

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



TESIS DE GRADUACION:

**“EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES CON MANEJO QUIRÚRGICO VÍA
ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA DEL ABORTO INCOMPLETO MENOR DE
DOCE SEMANAS CERO DÍAS DE EDAD GESTACIONAL”**

Presentado Por:

Adriana María Rivera de Cruz

David Alejandro Echeverría

Para Optar al Título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Asesor de tesis:

Dr. Roberto Águila Cerón

CIUDAD UNIVERSITARIA, OCTUBRE 2018.

1.	RESUMEN DEL PROYECTO	3
2.	INTRODUCCIÓN.....	4
3.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	5
	Tipo de investigación:	5
	Universo:	5
	Muestra.....	5
	Criterios de inclusión:	5
	Criterios de exclusión:.....	5
	Método de recolección de datos:	5
	Limitaciones y Sesgos.....	6
	Aspectos Éticos	6
4.	OBJETIVOS.....	7
5.	RESULTADOS	7
6.	DISCUSIÓN.....	12
7.	CONCLUSIÓN	13
8.	ANEXOS.....	14
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

1. RESUMEN DEL PROYECTO

El aborto espontáneo es la complicación más frecuente al inicio del embarazo, llegando a ocurrir hasta en un 20% de los mismos; siendo que la mayoría de los casos ocurren antes de las 12 semanas de edad gestacional.

Se han establecido tres tipos de manejo del aborto espontáneo: el manejo quirúrgico (el más frecuentemente empleado), el manejo médico y el manejo expectante.

El presente estudio es un estudio descriptivo retrospectivo que trata sobre el manejo quirúrgico del aborto incompleto espontáneo menor de 12 semanas mediante el uso de la aspiración manual endouterina, conocida también como AMEU, procedimiento con el que se pretende la evacuación de restos ovulares.

Se realizó la revisión de 90 expedientes clínicos de pacientes a quienes se les realizó legrado por AMEU en caso de aborto incompleto espontáneo en el período comprendido entre junio y diciembre de 2017. La muestra se calculó a partir de un universo de 326 pacientes a quienes se les realizó legrado por AMEU durante el año 2017.

A los expedientes revisados se le aplicó un instrumento de elaboración propia de los investigadores basado en los objetivos del estudio y en las variables a estudiar. La información obtenida se tabuló mediante el uso de Microsoft Excel y se graficó mediante el uso de dicho software.

Los resultados obtenidos arrojaron una tasa de éxito del AMEU, entendiéndose ésta como la remoción completa de restos ovulares, de un 96.6%. Este dato se encuentra dentro del rango de éxito del AMEU a nivel internacional.

Entre las complicaciones que se evidenciaron posterior al procedimiento se encontró retención de restos ovulares en un 3.3%, que requirieron reintervención. Se evidenció un caso de infección posterior al procedimiento; con una tasa de infección de 1.1%; dentro de los rangos descritos en la literatura médica internacional.

2. INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo es la complicación más frecuente al inicio del embarazo, produciéndose entre el 10 al 20% de los embarazos, y por lo general, en un 80% de los casos se dan antes de las 12 semanas de gestación. Aproximadamente el 50% de ellos se debe a anomalías cromosómicas fetales. Los factores de riesgo más comúnmente identificados son la edad materna avanzada y el haber experimentado un aborto previo. El diagnóstico se realiza mediante historia clínica, examen físico y estudio ultrasonográfico, siendo este último, el método de elección para verificar un embarazo intrauterino viable.

Se han establecido tres tipos de manejo de estos casos, el manejo médico, el manejo quirúrgico y el manejo expectante, siendo de ellos el manejo quirúrgico el empleado más tradicionalmente desde 1960, incluso siendo este último el manejo del aborto espontáneo propuesto en la Guía Clínica de Ginecología y Obstetricia del Ministerio de Salud de El Salvador, y es el método de elección en aquellas situaciones de emergencia de abortos que se manifiestan clínicamente como hemorragias que ocasionan inestabilidad hemodinámica, o en caso de infección cuyo foco sean los restos ovulares. Éste se puede realizar ya sea por dilatación y curetaje, o preferentemente mediante aspiración manual endouterina, con un éxito hasta en el 99% de los casos.

