

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN -LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

**“EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO EN EL MANEJO POST- ABORTO EN
EL HOSPITAL DR. OSCAR DANILO ROSALES ARGÜELLO (HEODRA)
PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2007”**

AUTORES:

BR. ARMEL ABRAHAM LÓPEZ REYES

BR. MARIO ANTONIO LAINEZ OLIVAS

TUTOR:

R. JAIRO GARCIA/ GINECO-OBSTETRA

ASESOR:

DR. ARNOLDO TORUÑO/ MSC SALUD PÚBLICA

León, Septiembre 2007

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

ÍNDICE

Dedicatoria

Agradecimiento

Resumen

Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	4
Planteamiento del Problema	5
Objetivos	6
Marco Teórico	7
Diseño Metodológico	29
Resultados	35
Análisis de Resultados	45
Conclusiones	48
Recomendaciones	49
Bibliografía	50
Anexos	52

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

DEDICATORIA:

- ✚ A Dios por guiar mis pasos hasta el final de las metas trazadas, dándome fortaleza y esperanza.

- ✚ A Las Pacientes que participaron en el estudio y que son el motivo de esta investigación.

AGRADECIMIENTO:

- ✚ A Dios por guiar mis pasos hasta el final de las metas trazadas, dándome fortaleza y esperanza.

- ✚ A mi familia quienes con mucho amor y paciencia han contribuido en mi crecimiento profesional.

- ✚ Al Dr. Jairo García por su apoyo y sus sabias orientaciones en la realización de esta investigación.

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, cuyo objetivo es Evaluar el cumplimiento del protocolo de manejo post-aborto en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo comprendido entre enero a junio del año 2007.

Esta tesis incluyó a toda mujer embarazada que en el periodo de estudio haya sido diagnosticada y manejada como Post-Aborto en el Hospital antes mencionado.

Los principales resultados fueron:

El cumplimiento del protocolo para el manejo de las pacientes en post aborto fue insatisfactorio, alcanzando el 57.5%, cuando el umbral mínimo de cualquiera de los parámetros es del 80%.

Predominaron las pacientes adultas, con un nivel educacional de secundaria, y de procedencia urbana. Encontramos mayor frecuencia de Primigestas, sin antecedentes de aborto y con menos de 12 semanas de gestación. El diagnóstico que predominó fue el aborto incompleto en 81.8% de los casos.

El 81% de las pacientes estudiadas egresaron con un método de planificación familiar, sin embargo la consejería solo se brindó al 64.9% de las pacientes.

Existen aspectos muy positivos en relación al manejo como el uso de líquidos intravenosos en todas las pacientes, lo que previene complicaciones como el shock. Además encontramos que en el 92.6% de las pacientes el método de evacuación uterina empleado fue el AMEU, lo que se corresponde con las recomendaciones internacionales por su seguridad y bajo índice de complicaciones.

Sin embargo aún hay aspectos que deben mejorarse como la administración de antibiótico profiláctico según las normas y la aplicación de la dT.

INTRODUCCION

Se define como aborto la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, con un peso del producto de la gestación menor a 500 gr. (1, 2 ,3).

Desde 1967, en la Asamblea Mundial de la Salud se reconoce al aborto como un importante problema de salud de la mujer y salud pública, actualmente se calcula que a nivel mundial el 10% de los embarazos terminaran en aborto; el 50% de estos se debe a imperfecciones del huevo, el 35% es hormonal mientras que el 15% restantes se debe a otras etiológicas. Cada año mueren aproximadamente 70,000 mujeres por complicaciones relacionadas a esta causa, en su mayoría debido a un aborto realizado en condiciones de riesgos, porque carecen de acceso no solo a los servicios de aborto legal y seguro sino incluso al tratamiento humano y oportuno de las complicaciones del aborto, ya sea espontáneo o inducido. En Nicaragua se estima que ocurren 31,912 abortos, siendo la tasa de mortalidad anual por dicha causa de 86 por cada 100,000 hab., una de las más altas de Latinoamérica. (4,5)

En nuestro país a partir del año 2002, en todos los hospitales se empezó a implementar el protocolo de manejo post-aborto para atender a las mujeres que acuden con aborto o en el post-aborto, en un esfuerzo del ministerio de salud por brindar mejor atención, fácil acceso al servicio y así evitar complicaciones propias de dicha patología, también se persigue un manejo integral, brindándole consejería sobre planificación familiar y de ser posible proveer de un método de planificación al alta de la unidad de salud.

ANTECEDENTES

Históricamente los casos de abortos se han descrito en el mundo desde hace 4,500 años. Un documento chino sugería el uso del mercurio como abortivo, una ley Asiría de 1200 a.C. castigaba a la mujer que abortaba condenándola a muerte y dejándola insepulta. (5)

En 1967 la Asamblea Mundial de Salud reconoció al aborto como un importante problema de salud de la mujer y salud pública, sin embargo, en ese tiempo se disponía solo de una información limitada que no permitía conocer la verdadera extensión de este problema. (6,7)

En 1987 en Nairobi, Kenya se convocó a una reunión internacional en la que se lanzó la iniciativa llamada maternidad sin riesgo o maternidad segura. (8,9)

El impacto del aborto inseguro en la salud de la mujer fue reconocido y priorizado por los gobiernos que forman parte de las Naciones Unidas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994, CIPD) y la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (Beijing, 1995). En estas conferencias fueron adoptadas diversas resoluciones por los Estados participantes incluyendo algunos relacionados directamente con el aborto y su atención. Ambas conferencias confirmaron la importancia de mejorar la atención dirigida hacia aquellas mujeres que sufren complicaciones producto de un aborto inseguro, como un elemento de la salud reproductiva. (3,7,8).

En 1968 se realizó la primera exploración al problema del aborto en Nicaragua, el Doctor Clemente Guido encontró un porcentaje de 1.5% de aborto ilegales como componente del 5% que representaba el aborto para el país. (10)

Durante la década de los 80 la primera causa de muerte materna en Nicaragua fue el aborto clandestino secundario a embarazos no deseados, en 1985 en el Hospital Berta Calderón de Managua el porcentaje de aborto era del 16% de las cuales solo 1.75% se reconocieron maniobras abortivas, 0.14% fueron terapéuticos y el 98% se clasificaron como espontáneos. (10)

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Otro estudio realizado en el Hospital Berta Calderón, entre los años 1989 y 1991 encontró que el aborto inducido ilegalmente era la causa principal de muerte materna en el Hospital con 312 casos, 19 pacientes fallecieron, siendo las causas más frecuentes infección y perforación uterina. (10)

En el nivel del sector salud, en 1989 el MINSA publicó la “Norma de atención al aborto” la cual no fue distribuida ni aplicada con regularidad en las unidades de salud. Luego en el año 2002, el MINSA establece las pautas generales de manejo en ***el Protocolo para el manejo del post- aborto***. En el año 2006, en el marco de continuar con los esfuerzos de mejorar la calidad de atención, el ministerio de salud implementa la estandarización del protocolo para el manejo del post- aborto en todos los servicios de salud pública, el cual no es más que una actualización respecto al que se empezó a utilizar en el 2002. (10)

JUSTIFICACION

Con el manejo normado del post-aborto se persigue, no restringir el quehacer médico, si no que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos asociados a las intervenciones de salud, mejorar la calidad de la atención, reducción de gastos y tiempo intrahospitalario, lo cual tendrá un impacto positivo en el aspecto económico tanto de la institución, como de las pacientes y sus familiares; permitir el fácil acceso de las pacientes a este servicio, y que el manejo sea integral tanto medico, psicosocial y preventivo al brindarle consejería sobre planificación familiar, y proveerle de métodos de anticoncepción.

En lo social, como objetivo final se pretende lograr la reducción de la morbimortalidad por abortos, a sabiendas que Nicaragua presenta una de las tasas más altas de Latinoamérica.

Para lograr dichos objetivos se hace necesario el cumplimiento de los parámetros de manejo de post-aborto, con este trabajo no se pretende señalar errores u omisiones, sino más bien identificar debilidades, si las hay y brindar sugerencias para que se cumpla con los propósitos que se persiguen con dichas normas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de cumplimiento de las normas de atención post-aborto en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello en el período comprendido entre Enero-Junio del año 2007?

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Evaluar el cumplimiento del protocolo de manejo post-aborto en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello en el periodo comprendido entre enero a junio del año 2007.

Objetos específicos:

- Describir las características demográficas de las pacientes en estudio.
- Identificar las características obstétricas de las pacientes en estudio.
- Investigar si las pacientes reciben consejería sobre planificación familiar al alta en el presente estudio.
- Cuantificar las pacientes que al momento del alta se les proporciona un método de planificación familiar en el presente estudio.
- Determinar el cumplimiento de los parámetros establecidos en el protocolo de manejo de las pacientes en estudio.

MARCO TEÓRICO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN POST-ABORTO Y SUS DIFERENTES FORMAS CLÍNICAS ⁽¹⁾:

Información general del procedimiento

Especialidad: ginecología y obstetricia

Servicio: ginecología y obstetricia y ambiente de atención a la mujer.

Nivel de resolución: I y II nivel de atención.

Fecha de actualización: revisar en el año 2009.

Información específica del procedimiento

Definiciones

Existen diversas formas de clasificar los abortos

- *Según la época de la gestación:*

Precoz: antes de las 12 semanas.

Tardío: después de las 12 semanas de gestación.

- *De acuerdo a la forma de presentación clínica:*

Amenaza de aborto:

Este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo se caracteriza por amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en región del hipogastrio, acompañado o no de sangrado transvaginal, sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea.

Aborto inminente o en curso:

En este se acentúan los síntomas antes descritos, persiste dolor tipo cólico, sangrado transvaginal y el cuello uterino presenta modificaciones cervicales.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Aborto inevitable:

Presencia de dolor y/o sangrado intenso que compromete la vida de la mujer, salida transvaginal de líquido amniótico.

Aborto diferido o huevo muerto retenido:

El huevo esta muerto en útero, no hay signos ni síntomas de aborto, el crecimiento uterino esta detenido, los niveles de hormona gonodotropinica coriónica disminuyen, ausencia de vitalidad fetal por ultrasonido.

Aborto incompleto:

El contenido uterino se expulsa parcialmente, el tamaño de útero se mantiene o disminuye, el cuello uterino esta dilatado en sus dos orificios y persiste el sangrado.

Aborto completo:

El huevo se expulsa completamente, ocurre en embarazos tempranos.

Aborto séptico:

Es una de las formas anteriores, con un proceso infeccioso sobre agregado en la cavidad uterina. Sus síntomas y signos son por lo general los de una infección pélvica de leve a severa.

Etiología:

- Ovulares (representa el 70% de abortos espontáneos, factores hereditarios, defectos cromosómicos o de las células sexuales).
- Maternas orgánicas (tuberculosis, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas, infecciones pélvicas genito-urinarias, desgarros cervicales)
- Funcionales(endocrinopatías: diabetes hipertiroidismo, cuerpo lúteo insuficiente)
- Inmunológicas: Lupus Eritematoso.
- Psicodinámicas: estrés extremo, psicosis.
- Tóxicos: intoxicación con plomo, mercurio, alcoholismo.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

- Carencial: hipovitaminosis, anemia, mala nutrición, falta de oligoelementos.
- Traumatismos físicos.
- Social: violencia, violación, falla del método anticonceptivo, embarazo no planificado, rechazo del embarazo.

