

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, EVOLUCIÓN CLÍNICA, COMPLICACIONES Y
CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA DE PACIENTES QUE CONSULTAN
EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL
ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO.
ENERO-DICIEMBRE, 2013.**

Informe Final Presentado por:

Dr. Alfredo José Molina Sigüenza

Para optar al título de:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Asesor de tesis:

Dr. Francisco Giovanni Ríos Perla

SAN SALVADOR, JULIO 2015

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES.....	4
JUSTIFICACION.....	6
MARCO TEORICO.....	7
DISEÑO METODOLOGICO.....	15
RESULTADOS	19
DISCUSION.....	49
RECOMENDACIONES.....	59
ANEXOS.....	60
Instrumento de recolección de datos.....	60
Gráficos.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	78

RESUMEN

El presente estudio desarrollado en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad, inaugurado oficialmente en diciembre 1953, y que comenzó a dar servicio el 20 de abril de 1954, considerado dentro de la red nacional de hospitales, como centro de tercer nivel por el grado de complejidad de servicios ofertados. El objeto de estudio que servirá de base es la embarazada que consulta la unidad de emergencia y que finaliza el embarazo en un aborto, entendido este como la pérdida del producto de la concepción que pesa menos de 500 g ó que ocurre antes de las 20 semanas. El estudio pretende describir el perfil epidemiológico de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad durante el período de enero a diciembre del 2013 , pretende identificar de forma más puntual la incidencia de aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad; describir las características demográficas y gineco-obstétricas de las mujeres atendidas; cuantificar la estancia hospitalaria, de las mujeres atendidas por aborto; identificar el tipo de aborto más frecuente y su correlación anatomo-patológica; describir el tratamiento más frecuentemente brindado a las mujeres que consultaron por aborto y describir las complicaciones más frecuentemente encontradas en las mujeres que consultaron por aborto. Es un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se realizó la compilación de datos a partir de la revisión de expediente clínico en el área de archivo y estadística. Además se realizó la búsqueda de los resultados a través de la verificación del reporte patológico de pacientes a quien se le haya realizado legrado. Las características más importantes y frecuentes fueron 21 y 30 años, áreas urbanas, área central del país, secundaria y tercer ciclo, nulíparas, unión libre, área nor-oriente de San Salvador, factores de riesgo más importantes aborto previo y paciente adolescente, solo un 6% periodo intergenésico de riesgo, diagnostico al ingreso abortos incompletos y estables en su mayoría, 92% de la población estudiada el pilar de tratamiento legrado, no se encontraron complicaciones posteriores al manejo de aborto en la mayoría, un poco más de la mitad de los casos se encontró reporte histopatológico anexado al expediente, y la gran mayoría prefirió ningún método de planificación familiar al alta.

INTRODUCCIÓN

La palabra aborto proviene del latín *abortus*, que a su vez deriva del término *ab orior*, este concepto se utilizaba para referir a lo opuesto a *orior* o sea, lo contrario a nacer. Por tanto, el aborto es la interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo, cuando este todavía no haya llegado a las veinte semanas. El presente estudio fue realizado en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad durante el periodo comprendido entre enero a diciembre 2013, está orientado a proporcionar un perfil epidemiológico de la mujer que cursa con aborto, así como identificar el tipo de aborto más frecuente, describir el tratamiento que se brindó la evolución clínica que la paciente haya presentado y el tipo de complicaciones encontrados así como la correlación histopatológica de los casos atendidos. La investigación consistirá en la revisión de expedientes clínicos y la recolección de datos a través de un instrumento elaborado a partir de las variables establecidas, de todos los casos que consulten por aborto.

El aborto se encuentra dentro de las primeras causas de morbi-mortalidad materna; de ahí surge la importancia de ser investigado. La caracterización epidemiológica del aborto permitirá delimitar el grupo de mujeres al que se deben dirigir principalmente los programas orientados a disminuir los niveles de morbi-mortalidad materna.

Se observa a partir de la evaluación de pacientes que consultan en la unidad de emergencia, que el tipo más frecuente de aborto es el incompleto y el perfil epidemiológico conduciría a pensar que el aborto se relaciona con el sub-desarrollo humano, razón por la que se recomendaría tomar en cuenta los hallazgos de este estudio para dirigir las medidas encaminadas a disminuir esta morbilidad a un grupo de mujeres más reducido.

En las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva, implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. La pérdida de una gestación en curso 4.82% de todas las causas de atención en emergencia en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad, es una condición que se presenta en

algunas mujeres y se considera que es muy importante asegurar que los servicios técnicos otorgados a las mujeres que consultan por esta razón sean de calidad, así como es relevante que estos servicios cuenten con consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas.

Más allá de cumplir eficientemente esas responsabilidades, la atención de salud debe responder a las necesidades, expectativas y derechos de las mujeres de hoy, para quienes una pérdida reproductiva puede significar un duelo, por la frustración de un proyecto de maternidad o ser expresión de que las condiciones en que viven las exponen a violencia, a insuficiente control de su actividad sexual y/o dificultades en el acceso a servicios de regulación de la fertilidad. La importancia que hoy se otorga en la atención de salud a los determinantes sociales que subyacen en los problemas de salud y a los aspectos psicológicos involucrados, se basa, tanto en la evidencia científica de su importancia para el pronóstico y tratamiento, como en el mayor conocimiento y conciencia que tiene la ciudadanía de sus derechos.

ANTECEDENTES

Estimaciones globales de la Organización Mundial de la Salud indican que la proporción anual de mujeres en edad reproductiva que interrumpieron su embarazo descendió entre 2000 y 2003. El número absoluto de abortos también descendió, pasando de alrededor de 45,5 millones en 2000 a aproximadamente 41,6 millones en 2003. La tasa estimada de aborto a nivel global disminuyó, pasando de 35 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años en 2000 a 29 por 1.000 en 2003, lo cual representa un descenso del 17% en ocho años. Esta tendencia puede atribuirse no sólo al descenso en el número de procedimientos realizados, sino también a un aumento en el número de mujeres en edad reproductiva. (1)

En comparación, el cambio experimentado en otras subregiones de Europa fue relativamente leve.

En 2003, la tendencia se invirtió en relación a la tasa de aborto—26 por 1.000 en el mundo desarrollado frente a 29 por 1.000 en el mundo en desarrollo—a raíz de los descensos registrados en dicha subregión.

Para el caso de El Salvador La tasa de mortalidad materna es de 150 por 100000 nacidos vivos. (1)(2)

A nivel global, la proporción de mujeres casadas que utilizan anticonceptivos aumentó, pasando de 54% en 1990 a 63% en 2003.

América Latina es la región con el índice más elevado de abortos en el mundo. En esta región ocurren 3.7 millones de abortos al año, estimándose una tasa de aborto de 26 por 1,000 mujeres en edad reproductiva. (11)(12)

El estudio Línea Basal de la Mortalidad Materna de mayo de 2005 a junio de 2006, registró 100 muertes maternas asociadas al embarazo.

De ellas, 50 por ciento ocurrió por causas directas y 32 por ciento por causas indirectas; 18 por ciento por causas externas o no relacionadas. Veintidós de esas muertes ocurrieron entre adolescentes, lo que representa 27 por ciento del total para ese período.

De las 82 muertes maternas por causas directas e indirectas, 51 casos se dieron después del parto (62%); en 19 casos la muerte fue con feto in útero (23.2%), 6 casos después del aborto (7%) y 6 durante el parto (7%) (3) (8)

En El Salvador, la incidencia de aborto es del 10.7%. En el Hospital Nacional De Maternidad la incidencia anual observada ha sido del 9%. En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social la incidencia de aborto es de 7.9%.(4)

El indicador de aborto institucional relaciona el número de mujeres atendidas por un aborto en el hospital entre el total de partos atendidos (vaginales, cesáreas y abortos). El Sistema de Información Perinatal reporta que tanto para el año 2007 como para el 2008 fue de 6 por ciento. Entre enero de 2005 y diciembre de 2008, se registraron en todo el país 19,290 abortos. De ellos, 27.6 por ciento ocurrió a adolescentes. (4)

Una de las primeras causas de mortalidad materna era el aborto, dentro del cual, el espontáneo y el no especificado se presentaron con mayor frecuencia. En el país no existe un dato actual sobre la incidencia, caracterización y tratamiento del aborto, aunque este sea una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad materna. (6ª. Causa de atención en emergencia en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad) (5)

Finalmente Para mejorar la prestación de servicios a pacientes que acuden en el post aborto, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social diseñó, validó y publicó dos documentos entre los años 2004 y 2005:

- Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Tercer Nivel de Atención (Hospital de Especialidad)

- Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención. Y más recientemente para el año 2012 Guías clínicas de Ginecología y Obstetricia. . (3)

JUSTIFICACIÓN

El estudio pretende describir, basado en la demanda de pacientes que consultan a diario la unidad de emergencia con diagnóstico de aborto, las causas y los determinantes que conducen al diagnóstico así como establecer las consecuencias asociadas al fenómeno.

Constituye un insumo importante para realizar estudios a futuro, medir el número de pacientes que consultan durante el período estipulado para el estudio, las posibles causas que llevaron a presentar un aborto, las complicaciones presentadas durante la atención o evolución del aborto y demostrar en forma retrospectiva las alternativas de manejo brindadas. Considerando la falta de estudios realizados al respecto, pretende ser parte de la búsqueda de soluciones a partir del estudio del comportamiento del fenómeno. Es un componente importante en la presente investigación considerar que el tema del aborto constituye además un problema donde la pobreza, la marginalidad, el desempleo y la ignorancia han llevado a la mujer a concebir embarazos no deseados y aumentar las cifras de embarazos en adolescentes y aún más a elevar las cifras de complicaciones asociadas al fenómeno.

No se puede desligar del tema de aborto asociado a embarazo precoz. Otra realidad que evidencia la investigación es la falta de educación sexual y el haber abandonado la escuela al inicio del embarazo, el bajo nivel académico y la pobreza. Las causas pueden ser multifactoriales, y la mayoría de las veces no se llegan a saber, Más de la mitad de los abortos se deben a **causas fetales**, El aborto también puede producirse por **causas maternas**.

Existe evidencia de que algunas condiciones de vida de las mujeres se asocian a una mayor probabilidad de presentar pérdidas reproductivas y también de sufrir complicaciones, incluso, morir a causa de un aborto. Estos determinantes sociales son los que explican, en general, las desigualdades en el nivel de salud de los distintos grupos de población. Los más importantes son el nivel socioeconómico bajo, el bajo nivel educativo, la edad temprana, la falta de acceso a servicios de salud de forma oportuna, entre otros.

MARCO TEÓRICO

La palabra aborto proviene del latín *abortus*, que a su vez deriva del término *ab orior*, este concepto se utilizaba para referir a lo opuesto a *orior* o sea, lo contrario a nacer. Por tanto, el aborto es la interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo, cuando este todavía no haya llegado a las veinte semanas.

Definición (7)

Toda interrupción del embarazo, espontáneo o provocado durante las primeras 20 semanas de gestación, con un peso fetal menor de 500 gramos.

La SEGO define aborto como “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable (por ejemplo, huevos no embrionados, mola hidatidiforme, etc.), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado”. Esta definición está de acuerdo con la de diversos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y responde al concepto de viabilidad fetal (9)

El aborto es la interrupción del embarazo de menos de 20 semanas de gestación, ya sea natural o provocada. El desarrollo del feto se detiene antes de que tenga capacidad para vivir fuera del útero materno. En el caso de pérdida intencionada se lo llama aborto provocado, mientras que a la pérdida involuntaria del embarazo, se la llama **aborto natural o espontáneo**.

La mayoría de los **abortos naturales** se producen en el primer trimestre de gestación. Cuando ocurre antes de las 10 semanas se lo llama aborto precoz, entre la semana 11 y la 20, aborto tardío.

Etiología

En términos generales las causas atribuibles de aborto son Desarrollo anormal del cigoto (50%), Factores maternos: infecciones, enfermedades crónicas, alteraciones Endócrinas, factores nutricionales, alcohol, tabaco, factores inmunológicos,

Anomalías de los órganos reproductores, trauma quirúrgico, físico, psíquico.

Factores Paternos.

Específicamente:

a. Factores fetales

i. Desarrollo anormal del cigoto.

ii. Anomalías de la fertilización.

b. Causas maternas

i. Infecciones: se produce en el 5 % de los abortos espontáneos recurrentes. Dentro de los agentes se encuentran: Mycoplasma, Clamidia Trachomatis, Estreptococos del grupo B, Herpes simple, Citomegalovirus, Rubéola, Varicela.

ii. Endocrinas: Insuficiencia en la fase lútea, insuficiencia en la secreción de esteroides ováricos, hipotiroidismo, diabetes mellitus y síndrome de ovario poliquístico, esto debido a que se produce una secreción inadecuada de hormona luteinizante y la hipersecreción de prolactina.

iii. Factores Ambientales y uso de drogas: alcohol, tabaco, cafeína y radiación.

iv. Factores inmunológicos: por lo menos el 15 % de las pérdidas recurrentes son debidas a factores inmunológicos de los pacientes: Anticuerpos antifosfolípidicos, incompatibilidad ABO.

v. Causas externas: traumatismo, ingestión de sustancias tóxicas, sustancias abortivas, fármacos, cirugía durante la gestación, amniocentesis del segundo trimestre.

vi. Anomalías anatómicas: posición uterina anormal, adherencias en cavidad uterina, tumores uterinos, leiomiomas e insuficiencia cervical.

Se cree que uno de cada cinco embarazos acaba en aborto, aunque en la mayor parte de los casos la madre no llega a enterarse. A veces la gestación es tan breve que se produce antes de saber que ha habido embarazo y la pérdida se confunde con la menstruación o con un retraso de la misma.

Causas fetales y causas maternas del aborto

Es muy difícil identificar por qué se produce la interrupción del embarazo. Las causas pueden ser multifactoriales, y la mayoría de las veces no se llegan a saber, pero hablaremos de las más frecuentes.

Más de la mitad de los abortos se deben a causas fetales, por anomalías congénitas del feto, con frecuencia fallos cromosómicos en los primeros estadios de gestación. Pero también debido a anomalías genéticas no cromosómicas, anomalías del trofoblasto (una capa de células formada alrededor del huevo entre el quinto y el séptimo día después de la fecundación) u otro tipo de anomalías.

El aborto también puede producirse por causas maternas, ya sea por alteraciones uterinas (miomas, sinequias, insuficiencia cervical, anomalías congénitas, etc.), infecciones, endocrinopatías (patología tiroidea, déficit de progesterona, etc.), agresiones externas (radiaciones, toxicomanías, factores ambientales, traumatismos), inmunológicas (síndrome antifosfolípido, etc), estados de desnutrición, enfermedades sistémicas o infecciosas (diabetes, nefritis, toxoplasmosis, brucelosis, sífilis, listeriosis, hepatitis B, etc.). (9)

Se calcula que el 25 % de todos los embarazos finalizan en aborto espontáneo y tres cuartas partes de los abortos suceden en los tres primeros meses de embarazo.

Las anomalías cromosómicas son responsables del 50 % y constituye la causa más frecuente de esta patología. El riesgo de padecer otro aborto después de un aborto espontáneo es de 24 % y asciende a 40 % cuando existen más de 4 abortos espontáneos y previos. (10)

Durante el embarazo hay mujeres que pueden pasar por una serie de dificultades que están completamente ligados a su cuerpo y sus afecciones, en ocasiones ciertas enfermedades pueden provocar abortos recurrentes, como es el caso de los trastornos reumáticos.

Abortos recurrentes son los que sufren las féminas cuando tienen tres abortos consecutivos o cuando han dado a luz pero han tenido abortos intercalados. Los motivos de estos abortos difieren, de acuerdo con la doctora Alicia Navarrete de Costa, especialista en ginecología, obstetricia e infertilidad, "las causas más importantes de abortos recurrentes son las enfermedades reumáticas o del colágeno, que incluyen el

Lupus Eritematoso, artritis reumatoidea, la enfermedad de Cushing y trastornos inmunológicos", por mencionar algunos. (11)

Los médicos tratan los motivos por grupos, como las enfermedades del colágeno: hematológicas, como la hemofilia; enfermedades infecciosas, como el síndrome Torch, VIH, sífilis y la rubéola.

Otra causa de aborto natural es por enfermedades genéticas, hay mujeres que viven toda su vida sin saber que tienen algún problema genético en su cariotipo. También puede haber problemas de incompatibilidad entre la mujer y el hombre, sin olvidar que surgen algunas dificultades por diferencia sanguínea. (11)

Otro inconveniente que puede concluir en aborto proviene de la parte anatómica, que la mujer tenga alguna anomalía en su aparato reproductor, como en el útero: doble, bicórneo, tabicado.

Según un estudio realizado en la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile, en un embarazo recurrente "existe gran dificultad para evaluar correctamente una determinada terapia, ya que el 50 % de las parejas no tratadas conciben un hijo normal en el siguiente embarazo. El riesgo relativo de presentar un aborto espontáneo en la población general es de aproximadamente 14 %. Este asciende a 23 % cuando ha existido un aborto previo, 29 % con 2 abortos previos y 49 % con 3 abortos previos".

Epidemiología

A nivel mundial se estima que el 15% de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo. El aborto es el responsable del 13% de mortalidad materna a nivel mundial según la OMS.

