



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1997; 43 (1) : 17-26

ARTICULOS ORIGINALES

Atención humanizada del aborto incompleto: Tres técnicas de manejo ambulatorio, reducción de costos y panificación familiar postaborto.

LUIS TÁVARA

Resumen

OBJETIVO : Precisar diferencias clínicas entre tres procedimientos de evacuación uterina para el manejo ambulatorio del aborto incompleto, precisar indicadores de calidad y costo de recursos humanos y materiales, y determinar la frecuencia de aceptabilidad para uso de anticonceptivos ofertados en postaborto inmediato. **DISEÑO:** Se hizo un estudio prospectivo involucrando 759 pacientes calificadas de tener un aborto incompleto no complicado atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora separadas al azar para recibir tratamiento con legrado uterino instrumental o aspiración manual o eléctrica. De este modo 348 pacientes integraron el grupo de legrado uterino, 211 el grupo de aspiración manual endouterina y 200 el grupo de aspiración eléctrica. Se registró la existencia de complicaciones. A todas se les ofreció consejería y anticoncepción. Al alta se citó a la paciente a los 30 días y si no regresó se hizo entrevista en domicilio. **RESULTADOS:** En los tres predominó el uso de analgesia + sedación para efectuar el procedimiento. El sangrado fue significativamente mayor en el grupo del legrado y el dolor fue mayor en los procedimientos de aspiración. Las pacientes de legrado tuvieron 7,31% de complicaciones, las de aspiración manual 2,78% y las de aspiración eléctrica 5,37% (P:NS). La eficacia del procedimiento de aspiración manual fue del 100%, del legrado 99,19% y de la aspiración eléctrica 98,21%. La duración promedio de la estancia hospitalaria fue 6 horas para la aspiración manual, 6 horas 37 minutos para el legrado y 6 horas 54 minutos para la aspiración eléctrica. El costo promedio fue: 12,77 dólares americanos para el legrado, 12,45 para aspiración manual y 12,41 para la aspiración eléctrica. El 99,5% de las pacientes recibió consejería, y de ellas 578 (76,2) escogieron algún método anticonceptivo: medroxiprogesterona 33,2%, DIU 18,7% y píldora 15,7%. A nivel de entrevista domiciliaria se comprobó que de las que recibieron píldora el 60% las continuaban usando, entre las medroxiprogesterona el 61% y entre las DIU el 89%. **CONCLUSIONES:** Clínicamente el procedimiento de aspiración manual es más ventajoso. El periodo postaborto es un buen momento para la administración de anticonceptivos.

Palabras clave: Aborto, aborto incompleto, legrado uterino, aspiración manual, aspiración eléctrica, costos.

Summary

OBJECTIVES: To precise clinical differences of three uterine evacuation procedures for incomplete abortion, quality and costs of human and material resources, and acceptability of immediate postabortion contraception. **DESIGN:** Prospective study of 759 patients with uncomplicated incomplete abortion attended at Maria Auxiliadora Hospital Gynecology and Obstetrics Department randomly assigned to either dilatation and curettage (D&C, 348 patients) or manual (211) or electrical (200) suction. Clinical findings, and post op complications were registered. Contraceptive counseling was offered. If patient did not return for evaluation within 30 days, she was visited at home. **RESULTS:** Either analgesia or sedation was use during the procedure, bleeding was higher with D&C and pain was more frequent with suction. No significant differences were found with either method in regards to complications, efficacy of procedure, hospital stay, costs, or contraception counseling. Five hundred and seventy eight (78,2%) patients chose a contraceptive method and continuers were 601% with pills, 66,1% with medroxiprogesterone, and 89% with IUD. **CONCLUSIONS:** Manual aspiration. The incomplete abortion is clinically advantageous. The postabortion period is a good moment to administer contraceptives.

Key words: Abortion, incomplete abortion dilatation and curettage, manual suction, electrical suction, costs.



Introducción

La mortalidad materna cobra un significado de tragedia en los países subdesarrollados. Es doloroso reconocer que el aborto representa entre el 30 y 50% de las causas de defunción materna en América Latina¹. Pero se debe considerar además que una mayor proporción de mujeres padece posteriormente incapacidades en su vida sexual y reproductiva, como consecuencia del aborto.^{2,3}

En el Perú, el aborto representa la segunda causa de muerte materna⁴, y a pesar de no conocerse exactamente su incidencia, se tiene evidencias que más de un tercio de los embarazos terminan como aborto⁵.

La atención del aborto significa la realización de un gasto que deben enfrentar las personas y los establecimientos de salud, gasto que muchas veces es difícil calcular. Las instituciones consumen recursos dentro del sistema de salud y algunas de ellas gastan entre 50 y 60% de sus presupuestos de ginecoobstetricia en el tratamiento de este problema médico⁷ y muy pocos son los trabajos que publican los costos de la prestación del servicio para el manejo del aborto^{8,9}.

A nivel nacional e internacional se ha publicado trabajos que asignan ventajas técnicas y económicas a la atención ambulatoria prestada con aspiración manual endouterina^{7,10-13}.

Por otro lado es frecuente encontrar un divorcio entre los servicios de planificación familiar (PF) y los servicios de atención del aborto, o simplemente no existen servicios de PF que puedan ser accesibles a las pacientes que concurren por presentar un aborto incompleto.

Esta falta de integración para la atención de la Salud reproductiva contribuye innecesariamente a un alto consumo de, recursos y a servicios de pobre calidad.^{17,18}.

