



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**MINISTERIO DE SALUD
“Complejo Docente Dra. Concepción Palacios”**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA**

*“Aplicación de norma y protocolo de atención en las pacientes con diagnóstico
de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020”*

Autora:

Dra. Gladys Teresa González Rizo
Residente de la especialidad Dirección de Servicios de Salud y Especialidad

Tutor Científico:

Dra. María Auxiliadora Duarte
Máster en salud pública
Máster en salud sexual y reproductiva

Tutor Metodológico:

Dra. Nancy González
Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología

Managua, Marzo 2021

Dedicatoria

A **Dios**, dador de amor, confianza, conocimiento, y presencia constante en cada paso de mi vida.

Mis **padres**, el pilar de mi vida y entrega absoluta al apoyo de mis decisiones, sin ellos el camino sería más difícil.

Mis **hermanos**, por creer en mí, permitirme crecer, que con sus abrazos inyectan la confianza y amor que necesito.

Agradecimientos

A Doctora María Auxiliadora por su entrega y paciencia hacia la elaboración de mi tesis, su confianza y conocimiento exquisito, Dios la bendiga siempre.

Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Victoria Motta por transmitirme sus experiencias a lo largo de su carrera.

Todos aquellos que aportaron un granito de arena a éste estudio.

OPINION DE LA TUTORA

A través de la presente doy prueba de la tesis titulada " *Aplicación de norma y protocolo de atención en las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta en el periodo de enero a junio 2020*", realizada por la Dra. Gladys Teresa González Rizo, cumple con los requisitos y coherencia metodológica básica que asegura calidad a la investigación

La autora del trabajo es egresada de la especialidad de Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología y esta tesis que presenta, cumple con los requisitos necesarios para optar al título de graduación, ante la UNAN Managua.

Es deseable que la autora del trabajo proceda a canalizar la divulgación de los hallazgos de su investigación, con las instancias que pueden hacer efectivo planes de intervención para poner en práctica las acciones necesarias que permitan una calidad de atención optima a mujeres en edad fértil, y sus familias por las razones abordadas en la investigación.

María Auxiliadora Duarte Poveda

Máster Salud Pública – Máster Salud Sexual y Reproductiva

Cc. Archivo

Resumen

Con el objetivo de conocer cuáles son los factores que influyen en el grado de cumplimiento en la aplicación de norma y protocolo de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020, se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Fueron analizados los datos sobre las características sociodemográficas y antecedentes clínicos, estudios de imágenes, tiempos de atención, mediante recolección secundaria, como instrumento se utilizó ficha de recolección de datos, información obtenida de los expedientes clínicos del periodo de estudio, con el fin de estadificar a los pacientes. Los análisis estadísticos efectuados fueron: descriptivos, de frecuencia, porcentaje, valor de significancia y variable de kappa. Del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones: Rango de edad entre 20-35 años, el 71.6% se encontraban en unión de hecho y el 83.5% era del área rural, el nivel académico el 51.2 % alcanzaron la educación primaria, el 81.1% de la población eran amas de casa. El 71.1 % de las pacientes eran multigestas, el 56.7% fue referida de otra unidad de salud, en relación a la duración del tiempo desde que se hizo la referencia hasta la valoración hospitalaria un tercio de la población se tardó menos de 2 horas, y desde su llegada a la emergencia hasta la confirmación diagnóstica dos tercios de la población tardó menos de 2 horas. Lo que respecta a uso de legrado se utilizó en el 89 % técnica de AMEU. Solo el 62.1 % cumplió con lo indicado en la normativa, las variables que se encontró correlación positiva asociada al incumplimiento de la norma fueron la indicación de hemoderivados, ecografía obstétrica, y el uso de antibioprofilaxis, así como los tiempos de atención, donde hubo mayor demora fue desde la confirmación diagnóstica hasta la realización de AMEU.

Índice

Opinión del Tutor

Resumen

Dedicatoria

Agradecimientos

Índice

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	2
III.	Justificación	4
IV.	Planteamiento del Problema	5
V.	Objetivos	6
VI.	Marco Teórico	7
	Clasificación	7
	Factores de riesgo	8
	Diagnóstico	8
	Métodos Auxiliares	10
	Manejo según tipo de presentación	11
	Complicaciones	14
	Aspiración Manual Endouterina	15
	Lista de chequeo	15
VII.	Diseño Metodológico	17
VIII.	Resultados	27
IX.	Discusión	30
X.	Conclusión	32
XI.	Recomendaciones	33
XII.	Referencias Bibliográficas	34
XIII.	Anexo	36

Introducción

La hemorragia obstétrica durante etapas iniciales de la gestación, es una de las complicaciones más temidas, constituye una de las principales causas de muerte materna, y es el resultado de una múltiple gamma de factores etiológicos y desencadenantes lo cual genera de manera compleja el abordaje terapéutico y la necesidad de un equipo multidisciplinario en su manejo.

Desafortunadamente, su aparición tiende a ser súbita y de intensidad variable, comprometiendo en algunas ocasiones el bienestar materno, por lo que el abordaje oportuno y dinámico de este tipo de pacientes es una pieza clave y determinante en su pronóstico ulterior.

La correcta correlación y valoración de los aspectos clínicos y de imagen, de manera rutinaria desde el primer contacto con la paciente, permite un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico, para el manejo de las pacientes con dicho diagnóstico. Con el fin del mejoramiento del abordaje a las pacientes, como servicios de salud y epidemiología, se identificaron debilidades diagnósticas y de manejo en el abordaje de las pacientes.

Describir de manera individual cada uno de los actores procedimentales es ya en sí complejo, por tanto, es deber de nosotros como gerentes en salud generar alternativas que permitan mejorar las dificultades encontradas en pro de las usuarias.

El Hospital departamental Victoria Motta, como segundo nivel de atención, que forma parte de las redes integradas de salud, tiene la característica de presentar un ingreso relevante y constante al departamento de Ginecoobstetricia, en éste caso al servicio de Ginecología de pacientes con diagnóstico de aborto, tomando en cuenta sus implicancias, es una situación que conlleva a estrés y tensión psicológica a cualquier nivel y estrato social, constituye un problema de salud pública y de impacto social por la repercusión que tiene en la sociedad y las familias, es por tanto necesario estudiar los factores que influyen en el grado de cumplimiento en la aplicación de norma y protocolo de aborto en el Hospital Victoria Motta, departamento de Jinotega.

Antecedentes

Estudios Internacionales

Vance et al; con su estudio descriptivo, con una muestra de 156 pacientes, encontró asociación directa con el tiempo de espera y complicaciones materna de manera directamente proporcional, aumentado el riesgo con 6 horas de espera, la primigestas y adolescentes fueron las que presentaron mayor incidencia de complicaciones(Vance & al, 2013)

Pérez Arciniegas, en su estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en una población de 207 mujeres, concluyó con mayoría en las edades de 21 a 30 años en un 42%, más de la mitad de las pacientes presentaban una edad gestacional menor de 8 semanas, el 94% no cumplieron con más de 4 atenciones prenatales, solo a 3% de las pacientes no se le realizó legrado uterino y el 8% presentaron complicaciones, el 6% de las evaluaciones no cumplieron protocolos establecidos nacionalmente. (Perez-Arciniegas, 2016).

Herráez, Claudia en su estudio descriptivo, bibliográfico, de campo, retrospectivo y transversal, con una población de 144 pacientes, la mayoría se encontraba entre los 19 – 35 años de edad, 79% de ellas eran mestizas, el 68% de la población de estudio era de escolaridad secundaria, el 39% de las pacientes eran solteras, el 8% de las pacientes presento complicaciones asociadas al aborto, 91% se les realizó legrado (Herráez Panamá, 2016)

López del Cerro, en su estudio, analítico, retrospectivo, transversal, concluyó que la mayoría de las pacientes, se encontraban en el grupo etario de 20 a 30 años, el 65% presentaba factores de riesgos perinatales, el 95% de las pacientes se les realizó ecografía diagnóstica, al 90% se les realizó legrado uterino, y a 94% se les administró oxitocina (Lopez Cerro, 2017)

Rivero-Pintado, en su estudio descriptivo longitudinal corte transversal, con una muestra poblacional de 92 pacientes, concluyó que la mayoría de las pacientes se encontraban entre los 20-25 años, el 69% de las pacientes se les realizó ultrasonido al momento del diagnóstico, el 70% de las pacientes presentaban un embarazo menor de 12 semanas, al 85%

de las pacientes se le realizó legrado uterino y de estas a 11% no se le administró oxitocina (Rivero & Pintado, 2017)

Kelly y colaboradores en su estudio descriptivo encontró que el 88% de las pacientes eran menor de 30 años, el 80% de las pacientes presentaba riesgos patológicos, al 100% de las pacientes se les realizó ecografía diagnóstica, el 93% de las pacientes ameritaron realización de cuidados posteriores. (Kelly & et-al, 2017)

Estudios Nacionales

López - Laínez, tipo descriptivo, de corte transversal, El cumplimiento del protocolo para el manejo de las pacientes en post aborto fue insatisfactorio, alcanzando el 57.5%, Predominaron las pacientes adultas, con un nivel educacional de secundaria, y de procedencia urbana mayor frecuencia de Primigestas, sin antecedente de aborto y con menos de 12 semanas de gestación. El diagnóstico que predominó fue el aborto incompleto en 81.8% de los casos(Lopez & Lainez, 2007)

Montenegro-Molina, en su estudio de prevalencia, corte transversal, con una muestra de 245 pacientes, predominó al edad de 14 a 25 años, escolaridad secundaria, primigestas, al 100% de las pacientes se le realizó legrado uterino, solo al 83.6% se cumplió con la realización de ultrasonido (Montenegro & Molina, 2015).