No se debe pasar por alto que la verdadera frecuencia del aborto es difícil de establecer por las siguientes razones:

- i. Existen abortos muy precoces, interpretados a veces como simples retrasos menstruales.
- ii. Casos en que tratándose de aborto espontáneo, la paciente no es hospitalizada por falta de complicaciones.
- iii. Los abortos provocados que en algunos casos, pueden pasar ignorados o ser contabilizados como abortos espontáneos.

b. Mortalidad

Según reportes de la CDC el número de muertes maternas por aborto ascienden a 551 durante el período 1973-1986, el 50% de muertes por aborto no se reportan debidas:

- i. El reporte de muertes maternas por aborto es voluntario.
- ii. La mayoría de las muertes ocurren después que la mujer ha abandonado el hospital.
- iii. Los abortos no se realizan en los estados de origen de las pacientes.
- iv. Un gran porcentaje de las mujeres que mueren por aborto son pobres y/o pertenecen a las minorías.
- v. Falla de investigación ya que no se guardan reportes sobre demandas contra practicantes de abortos.

Si esto sucede en un país como E.E.U.U. ¿Qué sucederá en los países en vías de desarrollo?

En países subdesarrollados el aborto es responsable de una de cada tres o cuatro muertes maternas. (11)

Variedades Clínicas (6) (8)

AMENAZA DE ABORTO.

ABORTO INMINENTE.

ABORTO INEVITABLE.

ABORTO INCOMPLETO.

ABORTO COMPLETO.

ABORTO SÉPTICO.

ABORTO RETENIDO O FALLIDO.

ABORTO HABITUAL.

Diagnóstico

En todo cuadro sindrómico de aborto es indispensable: Historia clínica:

Amenorrea y examen físico completo: tamaño uterino, cambios cervicales y cuantía del sangrado.

La exploración cérvico -vaginal con espéculo para descartar que el sangrado

Provenga de lesiones cervicales (pólipos, erosiones, etc.).

Amenaza de aborto.

Presencia de hemorragia uterina (generalmente ligera o discreta) y dolor lumbopélvico de leve intensidad. Los síntomas del embarazo persisten. La amenaza de aborto es en extremo frecuente. Una de cada 4 a 5 mujeres embarazadas sangra durante los primeros meses de gestación. De las mujeres que sangran al principio del embarazo aproximadamente la mitad abortan, la hemorragia es frecuentemente ligera, aunque puede persistir durante días e incluso durante semanas.

Aborto Inminente.

Aumento de la intensidad de la hemorragia uterina, dolor lumbopélvico y dilatación cervical.

Aborto inevitable. (En curso)

Variedad que hace imposible la continuidad de la gestación asociado a dilatación cervical y ruptura de membranas.

Aborto incompleto.

Expulsión parcial del producto de la concepción. El sangrado puede ser de moderado a severo y la paciente puede presentar: palidez, taquicardia e hipotensión, dolor lumbopélvico. A la exploración, el útero es doloroso, cuello entreabierto y/o restos ovulares en vagina. El tamaño del útero es menor del que corresponde a la edad de gestación. La ecografía muestra la existencia de restos ovulares en cavidad uterina.

Aborto completo.

La expulsión del huevo ha sido total (completa) Desaparece la hemorragia y el dolor. La ecografía muestra un útero vacío.

Aborto séptico.

Es el aborto al que se le agrega una infección intrauterina, fiebre de 38° C ó más y se haya descartado otras causas. Generalmente está asociado a maniobras abortivas y/o a infecciones vaginales severas.

Aborto retenido o fallido.

El producto de la concepción es retenido después de su muerte. Generalmente existe el antecedente de amenaza de aborto a repetición y crecimiento uterino menor en relación con la edad gestacional. Desaparecen los síntomas subjetivos de embarazo (aunque persiste la amenorrea). A la exploración ecográfica ausencia de latidos cardíacos o signos de actividad embrionaria, contornos del saco embrionario son irregulares, diámetros pequeños para la edad gestacional.

Aborto habitual.

Pérdida repetida y espontánea del embarazo en dos o más ocasiones consecutivas o tres o más en forma alterna. Se considera aborto habitual primario, cuando todos los embarazos terminaron en aborto y secundario cuando antes de los tres abortos ha ocurrido un embarazo normal.

Auxiliares De Laboratorio y Gabinete (7)

Exámenes de laboratorio: Prueba de embarazo en orina o en sangre, Ultrasonografía este es el método capaz de evidenciar la vitalidad y predecir el pronóstico del embarazo, con una sensibilidad del 95%.

Complicaciones:

Hemorragias, infección, shock séptico, insuficiencia renal aguda, CID, perforación uterina, daño intestinal, evacuación incompleta de los restos ovulares.

Asesoría Post-Aborto: (7)

Esta ayuda a determinar que pacientes necesitan cuidados especiales debido a su trastorno emocional o a sus circunstancias personales. Los cuidados de seguimiento rutinarios deben incluir una parte o el conjunto de los siguientes elementos psicosociales:

- Evaluar el estado emocional de la paciente, el nivel de apoyo a su disposición y la necesidad de remitirla a otros servicios.
- Determinar las metas de fecundidad de la mujer y sus necesidades de anticoncepción.
- Proporcionar asesoría y un método anticonceptivo apropiado, si es necesario.

-Remitir a la paciente a un establecimiento de tratamiento de infertilidad en caso de repetidos abortos espontáneos, o a un servicio de preparación para el embarazo si planea volver a quedar embarazada.

Es válida la conducta expectante con seguimiento de pruebas de coagulación, plaquetas y fibrinógeno, según disponibilidad institucional. Es imprescindible enviar muestras a anatomía patológica para estudio.

DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de Estudio

Transversal de tipo Descriptivo - Retrospectivo.

2. Ubicación

Hospital Nacional Especializado de Maternidad: “Dr. Raúl Arguello Escolán”

3. Universo

Pacientes que consultan la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad con diagnóstico de aborto en el período comprendido entre enero a diciembre 2013.

4. Muestra

En base a la cantidad de casos de aborto registrados por año en el que exceden los 500 y para dinamizar más el fin del estudio se contempla la necesidad de hacer una selección sistemática de los casos a partir de la delimitación de una muestra que sea significativa y represente la esencia del fenómeno a investigar.

La determinación de la muestra se hará a partir de cálculo muestral: utilizando la siguiente formula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09).

$$n = \frac{1731 \times 0.5^2 \times 1.96^2}{(1731-1) \times 0.052 + (0.5^2 \times 1.96^2)}$$

$$n = \frac{1731 \times 0.25 \times 3.8416}{1730 \times 0.0025 + 0.25 \times 3.8416}$$

$$n = \frac{1662.4524}{4.325 + 0.96}$$

$$n = \frac{1662.4524}{5.285} = \mathbf{314}$$

5. Criterios de inclusión:

- a. Embarazo comprendido antes de las 20 semanas o por dato ultrasonográfico peso fetal estimado menor de 500 gramos.
- b. Pacientes con expediente clínico completo
- c. Historia de sangrado o expulsión de restos ovulares

6. Variables

INDEPENDIENTE

- Tipo de aborto
- Características generales de la paciente: edad, escolaridad, ocupación, procedencia, religión y estado civil
- Antecedentes gineco-obstetricos

DEPENDIENTES

- Complicaciones
- Resultados histopatológicos
- Tratamiento

- Evolución clínica

7. Operacionalización de Variables

8. Instrumentos de recolección y medición de variables (Anexo 2)

Se utilizó como método de recolección de datos: revisión sistemática de expedientes clínicos descargando datos en una matriz de datos: datos retomados de la hoja de ingreso y egreso hospitalario, la historia clínica, carnet materno perinatal, la hoja de procedimientos quirúrgicos, indicaciones médicas y reportes de laboratorio y estudio anatomo-patológico.

El instrumento de recolección de datos fue: matriz de recolección de datos, diseñada de acuerdo a las características del estudio, se tomó en cuenta que la revisión sistemática de los expedientes para el llenado de la matriz aporta datos fidedignos retomados desde el momento de la consulta de paciente hasta el momento del alta del hospital; por lo que se aclara que no se utilizaron nombres de las usuarias en el presente estudio. El programa de análisis de datos principal fue Epi-info versión 3.5.4, con lo cual fue creada la base de datos; se archivaron los datos obtenidos en la matriz y se ingresaron al programa de procesamiento de datos (Microsoft Word y Microsoft Excel.)

9. Mecanismo de resguardo y confidencialidad de los datos

El carácter de anónimo de los datos obtenidos de la revisión sistemática de expedientes clínicos se garantiza a partir de la correlación de datos por paciente en base a su número de expediente asignado.

El resguardo de los datos obtenidos se realizó a través de la elaboración de una base de datos en Epi-info versión 3.5.4, la cual se fue actualizando en la medida que se realizó la revisión de expedientes.

El tiempo de resguardo de la información estará sujeto al tiempo de duración de la investigación lo cual queda descrito en el cronograma sin embargo se mantendrá dicha información archivada en una carpeta asignada para tal fin en el ordenador siendo el responsable de dicho resguardo el investigador asignado al tema por un periodo no mayor a los 3 años después de finalizada la investigación y se establecerá una copia de respaldo con toda la información del proceso de investigación en un disco compacto.

10. Plan de tabulación y análisis de resultados

Para el manejo y procesamiento de la información obtenida a través del proceso de recolección de datos, se hizo uso de ciertos elementos que permitan delimitar racionalmente los datos.

Para tal fin se tabularon previamente los datos obtenidos y se organizó la información, de tal manera que facilite su comprensión y análisis, agrupando los datos con base a frecuencia, se utilizaron gráficos de manera que los resultados sean interpretados, traslapando y realizando comparaciones entre la dos combinaciones propuestas: favoreciendo así la discusión de los mismos y la elaboración de recomendaciones.

Son incluidas algunas medidas de resumen o descriptores numéricos como tal, las medidas de tendencia central, entre estas la principal: media aritmética y mediana, no se descarta la aplicación de más descriptores numéricos.

Para realizar la tabulación se dispuso de software: Microsoft Office (EXCEL) y Epi info versión 3.5.4 con el cual además de la elaboración y presentación de datos se realizó la elaboración de gráficos que serán de insumo para la exposición de los resultados.

Para la presentación audiovisual de los resultados y conclusiones obtenidas se dispondrá de los programas Microsoft Powerpoint y Macromedia flash.

RESULTADOS

La evaluación del perfil epidemiológico, evolución clínica , complicaciones y correlación histopatológica de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad , con diagnóstico de aborto en el periodo comprendido de enero a diciembre 2013 se realizó a partir del análisis de 314 expedientes clínicos comprendidos durante el año 2013 , interpretados a partir de los datos reflejados en la historia clínica, el carnet materno perinatal, hoja de procedimientos quirúrgicos, hoja de indicaciones médicas y reportes de laboratorio y estudio anatomo - patológico, dichos resultados son presentados en 5 apartados:

a. Perfil epidemiológico

b. Antecedentes gineco-obstetricos y factores de riesgo

c. Presente embarazo y evolución clínica

d. Diagnostico

e. Complicaciones

a. PERFIL EPIDEMIOLOGICO

TABLA 1. Grupos etáreos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRUPO ETAREO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13-20	105	33.45%
21-30	126	40.15%
31-40	74	23.55%
41-45	9	2.85%
TOTAL	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La población en estudio presento una distribución en relación a grupos de edad entre los 13 y 45 años, siendo el grupo correspondiente entre los 21 y 30 años de edad el de mayor frecuencia con un acumulado de 126 pacientes de los 314 estudiados , es decir un 40% de la población.

El segundo grupo de mayor frecuencia es el comprendido entre los 13 y 20 años con una frecuencia de 105 pacientes representando un 33.45%; el grupo etario que menor frecuencia reflejo es el comprendido entre los 41-45 años de edad con un 2.85% del total de pacientes.

La tabla de distribución por edades (tabla 2) refleja una mayor tendencia de pacientes con diagnóstico de aborto a temprana edad siendo esta, más significativa entre los 15 y 25 años de edad.

TABLA 2. Distribución por departamentos de pacientes con diagnóstico de aborto que consultan la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, enero diciembre 2013.

DEPARTAMENTO	Frecuencia	Porcentaje
AHUACHAPAN	2	0.60%
CABAÑAS	2	0.60%
CHALATENANGO	4	1.30%
CUSCATLAN	7	2.20%
LA LIBERTAD	25	8.00%
LA PAZ	9	2.90%
MORAZAN	1	0.30%
SAN MIGUEL	1	0.30%
SAN SALVADOR	249	79.30%
SAN VICENTE	9	2.90%
SANTA ANA	2	0.60%
SONSONATE	2	0.60%
USULUTAN	1	0.30%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La distribución de pacientes con diagnóstico de aborto que consultaron el Hospital de Maternidad en el periodo de enero a diciembre 2013 abarca por lo general a la mayoría de los departamentos de la república excepto el departamento de la Unión, siendo en su mayoría casos relacionados al área central del país, con mayor proporción el departamento de San Salvador con un 79% (249 pacientes), en segundo lugar el departamento de La Libertad con 8% de los casos (25 pacientes), y en tercer lugar los departamentos de La Paz y San Vicente con un consolidado de 2.9% respectivamente. Siendo el municipio de Corinto en el departamento de Morazán el lugar más distante que fue referido al Hospital Nacional Especializado de Maternidad.

TABLA 3. Distribución por municipios del departamento de San Salvador, de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional de Maternidad enero a diciembre 2013.

MUNICIPIO	FRECUENCIA
SAN SALVADOR	68
APOPA	28
SOYAPANGO	24
CUSCATANCINGO	16
MEJICANOS	28
ROSARIO DE MORA	2
CIUDAD DELGADO	17
PANCHIMALCO	3
SAN MARTIN	5
SAN MARCOS	3
NEJAPA	1
SANTIAGO TEXACUANGOS	4
SANTO TOMAS	3
GUAZAPA	5
ILOPANGO	8
TONACATEPEQUE	12
AYUTUXTEPEQUE	4
AGUILARES	5
TOTAL	236

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La distribución de frecuencias por municipios del departamento de San Salvador con un total de 236 pacientes, muestra una mayor tendencia de consulta proveniente del área nor-oriente de San Salvador, correspondiendo una mayor proporción a la zona metropolitana con 68 pacientes, Apopa y Mejicanos con una frecuencia de 28 respectivamente y Soyapango con 24, el área sur del departamento reporta la menor cantidad de pacientes siendo el mayor Santiago Texacuangos con 4 pacientes reportados.

TABLA 4. Distribución según área geográfica de procedencia de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

DOMICILIO	Frecuencia	Porcentaje
RURAL	54	17.20%
URBANO	260	82.80%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La población en estudio proviene según el estudio en mayor proporción de áreas urbanas con un total de 260 pacientes, lo que corresponde a un 82% del total, el resto un 17.2% (54 pacientes) provienen de áreas rurales.

TABLA 5. Distribución de pacientes en estudio según su estado civil, en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
CASADA	43	13.70%
DIVORCIADA	1	0.30%
SOLTERA	77	24.50%
UNION LIBRE	193	61.50%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

En el grupo de estudio seleccionado se puede observar que el 61.5% (193) su estado civil al momento de consultar es unión libre, siendo este la mayoría de pacientes, en segundo lugar se encuentran las pacientes solteras con un 24.5% (77) y solo un 13.7% (43) se encuentran bajo un compromiso legal a la hora de establecer el diagnóstico.

TABLA 6. Nivel de escolaridad de la población en estudio que consulta el Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	12	3.80%
BACHILLERATO	38	12.10%
PRIMARIA	34	10.80%
SECUNDARIA	87	27.70%
TERCER CICLO	105	33.40%
UNIVERSITARIO	38	12.10%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

El grado de escolaridad de la mayoría de pacientes que consultaron la unidad de emergencia fue tercer ciclo con un 33% del total de población, siendo 8° grado el más numeroso con un 14%, en segundo lugar el nivel académico de secundaria comprendido entre 4° a 6° ocupa un 27.7% siendo el grado de escolaridad más relevante en este grupo 6° con un 9.9%, tanto el nivel de bachillerato como el universitario en sus diferentes niveles les corresponde un 12.10% respectivamente. El nivel de primaria comprendido entre 1° a 3° le corresponde un 10.8% de la población estudiada, un numero significativamente menor en comparación al de tercer ciclo. Solo un 3.8% es atribuido a pacientes sin ningún grado de escolaridad.

b. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS Y FACTORES DE RIESGO

TABLA 7. Antecedentes obstétricos de paridad en pacientes con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

PARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
MULTIPARA	153	48.70%
NULIPARA	161	51.30%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La distribución de pacientes según la paridad fue casi similar con una diferencia porcentual de tres puntos siendo la mayor tendencia de pacientes que consultaron durante el año 2013 con diagnóstico de aborto nulíparas con un 51.3% (161 de los casos) para un 48.7% de múltiparas es decir 153 pacientes.

TABLA 8. Antecedentes obstétricos de parto previo en pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad, enero a diciembre 2013

PARTO PREVIO	Frecuencia	Porcentaje
CESAREA	31	7.60%
NO APLICA	161	56.10%
VAGINAL	122	36.30%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

Del total de expedientes revisados 161 pacientes fueron nulíparas con un 51%, del 48% de pacientes con antecedente de multiparidad la mayoría de pacientes con antecedente de parto previo fue reportado como vía vaginal con un 36.3% (122),

Un pequeño porcentaje de población 7.6%(31 pacientes) reporta parto vía abdominal previo al diagnóstico de aborto.

TABLA 9. Antecedente según presentación de aborto previo en pacientes con diagnóstico actual de aborto, Hospital Nacional de Maternidad entre enero y diciembre 2013

NUMERO DE ABORTOS PREVIOS	Frecuencia	Porcentaje
0	268	85.40%
1	33	10.50%
2	12	3.80%
4	1	0.30%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

En relación al antecedente de abortos previos según presentación por número en pacientes consultantes solo un 15% refería haber presentado 1 o más abortos a lo largo de su historial obstétrico, la mayor distribución recae en mujeres con un solo aborto previo (10%), mujeres con más de un aborto previo fueron un 4.1% es decir 13 pacientes. 107 pacientes son atribuidos al 85% de pacientes sin antecedentes de aborto donde se han excluido los 161 pacientes nulíparas.