El presente proyecto indagó sobre el éxito del legrado manual endouterino en el manejo del aborto espontáneo incompleto en las pacientes del Hospital Primero de Mayo; para ello se realizó una revisión de expedientes con el propósito de conocer la evolución clínica de pacientes a las que se les realizó manejo quirúrgico mediante aspiración manual endouterina del aborto incompleto espontáneo durante el periodo entre junio y diciembre de 2017, estableciéndose como margen de tiempo las doce semanas de edad gestacional debido a que la mayoría de abortos espontáneos se dan en este periodo de tiempo.

El propósito último del presente estudio es obtener datos estadísticos propios a nivel institucional sobre el manejo quirúrgico del aborto incompleto espontáneo mediante AMEU; y que estos sirvan de base para otras investigaciones a futuro sobre el manejo del aborto espontáneo a nivel tanto institucional como nacional.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo; ya que el estudio únicamente describe el fenómeno en estudio, el cual ocurrió en un período previo a la investigación, dentro de su entorno natural, sin establecer causalidad.

Universo

Todas las pacientes que presentaron aborto incompleto del primer trimestre de forma espontánea; y que consultaron en la unidad de Emergencia del Hospital Primero de Mayo; durante el periodo entre Junio a Diciembre de 2017.

Muestra

La muestra se tomó en base a los expedientes clínicos de las pacientes que experimentaron aborto incompleto espontáneo y que se les realizó aspirado manual endouterino durante el periodo de tiempo ya definido. Para el cálculo del total de casos que se tomaron de muestra los investigadores se basaron en el número de pacientes a las que se les realizó legrado por AMEU en 2016, el cual fueron 326 pacientes, de estas 117 pacientes tuvieron abortos menores de 12 semanas de edad gestacional. La muestra a emplear se calculó mediante Open Epi, obteniéndose una muestra que debía constar de 90 pacientes, las cuales se incluyeron en la investigación

Criterios de inclusión

- Pacientes que presenten aborto incompleto espontáneo con edad gestacional menor de 12 semanas 0 días.
- Pacientes a las que se les haya realizado aspiración manual endouterina como manejo del aborto incompleto espontáneo

Criterios de exclusión

- Pacientes que experimenten abortos del segundo trimestre
- Pacientes que presenten abortos sépticos, anembrionicos y/o completos del primer trimestre
- Pacientes que hayan presentado shock hipovolémico secundario a hemorragia previo al procedimiento

Método de recolección de datos

Para la recolección de datos se efectuó una revisión de los casos de aborto incompleto espontáneo a los que se les realizó aspiración manual endouterina como manejo del mismo. Para la obtención de esta información se revisaron los libros de procedimientos de la Sala de Operaciones de la Unidad de Emergencia del Hospital Primero de Mayo, donde se registran todos los procedimientos quirúrgicos que se efectúan en dicha ala, incluyéndose en ellos la aspiración manual endouterina.

Con ello se obtuvieron los números de registro necesarios con los que solicitaron en Archivo Clínico los expedientes de dichas pacientes, previa autorización por la dirección del Hospital Primero de Mayo y la jefatura de Archivo Clínico.

Al revisar los expedientes se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión previamente detallados para recolectar la información. Para obtener los datos deseados se aplicó un instrumento a cada uno de los expedientes clínicos, el cual fue de elaboración propia de los investigadores.

Para el análisis de los datos se empleó Microsoft Excel; con el fin de realizar las gráficas correspondientes a la distribución de los mismos.

Limitaciones y Sesgos

Para el estudio en cuestión se emplearon únicamente pacientes con abortos incompletos con edad gestacional hasta 12 semanas con cero días, a las que se les realizó aspiración manual endouterina para la completa evacuación de los restos ovulares.

Debido al carácter retrospectivo de la investigación, se tomó en cuenta la posibilidad de una inadecuada documentación en cuanto a las características del procedimiento en sí, así como también de las complicaciones médicas del mismo.

Se realizó una revisión exhaustiva de dichos expedientes, tanto de notas médicas como de enfermería, así como también las indicaciones médicas y los exámenes de laboratorio que se tomó a las pacientes durante el ingreso hospitalario y que orientaran sobre posibles complicaciones no documentadas explícitamente, además se indagó si se requirió el reingreso de la paciente para realizarle un segundo legrado, ya sea este instrumental u otro AMEU.

