



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO DEL
ABORTO
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2022

PRESENTADO POR

LISBETH STEPHANIE BAZAN AREVALO

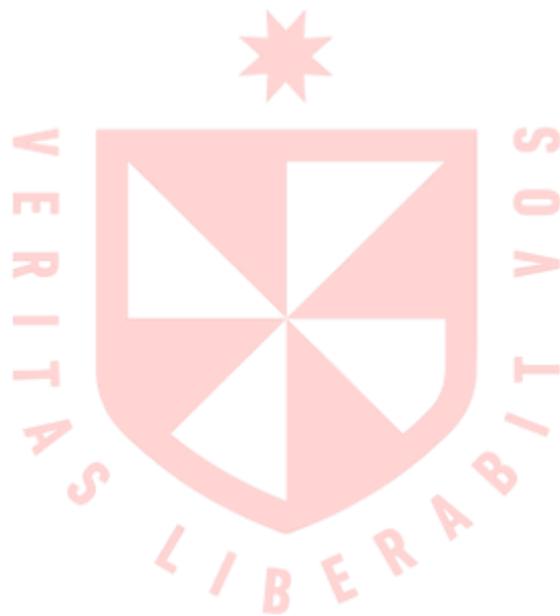
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

ASESOR

JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ

LIMA – PERÚ

2022



CC BY-NC-SA

Reconocimiento – No comercial – Compartir igual

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO
DEL ABORTO
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2022**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
LISBETH STEPHANIE BAZAN AREVALO**

**ASESOR
DR. JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ**

LIMA, PERÚ

2022

ÍNDICE

	Págs.
Portada	I
Índice	II
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	4
1.4.1. Importancia	4
1.4.2. Viabilidad y factibilidad	6
1.5 Limitaciones	
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de términos básicos	25
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	26
3.1 Hipótesis	26
3.2 Variables y su operacionalización	26
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	29
4.1 Tipos y diseño	29
4.2 Diseño muestral	29
4.3 Técnicas y recolección de datos	30
4.4 Procesamiento y análisis de datos	31
4.5 Aspectos éticos	31
CRONOGRAMA	32
PRESUPUESTO	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El aborto es una práctica común nacional e internacional; sobre todo, si se trata de la inseguridad y condiciones en las que muchas veces se practica. Es considerado un problema de salud pública que no solo implica la realización clandestina del mismo sino las complicaciones a las que se someten las personas que la practican. La muerte materna es una de las más graves e irreversibles.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Alan Guttmacher estima cifras alarmantes respecto a la cantidad de abortos peligrosos realizados alrededor del mundo. En los años 2010 y 2014, se produjeron en el mundo aproximadamente 25 millones de abortos (que son equivalentes al 45% de todos los realizados) al año. Si se menciona los países en donde se practica el mayor porcentaje de abortos (97%) se encuentran los que pertenecen a África, Asia y América Latina (1). En la realidad del Perú no se cuentan con cifras sobre el impacto que representa un aborto inseguro, pero se puede estimar que al año causa 28 652 hospitalizaciones y 58 muertes (2).

El aborto como tal es un tema tabú en nuestra sociedad a pesar de ser una práctica que se realiza desde el inicio de la organización social de los seres humanos y abarca no solo problemas psicológicos si no económicos, religiosos asimismo políticos. Por eso dicho procedimiento médico y/o quirúrgico es ampliamente debatido hasta el presente día (3).

Todos, tanto hombres como mujeres, deben recibir la información necesaria para garantizar una decisión que no ponga en riesgo su vida, desde el inicio de la actividad sexual y los riesgos que representa en la salud sexual y reproductiva hasta los diferentes métodos de planificación familiar (4).

La ignorancia sobre la reproducción humana, la mala comunicación con los padres, el desconocimiento sobre sexualidad, la influencia de los medios de comunicación y la desinformación sobre anticoncepción conllevan a un embarazo sin

planificación. De acuerdo a la ENDES 2011, el 50,9% de las mujeres utilizan métodos anticonceptivos. Es decir, casi la mitad de mujeres en edad reproductiva no utiliza ningún método y afronta el riesgo de tener un embarazo no deseado y posteriormente la toma de decisión de realizar un aborto clandestino.

La información en el manejo del aborto desempeña un papel crucial para proporcionar acceso a una atención segura, efectiva y aceptable dentro de la realidad de cada persona y/o familia, especialmente para la prevención del aborto inseguro y desenlaces irreversibles.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la efectividad del tratamiento médico y quirúrgico del aborto en el hospital Carlos Lanfranco la hoz durante el 2022?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la efectividad del tratamiento médico y quirúrgico del aborto en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz durante 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la efectividad del tratamiento médico del aborto en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

Identificar la efectividad del tratamiento quirúrgico del aborto en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

Comparar el tratamiento médico y quirúrgico del aborto en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Definir si el tratamiento médico puede reemplazar al tratamiento quirúrgico del

aborto

Definir la importancia de la orientación y consejería en planificación familiar para prevenir un aborto

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

El presente estudio se basa en un problema común, motivo de atención diaria en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz a mujeres de todo grupo etario con deseo genésico o no.