Siendo el periodo postaborto una oportunidad crítica para que el equipo de salud ayude a las mujeres a solucionar los problemas que contribuyen al embarazo no deseado, resulta importante acercarse a ellas a través de la consejería para poner a su disposición conocimientos suficientes sobre la metodología anticonceptiva existente, permitiéndoles adoptar una decisión informada, ya que luego de la atención de un aborto incompleto sin complicaciones, prácticamente todos los anticonceptivos son utilizables¹⁹⁻²¹.

No son muchas las publicaciones acerca de PF postaborto. Mati²² publicó en 1993 un estudio en el que encontró efectos favorables de la consejería en la prevención del embarazo no deseado y, como consecuencia, la reducción del aborto repetido.

Tradicionalmente los médicos hemos recibido formación para llevar a cabo el legrado uterino instrumental (LUI), y es tal vez el método mayormente utilizado en los países del tercer mundo para evacuar el útero^{11,12,23}.

La aspiración eléctrica (AE) y la aspiración manual endouterina (AMEU) tienen sus antecedentes varias décadas atrás^{11,23} y hoy en día se han extendido en todo el mundo. La AMEU se usa en más de 100 países¹¹.

En el Hospital María Auxiliadora, desde hace 7 años hemos acumulado una importante experiencia en el manejo ambulatorio del aborto incompleto no complicado con el uso del LUI⁶. En el presente trabajo examinaremos comparativamente las ventajas que tiene el manejo del aborto incompleto no complicado a través de tres tecnologías fáciles de implementar, como son el LUI y los métodos de aspiración manual y eléctrica. Igualmente estudiaremos las condiciones de calidad del servicio y los costos, así como la oferta y la administración de métodos anticonceptivos postaborto.

Material y métodos

El presente es un resumen de tres trabajos de investigación llevados a cabo prospectivamente en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora (HAMA), desde el 1.º de noviembre de 1994 al 11 de abril de 1996.

Se diseñó una ficha para recojo de datos y se capacitó al personal médico en las técnicas de evacuación uterina a través de aspiración eléctrica utilizando el aparato de Berkeley. Uno de nuestros médicos, que había sido entrenado en ORIÉNTAME (Bogotá-Colombia) fue el encargado de la capacitación entre nosotros. Igualmente se capacitó al personal médico, obstetras y personal de enfermería en las técnicas de descontaminación y desinfección intensiva del material y equipo, así como en consejería y ofertas de anticonceptivos.

Además, con la ayuda de ESAR, una de nuestras obstetras pudo capacitarse también en ORIÉNTAME en los aspectos de consejería.



Desde el 1.º de noviembre de 1994 al 31 de diciembre de 1995 se incorporó un total de 759 pacientes con aborto incompleto no complicado que acudieron en búsqueda de tratamiento a la emergencia del HAMA. Cada caso fue seguido en una ficha.

- Definición

Llamamos aborto incompleto no complicado a aquel aborto que ocurre hasta las 12 semanas de edad gestacional, sin sangrado excesivo, sin fiebre, ni compromiso del estado general, sin shock y sin signos evidentes de manipulación.

- Criterios de exclusión

- Pacientes con más de 12 semanas de edad gestacional
- Sangrado excesivo, mayor de 300 ml.
- Presencia de fiebre.
- Anemia severa.
- Signos peritoneales.
- Ictericia.
- Hemograma patológico
- Evidencia clínica de manipulación intencional

- Registro y preparación de pacientes

Una vez atendida la paciente en emergencia, luego de hacer una anamnesis y examen clínico general, previa limpieza perineal y evacuación de la vejiga, se hizo examen pélvico. Efectuado el diagnóstico de aborto incompleto no complicado se indicó aplicar una solución isotónica intravenosa y rutinariamente se solicitó exámenes de laboratorio: grupo sanguíneo y Rh, hemoglobina-hematócrito y hemograma.

Si los exámenes no mostraron complicación alguna, la paciente fue enviada a la sala de evacuación uterina, dispuesta para este fin al ingreso del Centro Obstétrico.

Selección de la metodología de evacuación uterina

Llegada la paciente al centro obstétrico, al azar se le incluyó en el grupo de LUI o de AMEU/AE (simple ciego). De las 759 pacientes involucradas, 348 fueron asignadas al grupo de LUI, 211 a AMEU y 200 a AE.

Control de dolor

En la sala de evacuación uterina se colocó a la paciente en posición ginecológica y para el control del dolor se administró analgesia mas sedación o anestesia local:

Analgesia-sedación: Meperidina EV 50 mg con o sin diazepam EV 10 mg.

Anestesia local: En este caso se usó lidocaína al 1% sin epinefrina, por vía paracervical

Asepsia y antisepsia

Se lavó los genitales externos con agua y jabón y luego se utilizó solución de yodopovidona.

Examen pélvico bimanual

Se aseguró la evacuación vesical y se realizó el examen pélvico bimanual; si hubo restos visibles, fueron extraídos con pinzas de anillo.

Método de evacuación uterina con LUI



Se aplicó valvas vaginales, se tomó el labio anterior del cuello uterino con pinzas de tirábala, se hizo la histerometría y se extrajo los restos con pinzas de anillo. Enseguida se procedió al curetaje romo y cortante.

Método de evacuación uterina con AE

Se aplicó el espéculo vaginal, se traccionó el cuello uterino con pinzas de tirábala, se introdujo la cánula de plástico tipo Karman la que más se ajustaba al canal cervical para evitar la pérdida de vacío), con la cual se hizo la histerometría. Se conectó la cánula a la manguera que va hacia la máquina y se procedió a realizar el vacío hasta 500-600 mm Hg. En pocos minutos se terminó el procedimiento.