Durante la revisión se encontró la limitante que en 5 expedientes no se documentó pérdida sanguínea durante el procedimiento, siendo esto un total del 5.5% de la muestra. Al revisar en su totalidad los expedientes se pudo corroborar que la mayoría de la información estaba completa y se habían documentado las complicaciones médicas que ocurrieron en esas pacientes.

Aspectos Éticos

En el caso del presente proyecto, el cual consistió en la revisión de expedientes clínicos, a los cuales únicamente los investigadores tuvieron acceso, con previa autorización por la dirección general y la jefatura de archivo del Hospital Primero de Mayo; se pudo mantener la identidad de las pacientes en anonimato, únicamente codificadas por número de expediente para la base de datos de los investigadores.

Ya que no se realizó intervención alguna a las pacientes, no se requirió la obtención del consentimiento informado.

Las pacientes fueron seleccionadas según conveniencia en base al listado de libro de sala de operaciones en orden de llegada (fecha y hora); no dejando pacientes sin seleccionar según dicho orden.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la evolución clínica de las pacientes a las que se les realizó legrado manual endouterino en casos de aborto incompleto espontáneo del primer trimestre atendidas en el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo durante el periodo de junio a diciembre de 2017.

Objetivos específicos

- Describir los resultados terapéuticos del manejo quirúrgico mediante aspiración manual endouterina en los abortos incompletos espontáneos menores de 12 semanas de edad gestacional.
- Describir las complicaciones de la aspiración manual endouterina en casos de aborto incompleto espontáneo del primer trimestre.

5. RESULTADOS

La siguiente información se obtuvo a partir del instrumento de investigación elaborado por los investigadores con el cual se realizó la revisión de expedientes clínicos.

El instrumento constó de un total de 20 preguntas que englobaban características de las pacientes previo, durante y posterior al procedimiento; basándose en las variables previamente detalladas en el acápite de metodología.

La sección de resultados se dividirá en tres acápites, según la información obtenida mediante el instrumento de investigación.

DATOS PREVIO PROCEDIMIENTO

TABLA 1: DÍAS DE SANGRADO PREVIA CONSULTA

<1 DIA	1-2 DIAS	3 O MÁS
35	28	27
TOTAL: 90		

Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina

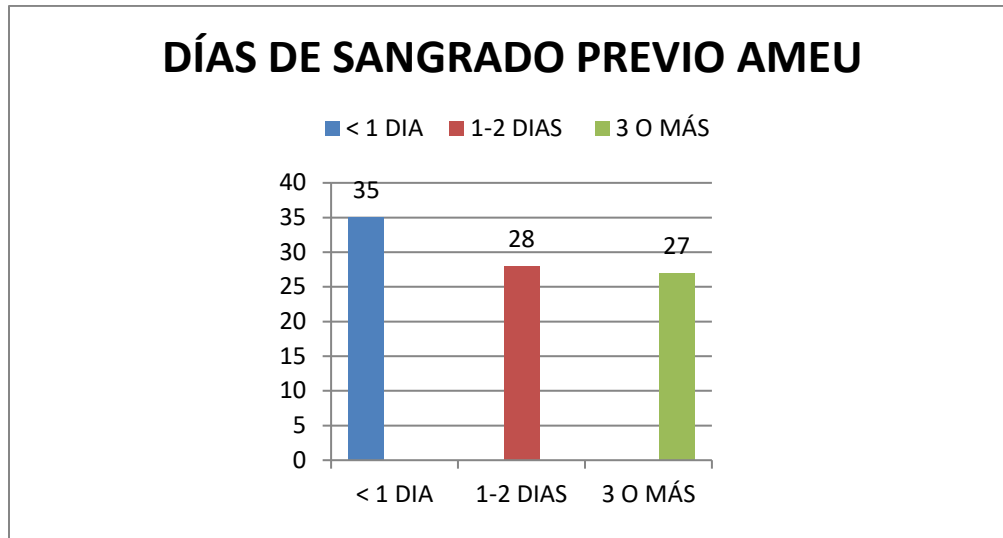


Gráfico 1: Días de sangrado previo a la consulta en pacientes que experimentaron aborto incompleto espontáneo. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina.

