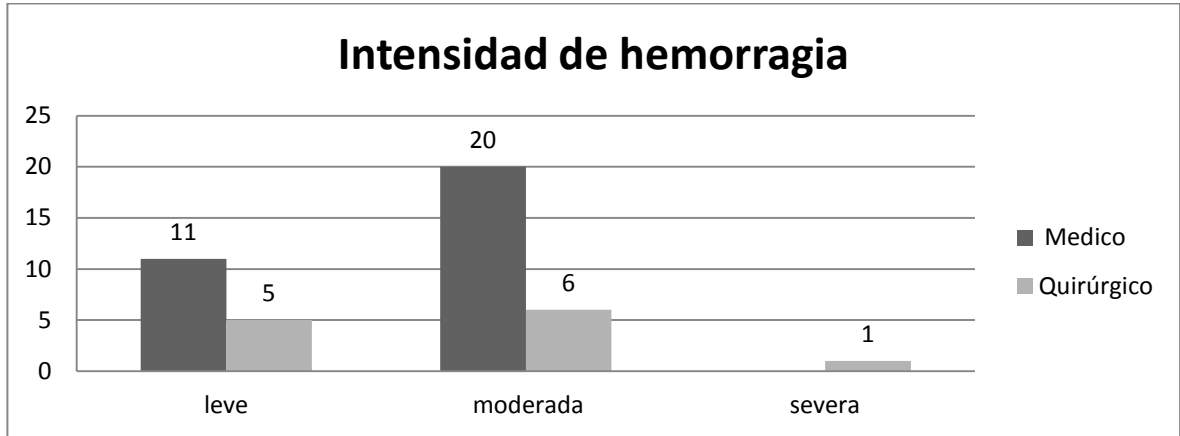
Síntomas que presento	Medico	Quirúrgico	TOTAL
<b>Dolor</b>	2	20	22
Row %	9.1	90.9	100
<b>Hemorragia</b>	8	0	8
Row %	100	0	100
<b>Hemorragia y dolor</b>	21	10	31
Row %	67.7	32.3	100
<b>hemorragia, dolor y fiebre</b>	2	1	3
Row %	66.7	33.3	100
<b>TOTAL</b>	33	31	64
Row %	51.6	48.4	100



Entre las 64 pacientes que se les brindo atención por aborto espontaneo del primer trimestre del embarazo el síntoma con mayor frecuencia fue el dolo y la hemorragia concomitadamente el cual fue referido por 31 pacientes de estas a 21 se les aplico misoprostol siendo este el 68% y a 10 manejo quirúrgico representando el 32%; 22 pacientes refirieron únicamente presentar dolor 2 de las cuales recibieron manejo medico (10%) y a 20 se les realizo AMEU (90%). 8 pacientes a las que se les aplico manejo medico reportaron presentar únicamente hemorragia y 3 pacientes refirieron presentar hemorragia, dolo y fiebre concomitadamente de las cuales 2 se realizo manejo medico y una manejo quirúrgico.

Tabla 8. Intensidad de hemorragia

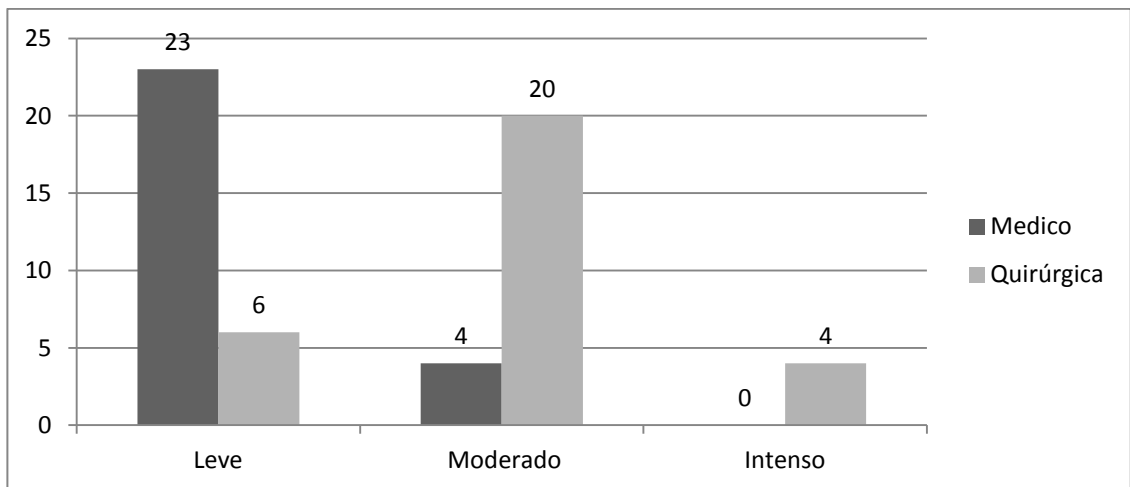
Hemorragia	Medico	Quirúrgico	TOTAL
<b>leve</b>	11	5	16
<b>moderada</b>	20	6	26
Row %	76.9	23.1	100
<b>severa</b>	0	1	1
Row %	0	100	100
<b>TOTAL</b>	31	12	43
Row %	72.1	27.9	100



De las pacientes que reportaron como principal síntoma la hemorragia 16 de ellas clasifican como una hemorragia leve de estas 11 se dio manejo medico y 5 manejo quirúrgico; 26 reportaron una hemorragia moderada de estas 20 pacientes se aplico manejo medico (77%) y a 6 manejo quirúrgico. Solo una paciente reporto hemorragia severa y a esta se le coloco manejo con misoprostol.

Tabla 9. Intensidad del dolor

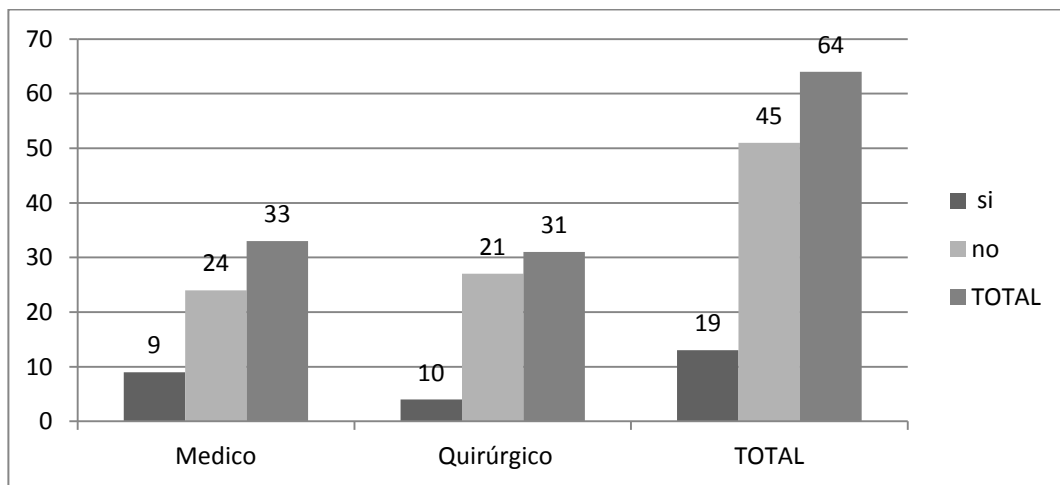
Dolor	Medico	Quirúrgica	TOTAL
<b>Leve</b>	23	6	29
Row %	79.3	20.7	100
<b>Moderado</b>	4	20	24
Row %	16.7	83.3	100
<b>Intenso</b>	0	4	4
Row %	0	100	100
<b>TOTAL</b>	27	30	57
Row %	47.4	52.6	100



De las 57 pacientes que refirieron dolor 29 pacientes lo catalogaron como leve de estas a 23 se les aplico manejo medico (79%) y a 6 manejo quirúrgico (21%); 24 pacientes reportaron que el dolor era de moderada intensidad 20 de ellas se les realizo AMEU (83%) y a 4 manejo medico (17%) y 4 pacientes a las que se les realizo AMEU clasificaron el dolor como de fuerte intensidad.