Zavala-Villatoro, en su estudio descriptivo, evaluativo de servicio, con una muestra poblacional de 373, encontraron que la mayoría de las pacientes eran menores de 25 años, la edad gestacional predominante fue entre 10 - 16 semanas, el principal diagnóstico el aborto incompleto, y el legrado aspirativo realizado al 91% de las pacientes, al 73% se cumplió la normativa actual nacional. (Zavala & Villatoro, 2018)

Estudios en el Hospital Victoria Motta no se encontraron, en los registros de docencia de SILAIS y de Hospital Victoria Motta

Justificación

El generar información propia de nuestro medio, lo cual permite desarrollar medidas de acción y pronóstico, donde el Ministerio de Salud de Nicaragua promueve el cumplimiento de normas y protocolos establecidas con el fin de disminuir las complicaciones asociadas a abortos y su resolución más óptima., para así identificar puntos en los cuales se encuentran dificultades de cumplimiento en la norma nacional, permite desarrollar alternativas preventivas para el mejoramiento de la atención precoz y de calidad y así disminuir los retrasos terapéuticos en pro de la población. La realización de éste estudio permitió determinar estadísticas, frecuencias e impactos gracias a escalas estudiadas internacionalmente para compararlas con la población nacional, así como la población del departamento de Jinotega, a su vez de identificar los reductores propios de nuestro entorno. Por otro lado, el análisis de los resultados de esta investigación, generaron planes de mejora para reducir las brechas, aumentando los niveles de calidad bajo la aplicación adecuada de las normativas.

Planteamiento del problema

Caracterización

En Nicaragua se poseen normativas y protocolos diagnósticos terapéuticos de las diferentes comorbilidades que atañen a la población, no siendo el aborto la excepción, la cual prioriza un diagnóstico precoz y abordaje terapéutico ideal, pero sujeto a dificultades para el cumplimiento del mismo. (Lopez & Lainez, 2007)

Delimitación

El Hospital Victoria Motta, posee un ingreso constante al servicio de Alto Riesgo Obstétrico, donde el diagnóstico de aborto posee un valor relevante, asociándose a posibles complicaciones por su retraso diagnóstico y / o terapéutico y todas sus implicancias.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores que influyen en el grado de cumplimiento en la aplicación de norma y protocolo de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020?

Sistematización

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de la población en estudio?
2. Identificar los principales factores que retrasan el diagnóstico y / o tratamiento de las pacientes con diagnóstico de aborto.
3. ¿Cuáles son los principales acápites clínicos que presentan debilidades en la evaluación de las pacientes con diagnóstico de aborto?
4. ¿Cuál es la concordancia de los factores que influyen en la demora de la atención con acápites clínicos de las pacientes con diagnóstico de aborto?

Objetivos

Objetivo General:

Conocer los factores que influyen en el grado de cumplimiento en la aplicación de norma y protocolo de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de la población en estudio
2. Identificar los principales factores que influyen en el diagnóstico y / o tratamiento de las pacientes con diagnóstico de aborto.
3. Determinar cuáles son los principales acápite clínicos de la matriz de chequeo que presentan debilidades en la evaluación de las pacientes.
4. Determinar cuál es la concordancia entre los factores que influyeron en el retraso de la atención con los acápite clínicos de la matriz de chequeo de evaluación de las pacientes abordadas con diagnóstico de aborto.

Marco Teórico

Las patologías obstétricas son el día a día en las consultas en salud de todas las unidades asistenciales del país desde el ámbito comunitario al igual que los diferentes niveles de atención tanto primario, secundario y hasta terciario, en donde el aborto y sus diferentes presentaciones no son la excepción. (Lopez Cerro, 2017)

El aborto se define como la terminación de la gestación durante el periodo posterior la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial y antes de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm. (Ministerio-de-Salud, 2018)

Clasificación:

1. Según su frecuencia:

- Pérdida gestacional recurrente: es la pérdida espontánea en dos o más ocasiones de forma consecutiva o alterna confirmado por ecografía o histopatología.⁶ Es de suma importancia en estas pacientes, iniciar el protocolo de estudios pertinentes en la unidad de mayor resolución, ya que en una cantidad considerable de ellas, existe de base alguna patología inmunológica y /o metabólica muchas veces no diagnosticada, lo que las hace ser de alto riesgo reproductivo, por tanto, antes de iniciar una nueva gestación deberá esclarecerse el diagnóstico de este tipo de alteraciones. (Rivero & Pintado, 2017) (Ministerio-de-Salud, 2018)

- Pérdida gestacional esporádica: aquel que se presenta de forma aislada y espontánea del embarazo en una ocasión. ⁶ Este grupo de pacientes, en general no amerita estudios especiales.

2. Según sus formas clínicas (descripción posterior en los hallazgos clínicos)

- Amenaza de aborto.

- | | |
|--------------------------------|---------------------|
| ✓ Aborto inminente o en curso. | ✓ Aborto incompleto |
| ✓ Aborto inevitable. | ✓ Aborto completo |
| ✓ Huevo muerto retenido. | ✓ Aborto séptico |

Factores de riesgo

- | | |
|---|---|
| • Primiparidad. | • Malas condiciones socioeconómicas. |
| • Edades extremas de la vida reproductiva (menor de 15 y mayor de 35 años). | • Infección urinaria. |
| • Multiparidad. | • Práctica de maniobras abortivas en embarazo actual. |
| • Antecedentes de abortos previos. | • Falla de método anticonceptivo. |
| • Antecedente de embarazo no deseado. | • Violencia física y sexual. |
| • Enfermedades crónicas. | • Alcoholismo y adicciones. |
| | • VIH / Sida. |

Diagnóstico: (Herráez Panamá, 2016) (Ministerio-de-Salud, 2018)

1. Manifestaciones clínicas

a. Amenaza de aborto:

- Amenorrea con signos presuntivos de embarazo.
- Dolor tipo cólico en hipogastrio
- Presencia de contracciones uterinas,
- Acompañado o no de sangrado transvaginal leve
- Cuello uterino cerrado con ausencia de modificaciones cervicales y el tamaño del útero corresponde a las semanas de amenorrea.
- Consistencia uterina más blanda de lo normal.
- Embarazo con embrión y/o feto vivo confirmado por ecografía abdominal y/o vaginal

b) Aborto inminente o en curso:

- Se acentúan los síntomas descritos en la amenaza de aborto.
- Persiste dolor tipo cólico, sangrado transvaginal
- Cuello uterino con presencia modificaciones cervicales importantes e irreversibles.

c) Aborto inevitable:

- Aumento progresivo del dolor abdominal inferior
- Aumento de las contracciones uterinas
- Sangrado transvaginal profuso intenso que compromete la vida de la mujer
- Cuello uterino dilatado
- Salida transvaginal de líquido amniótico (por ruptura de membranas)

d) Huevo muerto retenido:

- Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.
- El huevo está muerto in útero, no hay signos, ni síntomas de aborto, el crecimiento uterino está detenido, los niveles de la hormona gonadotropina coriónica disminuyen. Ausencia de vitalidad fetal por ultrasonido.

El **embarazo anembriónico** tiene una causa genética en el 80% de los casos, mientras que el aborto embrionado puede tener múltiples causas.

e) Aborto incompleto:

- Cólico/ dolor abdominal inferior
- Sangrado profuso y sangrado variable
- Cuello uterino dilatado en sus dos orificios y persiste el sangrado.
- Útero más pequeño que el correspondiente a la fecha de última menstruación
- Expulsión parcial de productos de la concepción con expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico.

f) Aborto completo:

- Cólico/ dolor abdominal inferior leves
- Sangrado leve
- Cuello uterino cerrado
- Útero más pequeño que el correspondiente a la fecha de última menstruación
- Útero más blando de lo normal
- Antecedentes de expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.
- El huevo se expulsa completamente.
- Ocurre en embarazos tempranos.

g) Aborto Séptico:

- Coexistencia de alguna de las formas anteriores con un proceso infeccioso agregado en la cavidad uterina o en el producto, no afecta la capa muscular del útero.

2. Métodos Auxiliares diagnósticos (Zavala & Villatoro, 2018) (Ministerio-de-Salud, 2018)

➤ **Laboratorio:**

○ Hemogravindex o urogravindex en sangre se detecta positivo a los 6-8- días después de ovular o sea después de la tercera semana de la fecha de última gestación. En orina a las 2 semanas después de ovular o sea al mes de la fecha de última regla.

○ Cuantificación de Fracción subunidad Beta de HCG) detecta concentraciones en orina igual o mayores de 50 mUI/ml. En sangre igual o mayor a 25mUI/ml.

○ Ecografía: en embarazos tempranos transvaginal ya que tiene mayor sensibilidad con un VPP del 98%. Se evaluará lo siguiente:

- Presencia y forma de saco gestacional:
- Localización en el fondo uterino.
- Reacción coriodesidual
- Presencia de saco vitelino: Su presencia confirma la existencia de un embrión.
- Visualización del embrión: crece a razón de 1mm por día.

– Evaluar cambios que sugieran mal pronóstico:

- Saco gestacional de forma irregular.
- Pobre reacción decidual: menor de 2 mm.
- Doppler color pobre en la periferia del saco gestacional.
- Inserción baja del saco Gestacional.
- Saco vitelino menor de 2 ó mayor de 8 mm en la sexta semana de embarazo.
- Saco vitelino irregular, doble o hiperecogénico

Manejos según tipo de presentación (Gonzales Garcia, 2019) (Ministerio-de-Salud, 2018)

a) Amenaza de Aborto

1. Explicar a la paciente su condición, los riesgos y la importancia de su seguimiento ulterior.
2. Historia Clínica y examen físico completo.
3. Exámenes de laboratorio: Examen general de orina, Biometría Hemática Completa, Glicemia, RPR o VDRL VIH, Tipo y Rh.
4. Descartar que el sangrado provenga de vagina o lesiones en el cérvix.
5. Reposo relativo sexual y físico.
6. Tratar enfermedad de base (IVU, ITS y otras enfermedades).
7. Evaluar por ecografía datos de vitalidad embrionaria y/o fetal y establecer el diagnóstico diferencial con otros tipos de aborto, embarazo ectópico, embarazo molar.
8. Si cede el sangrado y el dolor, continuar manejo ambulatorio.

