



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR

“PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL
EMBARAZO Y SUS COMPLICACIONES INMEDIATAS EN EL HOSPITAL
GENERAL MILPA ALTA”

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTA
DR. JULIAN MENDOZA AYALA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE TESIS
DR. JOSE MONTES DE OCA OLVERA

- 2010 -



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL
EMBARAZO Y SUS COMPLICACIONES INMEDIATAS EN EL HOSPITAL
GENERAL MILPA ALTA”

AUTORIDADES DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM

DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

“PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL
EMBARAZO Y SUS COMPLICACIONES INMEDIATAS EN EL HOSPITAL
GENERAL MILPA ALTA”

AUTOR: DR. JULIAN MENDOZA AYALA

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZALEZ SALINAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR
CENTRO DE SALUD “DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA”

DR. JOSE MONTES DE OCA OLVERA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD
HOSPITAL GENERAL MILPA ALTA
DIRECTOR DE TESIS

DEDICATORIAS

A MIS PADRES Y HERMANOS

Por ser mi familia de origen, por mostrar en todo momento
Alegría y apoyo incondicional en los proyectos
De vida que inicio.

A MIS COMPAÑEROS

Residentes quienes durante este tiempo
Han formado parte de mi familia.

A LA DRA. CONSUELO GONZALEZ SALINAS

Por mostrar su apoyo incondicional y ser una guía
En este camino de formación profesional.

AL DR. JOSE MONTES DE OCA OLVERA

Por su ayuda para la realización de este proyecto
Y lo más importante por la confianza que depósito en mí.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a las autoridades del Hospital General Milpa Alta por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

“PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO Y SUS COMPLICACIONES INMEDIATAS EN EL HOSPITAL GENERAL MILPA ALTA”

RESUMEN

INTRODUCCION. La interrupción legal del embarazo es el procedimiento que se realiza hasta la décima segunda semana de gestación como lo establece el artículo 144 del Código Penal para el Distrito Federal. Se realiza por médicos debidamente capacitados en unidades que cumplan con los requisitos establecidos. Las técnicas utilizadas para realizar esta interrupción podrá ser médica o quirúrgica, y se hará tomando en consideración las semanas de gestación del producto y de acuerdo con el criterio del médico tratante. En la Secretaría de Salud del Distrito Federal, existen tres métodos: 1) aborto con medicamentos, 2) aborto quirúrgico con aspiración manual endouterina y 3) aborto quirúrgico con legrado uterino instrumental.

TIPO DE ESTUDIO. Observacional, descriptivo, y retrospectivo.

OBJETIVOS. Identificar los principales procedimientos utilizados para la interrupción legal del embarazo y las complicaciones inmediatas que se generan en su realización en el Hospital General Milpa Alta.

MATERIAL Y METODOS. El estudio se realizó en el Hospital General Milpa Alta en el período comprendido del 1 de Enero del 2008 al 31 de Diciembre del 2008, se recabaron los expedientes de las pacientes que solicitaron interrupción legal del embarazo, la muestra se conformo por 286 pacientes. La información se genero del formato de registro para pacientes solicitantes de interrupción legal del embarazo Forma ILE 01-07, establecido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Con los formatos de solicitud se procedió a capturar y almacenar la información en una base de datos electrónica del programa Excel. Finalmente se realizó análisis estadístico. Se utilizo estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se estudiaron 286 pacientes a las cuales se les realizó interrupción legal del embarazo. Los procedimientos utilizados para la interrupción legal el embarazo en 114 (39.8%) pacientes se utilizo el misoprostol, en 100 (34.9%) pacientes el misoprostol con legrado uterino instrumental y en 72 (25.1%) pacientes el misoprostol con aspiración manual endouterina.

En 174 (60.9%) pacientes el procedimiento requirió de manejo intrahospitalario, en 112 pacientes (39.1%) el procedimiento se realizó de forma ambulatoria. En 163 (56.9%) pacientes requirieron de un día de hospitalización, 8 (2.7%) pacientes dos días y solo 1 (1%) paciente requirió de tres días de hospitalización.

En solo 1 (0.3%) paciente se presentó como complicación hemorragia, mientras que en 285 (99.7%) pacientes no se presentaron complicaciones.

CONCLUSIONES.

La despenalización del aborto en el Distrito Federal responde a la necesidad de abatir la alta incidencia de daños ocasionados por el aborto inseguro. Esta interrupción se practica dentro de las primeras 12 semanas del embarazo, con procedimientos médicos o quirúrgicos seguros. El aborto medicamentoso representa una alternativa eficaz en embarazos menores de 9 semanas de gestación.

Al proporcionar este servicio con calidad probablemente se contribuya a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad ocasionada por los abortos inseguros.

Palabras clave: Interrupción legal del embarazo, procedimientos, complicaciones del aborto.

"PROCEDURES USED FOR THE LEGAL INTERRUPTION OF THE PREGNANCY AND HIS IMMEDIATE COMPLICATIONS IN MILPA ALTA'S GENERAL HOSPITAL"

SUMMARY

INTRODUCTION. The legal interruption of the pregnancy is the procedure that is realized up to the second tenth week of gestation since it is established by the article 144 of the Penal Code for the Federal District. There is realized by doctors due qualified in units that they expire with the established requirements. The skill used to realize this interruption will be able to be medical or surgical, and will be done taking in consideration the weeks of gestation of the product and of agreement with the criterion of the doctor dealer. In the secretary of health of the Federal District, three methods exist: 1) I abort with medicines, 2) surgical abortion with manual aspiration endouterina and 3) surgical abortion with legrado uterine set of instruments.

TYPE OF STUDY. Observacional, descriptive, and retrospective.

OBJECTIVES. To identify the principal procedures used for the legal interruption of the pregnancy and the immediate complications that are generated in his accomplishment in the Milpa Alta's General Hospital.

MATERIAL AND METHODS. The study I realize in the Milpa Alta's General Hospital in the period from January 1 to December 31 2008. There were obtained the processes of the patients who requested legal interruption of the pregnancy, the sample was conformed by 286 patients. The information generated from the format of record for patient solicitors of legal interruption of the pregnancy Form ILE 01-07, established by the Secretariat of Health of the Federal District. With the formats of request the information was proceeded to capture and store in an electronic database of the program Excel. Finally a statistical analysis was realized. Descriptive statistics were in use.

RESULTS. There were studied 286 patients to which legal interruption of the pregnancy. The procedures used for the legal interruption the pregnancy in 114 (39.8 %) patients the Misoprostol was in use only, in 100 (34.9 %) patients the misoprostol with legrado uterine set of instruments and in 72 (25.1 %) patients the misoprostol with manual aspiration endouterina.

In 174 (60.9 %) patient the procedure needed of managing intrahospitalario, in 112 patients (39.1 %) the procedure I realize of ambulatory form. In 163 (56.9 %) patients needed of a day of hospitalization, 8 (2.7 %) patients two days and only 1 (1 %) patient needed of three days of hospitalization. In only 1 (0.3 %) patient I present as complication hemorrhage, whereas in 285 (99.7 %) patients did not appear complications.

CONCLUSIONS. The legalization(decriminalization) of the abortion in the Federal District answers to the need to bring down(to discourage) the high incident of hurts(damages) caused by the insecure abortion. This interruption is practised in the first 12 weeks of the pregnancy(embarrassment), with medical or surgical sure procedures. The abortion medicamentoso represents an effective alternative in minor pregnancies(embarrassments) of 9 weeks of gestation. On having provided this service with quality probably one helps to diminish the rates of morbidity and mortality caused by the insecure abortions.

Key words: legal Interruption of the pregnancy, procedures, complications of the abortion.

INDICE

1. MARCO TEORICO	
1.1.1 Concepto de Interrupción Legal del Embarazo.....	1
1.1.2 Embarazo no deseado y aborto inducido.....	1
1.1.3 El aborto inseguro como problema de salud pública	2
1.1.4 Aspectos epidemiológicos del aborto inseguro.....	2
1.1.5 Bases legales para la interrupción legal del embarazo.....	5
1.1.6 Procedimientos para la interrupción legal del embarazo.....	5
1.1.7 Aborto con medicamentos.....	6
1.1.8 Interrupción legal del embarazo con aspiración manual endouterina (AMEU).....	7
1.1.9 Interrupción legal del embarazo con legrado uterino instrumental (LUI).....	8
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.3 JUSTIFICACION.....	9
1.4 OBJETIVOS.....	9
1.4.1 Objetivo General.....	9
1.4.2 Objetivos Específicos.....	9
2. MATERIAL Y METODOS.....	10
2.1 Tipo de estudio	10
2.2 Diseño de investigación del estudio	10
2.3 Población, lugar y tiempo	11
2.4 Muestra	11
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	11
2.6 Variables, definición conceptual y operativa de las variables	11
2.7 Instrumento de recolección de datos	14
2.8 Método de recolección de datos	15
2.9 Procedimiento estadístico	15
2.9.1 Análisis estadístico	15
2.10 Cronograma	15
2.11 Recursos humanos, materiales físicos, financiamiento de estudio.....	16
2.12 Consideraciones éticas	16
3 RESULTADOS	17
4 DISCUSION	26
5 CONCLUSIONES	27
6 REFERENCIAS	28
7 ANEXOS	30

1. MARCO TEORICO

1.1.1 CONCEPTO DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

La interrupción legal del embarazo (ILE) es el procedimiento que se realiza hasta la décima segunda semana de gestación, como lo establece el artículo 144 del Código Penal para el Distrito Federal, y hasta la vigésima semana de gestación, de acuerdo con las excluyentes de responsabilidad penal establecidas en los artículos 148 del Código Penal, 131 Bis del Código de Procedimientos Penales, ambos para el Distrito Federal, y en la NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio; en condiciones de atención médica segura.¹

1.1.2 EMBARAZO NO DESEADO Y ABORTO INDUCIDO

Los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se da en una persona que ya no quiere reproducirse, generan dos opciones en las mujeres y las parejas, que son la de intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva o en su defecto continuar con el embarazo no deseado. Estos embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo también se da en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurre en todas las clases sociales.

El aborto inducido y el embarazo no deseado constituyen dos problemas de salud pública íntimamente relacionados. La literatura nacional e internacional coincide en que la mayor parte de los abortos inducidos son producto de embarazos no planeados y que existe un conjunto de factores individuales, sociodemográficos y culturales correlacionados con ambos fenómenos.⁴

La Organización Mundial de la Salud calcula que de los 210 millones de embarazos que ocurren en el mundo, 2 de cada 5 (80 millones) son no planeados y 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose. 19 millones de estas interrupciones ocurren en países donde el aborto es ilegal.⁵

Las mujeres jóvenes son las que más dificultades tienen para controlar su fecundidad, para ejercer sus derechos y recibir información oportuna sobre salud sexual y reproductiva, ya que el nivel educativo, el índice de riqueza y el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente.⁶

Mientras en la zona urbana el embarazo adolescente es de 18.5%, en la rural la cifra es de 27 por ciento. De igual forma, mientras el embarazo adolescente es tan solo del 9% entre las mujeres con educación superior, la proporción aumenta al 52% entre las mujeres sin educación. Las adolescentes saben y emplean menos la planificación familiar, con respecto al resto de las mujeres. Solo el 20% de las adolescentes utilizan métodos de planificación familiar. Del total de mujeres adolescentes en unión, solo el 57% utiliza métodos anticonceptivos, las demás (43%), están expuestas al riesgo de embarazo. Dos de cada cinco adolescentes ha tenido relaciones sexuales y el 14% de las adolescentes tiene su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad.⁶

Este inicio temprano de la actividad sexual implica no solo un mayor riesgo fisiológico para las complicaciones de la fecundidad, sino una menor madurez para el ejercicio asertivo de la sexualidad.