Factores de riesgo:

- Edades extremas de la vida reproductiva (menor de 15 y mayor de 35 años).
- Multiparidad, gran multiparidad.
- Antecedentes de aborto previo.
- Antecedentes de embarazo no deseado.
- Enfermedades crónicas.
- Malas condiciones socioeconómicas.
- Infecciones urinarias.
- Prácticas de maniobras abortivas en embarazo actual.

Exámenes complementarios:

- Test de confirmación de embarazo (en orina o sangre):
- Examen General de Orina.
- Biometría Hemática Completa, Grupo y Rh.
- Ultrasonido.

Complicaciones:

Consisten en la retención de los anexos ovulares o de alguna parte de ellos, la hemorragia y las infecciones la mas grave de las cuales da lugar al síndrome icteroazoemico de Mondor.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LAS DIFERENTES FORMAS CLÍNICAS DE ABORTO:

Clínica	Amenaza de aborto	Aborto inminente	Aborto inevitable	Aborto diferido	Aborto incompleto	Aborto completo	Aborto séptico	
Sangrado	Si	Si	Si	Ausente o moderado	De leve a moderado	Si/No	De leve a moderado	
Dolor pélvico	Si/No	Si	Si	Ausente o leve	De leve a moderado	No	De moderado a Severo	
Expulsión del contenido uterino	No	No	No	No	Si	Si	Si o No	
Maniobras abortivas	Si/No	Si/No	Si/No	No	Si/No	Si/No	Generalmente Si	
Examen físico general								
Estado general	Bueno	Regular	Regular	Bueno	Regular	Bueno	Malo	
Palidez	No	Moderada a severa	Moderada a severa	De leve a moderado	De leve a severa		Moderada a severa	
Fiebre	No	No	No	No	No	No	Si o hipotermia	
Taquicardia	No	Si / No	Si / No	No	Leve	No	si	
Ictericia	No	No	Presente si se complica con CID	N	No	No	Presente si se complica con CID	
Resistencia abdominal	No	No	No	No	No	No	Moderado o severo	
Tendencia al sangrado	No	No	No	Si o no	No	No	Posible	
Examen ginecológico								
Especulo	Lesión cervical	Si / No	No	Si / No	No	Si / No	Si / No	Si / No
	Sangrado	Si / No	Escaso	Si	Si / No	Si	Si	Si / No
Tacto vaginal	Tamaño del útero con relación a la edad gestacional	Igual	Igual	Igual	Menor o Igual	Menor	Menor	Menor o Igual
	Cérvix	Cerrado o entreabierto	abierto	Cerrado	Cerrado o entreabierto	Abierto	Abierto	Abierto o cerrado
	Dolor a la movilización del cérvix	No	No	Si	No	Leve	No	Si, intenso
	Fondo de saco posterior	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Ocupado o no, doloroso
Exámenes auxiliares								
Leucocitosis	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	
Test de embarazo	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo o Positivo	Negativo o Positivo	Negativo o Positivo	Negativo	
Actividad cardiaca fetal	Si	Si/No	Si/No	No	No	No	Si/No	
Recuento de plaquetas	Normal	Normal	Normal	Normal o disminuido	Normal	Normal	Normal o disminuido	
Prueba de coagulación y sangría	Normal	Normal	Normal	Normal o disminuido	Normal	Normal	Normal o disminuido	

TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO

Criterios generales de manejo:

- Reposo en cama en todos los casos.
- Si hay sangrado transvaginal activo, canalizar con bránula 16 o de mayor calibre y Solución Salina Normal o Ringer.
- Determinar vitalidad fetal con Ultrasonido.
- Evacuación uterina en caso de comprobar pérdida de la vitalidad fetal.
- Antibióticos si existen signos y síntomas de infección.

a) amenaza de aborto:

Primer nivel de atención:

Manejo ambulatorio:

Explicar a la paciente su problema y los riesgos que tiene. Instruirla a cerca de la necesidad de su colaboración y la importancia de acudir a la unidad de salud en caso de persistencia o agravamiento de su sintomatología.

- Reposo en cama.
- Evitar relaciones sexuales.
- Tratar patología de base (infección de vías urinarias, ITS, otras patologías).
- Evaluar vitalidad ovular y/o fetal (prueba de embarazo, ultrasonido e ínter consulta en unidades de mayor resolución).
- Establecer el diagnóstico diferencial con otros tipos de aborto, embarazo ectópico, embarazo molar.
- Si cede el sangrado y el dolor, continuar manejo ambulatorio.
- Si persiste o se agrava el sangrado y el dolor o si la mujer cursa con más de 48 horas con dicha sintomatología en la unidad de salud, se recomienda referir a una unidad con capacidad resolutoria (COE básico).

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Manejo en unidad de salud con capacidad resolutive:

- Reposo absoluto en cama.
- Realizar exámenes de laboratorio: Biometría Hemática Completa, Examen General de Orina, Grupo y Rh. Solicite donante al familiar y preparar sangre si se requiere, determinación de gonadotropina coriónica.
- Investigar vitalidad del producto: ultrasonografía (según disponibilidad el medio o la ínter consulta correspondiente).
- Tratar patología de base.
- Si hay remisión de los síntomas y hay vitalidad del producto, brinde consejería y alta.
- No administre medicamentos como: hormonas: estrógenos o progesterona, ansiolíticos, sedantes: Benzodiazepinas, Fenobarbital. Agentes tocolíticos: Fenoterol, Ritodrina, Salbutamol, Indometacina, ya que no mejoran el cuadro clínico de la amenaza de aborto y ocultan los casos de huevo muerto retenido.

OTRAS FORMAS CLÍNICAS DEL ABORTO:

- b) Aborto inminente o en curso**
- c) Aborto inevitable.**
- d) Aborto diferido o huevo muerto retenido.**
- e) Aborto incompleto.**

Primer nivel de atención:

Ya sea de la comunidad o del puesto de salud referirla a la unidad con capacidad resolutive (COE básico).

Segundo nivel de atención:

Manejo en unidad de salud o con capacidad resolutive (COE básico);

- Ingreso a la unidad de salud.
- Realizar exámenes de laboratorio: Biometría Hemática Completa, Examen General de Orina, Grupo y Rh, preparar sangre y organice donante si se requiere.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

- Canalizar con bránula 16 o con mayor calibre disponible.
- Administrar Solución salina normal: paciente estable: 1000 ml. en 6 horas. La reposición de líquidos se hará en dependencia del sangrado a fin de mantener el equilibrio hemodinámico.
- Investigar vitalidad del producto: ultrasonografía (según disponibilidad el medio o la interconsulta correspondiente).
- Administrar dT según Esquema de Vacunación 2006.
- Administrar antibiótico profiláctico en la atención del aborto en el primero y segundo trimestre del embarazo: Cefazolina 1 gr. intravenoso, dosis única.
- Tratar patología de base.

Si el embarazo es menor de 12 semanas:

- Disponer para la evacuación del útero lo más pronto posible mediante aspiración manual Endouterina; la evacuación por curetaje o legrado instrumental solo debe realizarse si no está disponible la aspiración manual Endouterina.

Si la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado:

- Oxitocina, 20 UI en 500 ml de solución salina a 40 gotas por minutos y modificar según respuesta. Administrarla tanto para disminuir sangrado y evacuar contenido uterino como para brindar seguridad al momento de la aspiración Endouterina o legrado.
- Misoprostol 400 microgramos, vía oral repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario (este medicamento es de uso hospitalario) y prepararse para la evacuación del útero mediante aspiración manual Endouterina.

Si el embarazo es mayor de 12 semanas:

- Procure la expulsión espontánea del producto de la concepción y posteriormente haga limpieza de la cavidad uterina.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

- Si fuese necesario infundad oxitocina, 40 UI en 1000 ml de solución salina normal o Ringer, iniciando a 40 gotas por minuto. Modificar la concentración según respuesta hasta lograr la expulsión del producto.
- En embarazos de 12 a 15 semanas indicar Misoprostol 400 microgramos vía oral, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario.
- En embarazo mayor de 16 semanas indicar Misoprostol 200 microgramos vía oral, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario. Este medicamento es uso Hospitalario.
- Después de la expulsión del producto y restos ovulares practicar de preferencia aspiración manual Endouterina.
- Si existe riesgo evidente de sepsis tratar como aborto séptico.

f) Aborto completo:

Si por ultrasonido se comprueba ausencia de restos en cavidad uterina, no se requiere realizar legrado. Si existen dudas realizar aspiración manual Endouterina para comprobar la limpieza total del útero.

g) Aborto séptico:

Dosis inicial o de carga (1ra dosis):

- Ampicilina 4 gramos IV o Penicilina Cristalina 4 millones UI IV.

Dosis de mantenimiento:

- Ampicilina 2 gramos IV cada 4 o 6 horas o Penicilina Cristalina 2 millones UI cada 4 o 6 horas.
- Agregar a cada una de las opciones: Gentamicina 80 mg IV cada 12 horas o 160 mg IV diario. (si existen problemas renales o peso menor de 60 kg, administrar 1.5mg/Kg./cada 12 horas)
- Si se sospecha anaerobios agregar Metronidazol: dosis de carga: 1 gr. IV. Dosis de mantenimiento: 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas o Cloranfenicol 1 gr IV cada 6 horas (12.5 mg/kg IV cada 6 horas).

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Administrar dosis de mantenimiento hasta que remitan signos y síntomas de sepsis y según evolución y criterios clínicos cambiar antibióticos: amoxicilina cápsulas 1 gramo VO cada 6 horas y Gentamicina IM hasta completar 7 días.

Si el embarazo es menor de 12 semanas:

- Después de 8 horas de iniciada la antibióticoterapia disponerse para la evacuación del útero, mediante aspiración manual Endouterina; la evacuación por curetaje o legrado instrumental solo debe realizarse si no está disponible la aspiración manual Endouterina.

Si la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado:

- Oxitocina, 20 UI en 500 ml de solución salina a 40 gotas por minutos y modificar según respuesta. Administrarla tanto para disminuir sangrado y evacuar contenido uterino como para brindar seguridad al momento de la aspiración Endouterina o legrado.
- Misoprostol 400 microgramos, vía oral repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario (este medicamento es de uso hospitalario) y prepararse para la evacuación del útero mediante aspiración manual Endouterina.

Si el embarazo es mayor de 12 semanas:

- Evacue el útero con oxitocina, 40 UI en 1000 ml de Solución Salina Normal o Ringer, iniciando a 40 gotas por minuto. Modificar la concentración según respuesta hasta lograr la expulsión del producto y posteriormente proceda a realizar aspiración manual Endouterina de preferencia, si no, legrado uterino instrumental.
- En embarazos de 12 a 15 semanas indicar Misoprostol 400 microgramos vía oral, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario.
- En embarazo mayor de 16 semanas indicar Misoprostol 200 microgramos vía oral, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario. Este

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

medicamento es uso Hospitalario (si se usa oxitocina o Misoprostol no se deben administrar juntos).

- Después de la expulsión del producto y restos ovulares practicar de preferencia aspiración manual Endouterina, si no legrado uterino instrumental. Si a pesar del procedimiento persiste la sub-involución uterina, la existencia de material serosanguinolento transvaginal, y persistencia o agravamiento del cuadro infeccioso, practicar legrado uterino instrumental para evacuación del útero y eliminar la cantidad de tejido endometrial séptico.
- Condiciones para practicar legrado uterino en caso séptico: realizarlo después de 8 horas de iniciada la antibióticoterapia. Paciente estabilizada hemodinámicamente.