Tabla 10. Complicaciones en manejo médico y quirúrgico

Complicaciones	Medico	Quirúrgico	TOTAL
<b>si</b>	9	10	19
Row %	40.8	59.2	100
<b>no</b>	24	21	45
Row %	47.1	52.9	100
<b>TOTAL</b>	33	31	64
Row %	51.6	48.4	100

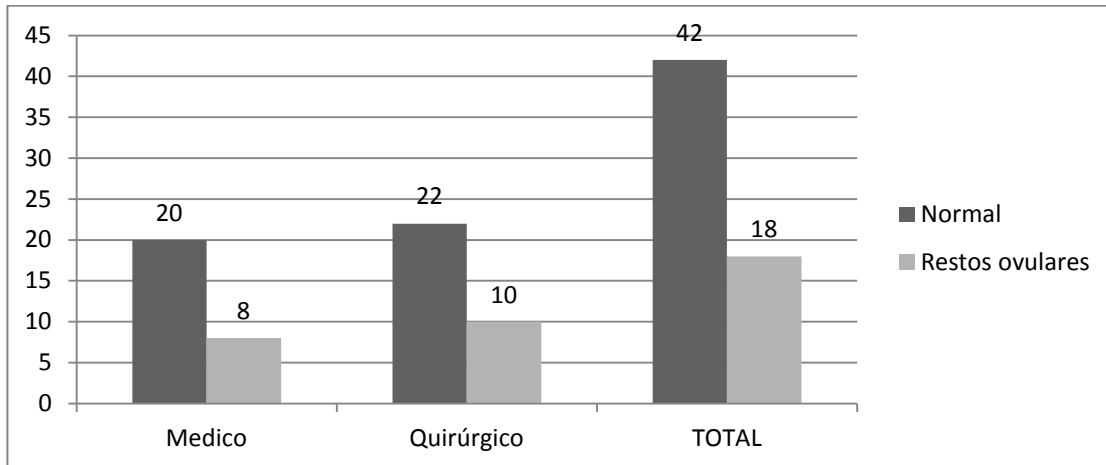


De las 64 pacientes incluidas en el estudio y de las 33 que se les aplico manejo medico 9 presentaron complicaciones y 24 no presentaron ninguna complicación ( ), de las 31 que se les realizo AMEU 10 presentaron complicaciones y 21 no.

Tabla 11. Hallazgos ultrasonograficos control en la segunda consulta

Reporte de USG	Medico	Quirúrgico	TOTAL
----------------	--------	------------	-------

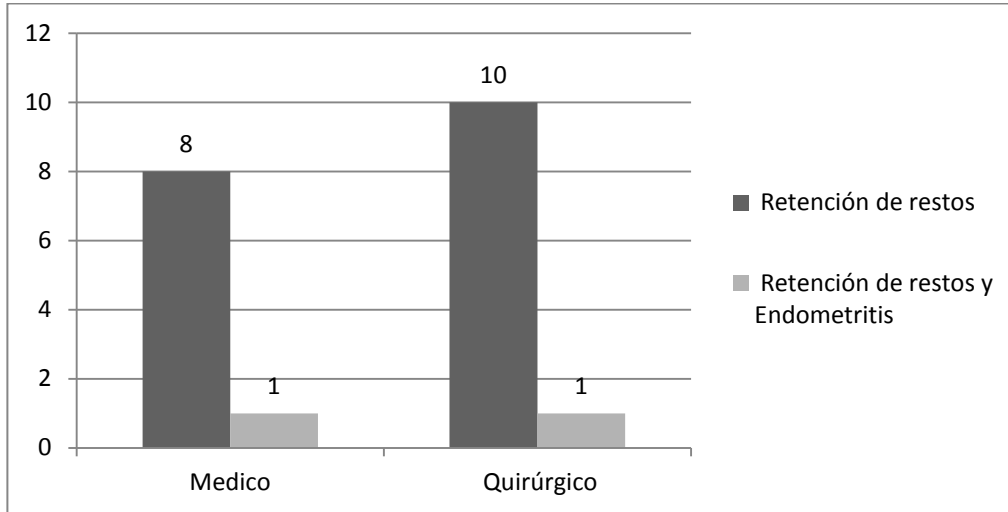
<b>Normal</b>	20	22	42
Row %	47.6	52.4	100
<b>Restos ovulares</b>	8	10	18
Row %	27.8	72.2	100
<b>TOTAL</b>	28	32	60
Row %	55	45	100



De las 60 pacientes a las que se les realizo ultrasonido control se obtuvo que 42 pacientes el reporte ultrasonográfico fue normal de estos a 20 pacientes se les realizo manejo medico representado el 47.6% y a 22 se les realizo AMEU siendo el 52.4%; y a 18 pacientes se les identifico retención de restos ovulares de las cuales a 8 recibieron manejo medico obteniendo el 28% y a 10 pacientes se les aplico manejo quirúrgico representando el 22% del total de pacientes con retención de restos placentarios.

Tabla 12. Complicaciones presentadas en manejo medico y quirúrgico

<b>Complicaciones</b>	<b>Medico</b>	<b>Quirúrgico</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Retención de restos</b>	8	10	18
Row %	40	50	100
<b>Retención de restos y Endometritis</b>	1	1	2
Row %	50	50	100
<b>TOTAL</b>	9	11	13
Row %	84.6	15.4	100

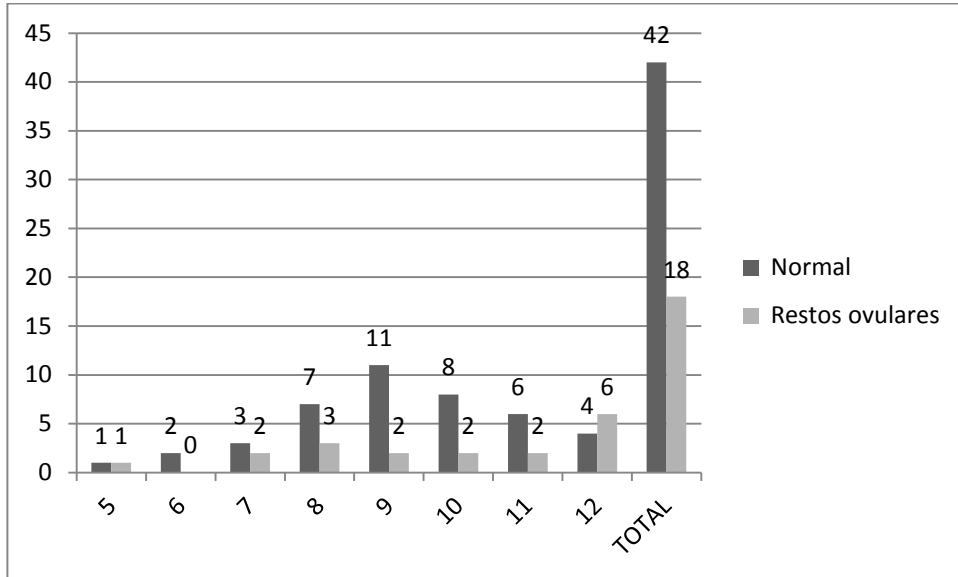


Dentro de las complicaciones que presentaron las pacientes se describen la redención de restos placentarios en 8 pacientes en las que se aplico manejo medico y en 10 pacientes a las que se le realizo AMEU, y se documento endometritis en 1 paciente a las que se aplico ambos métodos.