TABLA 10. Distribución de la población en estudio según periodo intergenésico al diagnóstico actual de aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad entre enero y diciembre 2013

PERIODO INTERGENESICO	Frecuencia	Porcentaje
<1AÑO	6	1.90%
>3AÑOS	98	31.20%
1 AÑO	13	4.10%
2 AÑOS	23	7.30%
3 AÑOS	9	2.90%
NO APLICA	161	51.30%
SIN DATO	4	1.30%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

Un 6% (19) de pacientes del estudio, al momento de realizarles el diagnóstico de aborto presentaban un periodo intergenésico de riesgo con menos de 2 años.

Se excluye de esta distribución porcentual las pacientes nulíparas a quienes se le atribuye un 51.3% de la totalidad de pacientes .Un 41.4% (130) se enmarca dentro de un periodo intergenésico mayor a los dos años al momento del presente embarazo.

TABLA 11. Numero de factores gineco-obstetricos de riesgo detectados al momento de consultar pacientes con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

FACTORES DE RIESGO GINECOBSTETRICOS	Frecuencia	Porcentaje
1FR	88	28.00%
2FR	24	7.60%
3FR	9	2.90%
4FR	2	0.60%
5FR	1	0.30%
SIN FACTOR DE RIESGO	190	60.50%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

Un total de 124 pacientes, lo que corresponde a un 39.4% del total de pacientes estudiadas presento uno o más factores de riesgo gineco-obstétricos al momento de ser diagnosticada como aborto. Un 60.5% de población incluyendo pacientes nulíparas no tenían ningún factor de riesgo al momento de establecer el diagnóstico.

La mayoría de los factores de riesgo encontrados en la revisión de 314 expedientes son aborto previo y paciente adolescente siendo este último el que mayor porcentaje acumula con un 11.8% (37), seguido por aborto previo con un 6.7% (21)

Se presentan una variedad de factores de riesgo algunos de los cuales se detectan hasta más de 3 factores de riesgo , acompañando casi en la mayoría de los casos cuando son más de tres factores de riesgo al aborto previo como factor principal (6.7%).

Dentro de los factores de riesgo descritos se encuentran:

LES, Nefropatía Lúpica, crisis hipertensiva, multiparidad, nulípara añosa, óbito fetal extra hospitalario, antecedente de hidrosálpinx, masas anexiales, paciente añosa, antecedente de absceso tubo-ovárico derecho, s/diabetes pregestacional, DIU, placenta previa total, multipara añosa, Rh (-), síndrome de ovarios poli quísticos, periodo intergenésico corto, anomalías mullerianas (útero didelfo, útero tabicado), condiloma en cérvix/displasia leve de cérvix, IVPH, fibromatosis uterina, infección VIH, desnutrición severa, embarazo gemelar; lo anterior se describe en más detalle en la siguiente tabla:

TABLA 12. Factores de riesgo gineco-obstetricos asociados a pacientes que consultan con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013

TIPOS DE FACTORES DE RIESGO GINECOBSTETRICOS	Frecuencia	Porcentaje
ABORTO PREVIO	21	6.70%
ABORTO PREVIO+ FIBROMATOSIS UTERINA+AÑOSA	2	0.60%
ABORTO PREVIO+ADHERENCIAS PELVICAS	1	0.30%
ABORTO PREVIO+ADOLESCENTE	1	0.30%
ABORTO PREVIO+PERIODO INTERGENESICO CORTO	6	1.90%
ABORTO PREVIO+QUISTE OVARIO IZQUIERDO	3	0.90%
ABORTO PREVIO+SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS+PERIODO INTERGENESICO CORTO	1	0.30%
ABORTO PREVIO+UTERO BIDELFO+CONDILOMA EN CERVIX/DISPLASIA LEVE DE CERVIX+PERIODO INTERGENESICO CORTO	1	0.30%
ABORTO PREVIO+ MULTIPARIDAD+INFECCION VIH+DESNUTRICION SEVERA+EMBARAZO GEMELAR	1	0.30%
ABORTO PREVIO+ FIBROMATOSIS UTERINA+ANTECEDENTE DE DL/IVPH	1	0.30%
ABORTO PREVIO+ADOLESCENTE++PERIODO INTERGENESICO CORTO	1	0.30%
ABORTO PREVIO+MULTIPARA AÑOSA	1	0.30%
ABORTO PREVIO+ ORh (-)+FIBROMATOSIS UTERINA	1	0.30%
ABORTO PREVIO+ ARh (-)	1	0.30%
ABORTO PREVIO+ S/D. PREGESTACIONAL+DIU+PERIODO INTERGENESICO CORTO	1	0.30%
ADOLESCENTE	37	11.80%
ADOLESCENTE +EMBARAZO GEMELAR+PLACENTA PREVIA TOTAL	1	0.30%
ADOLESCENTE+OR h(-)	1	0.30%
ADOLESCENTE+QUISTE PARAOVARICO IZQUIERDO+MASA ANEXIAL OVARIO DER.	1	0.30%
AÑOSA	7	2.20%
ANTECEDENTE DE ABSCESO TUBOOVARICO DERECHO	2	0.60%
ANTECEDENTE DE HIDROSALPINX	1	0.30%
Rh (-)	2	0.60%
EMBARAZO GEMELAR	1	0.30%
FIBROMATOSIS UTERINA	6	1.90%
LES+NEFROPATIA LUPICA + CRISIS HIPERTENSIVA	1	0.30%
MULTIPARA+ ORh (-) NO INMUNIZADA	1	0.30%
MULTIPARIDAD	1	0.30%
MULTIPARIDAD+ABORTO PREVIO	1	0.30%
MULTIPARIDAD+Rh (-)	1	0.30%
NULIPARA AÑOSA	1	0.30%
OBITO FETAL EXTRAHOSPITALARIO	1	0.30%
PERIODO INTERGENESICO CORTO +MULTIPARA AÑOSA	1	0.30%
PERIODO INTERGENESICO CORTO +MULTIPARIDAD	1	0.30%
PERIODO INTERGENESICO CORTO	6	1.90%
PERIODO INTERGENESICO CORTO+AÑOSA	1	0.30%
QUISTE DE OVARIO IZQUIERDO	2	0.60%
QUISTE SIMPLE OVARIO DERECHO+ADOLESCENTE	1	0.30%
SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS	1	0.30%
UTERO TABICADO+CONDILOMAS	1	0.30%
NINGUNO	190	60.50%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

TABLA 13. Presencia de antecedentes médico-quirúrgicos en pacientes en estudio de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad, enero a diciembre 2013

ANTECEDENTES MEDICOS Y QUIRURGICOS	Frecuencia	Porcentaje
NO	254	81.50%
SI	60	18.50%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

En la mayor parte de las pacientes del estudio, no se encontraron antecedentes médicos ni quirúrgicos esta cantidad del total de 314 corresponde un 81.5% es decir 254 casos, solo un 18.5% lo que equivale a 60 pacientes reportan algún antecedente médico-quirúrgico. Las dos tablas siguientes revelan los diferentes diagnósticos medico quirúrgicos reportados; pacientes con antecedentes médicos se encuentran 28, y pacientes con antecedentes quirúrgicos 32

Para el caso de los antecedentes médicos el que mayor porcentaje reflejo fue Rh (-) con un 2.2% seguido de Diabetes Mellitus tipo 2 con un 1%.

Para el caso de los antecedentes quirúrgicos la cesárea previa es la que ocupa un mayor porcentaje con un 5.7%. Porcentajes sumamente bajos si los consideramos como determinantes de aborto.

TABLA 14. Antecedentes médicos de pacientes en estudio, Hospital Nacional Especializado de Maternidad en el período de enero a diciembre 2013

ANTECEDENTES MEDICOS	Frecuencia	Porcentaje
ANEMIA	1	0.30%
DIABETES MELLITUS TIPO 2	3	1.00%
EXTRASISTOLES VENTRICULARES	1	0.30%
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	1	0.30%
HIPOTIROIDISMO	1	0.30%
HTA-C	2	0.60%
HTA-C + ASMA	1	0.30%
HTA-C + CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	1	0.30%
HTA-C +LES	1	0.30%
HTA-C +SINDROME NEFROTICO+GLOMERULOPATIA CRONICA+ ANEMIA+LES	1	0.30%
INFECCION VIH/SIDA+ DESNUTRICION SEVERA	1	0.30%
LINFOMA DE HODGKIN	1	0.30%
MASTOPATIA FIBROQUISTICA+ MIOMATOSIS UTERINA	1	0.30%
OBESIDAD	1	0.30%
RETARDO MENTAL MODERADO+IVU	1	0.30%
RETARDO MENTAL+S/VALVULOPATIA MITRAL	1	0.30%
Rh(-)	7	2.20%
SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO	2	0.60%
NINGUNO	286	91.10%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

TABLA 15. Antecedentes quirúrgicos de pacientes en estudio, Hospital Nacional Especializado de Maternidad en el período de enero a diciembre 2013

ANTECEDENTES QUIRURGICOS	Frecuencia	Porcentaje
CESAREA	18	5.70%
2 CESAREAS	4	1.30%
2 CESAREAS+CURA HERNIA INGUINAL	1	0.30%
APENDICECTOMIA	3	1.00%
APENDICECTOMIA+ATO DERECHO	2	0.60%
APENDICECTOMIA+CESAREA	1	0.30%
COLECISTECTOMIA	1	0.30%
LPE POR PERITONITIS	1	0.30%
VIDEOLAPAROSCOPIA	1	0.30%
NINGUNO	282	89.80%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

c. PRESENTE EMBARAZO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

TABLA 16. Distribución de frecuencias por edad gestacional a la que pacientes fueron diagnosticadas como aborto en la unidad de emergencia Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

EDAD GESTACIONAL	Frecuencia	Porcentaje
3SEM	3	1.00%
4SEM	1	0.30%
5SEM	2	0.60%
6SEM	17	5.40%
7SEM	20	6.40%
8SEM	31	9.90%
9SEM	28	8.90%
10SEM	33	10.50%
11SEM	38	12.10%
12SEM	41	13.10%
13SEM	26	8.30%
14SEM	26	8.30%
15SEM	8	2.50%
16SEM	4	1.30%
17SEM	6	1.90%
18SEM	11	3.50%
19SEM	6	1.90%
20SEM	9	2.90%
21SEM	3	1.00%
23SEM	1	0.30%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La edad gestacional durante la cual consultaron las pacientes con mayor frecuencia fue durante las primeras 14 semanas de embarazo siendo la de mayor consulta entre las 11 y las 12 semanas de embarazo con un 12% y 13 % respectivamente. Esta tendencia es menor antes de las seis semanas de embarazo.

TABLA 17. Tipo de aborto con el que fueron diagnosticadas las pacientes que consultaron el Hospital Nacional Especializado de Maternidad entre enero y diciembre 2013

TIPO DE ABORTO	Frecuencia	Porcentaje
A.COMPLETO	2	0.60%
A.FALLIDO	64	20.40%
A.INCOMPLETO	231	73.60%
A.INEVITABLE	4	1.30%
A.INMINENTE	1	0.30%
A.RECURRENTE	1	0.30%
A.SEPTICOGI	10	3.20%
A.SEPTICOGIII	1	0.30%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La mayoría de pacientes consultantes fueron diagnosticadas como aborto incompleto en un 73% (231), un 20% (64) se diagnosticó como aborto fallido y en tercer lugar con un 3.2% como aborto séptico G I Con 10 pacientes reportados

TABLA 18. Condición al ingreso de las pacientes con aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad entre enero a diciembre 2013

CONDICION AL INGRESO	Frecuencia	Porcentaje
ESTABLE	310	98.70%
INESTABLE	4	1.30%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

Las pacientes que fueron ingresadas en el periodo entre enero a diciembre 2013 por diagnóstico de aborto, se catalogaron en su mayoría como pacientes clínicamente estables 310 en total con un 98.7%, siendo únicamente las pacientes ingresadas como clínicamente inestables 4, es decir 1.3%

TABLA 19. Valor de hemoglobina reportada al ingreso de pacientes con aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013

HEMOGLOBINA AL INGRESO	Frecuencia	Porcentaje
<13	172	54.80%
>13	129	41.10%
SIN DATO	13	4.10%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

Una tendencia mayor a anemia es reflejada al analizar los datos reportados de hemoglobina al ingreso en su mayoría 54.8% (172 pacientes) ingresaron con anemia, no así las pacientes con valor de hemoglobina mayor a 13 gr/dl, las cuales fueron un total de 129 pacientes lo que corresponde a un 41.1%.

Cabe destacar que en 13 de las pacientes estudiadas no fue reportado en el expediente aun al momento del alta valor de hemoglobina.

TABLA 20. Tratamiento proporcionado a la población de estudio en el Hospital de Maternidad Especializado de Maternidad en el período de enero a diciembre 2013

TRATAMIENTO RECIBIDO	Frecuencia	Porcentaje
LEGRADO	303	96.50%
LEGRADO+ATB	9	2.90%
LEGRADO+ATB+AMINAS VASOACTIVAS	1	0.30%
LEGRADO+TRANSFUSION HEMODERIVADOS	1	0.30%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

TABLA 21. Tipo de legrado realizado a pacientes que fueron diagnosticadas como aborto en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013

TIPO DE LEGRADO	Frecuencia	Porcentaje
AMEU	199	63.40%
LUI	115	36.60%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

Los tratamientos ofrecidos a las pacientes del estudio, fueron realizados a partir del estado clínico con el cual fueron ingresadas, siendo principalmente el pilar de tratamiento legrado, complementándose este según la complejidad del diagnóstico con antibióticos, aminas vasoactivas y transfusión de hemoderivados, correspondiendo estos dos últimos a dos pacientes de la totalidad del estudio.

En su totalidad a las pacientes que se contemplan en el estudio les fue realizado legrado siendo principalmente reportados legrado por aspirado manual endouterino (AMEU) con un total de 199 pacientes correspondientes a un 63%, las pacientes a quienes se les realizo legrado instrumental fueron 115 es decir un 36.6%, la mayoría con evolución satisfactoria posterior al procedimiento.

TABLA 22. Numero de legrados realizados a pacientes en estudio, Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013

NUMERO DE LEGRADOS REALIZADOS	Frecuencia	Porcentaje
1 LEGRADO	299	95.20%
2 LEGRADOS	15	4.80%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

El número de legrados realizados a pacientes está relacionado al diagnóstico posterior a un legrado inicial de retención de restos ovulares por lo que fue necesario realizar una segunda intervención siendo en total 15 pacientes los beneficiados con un segundo legrado es decir un 4.8% del total, en su gran mayoría las pacientes únicamente requirieron un legrado lo que representa un 95.2% del total es decir 299 pacientes.

TABLA 23. Empleo de misoprostol en pacientes al ser diagnosticadas como aborto en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013

MISOPROSTOL	Frecuencia	Porcentaje
NO	273	86.90%
SI	41	13.10%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

Las pacientes a las cuales les fue administrado misoprostol como parte del tratamiento inicial al ser diagnosticadas como aborto principalmente fallido representan un 13.10% (41), en su mayoría fueron administradas inicialmente 4 tabletas de misoprostol con lo cual verificaron expulsión de restos ovulares, En un 86.9% (273) de la población en estudio no fue considerado el uso de prostaglandinas inicialmente sino legrado.

Cabe destacar que la mayoría de pacientes a quienes se les administro prostaglandina requirieron posteriormente legrado por presentar retención de restos.

TABLA 24. Días de estancia hospitalaria al ingreso de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad. Enero a diciembre 2013

ESTANCIA HOSPITALARIA	Frecuencia	Porcentaje
0 DIAS	230	73.00%
1 DIA	37	11.90%
2 DIAS	19	6.10%
3 DIAS	9	2.90%
4 DIAS	4	1.30%
5 DIAS	6	1.90%
6 DIAS	3	1.00%
7 DIAS	4	1.30%
12 DIAS	1	0.30%
13 DIAS	1	0.30%
Total	312	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La mayoría de pacientes que fueron ingresadas posterior al diagnóstico requirieron un estimado de 1 a 2 días (37 y 19 pacientes respectivamente), Pero resalta el hecho que un 73% equivalente a 230 pacientes no requirieron ingreso y fueron dados de alta el mismo día de realizado el legrado.

El mayor número de días de estancia hospitalaria reportado fue de 13 días, siendo un paciente el que permaneció durante dicho periodo de tiempo asociado esto a complicaciones posterior a legrado.

TABLA 25. Distribución de frecuencia de pacientes a quienes les fue proporcionado método de planificación familiar, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

ANTICONCEPCION	Frecuencia	Porcentaje
NO	195	62.10%
SI	119	37.90%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

Un 62% de pacientes del estudio fueron dadas de alta sin ningún método de planificación familiar esto corresponde a un total de 195 pacientes.

Únicamente un 37% acepto y fue dada de alta con algún tipo de método anticonceptivo, lo que equivale a 119 pacientes del estudio.