Complicaciones del aborto en general:

- Cada una de las formas clínicas pueden evolucionar a otras formas más graves del aborto.
- Hemorragia que conduzca a shock hipovolémico.

Complicaciones por maniobras abortivas o por procedimientos quirúrgicos que pueden provocar:

- Perforación uterina.
- Lesión vaginal.
- Lesión intestinal.
- Shock séptico.
- Infertilidad.
- Muerte materna.

Criterios de hospitalización del aborto en general:

- Establecer el diagnóstico de algunas de estas formas clínicas del aborto:
Aborto inminente o en curso.
Aborto inevitable.
Aborto diferido o huevo muerto y retenido.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Aborto incompleto.

Aborto completo.

Aborto séptico.

- Pacientes con diagnóstico y hemodinámicamente inestable.
- Agravamiento de patología de base.
- Dificultad de acceso a la unidad de salud.

Criterios de referencia del aborto en general:

- El ambiente socioeconómico y familiar no permiten guardar reposo.
- El sangrado es persistente o se agrava.
- Los dolores en hipogastrio persisten o se incrementan.
- Salida de líquido transvaginal.
- Fiebre.
- Agravamiento de síntomas de enfermedad de base.
- No hay condiciones para tratar el problema en el domicilio, puestos de salud o centro de salud.
- Dificultad de acceso a la unidad de salud con capacidad resolutive.

Control y seguimiento del aborto en general:

- Detección y tratamiento de la anemia.
- Se recomienda prevenir embarazo en los 6 meses subsiguientes en dependencia de sus condiciones obstétricas y de las complicaciones asociadas al aborto.
- Iniciar anticoncepción post aborto (hormonas, condones). De forma inmediata a la finalización del evento obstétrico. El dispositivo intrauterino DIU y la oclusión tubárica bilateral no deberá indicarse en los casos de aborto séptico.
- Detectar oportunamente los signos de infección.
- Consejería y apoyo (rehabilitación emocional).

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Criterios de alta:

Amenaza de aborto:

- Desaparición de contracciones.
- Ausencia de sangrado transvaginal.
- Si hay remisión de los síntomas y hay vitalidad del producto maneje ambulatoriamente.

Post aborto:

- Ausencia o mínimo sangrado transvaginal.
- Si hay remisión de los síntomas y no hay signos de infección.
- En caso de aborto séptico dar alta 72 horas después de la remisión de la sepsis y mantener antibióticos orales hasta completar de 7 a 10 días de tratamiento según evolución y criterio clínico.
- En casos que requieran reposición de sangre dar alta posterior a transfusión sanguínea.(1)

.Atención post-aborto (APA)

El término atención post-aborto se refiere a una medida par reducir la morbilidad materna relacionado con el aborto realizado bajo condiciones de riesgo. Independientemente de las restricciones éticas, morales o legales que una sociedad imponga sobre el aborto, es indispensable que las mujeres que han tenido un aborto, especialmente en condiciones de riesgo- tengan acceso a una atención post-aborto de alta calidad, que conste de los siguientes elementos:

Servicios de urgencias: para la atención del aborto incompleto y las complicaciones relativas con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad. Todos los sistemas de salud deben ofrecer algún nivel de servicios de urgencias para el tratamiento del aborto, puesto que de 5 - 15 % de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo. (7, 14,15 16)

Atención de emergencia: también es necesaria para las mujeres que presentan complicaciones del aborto. Para aumentar la disponibilidad de estos servicios en todo el sistema de salud, se requiere descentralizar servicios y mejorar la calidad y la gama de

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

cobertura en todos los niveles. Estas actividades deben estar respaldadas por el establecimiento de protocolos claros para la prestación de servicios y una capacitación integral y sistemática y ofrecer servicios con tecnologías apropiadas que satisfagan las necesidades de salud y psicosociales de las mujeres.

Planificación familiar post-aborto: para evitar el embarazo no deseado ya que el aborto es un indicador fundamental de una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos seguros y eficaces. En la mayoría de los sistemas de salud, las mujeres atendidas por complicaciones del aborto raramente egresan de la institución habiendo recibido consejería o servicios para evitar futuros embarazos no deseados. Hay un número de obstáculos que impiden la prestación de servicios de planificación familiar a las mujeres que han tenido un aborto, lo cual aumenta el riesgo de repetidos embarazos no deseados.

En los países donde el aborto inducido es fuertemente restringido, una de las formas más directas para disminuir el sufrimiento y la muerte ocasionados por el aborto realizado en condiciones de riesgo se basa en los concentrar los recursos humanos y financieros y disponibles en actividades para mejorar los tres elementos de atención mencionados anteriormente. (7, 13,14)

Es importante reconocer que la atención post aborto es una medida secundaria de prevención, es decir, un tratamiento que busca salvar la vida de una mujer a quien se le ocurrió un aborto inseguro. (7,14)

La prevención de embarazos no deseados y de abortos realizados en condiciones inadecuadas debería ser prioritaria.

Contexto actual de aborto

En octubre del 2000, en la cumbre del milenio de las Naciones Unidas, todos los países acordaron sobre la urgencia global de reducir la pobreza y la desigualdad.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

La necesidad de mejorar la salud materna fue identificada como una de las metas claves de desarrollo del milenio con el objetivo de reducir los niveles de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

A pesar del notable aumento de uso de anticoncepción en las últimas tres décadas, se estima que 40-50 millones de abortos ocurren anualmente, cerca de la mitad en circunstancias inseguras. Globalmente, alrededor del 13% de todas las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos inseguros. (3, 4, 13,18)

Calidad de atención para el manejo post-aborto en Latinoamérica

En la medida que a nivel mundial aumenta el reconocimiento sobre el trágico impacto del aborto en condiciones de riesgo para la salud de las mujeres, ha crecido también el interés y el apoyo hacia el modelo de la atención post aborto (APA) por parte de los(as) profesionales de la salud, de quienes definen las políticas sanitarias y del público en general. (13,15)

En Latinoamérica, A diez años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo, un importante reto para los sistemas de salud a escala internacional es lograr una amplia disponibilidad de servicios de APA para el mayor número posible de mujeres.

Tal reto cobra una relevancia particular en el contexto de los países en desarrollo, cuyas leyes sobre el aborto suelen ser restrictivas y en los cuales la mortalidad asociada a la interrupción del embarazo practicada en condiciones inseguras es en general elevada. En su gran mayoría se están realizando esfuerzos en pro de mejorar la calidad de atención y el acceso a los servicios después de un aborto.

Asimismo, cálculos de la Organización Mundial de la Salud indican que 24% de las muertes maternas en Sudamérica se pueden atribuir al aborto inseguro; este porcentaje es uno de los más elevados de cualquiera otra sub-región del mundo. (13)

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

En el año 2003 se realizó un estudio de que valora la Calidad y acceso a la atención Post-aborto en Perú, luego de la instauración del protocolo de manejo en 1996 de APA en casi todo el país, la cual reveló marcadas mejorías. (15)

Al principio un hospital participante en el estudio que atendía al año entre 400 y 500 mujeres que buscaban tratamiento para un aborto incompleto por embarazos de 12 semanas o menos se le realizaba legrado a todas las pacientes que requerían una evacuación uterina. Después de capacitar a los prestadores del hospital a principios de 1997 y de la subsiguiente inauguración de una sala de emergencias de gineco-obstetricia donde se ofrecían servicios

APA, el uso de AMEU aumentó consistentemente ya para finales de ese año, su uso había aumentado de tal manera que se atendía ya al 83% de las pacientes que requerían APA. (15)

Desde entonces, la frecuencia de uso de AMEU se ha mantenido en un alto nivel, en promedio en más del 98% de las pacientes indicadas de APA.

También se demostró que en el hospital participante la disponibilidad de los servicios de anticoncepción post-aborto era muy limitada antes de la intervención, puesto que tan sólo a poco más de la tercera parte de las mujeres se le informaba acerca de la posibilidad de un embarazo inmediato que podía ocurrir incluso antes del regreso de su menstruación. (15)

Antes de la implementación de la intervención, la atención post-aborto implicaba ingresar a la paciente y que permaneciera hospitalizada una noche, pero después el post-aborto se convirtió en un servicio ambulatorio, donde la admisión, tratamiento, recuperación y servicios post-aborto de planificación familiar se ofrecían en una sala de emergencias de ginecoobstetricia y la técnica de evacuación uterina pasó a ser AMEU. Este cambio organizacional en la prestación de servicios se reflejó en la reducción del tiempo estimado que las pacientes permanecían en el hospital, de 33.3 a 6.4 horas. (15).

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

En cuanto a costos de atención, también se registraron disminuciones:

El costo promedio total de la atención por paciente era de US \$118.73, al convertir los servicios APA en ambulatorios, los costos se redujeron significativamente, a US \$45.13,

(15)

El aborto en Nicaragua

En el nivel del sector salud, en 1989 el MINSA publicó la “Norma de Atención al Aborto” la cual no fue distribuida ni aplicada con regularidad en las unidades de salud. En años recientes, se han publicado y puesto en vigor tres documentos que abordan el manejo de las mujeres que acuden con un aborto o en el post aborto, y orientan también en el uso de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) como técnica de evacuación uterina en los casos indicados. Estos documentos son las pautas generales para la organización y normatización de atención a la emergencia obstétrica (2000); el Protocolo para la atención obstétrica y pediátrica (2001) y el Protocolo para el manejo del aborto, (2002). La estructura organizativa y asistencial de las unidades de salud del MINSA señala, de acuerdo con el nivel de “resolución”, que a la mujer que acude con aborto o en el post aborto se le debe brindar atención en las unidades habilitadas para ello, en este caso los centros de salud con camas, los hospitales generales (departamentales) y el hospital de referencia nacional. En teoría, estas unidades cuentan con los recursos médicos, equipos, medicamentos e infraestructura para diagnosticar, brindar atención inmediata a la mujer en situación del aborto, identificar y tratar sus complicaciones, brindar consejería en planificación familiar y ofrecer los métodos anticonceptivos, así como orientaciones sobre cuidados generales en el post aborto. (3, 4,14)

Políticas y normas de atención al post aborto en Nicaragua:

En 1989, Ipas inició una colaboración con el MINSA y lanzó un programa nacional de capacitación en prestación de servicios para tratar a mujeres con aborto incompleto y prestar orientación y atención post aborto.

En este programa se introdujo la técnica de la AMEU y el modelo de atención post aborto centrado en la mujer, permitiendo optimizar los recursos e incrementando el

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

acceso de las mujeres a los servicios de tratamiento y planificación familiar post aborto. A finales del año 1995, el personal de salud en varios niveles de atención había sido capacitado en el uso de la técnica de AMEU y estaba prestando servicios a las mujeres necesitadas en 30 unidades de salud pública. La primera evaluación de la experiencia demostró cambios positivos tanto en la calidad de la atención como en el ahorro de recursos financieros, materiales y humanos. (7, 8, 10,15)

Diagnostico sobre la disponibilidad de los servicios de atención post aborto:

El diagnóstico nacional de la atención post aborto en Nicaragua en el Año 2003 encontró que dentro del universo de las 47 unidades de salud que formaron parte del estudio, 15% no lo realizan, a pesar de encontrarse habilitadas para prestar servicios de atención post aborto. En razón de ello, las mujeres que necesitan atención de emergencia en estas áreas no pueden obtenerla en sus unidades de salud y deben ser referidas a otras, lo que ocasiona un probable retraso en el tiempo de atención incrementándose el riesgo para su salud y su vidas, éstas unidades se localizan en la región Pacífico del país. (15)

De las unidades que no realizan atención post aborto encontramos que ninguna cuenta con personal capacitado en el modelo de APA; cinco unidades no disponen de equipo de AMEU y dos de los centros de salud tienen equipo de AMEU pero no prestan el servicio.