Aborto en curso, aborto inevitable y aborto incompleto

1. Canalizar con bránula No 16 o de mayor calibre disponible.
2. Administrar Solución Salina Normal: Paciente estable 1,000 ml en 6 hrs. La reposición de líquidos se hará en dependencia del sangrado, a fin de mantener el equilibrio hemodinámico.
3. Vigilancia de signos vitales, estado neurológico, hemodinámico (llenado capilar, cianosis central o periférica, frialdad periférica).
4. Administrar 1 dosis de vacuna DT según esquema de vacunación.

5. Suspender la vía oral.
6. Realización de AMEU.
7. Aplique profilaxis antibiótica con 100 mg de Doxiciclina 1 hora antes del procedimiento y 200 mg después de este.
8. Realizar exámenes de laboratorio: Biometría Hemática Completa, glucemia, creatinina, examen general de orina, grupo y Rh.
9. Preparar paquete globular, transfundir de ser necesario.
10. Si la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado, administre: Oxitocina, 20 UI en 500 ml de solución salina al 0.9%.

En embarazos de hasta 12 semanas

1. Misoprostol: vaginal a una dosis de 800 mcg; en caso de no presentarse respuesta terapéutica, repetir la dosis de 600 - 800 mcg cada 4 horas, hasta completar 3 dosis consecutivas.
2. Misoprostol sublingual a una dosis de 400 a 600 mcg cada 4 horas, hasta completar 3 dosis; colocar 1 a 2 tabletas de Misoprostol de 200 mcg a cada lado, debajo de la lengua, durante 30 minutos, y luego deglutir lo que quede de las tabletas.

En embarazos de 12 a 18 semanas:

Dosis inicial de Misoprostol de 400 mcg por vía vaginal; repetir la dosis si no se ha logrado la respuesta terapéutica a las 4-6 horas y completar 3 dosis las primeras 24 horas. Si no hay respuesta en 24 horas, proceder a duplicar la dosis inicial y repetirla a las 6 horas.

En embarazos de 19 a 22 semanas:

Dosis inicial de Misoprostol de 200-400 mcg por vía vaginal; repetir cada 4 a 6 horas la dosis sino se ha logrado la respuesta terapéutica. Si no hay respuesta en 24 horas, proceder a duplicar la dosis inicial y repetirla a las 6 horas.

Huevo muerto retenido y embarazo Anembriónico (Ministerio-de-Salud, 2018)

Menor de 13 semanas:

AMEU ò Misoprostol 800 mcg vía vaginal cada 3 horas o Misoprostol 600 mcg vía sublingual cada 3 horas, con vigilancia de la expulsión. En caso del manejo médico, posterior a la evacuación, se recomienda la realización de ultrasonido pélvico o transvaginal, para evidenciar la ausencia de restos ovulares.

Mayor de 13 semanas (muerte fetal):

Dosis de 200 mcg vía vaginal, vía sublingual o vía bucal cada 4-6 horas, valorar la realización de AMEU posterior a la expulsión fetal.

Aborto séptico

1. Referencia a mayor nivel de atención.
2. Evaluar signos vitales.
3. Canalizar con bránula N°16 o mayor calibre disponible.
4. Administrar Solución Salina Normal o Hartmann (se hará en dependencia de la hemodinamia de la paciente)
5. Antibioticoterapia:
 - a. Dosis inicial o de carga: (primera dosis)
 - i. Opción 1: Ampicilina 1 g IV o Cefazolina 1g IV + Metronidazol 500mg IV
 - ii. Opción 2: Ceftriaxone 1 g IV + Metronidazol 500mg IVAgregar a cada una de estas dos opciones Gentamicina 160 mg IV
 - iii. Opción 3: Clindamicina 600mg PO o Metronidazol 500mg PO + Gentamicina 160 mg IV
6. Administrar DT según esquema de vacunación.
7. Suspender la vía oral.
8. Consignar en el expediente clínico el Quick SOFA (Ver Sepsis Materna).
7. Exámenes de laboratorio: BHC + Plaquetas, Procalcitonina, VSG, Proteína C reactiva, Creatinina, glicemia, ácido úrico, ionograma, transaminasas hepáticas, bilirrubinas totales y fraccionadas, Tiempos de coagulación, Fibrinógeno, Tipo y RH,

Uso de útero tónicos luego de la evacuación uterina para minimizar el sangrado, se puede utilizar:

- Opción 1: Oxitocina, 20 UI en 500 ml de solución salina al 0.9% a 40 gotas por minuto y modificar según respuesta.
 - Opción 2: Metilergonovina 0.25 mg IV cada 8 horas por 24 horas previo toma presión arterial.
 - Opción 3: Misoprostol 400mcg, vía rectal, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario.
8. Antitérmicos: Si la temperatura supera los 37. 5° C administrar: Metamizol 1gr IV cada 8 horas o Acetaminofén 1g PO c/6Horas
9. Uso de analgésicos:
- a. Ketoralac 60 mg IV o Diclofenaco 75 mg IM dosis única, al abrir VO Ibuprofeno 400 mg PO c/8h.
10. La **PRIORIDAD** en el manejo del aborto séptico será:
- Detección del foco infeccioso
 - Antibioticoterapia precoz
 - Evacuación del foco séptico tan pronto como sea posible.
 - Garantizar estabilidad hemodinámica

Complicaciones: (Guevara, 2016)

- Perforación uterina
- Lesiones intestinales
- Histerestomia
- Desgarros cervicales
- Síndrome de Asherman
- Infertilidad secundaria
- Infección/ Choque séptico
- Hemorragia/ Choque hipovolémico.
- Choque neurogénico (reflejo vagal)
- Hematometra
- Dolor pélvico crónico
- Implicaciones psicológicas maternas.

ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA.

Indicaciones:

- Aborto inevitable, diferido, séptico antes de las 12 semanas.
- Aborto incompleto, embarazo molar o hemorragia postparto tardía debida a la retención de fragmentos placentarios.
- En los embarazos mayores de 12 semanas se debe procurar la expulsión **y luego practicar el procedimiento tan pronto se alcance estabilidad hemodinámica.**

Contraindicaciones:

- Sospecha o confirmación de un embarazo viable.
- Falta de destreza para realización de procedimiento. Dilatación cervical superior a 3 centímetros (No se logra mecanismo de vacío).

Lista de chequeo: (Ministerio-de-Salud, 2018)

- Constató signos vitales en valoración inicial.
- Confirmó permeabilidad del acceso venoso, de no ser así, garantizó vía de acceso con bránula No. 16 o de mayor calibre.
- Solicitó ultrasonido, exámenes de laboratorio y preparo hemoderivados para el evento obstétrico.
- Garantizó la profilaxis antibiótica con Doxiciclina antes y después de legrado.
- Garantizó administración de antibioticoterapia en pacientes con sospecha de aborto séptico, así como cultivo en caso ser posible del material extraído para antibiograma.
- Practicó sin demoras el legrado uterino, sobre todo en casos de infección asociada, consignado en el expediente clínico la técnica adecuada.
- Inició infusión de útero tónicos para el legrado como estrategia para la prevención de perforación o hemorragia uterina durante el legrado y en horas posteriores al legrado.
- Indicó dosis profiláctica de anti D en paciente Rh negativa no aloimmunizada.

- Informó a la paciente y familiar el motivo del procedimiento explicando los riesgos de complicación obstétrica.
- Firmó la paciente y el familiar la hoja de consentimiento informado y hoja de condición diaria.
- Orientó sobre métodos de planificación familiar post evento obstétrico.

En caso de complicación grave se brindó seguimiento post evento obstétrico en unidad de segundo nivel.

Diseño metodológico

Tipo de estudio

Descriptivo, transversal, con relación al tiempo retrospectivo.

Área de Estudio

La presente investigación, estuvo centrada en las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto menor de 12 semanas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020.

Universo

La población de estudio correspondió a 201 pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto menor de 12 semanas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020

Muestra

Concordante con 201 pacientes, que cumplen criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres con diagnóstico de aborto en su presentación de aborto completo, aborto incompleto, anembriónico, aborto séptico, huevo muerto retenido.
- Tener menor de 12 semanas de gestación

Criterios de exclusión

- Poseer diagnóstico de feto muerto retenido
- Tener más de 12 semanas de gestación

Unidad de Análisis:

Fue secundario, con la obtención información de los expedientes del departamento de estadística con diagnóstico de aborto menor de 12 semanas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Victoria Motta en el periodo comprendido.

Obtención de la información

La información se obtuvo de los expedientes de las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto menor de 12 semanas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020.

Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información

Se realizó previa coordinación con autoridades, la selección de los expedientes de las pacientes, previa filtración según criterios de inclusión/exclusión. Se llenó el instrumento de recolección.

Lista de variables por objetivo

Objetivo 1

Edad

Procedencia

Estado Civil

Escolaridad

Ocupación

Antecedentes obstétricos

Edad Gestacional

Diagnóstico

Objetivo 2

Referida

Tiempo unidad asistencial-hospital

Tiempo emergencia-diagnóstico

Tiempo diagnóstico- AMEU

Objetivo 3

Signos Vitales

Acceso venoso

Ultrasonido, laboratorio y hemoderivados

Profilaxis antibiótica

Antibiótico en aborto séptico.