Tabla 13. Relación entre edad gestacional y reporte ultrasonográfico

Reporte de USG	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL
<b>Normal</b>	1	2	3	7	11	8	6	4	42
Row %	2.4	4.8	7.1	16.7	26.2	19	14.3	9.5	100
<b>Restos ovulares</b>	1	0	2	3	2	2	2	6	18
Row %	5.6	0	11.1	16.7	11.1	11.1	11.1	33.3	100
<b>TOTAL</b>	2	2	5	10	13	10	8	10	60
Row %	3.3	3.3	8.3	16.7	21.7	16.7	13.3	16.7	100





De las 60 pacientes a las que se les realizo USG y que reportaron retención de restos ovulares se observa que 6 pacientes contaban con 12 semanas de edad gestacional las que representan e 33% del total de pacientes y también se observo que las pacientes con edad gestacional de 5 semanas solo una de ellas presento retención de restos placentarios siendo el 2.4% y a la edad gestacional no se obtuvo resultado anormal de ultrasonografía.

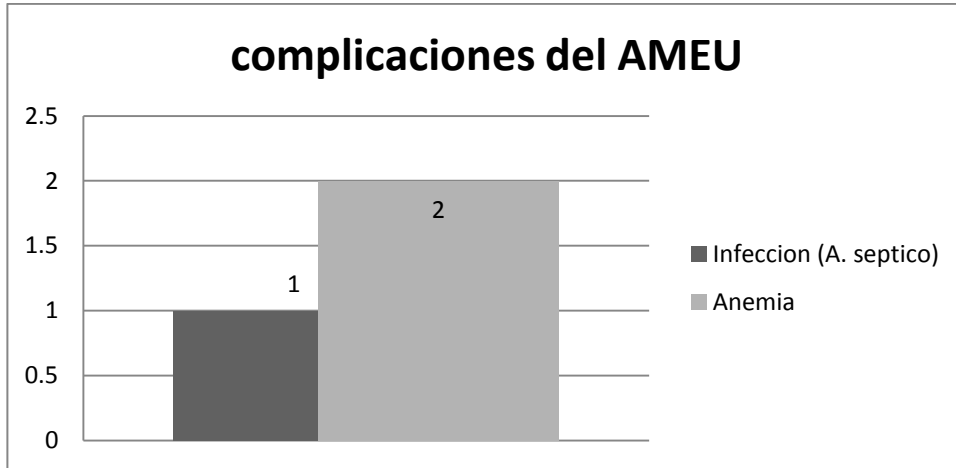
Tabla 14. Complicaciones presentadas en manejo medico y quirúrgico

Fiebre	Medico	Quirúrgico	TOTAL
<b>no cuantificada</b>	1	1	2
Row %	50	50	100
<b>TOTAL</b>	1	1	2
Row %	50	50	100

Otra complicación documentada como ya se describió en otras tablas fue la endometritis acompañada de fiebre la cual se presento en una paciente a las que se aplico ambos manejos pero esta no fue cuantificada por la paciente pero si por el médico que evaluó a la paciente en su segunda consulta.

Tabla 15. Complicaciones de AMEU

Complicaciones de AMEU	Frecuencia	Porcentaje
Infección (A. séptico)	1	33.30%
Anemia	2	66.70%



De las 31 pacientes a las que se les realizo un AMEU para manejo del aborto espontaneo del primer trimestre del embarazo una presento complicaciones severas y se catalogo como aborto séptico y dos pacientes mas presentaron anemia de moderada a severa en la que fue necesario transfusión.

Tabla 17. Manejo para retención de restos ovulares

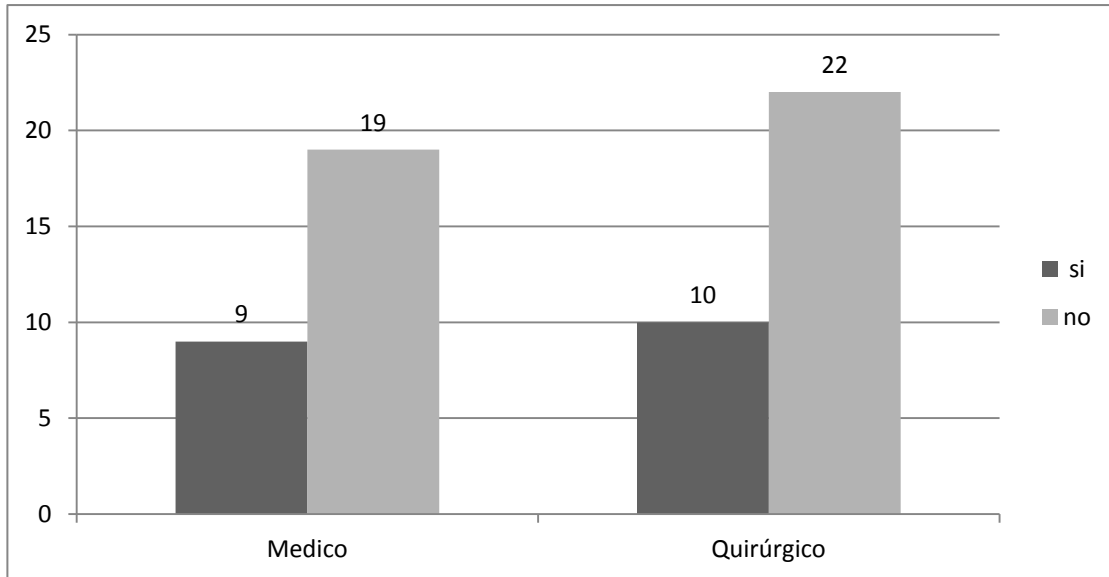
Manejo para retención de restos ovulares	Frecuencia	Porcentaje
LUI	18	100.00%
<b>Total</b>	18	100.00%

De las 18 pacientes reportadas con retención de restos ovulares en la ultrasonografía control a 100% de ellas se les realizo un segundo legrado uterino instrumental en sala de operación como manejo.