Unidades que realizan APA utilizando únicamente legrado instrumental:

De las 40 unidades que sí prestan APA, se reporta que sólo 18% realiza legrado instrumental (LUI) como procedimiento de evacuación endouterina, dentro de éstos, dos son hospitales y cinco son centros de salud, que ofrecen APA y que realizan AMEU. (14,15)

Los centros de salud que sólo ofrecen el LUI no cuentan con personal capacitado o con equipo, para poder ofrecer APA con la AMEU. Los hospitales, sin embargo, cuentan con el personal capacitado y la infraestructura adecuada para poder ofrecer el servicio.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

En todas estas unidades se encontró tres factores que hacen falta para poder implementar el modelo de APA con AMEU:

- voluntad política,
- capacitación de personal
- abastecimiento de equipos.

Unidades que prestan APA con AMEU:

La práctica de evacuación endouterina para atender las complicaciones del aborto es una habilidad obstétrica esencial para salvar vidas. De 33 unidades de salud que prestan servicios de APA 51% tiene las condiciones óptimas, para ofertar servicios de APA de calidad. El total de estas unidades cuentan con personal de salud capacitado en atención post aborto con AMEU y tienen las condiciones físicas para brindar un servicio de calidad. Sobre planificación familiar, se reporta que todas las unidades de salud cuentan con métodos anticonceptivos modernos, aunque no se encuentra disponible todo el abanico de opciones en todas las unidades.

El mayor problema encontrado en las 16 unidades (48%) que no prestan las condiciones óptimas para brindar el servicio de APA con AMEU se debe a la falta de equipamiento para la evacuación endouterina. En la revisión de la condición de los equipos existentes en todas las unidades de salud, se reportó en un gran porcentaje la falta de cánulas números 4, 5 y 6, que son las más utilizadas para realizar el procedimiento; además, la pérdida de anillos de seguridad, adaptadores de cánulas y la falta de silicón para el mantenimiento adecuado de la jeringa de aspiración. (14,15)

El mecanismo que emplean las unidades de salud para la adquisición de equipos de AMEU, es mediante la entrega del equipo dañado al SILAIS, que acompañan con una requisita para que se reemplace por uno nuevo (cambio de equipo en mal estado por otro en buen estado). (14,15)

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Los responsables de las unidades de salud refirieron que cuando requieren otro equipo para realizar legrados infectados o biopsias, ya sea por deterioro por el uso o aumento en la demanda de APA, el SILAIS no se los abastece o el proceso es retardado. Por otro lado, la disponibilidad de equipos se encontraba supeditada a la donación de los mismos por parte de agencias de cooperación o por proyectos financiados por organismos internacionales. Esto, aunado a que el instrumental de AMEU no se encuentra todavía dentro del listado básico de suministros y medicamentos del MINSA, a pesar de que es un procedimiento incorporado en diferentes documentos oficiales del ministerio de Salud. (14,15)

En conclusión, la distribución y accesibilidad del instrumental no sigue el mismo proceso que los demás insumos médicos de que dispone el sistema oficial. Es imperativo, en este sentido, incorporar el equipo de AMEU al listado básico de suministros para asegurar la accesibilidad de los equipos a los servicios de salud que lo requieran.

Conclusiones y recomendaciones:

Además del estado general de salud de la mujer, hay cuatro factores principales que determinan la mortalidad y la morbilidad por aborto:

- La habilidad del que atiende el caso.
- El tiempo de embarazo.
- La disponibilidad.
- La calidad de los servicios médicos que tratan las complicaciones del aborto.

Los resultados de este diagnóstico representan los primeros datos completos en el país sobre la condición actual de APA en todas las unidades de segundo y primer nivel de atención, habilitadas por el MINSA para realizar procedimientos médicos y quirúrgicos.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Acciones de fortalecimiento en el primer nivel de atención y en la comunidad:

Es responsabilidad del Ministerio de Salud dirigir acciones de fortalecimiento en las unidades de primer nivel de atención para que se encuentren en la capacidad de brindar servicios de atención post aborto, ya que esto disminuye el tiempo de espera de las pacientes para recibir un tratamiento oportuno y reduce los riesgos en la salud y la vida de las mujeres, además de incidir en la disminución de costos para las unidades de salud. (14,15)

También se debe trabajar en coordinación con los líderes comunitarios para asegurar que las mujeres conozcan la existencia de los servicios en sus centros de salud, identifiquen los signos de alarma y acudan a tiempo en busca de tratamiento. (14,15)

Mejorar el sistema de abastecimiento de equipos de AMEU completos. Se reporto un número importante de unidades de salud con las condiciones físicas y el personal capacitado para garantizar servicios de calidad, solamente es necesario contar con equipos de AMEU completos y en buen estado. El MINSA debe establecer mecanismos de abastecimiento continuo a todas las unidades habilitadas para prestar el servicio. (14,15)

Uno de los principales problemas detectados en la evaluación de calidad se relaciona con la interacción con otros servicios de salud reproductiva. En este aspecto encontramos que:

- el personal de salud no indaga si la paciente presenta alguna otra necesidad de atención en salud reproductiva;
- los mecanismos de referencia de las pacientes hacia otros servicios de salud reproductiva no existen o, en su defecto, no están claramente definidos.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Es imprescindible establecer mecanismos que garanticen que la atención que la mujer recibe sea integral, abordando temas como violencia sexual e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otras. En caso de surgir las necesidades de referirla a servicios de salud de otras unidades, los criterios y mecanismos de referencia o contrarreferencia deben estar bien definidos, a fin de satisfacer las necesidades de la paciente. (14,15)

Garantizar la consejería en todos los momentos de la atención, la disponibilidad de métodos anticonceptivos y condiciones de privacidad a las pacientes post aborto.

En cuanto a la planificación familiar en el post aborto, se encontró que las unidades de salud presentan distintos problemas que necesitan de apoyo decidido para ser solucionados. A pesar de que todas las unidades de salud cuentan con métodos anticonceptivos modernos, éstos no se encuentran accesibles para las pacientes en todo momento.

Los principales puntos a fortalecer son:

- disponibilidad de personal capacitado y dispuesto a brindar información y consejería en anticoncepción.
- disponibilidad de métodos anticonceptivos en las áreas de atención, durante los turnos nocturnos y en fines de semana, con el fin de que las pacientes egresen con método;
- garantizar las condiciones mínimas de privacidad para brindar consejería y orientación de forma adecuada.

La planificación familiar en el post aborto: debe de ser vista como una prioridad para romper con el ciclo del aborto, y no debe estar limitada a la oferta de métodos, sino la posibilidad real de tener acceso a ellos; debe ser un proceso integrado que tenga su inicio en la atención a la emergencia mediante consejería de calidad, la posibilidad de que estos métodos sean facilitados a la mujer y que su elección sea libre e informada; estas acciones deben estar presentes en cualquier momento durante su atención.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Mejorar el registro de la paciente y establecer un sistema de monitoreo de la calidad:

Los aspectos relacionados con el registro de la paciente al ingreso y la historia clínica son reportados como los más débiles. Encontramos una situación difícil en los centros de salud, los cuales en su mayoría reflejan solamente una breve e incompleta nota médica en los expedientes y los libros de registro de ingreso y egreso no están actualizados. (14,15)

Conviene establecer el uso de la historia de la APA en todas las unidades con el objetivo de mejorar los registros de los casos atendidos, además de mantener actualizado el registro de los ingresos en los libros correspondientes. Es importante monitorear el llenado de las historias clínicas, ya que es la herramienta esencial para conocer la situación real de la atención post aborto en cada región.

Garantizar la capacitación de los prestadores de servicios de salud:

El personal de salud ha sido capacitado en diferentes momentos por iniciativa de proyectos específicos; sin embargo, debido la alta rotación del personal de salud causa que las unidades de salud no siempre cuenten con personal capacitado en APA-AMEU; por lo tanto, resulta necesario capacitar al personal desde su proceso de formación en el pre-grado, para así garantizar que exista personal capacitado en todas las unidades de salud del país. (14,15)

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Estudio descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

El presente estudio fue realizado en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León.

El Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello está ubicado en la ciudad de León, se trata de un centro de segundo nivel de atención, con una larga tradición en la formación de recursos especializados, incluyendo Ginecoobstetras. El área de Ginecoobstetricia está ubicada en el segundo piso del hospital, está constituido por 7 servicios (ARO I, ARO II, UMI, Oncología, Labor y Parto, Ginecología y Emergencia), cuenta con 76 camas para albergue de las pacientes; aquí atienden 16 médicos especialistas, 23 médicos residentes y 29 recursos de enfermería.

Población de estudio:

En este estudio participaron 252 pacientes, ingresadas y manejadas con diagnóstico de post aborto, en el servicio de ginecoobstetricia del HEODRA, durante el primer semestre del año 2007.

Criterios de inclusión:

- Toda paciente ingresada al servicio de ginecoobstetricia, que haya sido diagnosticada y manejada como Post-Aborto en cualquiera de sus presentaciones clínicas.
- Que entre en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no hayan sido diagnosticada con aborto.
- Que no entre en el periodo de estudio

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Fuente de información:

La fuente de información fue secundaria, se realizó revisión de los expedientes clínicos y el instrumento de recolección de la información fue la ficha del MINSA modificada.

Aspectos éticos:

Se solicitó la autorización para la revisión de expediente clínico a las autoridades hospitalarias correspondientes.

Plan de análisis: La información se obtuvo mediante una ficha de recolección de datos aplicada a los expedientes de pacientes con diagnóstico de post-aborto, en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, con previa autorización por escrito de la dirección del Hospital.

Los datos obtenidos fueron procesados en el programa SPSS versión 12.0 se calculó la frecuencia simple a las variables y los resultados fueron expresados en tablas y gráficos.

Para comprobar el cumplimiento de un parámetro, este debió estar registrado en el expediente clínico, independientemente de su resultado.

Los parámetros evaluados, contenidos en las normas de atención post aborto del MINSA (ver anexos), fueron:

1. "Realización de acciones de promoción y prevención", cuyo umbral es del 80 %.
2. "Uso de las diferentes pruebas de apoyo diagnósticas", con un umbral de cumplimiento del 90 al 100%.
3. "Ante la presencia de un aborto con signos de infección y afección de otros sistemas, tanto su diagnóstico como su abordaje médico y quirúrgico se realizará de manera oportuna, iniciando la antibióticoterapia y evacuación uterina según protocolo de atención". Siendo el umbral del 90 al 100%.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

4. “El personal de salud garantizará que toda usuaria postaborto egrese con un método moderno de planificación familiar”, cuyo umbral es de 80 al 90%

No debe perderse de vista que el presente estudio evaluó el cumplimiento del protocolo o normas de atención, por lo cual hemos tomado en cuenta únicamente los parámetros que nos permitieron alcanzar nuestros objetivos; de tal forma que aspectos como competencia técnica, infraestructura y satisfacción de la usuaria no corresponden ser evaluados en esta tesis.

Por otro lado, existen aspectos cuya evaluación consideramos importantes para alcanzar nuestro objetivo general, y aunque las normas no especifican indicadores para su valoración, hemos decidido analizar su cumplimiento, los cuales son: diagnósticos clínico y manejo médico-quirúrgico. Y ya que en todos los indicadores establecidos en las normas especifican un umbral mínimo del 80% de cumplimiento, este mismo valor hemos adoptado en nuestra evaluación.