Realiza legrado

Uso útero tónicos

Uso de anti D

Explica a paciente

Firma del paciente

Uso métodos de planificación

Objetivo 4

Cumplimiento de protocolo

Matriz de Operacionalización de Variables: Objetivo General: Conocer los factores que influyen en el grado de cumplimiento en la aplicación de norma y protocolo de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Categorías Estadísticas
<u>Objetivo Especifico 1</u> Describir las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de la población en estudio	Características Socio-Demográficas De las pacientes	1.1 Edad 1.2 Procedencia 1.3 Estado Civil 1.4 Escolaridad 1.5 Ocupación	1.1.Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha. 1.2.Ubicación de residencia actual. 1.3.Condición legal 1.4.Nivel académico de la madre 1.5.Cargo laboral que posee	Cuantitativa ≤ 14 años 15 a 19 años 20 a 35 años 36-44 años ≥ 45 años Cualitativa Urbana Rural Cualitativa Casada Unión de hecho Soltera Cualitativa Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Según Resultados Ama de casa Comerciante Estudiante Otros
Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Categorías Estadísticas

<p><u>Objetivo</u> <u>Específico 1</u> Describir las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de la población en estudio</p>	<p>Características Socio-Demográficas y perinatales De las pacientes</p>	<p>1.6 Antecedentes obstétricos 1.7 Edad gestacional. 1.8 Diagnóstico</p>	<p>1.6. Características de gestaciones previas 1.7. Semanas desde la concepción a la fecha 1.8. Diagnóstico establecido para su ingreso</p>	<p>Cuantitativa Cuantitativa Cualitativa</p>	<p>Primigestas Multigesta < 4 semanas 4 a 8 semanas 8.1 a 11.6 semanas Aborto Incompleto Aborto Completo Aborto Séptico HMR Anembriónico</p>
--	--	---	---	--	---

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Categorías Estadísticas	
<u>Objetivo Especifico 2</u> Identificar los principales factores que influyen en el diagnóstico y / o tratamiento de las pacientes con diagnóstico de aborto	Factores que retrasan el diagnóstico y/o manejo	2.1 Referencia de otra unidad asistencial	2.1 Paciente es referida de otro nivel de atención.	Dicotómica	Si No
		2.2 Tiempo desde referencia hasta valoración en hospital.	2.2 Duración en horas desde su referencia hasta su atención en hospital	Cuantitativa	No aplica < 2 horas 2 a 4 horas > a 4 horas
		2.3 Tiempo desde su atención en emergencia hasta confirmar su diagnóstico	2.3 Duración en horas desde su atención hasta establecer su diagnóstico	Cuantitativa	< 2 horas 2 a 4 horas > a 4 horas
		2.4 Tiempo desde su diagnóstico hasta la realización de AMEU	2.4 duración en horas desde su diagnóstico hasta que se le realiza legrado aspirativo	Cuantitativa	No aplica < 2 horas 2 a 4 horas > a 4 horas

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Categorías Estadísticas	
<u>Objetivo Especifico 3</u> Determinar cuáles son los principales acápite de la matriz de chequeo que presentan debilidades en la evaluación de las pacientes con diagnóstico de aborto	De la matriz evaluativa que acápite no reciben cumplimiento	3.1 Signos Vitales	3.1 Constató signos vitales en valoración inicial	Dicotómica	Si No
		3.2 Acceso venoso	3.2 Confirmó permeabilidad del acceso venoso	Dicotómica	Si No
		3.3 Ultrasonido, laboratorio y hemoderivados	3.3 Solicitud de los mismos para el evento obstétrico	Dicotómica	Si No
		3.4 Profilaxis antibiótica	3.4 Garantizó la profilaxis antibiótica antes y después de legrado.	Dicotómica	Si No
		3.5 Antibiótico en aborto séptico.	3.5 Garantizó administración de antibioticoterapia en pacientes con sospecha de aborto séptico	Cualitativa	No aplica Si No
		3.6 Realiza legrado	3.6 Practicó sin demoras el legrado uterino	Cualitativa	No aplica Si No

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Categorías Estadísticas	
<u>Objetivo Especifico 3</u> Determinar cuáles son los principales acápite de la matriz de chequeo que presentan debilidades en la evaluación de las pacientes con diagnóstico de aborto	De la matriz evaluativa que acápite no reciben cumplimiento	3.7 Uso útero tónicos.	3.7. Inició infusión de útero tónicos para el legrado	Cualitativa	No aplica
		3.8 Uso de anti D	3.8 Indicó dosis profiláctica de anti D en paciente Rh negativa no aloinmunizada.	Cualitativa	Si No
		3.9 Explica a paciente	3.9 Informó a la paciente y familiar el motivo del procedimiento.	Dicotómica	No aplica Si No
		3.10 Firma de paciente.	3.10 Firmó la paciente hoja de consentimiento informado y hoja de condición diaria.	Dicotómica	Si No
		3.11 Métodos de planificación	3.11 Orientó sobre métodos de planificación familiar post evento obstétrico	Dicotómica	Si No
				Cualitativa	No aplica Si No

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Categorías Estadísticas	
<u>Objetivo Especifico 4</u> Determinar cuál es la concordancia entre los factores que influyeron en el retraso de la atención con los acápites clínicos de la matriz de chequeo de evaluación de las pacientes con diagnóstico de aborto	Que relación existe entre factores retardantes y la matriz de chequeo	4.1 Factor retardante y cumplimiento de matriz 4.2 Cumplimiento del protocolo nacional	4.1 Asociación de factor retardante con cumplimiento de matriz: Diagnóstico Referida Tiempo unidad asistencial-hospital Tiempo emergencia-diagnóstico Tiempo diagnóstico-AMEU 4.2 Se da el cumplimiento de todos los acápites del protocolo nacional según los amerite	Cuantitativa	Dependiente de valor
				Dicotómica	Si No

Plan de tabulación y análisis estadístico

Plan de Tabulación

Se realizó los análisis que corresponden, según la naturaleza y calidad de las variables incluidas. Para este plan de tabulación se determinaron aquellas variables que se relacionaran por medio del Análisis de Contingencia, para esto se definieron los cuadros de salida, según el tipo de variable y las escalas de clasificación predefinidas. Generando un índice de confiabilidad de 95% y factor de error predictivo de 5%

Plan de Análisis Estadístico

A partir de los datos recolectados, se diseñó la base datos correspondiente, utilizando el software estadístico SPSS, v. 24 para Windows. Posterior a la realización del control de calidad de los datos registrados, se realizaron los análisis estadísticos pertinentes. De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables cuantitativas y cualitativas guiada por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizaron los análisis descriptivos y de correlación correspondientes a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos: El análisis de frecuencia, estadísticas descriptivas según cada caso, se realizaron gráficos del tipo: pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitieron describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.

Consideraciones éticas:

- ✓ Se solicitó permiso al sub-director docente del hospital, explicándole verbalmente en qué consistía la investigación para la revisión de expedientes, y se aplicó el cuestionario
- ✓ No se mencionaron los nombres de los pacientes en estudio.
- ✓ No se registraron los nombres de los profesionales de salud que intervinieron en algún momento en la atención de los pacientes en estudio.

Resultados

La mayoría de la población se encontraban en rango de edad entre 20-35 años con un 67.6% correspondiente a 136 pacientes, seguido del rango 15-19 años con 17.9 % equivalente a 36 pacientes, el 8.9% se encontró en rango de edad 36-44 años representado por 18 pacientes y en menor frecuencia con 5.4% se encontraron aquellas pacientes con edad menor o igual a 14 años que corresponde a 11 pacientes. En relación al estado civil el 71.6% se encontraban en unión de hecho equivalente a 144 pacientes, seguido de las casadas con 19.4% que corresponden a 39 pacientes y en menor cantidad las solteras en 8.9% que corresponden a 18 pacientes. En cuanto a procedencia el 83.5% era del área rural correspondiendo a 168 paciente y 33 pacientes era de procedencia urbana para un 16.4%.

En cuanto al nivel académico el 51.2% alcanzaron la educación primaria equivalentes a 103 pacientes, seguido de la educación secundaria en un 26.8% correspondiente a 54 pacientes, el 13.9% de total de pacientes eran analfabetas y únicamente el 7.9% cursaron la educación superior que fueron 16 pacientes.

El cuanto a la ocupación el 81.1% de la población eran amas de casa correspondiendo a 163 pacientes, el 15.4% eran comerciante equivalente a 31 pacientes y 3.4% eran estudiantes lo que corresponde a 7 pacientes.

El 71.1% de las pacientes eran multigestas, (143 pacientes) y el 28.8% era primigestas correspondiente a 58 pacientes, todas ellas con embarazo menor de 12 semanas, con diagnósticos dentro de los criterios de inclusión (aborto completo, incompleto, anembriónico, séptico y huevo muerto retenido)

En relación al número de casos según presentación clínica del aborto el 47.7 % fueron diagnosticadas como aborto incompleto que corresponde a 96 pacientes, seguido del 28.8 %

(58 pacientes) con diagnóstico de Huevo muerto retenido, el 10.9 % (22 pacientes) aborto completo; el 9.9%(20 pacientes) como embarazo anembriónico y un 2.4 % (5 pacientes) con diagnóstico de aborto séptico.

De las 201 pacientes el 56.7% fue referida de otra unidad de salud equivalentes a 114 pacientes y 43.2% fue la atención de forma espontánea correspondiente a 87 pacientes.

En relación a la duración del tiempo desde que se hizo la referencia hasta la valoración hospitalaria el 55.2% se tardó menos de 2 horas correspondiente a 63 pacientes, el 31.5 % entre 2 a 4 horas equivalentes a 36 pacientes y en menor frecuencia con un 13.1% se tardó más de 4 horas para su evaluación, correspondiente a 15 pacientes.

En cuanto al tiempo de espera desde su atención en emergencias hasta confirmar el diagnóstico la mayoría se tardó menos de 2 horas en un 72.6% correspondiente a 146 pacientes, el 18.4% se tardó entre 2 a 4 horas equivalentes a 37 pacientes y en menor frecuencia con un 8.9% se tardó más de 4 horas correspondiente a 18 pacientes. En lo que respecta al tiempo de espera desde que se confirmó el diagnóstico hasta la realización del procedimiento el 34.8% que corresponde a 70 pacientes se tardó menos de 2 horas, el 31.8% con duración de más de 4 horas que equivalen a 64 pacientes, el 22.3 % que equivalen a 45 pacientes se tardaron entre 2 a 4 horas y el 10.9 % de la población correspondiente a 22 pacientes no fueron aplicables a esta valoración ya que fueron abortos completos en los cuales no hubo necesidad de realizarle el procedimiento de AMEU.