Si el tratamiento médico del aborto puede reemplazar al quirúrgico, representaría un beneficio en cuanto a horas de hospitalización, disminución del riesgo de comprometer la fertilidad y llevar a cabo un procedimiento seguro y con seguimiento ambulatorio. Asimismo, el captar a estas mujeres aumenta la posibilidad de brindarles la consejería en planificación familiar y evitar a futuro un embarazo no deseado.

1.4.2. Viabilidad y factibilidad

El presente estudio es viable porque al formar parte de la institución como médico residente se tiene acceso a las historias clínicas y atención de las pacientes que serían objeto de estudio. Asimismo, es factible pues se dispone del tiempo para su desarrollo, además de los recursos logísticos para llevarlo a cabo.

1.5. Limitaciones

No tener acceso a las historias clínicas, que se revierte estableciendo un horario que evite el cruce con el trabajo diario del hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Fay et al. en asociación con la Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia en 2022 publicaron un boletín donde describen que el aborto es un cuidado de salud esencial. Muy pocos gineco-obstetras brindan servicios si de aborto se refiere lo que interrumpe la relación médico-paciente, genera costos innecesarios y contribuye con abortos inseguros de la misma manera retrasa el acceso a la atención del mismo. Los gineco-obstetras tienen tanto las habilidades como el conocimiento para incorporar el aborto en sus prácticas clínicas y contribuir activamente a la atención oportuna (31).

Sufrin et al., en 2021, recopilan el número de abortos en 22 prisiones durante 12 meses (2016-2017) y encuentran que la mitad permite el aborto en el primer y segundo trimestre siendo en algunas de ellas requerido el pago para la práctica del mismo. El 14% del total está prohibido. Este estudio impulsa a abordar las intervenciones para garantizar que las personas encarceladas, de acuerdo con los requisitos legales y la equidad en salud, tengan acceso al aborto (30).

Berkeley et al., en 2020, compararon el régimen combinado con misoprostol y mifepristona versus la monoterapia con misoprostol. Este último combinado con misoprostol es en general más rentable que la monoterapia, por lo tanto, el costo no debe ser un impedimento para su adopción en el manejo del aborto espontáneo (32)

Errázuriz et al., en 2020, publicaron una investigación donde describen que en Chile no existe un consenso de uso del tratamiento médico del aborto, pero que la dosis de misoprostol varía de acuerdo a la farmacocinética del mismo siendo el uso vaginal, oral y/o sublingual los más utilizados con 400 mcg del medicamento que puede ser usado por una dosis o cada 4 horas, obteniendo con el último una respuesta del 50 al 70 % (5).

Guevara et al., en 2019, realizaron una investigación donde comparan el uso de misoprostol solo o en combinación con mifepristona y afirman que es favorable la combinación en términos de éxito, tiempo de inducción a aborto y las reacciones adversas y/o complicaciones que podrían suceder durante el manejo médico del aborto (1).

La Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia (ACOG) et al., en 2018, presentaron un boletín que reemplaza al del 2015 y en el que investigan el aborto durante el primer trimestre y describen los tratamientos aceptados para el mismo: manejo expectante, tratamiento médico o evacuación quirúrgica. En mujeres que no tengan complicaciones o síntomas que requieran tratamiento quirúrgico de emergencia, se optará por el que mejor se acomode a sus preferencias (7).

Prager et al., en 2018, publicaron diversos boletines donde explican los diferentes manejos a realizar cuando se está frente a un aborto. Cuando se refiere al manejo médico resalta que debería realizarse en pacientes sin infección, hemorragia, anemia severa o sangrado quienes prefieren evitar el tratamiento quirúrgico. La investigación concluye que, en pacientes con tratamiento médico, debería usarse 800 microgramos de misoprostol vía vaginal, dosis que se repite según sea necesario lo que incrementa su efectividad. La adición de una dosis de mifepristona (200mg) oral 24 horas antes del misoprostol, mejora la eficacia y debería ser considerado (7).

La evacuación quirúrgica uterina ha sido usada tradicionalmente para mujeres que presenta la pérdida de la gestación temprana y que cursan con retención de restos. Este debería ser el manejo de elección si se estuviera frente a una situación donde se presente hemorragia, inestabilidad hemodinámica o signos de infección. Asimismo, con comorbilidades como anemia severa, sangrado o enfermedades cardiovasculares. Además, refiere que muchas mujeres lo prefieren porque provee resultados inmediatos sin necesidad de seguimiento posterior constante (7).