Luego para determinar el porcentaje de cumplimiento del protocolo de manejo del post aborto tomamos los valores de los parámetros que cumplían, y aplicando una regla de tres obtuvimos el porcentaje del cumplimiento, por último comparamos este resultado con el umbral establecido por el MINSA para determinar el grado de cumplimiento.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Operacionalización de las Variables

	Variable	Definición	Valores
Características Demográficas y obstétricas	Edad materna.	Período de tiempo comprendido desde la fecha de nacimiento hasta el ingreso	≤ 19 años 20-25 años. 26-29 años. 30-34 años. ≥ 35 años.
	Procedencia	Lugar de residencia de la paciente.	- Rural. - Urbana.
	Estado civil.	Presencia o no de una relación de pareja.	- Soltera. - Unión estable. - Casada.
	Paridad	Número de embarazos anteriores.	- Primigesta -Trigesta - Bigesta - Multigesta
	Controles prenatales.	Número de consultas médicas durante el Embarazo.	Ninguno. 1-3 C.P.N. 4 o más CPN.
	Edad gestacional.	Número de semanas de gestación según el método de F.U.R o ultrasonido.	< 12 sem 12 a 15 sem 16 a 20Sem
	Antecedentes de aborto	Interrupción espontáneo provocado del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, con un peso del producto de la gestación menor ha 500 gr.	Ninguno 1 a 2 abortos. 3 o más abortos
Criterios clínicos diagnósticos	Interrogatorio	Signos y síntomas que refiere la paciente al momento de acudir a la unidad de salud que según protocolo de manejo se debe investigar.	Sangrado Dolor pélvico Expulsión del contenido uterino Maniobras abortivas
	Examen físico general	Es la revisión del estado general, realizada por el personal d salud a la paciente al momento del ingreso a la unidad de salud, la cual consta de la inspección, palpación, percusión y auscultación que según protocolo de manejo se debe investigar.	-Estado general -Palidez -Fiebre -Taquicardia -Ictericia -Resistencia abdominal -Sangrado
	Examen ginecológico	Es la revisión orientada al aparato reproductor femenino, con el fin de complementar los hallazgos encontrados al examen físico los cuales están comprendidos en el protocolo de manejo	-Especuloscopia -Tacto vaginal
	Exámenes auxiliares	Son las fuentes de información necesarias tanto de laboratorio como de imágenes de las cuales se auxilian para confirmación del diagnostico de una entidad clínica y que deben estar en el expediente de manejo post-aborto como lo indica el protocolo.	-Test de confirmación de embarazo -Examen general de orina -Biometría hemática completa -Recuento de plaquetas -Prueba de coagulación y sangría -Ultrasonido

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Tratamiento medico quirúrgico del aborto	Criterios generales de manejo	Medidas medico quirúrgicas llevadas a cabo según el protocolo de manejo independientemente de la forma clínica de aborto	<ul style="list-style-type: none"> - Reposo en cama - Canalización con bránula calibre 16 o mayor si hay sangrado transvaginal. -Ultrasonido para valora vitalidad fetal. - Evacuación Endouterina en caso de pérdida de la vitalidad fetal. -Antibióticos si hay signos y síntomas de infección.
	Manejo médico de la amenaza de aborto	Es la conducta médica a seguir según las normas de manejo.	<ul style="list-style-type: none"> -Reposo absoluto. -Exámenes de laboratorio y de imágenes. -Tratar patología de base -No administración de tocolíticos, ansiolíticos u hormonas. -Conserjería.
	Manejo médico del aborto inminente, inevitable, diferido e incompleto.	Es el manejo medico que según protocolo se debe seguir en las entidades clínicas; aborto inminente, aborto inevitable, aborto diferido o aborto incompleto.	<ul style="list-style-type: none"> -Canalización. -Solución salina 1000 ml. Para 6 horas. -Valorar vitalidad fetal por USG. -dT según esquema. -Antibióticos profilácticos -Tratamiento de patología de base. -Realización de evacuación endouteina. Procurar expulsión espontánea. -Oxitocina según esquema de acuerdo a edad gestacional. -Misoprostol según esquema de acuerdo a edad gestacional.
	Manejo médico del aborto completo	Es el manejo medico que según protocolo se debe seguir en el aborto completo	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar aspiración manual endoutarina para comprobar limpieza del útero.
	Manejo médico del Aborto séptico	Es el manejo medico que se debe seguir según protocolo, al comprobar por datos clínicos y de laboratorio de aborto acompañado de infección.	<ul style="list-style-type: none"> -Antibióticos de carga según esquema de manejo -Antibióticos de mantenimiento según esquema de manejo. -Antibióticos hasta 48 horas después de remisión de fiebre. -Evacuación Endouterina por aspiración luego de 8 horas de instaurados antibióticos. - Antibióticos ambulatorios hasta completar 10 días según esquema. -Oxitocina según esquema de acuerdo a edad gestacional. -Misoprostol según esquema de acuerdo a edad gestacional.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Seguimiento post-aborto	Control y seguimiento post-aborto	Son las medidas que según protocolo se deben de realizar posterior al procedimiento del aborto independientemente de la presentación clínica resuelta	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de anemia. - Tratamiento de anemia. -Conserjería sobre planificaron familiar y emocional. - Iniciar anticoncepción post.-aborto. - Detección de signos de infección.
	Criterios de alta	Son los parámetros médicos, los cuales según el protocolo debe cumplir una paciente para poder permitirle retirarse del hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Desaparición de contracciones en la amenaza de aborto. - Ausencia o mínimo sangrado transvaginal. - Remisión de síntomas en general y 72 horas después ellos en aborto séptico.

RESULTADOS:

A continuación exponemos los resultados de la evaluación del cumplimiento del Protocolo de Manejo del Post-aborto realizado en el Hospital Oscar Danilo Rosales Argüello de León, en el período Enero-Junio 2007. En este estudio se analizó el manejo de 252 pacientes.

I. Características demográficas:

De los 252 casos estudiados los datos más relevantes que encontramos fueron: predominaron las pacientes con edades comprendida entre los 20 y 25 años con un 34.2%.

Las pacientes de origen urbano prevalecieron en un 50.8%. Y la unión estable fue el estado civil más frecuente con 56.7%.

En cuanto a la escolaridad las pacientes que cursaban estudios de secundaria fueron más frecuentes, con el 52.4%. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de las pacientes atendidas por post-aborto en el Hospital Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252)

Características demográficas	Nº	%
Edad		
≤19	73	29.0
20-25	86	34.2
26-29	54	21.4
30-34	17	6.7
≥35	22	8.7
Procedencia		
Urbano	128	50.8
Rural	124	49.2
Estado civil		
Soltera	50	19.8
Casada	59	23.4
Unión estable	143	56.7
Escolaridad		
Alfabeta	10	4.0
Primaria	93	36.9
Secundaria	132	52.4
Superior	17	6.7

II. Características ginecoobstétricas:

De los 252 casos estudiados, con respecto a la paridad, las Primigestas constituyeron el grupo más frecuentes con el 36.9%, seguido por el grupo de Bigestas con el 29.4%, Trigestas con el 20.2% y Multigestas con el 13.5%. (ver tabla 2)

En el 83.6% de los expedientes no había reporte si las pacientes se habían realizado CPN, seguido del 13.9% que tenían reportado de 1 a 3 CPN, y el 2.5% reportó no haberse realizado ningún control. (ver tabla 2).

En cuanto a las semanas de gestación, se encontró que el 65.5% eran embarazos menores de 12 semanas, un 25.4% correspondía a embarazos de 12 a 15 semanas, y el 9.1% de los abortos tenían de 16 a 20 semanas de gestación.

En relación a los antecedentes de aborto, las pacientes no tenían antecedentes en el 82.9%, en el 14.3% tenían un aborto previo y el 2.8% refirieron 2 o más abortos previos. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Características ginecoobstétricas de pacientes atendidas por post-aborto en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007.

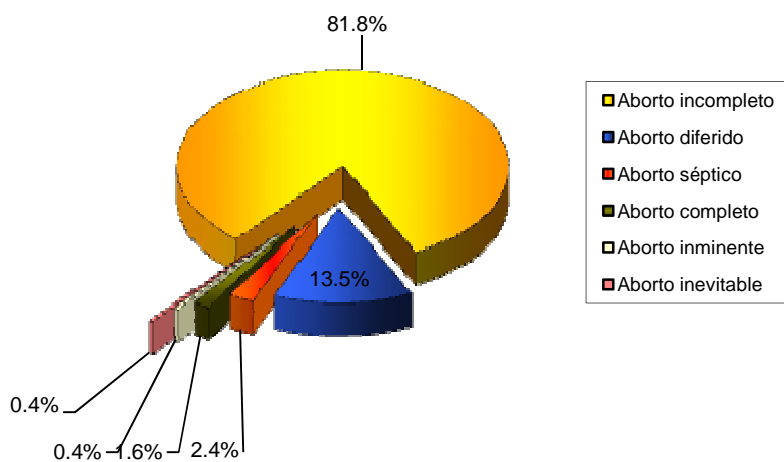
(n=252)

Características ginecoobstétricas	Nº	%	
Paridad	Primigesta	93	36.9
	Bigesta	74	29.4
	Trigesta	51	20.2
	Multigesta	34	13.5
CPN	Ninguno	10	2.5
	1-3	35	13.9
	No reportado	207	83.6
Semanas de gestación	< 12 sem.	165	65.5
	12-15 sem.	64	25.4
	16-20 sem.	23	9.1
Antecedentes de aborto	Ninguno	209	82.9
	1 aborto	36	14.3
	2 o más	7	2.8

III. Diagnóstico clínico de post-aborto:

De las 252 pacientes estudiadas encontramos que, el 81.8% fueron diagnosticadas como Aborto incompleto siendo el más frecuente, luego el Aborto diferido en el 13.5%, aborto séptico con el 2.4%, aborto completo con el 1.6%, y finalmente el aborto inminente y el aborto inevitable con un caso cada uno. (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de las presentaciones clínicas de aborto en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252)



III. 1. Patologías concomitantes con el diagnóstico de aborto:

De las 252 pacientes con diagnóstico de post-aborto, el 8.3% (21 casos) se asociaban a otras patologías, la más frecuente fue anemia con 18 casos (7.1%), seguido de un caso de IVU (0.4%), uno de hipertensión y uno de asma (0.4% respectivamente). (Ver anexo 2).

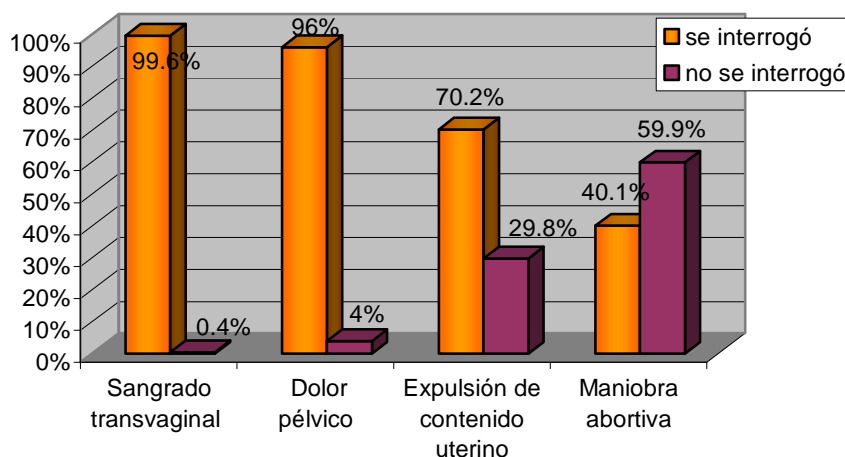
IV. Evaluación del cumplimiento de los parámetros establecidos en el protocolo de manejo del Post aborto.