Dentro de los parámetros iniciales a evaluar para el cumplimiento de la normativa únicamente el 94.5% de las pacientes se le tomaron los signos vitales equivalentes a 190 pacientes y un 5.4% de éstas no estaban reflejados en el expediente correspondiente a 11 pacientes; en relación a la colocación del acceso venoso únicamente el 96.5% cumplió equivalentes a 194 pacientes y el 3.4 % de estas que corresponde a 7 pacientes no tenía

reflejado el uso; referente a la indicación de exámenes de laboratorio al 100 % se le indicó que corresponde a 201 pacientes, en uso de hemoderivados el 90% (181 pacientes) estaba el formato de orden transfusional, el 9.9% (20 pacientes) no estaba consignado en el expediente, al 94.5% de pacientes se le indicó ecografía obstétrica que corresponde a 190 pacientes, el 5.4% (11 pacientes) no se les fue indicado. En lo que respecta al uso de profilaxis antibiótica se le cumplió al 96% de las pacientes correspondiente a 193 y 3.9% no se le cumplió equivalentes a 8 pacientes.

En cuanto al cumplimiento de antibiótico por aborto séptico el 80 % (4 pacientes) se cumplió antibiótico, y al 20 % no se le cumplió correspondiendo a 1 paciente. En lo que respecta a uso de legrado se utilizó técnica de AMEU en un 89 % (179 pacientes), y el 10.9% (22 pacientes) no aplicaban para AMEU; al momento de evaluar el uso de uterotónicos en el 83.1% de las pacientes se utilizó equivalentes a 167 y en un 16.9 % no se utilizó correspondiendo a 34 pacientes; en lo que respecta al uso de Anti- D de las 201 pacientes, 14 de ellas cumplían criterios, por tanto el 92.8 % se le aplicó inmunoprofilaxis que corresponde a 13 pacientes y al 7.1% (n=1) no se le aplicó.

Desde el punto de vista médico legal al 99.5% se le explicó sobre el procedimiento equivalente a 200 pacientes y al 0.4% que corresponde a 1 paciente no se explicó; referente al consentimiento informado el 98% de las pacientes lo firmaron equivalente a 197 pacientes y el 1.9% que equivalen a 4 pacientes no lo firmaron. De las 201 pacientes que fueron atendidas por dicho evento obstétrico el 96% se egresó con algún método de planificación familiar equivalente a 193 pacientes y 3.9% que equivalen a 8 pacientes se egresó sin ningún método.

De las 201 pacientes únicamente el 62.1% cumplió con lo indicado en la normativa correspondiente a 125 pacientes y 37.8% no cumplió equivalente a 76 pacientes. Existen 11 parámetros a evaluar para el manejo de aborto en sus diferentes presentaciones clínicas en el segundo nivel de atención, de éstos los que aportaron más al no cumplimiento fue que existía indicación de hemoderivados como parte de los planes médicos, pero no estaba consignado

la hoja de solicitud en el expediente clínico, entre otros parámetros que no se cumplieron pero en menor porcentaje, cabe resaltar que un parámetro que no se cumpla, ya no cumple en su totalidad el expediente clínico.

Respecto a las correlaciones de variables, se encuentra correlación positiva asociada al incumplimiento de la norma, en edad, procedencia. Antecedente obstétrico, tiempo de referencia y ultrasonido con valores de Kappa mayor a 0 y significancia estadística menor de 0.05

Discusión y análisis

Cuando se evalúa las edades presentado rango entre los 20-35 años lo cual concordó con el 67.6% de la población de estudio, cuando se logra comparar con estudios de otros autores y sus hallazgos, se evidencia que posee similitud estadística con los resultados de López del Cerro donde el grupo etario de 20 a 30 años fue el más encontrado, al igual que Rivero-Pintado, donde las edades más frecuente estaban entre los 20-25 años, por su parte Kelly y colaboradores se concuerda en el grupo pero no la significancia estadística ya que su preferencia es el 88% referente al 67.6% de mi estudio o bien los hallazgos de Pérez Arciniegas, donde la edad es similar pero su frecuencia estadística e mucho menor en un 42% y no posee relación con los hallazgos de Montenegro-Molina donde la edad de 14 a 25 años.

En relación al estado civil el 71.6% se encontraban en unión de hecho y en cuanto a procedencia el 83.5% era del área rural, cifras estadísticas de relevancia numérica en mi estudio, lo cual solo fue valorado por López - Laínez, donde la mayor frecuencia estadística se observó en la procedencia urbana lo cual difiere de mis hallazgos.

Al evaluar el nivel académico la mayor frecuencia estadística se encontró en el 51.2% que alcanzaron la educación primaria, lo cual influye de cierta manera en el nivel de percepción de riesgo que tenga la paciente de los síntomas y signos presentados en su comunidad (modelo de las 3 demoras), que es una guía propuesta para analizar los factores asociados a la muerte materna. En relación a lo anterior de las estadísticas encontradas con el nivel académico, no presenta concordancia estadística con los hallazgos de Herraéz, Claudia en donde el 68% de la población de estudio era de escolaridad secundaria, al igual que Montenegro-Molina donde la escolaridad secundaria era la más encontraba y los hallazgos de López - Laínez, donde la mayoría de las pacientes poseía un nivel educacional de secundaria. El 71.1% de las pacientes eran multigestas que no concurre con la conclusión de Montenegro-Molina en el cual la mayoría de las pacientes eran primigestas.

El 56.7% fue referida de otra unidad de salud y la duración del tiempo desde que se hizo la referencia hasta la valoración hospitalaria presentó un tercio de la población estudiada con un menor de 2 horas lo cual comparte opinión con las conclusiones elaboradas por Vance et al; donde encontró asociación directa con el tiempo de espera y complicaciones materna de manera directamente proporcional, aumentado el riesgo con 6 horas de espera.

En cuanto al tiempo de espera desde su atención en emergencias hasta confirmar el diagnóstico la mayoría se tardó menos de 2 horas en un 72.6%, la evaluación de cumplimientos de la normativa, en toma de signos vitales, acceso venoso y el uso de profilaxis antibiótica se evidenció en más del 90%, el 94.5 % se le realizó ecografía obstétrica, que se relaciona en mayor magnitud con los hallazgos de los investigadores consultados, como López del Cerro en donde el 95% de las pacientes se les realizó ecografía diagnóstica, y en los resultados de Kelly y colaboradores donde el 100% de las pacientes se les realizó ecografía diagnóstica.

En lo que respecta a uso de legrado en un 89 % (179 pacientes) se utilizó técnica de AMEU, y el 10.9% (22 pacientes) no fue necesario realizar AMEU ya que eran abortos completos, al momento de evaluar el uso de uterotónicos en el 83.1% de las pacientes se utilizó, no se evidenció concordancia estadística con los hallazgos de López del Cerro donde el 90% se les realizó legrado uterino y al 94% se les administró oxitocina de las pacientes objeto de estudio, por su parte Rivero-Pintado el 85% de las pacientes se le realizó legrado uterino y de estas a 11% no se le administró oxitocina, no concurre con Pérez Arciniegas donde el 3% de las pacientes no se le realizó legrado uterino o bien Zavala-Villatoro donde se realizó legrado aspirativo al 91% de las pacientes o bien Montenegro-Molina, 100% de las pacientes se le realizó legrado uterino.

Respecto a las correlaciones de variables, se encuentra correlación positiva asociada al incumplimiento de la norma, en edad, procedencia. Antecedente obstétrico, tiempo de referencia y ultrasonido con un cumplimiento del 62.1%, no concordante con Pérez Arciniegas donde el 6% de las evaluaciones no cumplieron protocolos establecidos nacionalmente ni de Zavala-Villatoro donde el 73% se cumplió la normativa actual nacional.

Conclusiones

- Rango de edad entre 20-35 años, el 71.6% se encontraban en unión de hecho y el 83.5% era del área rural, el nivel académico el 51.2% alcanzaron la educación primaria, el 81.1% de la población eran amas de casa.
- El 71.1% de las pacientes eran multigestas.
- Según presentación clínica de aborto, el aborto incompleto ocupó el primer lugar con el 47.7 % que corresponde a 96 pacientes, seguido de huevo muerto retenido con 58 pacientes que equivale al 28.8 %.
- El 2.4 % (5 pacientes) fueron diagnosticadas como aborto séptico sin complicaciones, el procedimiento AMEU fue de forma inmediata, pero uno de ellos no estaba consignado en los planes médicos el uso de antibiótico según la norma.
- El 56.7% fue referida de otra unidad de salud, con mayor frecuencia de traslado el municipio de Jinotega con 47 pacientes que corresponde al 41.2% del total de pacientes referidas.
- En relación a la duración del tiempo desde que se hizo la referencia hasta la valoración hospitalaria un tercio de la población se tardó menos de 2 horas, lo cual coincidió con la distancia que existe entre el municipio que trasladó y la unidad hospitalaria.
- En lo que respecta al tiempo de espera desde que se confirmó el diagnóstico hasta la realización del procedimiento el 34.8% que corresponde a 70 pacientes se tardó menos de 2 horas, el 31.8% con duración de más de 4 horas que equivalen a 64 pacientes, el 22.3 % que equivalen a 45 pacientes se tardaron entre 2 a 4 horas, lo cual según la norma describe que los procedimientos son inmediatos.

- La mayor demora estaba presente del traslado de la paciente de la emergencia al servicio de Ginecología, cuando ya había sido indicado su ingreso a sala por el especialista, así como el 31.8 % de las pacientes le realizaron su procedimiento después de las 4 horas, teniendo debilidades el servicio en la provisión obstétrica de emergencia.
- Se realizó técnica de AMEU al 89 % de las pacientes, el 10.9 % correspondían a abortos completos que no fue necesario la realización del procedimiento.
- Solo el 62.1% cumplió con lo indicado en la normativa.
- Las variables que se encuentra correlación positiva asociada al incumplimiento de la norma, son los acápites de la matriz de chequeo en indicación de exámenes de laboratorio, hemoderivados, y ecografía obstétrica, así como el tiempo de referencia.