Método de evacuación uterina con AMEU

Se aplica el espéculo vaginal, luego se aplica una cánula de plástico que se inserta a través del cuello uterino abierto y se conecta a la jeringa de Karman de plástico de 60 ml de capacidad, la que produce vacío hasta 600 mm de mercurio. El vacío es transferido a la cavidad uterina a través de la cánula y el procedimiento es realizado rápidamente.

- Instrumental. Jeringa de Karman de 60 ml de capacidad, que puede ser de una o dos válvulas. Las cánulas son flexibles y de diferente calibre (de 4 a 10 y 12 mm de diámetro externo). La aplicación de las cánulas a la jeringa se facilita con adaptadores de plástico que son de diferente color. Todo este material fue donado por IPAS.
- Descontaminación, limpieza y desinfección de material. Para ello se utilizó inmersión en solución de hipodorito de sodio al 0,5% durante 10 minutos, limpieza prolija y luego desinfección intensiva mediante inmersión del material en glutaraldehído al 2% (Cidex) durante 20 minutos.
- Aspectos técnicos.- Colocada la paciente en posición ginecológica, se practicó asepsia y antisepsia de vulva y periné; se confirmó la evacuación vesical y se realizó examen pélvico. Se aplicó analgesia o anestesia paracervical. Se seleccionó la cánula de plástico que se adaptó exactamente al diámetro del cuello uterino abierto. Con la misma cánula se conformó la histerometría y se la dejó colocada en el interior de la cavidad uterina, observando la técnica de no tocar. Se tomó la jeringa, se cerró la válvula y se produjo manualmente el vacío, tirando del émbolo. La jeringa fue aplicada cuidadosamente en la cánula, se abrió la válvula y el vacío entonces fue hacia la cánula y la cavidad uterina. Con movimientos giratorios de la jeringa se facilitó la evacuación del Otero en pocos minutos.
- Terminada la aspiración, que se pudo verificar por la presencia dentro de la cánula de secreción espumosa rosada o la presencia del "grito uterino", se retiró la jeringa con la cánula y se vació el contenido. El aspirado se revisó cuidadosamente para confirmar la presencia de restos. La jeringa y todo el material fueron colocados en solución de hipoclorito de sodio al 0,5%.
- Todos los procedimientos de evacuación uterina fueron realizados por los médicos titulares y principalmente por los médicos residentes.

Efectos del procedimiento

El cirujano calculó la pérdida de sangre en ml y midió la intensidad del dolor a través de una escala milimetrada de 0 a 100, Para que marcara la propia paciente.

Recuperación de la paciente

Realizado cualquiera de los tres procedimientos, la paciente fue movilizada a un ambiente adjunto a la sala de evacuación uterina y se la vigiló durante por lo menos dos horas. Terminada la observación, y si sus signos vitales fueron normales, se le envió de alta con indicaciones de regresar a control en 30 días, haciendo énfasis que si existe algún síntoma, como sangrado excesivo, dolor o fiebre, retorne antes.

Consejería

Mientras las pacientes permanecieron en la sala de espera de Emergencia, las Internas de Obstetricia de guardia, aprovecharon el tiempo para entrevistar a cada una de ellas, hacer una explicación sucinta sobre el procedimiento de evacuación y sobre la importancia de iniciar pronto el uso de algún método anticonceptivo disponible.



En la sala de evacuación uterina, el medico tratante y la obstetrix de turno reforzaron la información iniciada y una vez tornada la decisión por la propia paciente se le administró el método escogido.

Métodos anticonceptivos

Cuando la decisión fue anticoncepción quirúrgica, se prefirió referir el caso a la consulta externa a fin de consolidar la decisión y proceder con más seguridad al acto quirúrgico. Si la decisión fue el uso del DIU, fue aplicado inmediatamente después de terminada la evacuación la T Cu 380, por el mismo médico siguiendo una técnica similar que en los casos de intervalo. Los otros métodos fueron administrados en el ambiente de recuperación postaborto, antes de proceder al alta.

Seguimiento

- En consultorio externo. Al alta, todas las pacientes fueron citadas a control a los 30 días. Sin embargo se previó la posibilidad de poca concurrencia a la cita, por lo que se diseñó el siguiente paso.
- Visita domiciliaria. Entre enero y abril de 1996 se llevó a cabo el seguimiento de 306 mujeres que habían recibido anticonceptivos. Para ello se diseñó un formulario de entrevista, se capacitó en el uso del mismo a un grupo de obstetrices entrevistadoras y se sometió a prueba el formulario de visita. Con la ayuda técnica y financiera de INPPARES pudimos completar el recojo de datos.

Complicaciones

Durante el procedimiento, en el periodo que sucedió a la intervención o en los días subsiguientes, al momento de la visita de control se tuvo el cuidado de detectar algunas complicaciones posibles, como perforación uterina, sangrado excesivo, trauma cervical, infección pélvica, dolor, embolia o evacuación incompleta del útero. Asimismo, al final del trabajo, con la visita domiciliaria efectuada a 306 pacientes, se registró también las complicaciones.

Tabla 1. HAMA. Atención ambulatoria del aborto incompleto. Métodos de evacuación	
Legrado uterino instrumental (LUI)	348
Aspiración manual endouterina (AMEAU)	211
Aspiración eléctrica (AE)	200
Total (*)	75

(*) 65 adolescentes: 8,56%

Procesamiento de datos

En la Unidad de Cómputo de INPPARES, cada caso fue introducido en una base de datos, utilizando el programa Fox-Pro V-2,6. Los datos fueron procesados en Sps V-2,0 y son presentados en tablas y gráficos. Para comparar medias se aplicó t de student, en el caso de proporciones se aplicó chi cuadrado. Se consideró significancia estadística cuando $p < 0,05$.