TABLA 26. Tipo de método de planificación familiar administrado a pacientes al alta con diagnóstico de aborto en el hospital Nacional Especializado de Maternidad enero-diciembre 2013

PLANIFICACION FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
ACOS	3	1.00%
BARRERA	5	1.60%
DIU	1	0.30%
ESTERILIZACION	1	0.30%
INYECTABLE	109	35.70%
NINGUNA	195	61.10%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

El mayor método de planificación familiar difundido entre las pacientes que fueron dadas de alta fue inyectables siendo el más utilizado el acetato de medroxiprogesterona con un 35.7% (109). El segundo método con mayor uso, con tan solo un 1.6% (5 pacientes) fueron los métodos de barrera siendo este condón. La mayoría de pacientes del estudio un total de 195, lo que equivale a un 61.10% no utilizaron ningún método de planificación familiar al alta.

d. DIAGNOSTICO

TABLA 27. Frecuencia de pacientes según estudio ultrasonográfico realizado al presentarse con sospecha de aborto a la unidad de emergencia Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO	Frecuencia	Porcentaje
NO	104	33.10%
SI	210	66.90%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La gráfica anterior muestra una distribución de pacientes a quienes les fue realizada ultrasonografía como método diagnóstico siendo un total de 210 pacientes las que se presentaron a la emergencia con diagnóstico ultrasonográfico (66.9%), 104 de las 314

pacientes estudiadas no se realizaron ultrasonografía previo a consulta en unidad de emergencia lo que corresponde a un 33.1%.

TABLA 28. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico ultrasonográfico a la realización de legrado en pacientes en estudio en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE DIAGNOSTICO USG Y LEGRADO	Frecuencia	Porcentaje
0 DIAS	67	21.30%
1 DIA	56	17.80%
2 DIAS	17	5.40%
3 DIAS	15	4.80%
4 DIAS	8	2.50%
5 DIAS	11	3.50%
6 DIAS	8	1.90%
7 DIAS	9	2.90%
8 DIAS	12	3.80%
10 DIAS	1	0.30%
11 DIAS	2	0.60%
13 DIAS	1	0.30%
15 DIAS	1	0.30%
21 DIAS	1	0.30%
30 DIAS	1	0.30%
NO USG	104	33.80%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La gráfica muestra como la mayor cantidad de pacientes acudieron a la unidad de emergencia del hospital nacional especializado de maternidad durante la primera semana de realizado el diagnóstico ultrasonográfico.

El tiempo transcurrido entre el diagnostico ultrasonográfico y el legrado mostro una variabilidad , en la gran mayoría de pacientes el procedimiento terapéutico fue realizado el mismo día de realizada la ultrasonografía (67 pacientes =21.30%) ,el

segundo mayor porcentaje con 17.8% (56 pacientes) el legrado fue practicado al 1° día de realizado el diagnostico.

La mayor cantidad de días reportada entre diagnóstico por imagen y tratamiento fue de 30 días (1 paciente).

Un 33.8% (106) no se realizaron ultrasonografía previo al legrado.

TABLA 29. Diagnóstico ultrasonográfico reportado en pacientes con aborto en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013

TIPO DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO	Frecuencia	Porcentaje
ABORTO EN EVOLUCION	9	2.80%
ABORTO FALLIDO	59	18.80%
ABORTO INCOMPLETO	67	21.30%
ABORTO INEVITABLE	5	1.60%
ANHIDRAMNIOS	3	0.90%
AUSENCIA DE CUERPO LUTEO	1	0.30%
BRADICARDIA FETAL	1	0.30%
CANAL ENDOCERVICAL ABIERTO	1	0.30%
EMBARAZO ANEMBRIONICO	10	3.20%
EMBARAZO GEMELAR DI-DI	1	0.30%
EMBARAZO GEMELAR MONO-DI	2	0.60%
EMBRION UNICO SIN ACTIVIDAD CARDIACA	1	0.30%
RESTOS OVULARES	3	0.60%
FALLA TEMPRANA DEL EMBARAZO	37	11.80%
HEMORRAGIA SUBCORIAL	1	0.30%
HIGROMA QUISTICO Y EDEMA SEVERO DE TEGUMENTOS	1	0.30%
MOLA PARCIAL	1	0.30%
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO PFE 416GR.	1	0.30%
OBITO FETAL	6	1.90%
NO USG	104	33.40%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La lista anterior destaca la variedad de diagnósticos reportados por ultrasonografía con la cual las pacientes consultaron a la unidad de emergencia destacando en su gran mayoría los diagnósticos de aborto incompleto y fallido con un 21% y 18% respectivamente, es importante mencionar que un 11.8% fueron reportados como falla temprana del embarazo y un 3.2% como embarazo anembrionario lo que aporta aún más a la tendencia de abortos fallidos. 9 de los pacientes que consultaron, se reportaron como aborto en curso con un 2.8%.

El total de diagnósticos descritos agrupan un 66.2% de toda la población estudiada, lo que contrasta con un 33.4% de la población que no se realizó estudio ultrasonográfico.

TABLA 30. Frecuencia de pacientes con aborto de acuerdo al reporte histopatológico anexado al expediente en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad entre enero a diciembre 2013

REPORTE HISTOPATOLOGICO	Frecuencia	Porcentaje
NO	147	46.50%
SI	167	53.50%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

En el consolidado de 314 pacientes, más de la mitad de los casos 168 pacientes para ser más preciso (53%) contaban con reporte histopatológico anexado al expediente clínico, un porcentaje casi similar 46.5% (147) con una diferencia de 7 puntos no contaban con reporte histopatológico anexado al expediente.

TABLA 31. Categorización del reporte histopatológico según hallazgos histológicos en pacientes diagnosticadas con aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

TIPO DE DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	Frecuencia	Porcentaje
FETAL	80	25.50%
FETAL/PLACENTARIO	59	18.80%
PLACENTARIO	28	8.90%
SIN DATO	147	46.80%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

Los datos antes descritos se refieren a la categoría asignada al reporte histopatológico de acuerdo al tipo de tejido encontrado y estudiado, para el caso si en el reporte solo son descritos tejidos fetales la tendencia describe un 25.5% con 80 pacientes incluidos , en segundo lugar en el reporte se consideran una combinación de ambos tejidos fetal y placentario con un 59 de las pacientes (18.80%), y en tercer lugar describe únicamente tejido placentario con 28 pacientes lo que equivale a un 8.9%.

En total los reportes histopatológicos representan un 53% en comparación con las pacientes que no cuentan con reporte histopatológico es decir un 46%.

TABLA 32. Diagnósticos descritos en el reporte histopatológico de pacientes con aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	Frecuencia	Porcentaje
ABORTO HIDROPICO	1	0.30%
ABORTO INCOMPLETO	27	8.60%
ABORTO INCOMPLETO, RESTOS OVULARES, FRAGMENTOS PLACENTARIOS, TROMBOSIS Y FIBROSIS VASCULAR VELLOSIARIA	1	0.30%
ABORTO INCOMPLETO,CERVICITIS CRONICA,METAPLASIA ESCAMOSA ENDOCERVICAL,RUPTURA Y EDEMA DE CARA ANTERIOR DE UTERO,ENDOMETRITIS CRONICA+DECIDUITIS+QUISTE FOLICULAR HEMORRAGICO DE OVARIO DERECHO	1	0.30%
ABORTO INCOMPLETO,RESTOS PLACENTARIOS, DECIDUA Y FENOMENO DE ARIAS STELLA, EMBRION DE APROXIMADAMENTE 39 DIAS CON AUTOLISIS	1	0.30%
ABORTO INCOMPLETO/RESTOS OVULARES	18	5.70%
ABORTO INCOMPLETO+ DECIDUA+INFLAMACION AGUDA	2	0.60%
ABORTO INCOMPLETO+AUSENCIA DE CUERPO LUTEO	1	0.30%
ABORTO INCOMPLETO+DECIDUA+INFLAMACION AGUDA	2	0.60%
ABORTO INCOMPLETO+ENDOMETRITIS AGUDA	1	0.30%
ABORTO INCOMPLETO+ENDOMETRITIS CRONICA	1	0.30%
ABORTO INCOMPLETO+ENDOMETRITIS AGUDA Y CRONICA	1	0.30%
ABORTO INCOMPLETO+FENOMENO DE ARIAS STELLA+ENDOMETRITIS CRONICA+ PLACENTA CON INFARTO VELLOSIARIO,PLACENTA DEL 2° TRIMESTRE	1	0.30%
DECIDUA	8	2.50%
DECIDUA CON AUTOLISIS	1	0.30%
DECIDUA+ RESTOS OVULARES	1	0.30%
DECIDUA+ENDOMETRITIS AGUDA	3	0.90%
DECIDUA+TROFOBLASTO	2	0.60%
DECIDUITIS	1	0.30%
DECIDUITIS AGUDA+ENDOMETRITIS CRONICA	1	0.30%
EMBARAZO 19SEM+AUTOLISIS DE PIEL Y VISCERAS+HEMORRAGIA Y EDEMA DE CUERO CABELLUDO+TRAUMAS MULTIPLES DE CORDON UMBILICAL	1	0.30%
ENDOMETRIO CON REACCION DE ARIAS-STELLA+DECIDUA	12	3.80%
ENDOMETRITIS AGUDA+ RESTOS OVULARES+DECIDUA	1	0.30%
ENDOMETRITIS AGUDA+ TORCIONES MULTIPLES DE CORDON UMBILICAL+ CORDON CON 3 VASOS, FETO DE 12 SEMANAS, VISCERAS FETALES CON AUTOLISIS	1	0.30%
ENDOMETRITIS AGUDA+ENDOMETRIO CON REACCION DE ARIAS STELLA+RESTOS OVULARES	1	0.30%
ENDOMETRITIS CRONICA+ENDOCERVICITIS CRONICA+DECIDUITIS CRONICA	1	0.30%
ENDOMETRITIS CRONICA+RESTOS OVULARES	2	0.60%
FETO 10SEM, HIPEREMIA E INMADUREZ DE VISCERAS FETALES+DECIDUITIS AGUDA	1	0.30%
FETO 17 SEM+ INMADUREZ DE VISCERAS FETALES+HEMORRAGIAS EN CUERO CABELLUDO+ HEMORRAGIA SUBCORIAL+DEPOSITOS FOCALES DE FIBRINA INTERVELLOSAS, CORDON UMBILICAL 3 VASOS	1	0.30%
FETO 19 SEMANAS, AUTOLISIS DE PIEL Y VISCERAS; HEMORRAGIA Y EDEMA DE CUERO CABELLUDO. TORSIONES MULTIPLES DE CORDON UMBILICAL	1	0.30%

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	Frecuencia	Porcentaje
FETO 60GR., MULTIPLES MALFORMACIONES SIRENOMELIA+GASTROSQUISIS+ MENINGOCELE+EDEMA DE TEJIDOS	1	0.30%
FETO DE APROXIMADAMENTE 13 SEMANAS CON MULTIPLES MALFORMACIONES CONGENITAS + AMNIONITIS AGUDA	1	0.30%
FETO DE APRX. 11S CON AUTOLISIS DE VISCERAS FETALES, INFARTO HEMORRAGICO PLACENTARIO	1	0.30%
FETO MACERADO VISCERAS CON AUTOLISIS Y EDEMA DE CORDON UMBILICAL. PLACENTA: HEMATOMA SUBCORIONICO, HEMORRAGIA VELLOSIARIA, CALCIFICACIONES INTRAVELLOSIARIAS, CORDON UMBILICAL NORMAL, AMBIOS SIN ALTERACIONES.	1	0.30%
FETO MACERADO,VISCERAS FETALES CON AUTOLISIS+ PLACENTA 70 GRS. AUTOLISIS EN SUPERFICIE MATERNA, CORIOAMNIONITIS AGUDA,HEMATOMAS SUBCORIALES, AUTOLISIS DE VELLOSIDADES CORIALES Y MEMBRANAS AMNIOTICAS	1	0.30%
FETO: 19 SEM 400 GR, HIPEREMIA DE VISCERAS FETALES, CORDON UMBILICAL SIN PARTICULARIDADES. PLACENTA: PLAC. 2°T CORIOAMNIONITIS AGUDA ,HEMORRAGIA SUBCORIONICA ,CALCIFICACIONES DISTROFICAS DE LA PLACENTA,RETENCION DE DECIDUA NECROTICA	1	0.30%
FRAGMENTO DE TEJIDO PLACENTARIO+SACO GESTACIONAL VACIO NO ROTO+HUEVO PATOLOGICO	1	0.30%
GEMELOS CON INMADUREZ DE VISCERAS FETALES	1	0.30%
HIPERPLASIA GLANDULAR SIMPLE SIN ATIPIA DEL ENDOMETRIO	1	0.30%
INFARTO HEMORRAGICO+ RESTOS PLACENTARIOS DEL PRIMER TRIMESTRE	1	0.30%
MICROCALCIFICACIONES PLACENTARIAS+CORDON UMBILICAL NORMAL+RESTOS OVULARES/ABORTO INCOMPLETO+ FETO DE APROX. 20SEM	1	0.30%
MOLA HIDATIDIFORME PARCIAL+RESTOS OVULARES	1	0.30%
PLACENTA SIN ANORMALIDADES; RESTOS DE DECIDUA;ENDOMETRITIS, REACCION DE ARIAS STELLA; FETO MACERADO 14 SEMANAS , HIDROPS FETAL ,MENINGOCELE, HIPOPLASIA PULMONAR IZQUIERDA ,VISCERAS FETALES INMADURAS	1	0.30%
PRODUCTO+PLACENTA 30 GRS.+ CALCIFICACIONES FOCALES EN ALGUNAS VELLOSIDADES CORIALES+ RESTOS OVULARES+EMBARAZO 7 SEMANAS CON AUTOLISIS	1	0.30%
RESTOS OVULARES	39	12.40%
RESTOS OVULARES, RESTOS PLACENTARIOS FETO DE 18 SEMANAS ,HEMORRAGIA DE CUERO CABELLUDO E HIPEREMIA DE VISCERAS FETALES	1	0.30%
RESTOS OVULARES+ ABORTO COMPLETO+DECIDUA	1	0.30%
RESTOS OVULARES+ HIPERPLASIA GLANDULAR SIMPLE SIN ATIPIAS	1	0.30%
RESTOS OVULARES+ABORTO INCOMPLETO, EMBRION DE 7 SEMANAS CON AUTOLISIS	1	0.30%
RESTOS OVULARES+ABORTO INCOMPLETO+DECIDUA+INFLAMACION AGUDA	2	0.60%
RESTOS OVULARES+DECIDUA	1	0.30%
RESTOS OVULARES+INFARTO HEMORRAGICO	1	0.30%
RESTOS OVULARES+REACCION DE ARIAS STELLA+TROFOBLASTO	1	0.30%
RESTOS PLACENTARIOS	1	0.30%
RESTOS PLACENTARIOS+DECIDUA	2	0.60%
SACO GESTACIONAL SIN EMBRION+ ABORTO INCOMPLETO	2	0.60%
SANGRE Y TEJIDO ENDOMETRIAL FRAGMENTADO, NO HAY VELLOSIDADES CORIALES NI DECIDUA NI TROFOBLASTO	1	0.30%
SIN DATO	147	46.80%
Total	314	100.00%

Fuente: Boleta de reporte histopatológico de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

La Tabla anterior, enmarca los diferentes diagnósticos reportados por patología posterior a la toma de muestra a través de legrado para su respectivo estudio, se realiza para efectos prácticos una categorización de los diferentes diagnósticos para volver más fácil su interpretación siendo estas categorías: fetal, placentario, fetal/placentario.

La mayor cantidad de reportes revisados 53% (167) del total, de este porcentaje un 12.4% refieren la presencia de restos ovulares con (39 pacientes); un 8.6% (27) reportan únicamente como aborto incompleto, y para complementar este porcentaje un 5.7% (18) específicamente combina ambos diagnósticos: aborto incompleto/restos ovulares. Además dentro de los diagnósticos que más frecuencia presentaron se encuentra: endometrio con reacción de Arias-Stella +decidua con un 3.8% (12 pacientes).Únicamente dentro de la categoría placentaria se describe con mayor frecuencia el diagnóstico: decidua con un 2.5% (8 pacientes).Uno de los casos dentro de los 314 analizados reporta compromiso significativo del útero (ruptura uterina).En 20 de los pacientes, dentro del reporte patológico destaca un grado de inflamación del endometrio (endometritis aguda o crónica)

Es importante hacer mención que 18 de los reportes encontrados hacen énfasis en algún grado de afectación fetal entre estos autólisis e hiperemia de vísceras fetales, inmadurez de vísceras fetales ,hemorragia y edema de cuero cabelludo, feto macerado, y más aún pacientes con malformación se reportan en tres pacientes entre las que se encuentran: hidrops fetal, meningocele, hipoplasia pulmonar, sirenomelia, gastrosquisis, las cuales se encuentran como múltiples malformaciones para los tres casos en mención .

En 23 paciente se reportan anomalías de placenta y cordón entre las que destacan: decidua necrótica, autólisis de placenta y autólisis de vellosidades coriales y membranas amnióticas, calcificaciones distróficas de placenta, calcificaciones de microvellosidades, hemorragia o hematoma subcorial, amnionitis, deciduitis, torsiones múltiples de cordón umbilical las cuales al igual que las anomalías fetales descritas se encuentran agrupadas en la mayoría de pacientes presentando hasta más de tres alteraciones.

e. COMPLICACIONES

TABLA 33. Frecuencia de pacientes en estudio según complicaciones presentadas post-legrado en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

COMPLICACIONES POST ABORTO	Frecuencia	Porcentaje
NO	289	92.00%
SI	25	8.00%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

En un 92% de la población estudiada no se encontraron complicaciones posteriores al manejo de aborto es decir en la gran mayoría de las pacientes 289.

Se reporta tan solo un 8% (25 de las pacientes) con algún tipo de complicación posterior al legrado o al ser dada de alta.

TABLA 34. Numero de complicaciones reportadas post legrado en población de estudio del Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013

N ° COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
1 COMPLICACION	16	5.10%
2 COMPLICACIONES	7	2.20%
3 COMPLICACIONES	2	0.60%
NINGUNA	289	92.00%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

De las 25 pacientes en quienes se detectó algún tipo de complicación 16 de ellas presentaron una sola complicación, 7 se reportan con 2 complicaciones y 2 de las pacientes con 3 complicaciones. Resaltando pues que 289 del total de población fue dada de alta con evolución satisfactoria.