TABLA 2: COMORBILIDADES DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZÓ AMEU

SI	NO
18	72
TOTAL: 90	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina

Entre las comorbilidades que presentaron las pacientes se encuentran 8 casos de hipertensión arterial crónica, 3 casos de diabetes mellitus tipo 2 y un caso respectivamente de síndrome anti fosfolípido; así como también se encontró un caso de una paciente viviendo con el virus del VIH.

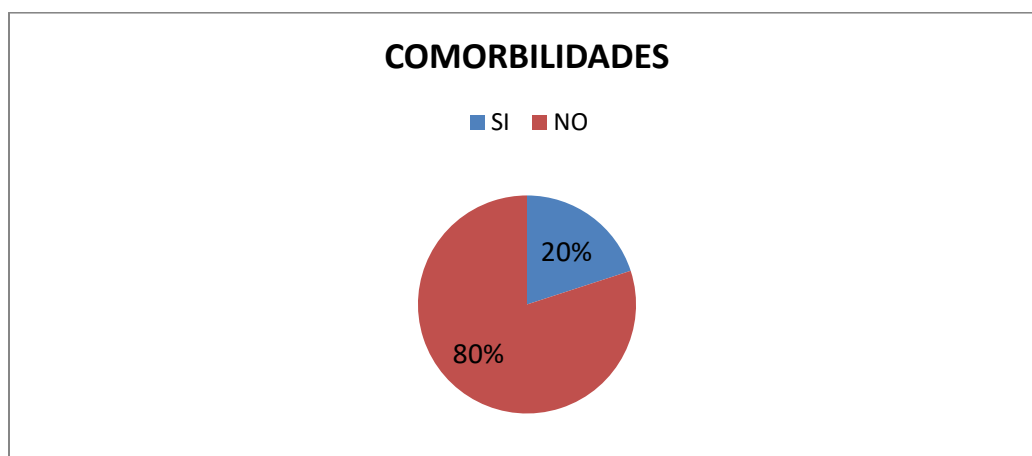


Gráfico 2: Presencia de comorbilidad en pacientes que experimentaron aborto incompleto espontáneo. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina.

TABLA 3: CONDICIONES CLÍNICAS DE LAS PACIENTES PREVIO AMEU

ITEM	OPCIONES	
	SI	NO
<i>Inestabilidad hemodinámica previo AMEU</i>	0	90
<i>Signos de infección previo AMEU</i>	0	90

Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina.

DATOS DURANTE PROCEDIMIENTO

TABLA 4: CONDICIONES DE LA PACIENTE DURANTE AMEU

ITEM	OPCIONES	
	SI	NO
<i>Uso de analgesia previo procedimiento</i>	90	0
<i>Uso de antibiótico previo procedimiento</i>	90	0
<i>Inestabilidad hemodinámica de la paciente durante AMEU</i>	0	90
<i>Transfusión sanguínea durante AMEU</i>	1	89
<i>Casos de perforación uterina durante AMEU</i>	0	90
<i>Extracción completa de restos ovulares</i>	87	3

Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina.

TABLA 5: PÉRDIDA SANGUÍNEA ESTIMADA DURANTE AMEU

< 10 CC	10-20 CC	20-30 CC	30-40 CC	40-50 CC	> 50 CC	NO HAY REGISTRO
0	21	28	10	16	10	5
TOTAL: 85						

Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina.