IV. 1. Evaluación de criterios diagnósticos:

Para el diagnóstico de la forma clínica de aborto según el protocolo de manejo post aborto se deben tomar en cuenta tres aspectos: el interrogatorio, examen físico y el examen ginecológico. Para fines de evaluación, en nuestro estudio, el cumplimiento consiste en que el expediente clínico contenga el registro de los parámetros. Debemos aclarar que, en nuestro estudio obtuvimos datos que son relevantes para caracterizar a la población estudiada de acuerdo a los signos y síntomas que presentaban, los cuales se reflejan en tablas que usted encontrará en anexos.

IV.1.1. En relación al **interrogatorio** se evaluaron 4 parámetros: sangrado transvaginal se cumplió con interrogar a las pacientes sobre esta signo en el 99.6%; en lo que respecta a dolor pélvico se cumplió en un 96%, sobre expulsión de contenido uterino en un 70.2%; mientras solo al 40.1% se le preguntó sobre maniobras abortivas. (Ver gráfico 2 y anexo 3).

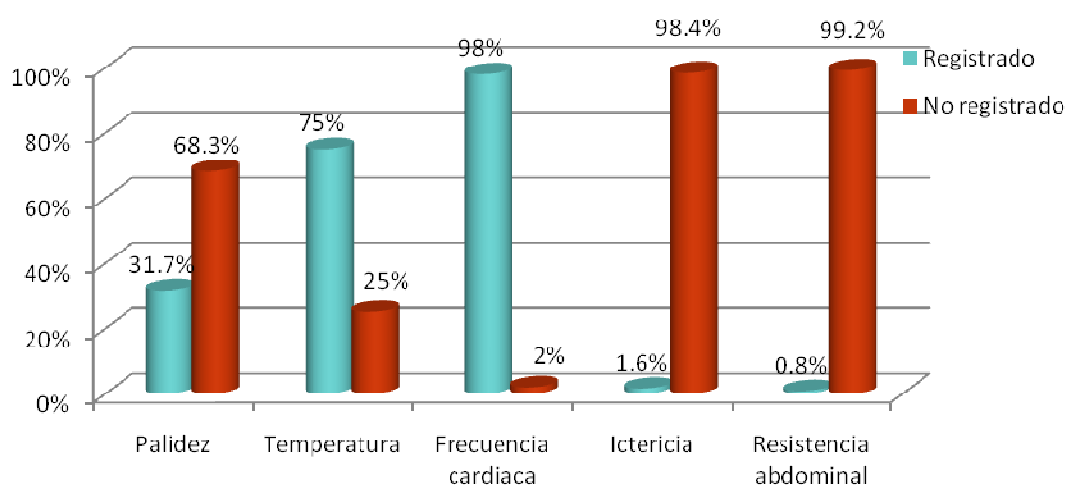
Gráfico 2. Porcentaje de expedientes clínicos que cumplieron con el registro de datos propios del interrogatorio de las pacientes, atendidas por aborto en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252)



Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

IV.1.2. Al **examen físico general** evaluamos el cumplimiento de 5 parámetros, encontramos que: el signo que más se valoró fue la Frecuencia Cardíaca en un 98% de pacientes, encontrándose taquicardia en el 3.6% de los casos. La temperatura fue registrada en el 75% de las pacientes, encontrándose fiebre en el 2.4% de ellas. La palidez fue valorada en el 31.7% de las paciente, siendo positiva en el 10.7% de las pacientes. (Ver gráfico 3 y anexo 4)

Gráfico 3. Porcentaje de expedientes clínicos que cumplieron con el registro de datos propios del examen físico de las pacientes, atendidas por aborto en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252)



IV.1.3. Al **examen ginecológico** evaluamos el cumplimiento de 6 parámetros. En el 94% de las pacientes se valoró el tamaño uterino con respecto a las semanas de gestación. En el 91.3% de las pacientes se evaluó la modificación cervical, encontrándose en el 63.9% entreabierto, en el 11.5% se reportó abierto, en el 15.9% cerrado, mientras en el 8.7% de los expedientes no encontramos registro de este dato. (Ver gráfico 4 y anexo 5).

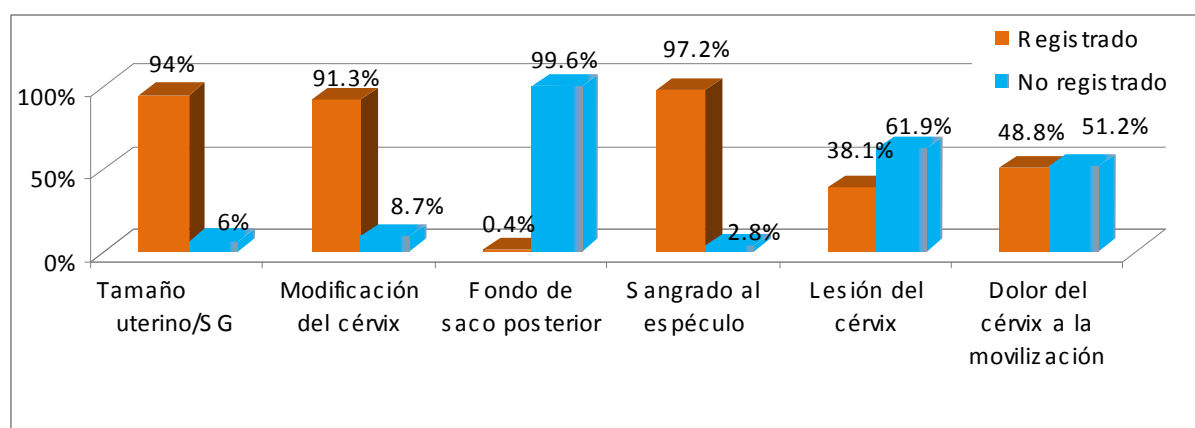
En cuanto a la revisión del cérvix, solo en el 38.1% se encontró registrada la búsqueda de lesión cervical, siendo positiva en el 3.2% y negativa en el 34.9%, no se reportó información en el 61.9%. En relación al dolor a la movilización del cérvix, no se registró este dato en 51.2% de los expedientes, en el 43.7% se reportó que no había dolor a la movilización, mientras en el 5.2% sí había dolor. El sangrado al espéculo se exploró en

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

el 97.2% de las pacientes, resultando positivo en 88.9% de los casos. (Ver gráfico 4 y anexo 5).

Vale la pena destacar que solo en una paciente se exploró el fondo de saco posterior (0.4%).

Gráfico 4. Porcentaje de expedientes clínicos que cumplieron con el registro de datos propios del examen ginecológico de las pacientes, atendidas por aborto en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252)



VI. 2. Pruebas auxiliares para el diagnóstico de la forma clínica de aborto:

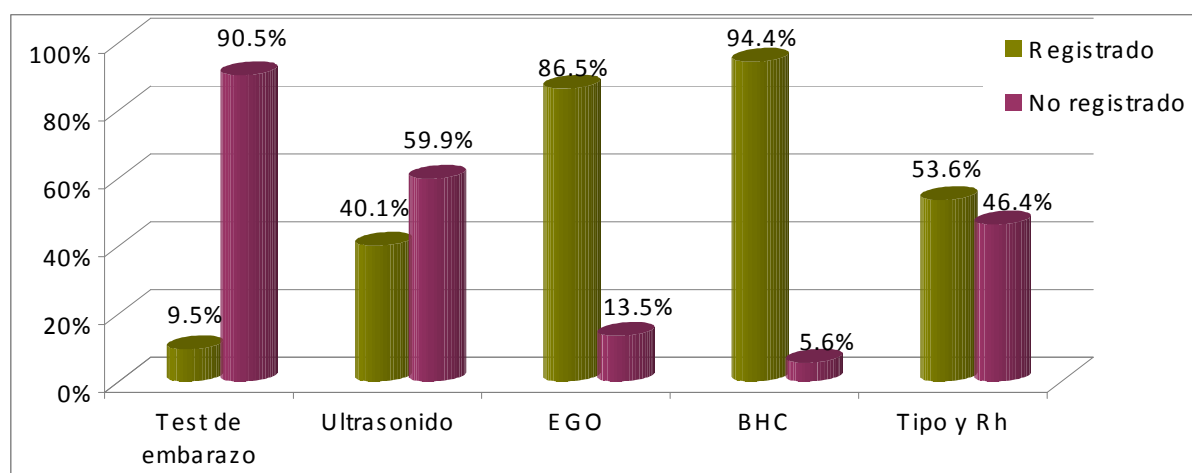
Con respecto a las pruebas auxiliares, el protocolo de manejo del post aborto, tiene normado solicitar las pruebas: test de embarazo, USG, BHC, EGO, Tipo y Rh, y estas fueron las que tomamos como parámetros para evaluar el cumplimiento del protocolo. Aunque debemos aclarar que existen otras pruebas para casos específicos.

De los 252 casos estudiados encontramos que: en relación a la BHC fue ordenada en el 94.4% de las pacientes, resultando alterada en el 23.4% de los casos; mientras al 5.6% de las pacientes no se ordenó su realización. Un dato llamativo fue la presencia de leucocitosis en el 23.4% (según BHC), aunque solo se diagnosticaron 6 casos de sepsis (2.4%). Encontramos 18 casos (7.1%) en los que el hematocrito estaba disminuido, mientras fueron diagnosticados con anemia el 6.8% de las pacientes. (Ver gráficos 1, 5 y anexos 2,6)

El test de embarazo se solicitó en 24 casos (9.5%). Mientras el ultrasonido se le ordenó en el 40.1%, de estos en el 35.7% se reportó que no había vitalidad fetal.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

Gráfico 5. Porcentaje de expedientes clínicos en los que se cumplió con el registro de los resultados de las pruebas auxiliares, para el diagnóstico de las pacientes atendidas por aborto en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252)



V. Cumplimiento de parámetros en el manejo médico quirúrgico de las pacientes con diagnóstico de aborto:

Para evaluar el cumplimiento del protocolo en el manejo del post aborto, se consideraron los siguientes parámetros, establecidos por el MINSA: la indicación del Reposo, canalización, aplicación de dT, antibiótico profiláctico y evacuación uterina.

De los 252 casos estudiados, encontramos que a todas las pacientes en estudio se canalizaron. No se indicó reposo en el 94.4% de las pacientes estudiadas, y en ningún caso se aplicó la dosis de dT establecida en el protocolo. (Ver Tabla 3)

Según el protocolo del MINSA la administración de antibiótico profiláctico se debe realizar en toda paciente con diagnóstico de post aborto, exceptuando aquellos casos de aborto séptico (los que tienen su propio esquema de antibiótico) y los casos de amenaza de aborto. En nuestro estudio encontramos que de las 252 pacientes estudiadas, solo el 13.5% recibieron dicha profilaxis, y aún en estos casos no se indicó el antibiótico establecido en las normas de manejo (Cefazolina). (Ver Tabla 3)

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

En relación a los métodos de evacuación uterina, en el 92.5% se utilizó la Aspiración Manual Endouterina, Legrado Uterino Instrumental en 13 casos (5.5%) y la combinación AMEU+LUI en el 2%. (Ver Tabla 4).