TABLA 35. Tipo de complicación reportada posterior a legrado en pacientes con aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad entre enero a diciembre 2013

TIPO DE COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
ANEMIA SEVERA	4	1.20%
PERFORACION UTERINA	1	0.30%
PERFORACION UTERINA+HEMATOMA PARED ANTERIOR+NECROSIS OVARIO DERECHO	1	0.30%
RETENCION DE RESTOS OVULARES	13	4.20%
RETENCION DE RESTOS+SHOCK SEPTICO+ ATONIA UTERINA	1	0.30%
RETENCION DE RESTOS OVULARES+HEMATOMETRA	1	0.30%
RETENCION DE RESTOS+FALLA HEPATICA	1	0.30%
SHOCK HIPOVOLEMICO	1	0.30%
SHOCK HIPOVOLEMICO+ANEMIA SECUNDARIA	1	0.30%
TROMBOCITOPENIA IDIOPATICA	1	0.30%
NINGUNA	289	92.00%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

TABLA 36. Frecuencia de pacientes en estudio según manejo de las complicaciones reportadas post legrado, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
LEGRADO	11	3.50%
LEGRADO+AMINAS VASOACTIVAS+OXITOCINA	1	0.30%
LEGRADO+ATB	2	0.60%
CRISTALOIDES	1	0.30%
TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS	3	1.00%
HEMATINICOS	2	0.60%
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	2	0.60%
MISOPROSTOL	2	0.60%
EXPECTANTE	1	0.30%
SIN COMPLICACIONES	289	92.00%
Total	314	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que consultan con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013

En relación al tipo de complicaciones presentadas por las pacientes la retención de restos ovulares ocupa el mayor porcentaje con un 4.2% (13), la anemia severa ocupa el segundo lugar con un 1.2% (4 pacientes) existiendo como tercer lugar una distribución unitaria para perforación uterina , hematoma de pared uterina anterior, shock séptico, shock hipovolémico, hematometra, falla hepática y trombocitopenia idiopática las cuales se presentan casi en su mayoría acompañadas por retención de restos ovulares hasta en un 1.2% del 8% de pacientes con complicaciones.

El manejo de las complicaciones esta en concordancia con lo mencionado anteriormente ya que como se enuncio la mayoría se acompañó de retención de restos ovulares por los que el legrado fue el principal manejo de las complicaciones además se empleó transfusión de hemoderivados, antibióticos, amins vaso activas, misoprostol, y en el peor de los casos laparotomía exploradora en el caso de dos de las pacientes del estudio.

DISCUSION

La información recopilada a lo largo de la investigación aporta elementos importantes en relación al comportamiento del fenómeno aborto en un periodo de tiempo específico, reflejando determinantes importantes en su aparición así como elementos que constituyen una fuente de análisis para la toma de decisiones en relación al manejo, evolución clínica y seguimiento además de medidas que orienten la prevención del mismo.

Es así como la evaluación del perfil epidemiológico, evolución clínica , complicaciones y correlación histopatológica de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad , con diagnóstico de aborto en el periodo comprendido de enero a diciembre 2013 se realizó a partir del análisis de 314 expedientes, interpretados a partir de los datos reflejados en la historia clínica, el carnet materno perinatal , hoja de procedimientos quirúrgicos, hoja de indicaciones médicas y reportes de laboratorio y estudio anatomo - patológico, dichos resultados son presentados en 5 apartados:

Perfil epidemiológico, Antecedentes gineco-obstétricos y Factores de riesgo, Presente embarazo y evolución clínica, Diagnóstico y Complicaciones.

A Partir de los datos obtenidos se obtiene la siguiente discusión:

La población en estudio presentó una distribución en relación a grupos de edad entre los 13 y 45 años, siendo el grupo correspondiente entre los 21 y 30 años de edad el de mayor frecuencia con un acumulado de 126 pacientes de los 314 estudiados, es decir un 40% de la población.

El segundo grupo de mayor frecuencia es el comprendido entre los 13 y 20 años con una frecuencia de 105 pacientes representando un 33.45%; el grupo etario que menor frecuencia reflejo es el comprendido entre los 41-45 años de edad con un 2.85% del total de pacientes

Lo anterior refleja una mayor tendencia de pacientes con diagnóstico de aborto a temprana edad, siendo esta más significativa entre los 15 y 25 años de edad,

destacando como más adolescentes acuden al servicio de emergencia con diagnóstico de aborto.

En relación a la ubicación geográfica de las pacientes consultantes existe una mayor afluencia de pacientes que provienen de áreas urbanas reflejado en un 82% en comparación a pacientes del área rural los cuales solo representan un 17% de la población en estudio.

Esta distribución abarca por lo general a la mayoría de los departamentos de la república excepto el departamento de La Unión, siendo en su mayoría casos relacionados al área central del país, con mayor proporción el departamento de San Salvador con un 79% (249 pacientes), en segundo lugar el departamento de La Libertad con 8% de los casos (25 pacientes), y en tercer lugar los departamentos de La Paz y San Vicente con un consolidado de 2.9% respectivamente. Siendo el departamento más distante de consulta Morazán específicamente del municipio de Corinto.

Al realizar el análisis del comportamiento del fenómeno en el departamento de San Salvador queda de manifiesto una mayor tendencia de consulta proveniente del área nor-Oriente de San Salvador, correspondiendo una mayor proporción a la zona metropolitana con 68 pacientes, Apopa y Mejicanos con una frecuencia de 28 respectivamente y Soyapango con 24, el área sur del departamento reporta la menor cantidad de pacientes siendo el mayor Santiago Texacuangos con 4 pacientes reportados.

El estado civil de las pacientes con mayor tendencia de consulta es unión libre, seguido por pacientes solteras, y solo un 13% se encuentra casado al momento de consulta.

Uno de los apartados importantes a considerar al momento de estudiar el fenómeno de embarazo a temprana edad es el nivel de escolaridad de la población revelando el estudio una mayor proporción de pacientes que cursaron secundaria y tercer ciclo al momento de la consulta 27% y 33% respectivamente, un pequeño porcentaje de población cuenta con un nivel inferior 10.80% así como estudios superiores 24.2 y más aún en analfabetismo 3.8%.

Lo anterior contrasta con datos reportados en el documento El desafío de la salud pública. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud , que revelan que La fecundidad temprana en la región aumento de forma proporcional con el empeoramiento de las condiciones sociales y económicas en la última década : el 40 por ciento de las jóvenes tiene una vida sexualmente activa desde los 15 años y de ellas , el 15 por ciento fueron madres o estuvieron embarazadas.

Para el caso específico del Hospital Nacional especializado de maternidad, al momento, y basados en los datos contenidos en la oficina de estadística del Hospital se dispone de un total entre enero del 2011 hasta el mes de diciembre del 2013 de 2453 casos de aborto desglosados de la siguiente manera:

Para el año 2011 los casos relacionados con el tema de aborto fueron 911 casos, en el año 2012 se contabilizan un total de 911 casos y para el 2013 un total de 745 casos. Siendo estos atendidos a través de la unidad de emergencia y hospitalización.

En información obtenida de la Gerencia de Atención Integral en salud a la mujer y niñez .Estudio de Línea de base de la mortalidad materna en el salvador mayo de 2005 a junio de 2006.el salvador; 2006 revela que En El Salvador, la incidencia de aborto es del 10.7%. En el Hospital Nacional de Maternidad la incidencia anual observada ha sido del 9%. En el I.S.S.S. la incidencia de aborto es de 7.9%.

Al hablar sobre los antecedentes obstétricos de las pacientes consultantes existe una formula bastante compartida entre nulíparas y multíparas, para el caso 48% multíparas contra 51% de nulíparas. Del 48% de pacientes con antecedente de multiparidad la mayoría de pacientes con antecedente de parto previo fue reportado como vía vaginal con un 36.3% (122), tan solo un pequeño porcentaje de población 7.6% (31 pacientes) reporta parto vía abdominal previo al diagnóstico de aborto. Entre las pacientes multíparas existe un porcentaje de pacientes que han presentado abortos previos 14.6% precisamente, en comparación de los pacientes que no cuentan con antecedentes de abortos previos es decir un 85% de población.

El periodo intergenésico como factor de riesgo obstétrico revela en el presente estudio que un porcentaje pequeño de pacientes, 6% tan solo 19 pacientes contaban al momento de la consulta en la unidad de emergencia con un periodo intergenésico de riesgo; es decir, menor a los 2 años. 41% de población se enmarca dentro de un periodo entre embarazos mayores a los dos años.

La mayoría de los factores de riesgo gineco-obstétricos encontrados en la revisión de 314 expedientes son aborto previo y paciente adolescente, siendo este último el que mayor porcentaje acumula con un 11.8% (37), seguido por aborto previo con un 6.7% (21)

Es notable como un mayor número de adolescentes están consultando por aborto, lo que representa por si solo un factor que puede desencadenar más problemas a futuro.

El Sistema de Información Perinatal reporta que tanto para el año 2007 como para el 2008 fue de 6 por ciento. Entre enero de 2005 y diciembre de 2008, se registraron en todo el país 19,290 abortos. De ellos, 27.6 por ciento ocurrió a adolescentes. (4)

Se presentan una variedad de factores de riesgo algunos de los cuales se detectan hasta más de 3 factores de riesgo, acompañando casi en la mayoría de los casos cuando son más de tres factores de riesgo al aborto previo como factor principal 6.7%.

Dentro de los factores de riesgo descritos se encuentran:

Lupus, nefropatía lúpica, crisis hipertensiva, multiparidad, nulipara añosa, óbito fetal extra hospitalario, antecedente de hidrosalpinx, masas anexiales, paciente añosa, antecedente de absceso tubo-ovárico derecho, s/diabetes pregestacional, Dispositivo intrauterino, placenta previa total, multipara añosa, Rh (-), síndrome de ovarios poli quísticos, periodo intergenésico corto, anomalías mullerianas (útero didelfo, útero tabicado), condiloma en cérvix/displasia leve de cérvix, Infección por virus del Papiloma Humano , fibromatosis uterina, infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida,, desnutrición severa, embarazo gemelar.

Al analizar los antecedentes médico y quirúrgicos de la población en estudio vemos como la gran mayoría no cuenta con factores de riesgo pre disponentes 81.5%.

Solo un 18.5% de las pacientes cuenta con algún antecedente médico quirúrgico importante entre los que destacan principalmente Para el caso de los antecedentes médicos Rh (-) con un 2.2% seguido de Diabetes Mellitus tipo 2 con un 1%.

Para el caso de los antecedentes quirúrgicos la cesárea previa es la que ocupa un mayor porcentaje con un 5.7%. Porcentajes sumamente bajos si los consideramos como determinantes o más bien pre disponibles a aborto.

Retomamos los aspectos concernientes al embarazo por el cual consulta la paciente en el periodo de enero a diciembre 2013, así como la evolución clínica encontramos pues que la edad gestacional durante la cual consultaron las pacientes con mayor frecuencia fue durante las primeras 14 semanas de embarazo siendo la de mayor consulta entre las 11 y las 12 semanas de embarazo con un 12% y 13 % respectivamente. Esta tendencia es menor antes de las seis semanas de embarazo.

El diagnóstico realizado a las pacientes al presentarse a la unidad de emergencia refleja una marcada tendencia de abortos incompletos con 231 pacientes lo que constituye un 73.6% siendo el segundo tipo de aborto con más diagnósticos reportado el aborto fallido con 64 equivalentes al 20% de, los casos.

Las pacientes que se presentaron con presencia de fiebre, fetidez, o dolor y que fueron catalogadas como aborto séptico en su mayoría grado I corresponden a un 3.2% de los casos (10 pacientes).

Las pacientes que fueron ingresadas en el periodo entre enero a diciembre 2013 por diagnóstico de aborto, se catalogaron en su mayoría como pacientes clínicamente estables 310 en total con un 98.7%, siendo únicamente las pacientes ingresadas como clínicamente inestables 4, es decir 1.3%.

Una tendencia mayor a anemia es reflejada al analizar los datos reportados de hemoglobina al ingreso en su mayoría 54.8% (172 pacientes) ingresaron con anemia, no así las pacientes con valor de hemoglobina mayor a 13 gr/dl, las cuales fueron un total de 129 pacientes lo que corresponde a un 41.1%.

Cabe destacar que en 13 de las pacientes estudiadas no había reporte de laboratorio

de hemoglobina antes de dar el alta.

Los tratamientos ofrecidos a las pacientes del estudio, fueron realizados a partir del estado clínico con el cual fueron ingresadas, siendo principalmente el pilar de tratamiento legrado, complementándose este según la complejidad del diagnóstico con antibióticos, amins vasoactivas y transfusión de hemoderivados, correspondiendo estos dos últimos a dos pacientes de la totalidad del estudio.

En su totalidad a las pacientes que se contemplan en el estudio les fue realizado legrado siendo principalmente reportados legrado por aspirado manual endouterino (AMEU) con un total de 199 pacientes correspondientes a un 63%, las pacientes a quienes se les realizó legrado instrumental fueron 115 es decir un 36.6%, la mayoría con evolución satisfactoria posterior al procedimiento.

El número de legrados realizados a pacientes está relacionado al diagnóstico posterior a un legrado inicial de retención de restos ovulares por lo que fue necesario realizar una segunda intervención siendo en total 15 pacientes a los que les fue realizado un segundo legrado es decir un 4.8% del total, en su gran mayoría las pacientes únicamente requirieron un legrado lo que representa un 95.2% del total es decir 299 pacientes.

Las pacientes a las cuales les fue administrado misoprostol como parte del tratamiento inicial al ser diagnosticadas como aborto principalmente fallido representan un 13.10% (41), en su mayoría fueron administradas inicialmente 4 tabletas de misoprostol con lo cual verificaron expulsión de restos ovulares, En un 86.9% (273) de la población en estudio no fue considerado el uso de prostaglandinas inicialmente sino legrado.

Cabe destacar que la mayoría de pacientes a quienes se les administro prostaglandina requirieron posteriormente legrado por presentar retención de restos.

La mayoría de pacientes que fueron ingresadas posterior al diagnóstico requirieron un estimado de 1 a 2 días de estancia hospitalaria (37 y 19 pacientes respectivamente), Pero resalta el hecho que un 73% equivalente a 230 pacientes no requirieron ingreso y fueron dados de alta el mismo día de realizado el legrado.

El mayor número de días de estancia hospitalaria reportado fue de 13 días, siendo un paciente el que permaneció durante dicho periodo de tiempo asociado esto a complicaciones posterior a legrado.

Un 62% de pacientes del estudio fueron dadas de alta sin ningún método de planificación familiar esto corresponde a un total de 195 pacientes.

Únicamente un 37% acepto y fue dada de alta con algún tipo de método anticonceptivo, lo que equivale a 119 pacientes del estudio

El mayor método de planificación familiar difundido entre las pacientes que fueron dadas de alta fue inyectables siendo el más utilizado el acetato de medroxiprogesterona con un 35.7% (109). El segundo método con mayor uso, con tan solo un 1.6% (5 pacientes) fueron los métodos de barrera siendo este condón.

La mayoría de pacientes del estudio un total de 195, lo que equivale a un 61.10% no utilizaron ningún método de planificación familiar al alta.

Al hablar de métodos diagnósticos un total de 210 pacientes fueron las que se presentaron a la emergencia con diagnóstico ultrasonográfico (66.9%), 104 de las 314 pacientes estudiadas no se realizaron ultrasonografía previo a consulta en unidad de emergencia lo que corresponde a un 33.1%.

En base al tiempo transcurrido entre la ultrasonografía y el legrado la mayor cantidad de pacientes acudieron a la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad durante la primera semana de realizado el diagnóstico ultrasonográfico.

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico ultrasonográfico y el legrado mostró una variabilidad, en la gran mayoría de pacientes el procedimiento terapéutico fue realizado el mismo día de realizada la ultrasonografía (67 pacientes =21.30%), el segundo mayor porcentaje con 17.8% (56 pacientes) el legrado fue practicado al 1° día de realizado el diagnóstico.

La mayor cantidad de días reportada entre diagnóstico por imagen y tratamiento fue de 30 días (1 paciente).

Un 33.8% (106) no se realizaron ultrasonografía previo al legrado.

la variedad de diagnósticos reportados por ultrasonografía con la cual las pacientes consultaron a la unidad de emergencia destacando en su gran mayoría los diagnósticos de aborto incompleto y fallido con un 21% y 18% respectivamente, es importante mencionar que un 11.8% fueron reportados como falla temprana del embarazo y un 3.2% como embarazo anembrionario lo que aporta aún más a la tendencia de abortos fallidos. 9 de los pacientes que consultaron, se reportaron como aborto en curso con un 2.8%.

El total de diagnósticos descritos agrupan un 66.2% de toda la población estudiada, lo que contrasta con un 33.4% de la población que no se realizó estudio ultrasonográfico.

Sobre el reporte histopatológico podemos afirmar que En el consolidado de 314 pacientes, más de la mitad de los casos 168 pacientes para ser más preciso (53%) contaban con reporte histopatológico anexado al expediente clínico, un porcentaje casi similar 46.5% (147) con una diferencia de 7 puntos no contaban con reporte histopatológico anexado al expediente.

Los diferentes diagnósticos reportados por patología posterior a la toma de muestra a través de legrado para su respectivo estudio, se realiza para efectos prácticos una categorización de los diferentes diagnósticos para volver más fácil su interpretación siendo estas categorías: fetal, placentario, fetal/placentario.

La mayor cantidad de reportes revisados 53% (167) del total, de este porcentaje un 12.4% refieren la presencia de restos ovulares con (39 pacientes); un 8.6% (27) reportan únicamente como aborto incompleto, y para complementar este porcentaje un 5.7% (18) específicamente combina ambos diagnósticos: aborto incompleto/restos ovulares.