Tabla 16. Necesidad de ingreso en segunda consulta

Ingreso en segunda consulta	Medico	Quirúrgico	TOTAL
si	9	10	19

Row %	10	90	100
<b>no</b>	19	22	41
Row %	46.3	53.7	100
<b>TOTAL</b>	28	32	60
Row %	55	45	100

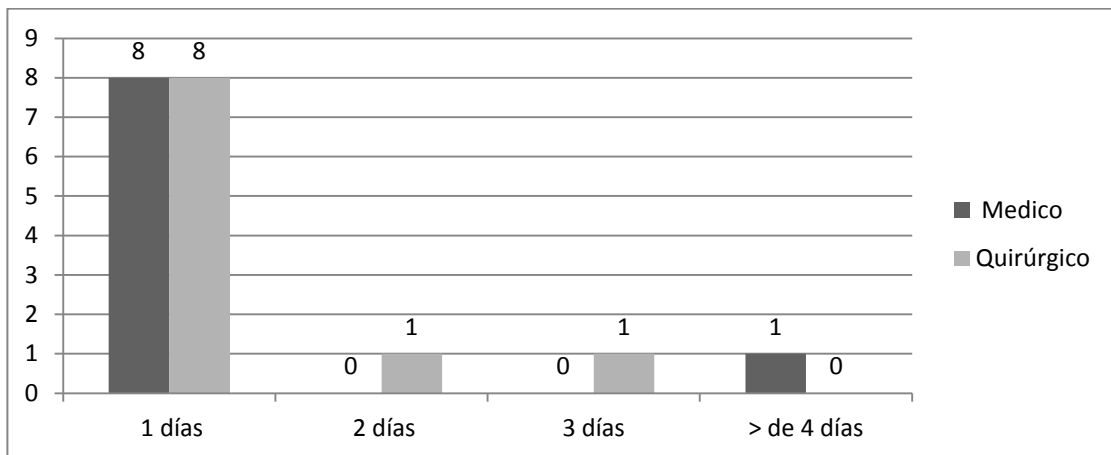


De las 60 pacientes que asistieron a su segunda consulta y de las 28 a las que se les realizó manejo médico 9 ameritaron ingreso por presentar una o más de las complicaciones ya descritas, 19 fueron dadas de alta sin necesidad de ingreso; 30 de las pacientes a las que se les aplicó manejo quirúrgico 10 de ellas ameritaron ingreso hospitalario en su segunda consulta.

Tabla 17. Número de días de ingreso

Días de Ingreso	Medico	Quirúrgico	TOTAL
<b>1 días</b>	8	8	16
Row %	50	50	100
<b>2 días</b>	0	1	1

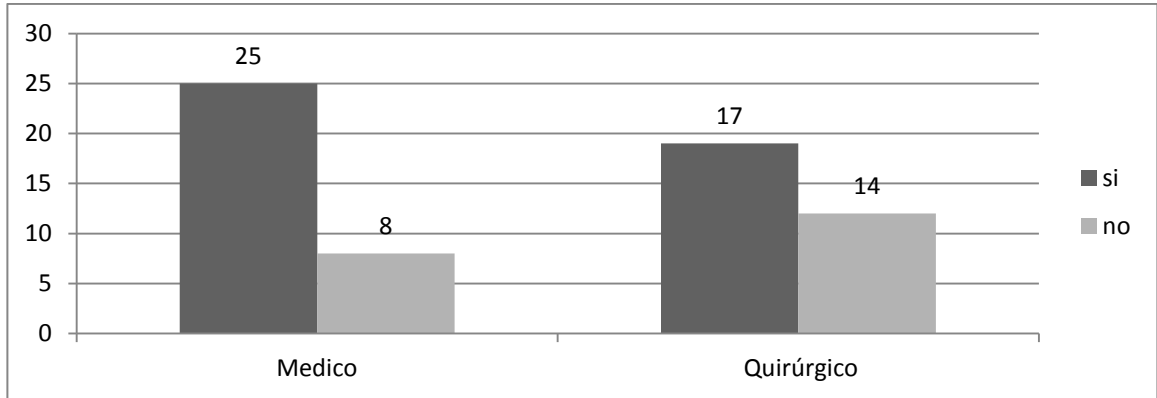
Row %	0	100	100
<b>3 días</b>	0	1	1
Row %	0	100	100
Col %	0	20	5.6
<b>&gt; de 4 días</b>	1	0	1
Row %	100	0	100
<b>TOTAL</b>	9	10	19
Row %	72.2	27.8	100



De las 19 pacientes que ameritaron ingreso hospitalario 16 cumplieron por lo menos 24h de estancia intrahospitalaria de las cuales a 8 de ellas se les aplicó manejo médico y a 8 manejo quirúrgico, una paciente a la que se realizó AMEU permaneció por dos días, una por 3 días y solamente una paciente a la que se realizó manejo con misoprostol permaneció por más de 4 días en dicho centro.

Tabla 18. Aceptabilidad del método

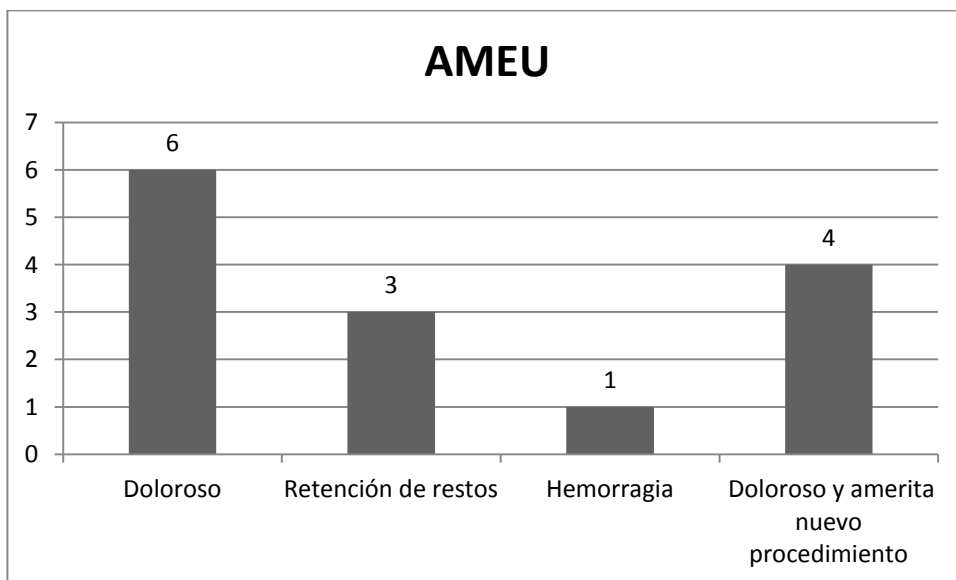
Queda satisfecha con el método elegido	Medico	Quirúrgico	TOTAL
<b>si</b>	25	17	42
Row %	51.3	48.7	100
<b>no</b>	8	14	22
Row %	54.2	45.8	100
<b>TOTAL</b>	33	31	64
Row %	52.4	47.6	100



De las 64 pacientes participantes en el estudio y de las 33 a las que se les aplico manejo medico 25 quedaron satisfechas con el manejo recibido representando el 52% y 8 no están satisfecha con los resultados obtenido siendo este el 48%; y de las 31 pacientes a las que se les realizo AMEU 17 refirieron estar satisfechas con el método siendo estas el 49% y 14 pacientes no estaban satisfechas con el manejo quirúrgico representando el 48%.