Estudio de costos

Se efectuó entre octubre y noviembre de 1995, e 45 pacientes, 15 de cada método de evacuación. Par esto se utilizó rigurosamente la "Guía para evaluar e uso de recursos para el tratamiento del aborto incompleto" desarrollada por IPAS.²⁵ Este documento fue permanentemente consultado y adaptado a la necesidades locales, introduciendo algunas pequeñas modificaciones.

En la evaluación se utilizó: Entrevistas con el personal hospitalario que proporciona el servicio y con la pacientes que recibieron el tratamiento; la observación cronometrada directa de las pacientes en todas las etapas de su



atención desde la admisión hasta el egreso (pre-procedimiento, procedimiento, post-procedimiento) y finalmente el cálculo y documentación de todos los costos y recursos usados en el tratamiento.

Se seleccionó 14 personas: La obstetriz jefa y 13 estudiantes del último año de Obstetricia (internas) de la Universidad San Martín de Porres, las que fueron capacitadas en el uso de formularios y recojo de datos.

El investigador se entrevistó con la jefa de Personal, la jefa del Area del Remuneraciones, el jefe de Contabilidad, el jefe de Logística y el personal de farmacia para obtener los costos.

Para efectos del cálculo no se consideró el equipo depreciable, Así, por ejemplo, en la atención mediante LUI no se consideró los costos de valvas, histerómetro, pinzas de limpieza y de tracción, curetas, esterilizador; en la atención mediante AMEU no se consideró el costo de espéculo, pinzas para tracción y limpieza; en la AE no se consideró el costo del espéculo, pinzas de tracción y limpieza ni la máquina de aspiración.

Tabla 2. Característica de la población			
Variable	Métodos de evacuación		
	LUI	AMEU	AE
Edad en años (x± DS)	28,55 ± 7,22	28,35 ± 7,35	28,49 ± 7,23
-Rango (años)	(14-45)	(14-45)	(16-45)
-Adolescen.(%)	26 (7,47)	21 (9,95)	18 (9,0)
Paridad (x±DS)	2,03 ± 2,09	1,87 ± 1,95	1,89 ± 1,90
Abortos previos (x ±DS)	0,69 ± 0,92	0,58 ± 0,84	0,64 ± 0,86
Edad gest. sem. (x± DS)	9,62 ± 2,17	9,75 ± 1,98	9,79 ± 1,98
Hematócrito previo (x ± DS)	34,04 ± 4,64	34,00 ± 4,85	34,48 ± 4,11
Histerometría cm. (x ± DS)	9,03 ± 1,18	9,22 ± 1,30	9,30 ± 1,19

Sin embargo, en la AMEU y AE se incluyó el costo de jeringas de Karman y cánulas, no obstante haberse conseguido como donación de IPAS. A cada jeringa se le consideró un uso de 50 veces y a cada cánula de 20 veces, a pesar que eventualmente fueron usadas con más frecuencia.

Resultados

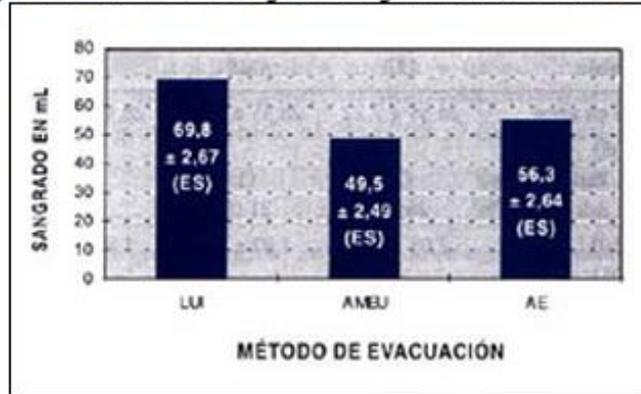
Se acumuló un total de 759 pacientes diagnosticada de aborto incompleto no complicado, de las cuales 34 fueron tratadas con LUI, 211 con AMEU y 200 con AE (Tabla 1). Puede observarse que menos del 10% de los casos corresponde a adolescentes.

Se examinó las variables que aparecen en la Tabla y según podemos ver los 3 grupos son semejantes y por tanto, comparables.

Tabla 3. Administración de analgesia y anestesia						
	Método de evacuación					
	LUI		AMEU		AE	
Medicación	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Analgesia y sedación	345	(99,2)	201	(95,3)	194	(97,0)
Anestesia para cervical	0	(0,0)	4	(1,9)	2	(1,0)
Ninguna	3	(0,8)	6	(2,8)	4	(2,0)
Total	348	(100)	211	(100)	200	(100)



Fig. 1. Cantidad de sangrado según método: Media \pm ES



En todos los procedimientos se prefirió la utilización de analgesia y sedación, y fue mínimo el uso de anestesia paracervical (Tabla 3). En el 13% de pacientes no se utilizó medicación para el control del dolor, sobre todo en los casos de la aspiración.

Es evidente que los métodos de aspiración uterina estuvieron ligados a una menor pérdida de sangre, siendo más notorio lo referente a AMEU. La Figura 1 revela objetivamente una diferencia entre el sangrado en el LUI y los procedimientos de aspiración. Curiosamente, la intensidad del dolor experimentado por las pacientes fue en promedio mayor en los procedimientos de aspiración que en el LUI. Esto se puede ver en la Figura 2.

Las complicaciones que pudieron haberse presentado fueron cuidadosamente examinadas durante el procedimiento o mientras la paciente permaneció en el ambiente de recuperación, en los días subsiguientes en que acudió a su control o en la entrevista durante la visita domiciliaria.