El hecho de que las adolescentes tengan menos acceso a servicios de salud e información de calidad y de carácter confidencial, incluyendo anticonceptivos, las sitúa en la categoría de riesgo de un embarazo no deseado y, por consiguiente, de un aborto inseguro.⁶

Especialmente las adolescentes de bajos recursos económicos que tienen menos contactos sociales, difícil acceso a transporte y medios financieros para obtener abortos seguros en comparación con las mujeres de mayor edad. Cada año, al menos 4 millones de abortos inseguros ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años, muchos de los cuales terminan en muerte o daños irreparables que incluyen infertilidad.⁵

1.1.3 EL ABORTO INSEGURO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La seguridad está estrechamente relacionada con la legalidad del aborto: la mayoría de los abortos ilegales son inseguros y la mayoría de los abortos legales se realizan en condiciones seguras.¹

En los países con una legislación restrictiva frente al aborto y en aquellos en los que aún estando legalizado el sistema de salud no provee este tipo de servicio, el aborto inseguro constituye un problema de salud pública sumamente grave, no solo por la magnitud de su ocurrencia, sino por sus repercusiones en la salud de la mujer y en la mortalidad materna.²

1.1.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL ABORTO INSEGURO

A pesar de las prohibiciones legales, millones de mujeres que viven en países con legislaciones restrictivas solicitan abortos.⁵ Como consecuencia, la mayor parte de estos abortos se producen en clínicas clandestinas, sin condiciones higiénicas suficientes y sin un personal preparado para proveer un servicio de aborto seguro que proteja la vida de la mujer.

La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año en el mundo aproximadamente 50 millones de mujeres se someten al aborto. Se considera que el 40% de estos eventos ocurren en deficientes condiciones sanitarias.⁵

Los 20 millones de abortos inseguros que suceden cada año dan por resultado cerca de 78,000 muertes maternas y cientos de miles de incapacidades en las mujeres, la mayoría de las cuales ocurren en las regiones en desarrollo.⁵

Debido a que la mayoría de los abortos se hace en la clandestinidad, resulta muy difícil estimar el número real de abortos inducidos y obtener datos confiables en los países donde esta práctica es ilegal. No obstante, se puede aseverar que el fenómeno del aborto inseguro en los países de América Latina que tienen leyes restrictivas alcanza dimensiones epidémicas.⁵

“Estimaciones más recientes de las tasas de abortos inseguros por región muestran que la incidencia más elevada, por cada mil mujeres entre 15 y 49 años, se observa en América Latina (26/1000), seguida por Asia (22/1000), esta última influida por la inclusión de China. Si se consideran las regiones dentro de cada continente, el índice más alto se encontrará en América del Sur (30/1000), seguida por África Oriental (29/1000) y África Occidental (24/1000) y el centro y sur de Asia (20/1000). El índice de abortos inseguros en las regiones más desarrolladas es de solo 2/1000.⁸

En México se estima que la tasa de aborto inducido por cada 1000 mujeres en edad fértil es igual a la de Estados Unidos (23 vs. 22).¹⁰

REPERCUSIONES DEL ABORTO INSEGURO EN LA SALUD DE LA MUJER

Las repercusiones del aborto para la salud física y mental de la mujer resultan de su práctica clandestina e insegura ya que, cuando este se realiza por un proveedor calificado, en condiciones seguras y con métodos modernos es, como lo ha reconocido la Organización Mundial de la Salud, uno de los procedimientos médicos de menor riesgo.³

En países donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, la probabilidad de muerte como consecuencia de un aborto llevado a cabo con procedimientos modernos no es mayor a 1 de cada 100.000.⁵

En países en desarrollo, el riesgo de muerte como consecuencia de un aborto inseguro es varios cientos de veces mayor que aquel del aborto realizado profesionalmente bajo condiciones de seguridad. El proveer servicios para un aborto temprano salva la vida de las mujeres y evita los costos usualmente sustanciales del tratamiento de complicaciones prevenibles del aborto inseguro.⁷

Se estima que de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo, entre el 10 y el 50% necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones.⁵

Las más frecuentes son los abortos incompletos, sepsis, hemorragia y lesiones intrabdominales, al igual que complicaciones infecciosas que pueden dejar en la mujer secuelas crónicas conducentes a la esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico.⁴

No existe, sin embargo, una estadística clara sobre el asunto, ya que la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo determina un gran subregistro, de tal forma que las mujeres hospitalizadas por complicaciones de este tipo sólo representan una ínfima parte del total. El subregistro incluye todas aquellas mujeres que sufrieron complicaciones pero no encontraron o temieron recibir tratamiento en un hospital.

El aborto inseguro produce grandes efectos psicológicos en la mujer: “La decisión de obtener un aborto pone a la mujer en conflicto con los valores sociales, culturales y religiosos relacionados con la maternidad y es, por lo tanto, una decisión que ninguna mujer toma a la ligera.”⁵

Estudios realizados indican que los efectos psicológicos negativos que resultan de la práctica del aborto se aminoran en los países donde es legal, donde existe buena información y servicios médicos adecuados.

En Estados Unidos se llevó a cabo una investigación, publicada por la Sociedad Psicológica Americana, que demostró que no había evidencia científica que probara que el aborto voluntario tiene un efecto psicológico negativo en la mujer.⁶

Sin embargo, en los países donde la práctica del aborto se penaliza y donde las mujeres actúan en la clandestinidad, existen mayores probabilidades de que las mujeres experimenten traumas psíquicos.¹²

IMPACTO EN LA MORTALIDAD MATERNA

A pesar del peligro que representa para la salud de la mujer, el aborto inseguro sigue siendo un recurso utilizado por millones de mujeres para terminar con embarazos no deseados, de tal forma que cada año fallecen en el mundo alrededor de 600.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, el 95% en países en vías de desarrollo y el 13% como resultado de abortos inseguros.⁵

En América Latina y el Caribe, 5,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros (más de un quinto del total de muertes maternas), representando el más alto porcentaje (21%) entre las regiones a nivel mundial. También se estima que, en la región, 800,000 mujeres de bajos recursos económicos son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto inseguro. En 1996, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indicó que el aborto es la causa primordial de mortalidad materna en Argentina, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú. El aborto es la segunda causa de muerte en Costa Rica y tercera causa en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México y Nicaragua.¹¹

En 2005, la razón de mortalidad materna en el país fue de 63.3 muertes por 100 000 nacidos vivos; para el Distrito Federal la cifra fue menor, con 57.6, pero mayor a la de

otras 15 entidades. Entre 1990 y 2005, el aborto representó la tercera causa de mortalidad materna en el Distrito Federal, mientras en el ámbito nacional constituyó la quinta. En 2005, la tasa anual promedio de hospitalización por aborto por cada mil mujeres de 15 a 49 años en el Distrito Federal era de 9.1, cifra significativamente alta respecto del indicador nacional, que era de 5.8.²¹

IMPACTO DEL ABORTO INSEGURO EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Evidencia de distintos países nos permite tener una idea de los costos que las complicaciones del aborto inseguro generan sobre los sistemas de salud.

En términos generales podría afirmarse que el costo de oportunidad de atender un aborto inseguro es sumamente alto comparado con el aborto seguro y legal: con los mismos recursos puede atenderse a otra población en otros servicios de salud. Los gastos derivados de las complicaciones son: hospitalización (alimentación, camas, ropa de cama, remuneraciones y gastos administrativos en general), laboratorio e insumos, medicamentos, gastos de bolsillo de los pacientes antes y después de la hospitalización (consultas médicas, medicamentos, alimentación, transporte, teléfono), entre otros (gastos de recuperación post-aborto). Estos se derivan de las consecuencias en la salud de las mujeres: “hemorragia, infecciones, lesiones traumáticas de los genitales y otros órganos y reacciones tóxicas por productos ingeridos o puestos en los genitales con propósitos abortivos, e inclusive complicaciones de largo plazo como el impedimento para volver a quedar embarazada o la muerte de la mujer”.⁷

Las consecuencias en el sector salud son sumamente importantes pues las complicaciones se relacionan con una alta demanda de recursos, como camas hospitalarias, equipamiento médico, antibióticos, entre otros, originados por complicaciones prevenibles. El costo promedio de un aborto inducido en condiciones inseguras y con complicaciones por infección en un hospital de Nigeria fue de USD\$ 223, mientras que el ingreso mensual promedio es de USD\$ 45. De acuerdo a Konge y otros (1992), si los abortos fueran legalizados, costarían alrededor de USD\$5 por caso, asegurándose un personal calificado e instalaciones no sépticas.⁵

Es por ello que una política estatal de garantía de derechos sexuales y reproductivos, necesariamente debe incluir el acceso efectivo a información y servicios de regulación de la fecundidad. Como lo indica el Centro para Derechos Reproductivos : “En contra de las creencias populares, los países que han legalizado el aborto inducido y creado programas accesibles de planificación familiar, combinados con un acceso efectivo a información, muestran un marcado descenso en el número de abortos realizados.”⁵

En Holanda, donde el aborto no está penalizado y existen servicios gratuitos de aborto junto con un amplio acceso a anticonceptivos y servicios, así como protección social para la mujer, la tasa de abortos se calcula en 0,53 por cada 100 mujeres, convirtiéndose en el país con una de las tasas más bajas de Europa. En los países de América Latina con legislaciones restrictivas sobre aborto, la tasa llega a ser hasta diez veces mayor, comparada con las de países donde las leyes sobre aborto han sido liberalizadas.”¹⁴

En cuenta de lo anterior, la evidencia científica y la experiencia internacional confirman no solo la gravedad del aborto inseguro como problema de salud pública, sino también que una legislación restrictiva frente al aborto no reduce la ocurrencia de abortos, ni protege los derechos del no nato, sino que pone en riesgo la salud de las mujeres, especialmente las de los grupos de mayor vulnerabilidad, incluyendo las adolescentes, las de menor educación y menores ingresos.