Grossman et al., en 2017, realizaron una investigación en Iowa durante 7 años, desde el 2008 al 2015 y compararon la atención por telemedicina o persona-persona cuando se trata de un aborto incompleto en cuanto a efectos adversos

(ingreso hospitalario, cirugía, transfusión de sangre o muerte). Concluyeron que el tratamiento médico del aborto normalmente no tiene complicaciones si es la elección adecuada y que no hay diferencia significativa entre ambas atenciones por ser un método seguro (28).

Løkeland et al., en 2016, publicaron en la revista internacional de epidemiología resultados del estudio realizado entre 1998 y 2013 en Noruega respecto al uso de mifepristona y misoprostol como tratamiento del aborto el cual tiene mejor resultado cuando es usado en gestaciones de 4 a 6 semanas; asimismo, el tiempo aproximado para la expulsión completa desde que inicia el tratamiento es de 11.3 días (27).

Gutiérrez et al., en 2015, concluyeron en su investigación que la atención del aborto incompleto es un derecho de toda mujer. Los procedimientos, tanto el uso del AMEU o del misoprostol, deben estar al alcance de cualquier paciente siendo el uso de ambos de manera indistinta siempre y cuando esta práctica sea realizada por profesionales de la salud y que estén debidamente capacitados dentro de los servicios de ginecología y obstetricia (6).

La sociedad de planificación familiar, en 2014, realizó un boletín en conjunto con la Sociedad Americana de ginecología y obstetricia. Concluyeron que el tratamiento médico puede ser realizado por personal de salud no necesariamente médicos vía tele consulta lo que mejora el acceso al procedimiento. Se puede administrar misoprostol vía oral, vaginal o sublingual asociado a mifepristona, inclusive en la comodidad de su hogar, siempre y cuando tengan un seguimiento adecuado ya que dichos medicamentos al ser teratogénicos, de progresar la gestación a pesar del mismo, será necesaria la evacuación quirúrgica (8).

La Sociedad Americana de ginecología y obstetricia, en 2014, describe que el tratamiento médico es efectivo en pacientes con gestación hasta 70 días o 10 semanas. De acuerdo a la FDA, los medicamentos aprobados para dicho procedimiento son el misoprosol y mifepristona siendo de mayor eficacia el uso combinado y de fácil administración inclusive en el hogar siendo contraindicado en pacientes con embarazo ectópico, usuarios de DIU, uso de corticoides, falla adrenal

crónica, coagulopatía o terapia anticoagulante, porfiria o alergia a misoprostol o mifepristona (23).

León et al. publicaron, en 2012, una investigación sobre el uso de AMEU vs misoprostol en el hospital Isidro Ayora de Quito. Mujeres con diagnóstico de aborto incompleto de manera aleatorizada tuvieron un procedimiento quirúrgico o se les indicó 600 mcg de misoprostol vía oral, las cuales regresaron para su evaluación clínica a la semana. Se concluye, que el tratamiento médico es una opción aceptable y efectiva para el tratamiento del aborto y debería ser implementada en los programas de atención del aborto (26).

Grossman et al., en 2011, estimaron la efectividad de la telemedicina como atención de elección en el tratamiento médico del aborto. Concluyeron a través de un seguimiento a pacientes en Iowa del 2008 al 2009 que, al tratarse de un método seguro, con una efectividad del 99%, este es aceptado por pacientes quienes eligieron esta modalidad altamente recomendable (29).

Kulier et al., en 2011, en un metaanálisis Cochrane de 58 ensayos describieron que el tratamiento médico del aborto es efectivo y seguro. Los regímenes combinados (misoprostol y mifepristona) son más efectivos que los unitarios. La administración de misoprostol vía vaginal es mejor que la sublingual u oral y tiene menores efectos adversos (9).

Ngoc N et al., en 2009 - 2010, investigaron a todas las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto en tres hospitales en Vietnam que recibieron tratamiento con 400 microgramos de misoprostol sublingual y con seguimiento ambulatorio a los 7 días para confirmar la expulsión completa de restos. De las 302 mujeres que participaron, el 96.4 % tuvo éxito en el tratamiento a pesar de los efectos secundarios que se presentaron en un 87.2%. Determinaron que dicho tratamiento evacúa completamente la cavidad uterina y que presenta un alto nivel de satisfacción en las usuarias, además de alta tolerabilidad con los efectos secundarios (10).