Tabla 19. Razón por la que no está satisfecho con el método

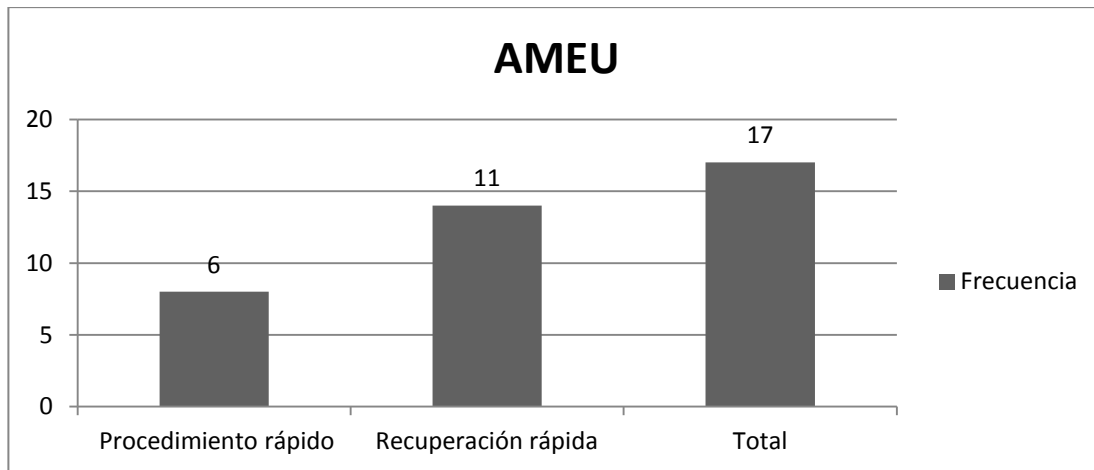
AMEU	Frecuencia	Porcentaje
<b>Doloroso</b>	6	42.90%
<b>Retención de restos</b>	3	21.40%
<b>Hemorragia</b>	1	7.10%
<b>Doloroso y amerita nuevo procedimiento</b>	4	28.60%
<b>Total</b>	14	100.00%



De las 64 pacientes manejadas en el estudio y de las 14 pacientes que no estaban satisfechas con la realización de AMEU 6 de estas indicaron que fue doloroso representando el 43%, 3 pacientes refirieron no estar satisfecha por la retención de restos ovulares siendo estas el 21%, una paciente no quedo satisfecha por presentar hemorragia y 4 pacientes mencionaron el dolor y la retención de restos placentarios concomitantemente (29%).

Tabla 20. Razón por la que sí está satisfecho con el método

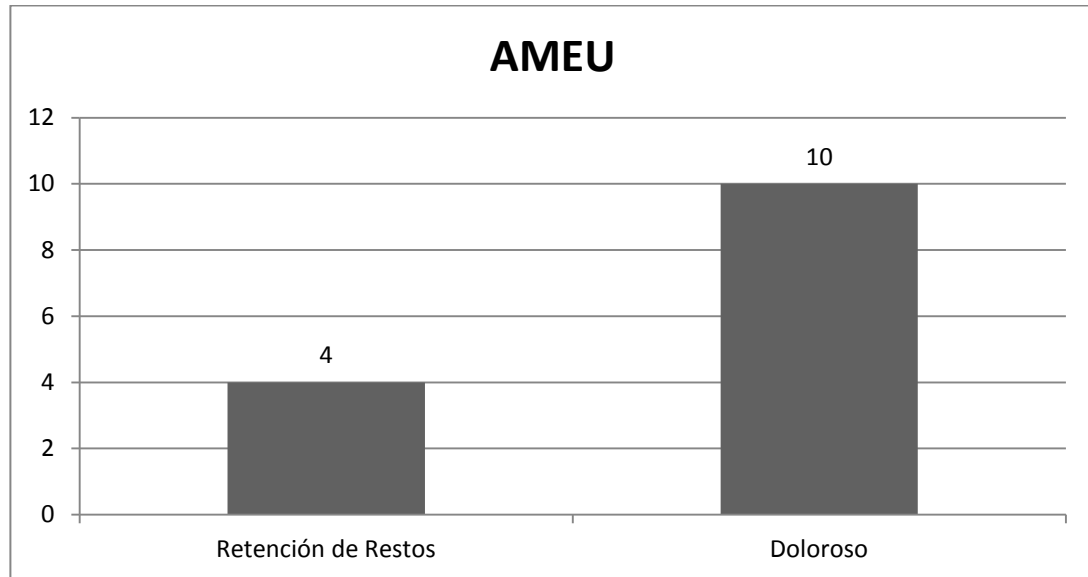
AMEU	Frecuencia	Porcentaje
<b>Procedimiento rápido</b>	6	36.40%
<b>Recuperación rápida</b>	11	63.60%
<b>Total</b>	17	100.00%



De las 17 pacientes que refirieron estar satisfechas con la realización del AMEU 6 de estas su razón fue que es un procedimiento rápido (36)% y 11 refirieron que tuvieron una rápida recuperación (54%).

Tabla 21. Razón por la que no está satisfecho con el método

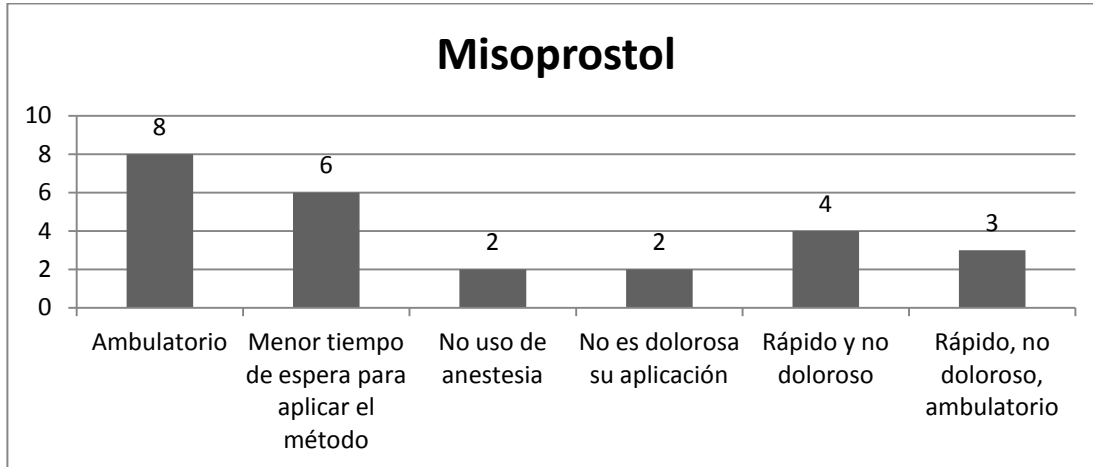
Misoprostol	frecuencia	Porcentaje
<b>Retención de Restos</b>	4	20%
<b>Doloroso</b>	10	80%
<b>Total</b>	14	100.00%



De las 14 pacientes que no estuvieron satisfecho con el manejo medico 4 de ellas fue por la retención de restos ovulares representando el 20% y 10 refirieron que es un procedimiento muy doloroso siendo estas el 80% del total de pacientes.