El problema es que las leyes restrictivas no afectan la condición fundamental que siempre precede el aborto, la existencia de un embarazo no deseado. Los principales determinantes de dichos embarazos son la incapacidad de las mujeres de controlar su actividad sexual, su falta de educación – incluyendo un conocimiento escaso e

incorrecto de los métodos anticonceptivos--, la dificultad de acceso a una anticoncepción eficaz y la ausencia de protección social para las embarazadas y sus hijos. Mientras estas condiciones persistan, seguirá habiendo gran cantidad de embarazos no deseados, la mayoría de los cuales terminarán en un aborto a despecho de prohibiciones y sanciones legales, morales o religiosas.”¹⁵

1.1.5 BASES LEGALES PARA LA INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO

El 26 de abril del 2007 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el Acuerdo que reforma, adiciona y deroga diversos puntos de la circular/GDFSSDF/01/06 que contiene los lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal.¹

Además señala como obligación del Gobierno del Distrito Federal, el fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva, otorgar atención a las solicitantes de Interrupción del Embarazo y brindar consejería médica y social.

La interrupción legal del embarazo hasta la décima segunda semana de gestación se realizará por médicos gineco – obstetras o cirujanos generales, debidamente capacitados o adiestrados, en una unidad médica con capacidad de atención para la interrupción legal del embarazo, y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- I. Que lo solicite por escrito la mujer a quien se practicará la interrupción legal del embarazo, mediante el llenado del formato correspondiente.
- II. Que se proporcione a la mujer solicitante consejería por personal médico de la unidad hospitalaria y de forma libre y voluntaria otorgue su consentimiento informado, en los formatos respectivos.
- III. Que al momento de la solicitud de la interrupción legal del embarazo la mujer tenga hasta doce semanas de gestación, acreditado con el dictamen médico de edad gestacional correspondiente.

Los médicos adscritos a unidades del primer nivel de atención y los adscritos a hospitales que no estén en condiciones para realizar el procedimiento de interrupción legal del embarazo, referirán a la mujer de manera adecuada, responsable, oportuna y mediante el formato de Referencia y Contrarreferencia debidamente requisitado, a un hospital en donde se practiquen dichos procedimientos.¹

Las unidades médicas donde podrán realizarse procedimientos de interrupción legal del embarazo, contemplados en los puntos cuarto y quinto de estos Lineamientos Generales, serán las pertenecientes al sector público o privado que cumplan con los requisitos establecidos en la NOM-205-SSA1-2002 "Para la Practica de la Cirugía Mayor Ambulatoria", y que dispongan de personal médico gineco – obstetra o cirujano general debidamente capacitado y adiestrado para realizar el procedimiento.²

La técnica utilizada para realizar la interrupción legal del embarazo podrá ser médica o quirúrgica, y se hará tomando en consideración las semanas de gestación del producto y de acuerdo con el criterio del médico gineco –obstetra o del cirujano general encargado de realizar el procedimiento.³

1.1.6 PROCEDIMIENTOS PARA LA INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO

En la Secretaria de Salud del Distrito Federal, existen tres procedimientos para interrumpir el embarazo:

- 1) Aborto con medicamentos.
- 2) Aborto quirúrgico con aspiración manual endouterina (AMEU).

3) Aborto quirúrgico por legrado uterino instrumental (LUI).¹⁷

1.1.7 ABORTO CON MEDICAMENTOS

El aborto médico se define como la interrupción intencional de una gestación y la subsiguiente evacuación del contenido uterino, usando medicamentos solamente. El aborto médico puede llevarse a cabo dentro del primer trimestre, idealmente dentro de las primeras 7 ó 9 semanas de gestación, según el medicamento.³

No obstante, algunos compuestos siguen manteniendo su efectividad en etapas más tardías del embarazo. La falla o fracaso del tratamiento ocurre cuando en una paciente que ha recurrido al aborto médico se hace necesaria la evacuación del contenido uterino de manera instrumental.¹⁸

Esta necesidad surge cuando el embarazo continua en evolución, el aborto es incompleto, hay complicaciones hemorrágicas o simplemente por la solicitud de la mujer de terminar así el proceso, en caso de prolongación del mismo.¹⁸

La Secretaria de Salud del Distrito Federal utilizará para los casos de ILE de menos de 9 semanas el Misoprostol.¹⁷

El misoprostol, una prostaglandina sintética comercializada en México bajo el nombre de Cytotec®, está disponible en por lo menos 70 países, en los que está registrada primariamente para la prevención y el tratamiento de la úlcera péptica. Las prostaglandinas son inductores de la contracción de las células del miometrio, al mismo tiempo que inducen relajación del cérvix; también tienen efectos de tipo inflamatorio y vasoconstrictor, que involucran la circulación placentaria, induciendo así el desprendimiento y la expulsión del producto. La sensibilidad uterina a las prostaglandinas aumenta con el estadio de la gestación y es parcialmente antagonizada por la acción de la progesterona. Las prostaglandinas son activas sobre la mayor parte del músculo liso del organismo, en particular del tracto intestinal, del sistema vascular y de los bronquios, por lo que tienen efectos secundarios importantes en el sistema gastrointestinal (diarrea, vómito y dolor abdominal), así como efectos sistémicos (mareo, hipertermia, espasmo vascular, síntomas vasomotores y en caso de la PgF2 α , también broncoespasmo).¹⁹

El misoprostol (16-metil-éster de la PgE1) se ha convertido en el medicamento complementario más comúnmente usado en los esquemas medicamentosos para interrumpir el embarazo, debido a su eficacia y seguridad así como por la menor frecuencia y severidad de efectos secundarios. Entre sus ventajas adicionales están su estabilidad a temperatura ambiente, su facilidad de almacenamiento, su mayor disponibilidad en varios países, su resistencia al metabolismo natural, la simplicidad de su vía de administración (oral o vaginal) y su bajo costo. Las investigaciones más recientes se han enfocado a evaluar la eficacia del misoprostol como agente exclusivamente abortivo, así como su aplicación para otros usos potenciales en obstetricia (como la inducción del parto y el tratamiento de la hemorragia postparto, entre otras).²⁰

El misoprostol se encuentra disponible en tabletas de 100 y 200 μ g. Se desconoce cómo y cuándo empezó a usarse el misoprostol como un inductor de aborto temprano en América Latina, pero seguramente fue el resultado de ensayos empíricos, de experiencias y de prácticas particulares. En la actualidad hay numerosos ensayos clínicos y revisiones publicadas, pero no existe suficiente evidencia para recomendar un protocolo específico en cuanto a dosis y a las vías de administración.²³

Se administra generalmente por vía oral, que es la vía aprobada en los Estados Unidos de Norteamérica y registrada para el tratamiento de la enfermedad ácido-péptica. Sin embargo, puede ser también utilizado por vía vaginal, rectal o sublingual.²⁰

Las pacientes que toman el Misoprostol siguen el siguiente esquema:

- 1) la primera dosis (cuatro pastillas de 200 mcg = 800 mcg por vía bucal)
- 2) la segunda dosis (cuatro pastillas de 200 mcg = 800 mcg por vía bucal) cuatro, seis, ocho, doce o veinticuatro horas (dependiendo de la preferencia del medico).¹⁸

Los resultados arrojaron una efectividad del 87 al 93%, dependiendo de la edad gestacional y de la dosis total administrada.²³

CONTRAINDICACIONES

El aborto médico no es recomendable en mujeres mayores de 35 años, fumadoras, particularmente si fuman más de 10 cigarrillos al día.

Contraindicado en pacientes con historia de enfermedades cardiovasculares, porfirias y asma bronquial, así como la alergia comprobada a las prostaglandinas.¹⁹

EFFECTOS SECUNDARIOS

Tienen efectos colaterales que en su mayoría no llegan a generar complicaciones médicas o quirúrgicas mayores ya que en general desaparecen dentro de las siguientes 24 horas posteriores a la toma de los medicamentos.

Las manifestaciones clínicas más comunes incluyen sangrado transvaginal, dolor y síntomas gastrointestinales como náusea, vómito y diarrea. Los síntomas gastrointestinales presentan una variación que va del 12% al 67% para la náusea, del 8% al 34% para el vómito y del 7% al 26% para la diarrea. Otros síntomas incluyen cefalea, mareo, febrícula y sensación de escalofríos.³

En relación al manejo del dolor, los esquemas de tratamiento más utilizados incluyen medicamentos analgésicos como el paracetamol.⁵

COMPLICACIONES

La principal complicación esta relacionada con el sangrado. El sangrado se considera excesivo cuando la paciente llega a empapar 2 toallas sanitarias por hora, por un período de 2 horas consecutivas.¹⁷ Se requiere en estos casos de una buena evaluación clínica de la paciente y si es necesario, de una biometría hemática para decidir sobre un eventual recurso al aborto quirúrgico; en los estudios publicados, esto puede ocurrir con un intervalo de 0.35% a 2% de los casos.

1.1.8 INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO CON ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

La aspiración manual endouterina (AMEU) es el procedimiento quirúrgico recomendado por la Organización Mundial de la Salud para llevar a cabo la interrupción legal del embarazo en el primer trimestre del embarazo. Es el método más seguro que un legrado.²³

Actualmente, la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La AMEU es una técnica segura, efectiva, rápida, con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el legrado uterino instrumental. La AMEU se asocia con niveles más bajos de complicaciones, como perforación uterina, sangrado excesivo, infección pélvica y las lesiones cervicales que se presentan con el legrado.²⁴

La AMEU, que Ipas diseñó y continúa perfeccionando, es una tecnología esencial para el tratamiento de las mujeres con aborto incompleto, para la interrupción legal del

embarazo en las fases tempranas de la gestación, para tratar otras formas clínicas de aborto y, en general, para el tratamiento de hemorragias obstétricas y ginecológicas.¹⁸

La Aspiración Manual Endouterina es una técnica segura, clínicamente efectiva, rápida, con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el LUI. En diversos estudios, la efectividad de la AMEU ha mostrado ser mayor al 98 por ciento.²³

Es conveniente destacar que la AMEU ha comprobado ser un procedimiento altamente eficaz y seguro, incluso en el primer nivel de atención.²³

La mayoría de las mujeres se recuperan en el transcurso de unas pocas horas después del procedimiento. Las características de la AMEU posibilitan la adecuación del servicio para que sea costo-efectivo, ya que puede realizarse de manera ambulatoria y con analgesia y sedación ligera o bloqueo paracervical, lo cual permite una reducción de costos significativa y un mejor aprovechamiento y uso de los recursos físicos y humanos disponibles.¹⁷

La AMEU también ha demostrado su efectividad como técnica de apoyo en los casos en que los proveedores de servicios de salud optan por utilizar medicamentos (mifepristona y misoprostol en combinación o misoprostol solo) para realizar la evacuación uterina.