Dabash et al., en 2010, llevaron a cabo una investigación en Egipto donde compararon la seguridad, eficacia y aceptabilidad del uso de 400 microgramos de

misoprostol sublingual contra el AMEU demostrando que la evacuación uterina completa se logra en un 98.3% en las mujeres que utilizaron el misoprostol y en el 99.7 % en quienes fueron usuarias de la aspiración manual endouterina. Entonces se concluye que ambos procedimientos tanto el médico como el quirúrgico, pueden ser análogos en el manejo del aborto incompleto. El tratamiento con misoprostol puede mejorar el cuidado post aborto cuando los recursos son limitados y el tratamiento quirúrgico no está disponible (16).

Say L et al., en 2010, elaboraron un metaanálisis donde compararon los métodos de manejo del aborto en el primer trimestre respecto a su eficacia, efectos secundarios y aceptabilidad. Determinaron que dentro de los cuatro tipos de intervenciones estudiadas (prostaglandinas solas, mifepristona y mifepristona/misoprostol y metrotexate/misoprostol versus AMEU) el uso de prostaglandinas solas resulta ser menos efectiva y dolorosa en comparación con el tratamiento quirúrgico (17).

Dao et al., en 2007, con el objetivo de demostrar la efectividad del misoprostol en el tratamiento médico del aborto incompleto en dos hospitales de Burkina Faso, África compararon una única dosis de 600 microgramos de misoprostol vía oral con el uso de la aspiración manual endouterina. Los investigadores concluyeron que el uso del tratamiento médico con dicha dosis es un tratamiento seguro y aceptable en el tratamiento del aborto incompleto (11).

Zhang et al. en 2005, señalaron que el tratamiento médico es seguro y con un alcance aceptable. A través de una investigación en 652 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto; se determinó que de las 491 mujeres que recibieron misoprostol, el 71% completó la expulsión al tercer día con 800 µg vía vaginal y el 84% al día 8 (14).

2.2 Bases teóricas

Hemorragia de la primera mitad del embarazo

La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte en todo el mundo. Dentro de las causas en la primera mitad del embarazo, se encuentran el aborto, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica de la gestación siendo la primera la más importante (18).

Definición de aborto

El aborto es la interrupción de la gestación antes de las 20 semanas con un peso menor de 500 gr. Según la evolución natural de la condición, empieza con una amenaza de aborto para luego convertirse en un aborto completo/incompleto, retenido, anembrionado, inevitable y/o inminente (18).

La pérdida temprana de la gestación se define como una gestación no viable intrauterina con un saco gestacional vacío o con un embrión sin latido cardíaco hasta la semana 12 6/7 de gestación. La incidencia bastante común, ocurre en el 10% de todas las gestaciones siendo el 80% durante el primer trimestre (7).

El 50% de todos los casos de pérdida temprana de la gestación se deben a anomalías cromosómicas. Dentro de los factores de riesgo encontrados en mujeres que han experimentado esta condición, se encuentra la edad materna avanzada y una pérdida anterior (7).

La frecuencia en cuanto a grupo etario; 9 a 17% se encuentran las pacientes entre los 20 y 30 años de edad que se incrementa notablemente hasta el 20% a la edad de 35 años; alcanza hasta el 40% en mujeres de 40 años y a los 45 años, llega hasta el 80% (7).

Clínica del aborto

Dentro de los síntomas de la pérdida temprana de gestación están en primera instancia el sangrado vaginal y dolor uterino (tipo contracción) que son comunes en la gestación normal, embarazo ectópico y mola hidatiforme (7).

Diagnóstico definitivo de aborto

Antes de iniciar cualquier tratamiento es importante reconocer si se está ante un aborto o frente a las condiciones anteriormente descritas. El tratamiento de la

pérdida temprana de la gestación, antes del diagnóstico confirmatorio, puede traer consecuencias como la interrupción de la gestación normal, complicaciones durante el embarazo o defectos al nacimiento (7).

La evaluación definitiva para el diagnóstico certero incluye la combinación de una exhaustiva revisión de la historia clínica, el examen físico, ecografía y la analítica: medición de la BHCG cuantitativa en sangre. La ecografía permite verificar la gestación viable intrauterina.

En la pérdida temprana de la gestación, el diagnóstico con certeza se haría en una paciente que tuviera previamente una ecografía donde se reporte una gestación intrauterina, sangrado vaginal y un útero vacío durante el examen. En otras instancias, no es muy claro el diagnóstico (7).

De acuerdo a la Sociedad de radiología en ultrasonido, el diagnóstico mediante ecografía transvaginal de aborto incompleto en mujeres con una gestación intrauterina de viabilidad incierta, se hace de acuerdo a los siguientes criterios:

Longitud cráneo caudal mayor/igual 7 mm sin latido cardiaco

Diámetro medio del saco mayor/igual 25mm sin embrión

Ausencia de embrión con latido mayor/igual 2 semanas después de ecografía con presencia de saco gestacional sin saco de yolk

Ausencia de embrión con latido cardiaco mayor /igual 11 días después de ecografía donde se encontraba saco gestacional con saco de yolk (13).

