

## MANEJO AMBULATORIO DEL ABORTO

Drs.: Luis Távara Orozco\*, Josefina Mimbela Otiniano\*\*, María Núñez Becerra\*\*.

Palabras Clave: Aborto incompleto, Aborto no complicado.  
Key Words: Abortus - Non complicated abortus.

### RESUMEN

*Desde el 01 de Junio de 1989 se inició en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora", la atención ambulatoria del aborto incompleto no complicado. Hasta el 31 de Mayo de 1990 se atendió un total de 641 de estos casos, lo que representa un 60% del total de los abortos atendidos en este Hospital. Los pacientes fueron de baja paridad y predominantemente entre 20 y 29 años de edad. No se observaron complicaciones en el acto operatorio ni en las dos siguientes horas post-legrado, razón por la cual recomendamos el uso de este procedimiento en otras instituciones. Ello ayudará indiscutiblemente a abaratar los costos y a descongestionar los servicios de hospitalización.*

### SUMMARY

*Since June 1, 1989, we began the out patient management of non complicated abortus at María Auxiliadora Hospital. From June 1 1989 to May 31, 1990 we treated 641 cases with the out patient management technique, non complicated abortus, these cases represents 60% of the cases of abortus at the Hospital. The patients were between 20 to 29 years old and had low parity. We did not find complication during the surgery, neither the first two hours post curetage. We recomend the use of this tecniqe.*

### INTRODUCCION

Entendemos como aborto la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas o cuando el producto pesa menos de 500 grs. (1, 2, 3, 4).

La tasa real del aborto en el Perú es desconocida, debido a que en su manejo se involucran aspectos

médicos, sociales y legales. La cifra encontrada por nosotros en el Hospital "María Auxiliadora" (5) dista notoriamente de otras encontradas a nivel local y nacional (6, 7, 8, 9).

El Hospital de Apoyo "María Auxiliadora", enclavado en el Cono Sur de Lima, una de las zonas más pobres de la capital y del país es el único Hospital de referencia de esa populosa zona y presta atención de internamiento de gineco-Obstetricia desde Octubre de 1986 (5, 10). Conforme el Hospital ha ido ampliando sus instalaciones, la presión para prestar asistencia a los casos cada vez más numerosos de

\* Médico Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Apoyo "María Auxiliadora".

\*\* Médico Residente de Gineco-Obstetricia. "Hospital Apoyo María Auxiliadora".

aborto nos hizo cambiar la estrategia en relación a ello.

Existen publicaciones en relación a la atención ambulatoria del aborto utilizando el término "regulación menstrual" (11, 12, 13) y estamos seguros que en el país se resuelven también muchos casos de abortos en forma ambulatoria. Pero conforme veremos en el presente reporte, la metodología nuestra se refiere únicamente a la asistencia del aborto incompleto.

## MATERIAL Y METODOS

En los primeros meses de 1989 observamos que la presión ejercida por los casos de aborto en los servicios era cada vez más exigente y que muchas de nuestras camas venían siendo ocupadas por estas pacientes.

Fue entonces que decidimos cambiar nuestra estrategia de atención y propusimos realizar una investigación operacional iniciando la atención ambulatoria del aborto incompleto no complicado. Para ello partimos del conocimiento del número de abortos atendidos e internados el año anterior y a partir del 01 de Junio de 1989 abrimos la posibilidad de su atención ambulatoria.

Con la información anterior se estableció que todo caso de aborto incompleto no complicado debería ser resuelto mediante ese procedimiento. Llamamos casos no complicados a aquellos que se presentan sin gran hemorragia, sin shock de cualquier naturaleza, no infectado y sin signos evidentes de manipulación.

Los casos escogidos, preferentemente con menos de 12 semanas de amenorrea, son aceptados en los consultorios de Emergencia y luego de preparación perineal y evacuación de la vejiga son enviados de inmediato con el diagnóstico de "aborto incompleto" a la sala de legrados dispuesta específicamente para ese fin en el Centro Obstétrico Quirúrgico del Hospital "María Auxiliadora".

Ya en el Centro Obstétrico, a la paciente se le aplica una solución isotónica intravenosa. Se le coloca en posición ginecológica. Se aplica analgesia: Atropina 0.25 + Diazepan 10 mg + Pentazocina 2mg i. v.; ó infiltración paracervical con Lidocaína al 1% sin epinefrina. Después de practicar asépsia y antisépsia se procede el examen bajo anestesia. Se aplican valvas vaginales, se toma el labio inferior del cuello uterino

con pinzas tirabalas y se hace la histerometría. Enseguida se procede al curetaje romo y cortante. Terminado el procedimiento que dura aproximadamente 10 minutos como promedio, se toman las funciones vitales de la paciente, es sacada de la sala del legrados a un compartimiento contiguo y se le observa durante 2 horas. Luego de comprobar que su estado es bueno, se le envía a su casa con indicaciones de regresar a control en 1 mes ó antes si se presentará alguna complicación como sangrado, fiebre o dolor intenso.