Fig 2. Cantidad de sangrado según método: Media \pm ES

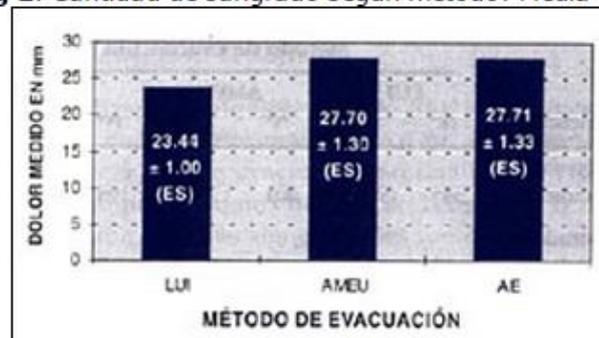


Tabla 4. Complicaciones del procedimiento

Complicación	LUI (%)*	AMEU (%)	AE (%)
Infección pélvica	4 (3,25)	1 (1,39)	1 (1,79)
Dolor pélvico	4 (3,25)	1 (1,39)	1 (1,79)
Evacuación incompleta	1 (0,81)	0	1 (1,79)
Total	9 de 123 (7,31)	2 de 72 (2,78)	3 de 56 (5,37)

P: NS

* Hubo 1 caso de embarazo ectópico en el grupo de LUI que fue considerado error diagnóstico.

Tabla 4, obtenida de 75 pacientes que acudieron a control (38 LUI, 23 AMEU y 14 AE) y 176 que fueron entrevistadas en sus domicilios (85 LUI, 49 AMEU y 42 AE), muestra un total de 9 complicaciones (7,31%) para el LUI, 2 (2,78%) para la AMEU y 3 (5,37%) para la AE. Aunque existen diferencias numéricas a predominio del



LUI, sin embargo no son estadísticamente significativas. Es notorio que la evacuación incompleta se presentó una vez en el LUI y una vez en la AE, no habiendo ocurrido en el grupo de AMEU. No se comunicó perforación uterina, trauma del cérvix, embolia, sangrado excesivo, ni muerte materna en alguno de los grupos. Es interesante anotar que en el grupo de LUI hubo un caso que, posteriormente al procedimiento, resultó embarazo ectópico; fue considerado como un error diagnóstico.

LUI (X)	:	8,20 minutos
AMEU (X)	:	7,33 minutos
AE (X)	:	5,47 minutos

Fig.3 Duración promedio de la estancia

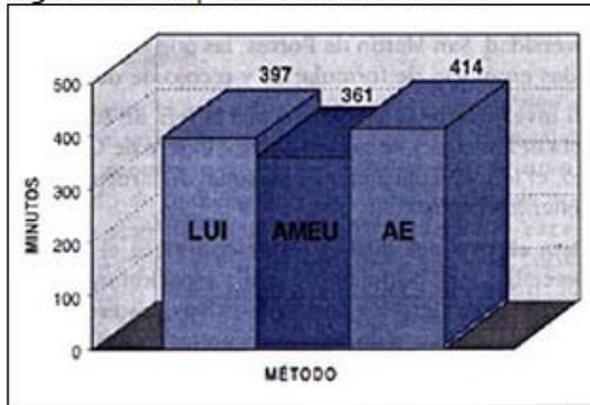
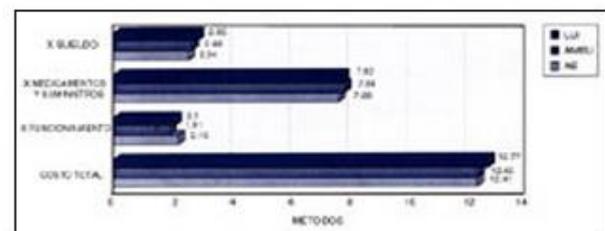


Fig. 4. Costo total promedio por paciente.



En la Figura 3 puede observarse que el tiempo promedio más breve para la atención ambulatoria del aborto corresponde a la AMEU (6 horas). La Figura 4 nos presenta que el costo total promedio es menor en el grupo de aspiración, tanto AMEU como AE, siendo el rubro de medicamentos y suministros el de mayor costo en los 3 procedimientos.

En la Figura 5 veremos que, en promedio, el tiempo de espera para cada paciente esta en la fase del pre procedimiento.

En la Tabla 5 apreciaremos que la duración neta para la ejecución del procedimiento, en promedio, es menor para la AE, seguida de la AMEU y del LUI.

	Método de evacuación							
	LUI*		AMEU**		AE***		Total	
Método	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medroxiprog.	112	32,2	68	32,2	72	36,0	252	33,2
DIU	62	17,8	40	19,0	40	20,0	142	18,7
Píldora	49	14,1	39	18,5	31	15,5	119	15,7
Condón	17	4,9	15	7,2	11	5,5	43	5,7
Norplant	11	3,2	4	1,5	1	0,5	16	2,1
Espemicida	3	0,8	3	1,4	0	0,0	6	0,8
Total	254	73,0	169	80,1	155	77,5	578	76,2

* Se derivó 16 pacientes para AQP.

** 4 para AQP y

*** 8 para AQP



Entre las 759 pacientes captadas hasta el 31 de diciembre de 1995, 755 (99,5%) recibieron consejería en anticoncepción. No se la dio únicamente a 4 de ellas.

Según la Tabla 6, 578 pacientes (76,2%) recibieron alguno de los métodos anticonceptivos ofertados, siendo los de mayor predilección la medroxiprogesterona (33,2%), el DIU (18,7%) y la píldora (15,7%). La distribución de estos tres métodos es semejante en los tres grupos estudiados; sin embargo, existe una tendencia mayor a aceptar metodología anticonceptiva entre las pacientes que fueron tratadas con aspiración.