Tratamiento del aborto

En cuanto al manejo del aborto incompleto se describen diferentes alcances siendo el manejo expectante, médico y quirúrgico representado por la aspiración manual endouterina, así como la dilatación y curetaje los que son ampliamente usados alrededor del mundo como tratamiento del mismo (7). Estos procedimientos realizados por personal capacitado en un ambiente donde se respete y practique los protocolos de asepsia y antisepsia, así como el seguimiento constante de la

paciente dependiendo del manejo que sea de su preferencia, conlleva a que el pronóstico sea favorable.

El régimen de medicamentos del tratamiento no quirúrgico del aborto que son ampliamente aceptados por grandes organizaciones nacionales e internacionales son la mifepristona y el misoprostol (23).

Acorde al manejo expectante, según la clasificación de la Sociedad de radiología en ultrasonido, se espera de 11 – 14 días antes de determinar el diagnóstico definitivo de aborto de acuerdo a valores de una ecografía basal asociado a reposo y seguimiento ecográfico ambulatorio.

El manejo del aborto se da una vez establecido el diagnóstico donde se presentan las diversas opciones y la elección compete solo a la paciente quien se basa en los riesgos y complicaciones y/o ventajas y desventajas del procedimiento. Normalmente, se elige la opción del manejo médico para evitar un proceso invasivo, además, de la percepción de ser un procedimiento más seguro, natural y privado (23).

El tratamiento médico del aborto no se recomienda en los siguientes casos como sospecha o confirmación de embarazo ectópico, usuario de DIU in situ, corticoterapia de larga data, enfermedad adrenal crónica, coagulopatías, porfiria o reacción adversa conocida a la mifepristona o misoprostol (23).

El seguimiento post tratamiento médico del aborto no es necesario si fue un procedimiento no complicado. Si es por indicación médica o la paciente lo prefiere así, el seguimiento ambulatorio debe ser mediante la historia clínica, examen físico, BHCG o ecografía (23).

La dilatación & curetaje y la aspiración manual endouterina son los procedimientos base del tratamiento quirúrgico del aborto. Se realiza en mujeres que presentan hemorragia, inestabilidad hemodinámica o signos de infección, anemia, coagulopatías o enfermedad cardiovascular. Muchas de ellas prefieren dicho manejo por la resolución inmediata ya que no requiere seguimiento (7).

Anticoncepción post aborto

Los métodos anticonceptivos son aún un tema tabú a nivel mundial. La orientación y consejería en planificación familiar permite a la mujer y/o varón decidir cuándo y cuántos hijos desea tener, en qué momento además del intervalo entre embarazos (31).

La anticoncepción post aborto debería ser inmediato al procedimiento quirúrgico o desde el primer día del tratamiento médico (21,23).

Debido al desconocimiento respecto al tema, no se toma en cuenta que se puede producir un embarazo inmediatamente después del aborto. La planificación familiar asegura a los usuarios lograr cualesquiera sean sus intenciones reproductivas, asimismo, permite que los involucrados ahorren costos (31).

La anticoncepción post aborto puede ser mediante cualquiera de los medicamentos disponibles; sin embargo, se estima que la aplicación del inyectable trimestral asociado a uso de mifepristona podría condicionar a una gestación en curso (23).

2.3 Definición de términos básicos

Aborto: es la interrupción de la gestación antes de las 20 semanas y/o con un peso menor de 500 gr.

Pérdida temprana de la gestación: Gestación intrauterina no viable con un saco gestacional vacío o que contiene un embrión o feto sin actividad cardiaca en las primeras 12.6 semanas de gestación. En el primer trimestre, el término aborto espontáneo o pérdida temprana de la gestación son usados indistintamente y no hay un consenso en la terminología (5).

Mifepristona: Es un antagonista de la progesterona, se une al receptor de la misma con mayor afinidad, pero no activa el receptor. Dentro de sus acciones en el útero

grávido, incluye necrosis decidual, ablandamiento cervical e incremento de las contracciones uterinas y sensibilidad de las prostaglandinas (6).

Misoprostol: Es un análogo de la prostaglandina E1, aprobado por la FDA para administración oral en la prevención de la úlcera gástrica para quienes toman antiinflamatorios de larga data. Es usado en otros regímenes como aborto, inducción de trabajo de parto, tratamiento en la pérdida temprana de la gestación, prevención y tratamiento de la hemorragia postparto y ablandamiento cervical previo a procedimientos uterinos como la histeroscopia (6).

Aspiración manual endouterina (AMEU): Es un procedimiento en donde se extrae el contenido endouterino a través de una cánula conectada a un aspirador que permite crear un vacío manualmente hasta las 12 semanas de gestación (10).