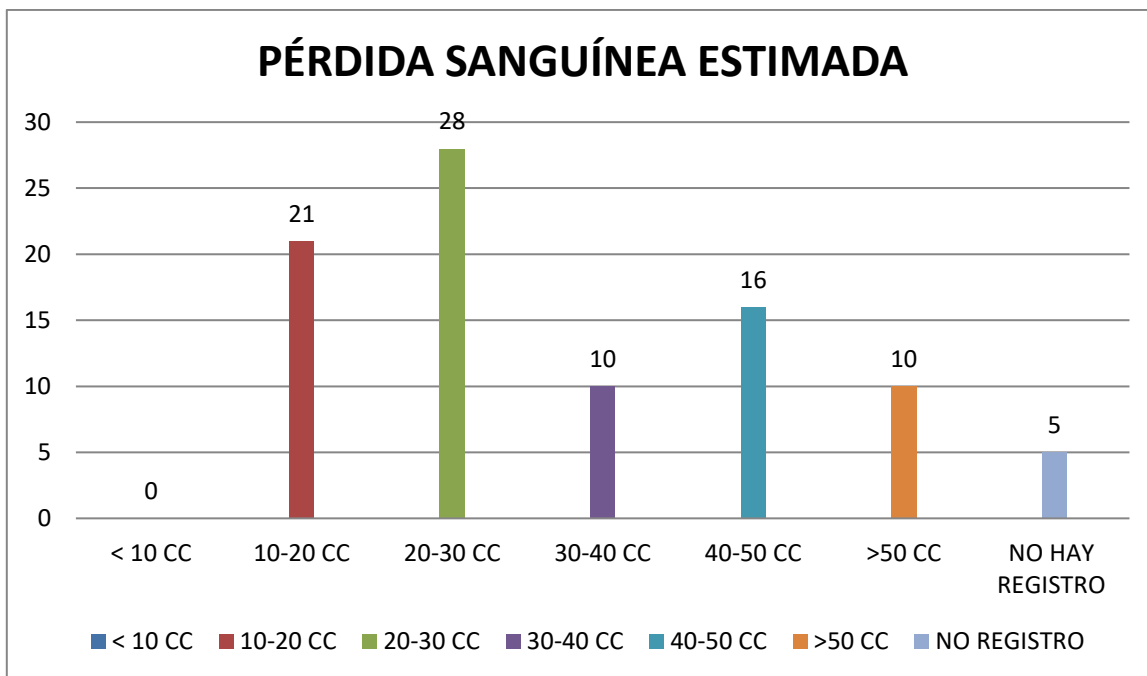


Gráfico 3: Pérdida sanguínea estimada durante legrado por AMEU. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina.

TABLA 6: MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

MÉDICO RESIDENTE	MÉDICO AGREGADO
47	43
TOTAL: 90	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina.

En 47 de los casos revisados el médico responsable del procedimiento fue el médico residente, mientras que en 43 de los casos fue médico agregado.

Cabe destacar que en dos de los casos que hubo retención de restos fue en legrados realizado por médico residente, y sólo un caso fue de legrado realizado por médico agregado

MÉDICO RESPONSABLE DEL AMEU

■ MÉDICO RESIDENTE ■ MÉDICO AGREGADO

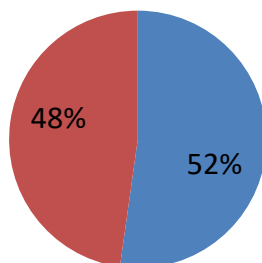


Gráfico 4: Personal médico responsable de realizar legrado por AMEU. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina.

DATOS POSTERIORES AL AMEU

TABLA 7: CONDICIONES DE LAS PACIENTES TRAS AMEU

ITEM	OPCIONES	
	SI	NO
<i>Inestabilidad hemodinámica tras AMEU</i>	0	90
<i>Hemorragia tras AMEU</i>	0	90
<i>Transfusión sanguínea tras AMEU</i>	1	89
<i>Signos de infección tras AMEU</i>	1	89
<i>Extracción completa de restos ovulares</i>	87	3
<i>Reingreso tras AMEU</i>	1	89
<i>Necesidad de otro legrado tras AMEU</i>	3	87

Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina.

TABLA 8: MÉDICO RESPONSABLE DE LA REINTERVENCIÓN

MÉDICO RESIDENTE	MÉDICO AGREGADO
0	3
TOTAL: 3	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes a los que se les realizó legrado por aspiración manual endouterina.

6. DISCUSIÓN

Se revisó un total de 90 expedientes de pacientes a quienes se les realizó aspiración manual endouterina durante el periodo de junio a diciembre de 2017 en casos de aborto incompleto.