Además dentro de los diagnósticos que más frecuencia presentaron se encuentra: endometrio con reacción de Arias-Stella +decidua con un 3.8% (12 pacientes).

Únicamente dentro de la categoría placentaria se describe con mayor frecuencia el diagnóstico: decidua con un 2.5% (8 pacientes).

Uno de los casos dentro de los 314 analizados reporta compromiso significativo del útero (ruptura uterina).

En 20 de los pacientes, dentro del reporte patológico destaca un grado de inflamación del endometrio (endometritis aguda o crónica)

Es importante hacer mención que 18 de los reportes encontrados hacen énfasis en algún grado de afectación fetal entre estos autólisis e hiperemia de vísceras fetales, inmadurez de vísceras fetales ,hemorragia y edema de cuero cabelludo, feto macerado, y más aún pacientes con malformación se reportan en tres pacientes entre las que se encuentran: hidrops fetal, meningocele, hipoplasia pulmonar, sirenomelia, gastrosquisis, las cuales se encuentran como múltiples malformaciones para los tres casos en mención .

En 23 paciente se reportan anomalías de placenta y cordón entre las que destacan: decidua necrótica, autólisis de placenta y autólisis de vellosidades coriales y membranas amnióticas, calcificaciones distróficas de placenta, calcificaciones de microvellosidades, hemorragia o hematoma subcorial, amnionitis, deciduitis, torsiones múltiples de cordón umbilical las cuales al igual que las anomalías fetales descritas se encuentran agrupadas en la mayoría de pacientes presentando hasta más de tres alteraciones.

Acerca de las complicaciones vemos que En un 92% de la población estudiada no se encontraron complicaciones posteriores al manejo de aborto es decir en la gran mayoría de las pacientes 289.

Se reporta tan solo un 8% (25 de las pacientes) con algún tipo de complicación posterior al legrado o al ser dada de alta.

De las 25 pacientes en quienes se detectó algún tipo de complicación 16 de ellas presentaron una sola complicación, 7 se reportan con 2 complicaciones y 2 de las pacientes con 3 complicaciones. Resaltando pues que 289 del total de población fue dada de alta con evolución satisfactoria.

En relación al tipo de complicaciones presentadas por las pacientes la retención de

restos ovulares ocupa el mayor porcentaje con un 4.2% (13), la anemia severa ocupa el segundo lugar con un 1.2% (4 pacientes) existiendo como tercer lugar una distribución unitaria para perforación uterina , hematoma de pared uterina anterior, shock séptico, shock hipovolémico, hematometra, falla hepática y trombocitopenia idiopática las cuales se presentan casi en su mayoría acompañadas por retención de restos ovulares hasta en un 1.2% del 8% de pacientes con complicaciones.

El manejo de las complicaciones esta en concordancia con lo mencionado anteriormente ya que como se enuncio la mayoría se acompañó de retención de restos ovulares por los que el legrado fue el principal manejo de las complicaciones además se empleó transfusión de hemoderivados, antibióticos, aminas vasoactivas, misoprostol , y en el peor de los casos laparotomía exploradora en el caso de dos de las pacientes del estudio.

RECOMENDACIONES

1-Promover la evaluación sistemática de pacientes en la unidad de emergencia, con diagnóstico de aborto a través de guías específicas para su diagnóstico y tratamiento

2-Capacitar al personal de salud sobre la importancia de los datos recolectados en la historia clínica, recalcar la importancia de detallar aún más en la historia clínica perinatal de cada paciente

3-Implementar mecanismos de investigación que promuevan técnicas y procedimientos seguros para las pacientes, a fin de reducir la morbi-mortalidad y la incidencia de aborto en nuestro medio

4-Este perfil delimita al grupo al que deben dirigirse las medidas de salud encaminadas a disminuir esta morbilidad o por lo menos al grupo al que debe prestar más atención

5-Capacitar al personal de salud, así como mejorar los mecanismos de supervisión en relación al diagnóstico y tratamiento de pacientes con diagnóstico de aborto

6-Promover la Consulta preconcepcional como mecanismo de garantía para la detección temprana y oportuna de los embarazos de riesgo

7-Establecer un sistema informático expedito que aporte un reporte histopatológico y reportes de laboratorio confiables y eficientes a fin de establecer un seguimiento adecuado a las pacientes

8-Promover programas educativos que incentiven la consulta temprana, la detección de signos de riesgo y ayuda sobre planificación familiar

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

N° _____



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, EVOLUCIÓN CLÍNICA, COMPLICACIONES Y CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA DE PACIENTES QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO. ENERO-DICIEMBRE, 2013.

Expediente: _____

Edad: _____

- | | |
|------------|--------------------------|
| < 15 años | <input type="checkbox"/> |
| 15-20 años | <input type="checkbox"/> |
| 20-30 años | <input type="checkbox"/> |
| 30-40 años | <input type="checkbox"/> |
| > 40 años | <input type="checkbox"/> |

Domicilio: _____

Urbano **Rural**

Estado civil:

Casada **soltera** **unión libre** **divorciada**

Escolaridad: _____

Analfabeta

Educación básica: Primaria

Secundaria

Tercer ciclo

Educación media

Educación superior

Antecedentes Gineco obstétricos

Edad gestacional: _____

Formula obstétrica: _____

Partos previos: vaginales cesáreas

Complicaiones en partos previos

ITS/ otras infecciones

Embarazo ectópico si no **tratamiento:**

Factores de riesgo

Infecciones si no **tipo:**

Maniobras Abortivas si no

Abortos previos

Incompetencia ístmico cervical si no

Cirugias previas si no **tipo:**

Periodo intergénésico : < 1año 1-2 años

Antecedentes médicos: _____

Presente Embarazo/ Evolución Clínica

Controles prenatales si no N de CPN

Diagnóstico de ingreso

Tipo de aborto:

Amenaza de aborto
aborto inminente
aborto inevitable
aborto completo
aborto incompleto
aborto recurrente
aborto séptico
aborto fallido

Manifestaciones Clínicas:

Hemorragia	si	no
Fiebre	si	no
Dolor	si	no
Amniorrea	si	no
expu. restos ovulares	si	no

Tiempo que demoro en consultar: _____

Tratamiento recibido _____

Legrado si no N de legrados realizados

Maduración cervical si no medicamento utilizado:

Observación si no

Días de estancia hospitalaria

Causas de aborto:

Diagnóstico ultrasonográfico

Si no

Diagnóstico:

Reporte Histopatológico:

Complicaciones: _____

Infección
retención de restos
perforación uterina
intervención quirúrgica
CID
Otras:

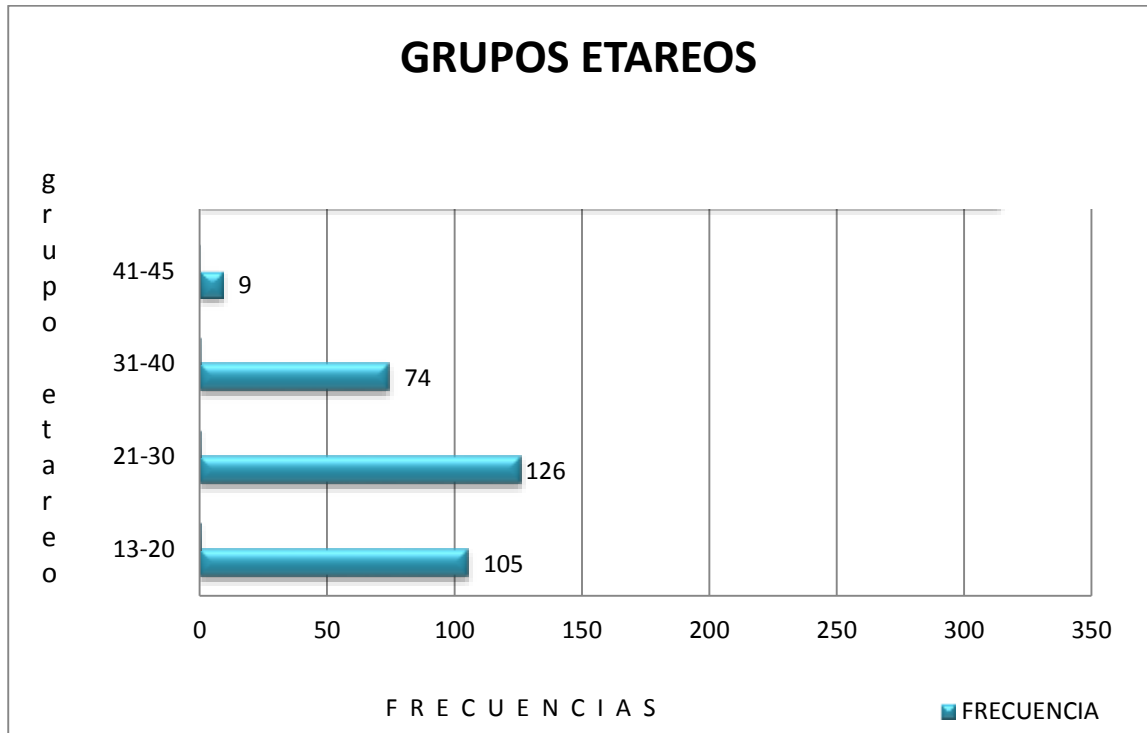
Manejo de las complicaciones: _____

Reporte anatomo-patológico _____

Anticoncepción _____

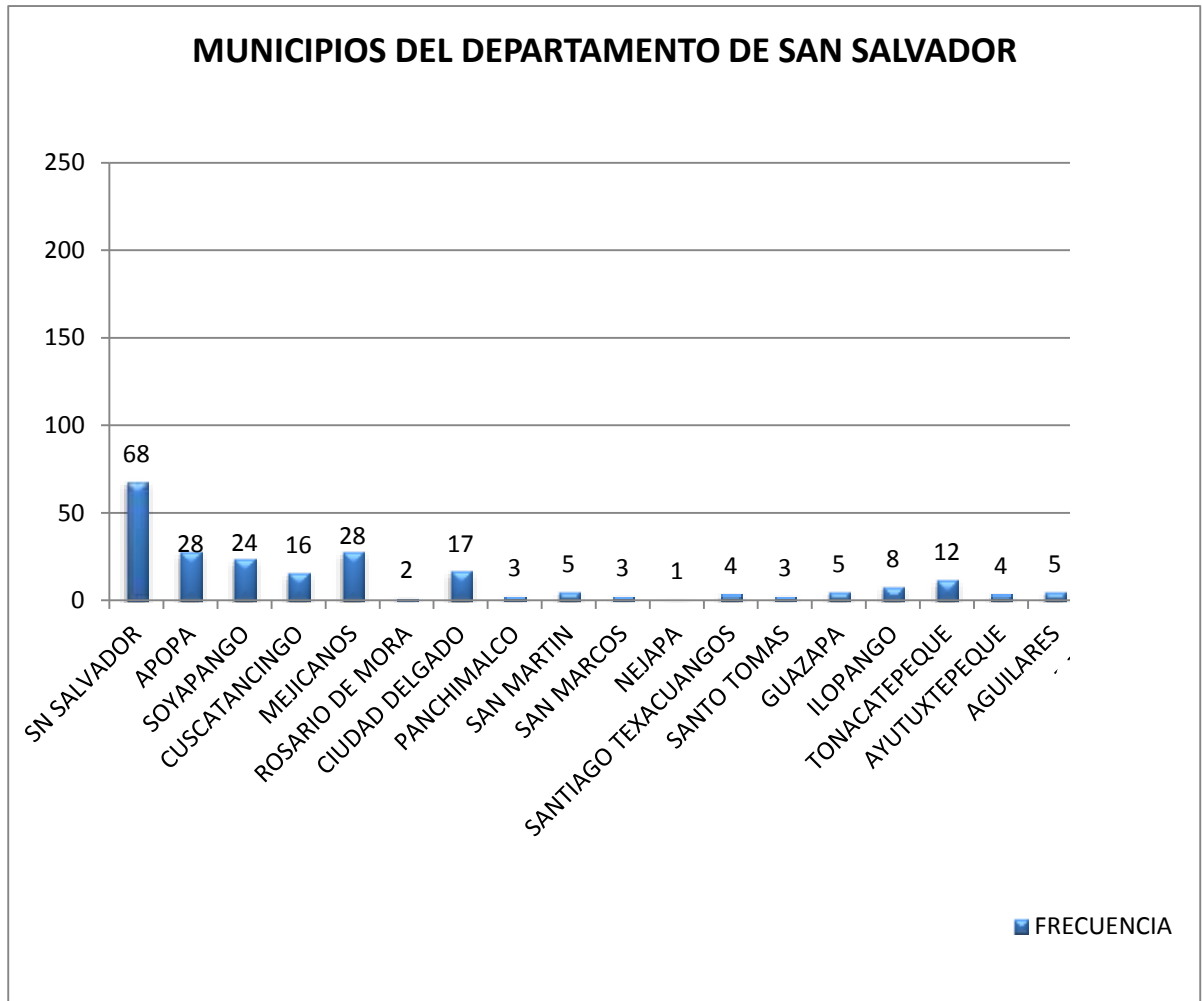
ANEXO 2. GRAFICOS

GRAFICO 1. Grupos etáreos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013



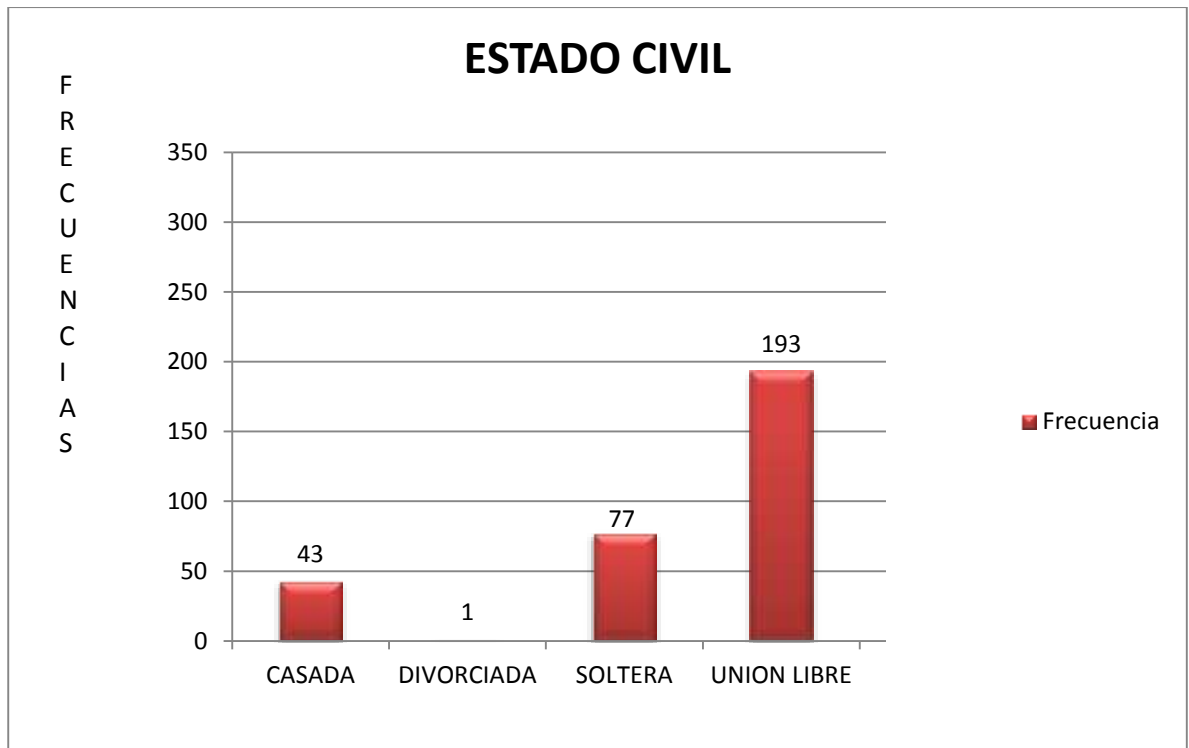
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 2. Distribución por municipios del departamento de San Salvador, que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el periodo comprendido de enero a diciembre 2013



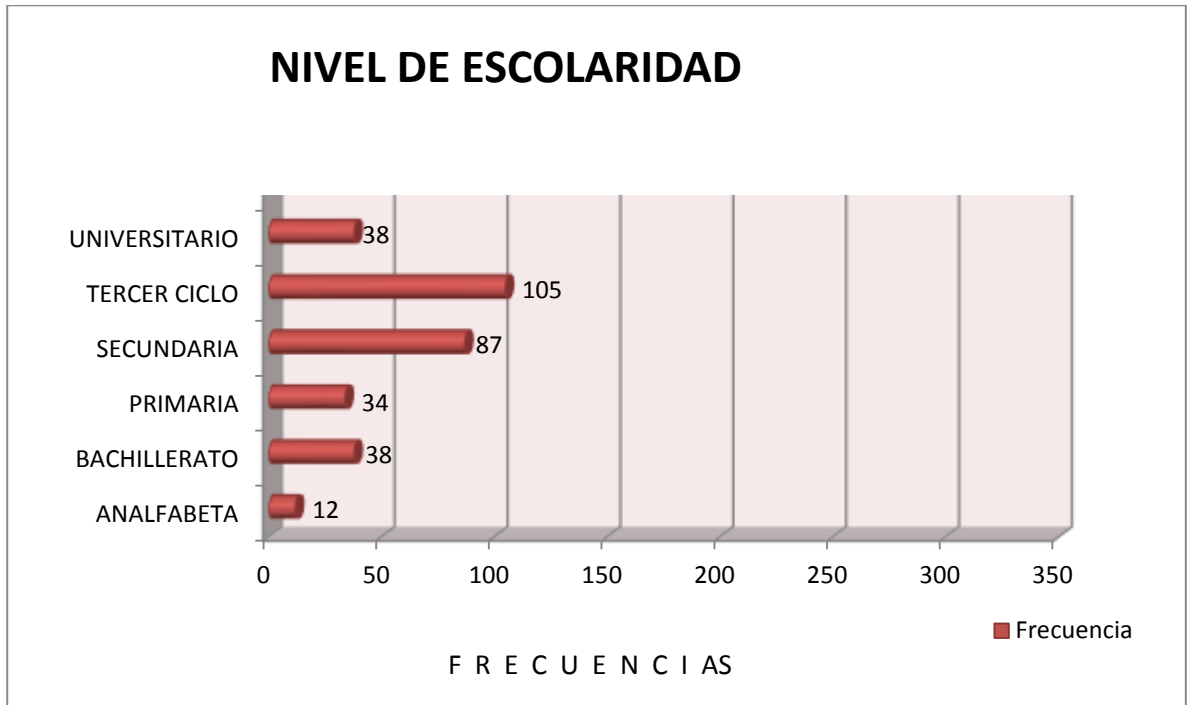
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 3. Distribución de población en estudio según estado civil que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013