Recomendaciones

Al ministerio de salud

- Llenado correcto de los expedientes clínicos, utilización adecuada de la matriz evaluativa de cumplimiento.
- Monitoreo continuo de diferentes niveles de atención
- Continuar mejorando la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva, para establecer intervenciones precoces y oportunas.

Hospital Victoria Motta

- Monitoreo continuo en los diferentes niveles de atención desde la captación, establecimiento del diagnóstico y manejo.
- Continuar estudios de carácter analítico y comparativos para determinar efectos y causas, permitiendo nuevas alternativas de mejoras.
- Fortalecer los planes docentes para el personal de atención directa al paciente, que permitan optimizar los procesos de atención ya estandarizados por el ministerio de salud para el manejo de las complicaciones obstétricas.
- Revisión en relación al uso de uterotónicos en pacientes manejadas con diagnóstico de aborto menor de 12 semanas, ya que no a todas se les debe aplicar.
- Capacitar al personal de salud de manera dinámica y continua en el manejo de las complicaciones obstétricas y así fortalecer y desarrollar competencias que permitan estar preparados en todos los niveles de atención para dar respuestas a las necesidades de la población.

Referencias bibliográficas

- Cecili-Garcia, F., & López, P. (2017). El aborto: aspectos filosóficos, éticos y jurídicos. *UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID*, 45-56, 78-85.
- Dides, C., Castillo, I., & Galan, G. (2017). Guías de Atención Integral el aborto en distintos países de Latinoamérica. *Dossier: IPAS*, 22-30, 40-43.
- Figuroa, J., & al, e. (2015). Protocolo para el manejo del aborto. *Ministerio de Salud República Dominicana*, 14-22.
- Gonzales Garcia, G. (2019). Protocolo para la atención integral de las personas de las personas interrupción legal del embarazo. *Ministerio de Salud de Argentina*, 33-37, 56-60.
- Guevara, Y. (2016). Manejo de aborto. *universidad Nacional Autonoma de Nicaragua-Managua*, 11-17.
- Herráez Panamá, J. M. (2016). FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE ABORTO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPFNER DE ZAMORA. PERIODO JUNIO 2014 - JUNIO 2015. *UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA-ECUADOR*, 33-45, 67-70.
- Hospital-San-Juan-De-Dios. (2018). PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE 1er TRIMESTRE. *Centro de Medicina Fetal Y Neonatal de Barcelona*, 11-17.
- Kelly, G., & et-al. (2017). Guia de la practica clínica, diagnóstico y tratamiento del aborto espontaneo y manejo inicial del aborto recurrente . *SADENA-SEMAR*, 22-28, 35-40.
- Lopez Cerro, E. (2017). Manejo del aborto y Muete Fetal ante parto. *Complejo Universitario de Albacete*, 4-7.

- Lopez, A., & Lainez, M. (2007). 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. *Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua- León*, 22-29, 33-40.
- Ministerio-de-Salud. (2018). Protocolo para la atencion de Complicaciones obstetricas. *Minsterio de Salud de Nicaragua*, 22-52.
- Montenegro, A., & Molina, S. (2015). Abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes en pacientes atendidas en el Hopsital Aleman Nicaraguense y Hospital Regional de Juigalpa de enero a junio 2013. *Universidad Naconal Autonoma de Nicaragua - Managua*, 22-34, 40-51.
- Perez-Arciniegas, E. (2016). Aspecto clínico e epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata- Estado Bolivar. *Hospital Gervaso Vera Custodio Estado Bolivar Venezuela*, 29-34, 41-48.
- Rivero, M. J., & Pintado, S. V. (2017). FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE ABORTO EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS EN EL HOSPITAL MARIANA DE JESÚS DURANT EL PERIODO DE ENERO Y FEBRERO DEL 2017. *UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL- ECUADOR*, 22-27, 34-39.
- Vance, C., & al, e. (2013). Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. *Ministeriode Salud de Ecuador*, 33-41.
- Zavala, J., & Villatoro, B. (2018). Evaluación del protocolo de atención postaborto Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello - León, Nicaragua, 1 de enero del 2011 - 31 de agosto del 2018. *Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua-León*, 22-30, 33-41.

Anexo

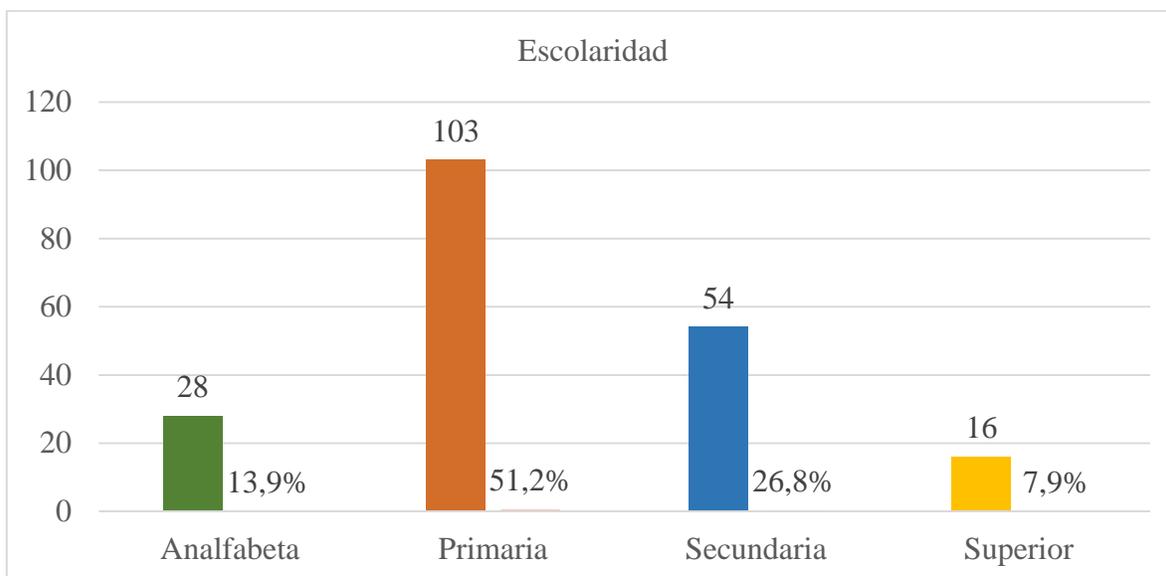
Tabla #1: características sociodemográficas de las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020

Características sociodemográficas de las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020			
Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad	≤ 14 años	11	5.4
	15 a 19 años	36	17.9
	20 a 35 años	136	67.6
	36 a 44 años	18	8.9
	≥ 45 años	0	0
	Total	201	100
Estado Civil	Casada	39	19.4
	Unión de hecho	144	71.6
	Soltera	18	8.9
	Total	201	100
Procedencia	Urbana	33	16.4
	Rural	168	83.5
	Total	201	100.0

Fuente: Expediente clínico.

n:201

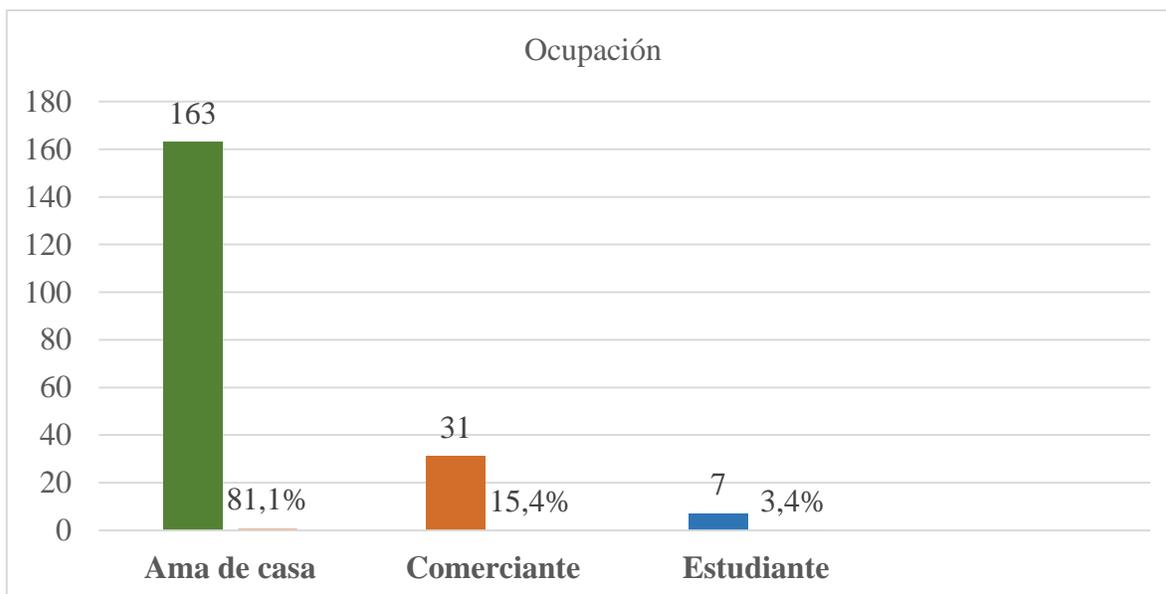
Gráfica #1: Escolaridad de las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020



Fuente: Expediente clínico.