Tabla 22. Razón por la que sí está satisfecho con el método

<b>Si misoprostol</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ambulatorio</b>	8	35.00%
<b>Menor tiempo de espera para aplicar el método</b>	6	25.00%
<b>No uso de anestesia</b>	2	5.00%
<b>No es dolorosa su aplicación</b>	2	5.00%
<b>Rápido y no doloroso</b>	4	15.00%
<b>Rápido, no doloroso, ambulatorio</b>	3	15.00%
<b>Total</b>	25	100.00%

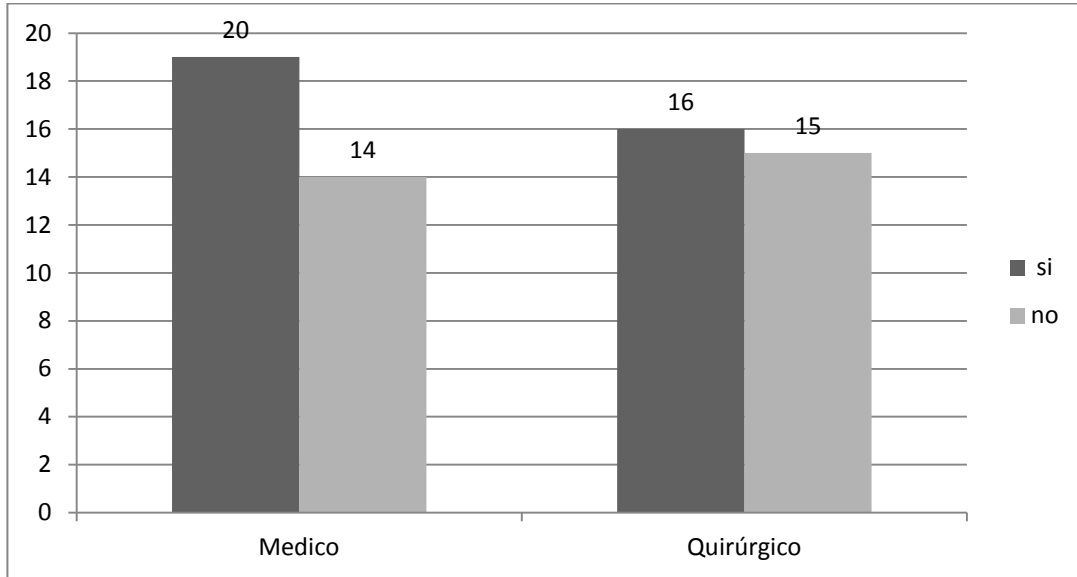


De las 25 pacientes que refirieron estar satisfechas con método medico 8 de ellas consideraron que es porque el método es ambulatorio, 6 refieren que se espera menos tiempo para la realización del manejo, 2 por que no es necesario el uso de anestesia, 2 porque no es doloroso la aplicación, 4 pacientes refieren que es rápido y no doloroso y 4 pacientes refieren que es un manejo rápido, no doloroso y ambulatorio.

Tabla 23. Elegibilidad por segunda ocasión del método por la paciente

Elegiría el mismo método	Medico	Quirúrgico	TOTAL
<b>si</b>	19	16	35
Row %	54.3	45.7	100
<b>no</b>	14	15	29
Row %	48.3	51.7	100
<b>TOTAL</b>	33	31	64
Row %	51.6	48.4	100





De las 64 pacientes a las que se dio manejo de aborto espontaneo del primer trimestre 20 de estas escogerían el manejo medico con misoprostol y 16 el manejo quirúrgico AMEU, y 14 pacientes no escogerían el manejo medico y 15 de ellas refirieron no escogerían manejo quirúrgico.

Tabla 24. Recomendación del método por parte de la paciente

Recomendaría el mismo método	Médico	Quirúrgico	TOTAL
<b>si</b>	20	14	34
Row %	54.3	45.7	100
<b>no</b>	13	17	30
Row %	46.4	53.6	100
<b>TOTAL</b>	33	31	64
Row %	50.8	49.2	100

De las 64 pacientes 20 de ellas recomendaría a otra persona el manejo medico con misoprostol representando el 54%, y 14 pacientes recomendaría la realización de AMEU siendo este el 46%; 13 pacientes no recomendarían el método medico (46%) y 17 recomendarían el método quirúrgico (54%)

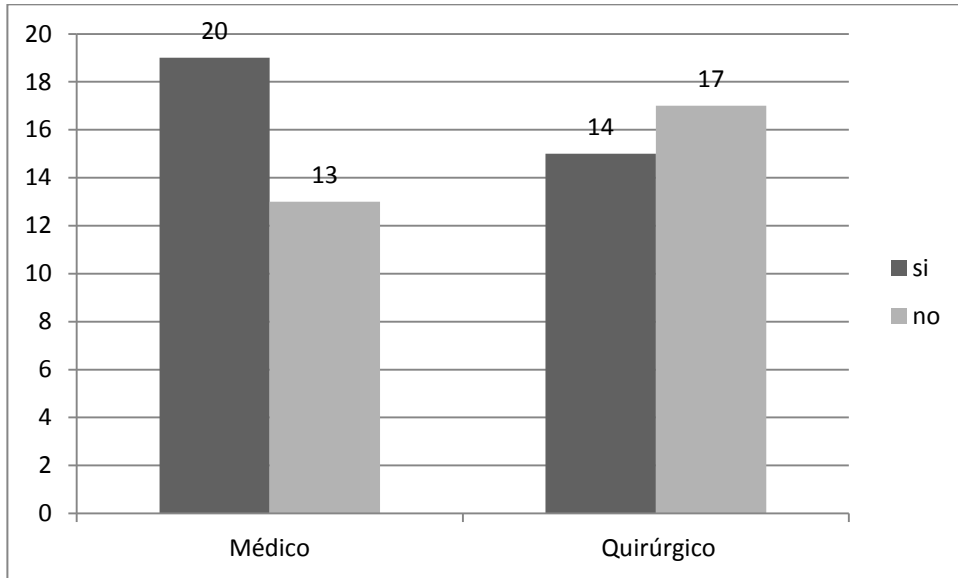


Tabla 25. Razón por la que recomienda manejo con Misoprostol

Médico: por que	Médico	TOTAL
<b>Ambulatorio</b>	8	8
Row %	100	100
<b>No es quirúrgico</b>	5	5
Row %	100	100
<b>Menor tiempo de estancia intrahospitalaria</b>	6	6
Row %	100	100
<b>A otras personas Tal vez les funcione</b>	1	1
Row %	100	100
<b>TOTAL</b>	20	20
Row %	100	100

Entre las razones por la que las pacientes recomendarían el manejo medico 8 mencionaron que es un manejo ambulatorio, 5 que no es un procedimiento quirúrgico, 6 pacientes refieren que se espera menor tiempo en la unidad de emergencias para su aplicación.