Fig. 5. Duración promedio de la estancia por paciente según fases.

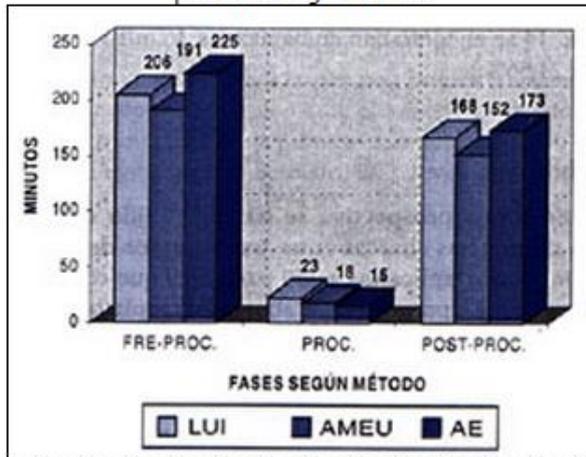
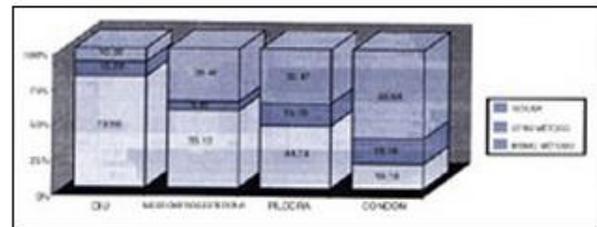


Fig. 6. Continuidad de métodos de anticoncepción post-aborto.



De las 759 pacientes, sólo 75 (10%) asistieron a su control en el consultorio externo. Entre las que no asistieron a control, se hizo 306 visitas 6 ó más meses después del alta. Sólo se pudo encontrar 176 mujeres; en los otros casos, la dirección era equivocada o inexistente, la paciente se había mudado de casa, no quería ser entrevistada o simplemente no fue encontrada en su domicilio, a pesar de reiterarse la visita. Entre las 176 mujeres entrevistadas, 78 habían salido al alta con medroxiprogesterona, 49 con DIU y 38 con píldora. Es notorio que de las 176 mujeres entrevistadas, 111 (63,1%) no habían usado anticonceptivos hasta que presentaron el aborto motivo del tratamiento.

En la Figura 6 se resume la tasa de continuidad de los anticonceptivos después de 6 ó más meses de haberlos iniciado en el postaborto. Se ve claramente que el DIU es el método que permite una mayor continuidad. Entre las 57 mujeres que habían discontinuado el uso del método anticonceptivo al momento de la visita, 14 se encontraban embarazadas, lo que representa un 24,56%.

Discusión

En forma prospectiva se ha pretendido examinar las diferencias clínicas entre tres métodos de evacuación uterina aplicados a 759 pacientes que concurrieron al HAMA por presentar aborto incompleto no complicado.

Para la ejecución de estos procedimientos ambulatorios, desde 1989 venimos utilizando la analgesia y sedación, con buenos resultados. En este trabajo sólo se utilizó en 6 oportunidades anestesia paracervical, 4 en casos de AMEU y 2 en casos de AE. Sin embargo, en la literatura consultada se ha publicado el uso frecuente de anestesia local en los casos de evacuación uterina con aspiración manual.^{11,26} La anestesia general no fue usada y, por lo demás, se ha descrito que este tipo de medicación está asociado con mayor número de complicaciones operatorias.¹¹ En 13 pacientes no usamos medicación para el control del dolor, sobre todo en los casos de AMEU y AE.

En promedio, los casos de LUI tuvieron una mayor pérdida de sangre, lo cual es estadísticamente significativo. La literatura consultada confirma esta ventaja del AMEU sobre el LUI^{11,12,27}

Contrariamente a lo encontrado en la literatura, el dolor medio, a través de escala milimetrada que marcó la misma paciente, fue significativamente mayor en los casos de aspiración que en el grupo de LUI ^{11,12,26,28,29}. Esta diferencia la atribuimos a que en el grupo de aspiración fue mayor el número de pacientes en que no se usó medicación para el control del dolor o en que se empleó anestesia paracervical; y de otro lado es posible que sea un problema de destreza, que esperamos pronto sea superado. Sin embargo la intensidad del dolor



experimentado por los tres grupos de mujeres estuvo en la categoría de leve, a juzgar porque la escala milimetrada fue marcada en promedio por debajo de 30.

La eficacia del método ha sido definida como la evacuación completa del útero, siendo por tanto la incompleta una indicación para reevacuar. Entre las pacientes que atendimos hubo 1 caso del grupo de LUI que requirió reevacuación (eficacia de 99,19%). En el grupo de AMEU, la eficacia fue de 100%, mientras que la eficacia en la AE fue 98,21%. Si bien es cierto existe diferencia numérica, esta no es significativa. La literatura muestra eficacia entre 97 y 100% para la AMEU y menor para el LUI, lo que confirma nuestros datos.^{11,12,27} Peretz³⁰ en Israel comunicó 98% de eficacia para la AE.

De las 759 pacientes, sólo regresaron a su control postoperatorio un total de 75 (10%). Por ello fue necesario complementar el registro de complicaciones durante la entrevista personal en la visita domiciliaria.

En la literatura se encuentra que el LUI da mayor número de complicaciones que los métodos de aspiración. Así, Kiza¹² en Nairobi comunica 5,4% de complicaciones mayores en la AMEU y 6% en LUI; Mahomed²⁷ encuentra 1,9% de complicaciones mayores para AMEU y 3,7% para el LUI; y Hart²⁹ en Australia indica que la AE tiene significativamente menos complicaciones que el LUI tradicional.