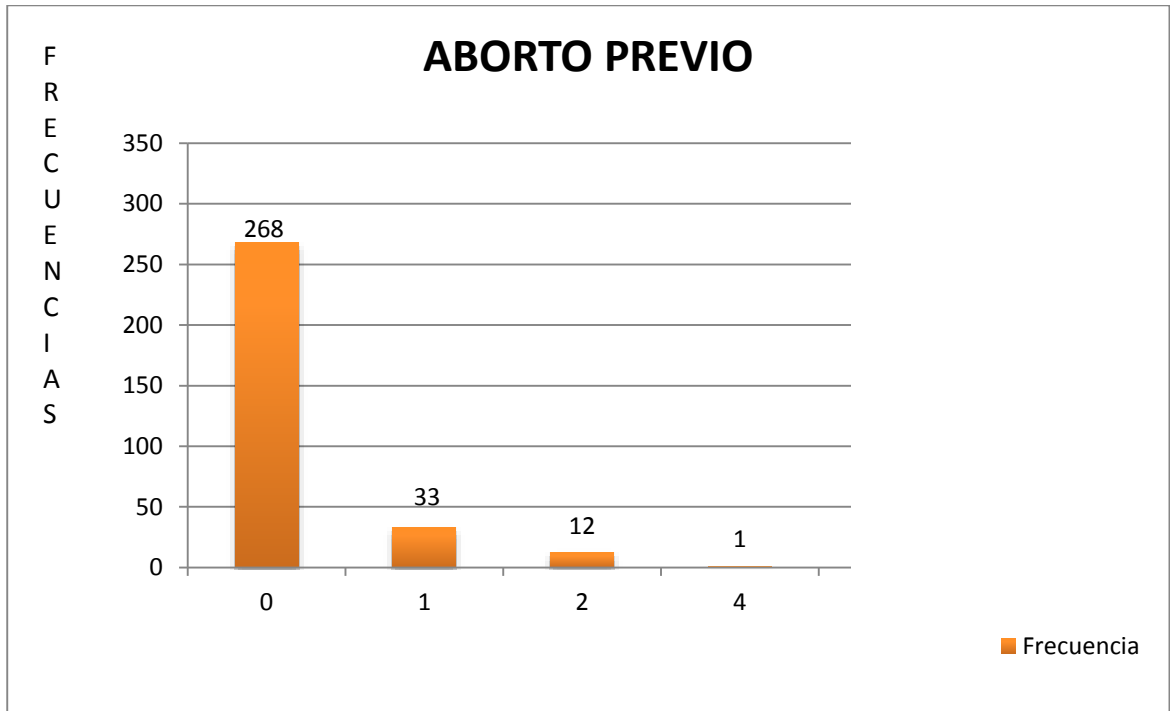
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 4. Nivel de escolaridad de la población en estudio que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013



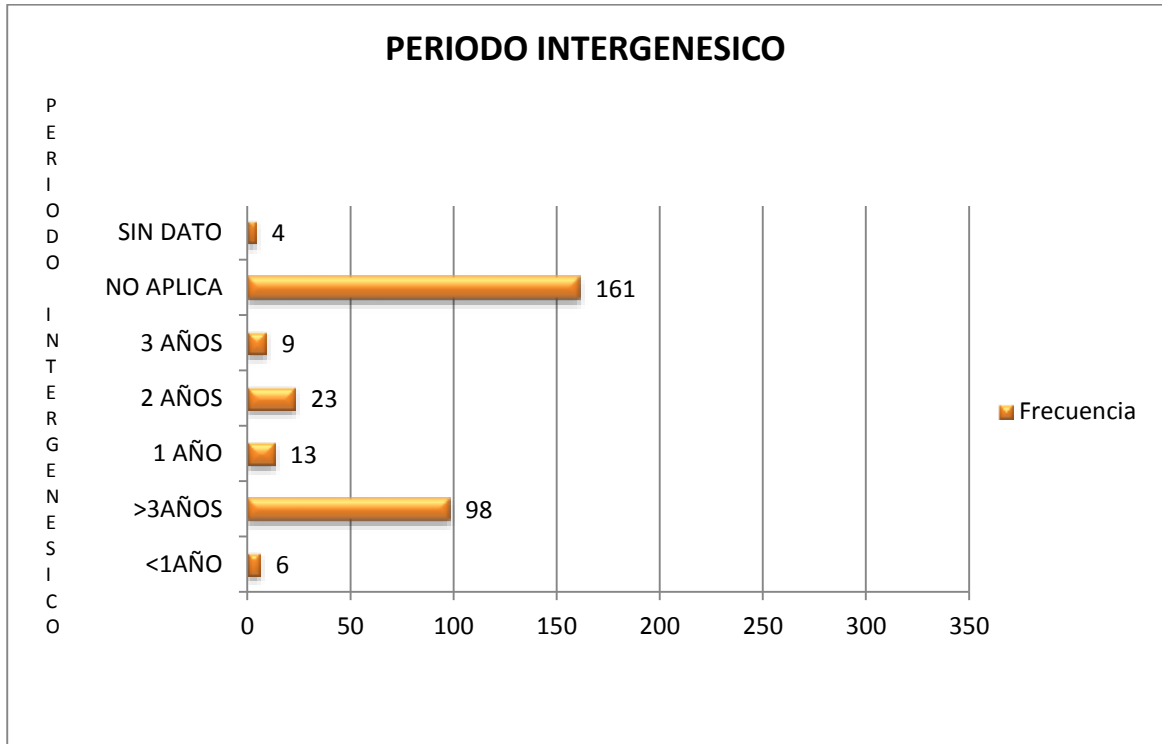
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 5. Antecedente según presentación de aborto previo en pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013



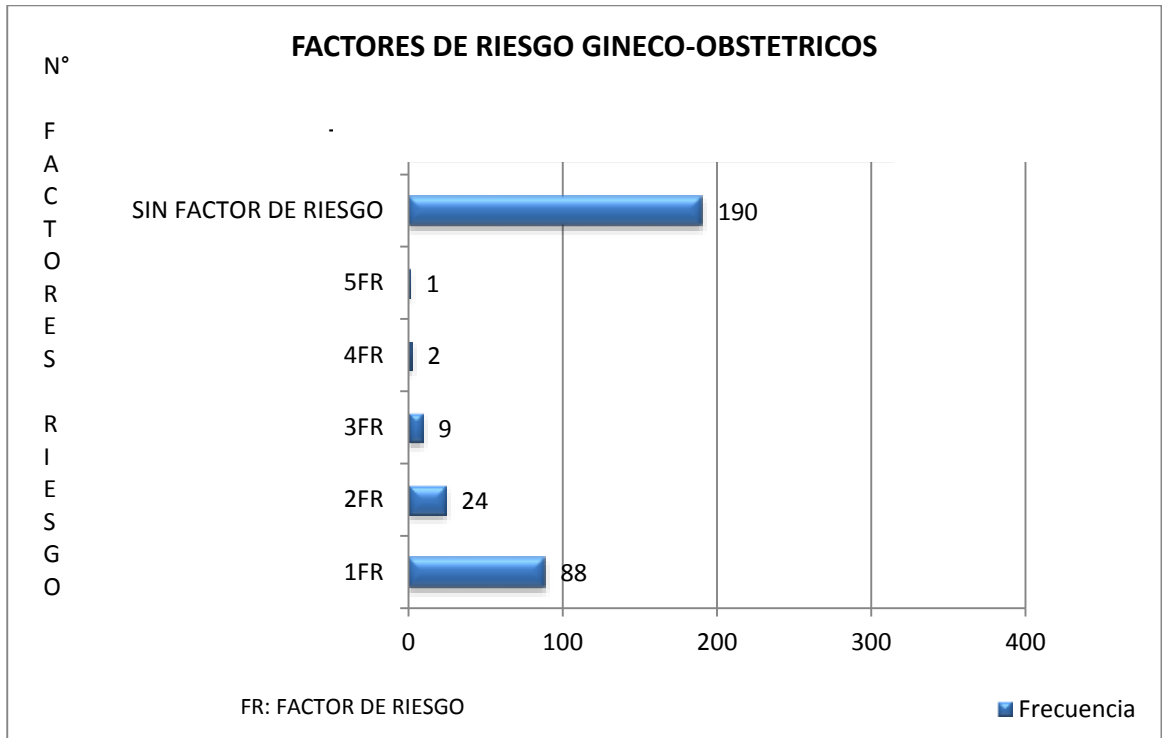
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 6. Distribución de la población en estudio según periodo intergenésico al diagnóstico actual de aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad entre enero y diciembre 2013



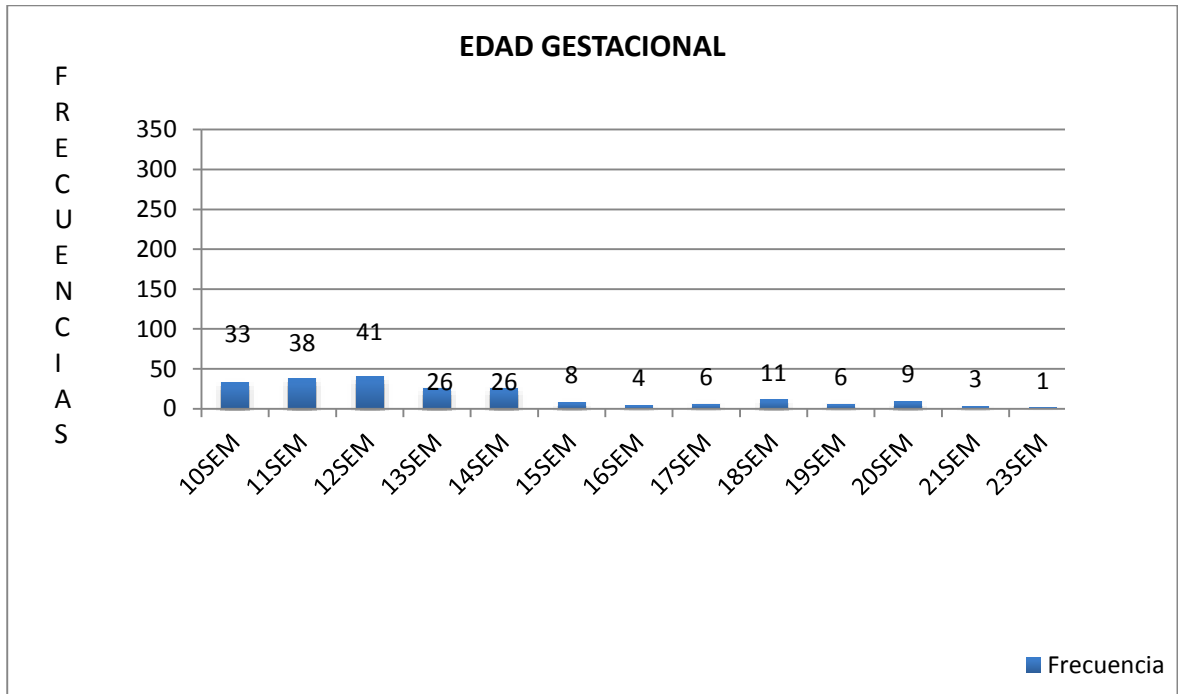
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 7. Numero de factores gineco-obstétricos de riesgo detectados al momento de consultar pacientes con diagnóstico de aborto, Hospital Nacional Especializado de Maternidad, enero a diciembre 2013



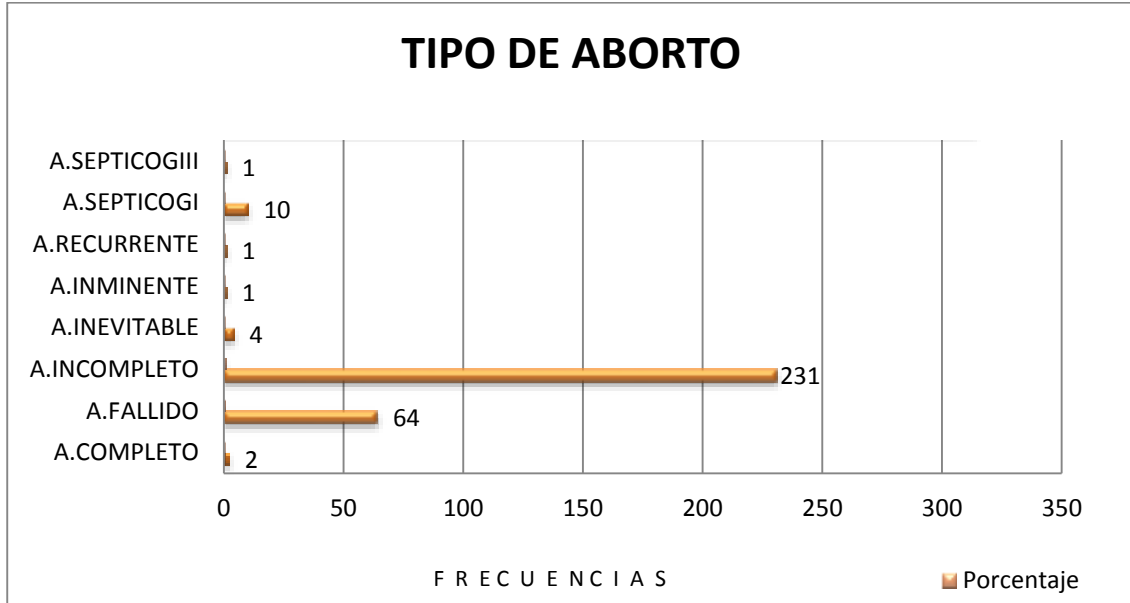
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 8. Distribución de frecuencias por edad gestacional en las pacientes que fueron diagnosticadas como aborto en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, enero a diciembre 2013



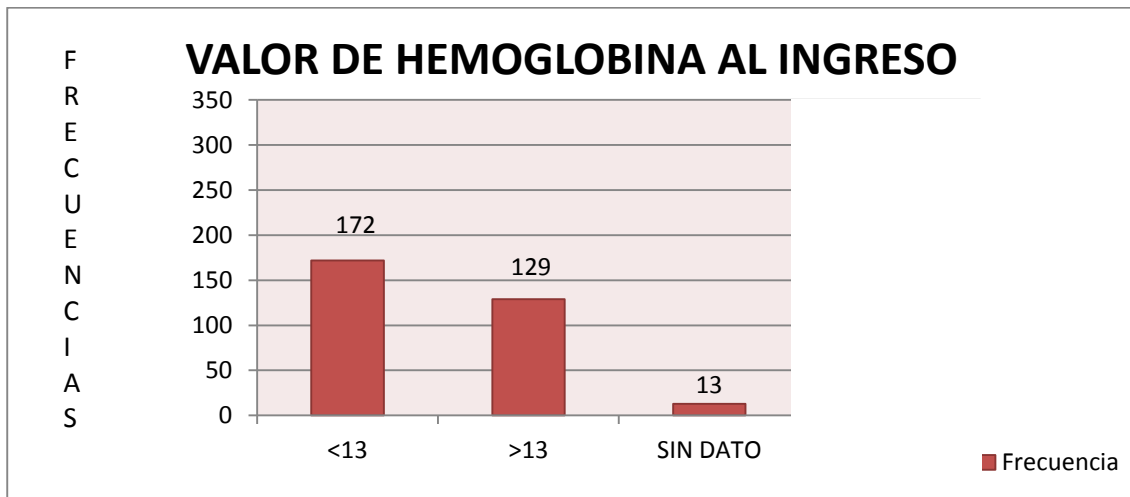
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 9. Tipo de aborto con el que fueron diagnosticadas las pacientes que consultaron en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad entre enero y diciembre 2013



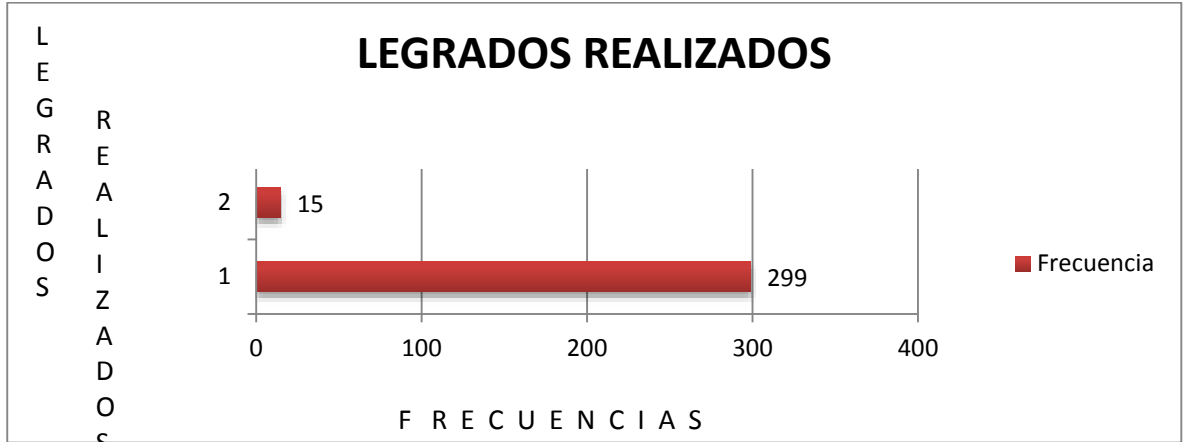
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 10. Valor de hemoglobina reportada al ingreso de pacientes con aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013