Dilatación & curetaje: Procedimiento rápido para extraer tejido del interior del útero, realizado en gestación mayor a 12 semanas (24).

Anticoncepción: Estrategia para evitar la gestación.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

No existe diferencia significativa en la efectividad del tratamiento médico y quirúrgico del aborto, ambos pueden ser usados indistintamente con el mismo resultado a posteriori.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Pérdida temprana de la gestación	Gestación intrauterina no viable hasta las 12.6 ss	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Longitud craneo caudal mayor/igual 7 mm sin latido cardiaco • Diámetro medio del saco mayor/igual 25mm sin embrión • Ausencia de embrión con latido mayor/igual 2 semanas después de ecografía con 	Nominal	Edad gestacional menor a 12.6 semanas	Historia clínica

			<p>presencia de saco gestacional sin saco de yolk</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de embrión con latido cardiaco mayor /igual 11 días después de ecografía donde se encontraba saco gestacional con saco de yolk ¹³ 			
Tratamiento médico	Combinación de mifepristona y misoprostol o solo con el ultimo	Cualitativa	Ecografía control con endometrio menos a 7mm	Nominal	Presencia de restos endouterino posterior al tratamiento	Historia clínica
Tratamiento quirúrgico (AMEU)	Extracción del contenido endouterino a través de una cánula conectada a un aspirador que permite crear un vacío manualme	Cualitativa	Ecografía control con endometrio menos a 7mm	Nominal	Presencia de restos endouterino posterior al tratamiento	Historia clínica

	nfe.					
--	------	--	--	--	--	--

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según la intervención del investigador: observacional

Según el alcance: analítico

Según el número de mediciones de las variables: longitudinal

Según el momento de la recolección de datos: cohorte - retrospectivo

Las pacientes que son parte del estudio fueron diagnosticadas con aborto retenido o gestación anembrionada sin que el investigador someta a ninguna exposición a las mismas. En la presente investigación, se compara el manejo médico y quirúrgico del aborto en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz durante el 2022 en la población asignada en un periodo de tiempo establecido.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Mujeres en edad reproductiva que cursan actualmente con una gestación.

Población de estudio

Mujeres en edad reproductiva que cursan con una gestación no viable intrauterina con un saco gestacional vacío o con un embrión sin latido cardiaco hasta la semana 12 6/7 de gestación en la jurisdicción correspondiente al hospital Carlos Lanfranco la hoz en el 2022.

Tamaño de la muestra

Mujeres con diagnóstico post aborto incompleto resuelto a las cuales se les indicó tratamiento quirúrgico o tratamiento médico en el hospital Carlos Lanfranco la hoz en el 2022.

Muestreo o selección de la muestra

Muestreo por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Mujer en edad reproductiva con diagnóstico de aborto a quien se le indica tratamiento médico.

Mujer en edad reproductiva con diagnóstico de aborto a quien se le indica tratamiento quirúrgico.

Mujer en edad reproductiva atendida en el hospital Carlos Lanfranco la hoz en el 2022.

Mujer quien recibe anticoncepción post aborto.

Criterios de exclusión

Mujer quien firma retiro voluntario.

Mujer quien no vuelve a control post tratamiento quirúrgico o médico.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Los datos del presente estudio serán recolectados mediante la revisión y registro de historias clínicas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Instrumentos de recolección y medición de variables

La recolección de datos se realizará mediante la revisión de historias clínicas de cada mujer. Se verificará que hayan cumplido con el seguimiento a los siete días posterior al alta médica. La información será recolectada por el investigador en las

fechas pactadas de acuerdo al permiso otorgado por la institución que serán exportados a una hoja de cálculo Excel de acuerdo a las variables descritas.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se aplicarán medidas de comparación proporcional en función al chi cuadrado para las variables categóricas descritas en el presente estudio. Se establece un valor de significancia del 0.05 y un nivel de confianza del 95%.

4.5 Aspectos éticos

La fuente de información del presente estudio será la revisión de historias clínicas de los casos seleccionados por lo que no se solicita la firma de consentimiento informado. La identidad de las pacientes será codificada para proteger su privacidad y confidencialidad.

Se solicitará la aprobación de la institución para la revisión y registro de historias clínicas, la toma de datos será de acuerdo a las fechas pactadas por la misma.