Tabla 3. Cumplimiento de parámetros en el manejo médico quirúrgico de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252).

	Cumplió	(%)	No cumplió	(%)	NA	(%)
Reposo	14	5.6	238	94.4	0	0.0
Antibiótico profiláctico	34	13.5	212	84.1	6	2.4
dT	0	0.0	252	100	0	0.0
Canalización	252	100	0	0.0	0	0.0

NA: No Aplica.

Tabla 4. Distribución de las pacientes según el método de evacuación uterina en el manejo médico quirúrgico del post-aborto, en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252).

Métodos de evacuación uterina	SI	%
AMEU	233	92.5
LUI	13	5.5
AMEU +LUI	6	2.0
Total	252	100.0

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

V.1. Manejo del aborto séptico:

Los parámetros valorados en los casos de aborto séptico fueron: antibiótico de carga, antibiótico de mantenimiento, antibióticos al alta, todo según esquema; tiempo transcurrido entre el inicio del antibiótico y el procedimiento de evacuación (que según protocolo debe ser igual o mayor a 8 horas) y la ausencia de sangrado al alta. Existen otros criterios (ej. Uso oxitocina, misoprotol, etc) los que se indican en casos determinados que no se presentaron en nuestro estudio, por lo que no se plasman en estos resultados.

De los 252 casos estudiados se reportaron 6 casos (2.4%) de aborto séptico, de estos en 4 casos (66.6%) se usó antibiótico de carga y de mantenimiento de acuerdo al protocolo de manejo. En 5 casos (83%) se esperó más de 8 horas de instaurado el antibiótico para realizarle el procedimiento de evacuación endouterina a la paciente. En todos los casos las pacientes ya no presentaban sangrado transvaginal al alta y en 3 casos (50%) se indicó antibióticos al alta. (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Cumplimiento de parámetros en el manejo de pacientes con aborto séptico según protocolo de atención, en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=6)

Parámetro	Cumplió		No cumplió	
	Nº	%	Nº	%
Antibiótico de carga	4	66	2	33
Antibiótico de mantenimiento	4	66	2	33
Antibiótico al alta	3	50	3	50
Tiempo transcurrido entre antibiótico y evacuación	5	83	1	17
Ausencia de sangrado al alta	6	100	0	0

VI. Consejería, Atención psicológica y Planificación familiar:

Los parámetros evaluados fueron: consejería y planificación familiar. Aunque en nuestro trabajo no evaluamos la atención psicológica, por no estar establecida por el MINSA, se consideró ya que forma parte de las nuevas estrategias de atención según la OPS, aplicadas en otros países como México, Perú, etc, por constituir parte fundamental en la atención integral de las pacientes.

En lo que se refiere a consejería sobre planificación familiar de los 252 casos estudiados, se le brindó al 69.4% de las pacientes, el 81% de ellas egresó usando un método de planificación familiar. En ningún caso se brindó interconsulta con psicología. (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Consejería, Atención psicológica y Planificación familiar en el manejo de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252)

Parámetros	SI	%	NO	%
Consejería	174	69.4	77	30.6
Anticoncepción	204	81.0	48	19.0
Atención psicológica	0.0	0.0	252	100

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

En relación a las **características demográficas** de las pacientes estudiadas se encontró que predominaron las pacientes entre 20-25 años. Prevalcieron las pacientes con estado civil unión estable. Las pacientes en su mayoría cursaban estudios secundarios, todo lo que se relaciona con lo reportado en otros estudios. La procedencia urbana mostró ligero predominio sobre la rural. (7,10)

Todo lo anterior nos permite inferir que en nuestro estudio predominaron las pacientes de bajo riesgo, ya que en su mayoría fueron pacientes adultas, con un nivel educacional que les permite tener acceso a la información sobre métodos de planificación familiar, y con acceso a los sistemas de salud por pertenecer al área urbana.

En relación a las **características ginecoobstétricas** los casos de post aborto fueron más frecuente en pacientes Primigestas, y en las que no tenían antecedentes de aborto. La mayoría de los expedientes estudiados no reportaban el número de CPN realizados, mientras el 13.9% de las pacientes se había realizado de 1 a 3 CPN, este resulta relevante ya que encontramos que en todos los casos se incumplió con la administración dT, que debe administrarse al ingreso al CPN, o en su defecto a nivel hospitalario. En cuanto a la edad gestacional la mayoría de las pacientes presentaron aborto antes de las 12 semanas, lo que coincide con lo reportado en la bibliografía nacional e internacional. (10, 14,16)

La gran mayoría de los casos correspondieron a la forma clínica de aborto incompleto lo que coincide con la bibliografía revisada. (10)

El 8.3% se presentaban asociadas a otras patologías, predominando la anemia con 18 casos (85.6%), de ellos la mayoría fueron manejados adecuadamente. Se encontró que en un caso de hipertensión, uno de asma y uno de anemia su manejo no fue especificado.

En la evaluación del cumplimiento del protocolo para el manejo del post aborto tomamos en cuenta los siguientes parámetros (ver plan de análisis):

1. Uso de las diferentes pruebas de apoyo para el diagnóstico.
2. Atención de los casos de aborto séptico.
3. Promoción y prevención para incidir en la disminución del aborto
4. Proporcionar un método de planificación familiar al egreso de las usuarias.
5. Uso de parámetros para el diagnósticos clínico, según norma.
6. Evaluación del cumplimiento de las normas para el manejo médico-quirúrgico de los casos.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

A continuación exponemos los resultados de la evaluación del cumplimiento de los parámetros antes descritos:

1. En el protocolo se establece que “durante el proceso de atención y para la verificación diagnóstica se hará uso de las diferentes pruebas de apoyo según el protocolo establecido”, y establecen un umbral de cumplimiento que debe estar entre el 90% y el 100%. En nuestro estudio encontramos que hubo un cumplimiento del 56.8%, lo que se encuentra por debajo del umbral establecido por el MINSA para evaluar eficacia diagnóstica. (ver anexo 1 y 6).

2. El siguiente parámetro establece que “el personal de salud, ante la presencia de un aborto con signos de infección iniciará antibióticoterapia y evacuación uterina”, y establece un umbral del 90 al 100%. En nuestro estudio encontramos un cumplimiento del 73.3%, lo que se encuentra por debajo del umbral establecido en las normas nacionales. (ver anexos 1 y tabla 5)

3. El tercer parámetro evaluado especifica que “el personal de salud realizará acciones de promoción y prevención para incidir en la disminución del aborto”. Aquí se establece un umbral del 80%. Los resultados de nuestro estudio revelaron que las acciones de promoción y prevención englobadas en la consejería a las pacientes, solo se realiza en un 69.4% de casos. Por lo que podemos decir que no se están cumpliendo con este parámetro, el cual constituye una pieza fundamental en la reducción de la morbi-mortalidad relacionada con los casos de aborto en nuestro país. Estos datos resultan cercanos a los reportados en otras monografías realizadas a nivel nacional.⁽¹⁰⁾ (ver anexo 1 y tabla 6)

4. El protocolo establece que “el personal de salud garantizará que toda usuaria post aborto egrese con un método moderno de planificación familiar”, con un umbral del 80-90%. En nuestro estudio encontramos que el 81% de las pacientes egresaron con un método de planificación familiar, por lo que el centro hospitalario estudiado cumple con este parámetro. (ver tabla 6)

5. En la evaluación de la aplicación de parámetros clínicos para el diagnóstico del post aborto encontramos que, poco se investigan datos que indiquen complicaciones relacionadas con el aborto como perforación uterina o sepsis. Esto demostrado por que solo en un bajo porcentaje de pacientes se interroga sobre maniobras abortivas; al examen general, no se registran datos de resistencia abdominal; al examen ginecoobstétricos no se evalúa de forma rutinaria el fondo de saco posterior, lesiones del cérvix o dolor a su movilización. De manera que este parámetro obtuvo una puntuación de 58.8%, encontrándose por debajo del umbral mínimo establecido por las normas de forma general que es de 80%. (ver tablas anexo 1)

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

6. En la evaluación del cumplimiento de las normas para el manejo médico-quirúrgico de los casos, las normas establecen la aplicación del toxoide tetánico a toda paciente en post aborto, norma que fue incumplida en todos los casos. Otra debilidad encontrada fue en relación a la administración del antibiótico profiláctico, que solo se cumplió en un 13.5% de los casos, y aun las pacientes que la recibieron no fue el que contemplan las normas (Cefazolina). Probablemente esto se deba a que el MINSA no contempla el suministro de este fármaco, por lo cual en estas circunstancias se debería modificar dicho parámetro y adaptarlo al medio, indicando un medicamento profiláctico que si pueda proveer nuestro sistema de salud, y que cumpla con el objetivo de prevención de complicaciones (sepsis).

Debemos destacar aspectos positivos en el manejo médico-quirúrgico de las pacientes estudiadas, como el hecho que todas las pacientes fueron canalizadas con líquidos cristaloides lo que previene complicaciones como el shock. En cuanto al método de evacuación a nivel internacional se ha establecido como procedimiento de elección el AMEU debido a su seguridad y bajo índice de complicaciones, estudios en América Latina han reportado un 72% de práctica de este método en el manejo de las pacientes post aborto. En nuestro estudio se utilizó el AMEU como método de evacuación en el 92.6% de las pacientes, lo cual resulta pertinente. A pesar de esto en la evaluación del manejo médico-quirúrgico se obtuvo un cumplimiento del 31.7%, muy por debajo de las expectativas, debido al nulo cumplimiento de la dT y la baja frecuencia en el uso de la profilaxis antibiótica.

Al analizar de forma global el cumplimiento de los parámetros establecidos en el protocolo, encontramos que en 5 de los 6 no alcanzaron el umbral establecido por el MINSA. De forma porcentual podemos afirmar que el cumplimiento de las normas fue insatisfactorio alcanzando el 57.5%, cuando el umbral mínimo de cualquiera de los parámetros es del 80%. (Ver anexo 7)

Un estudio realizado en el año 2005, en 4 países de Latinoamérica incluyendo Nicaragua, estableció que el HEODRA alcanzó un estándar de calidad aceptable con un cumplimiento del 75 al 100%; al comparar estas cifras con las obtenidas en nuestro estudio resulta preocupante el descenso mostrado en el cumplimiento de las normas para la atención brindada a las pacientes en post aborto. ⁽¹⁵⁾

CONCLUSIONES:

1. En nuestro estudio predominaron las pacientes de bajo riesgo, ya que en su mayoría fueron pacientes adultas, con un nivel educacional que les permite tener acceso a la información sobre métodos de planificación familiar, y con acceso a los sistemas de salud por pertenecer al área urbana.
2. Encontramos una mayor frecuencia de Primigestas, con 1 a 3 CPN, sin antecedentes de aborto y con menos de 12 semanas de gestación.
3. Existen deficiencias en relación a la consejería sobre planificación familiar, lo que constituye un inconveniente para incidir en la prevención y disminución de los casos de aborto y sus complicaciones.
4. En nuestro estudio el único parámetro que alcanzó el umbral de cumplimiento establecido en las normas del MINSA fue proveerle a las pacientes de un método moderno de planificación familiar al alta, sin embargo se puede seguir mejorando mas en este aspecto ya que algún porcentaje de dichas pacientes que llevaban su método de planificación lo pueden discontinuar al no llevar totalmente claro de los beneficios de dichos métodos por la deficiencia en cuanto a consejería.
5. En la evaluación de la aplicación de parámetros clínicos para el diagnóstico del post aborto no se cumplió con algunos de los criterios propuestos, la principal deficiencia se relaciona con la búsqueda de complicaciones asociadas con el aborto; lo que aumenta el riesgo de morbi-mortalidad por esta causa.
6. Al realizar el manejo médico-quirúrgico, en todas las pacientes la administración de líquidos endovenosos y la elección del método de evacuación uterina llenó las expectativas planteadas en las normas de atención, en donde el AMEU es el procedimiento recomendado por sus ventajas. Sin embargo, encontramos deficiencias en dos aspectos: la administración de dT y la profilaxis antibiótica.
7. Las normas establecen que los casos con riesgo de sepsis deben ser manejados como sepsis, en este sentido el desempeño del personal mostró debilidades, ya que encontramos 59 casos en los que la BHC revelaba leucocitosis, dato que sustenta el diagnóstico de riesgo de sepsis y se debió haber manejado como tal. El aborto séptico es la presentación clínica de aborto que más riesgo representa para la vida de la mujer, por tanto debe manejarse de la forma más cuidadosa posible, para disminuir la mortalidad relacionada con esta entidad clínica.
8. Al analizar de forma global el protocolo concluimos que este se cumple en el 57.5%, lo que resulta insatisfactorio considerando que el umbral mínimo para calificar como buen cumplimiento de las normas está por encima del 80%.