La Secretaría de Salud (SSA) de México considera a la AMEU como la primera opción en el tratamiento de mujeres con aborto incompleto, completo, en evolución, inevitable, y diferido ó huevo muerto retenido y así está definido en el Lineamiento Técnico Para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica.²³

1.1.9 INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO CON LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

La dilatación y curetaje, involucra la dilatación cervical mediante agentes farmacológicos o dilatadores mecánicos y la utilización de curetas metálicas filosas para raspar las paredes uterinas. La dilatación y curetaje es menos segura que la aspiración al vacío y considerablemente más dolorosa para la mujer. Las tasas de complicaciones son de dos a tres veces más que aquellas de la aspiración al vacío. Las complicaciones poco frecuentes son la evacuación incompleta, sangrados abundantes, infecciones, perforaciones o desgarros.²⁵

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La despenalización del aborto en el Distrito Federal responde a la necesidad de abatir la alta incidencia de daños ocasionados por el aborto inseguro. En 2005, la razón de mortalidad materna en el país fue de 63.3 muertes por 100 000 nacidos vivos; para el Distrito Federal la cifra fue menor, con 57.6, pero mayor a la de otras 15 entidades. Entre 1990 y 2005, el aborto representó la tercera causa de mortalidad materna en el Distrito Federal, mientras en el ámbito nacional constituyó la quinta. En 2005, la tasa anual promedio de hospitalización por aborto por cada mil mujeres de 15 a 49 años en el Distrito Federal era de 9.1, cifra significativamente alta respecto del indicador nacional, que era de 5.8.²¹

A dos años de la aprobación de la ILE al 20 de Abril del 2009 se han realizado 23233 procedimientos en los diferentes hospitales de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, de los cuales 492 corresponden al Hospital General de Milpa Alta.

Los procedimientos de elección para la interrupción del embarazo, en la actualidad incluyen la AMEU, el LUI y el aborto con medicamentos.

Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los procedimientos utilizados en el Hospital General Milpa Alta para la interrupción legal del embarazo y las complicaciones inmediatas que se generan?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En América Latina y el Caribe, 5,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros (más de un quinto del total de muertes maternas), representando el más alto porcentaje (21%) entre las regiones a nivel mundial.¹¹ También se estima que, en la región, 800,000 mujeres de bajos recursos económicos son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto inseguro. Las consecuencias en el sector salud son sumamente importantes pues las complicaciones se relacionan con una alta demanda de recursos, como camas hospitalarias, equipamiento médico, antibióticos, entre otros, originados por complicaciones prevenibles.⁵

La interrupción legal del embarazo se realiza hasta la décima segunda semana de gestación por médicos, debidamente capacitados en una unidad médica con capacidad de atención para la interrupción legal del embarazo.

A dos años de aprobarse la interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal no se tienen datos estadísticos fidedignos que proporcionen información sobre los procedimientos que se realizan para la interrupción del embarazo y las complicaciones inmediatas que se generan.

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 Objetivo General

Identificar los principales procedimientos empleados para la interrupción legal del embarazo y sus complicaciones inmediatas en el Hospital General de Milpa Alta.

1.4.2 Objetivos específicos.

Analizar las variables sociodemográficas de las pacientes que solicitan la Interrupción Legal del Embarazo.

Analizar los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes solicitantes.

Identificar los principales métodos médicos y quirúrgicos utilizados para la interrupción legal del embarazo que se realizan en la unidad.

Determinar la frecuencia de las complicaciones asociadas a estos procedimientos.

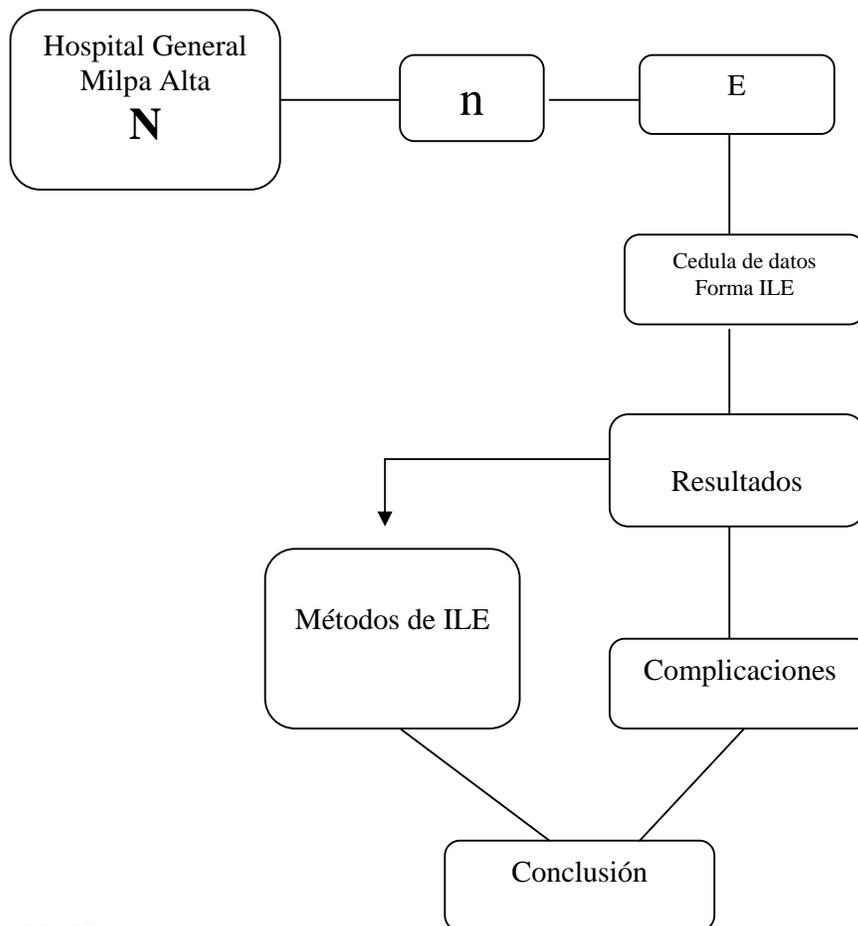
2. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de estudio: Observacional, descriptivo y retrospectivo.

2.2 Diseño de investigación del estudio

El estudio se realizó en el consultorio número 8 asignado al programa de interrupción legal del embarazo del Hospital General Milpa Alta, de la Delegación Milpa Alta en México Distrito Federal, durante el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2008. La información generada se obtuvo del formato ILE 01-07, el cual fue establecido por la SS-GDF. Se registraron 286 casos. Ver esquema.

ESQUEMA DE DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO



N= Universo

n= Muestra =286 pacientes

E= Expedientes

ILE= Interrupción Legal del Embarazo

2.3 Población, lugar y tiempo

Tipo finito. La población estuvo constituida por expedientes de un total de 286 mujeres que acudieron a solicitar interrupción legal del embarazo en el consultorio 8 del Hospital General de Milpa Alta durante el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2008.

2.4 MUESTRA

No probabilística, intencional, por censo.

2.5 CRITERIOS

Inclusión: Expedientes de pacientes que utilizaron el programa de interrupción legal del embarazo durante el periodo mencionado.

Expedientes que cuenten con el formato ILE 01-07 debidamente requisitado.

Expedientes que cuenten con consentimiento informado por escrito, en el que se solicite la interrupción legal del embarazo.

Exclusión: Expedientes de pacientes en el que se reporte un embarazo mayor de 12 semanas de gestación por ultrasonografía.

Expedientes de pacientes en el que se reporte embarazo ectópico.

Expedientes en los que no se reporte embarazo por ultrasonografía.

Expedientes en los que la paciente solicita cancelar el procedimiento.

Eliminación: Expedientes que no cuenten con el formato ILE 01-07 debidamente requisitado.

Expedientes que no cuenten con consentimiento informado por escrito, en el que se solicite la interrupción legal del embarazo.

Expedientes que no tengan citas de seguimiento subsecuente.

2.6 VARIABLES. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION	FUENTE
Referida	Control	Lugar de envío para una determinada acción	Cualitativa nominal	1) Centro de salud 2) Hospital 3) Autorreferida	Formato ILE 01-07
Estado civil	Control	Situación de la persona en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país	Cualitativa nominal	1) Soltera 2) Casada 3) Viuda 4) Divorciada 5) Unión libre	Formato ILE 01-07
Edad	Control	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Cualitativa nominal	1) Menor de 15 años 2) De 15 a 19 años 3) De 20 a 25 años 4) De 26 a 30 años	Formato ILE 01-07

				5) De 31 a 35 años 6) De 36 a 40 años 7) Mayor de 40 años	
Derechohabien- cia	Control	Persona que se encuentra afiliada a alguna institución de seguridad social, publica o privada	Cualitativa nominal	1) Gratuidad 2) Seguro popular 3) IMSS 4) ISSSTE 5) PEMEX 6) Ninguna 7) Otra	Formato ILE 01-07
Nivel educativo	Control	Ultimo nivel obtenido en el ciclo de instrucción avanzado que declare haber cursado la persona en el nivel educativo	Cualitativa nominal	1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Profesional 5) Posgrado 6) Sin estudios	Formato ILE 01-07
Ocupación	Control	Conjunto de funciones o tareas específicas que desempeña las personas en su trabajo	Cualitativa nominal	1) Empleada 2) Desempleada 3) Comerciante 4) Servicios personales 5) Estudiante 6) Hogar 7) Otro	Formato ILE 01-07
Religión	Control	Tipo de creencia o practica divina	Cualitativa nominal	1) Ninguna 2) Católica 3) Judía 4) Cristiana 5) Testigo de Jehová 6) Evangelista 7) Otra	Formato ILE 01-07
Responsable (en caso de ser menor de edad)	Control	Es aquel que conscientemente permite directa o indirectamente un hecho y que por lo tanto es imputable por las consecuencias de ese hecho	Cualitativa nominal	1) Madre 2) Padre 3) Tutor 4) Esposo 5) Hermano 6) Abuelo 7) Otro	Formato ILE 01-07
Lugar de residencia	Control	Delegación o estado donde vive o habita	Cualitativa nominal	1) Milpa Alta 2) Xochimilco 3) Tlahuac 4) Iztapalapa 5) Tlalpan 6) Coyoacan 7) Otras delegaciones 8) Estado de México 9) Estado de Morelos	Formato ILE 01-07
Inicio de vida sexual activa	Control	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la primera copulación	Cualitativa continua	Numero consecutivo	Formato ILE 01-07
Semanas de embarazo actual	Control	Es el periodo presentado en	Cuantitativa continua	1) Menos de 6 semanas	Formato ILE 01-07

		semanas comprendido desde la fecundación del ovulo hasta el parto		<ul style="list-style-type: none"> 2) De 6 a 8 semanas 3) De 9 a 10 semanas 4) De 11 a 12 semanas 5) Mayor de 12 semanas 	
Número de hijos nacidos vivos	Control	Se considera la cantidad de hijos nacidos vivos	Cuantitativa continua	Numero consecutivo	Formato ILE 01-07
Gesta	Control	Definido como el numero de embarazos hasta la fecha	Cuantitativa continua	Numero consecutivo	Formato ILE 01-07
Número de abortos previos	Control	Numero de embarazos interrumpidos antes de la semana 12, sin importar el método	Cuantitativa continua	Numero consecutivo	Formato ILE 01-07
Número de partos	Control	Numero de embarazos obtenidos por vía vaginal	Cuantitativa continua	Numero consecutivo	Formato ILE 01-07
Número de cesáreas	Control	Numero de embarazos obtenidos por vía abdominal	Cuantitativa continua	Numero consecutivo	Formato ILE 01-07
Número de ILE previos	Control	Numero de interrupciones del embarazo de acuerdo a la ley de la SS-GDF	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> 1) 0 2) 1 3) 2 	Formato ILE 01-07
Recibió consejería sobre ILE	Control	Información detallada proporcionada a la paciente sobre lo referente a la interrupción legal del embarazo	Cuantitativa dicotomica	<ul style="list-style-type: none"> 1) Si 2) No 	Formato ILE 01-07
Método anticonceptivo utilizado	Control	Referente al uso de alguna forma de método de planificación familiar utilizado	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> 1) Anticonceptivo oral 2) Anticonceptivo inyectable 3) Implante subdermico 4) DIU 5) Quirúrgico 6) Preservativo 7) Ninguno 8) Otro 	Formato ILE 01-07
Numero de consultas otorgadas	Control	Total de consultas otorgadas para la realización de la ILE	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> 1) Una consulta 2) Dos consultas 3) Tres consultas 4) Cuatro consultas 	Formato ILE 01-07
Motivo de interrupción del embarazo	Control	Causa por la cual la paciente decide realizar la interrupción del embarazo	Cualitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> 1) Voluntaria 2) Malformaciones fetales 3) Riesgo a la salud materna 4) Violación 5) Otras 	Formato ILE 01-07