n:201

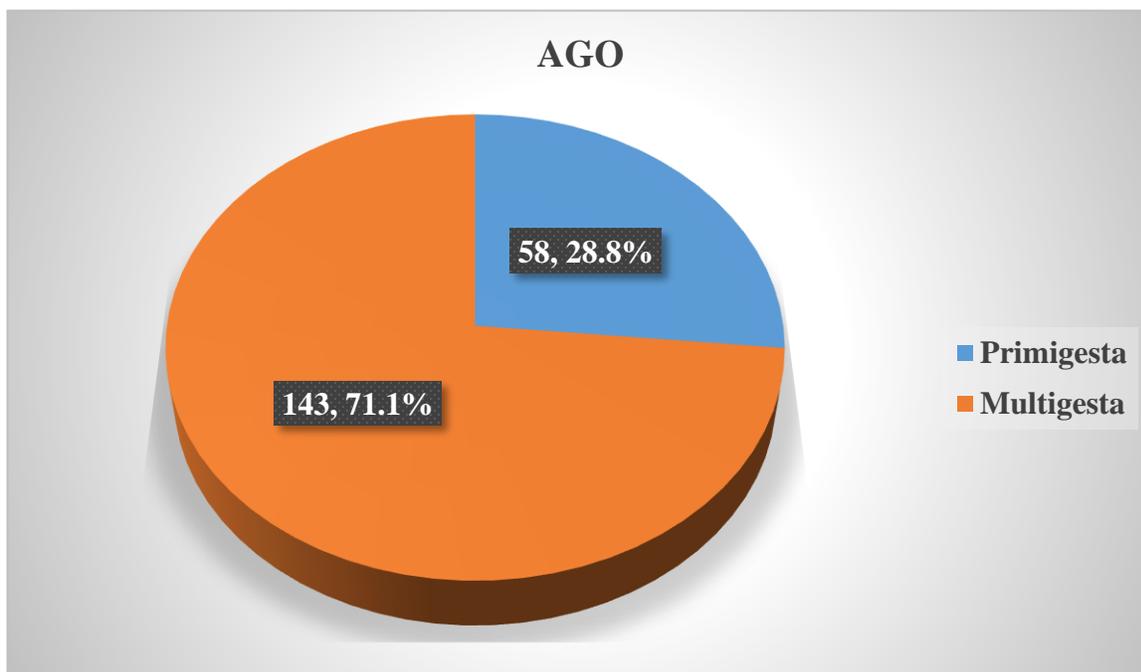
Gráfica #2: Ocupación de las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020



Fuente: Ficha de recolección.

n:201

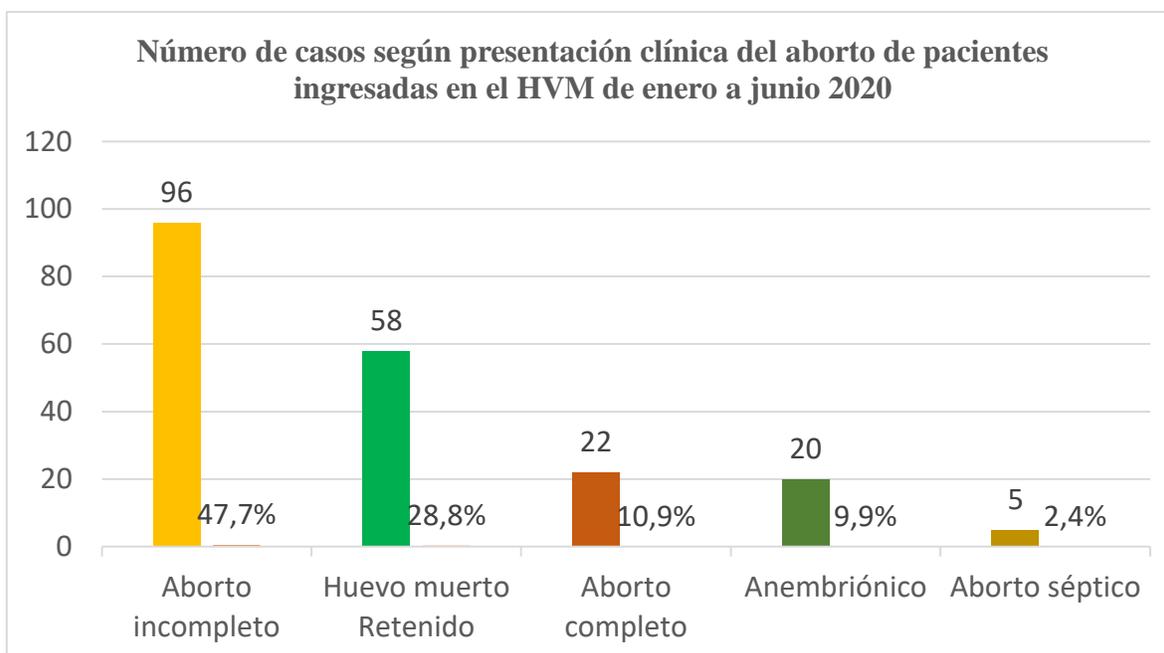
Gráfica #3: Antecedentes Ginecoobstétricos de las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020



Fuente: Expediente clínico.

n:201

Gráfico # 4: Número de casos según presentación clínica de aborto de pacientes ingresadas en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020



Fuente: expediente clínico

n: 201

Tabla #2: referencia de pacientes del primer nivel de atención ingresadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020.

Referencia de paciente del primer nivel de atención ingresadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020.

Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje (%)	Municipio	Frecuencia	Tiempo desde la referencia hasta la valoración en el hospital		
						< de 2 horas	2-4 horas	> 4 horas
Referida	Si	114	56.7	Jinotega	47	63	36	15
				Pantasma	23			
				San Sebastián de Yali	15			
				San Rafael del Norte	10			
				Bocay	5			
				El Cua	5			

				La Concordia	4			
				Wiwilí	5			
				Total	114			
	No	87	43.2					
	Total	201	100					

Fuente: Expediente clínico

n:201

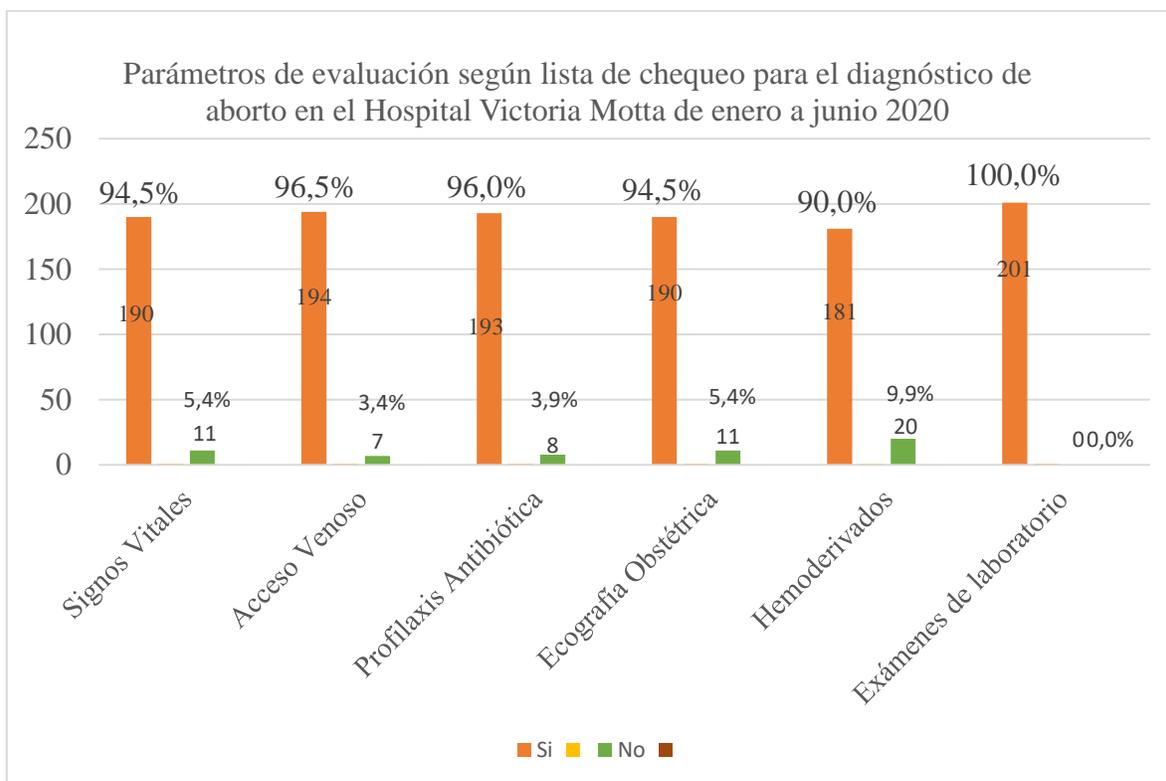
Tabla #3: Tiempos desde la emergencia hasta la confirmación diagnóstica y de su diagnóstico a la realización de AMEU de las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020

Diagnóstico y AMEU			
Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tiempo desde su atención en emergencia hasta confirmar su diagnóstico	Menor 2 horas	146	72.6
	2 a 4 horas	37	18.4
	Mayor a 4 horas	18	8.9
	Total	201	100.0
Tiempo desde su diagnóstico hasta la realización de AMEU	No aplica	22	10.9
	menor a 2 horas	70	34.8
	2 a 4 horas	45	22.3
	mayor a 4 horas	64	31.8
	Total	201	100.0

Fuente: Expediente Clínico.

n:201

Gráfica #5: Parámetros de evaluación según lista de chequeo para el diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020



Fuente: Expediente clínico

n: 201

Tabla #4: Parámetros de evaluación según lista de chequeo para el diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020