Entre los hallazgos realizados cabe destacar:

- Un 70% de las pacientes consultó con menos de 3 días de sangrado transvaginal
- Se evidenció en un 20% de las pacientes la presencia de una comorbilidad previo al procedimiento
- No se reportó inestabilidad hemodinámica ni signos de infección durante la realización del legrado por aspiración manual endouterina
- Entre las complicaciones documentadas se evidenció retención de restos ovulares en 3.3% de los casos. Además se requirió transfusión sanguínea en dos casos. Se documentó un caso de infección posterior al procedimiento, a pesar que se documentó el uso de profilaxis antibiótica. No se documentaron casos de perforación uterina.
- Dos de los casos de retención de restos ovulares fueron procedimientos realizados por médicos residentes y uno por médico agregado.
- Uno de los casos de re intervención fue posterior al reingreso de la paciente

Se evidenció en los hallazgos realizados que la aspiración manual endouterina se realizó en casos de aborto incompleto no complicado, ya sea por inestabilidad hemodinámica o infección, concordante a los criterios de exclusión previamente detallados. A nivel institucional se están llevando a cabo las recomendaciones de profilaxis antibióticas y de analgesia descritas en la literatura.

Se describió el hallazgo de retención de restos ovulares de un 3.3% de los casos; con lo que tasa de éxito en la extracción de restos ovulares se encuentra en este caso de un 96.6%; dentro del rango de éxito descrito en la literatura médica del 95 al 100%.

Se encontró un caso de infección posterior al procedimiento, en dicho caso no se documentaron signos de infección previo o durante el procedimiento; y aun con el empleo de profilaxis con antibiótico, más sin embargo el uso de profilaxis con antibiótico no elimina el riesgo de infección, solo lo reduce a la mitad; por lo que es una complicación esperada del legrado por aspiración endouterina. Cabe notar el hecho que se han descrito tasas de infección en todos los manejos del aborto temprano de 1 a 2%; por lo que tasa de infección encontrada está dentro de dicho rango, ya que es de un 1.1%.

En los casos que se requirió transfusión sanguínea se podría suponer que se subestimaron las pérdidas sanguíneas durante el procedimiento; pero no hay forma de realizar una conclusión concreta ya que la información obtenida solo es aquella documentada en el

expediente clínico, donde no se describieron casos de inestabilidad hemodinámica en ningún momento.

Al tratarse de una revisión de expedientes de forma retrospectiva existía la posibilidad de obtener datos incompletos en cuanto a los diferentes momentos del procedimiento; lo cual se evidenció en el hallazgo de 5 expedientes donde no se detallaba la pérdida estimada de sangre durante el procedimiento; más sin embargo se encontró descrita esta información en la mayoría de expedientes; así como también el resto de información que la presente investigación buscaba indagar.

7. CONCLUSIÓN

Los hallazgos encontrados en la revisión de expedientes de pacientes a quienes se les realizó aspiración manual endouterina en el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo denotaron una tasa de éxito en cuanto a la remoción de restos ovulares dentro de los rangos establecidos en la literatura médica internacional. La tasa de complicaciones en cuanto a la retención de restos ovulares posterior al procedimiento así como también procesos infecciosos tras el procedimiento no distan de los establecidos en otros estudios; por lo que se puede concluir que la aspiración manual endouterina es un procedimiento seguro y efectivo en el manejo de abortos incompletos espontáneos.

8. ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZÓ LEGRADO POR ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA

Número de expediente:

Día de consulta: _____

Día del procedimiento: _____

Día del alta: _____

Día de reingreso (si lo hubo): _____

DATOS PREVIO PROCEDIMIENTO

1. ¿Cuántos días de sangrado presentó la paciente previo a la consulta?
< 1 DIA: _____ 1-2 DIAS: _____ 3 Ó MÁS DÍAS: _____
2. ¿Tiene la paciente alguna comorbilidad?
SI: _____ NO: _____
3. ¿Presentó la paciente inestabilidad hemodinámica previo al procedimiento?
SI: _____ NO: _____
4. ¿Presentó la pacientes signos de infección previo al procedimiento?
SI: _____ NO: _____

DATOS DURANTE EL PROCEDIMIENTO

5. ¿Se cumplió analgesia previo al procedimiento?
SI: _____ NO: _____
6. ¿Se cumplió antibiótico profiláctico previo procedimiento?
SI: _____ NO: _____
7. ¿Cuánto fue la pérdida sanguínea estimada tras el procedimiento?
< 10 cc: _____ 10-20 cc: _____ 20-30 cc: _____ 30-40 cc: _____ 40-50 cc: _____
> 50 cc: _____

8. ¿Presentó la paciente inestabilidad hemodinámica durante el procedimiento?