CRONOGRAMA

FASES/MESES	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Aprobación del proyecto de investigación	X			
Recolección de datos		X		
Procesamiento y análisis de datos		X		
Elaboración del informe			X	

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	50
Soporte especializado	500
Impresiones	500
Logística	200
Traslado y refrigerio	100
TOTAL	1350

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Guevara E, Luna A, Gutiérrez M, Ayala F, Carranza C, Arango P, et al. Estudio comparativo en el manejo médico del aborto terapéutico entre el uso de mifepristone más misoprostol y el uso de misoprostol solo. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 8(4), 41-47. [Internet] 2019. [Citado el 2 de agosto de 2020] Disponible: <https://doi.org/10.33421/inmp.2019172>
2. Taype A, Merino N. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿qué dicen los números? *Rev. Perú. Med. exp. salud publica*. 33(4): 829-830 [Internet]. 2016 [citado 2020 Ago 02] ;. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400032&lng=es
3. Isla A, Velasco A, Cruz J, Díaz A, Salas L. El aborto dentro del contexto social. *Rev Cubana Med Gen Integr* 26 (1) [Internet]. 2010 [citado 2020 Sep 05] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014&lng=es.
4. Ramos M. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* 23(3): 201-220 [Internet]. 2006 [citado 2020 Sep 05] ; Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es.
5. Errázuriz J, Stambuk M, Reyes F, Sumar F, Rondini C, Troncoso F. Efectividad del tratamiento médico con misoprostol según dosis administrada en aborto retenido menor de 12 semanas. *Rev. chil. obstet. Ginecol.* ; 79(2): 76-80. [Internet]. 2014 [citado 2020 Ago 02]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200002&lng=es

6. Gutiérrez M, Guevara E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Rev. peru. ginecol. Obstet. 61(1): 57-64. [Internet]. 2015 [citado 2020 Ago 02]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010&lng=es.
7. ACOG Committee on practice bulletins – Gynecology; Prager S, Vanessa K, Allen R. Early pregnancy loss. Obstet Gynecol 2018; 132:197–207.
8. Committee on Practice Bulletins – Gynecology, Society of Family and Planning, Creinin M, Grossman D. Medical management of first-trimester abortion. Obstet Gynecol 2014;123:676–92.
9. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] 2011. [citado el 14 de agosto de 2020] Disponible: 10.1002/14651858.CD002855.pub4
10. Ngoc N, Shochet T, Blum J, Hai T, Dung D, Nhan T, et al. Results from a study using misoprostol for management of incomplete abortion in Vietnamese hospitals: implications for task shifting. BMC pregnancy and childbirth, 13, 118. [internet] 2013. [citado el 15 de agosto 2020] Disponible: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-118>
11. Dao B, Blum J, Thieba B, Raghavan S, Ouedraogo M, Lankoande J, et al. Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 114: 1368-1375. [internet] 2007. [citado el 2 agosto de 2020] doi:[10.1111/j.1471-0528.2007.01468.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01468.x)
12. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J. Aspiración manual endouterina (AMEU):Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. chil. obstet. ginecol 84(6): 460-468. [Internet].

- 2019 [citado 2020 Ago 09]; Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es.
13. Doubilet P, Benson C, Bourne T, et al. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *N Engl J Med*. 369(15):1443-1451 [internet] 2013. [citado el 2 agosto de 2020] Disponible: 10.1056/NEJMra1302417
14. Zhang J, Gilles J, Barnhart K, Creinin D, Westhoff C, Frederick M, et al. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *N Engl J Med*. 353: 761-769. [internet] 2005 [citado el 2 agosto de 2020] Disponible en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa044064#article_citing_articles
15. Shukunami K, Nishijima K, Fumikazu K. Medical vs. Surgical Management of Early Pregnancy Failure. *N Engl J Med* 353:2403-2404 [internet] 2005 [citado el 2 agosto de 2020] Disponible en : https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200512013532216?query=recirc_curatedRelated_article
16. Dabash R, Cherine M, Darwish E, Hassanein N, Blum J, Winikoff B. A randomized controlled trial of 400-µg sublingual misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in two Egyptian hospitals. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 111: 131-135 [internet] 2010 [citado el 2 agosto de 2020] Disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.06.021>.
17. Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. (4) [internet] 2002 [citado el 2 agosto de 2020] Disponible en doi:10.1002/14651858.CD00303
18. Vélez G, Agudelo B, Gómez G, Zuleta J. Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 60(1): 34-48 [Internet].

2009 [citado 2022 Sep 05] Disponible :
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000100006&lng=en.

19. Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Capmas P, Carcopino X, Costedoat-Chalumeau N, et al. Pregnancy loss: French clinical practice guidelines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 201;18-26. [internet] 2016 [citado el 2 agosto de 2020] Disponible en 10.1016/j.ejogrb.2016.02.015.

20. Dugas C, Slane VH. Miscarriage. [Updated 2022 Jun 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/>

21. ACOG Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. *Obstetrics and gynecology*. 2013; 121(6), 1394–1406.

22. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology, Society of Family Planning. Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation. *Obstetrics and gynecology*. 2020; 136(4), e31–e47

23. ACOG Committee Opinion, Number 788. Over-the-Counter Access to Hormonal Contraception. *Obstet Gynecol* 134(4):e96-e105 [internet] 2019 [citado el 2 agosto de 2020] Disponible en : 10.1097/AOG.00000000000003473.