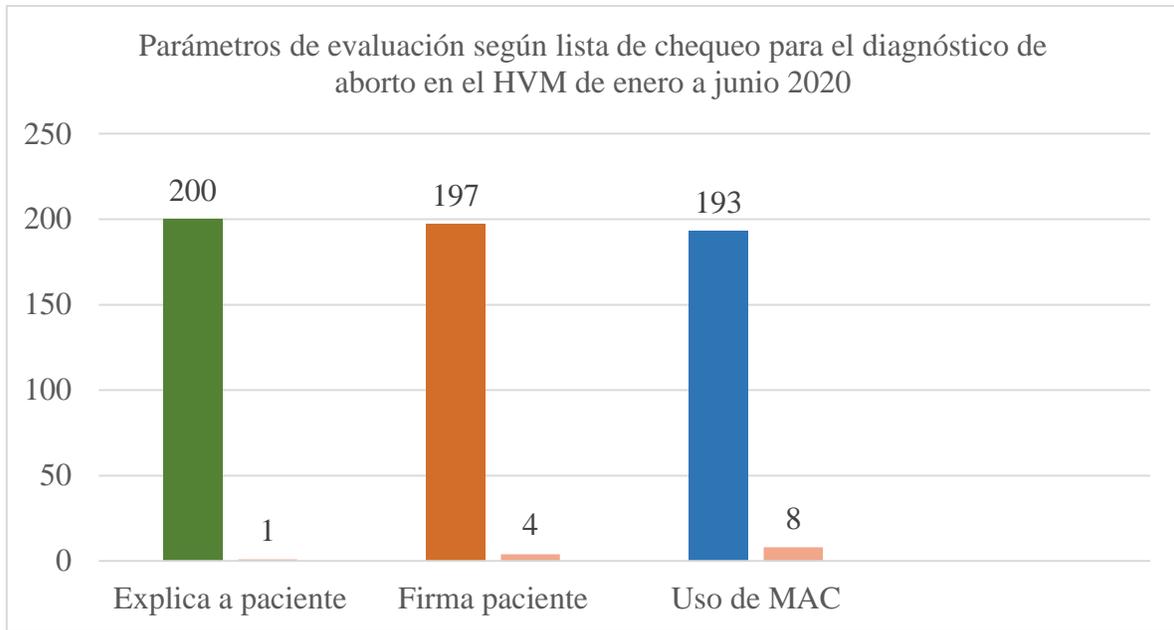
Parámetros de evaluación según lista de chequeo para el diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020

Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje (%)
Antibiótico en aborto séptico	Si	4	80
	No	1	20
	No aplica	196	
	Total	201	100.0
Realiza AMEU	Si	179	89
	No aplica	22	10.9
	Total	201	100.0
Uso útero tónicos	Si	167	83.1
	No	34	16.9
	Total	201	100.0
Uso de anti D	Si	13	92.8
	No	1	7.1
	No aplica	187	
	Total	201	100.0

Fuente: Expediente clínico.

n:201

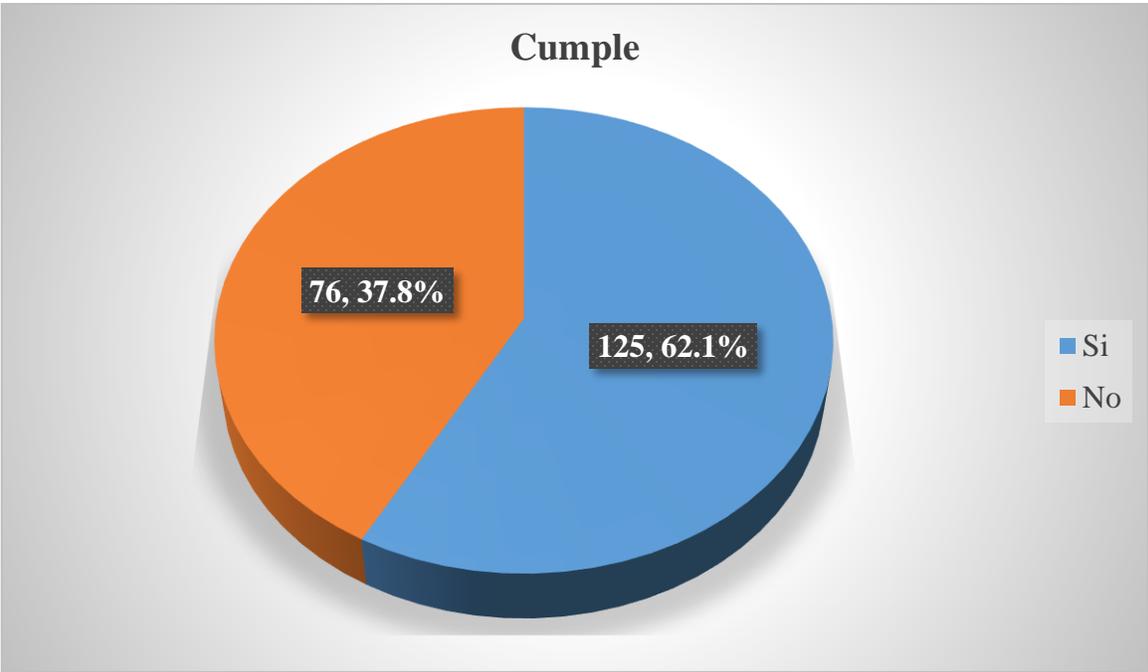
Gráfica #6: Parámetros de evaluación según lista de chequeo para el diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020



Fuente: Expediente clínico.

n:201

Gráfica #7: Cumplimiento de norma y protocolo de pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta de enero a junio 2020



Fuente: Expediente clínico

n:201

Correlaciones con cumplimiento de norma			
Variable	Kappa	Valor Asintótico	Significancia
Edad	0.16	0.20	0.04
Procedencia	0.67	0.31	0.04
AGO	0.2	0.5	0.05
Tiempo de Referencia	0.3	0.04	0.05
USG	0.71	0.53	0.00

Ficha de recolección

“ Aplicación de norma y protocolo de atención en las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta en el periodo de enero a junio 2020”

Objetivo 1

Edad: ≤ 14 años () 15 – 19 años () 20 – 35 años () 36 – 44 años () ≥ 45 años ()

Estado civil: casada () unión de hecho () soltera ()

Procedencia: Urbana () Rural ()

Escolaridad: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()

Ocupación: Ama de casa () comerciante () estudiante () otros ()

AGO: primigesta () multigesta ()

Objetivo 2

Referencia de otra unidad asistencial: Si () No ()

Tiempo desde referencia hasta valoración en hospital:

No aplica () < 2 horas () 2 a 4 horas () > a 4 horas ()

Tiempo desde su atención en emergencia hasta confirmar su diagnóstico:

< 2 horas () 2 a 4 horas () > a 4 horas ()

Tiempo desde su diagnóstico hasta la realización de AMEU

< 2 horas () 2 a 4 horas () > a 4 horas ()

Objetivo 3

Signos Vitales Si () No ()

Realiza legrado Si () No () No aplica ()

Acceso venoso Si () No ()

Uso útero tónicos Si () No () No aplica ()

Ultrasonido, laboratorio y hemoderivados

Si () No ()

Uso de anti D Si () No () No aplica ()

Profilaxis antibiótica Si () No ()

Explica a paciente Si () No ()

Antibiótico en aborto séptico Si () No ()

Firma del paciente Si () No ()

No aplica ()

Uso métodos de planificación Si () No ()

Objetivo 4:

Cumplimiento del protocolo nacional: Si () No ()



Cronograma de Actividades

N°	Actividades semanales.	AÑO 2020															
		Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
		Semanas.				Semanas.				Semanas.				semanas			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Entrega de carta de autorización en el Hospital	■															
2	Obtención y filtración de información estadístico.		■														
3	Planteamiento del problema.			■													
4	Planteamiento de objetivos				■												
5	Clasificación de variables					■											
6	Planteamiento del esquema del marco teórico.						■										
7	Desarrollo del marco teórico							■									
8	Planteamiento de hipótesis.								■								
9	Desarrollo de introducción, antecedentes, justificación.									■							
10	Elaboración de instrumento de investigación.										■						
11	Elaboración de diseño metodológico.											■					
12	Elaboración de cronograma y presupuesto												■				
13	Corrección de trabajo													■			
14	Impresión de trabajo														■		
	Realizado por:																

Presupuesto

<i>N°</i>	<i>Descripción</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Precio por unidad.</i>	<i>Precio total de unidad tributaria</i>
<i>1</i>	<i>Lápiz de grafito.</i>	<i>3</i>	<i>7</i>	<i>21</i>
<i>2</i>	<i>Lapicero de tinta.</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>18</i>
<i>3</i>	<i>Hoja blanca, tamaño carta</i>	<i>25</i>	<i>0.5</i>	<i>12.5</i>
<i>4</i>	<i>Cuaderno de apunte</i>	<i>1</i>	<i>20</i>	<i>20</i>
<i>5</i>	<i>Resaltador</i>	<i>1</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
<i>6</i>	<i>Marcadores permanente</i>	<i>3</i>	<i>15</i>	<i>45</i>
<i>7</i>	<i>Calculadora</i>	<i>1</i>	<i>50</i>	<i>50</i>
<i>8</i>	<i>Engrapadora</i>	<i>1</i>	<i>51</i>	<i>51</i>
<i>9</i>	<i>Impresiones</i>	<i>20</i>	<i>15</i>	<i>300</i>
<i>10</i>	<i>Fotocopias</i>	<i>5</i>	<i>1</i>	<i>5</i>
<i>11</i>	<i>Transporte</i>	<i>36</i>	<i>2.5</i>	<i>90</i>
<i>12</i>	<i>Impresión de protocolo final</i>	<i>2</i>	<i>200</i>	<i>200</i>
<i>Total</i>				<i>827.5</i>

Consentimiento informado

Tema: “Aplicación de norma y protocolo de atención en las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta en el periodo de enero a junio 2020”

Objetivo: Conocer cuales los son los factores que influyen en el grado de cumplimiento en la aplicación de norma y protocolo de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Victoria Motta en el periodo de enero a junio 2020

Yo responsable de docencia clínica del Hospital Victoria Motta, certifico que he sido informado con veracidad y claridad con respecto a la investigación académica, que realiza la Dra. Gladys Teresa González Rizo y me ha explicado la veracidad del estudio, conozco de la autonomía además que se respetará la confiabilidad e intimidad de la información suministrada.

Autorizo usar la información para los fines que la investigación persigue.

Firma de responsable

Subdirección Médica