Periódicamente el grupo de trabajo ha ido observando los resultados y efectuando pequeños reajustes.

## RESULTADOS

El cuadro 1 muestra la frecuencia de abortos en el HAMA en el período comprendido desde el 01 de Junio de 1988 al 31 de Mayo de 1989. Es de anotar que en este período se produjeron 3667 egresos del Departamento de Gineco-Obstetricia y que una cantidad importante de abortos era enviada a otros centros asistenciales o eran resueltos en Emergencia por no contar con disponibilidad en la hospitalización.

**CUADRO 1**  
FRECUENCIA DE ABORTOS EN EL HAMA  
(1988-1989)

Total de Partos	(≥ 500 gr)	2438
Total de R.N. vivos	(≥ 500 gr.)	2364
Total de Abortos		458*
Tasa de incidencia:	193.3 por 1,000 n.v.	
	18.78 % sobre los partos	

\* Todos fueron hospitalizados.

De otro lado, el período comprendido entre el 01 de Junio de 1989 al 31 de Mayo de 1990 se presenta en el cuadro 2.

Del total de 1,078 abortos atendidos 641 fueron resueltos ambulatoriamente, lo que nos arroja una cifra de casi 60% sobre el total de abortos. A partir de ahora analizaremos los resultados en estos 641 casos.

CUADRO 2

FRECUCENCIA DEL ABORTO EN EL HAMA  
(1989-1990)

Total de partos	4318
Total de R.N. vivos	4154
Total de abortos	1078
Tasa de incidencia:	260 por 1,000 n.v. 24.97% sobre los partos
Abortos atendidos ambulatoriamente	59.641%

**EDAD.-** Encontramos según el cuadro 3 que el grupo más frecuentemente afectado estuvo entre 20 y 29 años.

CUADRO 3

## FRECUCENCIA SEGUN EDAD

Edad	No. Pac.	%
15 años	1	0.16
15 - 19	60	9.36
20 - 24	159	24.80
25 - 29	168	26.21
30 - 34	114	17.78
35 - 39	83	12.95
> 40	41	6.40
No registrada	15	2.34
<b>TOTAL</b>	<b>641</b>	<b>100%</b>

**ABORTOS PREVIOS.-** En la presente serie, los 2/3% de las pacientes abortaron por primera vez; (cuadro 5).

CUADRO 5

## ABORTOS ANTERIORES

No. Abortos previos	No. Pac.	%
0	432	67.39
1	121	18.77
2	40	6.24
3	07	1.09
4	04	0.62
5	02	0.32
No registrados	35	5.46
<b>TOTAL</b>	<b>641</b>	<b>100%</b>

**CRONOLOGIA DEL EMBARAZO.-** El cuadro 6 muestra que más de los 2/3 de los abortos atendidos ambulatoriamente tuvieron un tiempo de gestación no mayor de 12 semanas.

CUADRO 6

## CRONOLOGIA DEL EMBARAZO

Semanas de gestación	No. Pac.	%
4	71	11.08
5 - 8	115	17.94
9 - 12	271	42.28
13 - 16	126	19.66
> 16	52	8.11
No registradas	6	0.94
<b>TOTAL</b>	<b>641</b>	<b>100%</b>

**COMPLICACIONES.-** Se tuvo especial cuidado en precisar periódicamente alguna complicación inherente al procedimiento; no encontrando ninguna durante el acto operativo ni durante el período de observación post-legal.

## DISCUSION

Es evidente que las atenciones del aborto y sus complicaciones representan una cifra muy importante en nuestro hospital (5) y de acuerdo a otros reportes es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad materna en el Perú (6, 8, 9, 14, 15, 16).

La gran mayoría (60%) de los abortos concurren a nuestro hospital sin mayores complicaciones, excepto el sangrado y el dolor, y nos atrevemos afirmar que igual fenómeno debe estar ocurriendo en otros centros asistenciales del país, razón por la cual hemos planteado la necesidad de su atención ambulatoria.