En este estudio encontramos en total 7,31% de complicaciones para el LUI, sólo 2,78% para AMEU y 5,37% para AE. Estas diferencias no son estadísticamente significativas, pero sin embargo muestran una tendencia a favor del método de aspiración manual endouterina y ello sustenta las recomendaciones sobre su uso³¹.

En una comunicación previa¹⁰ establecimos con bastante aproximación que la atención con LUI del aborto incompleto no complicado mediante hospitalización promedio de dos días significó un costo de 110,10 dólares americanos para el HAMA y un gasto de 22,29 para la usuaria. Sin embargo cuando estos mismos casos fueron resueltos ambulatoriamente en el HAMA, el costo del Hospital se redujo a 3,49 dólares y el gasto de cada paciente en promedio fue 12,51 dólares. Fue una de las razones por las cuales se estableció como rutina la atención del aborto incompleto no complicado utilizando el LUI ambulatorio, que se ha mantenido hasta la fecha en una proporción de 70% sobre el total de abortos que demandaron atención⁶.

Se ha comunicado en otros países y en el Perú que el uso de la AMEU disminuye el consumo de recursos del sistema de salud y mejora la calidad del tratamiento del aborto. Esto ha determinado que el LUI sea reemplazado por la aspiración manual endouterina en muchos países^{7,11,13,32,33}.

Ahora que conocemos las cifras de tiempo asignados a los 3 procedimientos de evacuación uterina en forma ambulatoria, podemos afirmar que la AMEU significa en promedio media hora menos cuando se le compara con LUI y casi una hora menos cuando se compara con AE.

Cuando se desagrega el tiempo de la estancia hospitalaria, coincidimos con Guzmán³³, que es la fase de pre procedimiento la que más demora. Según nuestra observación se debe a 3 problemas: dificultades que la mujer tiene para el pago en caja de los costos de atención, análisis y medicamentos; tiempo de espera para que lleguen los resultados de los análisis de rutina; y tiempo de espera para el transporte de la paciente a la sala de evacuación.

El costo total promedio de la atención en los tres procedimientos es bajo. Cuando comparamos con el estudio publicado por nosotros en 1993¹⁰, veremos que los costos para el LUI tienen muy estrechas diferencias. Los procedimientos de aspiración resultan discretamente más baratos; igualmente estos procedimientos tienen una duración neta menor que el LUI, lo que confirma hallazgos de otras publicaciones^{7,11,13,27,32}.

A pesar de las múltiples experiencias que se vienen desarrollando en el mundo con el uso de AMEU y la AE para la atención del aborto incompleto, el LUI en la actualidad continúa siendo el principal método para la evacuación uterina utilizado en muchos países en desarrollo, incluido el Perú²⁰.

Los efectos de la consejería en el manejo de estas pacientes justifica en 76,2% de aceptación de metodología anticonceptiva. Esto demuestra que el periodo crítico del postaborto es propicio para iniciar una terapia anticonceptiva. ^{15,17,21,22}

La aceptación de terapia anticonceptiva por estas mujeres fue superior que en las puérperas del hospital³⁴, pero en ambos grupos la tasa de continuidad fue parecida. Debe destacarse que entre las pacientes, el 63,1% no había usado anteriormente anticonceptivos, siendo ésta la primera vez que podían hacerlo, lo que confirma el momento apropiado del postaborto para iniciar planificación familiar.

La aceptación de la terapia anticonceptiva en el postaborto se ve favorecida por una buena consejería. La anticoncepción complementa el manejo ambulatorio del aborto incompleto y permite romper el círculo de un nuevo embarazo no deseado, un nuevo aborto, complicaciones y muerte materna.



Comentario final

De la presente comunicación se desprende que es posible una atención más expedita y más completa de las mujeres que presentan aborto incompleto no complicado y que con frecuencia concurren a la emergencia de los centros asistenciales.

En líneas generales, la atención ambulatoria del aborto incompleto es factible sin recurrir a tecnología compleja sin hacer indispensable la utilización de un quirófano. De este modo la atención es más rápida y menos costosa. Además, podemos afirmar, con argumentos, que la atención se ve mejorada con el uso de los métodos de aspiración endouterina, principalmente la aspiración manual. Recomendamos por ello la incorporación de la AMEU a los servicios que realizan la atención del aborto incompleto.

La presentación del servicio no sería completa si no acompañamos la consejería y la administración de métodos anticonceptivos seguros, con el propósito de romper el ciclo de un nuevo embarazo no deseado y la ocurrencia de un nuevo aborto, con los consiguientes riesgos que ello significa. Se ha podido mostrar en esta publicación la conveniencia de no caer en las oportunidades perdidas, al no proporcionar la metodología anticonceptiva solicitada. Esperamos que la anticoncepción postaborto cumpla sus fines y en un futuro próximo podamos asistir a una reducción de la tasa de aborto, reducción del aborto séptico y, como consecuencia, reducción de muertes maternas. Todo esto justificara con creces este manejo más humano del aborto incompleto que estamos proponiendo.