Días hospitalarios	Control	Definido como el número de días de estancia intrahospitalaria requeridos	Cuantitativa continua	1) Un día 2) Dos días 3) Tres días 4) Ninguno	Formato ILE 01-07
Semanas de embarazo por USG	Control	Definido como la edad gestacional reportada por ultrasonografía	Cuantitativa continua	1) De 4 a 5 semanas 2) De 6 a 8 semanas 3) De 9 a 10 semanas 4) De 11 a 12 semanas	Formato ILE 01-07
Procedimiento realizado para ILE	Control	Se define como el método de elección utilizado para la ILE	Cuantitativa continua	1) Misoprostol 2) Misoprostol+A MEU 3) Misoprostol + LUI	Formato ILE 01-07
Complicaciones secundarias al presentadas	Control	Se define como a las complicaciones presentadas en las pacientes	Cualitativa nominal	1) Sin complicación 2) Hemorragia 3) Infección 4) Perforación uterina 5) Otras	Formato ILE 01-07
Otorgamiento del método anticonceptivo	Control	Se define como el método de planificación familiar aceptado por la usuaria posterior al procedimiento	Cualitativa nominal	1) DIU 2) Oral 3) Inyectable 4) Preservativos 5) OTB 6) No acepto 7) Otro	Forma ILE 01-07

2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento utilizado para la recolección de datos denominado Formato de registro para personas que solicitan interrupción legal del embarazo (ILE) fue creado por la Secretaria de Salud del Distrito Federal. En este instrumento se encuentran los siguientes apartados (ver anexo 1):

- a) Identificación del paciente
Se registra nombre de la usuaria y número de expediente
- b) Datos sociodemográficos
Se registra estado civil, nivel educativo, ocupación, religión, lugar de residencia
- c) Responsable en caso de ser menor de edad
Se registra el parentesco con la usuaria
- d) Antecedentes gineco-obstétricos
Se registra la edad de presentación de la menarca, la edad de inicio de vida sexual activa, el numero de gestaciones, el numero de hijos vivos, el numero de partos, de cesáreas, y el método de planificación familiar utilizado previamente.
- e) Consultas realizadas
Se anota el número de consultas realizadas durante el procedimiento
- f) Motivo de interrupción del embarazo

- Se registra la causa de interrupción del embarazo, las opciones son: a) interrupción voluntaria, b) debida a malformaciones congénitas, c) por implicar riesgo en la salud materna, d) por violación y e) otro.
- g) Consejería sobre método anticonceptivo post aborto
Se registra si recibió o no consejería anticonceptiva
 - h) Procedimiento
Se registra el procedimiento realizado acorde a las opciones que son misoprostol, misoprostol + AMEU, misoprostol + LUI
 - i) Hospitalización
Se indican los días de estancia hospitalaria, o como ambulatorio en caso de no requerir.
 - j) Seguimiento
Se registran las complicaciones presentadas, las opciones son hemorragia, infección, perforación uterina u otra.

2.8 METODO DE RECOLECCION DE DATOS

- Se realizó solicitud de autorización por escrito a las autoridades del Hospital General de Milpa Alta para la realización de la investigación.
- Previa aceptación de las autoridades correspondientes se procedió a solicitar al médico adscrito encargado del módulo de Interrupción Legal del Embarazo y a su equipo de trabajo la lista de pacientes solicitantes de ILE correspondientes al periodo de estudio.
- Localización y solicitud de expedientes clínicos al personal adscrito al área de archivo clínico.
- Posteriormente se realizó revisión de expedientes clínicos acorde a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos.
- Posteriormente los datos se vaciaron en una cedula creada para este fin.
- Se realizó captura y almacenamiento de la información en la base de datos estadísticos correspondientes al programa Excel.

2.9 PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

2.9.1 Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen (porcentajes) y de tendencia central (media). La información se presentó mediante gráficas y tablas.

2.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Ver anexo 2

2.11 RECURSOS HUMANOS

Se contó con la colaboración de personal médico, personal de enfermería adscritos al programa de ILE y archivo clínico del Hospital General de Milpa Alta, así como del investigador principal.

RECURSOS MATERIALES Y FISICOS

Los recursos materiales utilizados son los siguientes:

Expedientes clínicos

Formato ILE 01-07

Equipo de cómputo

Impresora

Copias, hojas, lápices.

Programa de Software Excel versión 2003.

Archivo clínico del Hospital General Milpa Alta

Módulo de Medicina Preventiva

FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

El financiamiento para la realización del presente trabajo de investigación estuvo a cargo del investigador y autor del mismo.

2.12 CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación de trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki y al reglamento de la Ley Federal de Salud en Materia de Investigación de la Secretaría de Salud.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada en la 18^a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada en la 52^a Asamblea General, Tokio, Japón, 2004.

En base a la Ley General de Salud en su artículo 17 fracción I, que a la letra dice:

1. Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 18^a Asamblea Médica Mundial en junio de 1964 y enmendada por la 29^a Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón, en octubre de 1975, en la 35^a Asamblea Médica Mundial Venecia Italia en octubre de 1983, en la 41^a Asociación Médica Mundial Hong Kong, septiembre de 1989, 48^a Asamblea General en Sudáfrica, octubre de 1996, la 52^a Asamblea General, en Edimburgo, octubre del 2000, y en Washington en 2002, establece los principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. El deber del médico es promover y

velar por la salud de las personas, los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

El médico debe actuar solamente en el interés del paciente.

El progreso de la medicina tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas.

La investigación médica debe ser por el bienestar de los seres humanos.

El propósito principal es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

La investigación debe fundamentarse en las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación.

Por lo anterior este trabajo se sujeta a las normas de Helsinki.

3. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 286 expedientes de mujeres que solicitaron interrupción legal del embarazo durante el periodo del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2008.

Con respecto a los criterios de referencia; 236 (83%) pacientes fueron autorreferidas, es decir que acudieron por iniciativa propia, 40 (16%) pacientes acudió a su centro de salud para solicitar referencia y solo 4 (1%) pacientes fue referida por otra unidad de segundo nivel. Ver Figura 1.

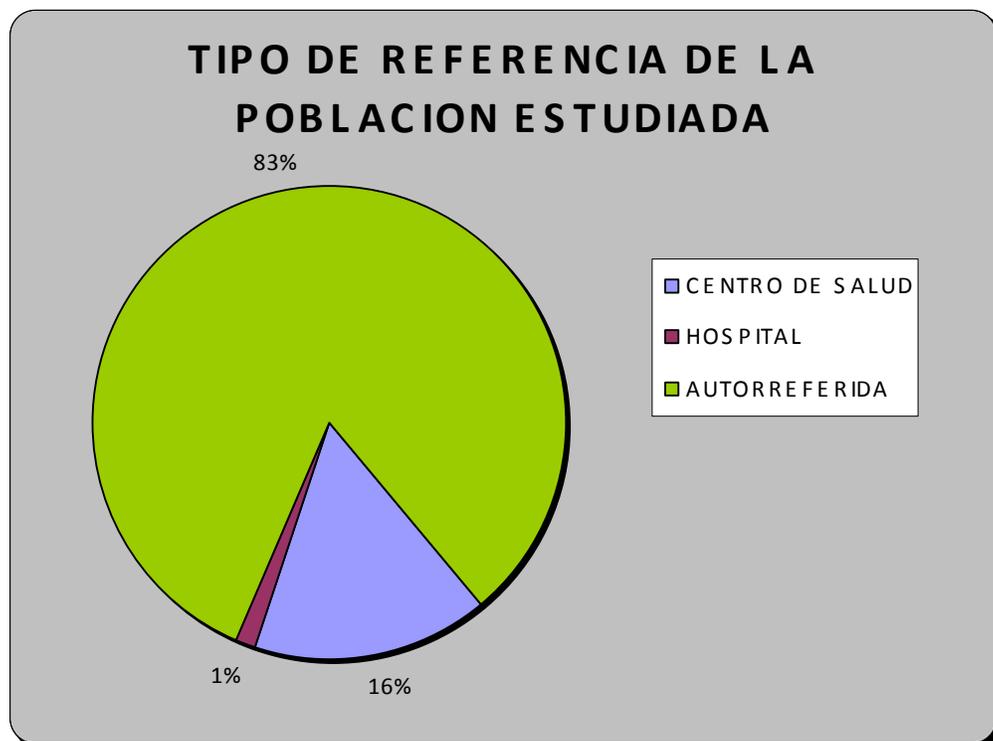


Figura 1. Fuente: Forma ILE 01-07

Al analizar las características sociodemográficas de las pacientes, en el rubro de estado civil; 120 (41%) pacientes vivían en unión libre, 106 (37%) pacientes eran solteras, el 53 (19%) pacientes eran casadas, 5 (2%) pacientes eran divorciadas y solo 2 (1%) pacientes eran viudas. Ver Figura 2