RECOMENDACIONES

1. Colocar en el área donde se atiende el post aborto, un flujograma de manejo, el cual le permita al personal tener un apoyo visual adicional, al momento que se presente un caso y así brindar una atención integral.
2. Siendo el CPN un dato que se relaciona con la aplicación de dT, su recolección debe establecerse como norma para la evaluación de la atención del post aborto.
3. Mejorar la promoción de los métodos de planificación familiar en las pacientes atendidas en post aborto: insistiendo en que el personal involucrado en la atención de las pacientes brinden información oportuna, completa y actualizada sobre la planificación familiar y su importancia, como parte integral del manejo. Con esto se estará incidiendo de manera positiva en la disminución de la morbi-mortalidad relacionada con esta patología. Ya que no es suficiente con solo proveer el método durante la atención, es crucial que la paciente reconozca y se apropie de los beneficios derivados de la planificación familiar.
4. Investigar los datos que pueden sugerir la presencia de complicaciones relacionadas con el post aborto, durante las tres etapas involucradas en el diagnóstico: interrogatorio, examen físico y examen ginecológico. Esto con el objetivo de identificar las complicaciones de forma temprana para brindar un manejo oportuno.
5. Orientar al personal de salud sobre la importancia de la administración de toxoide tetánica, y promover el cumplimiento de su aplicación en toda paciente en post aborto, que no tengan su esquema actualizado de dT.
6. Procurar que al 100% de las pacientes atendidas por aborto se les administre antibióticos profilácticos según las normas, (a excepción de los casos sépticos, que tienen su propio esquema de manejo).
7. Mejorar la identificación y el manejo de aquellos casos con sepsis o con riesgo de sepsis, indicando el esquema de manejo establecido en las normas nacionales para la atención esta patología.

BIBLIOGRAFIA

1. Normas para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. MINSA Nicaragua Diciembre 2006.
2. Schwarcz R, Diverges C, Díaz A, Fascina R. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2003.
3. OMS. Prevención del Aborto en Condiciones de Riesgo. 1998.
4. IPAS. Atención postaborto en América Latina. 1998
5. IPAS. Salvar la vida de las mujeres. 2002
6. IPAS. Adelantos en el Tratamiento del Aborto. Publicación Científica. Vol 5. 1996
7. PRIME-IPAS. Atención Post-Aborto en América Latina. Experiencia en el Nivel Hospitalario, Perspectivas y Herramientas para la Atención en el Primer Nivel. Nicaragua 1998.
8. Sebastián Pr. Calidad de la Atención en Salud. Minsa / AID.MSH-DGI. OPS/OMS. Los Silos, Conceptos, Métodos, Experiencias. Guía para una Estrategia de Evaluación y Garantía de Calidad de los Sistemas de Atención en Salud. Publicación Científica N° 519. 1990
9. Estales A. Actitud ante el Aborto Inseguro del Personal Médico y de Enfermería del Hospital Regional César Amador. Matagalpa. Agosto 1998.
10. Montano M. Calidad de atención del aborto en el servicio de Emergencia del HBC. Managua. Octubre 2004
11. Contreras G. Opinión de los Actores Sociales sobre el Aborto. UNAN- Managua. Octubre 2000.
12. Pizarro A. Atención Humanizada del Aborto y del Aborto Inseguro en Nicaragua. Sí Mujer. NFPA Primera Edición. Managua 1997.
13. OMS. Aborto sin Riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra 2003.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

14. Padilla K. Diagnostico nacional de la atención post- Aborto IPAS. Nicaragua 2003.
15. Billings D. Investigación en acción atención post-aborto en cuatro países de América Latina/IPAS. 2005.

ANEXOS

ANEXO 1.

CRITERIOS Y PAUTAS PARA VIGILAR Y ATENDER PACIENTES POST-ABORTO

Dimensión de la calidad: eficacia

NORMA

El personal de salud realizará acciones de promoción y prevención para incidir en la disminución del aborto.

INDICADOR

% del personal de salud que realiza acciones de promoción y prevención para incidir en la disminución del aborto. UMBRAL: 80 %

NORMA

El personal de salud durante el proceso de atención y para la verificación diagnóstica hará uso de las diferentes pruebas de apoyo según el protocolo establecido.

INDICADOR

% de personal que hace uso de las diferentes pruebas de apoyo según protocolo establecido por el órgano rector. UMBRAL: 90_100%

Dimensión de la calidad: seguridad

NORMA

El personal de salud, ante la presencia de un aborto con signos graves de infección y afección de otros sistemas, tanto su diagnóstico como su abordaje médico y quirúrgico se realizará de manera oportuna, iniciando la antibioticoterapia y evacuación uterina según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

INDICADOR

% del personal de salud que trata las complicaciones del aborto, según protocolo de atención establecido. UMBRAL: 90-100%

Dimensión de la calidad: oportunidad

NORMA

El personal de salud garantizará que toda usuaria postaborto egrese con un método moderno de planificación familiar de su población de adscripción.

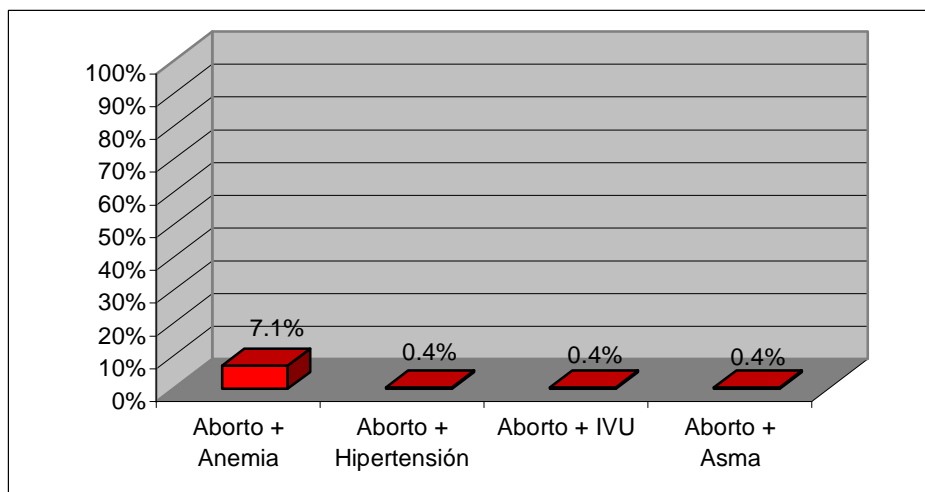
INDICADOR: % de personal de salud, que asegura que la usuaria postaborto egrese con un método moderno de planificación familiar.

UMBRAL: 80-90%

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

ANEXO 2.

Diagnósticos asociados a los casos de post-aborto atendidos en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252)



ANEXO 3.

Datos al interrogatorio para el diagnóstico de las formas clínicas de aborto de las pacientes atendidas en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252)

Interrogatorio	Si	%	No	%	N/R*	%
Sangrado trans vaginal	244	96.8	7	2.8	1	0.4
Dolor pélvico	213	84.5	29	11.5	10	4.0
Expulsión de Contenido uterino	86	34.1	91	36.1	75	29.8
Maniobra abortiva	10	4.0	91	36.1	151	59.9

*No Reportado

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

ANEXO 4.

Datos del Examen Físico General en el diagnóstico de las formas clínicas de aborto de las pacientes atendidas en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252)

Examen Físico General	Si	%	No	%	N/R	%
Palidez	27	10.7	53	21.0	172	68.3
Temperatura	6	2.4	183	72.6	63	25.0
Frecuencia cardiaca	9	3.6	238	94.4	5	2.0
Ictericia	0	0	4	1.6	248	98.4
Resistencia abdominal	0	0	2	0.8	250	99.2

N/R: No Reportado.

ANEXO 5:

Datos al Examen Ginecológico en el diagnóstico de las formas clínicas de aborto de las pacientes atendidas en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252)

Examen Ginecológico		Nº	%
Tamaño del útero respecto a SG	Mayor	53	21.0
	Igual	146	57.9
	Menor	38	15.1
	N/R	15	6.0
Modificación del cérvix	Abierto	29	11.5
	Entreabierto	161	63.9
	Cerrado	40	15.9
	N/R	22	8.7
Fondo de saco posterior	Libre	1	0.4
	N/R	251	99.6
Sangrado al espéculo	Si	224	88.9
	No	21	8.3
	N/R	7	2.8
Lesión del cérvix	Si	8	3.2
	No	88	34.9
	N/R	156	61.9
Dolor del cérvix a la movilización	Si	13	5.2
	No	110	43.7
	N/R	129	51.2

N/R: No Reportado.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

ANEXO 6.

Pruebas de laboratorio y de imágenes utilizadas como métodos auxiliares en el diagnóstico de las formas clínicas de aborto, en pacientes atendidas en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252).

		Nº	%
Test de embarazo	Positivo	17	6.7
	No mandaron	228	90.5
	No reportado	7	2.8
Ultrasonido obstétrico	Vitalidad	0	0.0
	Sin vitalidad	90	35.7
	No mandaron	151	59.9
	No reportado	11	4.4
Examen general de orina	Normal	164	65.1
	Alterado	14	5.6
	No mandaron	34	13.5
	No reportado	40	15.9
Biometría hemática completa	Normal	166	65.9
	Alterado	59	23.4
	No mandaron	14	5.6
	No reportado	13	5.1
Leucocitosis*	Normal	156	61.9
	Alterado (aumentado)	59	23.4
	No mandaron	27	10.7
	No reportado	10	4.0
Hematócrito*	Normal	204	81.0
	Alterado (disminuido)	18	7.1
	No mandaron	14	5.6
	No reportado	16	6.3
Tipo y Rh	Si	121	48.0
	No mandaron	117	46.4
	No reportaron	14	5.5

*Estos parámetros están implícitos en la BHC, y aunque aquí se describen en detalle, para la evaluación del Protocolo no son tomados en cuenta.

Evaluación de Protocolo de Manejo Post-Aborto

ANEXO 7.

Distribución de los porcentajes de cumplimiento de los parámetros del manejo post aborto, en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), Enero-Junio, 2007. (n=252).