Referencia bibliográficas

1. Universidad Externado de Colombia. Encuentro de Investigadores sobre aborto inducido en América Latina y en Caribe: conclusiones y recomendaciones. Santa Fe de Bogotá DC, marzo 1995; 21 p.
2. Mc Laurin K, Hord C, Wolf M. Health system's role in abortion care: the need for a pro active approach. Carrboro NC: IPAS 1991; pág. 1-34.
3. Mahler H. The save motherhood initiative: a call to action. Lancet, march 1987; pág. 670.
4. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. OPS/OMS, Lima.
5. The Alan Gutmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. New York: The Alan Gutmacher institute 1994; 32 p.
6. Távara L. Mando ambulatorio del aborto como estrategia para aumentar la cobertura y reducir los casos. Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe: servicios y prácticas del aborto. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá, nov 1994; pág. 50-57.
7. Johnson B, Benson J, Bradley J, Rabago A, Zembrano C, Okoko L, Vásquez L, Quiróz P, Rogo K. Costs of alternative treatment for incomplete abortion. Population and human resources department. The World Bank 1993; 31 p.
8. Gonzáles-Enders R. Costos del tratamiento hospitalario del aborto. En: Consideraciones medico-sociales para el tratamiento del aborto incompleto. Lima-Perú: Ed Manuela Ramos 1993; Pág. 85-88.
9. Li D, Ramos V. Estimación de costos del aborto en condiciones de riesgo en dos hospitales de Lima. En: Consideraciones médico-sociales para el tratamiento del aborto incompleto. Lima-Perú: Ed Manuela Ramos 1993; pág. 90-107.
10. Távara L, Mimbela J, Nuñez M. Mando ambulatorio del aborto incompleto no complicado como estrategia para aumentar la cobertura, reducir los costos y contribuir a una maternidad sin riesgo. En: Consideraciones médico-sociales para el tratamiento del aborto incompleto. Lima-Perú: Ed Manuela Ramos 1993; pág. 51-63.
11. Greenslade F, Leonard A, Berson J, Winkler J, Henderson V. Manual vacuum aspiration: a summary of clinical and programatic experience worldwide. Carrboro NC: IPAS 1993; 67 p.
12. Kizza A, Rogo K. Assessment of the manual vacuum aspiration (MVA) equipment in the managment of incomplete abortion. East African Med J 1990; 67(11): 812-822.
13. Benson J, Rabago A, Vásquez B, Johnson B. Costos y utilización de recursos para el tratamiento de las complicaciones del aborto en México. Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia; Bogotá, nov 1994.
14. Leonard A, Lachpo O. Planificación familiar postaborto: factores que influyen en la elección individual de métodos anticonceptivos. Adelnatos en el tratamiento de aborto. Carrboro NC: IPAS 1992; 4(2): 1A.



15. Wolf M, Benson J. Meeting women's needs to postabortion family planning. Report of Bellagio technical working group. *Int J Gynecol Obstet* 1994; 45 (Suppl): S1-S34.
16. OPS/OMS. Prevención de la mortalidad materna en las Américas: perspectivas para los años noventa. Comunicación para la salud, Washington DC 1992.
17. Benson J, Leonard A, Winkler J, Wolf M, Mc Laurin K. Cubriendo las necesidades de las mujeres en cuanto a la planificación Familiar postaborto: articulando preguntas Carrboro NC: IPAS 1993; 71 p.
18. Leonard A, Winkler J. Marco conceptual de calidad de atención para el tratamiento del aborto. Adelantos en el tratamiento del aborto. Carrboro NC: IPAS 1991; 1(1): 1-4.
19. Family Care International. Acción para el siglo XXI, salud y derechos reproductivos para todos. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. New York Oct 1994; 53 p.
20. Program for appropriate technology in Health. Aspiración manual endouterina en el tratamiento del aborto incompleto. *Out Look* 1994; 12(1): 1-5.
21. Mora M, Stella M, Pulido L, Sánchez M, Ward V, Cerulli A, Villarreal C. Aborto: factores involucrados y consecuencias. Bogotá: Oriéntame Mayo 1995; 45 p.
22. Mati J. Research findings on postabortion family planning. Lessons learned from the South multicenters study. Meeting women's needs for postabortion family planning conference at the Bellagio study and Conference Center, Bellagio Italy, Feb. 1993.
23. WHO. Essential obstetrics functions at first referral level. Report of a technical working group; Geneva June 1986; 38 p.
24. Binkin N. Trends in induced legal abortion morbidity and mortality. *Clinics in Obstet Gynecol* 1986; 13(1): 83-93.
25. Albernathy M, Hord C, Nicholson L, Benson J, Johnson B. Guía para evaluar el uso de recursos para el tratamiento del aborto incompleto. Carrboro NC: IPAS 1993; 75 p.
26. Yordy L, Leonard A, Winkler J. Manual Vacuum aspiration: Guide for clinicians. N Carolina: IPAS 1993; 82 p.
27. Mahomed K, Healy J, Tandom S. A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion. *Int J Gynecol obstet* 1994; 46: 27-32.
28. Baird T, Gringle R, Greenslade F. MVA in the treatment of incomplete abortion, clinical and programatic experience. Carrboro NC: IPAS 1995; pág. 1-21.
29. Hart G, Macharper T. Clinical aspects of induced abortion in South Australia from 1970-1981. *Aust NZ Obstet Gynecol* 1986; 26: 219-224.
30. Peretz A et al. Evacuation of the gravid uterus by negative presure (suction evacuation). *Am J Obstet Gynecol*.
31. OMS. Complicaciones del aborto: durectrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra 1995; 152 p.
32. Johnson B, Berison J, Hawkins B. Reduciendo el uso de recursos y mejorando la calidad del tratamiento del aborto con AMEU. Adelantos en el tratamiento del aborto. Carrboro NC: IPAS 1992; 2(2): 1-6.
33. Guzmán A, Ferrando D, Tuesta L. Tratamiento del aborto incompleto. Lima-Perú: Pathfinder International, oct. 1995; 31 p.
34. Pinedo A, Távara L. Anticoncepción postparto: experiencia en el hospital María Auxiliadora. *Ginecol y Obstet (Perú)* 1996; 42(1): 22-27.