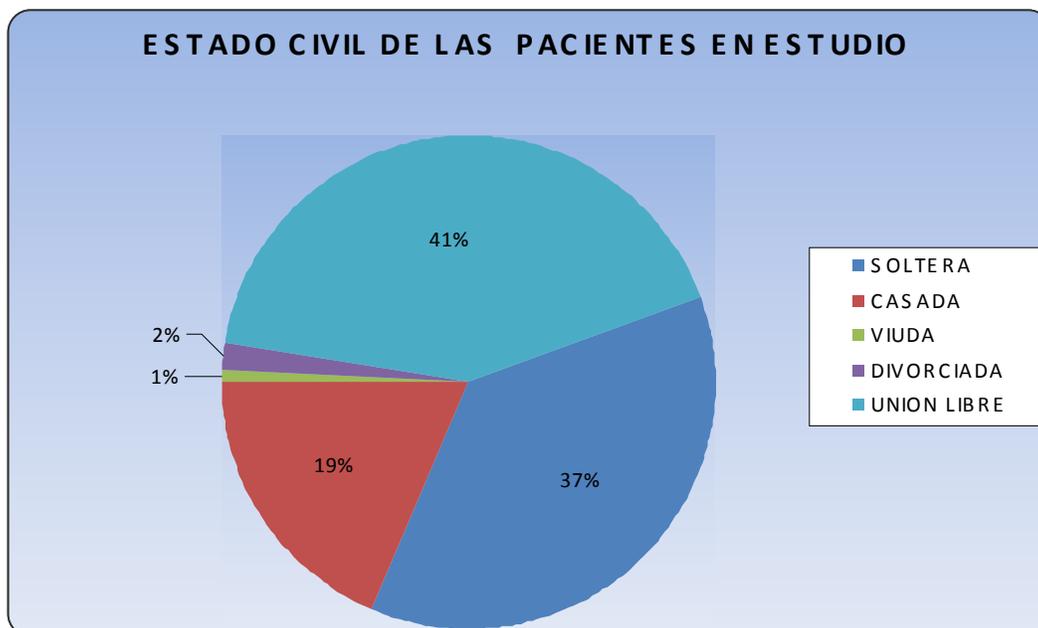


Figura 2. Fuente: Forma ILE 01-07

En cuanto a la edad, se agruparon por intervalos de clase, 113 (39.5%) pacientes corresponden al grupo de edad de 20 a 25 años, con 62 (21.6%) pacientes el grupo de 26 a 30 años, con 46 (13.9%) pacientes el grupo formado por la edad de 31 a 35 años, con 35 (12.2%) pacientes el grupo de 15 a 19 años, con 10 (3.4%) pacientes a las pacientes mayores de 40 años de edad y finalmente con solo 3 (1 %) pacientes al grupo de menores de 15 años. Ver Figura 3

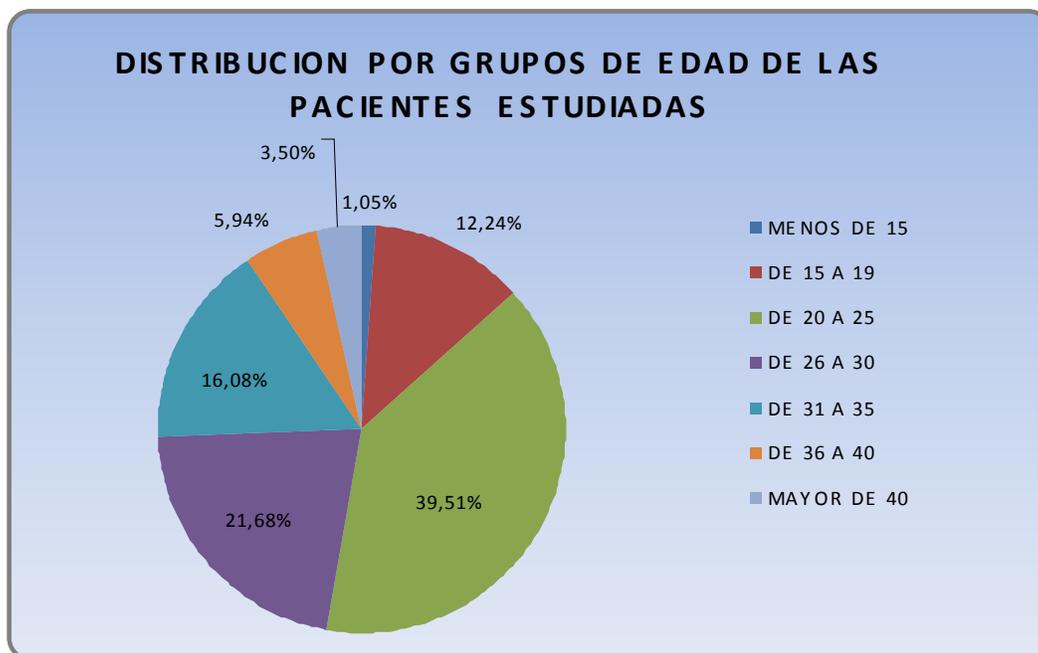


Figura 3. Fuente: Forma ILE 01-07

La derechohabiencia de las pacientes estudiadas correspondió en 184 (64.3%) pacientes al Programa de Gratuidad, mientras que 78 (27.2%) pacientes no contaban con seguridad social, y 24 (8.5%) pacientes eran afiliadas a otras instituciones.

La escolaridad encontrada en el estudio correspondió en 120 (41.96%) pacientes a secundaria, 86 (30.07%) pacientes a preparatoria, 40 (13.99%) pacientes profesional, 38 (13.29%) pacientes primaria y 2 (0.7%) pacientes sin estudios. Ver Figura 4

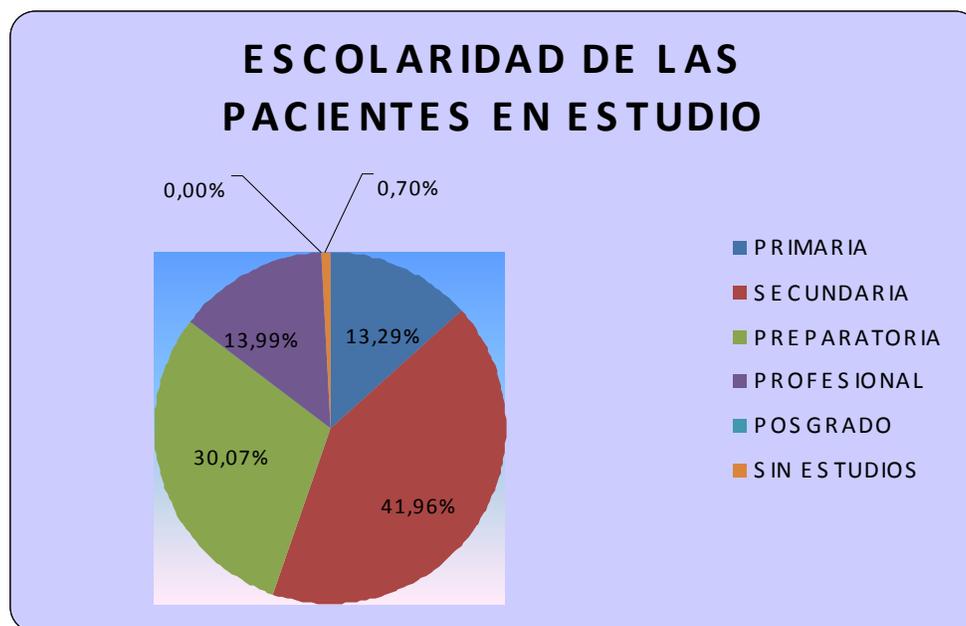


Figura 4. Fuente: Forma ILE 01-07

En cuanto a ocupación; 152 (53%) pacientes tenía ocupación hogar, 59 (21%) pacientes eran estudiantes, 51 (18%) pacientes empleadas, 12 (4%) pacientes comerciantes, 9 (3%) pacientes otras ocupaciones y solo 3 (1%) pacientes desempleadas. Ver Figura 5

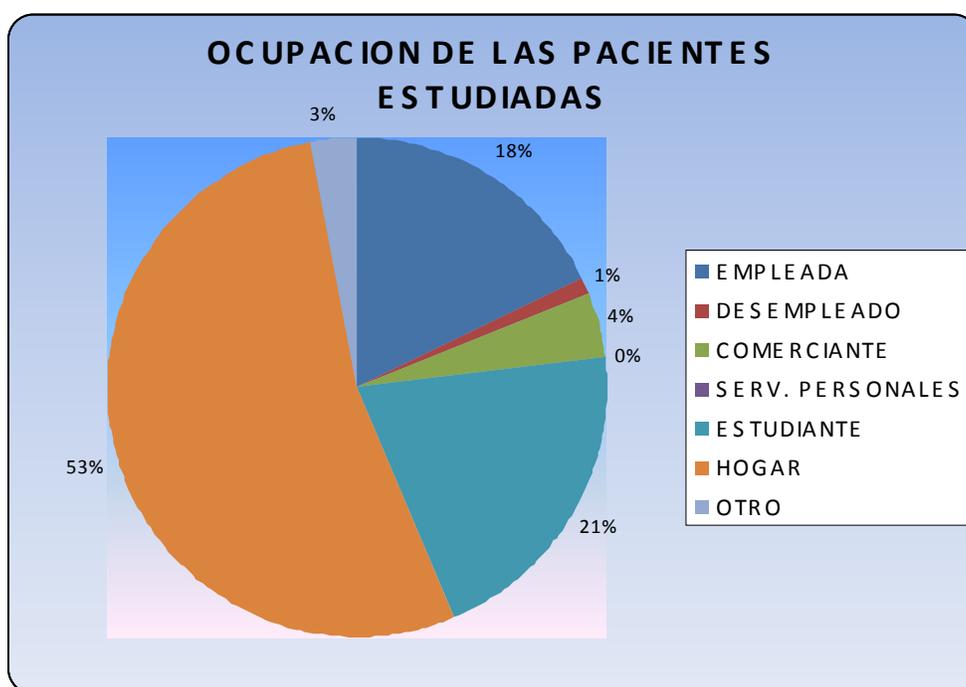


Figura 5. Fuente: Forma ILE 01-07

Con respecto a la religión, 239 (83.5%) pacientes son católicas, 38 (13.2%) pacientes sin religión, y 9 (3.3%) pacientes otra religión.

En cuanto a lugar de residencia 117 (40.9%) pacientes corresponde a la delegación Milpa Alta, 76 (26.5%) pacientes a Tlahuac, 93 (32.5%) pacientes a otras delegaciones.