La mayor frecuencia del aborto entre los 20 y 29 años coinciden con nuestro reporte anterior (5) y con otros reportes a nivel local y nacional (7, 9). Ello no es más que el reflejo del mayor potencial reproductivo en aquella década de la vida.

Consideramos también, que gran parte de estos abortos atendidos debe haber sido provocados y por

ello no sorprende encontrar baja paridad en nuestras pacientes, desde que este método continúa siendo un recurso importante para regular los nacimientos (5, 17). Como en nuestro estudio anterior, fue predominante el aborto dentro de las primeras 12 semanas de gestación.

El cuidado para seleccionar todas aquellas pacientes para manejo ambulatorio del aborto incompleto nos ha reportado la satisfacción de no haber tenido complicaciones, por lo menos inmediatas, pero será necesario seguir observando hacia el futuro y detectar potenciales complicaciones (1, 3, 6).

Por estos resultados nos permitimos recomendar el procedimiento para ser utilizado en otros establecimientos hospitalarios e inclusive de primer nivel de referencia (18), dado que con ello abrimos la posibilidad de atender un mayor número de pacientes, dejamos la hospitalización para casos complicados y abaratamos los costos para el paciente y la institución. En nuestros resultados ha sido evidente que de un año a otro proporcionamos más atenciones y no tenemos duda que los casos atendidos ambulatoriamente representaron menor gasto familiar y de paso menor gasto para el hospital, con la ventaja de haber aumentado el rendimiento.

#### REFERENCIAS

1. Pritchard, J. and Mac Donald, L. Williams": Obstetrics, Ed. 1981.
2. Benson, R.: Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. Ed. El Manual Médico Modernos S. A. 1979.
3. Schwarcz, R., Duverges, C., Díaz, A. G. y Fescina, R.: Obstetricia. 4ta. Edic. Ed. Librería El Ateno, 1986.
4. Calandra, D., Del Valle, E., Olivares, D. Regueira, C. y Normandini, O.: Aborto, estudio clínico, psicológico, social y jurídico. Ed. Panamericana, 1973.
5. Távara, L., Núñez, M. y Mimbela, J.: Consideraciones epidemiológicas del Aborto en el Cono Sur de Lima. Décimo Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Temas libres. Lima-Perú, Setiembre 1990.
6. Palma, R. y Linares, W.: El aborto en Maternidad de Lima con especial énfasis en adolescentes. Acta Médica Peruana. 12: 86-89, Marzo 1985.
7. Galvez, Brandon, J. y Col.: Estudio sobre aborto hospitalario en la ciudad de Trujillo. Asociación Peruana de Facultades de Medicina, Lima, Perú 1976.
8. Ludmir, A.: Problemas diagnósticos en el conocimiento de la realidad peruana sobre el aborto séptico. Séptimo Congreso Latino Americano de Ginecología y Obstetricia. Memorias: Temas Oficiales. Quito-Ecuador, Julio 1973.
9. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Materno Infantil y Población.: El aborto en los establecimientos de salud del Perú: Lima 1980.
10. Pina, T.: Discurso en la instalación de la comisión permanente departamental interinstitucional de planificación familiar de UDES Lima-Sur, Municipalidad de Chorrillos, Lima-Perú, Julio 1989.
11. Universidad George Washington.: Regulación menstrual ¿Qué es? Informes Médicos, Serie F. No. 2, F-13- F-29. Abril 1973.
12. Universidad George Washington. Técnicas de aspiración uterina. Interrupción del embarazo. Informe Médicos, Serie F. No. 3, F. 33- F. 54. Junio, 1973.
13. Universidad George Washington.: Conceptos actuales sobre regulación menstrual. Informes Médicos, Serie F. No. 4 F-16 - F. 78. Mayo 1974.
14. Cervantes, R. Watanabe, T. y Denegri, J.: Muerte materna de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y OPS/OMS. Lima-Perú 1988.
15. Maradiegue, E.: Mortalidad por aborto séptico en el Hospital Cayetano Heredia. Acta Médica Peruana. 14: 54-58, Marzo 1987.
16. Távara, L.: Estrategias de intervención para disminuir la mortalidad materna en el Perú. Tema oficial: Mortalidad materna. Décimo Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima-Perú, Setiembre 1990.
17. Viel, B. El aborto inducido. Seminario-Taller: Salud materna y riesgo reproductivo, aborto y esterilización. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Lima-Perú, Enero 1983.
18. Távara, L.: Los servicios de salud materna y planificación familiar. Reunión de evaluación de los servicios de atención materna y planificación familiar. Isla Margarita, Venezuela, Marzo 1990.