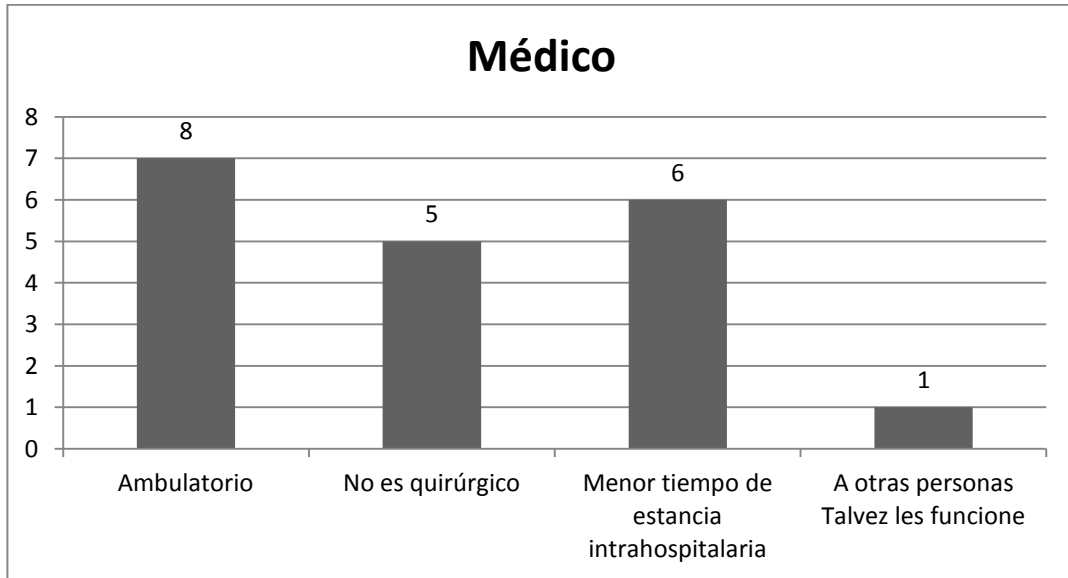
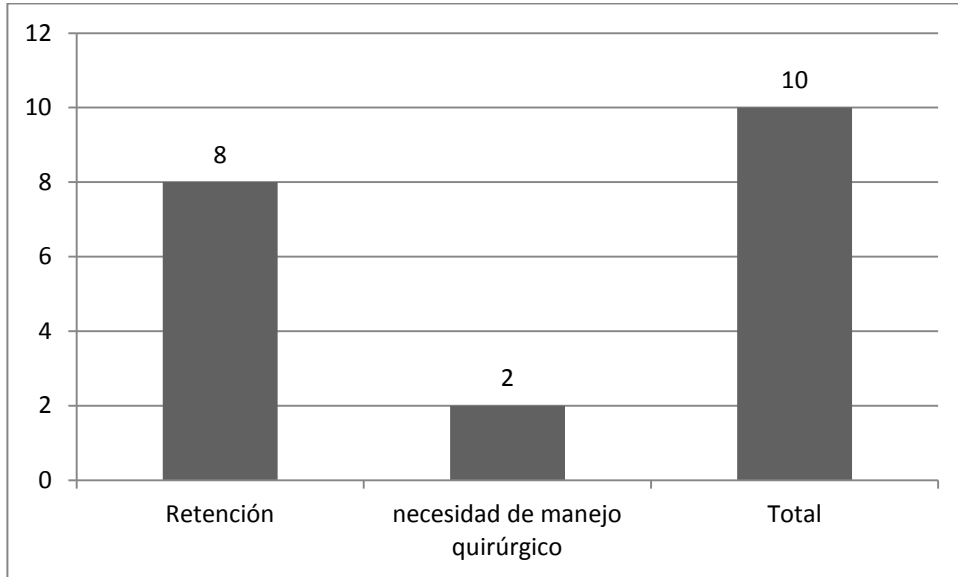


Tabla 26. Razón por la que no recomienda manejo con Misoprostol

No: médico	Frecuencia	Porcentaje
Retención de restos placentarios	8	80.00%
necesidad de manejo quirúrgico	2	20.00%
<b>Total</b>	10	100.00%

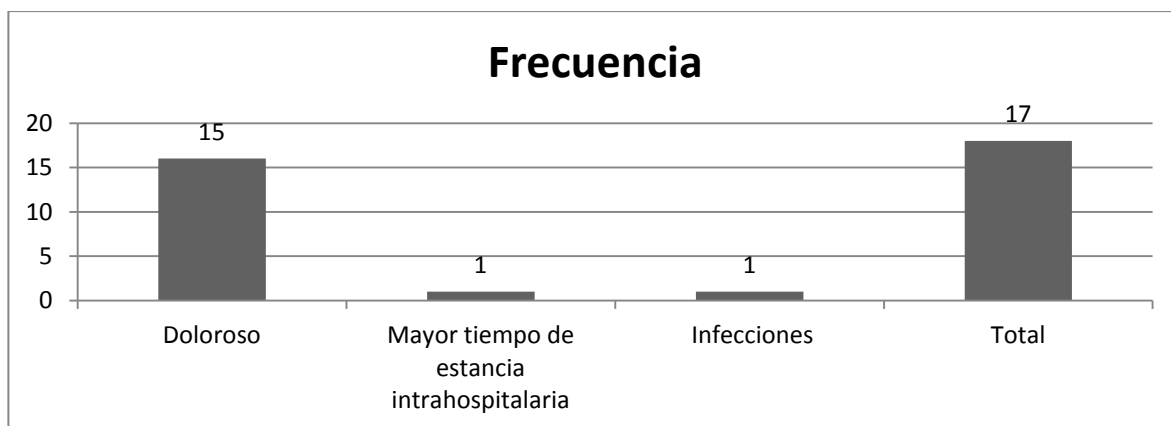


De las pacientes que no recomendaron el manejo medico 8 de estas su razón fue la retención de restos ovulares y dos pacientes por la necesidad de un manejo quirúrgico secundario a la retención de restos ovulares.

Tabla 27. Razón por la que no recomienda AMEU

No quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
<b>Doloroso</b>	15	88.90%
<b>Mayor tiempo de estancia intrahospitalaria</b>	1	5.60%
<b>Infecciones</b>	1	5.60%

<b>Total</b>	17	100.00%
--------------	----	---------



De 17 pacientes que no recomendarían el método quirúrgico 15 de estas refieren que es un doloroso siendo este el 88%, 1 paciente menciona que se requiere mayor tiempo de estancia en unidad de emergencia (6%) y una persona no recomendaría por las infecciones (6%)

## CONCLUSIONES

1. El manejo medico es igualmente o más eficaz, tiene menos efectos secundarios, mayor aceptabilidad, menos complicaciones que el manejo quirúrgico con AMEU en el aborto espontaneo del primer trimestre del embarazo
2. Se concluye que de las 64 pacientes (100%) a las que se les dio manejo por aborto espontaneo del primer trimestre del embarazo el 68% de estas presento aborto fallido, seguido de un aborto incompleto y en menor frecuencia una falla temprana del embarazo, y que estas se encontraba entre la 9 ° y 10° semana de embarazo en mayor frecuencia; pero al analizar los resultados obtenidos se observa que el mayor porcentaje de retención de restos placentarios se encontró en pacientes con 1 de 12 semanas de edad gestacional .

3. De las 64 pacientes el mayor porcentaje asistió a su consulta de control en el tiempo estipulado de una semana (35% Manejo medico), (65% manejo quirúrgico), pero 23 pacientes consultaron en los primeros 4 días posterior a recibir tratamiento las cuales la mayor frecuencia se observo en pacientes que consultaron 48h posterior a su primera consulta; además se evidencio que de las 33 pacientes a las que se les aplico manejo medico con misoprostol el 25 de ellas expulso el producto de la concepción en las primeras 48 horas después de la aplicación de la dosis me misoprostol (70%)
4. Al evaluar a la paciente con su estudio de ultrasonido control se obtuvo que la mayoría de pacientes el resultado del estudio fue normal, pero la retención de restos placentarios se reporto con mayor porcentaje en el manejo quirúrgico siendo este del 72% en comparación con el manejo medico (28%)
5. Los síntomas que más se presentaron en las pacientes manejadas por aborto espontaneo del primer trimestre del embarazo fue el dolor y la hemorragia, pero se observo que el síntoma que predomino en las pacientes con manejo medico fue la hemorragia en un 68%, siendo esta clasificada como de moderada intensidad; a diferencia del manejo quirúrgico donde predomino el dolor como síntoma principal en un 91% catalogado este como de moderada intensidad.
6. De las 64 pacientes que se manejaron por aborto espontaneo del primer trimestre del embarazo el mayor porcentaje de retención de restos placentarios se reporto con el manejo quirúrgico una de ellas complicada con aborto séptico; siendo necesario el ingreso hospitalario de dichas pacientes en su mayor frecuencia por lo menos 24 horas (50% para ambos manejos).
7. El mayor porcentaje (55%) de las pacientes quedaron satisfechas con el manejo realizado para el aborto espontaneo del primer trimestre del embarazo, pero un 45% mostro disconfor con el manejo quirúrgico al igual que no lo recomendarían ni lo elegirían nuevamente principalmente por ser doloroso (42%).