Los antecedentes gineco obstetricos se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Antecedentes Gineco Obstétricos de las mujeres estudiadas

DETERMINANTES	MINIMO	MAXIMO	MEDIA
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	12	24	19.79
SEMANAS DE EMBARAZO ACTUAL	4	12	7.39
NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS	0	6	2.3
GESTA	1	6	3.2
NO. DE ABORTOS PREVIOS	0	3	0.33
NO. DE PARTOS	0	6	2
NO. DE CESAREAS	0	3	0.33

Fuente: Forma ILE 01-07

Las consultas requeridas para la realización del procedimiento en 145 (50.6%) pacientes se requirió de 2 consultas, 95 (33.2%) pacientes de 3 consultas y solo 22 (7.6%) pacientes de una sola consulta para la realización del procedimiento. Ver Figura 6

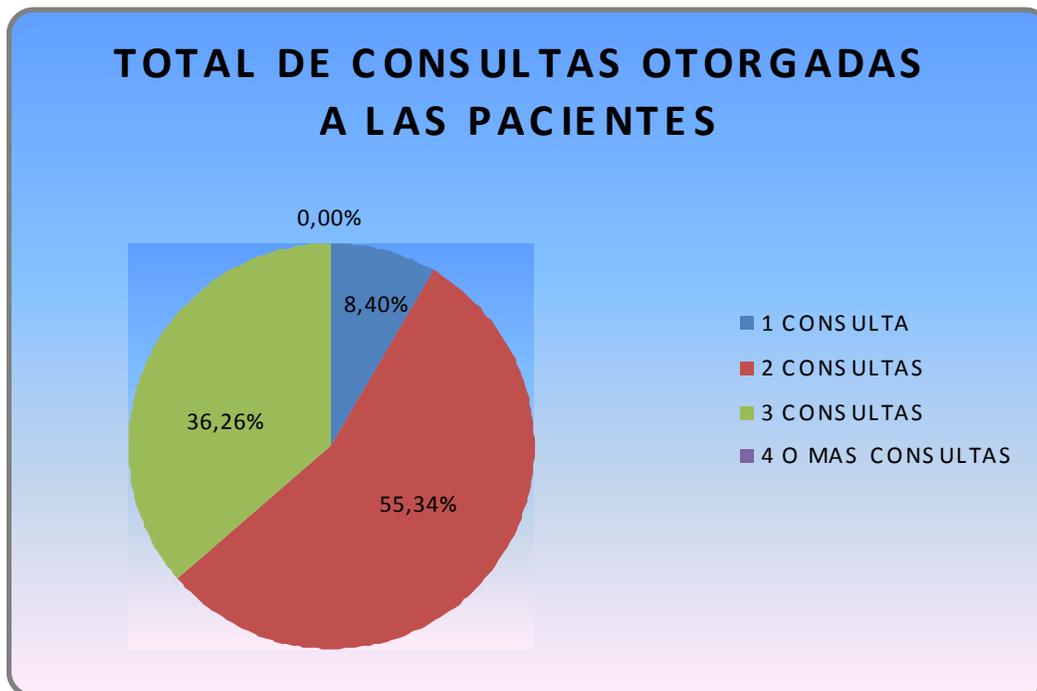


Figura 6. Fuente: Forma ILE 01-07

En el rubro de motivo de interrupción del embarazo 285 (99.7%) pacientes fue voluntario y solo 1 (0.03%) paciente como otro motivo.

De las 286 pacientes, en 112 (39.16%) pacientes que solicitaron interrupción del embarazo el procedimiento se realizo en forma ambulatoria, 163 (56.99%) pacientes se hospitalizaron un día, 8 (2.8%) pacientes dos días y solo 1 (1.05%) pacientes requirió de tres días de hospitalización. Ver Figura 7.

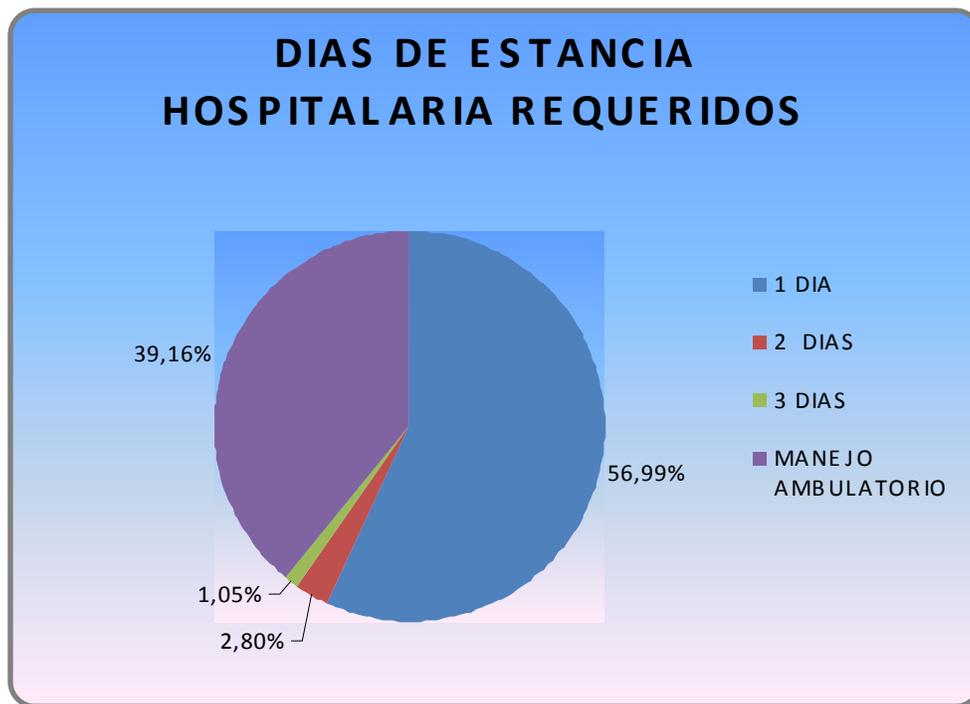


Figura 7. Fuente: Forma ILE 01-07

Al realizar estudio ultrasonográfico para determinar la edad gestacional del embarazo 140 (48.9%) pacientes tenían entre 6 a 8 semanas de gestación, 78 (27.2%) pacientes de 4 a 5, 64 (22.3%) pacientes de 9 a 10 semanas y solo 4 (1.3%) pacientes de 11 a 12 semanas de edad gestacional. Ver Figura 8

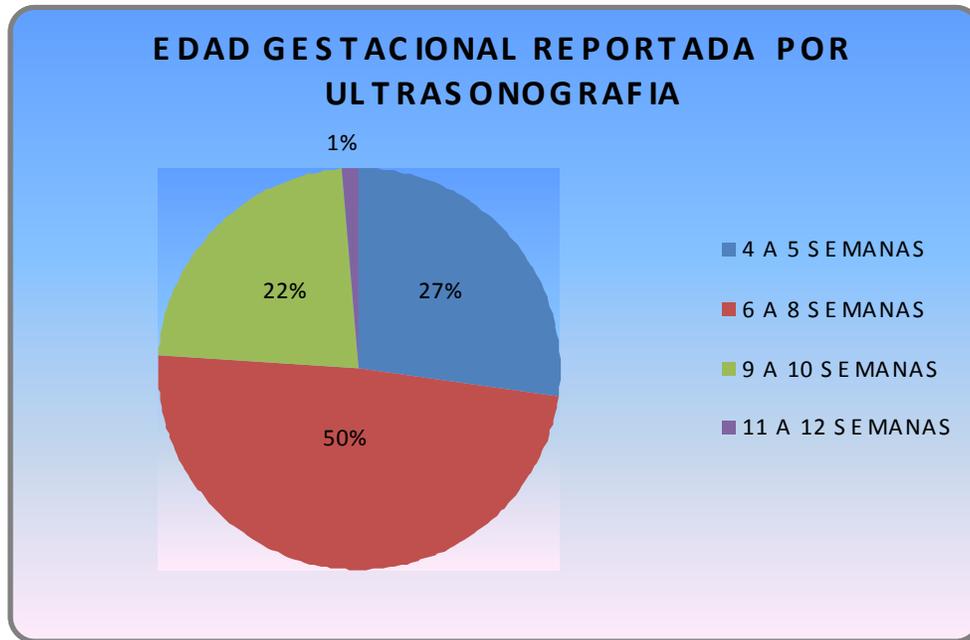


Figura 8. Fuente: Forma ILE 01-07

Los procedimientos realizados se distribuyeron de la siguiente manera: en 114 (39.8%) pacientes se utilizó el misoprostol, en 100 (34.9%) pacientes misoprostol + LUI y en 72 (25.1%) pacientes misoprostol + AMEU. Ver Figura 9

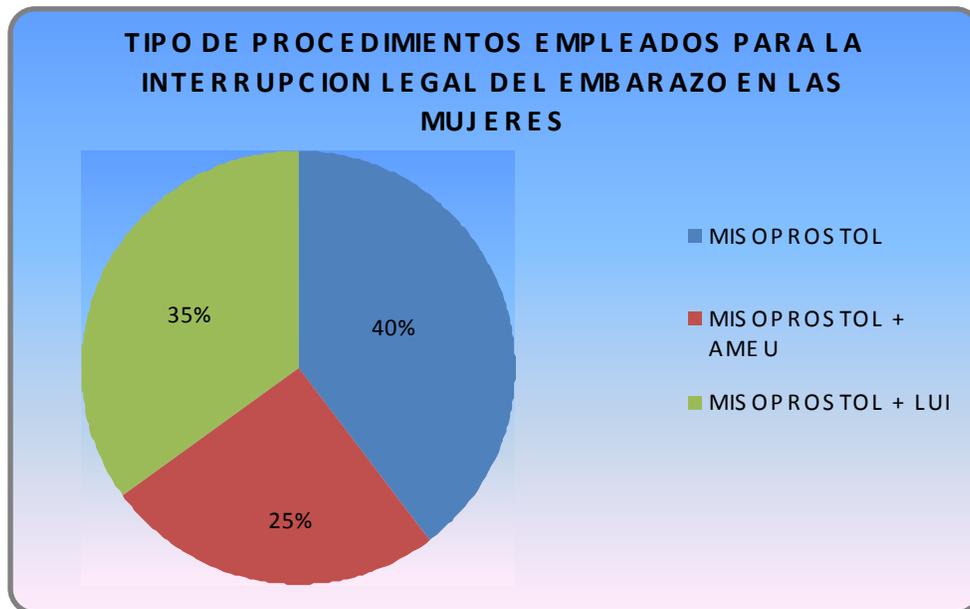


Figura 9. Fuente: Forma ILE 01-07

En solo 1 (0.3%) paciente se presentó como complicación hemorragia y correspondió al procedimiento de misoprostol + AMEU.

De las 286 pacientes a quienes se les realizó interrupción legal del embarazo, 282 (98.6%) pacientes no aceptó método de planificación familiar en forma inmediata posterior al término del procedimiento y solo el 4 (1.4%) de las pacientes aceptó el preservativo.

4. DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio el principal procedimiento utilizado para la interrupción legal del embarazo en el Hospital General Milpa Alta es el medicamentoso, esto se debe probablemente a que un alto porcentaje de pacientes presentaron una edad gestacional menor de 9 semanas, lo cual coincide con Shiavon y colaboradores, quienes recomiendan el uso de medicamentos para la interrupción del embarazo en las primeras 9 semanas de gestación.³

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos, el más utilizado fue la combinación de misoprostol con legrado uterino instrumental y por ultimo la combinación de misoprostol con aspiración manual endouterina, situación que no coincide con lo reportado en la literatura ya que Quiroz y colaboradores, señalan que el procedimiento quirúrgico de elección para la interrupción del embarazo es la aspiración manual endouterina, siendo utilizado el legrado uterino instrumental en casos en los que no se cuente con aspiración manual endouterina.²⁴

La única complicación que se reporto en este estudio fue un caso de hemorragia severa posterior al uso de misoprostol con aspiración manual endouterina, lo cual representa una baja tasa de complicaciones.

Se requieren de 2 consultas para realizar el procedimiento en forma medicamentosa y de un día de hospitalización para los procedimientos quirúrgicos. Esto implica disminución de costos y días de estancia hospitalaria comparados con complicaciones derivadas de abortos inseguros.

Al analizar las características sociodemográficas y gíneco-obstétricas de las pacientes se establece el siguiente perfil: viven en unión libre, corresponden al grupo de edad de 20 a 25 años, con nivel educativo secundaria, de religión católica, de ocupación hogar, son derechohabientes del Programa de Gratuidad, con producto de la gesta 3, con 6 a 8 semanas de edad gestacional, con inicio de vida sexual a los 19 años de edad, que no utilizan métodos anticonceptivos y radican en la delegación de Milpa Alta.