SI: _____ NO: _____

9. ¿Requirió la paciente transfusión sanguínea?

SI: _____ NO: _____

10. ¿Presentó la paciente perforación uterina?

SI: _____ NO: _____

11. ¿Hubo fetidez o signos de infección en la muestra obtenida?

SI: _____ NO: _____

12. ¿Se logró extraer completamente los restos ovulares?

SI: _____ NO: _____

13. ¿Quién realizó el procedimiento?

MÉDICO RESIDENTE: _____ MÉDICO AGREGADO: _____

DATOS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

14. ¿Presentó la paciente inestabilidad hemodinámica tras el procedimiento?

SI: _____ NO: _____

15. ¿Presentó la paciente hemorragia tras el procedimiento?

SI: _____ NO: _____

16. ¿Requirió la paciente transfusión sanguínea?

SI: _____ NO: _____

17. ¿Presentó la paciente signos de infección posterior al procedimiento?

SI: _____ NO: _____

18. ¿Fue necesario ingresar nuevamente a la paciente?

SI: _____ NO: _____

19. ¿Se le realizó otro procedimiento a la paciente para extraer completamente los restos ovulares?

SI: _____ NO: _____

20. ¿Quién llevó a cabo el procedimiento?

MÉDICO RESIDENTE: _____ MÉDICO AGREGADO: _____

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia “Aborto espontáneo” Julio 2010
2. Tulandi, Togas Tulandi, MD, MHCM. Et. Al. “Spontaneous abortion: Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation” Up to Date, Febrero 2015 [Revisado el 24/01/2016, disponible <http://www.uptodate.com/contents/spontaneous-abortion-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>]
3. Ann Marie Surette, MD; Samantha M. Dunham, MD. “Capítulo 13: Los riesgos tempranos del embarazo” extraído del libro “Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos”. McGrawHill; 11ª edición.
4. American College of Obstetricians and Gynecologist “Practical Bulletin Early Pregnancy Loss” ACOG Mayo 2015
5. Pang, M.W, et. al. “Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation” Human Reproduction. 2001 Nov;16(11):2283-7.[Revisado el 18/4/16, disponible en <http://humrep.oxfordjournals.org/content/16/11/2283.long>]
6. Hertig AT, Livingstone RG. “Spontaneous, threatened, and habitual abortion: their pathogenesis and treatment”. N Engl J Med 1944;230:797-806
7. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub4.
8. Guía Clínica de Ginecología y Obstetricia. Ministerio de Salud de El Salvador, 2012
9. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al; National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial.” A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure” N Engl J Med. 2005;353(8):761-769

10. Dao B, Blum J, Thieba B, Raghavan S, Ouedraogo M, Lankoande J, Winikoff B. Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. *BJOG* 2007;114:1368–1375. [Revisado el 18/4/16 en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01468.x/abstract;jsessionid=E27C2C371F7FF597E5F24D2A063698D1.f03t04>]

11. Sosthène Adisso, et.al. “Introduction of misoprostol for the treatment of incomplete abortion beyond 12 weeks of pregnancy in Benin” International Federation of Gynecology and Obstetrics. Irlanda, 2014

12. Tulandi, Togas Tulandi, MD, MHCM. Et. Al. “Spontaneous abortion: Management” Up to Date, Enero 2016 [Revisado el 25/01/2016, disponible en <http://www.uptodate.com/contents/spontaneous-abortion-management>]

13. Hitzeman, Nathan MD; Albin, Kelly MD “Misoprostol for Incomplete First Trimester Miscarriage” *American Family Physician* Volume 89, Number 7; April 1, 2014 [Revisado el 18/04/16 en <http://www.aafp.org/afp/2014/0401/p523.html>]

14. Kulier R, Cheng L, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art. No.: CD002900. DOI: 10.1002/14651858.CD002900.

15. Organización Mundial de la Salud “Safe abortion: technical and policy guidance for health systems” Second edition. Suiza, 2012

16. Gutiérrez Ramos Miguel, Guevara Ríos Enrique. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Rev. peru. ginecol. Obstet.*

17. Creinin, Mitchell D, et. Al. “A Quick Reference Guide for Clinicians. Manual Vacuum Aspiration” Association of Reproductive Health Professionals. Junio 2008