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda se considere y se realice con mayor frecuencia el manejo medico con misoprostol para pacientes que consultan en unidades de emergencia con aborto espontaneo del primer trimestre del embarazo.
2. Realizar manejo medico en pacientes con aborto espontaneo del primer trimestre del embarazo menor de las 10 semanas de edad gestacional.

3. Si se brindara manejo quirúrgico realizar un mejor manejo del dolor a demás de cumplir y mejorar las técnicas de asepsia y antisepsia para evitar complicaciones severas como aborto séptico.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Cabrol D., Goffinet F.. *Protocoles Cliniques en Obstétrique de la Matarnirè Port Royal*. Masson 2<sup>a</sup> ed edition, 2005.
2. Forna F, Gúlmezoglu AM. Procedimientos quirúrgicos para la evacuación del aborto incompleto. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008.(2) 94-105
3. Hospital maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán. Estadística de la Atención post aborto.
4. Joel Alejandro Varona Sánchez; Julio Aurelio Borrego López; Luis Ernesto Formoso MartinII; Ángela Martínez Martínez-PinilloIII. Misoprostol en la

interrupción temprana del embarazo en pacientes adolescentes. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. 2010;36 (1) 97-108.

5. Kulier R, Gulmezoglu M, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. (2) 110-120.
6. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. (2) 140-145
7. Nanda K, Peloggia A, Grimes D, Lopez L, Nanda G. Tratamiento expectante versus tratamiento quirúrgico del aborto espontáneo. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008.(2) 170-190
8. Ramos Fischnaler Karen Lizeth. Misoprostol ambulatorio en aborto fallido igual o menor de 12 semanas en hospital de maternidad Marzo a Junio de 2006. Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán
9. Say L, Kulier R, Gulmezoglu M, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Métodos médicos versus métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo en el primer trimestre (Revisión Cochrane traducida). En: ). En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. Número 2.
10. Zacarías Ortez, Eladio, así se investiga, Pasos para hacer una investigación Editorial clásicos Roxil, 1ª Edición, año 2000.



## **ANEXOS**

### **ANEXO N° 1**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Original y Copia para paciente

Yo, \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ años de edad, con DUI N°  
\_\_\_\_\_ en calidad de mi representante legal, y  
con registro del HNM número \_\_\_\_\_, declaro lo  
siguiente:

Que he decidido participar en el estudio “Manejo médico con misoprostol versus aspiración manual endouterina en abortos del primer trimestre en el Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán durante el período de

Que al participar en dicho estudio, se me asignará un grupo al azar, los cuales grupo amarillo que será manejo con misoprostol y el grupo azul que será manejo quirúrgico con AMEU

Que se me ha explicado en qué consiste el estudio en forma clara y sencilla, y he entendido los riesgos y beneficios que conlleva.

Que existen riesgos reales o potenciales para mi salud como consecuencia de cualquiera de los tratamientos asignados como hemorragia severa, náuseas, vómitos, desgarros cervicales, infecciones, perforación uterina, histerectomía.

Ante lo anterior, acepto participar en el estudio ya citado, asumiendo los riesgos potenciales que esto conlleva, pero cuyos beneficios superan ampliamente los riesgos por lo que firmo y estampo mis huellas ante testigo.

Firma y huella de la paciente

---

Firma y huella del testigo

---

San Salvador, Fecha y hora

---

## **ANEXO N° 2**

### **FICHA DE ENTREVISTA**

**Fecha de 1ª Consulta:** \_\_\_\_\_

#### **Datos de Identificación**

- ✓ **Nombre:**
- ✓ **Nº de Registro:**
- ✓ **Edad:**
- ✓ **Fórmula Obstétrica:**
- ✓ **Edad Gestacional:**

**Reporte de 1ª USG:**

- ✓ **Aborto Incompleto**\_\_\_\_\_
- ✓ **Falla Temprana del Embarazo** \_\_\_\_\_
- ✓ **Huevo Anembrionico**
- ✓ **Otro** \_\_\_\_\_ **Si otro, especificar** \_\_\_\_\_

**Hto** \_\_\_\_\_ **HB** \_\_\_\_\_ **Tipeo Rh** \_\_\_\_\_

**Tratamiento: Médico** \_\_\_\_\_ **Quirúrgico** \_\_\_\_\_

**Si Quirúrgico: AMEU** \_\_\_\_\_

**Fecha de 2ª Consulta:** \_\_\_\_\_

**Temperatura:** \_\_\_\_\_

**Reporte de 2ª USG:**

- ✓ **Normal (línea endometrial < 15mm)**\_\_\_\_\_
- ✓ **Restos** \_\_\_\_\_

Si normal, horas de expulsión de producto: < 24 h \_\_\_\_\_, especificar \_\_\_\_\_

>24 h \_\_\_\_\_, especificar \_\_\_\_\_

Síntomas que presentó:

- ✓ Fiebre: \_\_\_\_\_
- ✓ Dolor: \_\_\_\_\_
- ✓ Hemorragia: \_\_\_\_\_
- ✓ Vómitos: \_\_\_\_\_
- ✓ Diarrea: \_\_\_\_\_

Si Fiebre, Cuantificada \_\_\_\_\_ No Cuantificada \_\_\_\_\_

Si cuantificada, especificar \_\_\_\_\_

Si dolor: moderado \_\_\_\_\_ severo \_\_\_\_\_

Si hemorragia, leve \_\_\_\_\_ severa (> de 2 toallas sanitarias por hora o evidencia por clínica) \_\_\_\_\_

Si severa, AMEU \_\_\_\_\_ LUI \_\_\_\_\_ Hb, Htto control \_\_\_\_\_

Falla terapéutica: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Complicaciones:

- ✓ Hemorragia Severa \_\_\_\_\_
- ✓ Endometritis \_\_\_\_\_
- ✓ Otra \_\_\_\_\_
- ✓ Si otra especificar \_\_\_\_\_

**Ingreso posterior a 2ª consulta: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**Si ingreso, especificar \_\_\_\_\_**

**Tratamiento recibido al ingreso: AMEU \_\_\_\_\_ LUI \_\_\_\_\_**

**Si Restos: AMEU \_\_\_\_\_ LUI \_\_\_\_\_**

**Complicaciones: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**Si Complicaciones:**

- ✓ **Desgarro cervical** \_\_\_\_\_
- ✓ **Perforación Uterina** \_\_\_\_\_
- ✓ **Reacción Medicamentosa** \_\_\_\_\_
- ✓ **Otra** \_\_\_\_\_
- ✓ **Si otra, especificar** \_\_\_\_\_

**Días de Ingreso: \_\_\_\_\_**

#### **EVALUACIÓN DE ACEPTABILIDAD POR LA PACIENTE**

**¿Queda satisfecha con el método elegido? SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**Si no, especificar \_\_\_\_\_**

**Si presentara nuevamente un aborto, ¿Elegiría y recomendaría el mismo método de tratamiento que recibió? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**Si**

**no,**

**especificar**

---