Llama la atención que un alto porcentaje de las usuarias no acepta método de planificación familiar, a pesar de haber recibido consejería sobre anticoncepción postaborto, probablemente esto debido a las pocas consultas que reciben y al poco tiempo asignado para las mismas, sin descartar que otra causa sea una inadecuada relación medico-paciente.

Un alto porcentaje de pacientes acudieron por iniciativa propia a solicitar interrupción legal del embarazo, lo que refleja el poco involucramiento del primer nivel de atención para la referencia y la atención oportuna de estas pacientes.

Es importante señalar que los resultados obtenidos no pueden ser extrapolados a toda la población, ya que solo es representativa del área de influencia del Hospital General Milpa Alta. No obstante estos resultados proporcionan un panorama general sobre los principales procedimientos realizados para la interrupción del embarazo y sus complicaciones.

Actualmente unidades de primer nivel de atención se han sumado a la realización de interrupción legal del embarazo, tal es el caso del Centro de Salud Beatriz Velazquez, esto probablemente se deba a la alta demanda presentada por parte de la población femenina, en tales unidades que corresponden al primer nivel de atención es importante investigar cuales son los principales procedimientos utilizados para la interrupción legal del embarazo y las complicaciones que se presentan.

5. CONCLUSIONES

En el presente estudio es importante señalar que se cumplieron los objetivos establecidos, ya que se identificaron los principales procedimientos utilizados para la interrupción legal del embarazo, así como las complicaciones inmediatas de los mismos. La despenalización del aborto en el Distrito Federal responde a la necesidad de abatir la alta incidencia de daños ocasionados por el aborto inseguro. Esta interrupción se practica dentro de las primeras 12 semanas del embarazo, con procedimientos médicos o quirúrgicos seguros. El aborto medicamentoso representa una alternativa eficaz en embarazos menores de 9 semanas de gestación.

Al proporcionar este servicio con calidad probablemente se contribuirá a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materna.

El aborto es consecuencia de embarazos no planeados y no deseados, así como de la no utilización de métodos de planificación familiar para la prevención de embarazos. Esto implica que la solución real de las complicaciones que genera los embarazos no deseados y los abortos inducidos radica no en la despenalización del aborto, sino en mejorar las condiciones de educación en el terreno de la Salud Reproductiva de las pacientes.

Lo anterior contribuirá a disminuir los costos que ocasiona la realización de estos procedimientos especializados en nuestro sistema de salud.

Al médico familiar como especialista en la atención integral del individuo y su familia le corresponde realizar acciones anticipatorias y preventivas a fin de prevenir embarazos no deseados y no planeados en grupos vulnerables. Dentro de las acciones que se sugieren para lograr este objetivo se encuentra proporcionar información y orientación a estos grupos respecto a educación sexual, planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual, así como el abastecimiento de métodos seguros y eficaces.

Proporcionar a las usuarias información de calidad en forma sencilla, con una buena relación médico-paciente.

Así mismo se propone capacitar a los médicos del primer nivel de atención para realizar la interrupción legal del embarazo en forma medicamentosa a fin de resolver en forma inmediata la solicitud de las usuarias y respetar sus derechos, así como referir a las pacientes que lo ameriten.

Es necesario mantener una comunicación y coordinación efectiva, entre los diferentes niveles de atención, para lo cual deberá de realizarse referencia y contrarreferencia en forma oportuna así como recomendaciones respecto al seguimiento y manejo de las pacientes.

6. REFERENCIAS

1. Gaceta Oficial del Distrito Federal. Acuerdo que reforma, adiciona y deroga diversos puntos de la circular/GDF-SSDF/01/06 que contiene los lineamientos generales de la organización y operación relacionados con la interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal. Décima Séptima Época. Mayo 2007; 75.
2. NOM-205-SSA1-2002 "Para la Practica de la Cirugía Mayor Ambulatoria".
3. Schiavon Raffaella. Aborto médico: Alternativas terapéuticas actuales. Gaceta Médica de México Vol.139, Suplemento No. 1, 2003. Pag. S55-S63.
4. Ulloa-Aguirre Alfredo, Claudia Díaz-Olavarrieta Claudia, Ellertson Charlotte. Embarazo no deseado y aborto. Gaceta Médica de México Vol.139, Suplemento No. 1, 2003. Pag. S1-S2
5. Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud, Organización Mundial de la Salud - Ginebra 2003.
6. Díaz-Sánchez Vicente. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Médica de México Vol.139, Suplemento No. 1, 2003. Pag. S23-S28
7. Espinoza Henry, López-Carrillo Lizeth. Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención. Gaceta Médica de México Vol.139, Suplemento No. 1, 2003. Pag. S9-S15.
8. Lara D. Measuring the prevalence of induced abortion in Mexico City: comparison of four methodologies. Trabajo presentado en la reunión El embarazo no deseado y el aborto inducido: desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. Cuernavaca, México, 12-14 noviembre, 2001
9. Velásquez Murillo Vitelio, Navarrete Hernández Eduardo, Mortalidad Materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1992-2001, Gaceta Médica de México Vol.139, Suplemento No. 1, 2003. Pag. S17-S22.
10. Conclusiones y recomendaciones presentadas por el Programa Especial para la Investigación en Reproducción Humana de la OMS y AGI ante el Meeting of Researchers on Induced Abortion in Latin America & the Caribbean, Universidad Externado de Colombia, Santa Fé de Bogotá, Colombia, 15-18 de noviembre de 1994, p.6.
11. Miller, D.H., Medical and Psychological Consequences of Legal Abortion in the United States; SAGE Publications, 1996, pp.17-32.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS), Evaluación del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna, Washington, 1996.
13. Benson J, Huapaya V, Abernathy M, Juárez L, Aguilar J y King T. Mejoramiento de calidad y reducción de costos en un modelo integrado de atención post-aborto: Resultados preliminares. IPAS, Population Council.2003.
14. Conferencia internacional sobre la Población y el desarrollo, Acción para el siglo XXI, Salud y Derechos Reproductivos para todos, Informe acerca de las medidas sobre salud y los derechos reproductivos, recomendaciones en el Programa de acciones de CIPD celebrada en el Cairo, 1994. (Conferencia Internacional del Cairo, 1994).
15. Valdés MM. (Compiladora). Controversias Sobre el Aborto. Ediciones del Instituto de Investigaciones Filosóficas, Universidad Autónoma de México y Fondo de Cultura Económica. México, 2001.
16. Lara Diana, García Sandra, Strickler Jeniffer, Martínez Hugo, Villanueva Luís. El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México. Gaceta Médica de México Vol.139, Suplemento No. 1, 2003. Pag. S77-S90.

17. Manual Consejería elemento clave en la interrupción legal del embarazo. Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, Coordinación de salud reproductiva. SS-GDF. 2007.
18. Frankel, Nina y Mariana Abernathy, autoras, 2004. Cómo efectuar la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®: Folleto instructivo. Segunda edición. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
19. Espinoza Henry, Ellertson Charlotte, García Sandy, Schiavon Raffaella, Langer Ana. Medicamentos para la interrupción de la gestación: una revisión de la literatura y sus posibles implicaciones para México y América Latina. Gaceta Médica de México Vol. 138 No. 4, 2002. Pág. 347-356
20. Karchmer-K Samuel. Consideraciones sobre las indicaciones médicas para la interrupción del embarazo. Gaceta Médica de México Vol.139, Suplemento No. 1, 2003. Pag. S37-S46.
21. Schiavone R, Troncoso E, Bilings D, Polo G. Abortion related morbidity in public sector hospitals in Mexico, 2000-2005. Seminar on Measurement of Abortion Incidence, Abortion-related Morbidity and Mortality. Paris, France: International Union for the Scientific Study in Population, 2007.
22. Faúndes A. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. 2ª edición. Santo Domingo, República Dominicana: Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, 2007.
23. Quiroz-Mendoza Gustavo, L. Billings Deborah, Gasman-Zylbermann Nadine. Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. Gaceta Médica de México Vol.139, Suplemento No. 1, 2003. Pag. S65-S72.
24. Manual de Normas, Reglas y Procedimientos Técnicos para el manejo de las Hemorragias en la primera mitad del embarazo. 2004 Ministerio de salud y deportes. La Paz Bolivia, 2004.
25. Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Métodos médicos versus métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo en el primer trimestre (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 3, CD003037.
26. Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 3, CD002900.
27. Clark S, Blum J, Blanchard K, Galvao L, Fletcher H, Winikoff B. Misoprostol use in obstetrics and gynecology in Brazil, Jamaica, and the United States. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;76: 65-74.
28. Faúndes A. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. 2ª edición. Santo Domingo, República Dominicana: Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, 2007
29. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores. Ginebra: OMS/Jons Hopkins Bloomberg School, of Public Health, Center for Communication Programs, 2007

Consulta

1a Consulta en esta Institución: Día Mes Año

Num. de Consultas en esta Institución:

Procedimiento sólo Misoprostol:

Antes de visitar esta Institución, tuvo alguna consulta o servicio en otra Institución respecto a la interrupción de este embarazo? SI NO

Motivo de interrupción del embarazo :

Interrupción voluntaria Malformaciones congénitas Otro (especificar)

Emb. Peligra salud de la mujer Violación

La paciente recibió manejo del dolor para el aborto?

SI → Tipo de analgésico

NO → Desabasto Ausencia de Gineco-obstetra Otro, esp.

La paciente recibió consejería sobre el Método Anticonceptivo post aborto? SI NO

Procedimiento

Semanas de Gestación de Acuerdo a Ultrasonido: Semanas Días

Presencia de Consentimiento Informado?: SI NO

La paciente recibió tarjeta de signos de alarma? SI NO

Tipo de Procedimiento:

Sólo Misoprostol, dosis: Misoprostol + AMEU Misoprostol + LUI

Misoprostol+AMEU+LUI AMEU LUI

Hospitalización

Fecha Ingreso: Día Mes Año

Fecha Egreso: Día Mes Año

Servicio: Num. Expediente:

Seguimiento

La paciente presentó complicaciones?

SI → Hemorragia Severa Infección Perforación uterina Otra, Esp.

NO

En caso de haber sido atendida sólo con Misoprostol, regresó a consulta de seguimiento SI NO

Provisión de Método Anticonceptivo? SI → Condón Diafragma

Pastillas OTB

Inyectable Vasectomía

DIU Otro, especifique:

Ovulos

NO

Nombre y Firma de responsable de llenado del formato (medico, T. S., enfermera)

Firma:

Nombre completo:

Anexo 2. Cronograma de actividades

Actividad	Responsable	Junio	Julio	Agosto
a. Elección del tema		X		
b. Recopilación bibliográfica		XXX		
c. Elaboración de protocolo		XXX		
d. Prueba piloto				
e. Estudio de campo		X	XX	
f. Análisis de los resultados			XXX	
g. Elaboración informe final				XXX