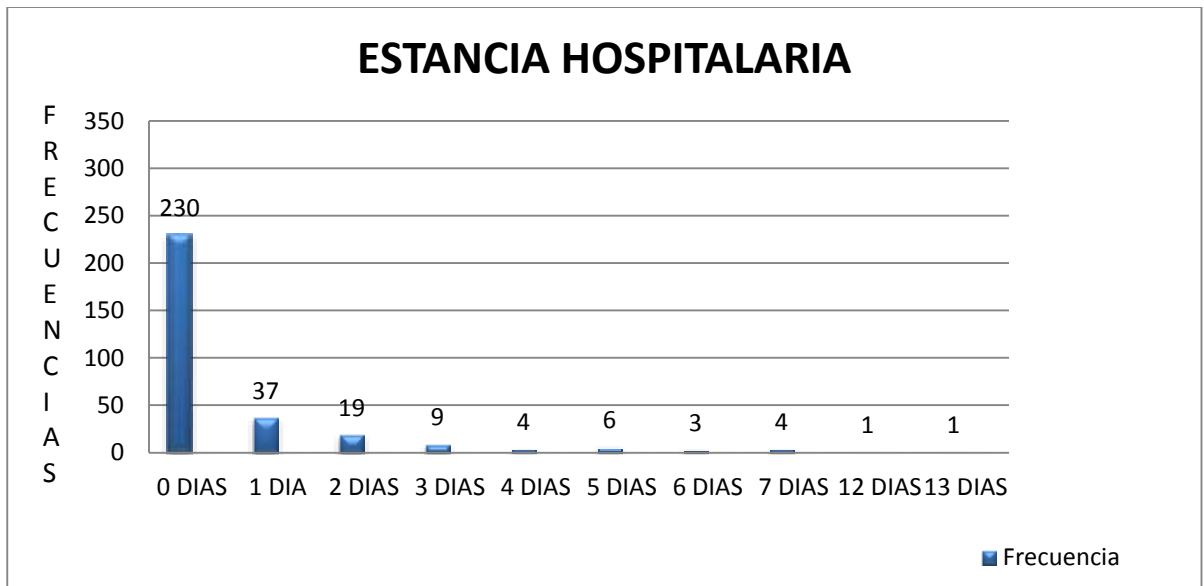
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 11. Numero de legrados realizados a pacientes en estudio, Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013



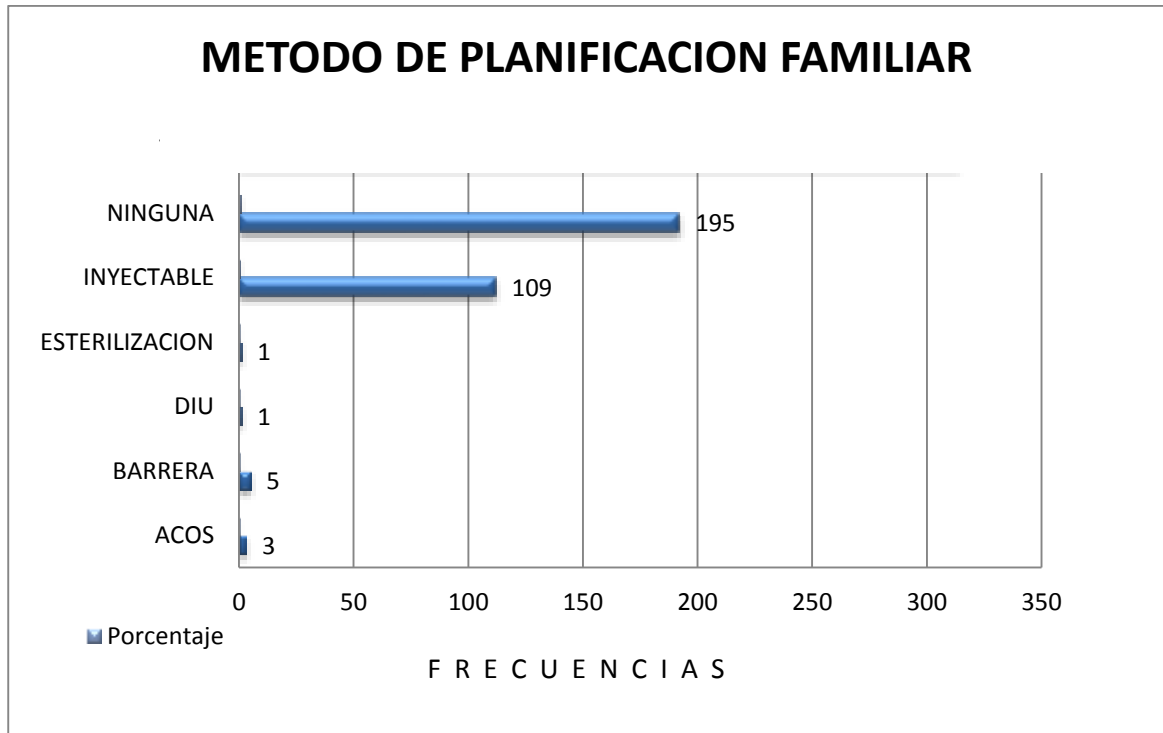
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 12. Días de estancia hospitalaria al ingreso de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad. Enero a diciembre 2013



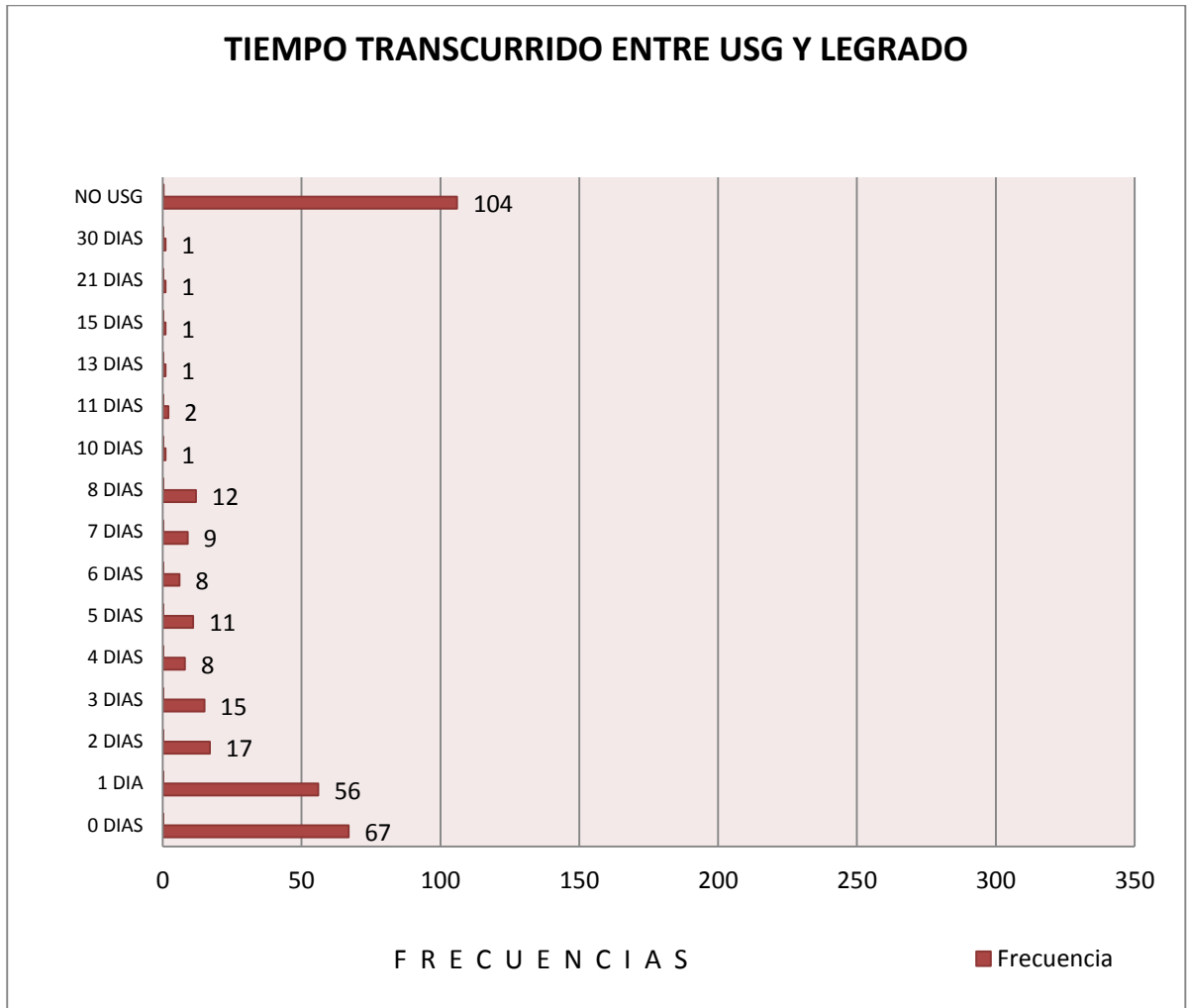
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 13. Tipo de método de planificación familiar administrado a pacientes al alta con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero-diciembre 2013



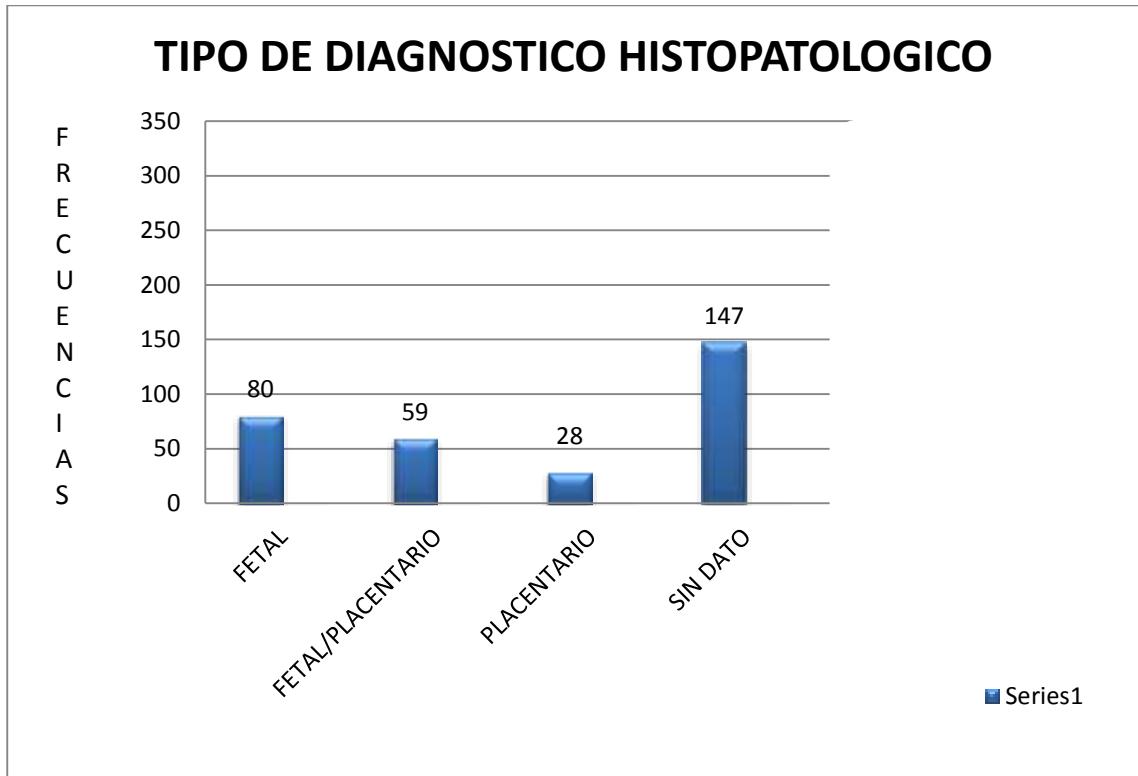
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 14. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico ultrasonográfico a la realización de legrado en pacientes en estudio en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013



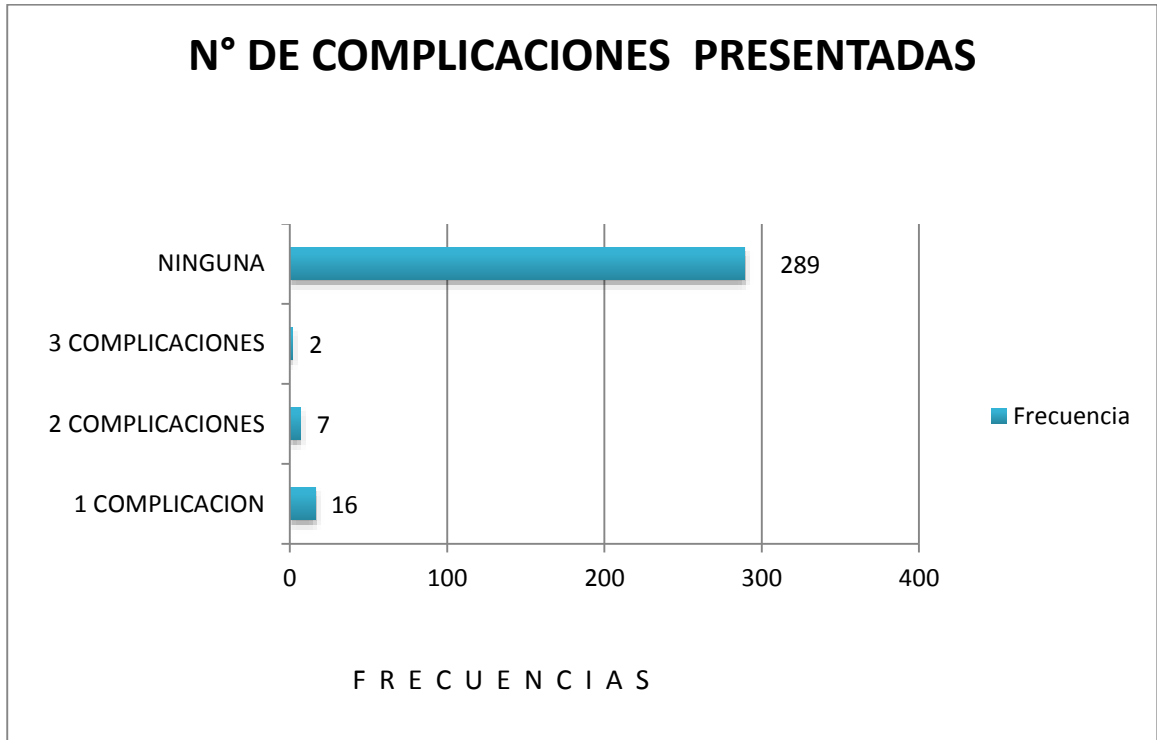
FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 15. Categorización del reporte histopatológico según hallazgos histológicos en pacientes diagnosticadas con aborto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad enero a diciembre 2013



FUENTE: consolidado de datos de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el período comprendido de enero a diciembre 2013

GRAFICO 16. Numero de complicaciones reportadas post legrado en población de estudio del Hospital Nacional Especializado de Maternidad de enero a diciembre 2013



FUENTE: consolidado de datos de de pacientes que consultan en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con diagnóstico de aborto en el periodo comprendido de enero a diciembre 2013

BIBLIOGRAFÍA

(1) Organización Mundial de la Salud: El desafío de la salud pública. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Ginebra: OMS; 2003.

(2) FESAL .Encuesta Nacional De Salud Familiar, Informe Final. El Salvador; 2009

(3) Ministerio de Salud El Salvador; Unidad de Atención integral a la mujer .Situación Del Aborto En El Salvador. El Salvador; 2009

(4) Ministerio de Salud El Salvador: Gerencia de Atención Integral en salud a la mujer y niñez .Estudio de Línea de base de la mortalidad materna en el salvador mayo de 2005 a junio de 2006.el salvador; 2006

(5) Hospital Nacional Especializado de Maternidad: “Dr. Raúl Arguello Escolán”; Memoria de labores. El Salvador; 2013.

(6) MSPAS. “Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el

Segundo Nivel de Atención”. El Salvador; 2006

(7) Ministerio De Salud El Salvador; Guías Clínicas Ginecología Y Obstetricia. San Salvador, El Salvador; 2012

(8) Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). “Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS”. 2010.

(9) SEGO. Grupo de Trabajo Sobre Asistencia a las Complicaciones Médicas y Quirúrgicas del Embarazo de la Sección de Medicina Perinatal. “Asistencia a las Complicaciones Médicas y Quirúrgicas del Embarazo”. 2008.

(10) OPS / OMS. “Más Allá de las Cifras: Revisión de las Muertes Maternas y las Complicaciones del Embarazo para hacer la Maternidad más Segura”. 2009.

(11) Cunningham, F. Leveno, K. "Obstetrica de Williams". Vigésimo Tercera Edición; Editorial Mc Graw Hill Interamericana, Estados Unidos. 2009.

(12) OMS .Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008 (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank); 2010