24. ACOG Committee Opinion. Infertility Workup for the Women's Health Specialist. *Obstet Gynecol*. 2019; 133(6):e377-e384.

25. High Impact Practices in Family Planning (HIP). Postabortion family planning: a critical component of postabortion care. Washington, DC: USAID; 2019 mar. Disponible en: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/planificacion-familiar-post-aborto/>. [Citado septiembre 2022].

26. León W, Montesinos R, Arias M, Durocher J, Peña M, Winikoff B. Introducción de Misoprostol en Servicios de Atención Post Aborto en América Latina. Poster Gynuity. 2012.

27. Løkeland M, Bjørge, T, Iversen E, Akerkar R, Bjørge L. Implementing medical abortion with mifepristone and misoprostol in Norway 1998-2013. *International journal of epidemiology*, 46(2), 643–651 [internet] 2017 [citado el 27 de septiembre de 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/dyw270>

28. Grossman D, Grindlay K. Safety of Medical Abortion Provided Through Telemedicine Compared With In Person. *Obstetrics and gynecology*, 130(4), 778–782 [internet] 2017 [citado el 27 de septiembre de 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002212>

29. Grossman D, Grindlay K, Buchacker T, Lane K, Blanchard K. Effectiveness and Acceptability of Medical Abortion Provided Through Telemedicine. *Obstetrics & Gynecology* 118 (2) 296-303 [internet] 2011 [citado el 27 de septiembre de 2022] Disponible en: doi: 10.1097/AOG.0b013e318224d110

30. Sufrin C, Jones R, Beal L, Mosher W, Bell S. Abortion Access for Incarcerated People: Incidence of Abortion and Policies at U.S. Prisons and Jails. *Obstetrics & Gynecology* 138(3) 330-337 [internet] 2021 [citado el 27 de septiembre de 2022] Disponible en: doi: 10.1097/AOG.0000000000004497

31. Fay K, Diouf K, Butler S, Onwuzurike C, Wilkinson B, Johnson N, et al. Abortion as Essential Health Care and the Critical Role Your Practice Can Play in Protecting Abortion Access. *Obstetrics & Gynecolog* [internet] 2022 [citado el 27 de septiembre de 2022] Disponible en: doi: 10.1097/AOG.0000000000004949

32. Berkley H, Greene H, Wittenberger M. Mifepristone Combination Therapy Compared With Misoprostol Monotherapy for the Management of Miscarriage: A Cost-Effectiveness Analysis. *Obstetrics & Gynecology* 136 (4) 774-781 [internet] 2020 [citado el 27 de septiembre de 2022] Disponible en: 10.1097/AOG.0000000000004063

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
<p>¿Cuál es la efectividad del tratamiento médico y quirúrgico del aborto en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz durante el 2022?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la efectividad del tratamiento médico del aborto en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz durante 2022 • Identificar la efectividad del tratamiento quirúrgico del aborto en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz durante 2022 • Comparar el tratamiento 	<p>No existe diferencia significativa en la efectividad del tratamiento médico y quirúrgico del aborto, ambos pueden ser usados indistintamente con el mismo resultado a posteriori.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Según la intervención del investigador: observacional • Según el alcance: analítico • Según el número de mediciones de las variables: longitudinal • Según el momento de la recolección de datos: 	<p>Mujeres en edad reproductiva que cursan gestación no viable intrauterina con 1) saco gestacional vacío 2) saco gestacional con embrión sin latido cardíaco hasta la semana 12 6/7 de gestación en la jurisdicción correspondiente al</p>	<p>Historia clínica</p>

	<p>médico y quirúrgico del aborto en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir si el tratamiento médico puede reemplazar al tratamiento quirúrgico • Definir la importancia de la orientación y consejería en planificación familiar • Identificar los riesgos a futuro de emplear el tratamiento quirúrgico en cuanto a la infertilidad 		<p>cohorte - retrospectivo</p>	<p>Hospital Carlos Lanfranco la hoz en el 2022.</p>	
--	---	--	--------------------------------	---	--

2. Instrumento de recolección de datos

Paciente				1	2
Aborto	Gestación anembrionada				
	Aborto retenido				
	Aborto incompleto				
Tratamiento medico	Misoprostol solo				
	Misoprostol + mifepristona				
Tratamiento quirúrgico	AMEU				
Acude a control (7 días)	Si	Tratamiento médico	Endometrio < 7mm		
			Endometrio > 7 mm		
		Tratamiento quirúrgico	Endometrio < 7mm		
			Endometrio > 7 mm		
	No				
	Requirió procedimiento posterior al tratamiento médico	Si			
No					

Requirió procedimiento posterior al tratamiento quirúrgico	Si		
	No		